



**ENSP**

ÉCOLE NATIONALE DE  
LA SANTÉ PUBLIQUE

**RENNES**

---

**Directeur d'hôpital**

**Promotion 2002 - 2004**

---

**DÉMARCHE D'ACCRÉDITATION ET  
DYNAMIQUE DE PROJET À L'HÔPITAL**

**Illustration par la réalisation d'un projet d'amélioration  
de la qualité : l'optimisation de la fonction linge au  
Centre Hospitalier de Lens**

---

**Hélène AVISSE**

---

# Remerciements

---

En premier lieu, je tiens à remercier toutes les personnes qui, au Centre Hospitalier de Lens, m'ont permis de réaliser ce mémoire dans d'excellentes conditions. La forte implication de tous dans le projet qui a servi de support à ce travail comme le soutien et la confiance qui m'ont été accordés ont facilité le développement des réflexions présentées ici. Mes remerciements vont particulièrement à :

Monsieur René CAILLET, Directeur Général du Centre Hospitalier de Lens et Président du Collège de l'Accréditation ;

Madame Catherine COQUISART, Directrice de l'Hôtellerie et de la Logistique ;

Monsieur Philippe LERICHE, responsable de la blanchisserie du CHL, et toute son équipe ;

L'ensemble des soignants qui ont participé au groupe de travail constitué dans le cadre du projet présenté ici ;

La Délégation Qualité et Prévention des Risques ainsi qu'au Service d'Hygiène de l'établissement pour leur expertise et leurs précieux conseils méthodologiques.

Je souligne également la contribution des personnes suivantes qui ont accepté de partager leurs expériences et de nous transmettre de nombreuses informations :

Monsieur Thierry DESENZANI, ingénieur responsable de la blanchisserie du CH de Beauvais, président de l'Union des Responsables de Blanchisseries Hospitalières ;

Madame Pascale LAMBERT, responsable de la blanchisserie du CH d'Argentan ;

Madame Betty MORIN, chargée de formation à l'Institut Pasteur de Lille ;

Madame Mélinda ROLLAND, conseillère en économie sociale et familiale à l'EPSM de La Roche-sur-Yon ;

Monsieur Stève ROUSSEAU, ingénieur blanchisserie, société SOCOFIT.

---

# Sommaire

---

<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>1</b>
<b>1 L'ACCREDITATION, SUPPORT POUR L'ÉMERGENCE ET SOURCE DE LÉGITIMATION DES PROJETS.....</b>	<b>3</b>
<b>1.1 Les établissements de santé face à la procédure d'accréditation : entre obligation légale et autonomie d'organisation.....</b>	<b>3</b>
1.1.1 Les fondements de la démarche d'accréditation française.....	3
A) Objectifs et principes .....	3
B) Le déroulement de la procédure .....	5
1.1.2 La démarche d'accréditation au Centre Hospitalier de Lens .....	6
1.1.3 L'autoévaluation, « étape essentielle de l'accréditation » .....	6
<b>1.2 L'autoévaluation enclenche la dynamique de projet.....</b>	<b>13</b>
1.2.1 L'autoévaluation agit comme un révélateur .....	13
1.2.2 L'autoévaluation favorise la légitimation des projets d'amélioration de la qualité .....	14
<b>1.3 Maintenir la dynamique à l'issue de l'autoévaluation.....</b>	<b>15</b>
1.3.1 La mise en oeuvre du Plan d'Amélioration de la Qualité.....	15
1.3.2 Hiérarchiser les projets d'amélioration de la qualité .....	16
1.3.3 L'exemple du projet d'optimisation de la fonction linge .....	19
<b>2 LA CONSTRUCTION DU PROJET D'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ : ANTICIPER ET PREVENIR LES FACTEURS DE RUPTURE DE LA DYNAMIQUE INTERNE DU PROJET.....</b>	<b>24</b>
<b>2.1 L'identification du processus de prise en charge du linge en établissement de santé.....</b>	<b>25</b>
2.1.1 Les objectifs liés à l'étape d'identification du processus.....	25
2.1.2 La définition du périmètre du projet .....	26
2.1.3 L'identification des acteurs clés du projet .....	31
<b>2.2 L'analyse des principaux segments de la fonction linge.....</b>	<b>39</b>
2.2.1 Les objectifs de l'analyse du processus.....	39
2.2.2 L'analyse de la fonction linge .....	40
A) Le ramassage et le pré-tri du linge sale dans les services utilisateurs .....	42
B) L'évacuation du linge sale vers la blanchisserie.....	43
C) La réception et le tri du linge sale en blanchisserie.....	45

D)	Le traitement du linge.....	47
E)	La préparation des livraisons et la distribution du linge propre.....	50
2.2.3	L'enjeu du diagnostic initial : la formalisation du projet.....	53
<b>3</b>	<b>L'ACCREDITATION : MANAGEMENT PAR PROJETS ET PROJET DE MANAGEMENT.....</b>	<b>59</b>
<b>3.1</b>	<b>Piloter un projet d'amélioration de la qualité.....</b>	<b>59</b>
3.1.1	La recherche des solutions.....	59
A)	Les sources d'informations extérieures.....	60
B)	Les ressources internes.....	66
C)	Des propositions originales.....	67
3.1.2	Faire vivre l'équipe de réalisation du projet.....	68
3.1.3	La communication, facteur essentiel de la progression du projet.....	75
<b>3.2</b>	<b>La portée des enseignements tirés de la conduite du projet d'amélioration de la qualité.....</b>	<b>79</b>
3.2.1	L'impact du projet d'optimisation de la fonction linge sur la dynamique globale du Plan d'Amélioration de la Qualité.....	79
A)	L'apport méthodologique du projet.....	79
B)	Le rôle moteur des résultats du projet d'amélioration de la qualité.....	82
C)	Les facteurs clés de réussite d'une démarche qualité en établissement de santé	83
3.2.2	L'impact de l'accréditation sur le management hospitalier.....	86
A)	L'accréditation comme levier de transformation du management à l'hôpital	86
B)	Une traduction organisationnelle concrète.....	87
C)	Vers une culture qualité à l'hôpital ?.....	89
	<b>CONCLUSION.....</b>	<b>91</b>
	<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>93</b>
	<b>LISTE DES ANNEXES.....</b>	<b>99</b>

---

## Liste des sigles utilisés

---

AFNOR : Agence Française de NORmalisation  
ANAES : Agence Nationale de l'Accréditation et de l'Évaluation en Santé  
ANDEM : Agence Nationale pour le Développement de l'Évaluation Médicale  
ASH : Agent des Services Hospitaliers  
BIH : Blanchisserie Inter-Hospitalière  
BMR : Bactérie Multi-Résistante  
CHL : Centre Hospitalier de Lens  
CHU : Centre Hospitalo-Universitaire  
CLIN : Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales  
DHL : Direction Hôtelière et Logistique  
DHOS : Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins  
DQPR : Délégation à la Qualité et à la Prévention des Risques  
DRH : Direction des Ressources Humaines  
DTE : Direction des Travaux et des Equipements  
GFL : Gestion des Fonctions Logistiques  
GP : Grand Plat  
HACCP : *Hazard Analysis, Control Critical Point* (Analyse des Risques et Maîtrise des Points Critiques)  
IFSI : Institut de Formation en Soins Infirmiers  
ISO : *International Standard Organization* (Organisation Internationale de la Normalisation)  
LE : Laveuse-Essoreuse  
OPQ : Ouvrier Professionnel Qualifié  
OPS : Ouvrier Professionnel Spécialisé  
PAQ : Plan d'Amélioration de la Qualité  
PP : Petit Plat  
RABC : *Risk Analysis Biocontamination Control*  
SARM : *Staphylococcus Aureus* Résistant à la Méricilline  
SIH : Syndicat InterHospitalier  
SMUR : Service Mobile d'Urgence et de Réanimation  
SPI : Surveillance, Prévention et contrôle du risque Infectieux  
SR : Sécheuse-Repasseuse  
UFC : Unités Formant Colonie  
URBH : Union des Responsables de Blanchisseries Hospitalières  
VT : Vêtements de Travail

## INTRODUCTION

Dans le cadre de sa réflexion sur l'amélioration de la coordination et de la gestion de projets, la Direction des Affaires Générales du Centre Hospitalier de Lens a entrepris début 2003 un recensement des projets programmés ou en cours de réalisation dans l'établissement. Cette démarche a abouti à une première liste récapitulative faisant état de 114 actions différentes. Cette liste se caractérisait par une grande hétérogénéité : elle décrivait des actions de natures diverses – chacune traduisant une obligation réglementaire ou la mise en oeuvre de l'un des volets du projet d'établissement – et d'ampleur inégale. Le récapitulatif allait ainsi de l'amélioration de l'accueil des nouveaux agents à la constitution d'un pôle de cancérologie, en passant par l'élaboration du projet de soins. La variété des actions identifiées conduit à se demander si toutes sont réellement support d'un projet.

Dans son fascicule de documentation relatif aux concepts du management de projet, l'AFNOR précise qu'un projet se définit comme «une démarche spécifique qui permet de restructurer méthodiquement une réalité à venir. Un projet est défini et mis en oeuvre pour élaborer la réponse au besoin d'un utilisateur, d'un client ou d'une clientèle et il implique un objectif et des actions à entreprendre avec des ressources données ». Cette définition souligne en premier lieu le caractère prospectif de la démarche de projet. Elle met en avant une «approche client » qui suggère un travail en partenariat autour de la réalisation du projet. Celle-ci nécessitera un diagnostic préalable, qui précisera les besoins du «client » et les objectifs du projet, ainsi qu'une planification permettant de hiérarchiser les actions à mettre en oeuvre. Ces premiers éléments indiquent que la réalisation d'un projet nécessite le recours à une méthode de pilotage et de coordination adaptée. On perçoit ici que les objectifs particuliers, la structure *ad hoc* à mettre en place et les ressources (humaines, techniques, financières) à mobiliser confèrent au projet des attributs spécifiques qui le distinguent des actions récurrentes qui marquent la vie de l'établissement de santé.

Dans la liste du CHL précédemment évoquée, plusieurs des projets répondant à ces caractéristiques sont en lien avec la démarche qualité de l'établissement en général et avec la procédure d'accréditation en particulier. Les étapes successives de la procédure (autoévaluation, élaboration du Plan d'Amélioration de la Qualité, préparation de la visite d'accréditation, mise en oeuvre du PAQ) constituent déjà autant de projets à conduire. L'accréditation est en outre pourvoyeuse de projets nouveaux, identifiés dans le

cadre du PAQ à l'issue de l'autoévaluation. Etape essentielle de la procédure d'accréditation, l'autoévaluation repose sur une démarche participative et suppose une forte mobilisation des équipes au sein de l'établissement de santé. Elle constitue par ailleurs une opportunité pour familiariser les équipes avec les techniques et les outils liés à la gestion de projets.

Partant de ce constat au sortir de l'autoévaluation de l'établissement qui avait marqué une implication importante des équipes, la direction du Centre Hospitalier de Lens se trouvait confrontée à double interrogation qui allait constituer le point de départ des réflexions développées ici : comment, d'une part, tirer profit de l'apprentissage méthodologique acquis lors de l'autoévaluation pour le mettre au service de la définition et de la réalisation des projets d'amélioration de la qualité inscrits dans le PAQ ? Comment, d'autre part, maintenir la dynamique créée lors de l'autoévaluation et éviter l'essoufflement des équipes face aux nombreux projets d'amélioration de la qualité initiés sur des fronts multiples ? Il s'agit donc d'analyser quel est l'impact de l'accréditation sur l'émergence et la conduite des projets d'amélioration de la qualité et de montrer les répercussions potentielles de la procédure sur la gestion de projets en général à l'hôpital. Cette réflexion sera l'occasion de porter un autre regard sur l'accréditation, que certains considèrent encore souvent comme une simple contrainte réglementaire. Elle dévoilera en filigrane que l'accréditation est porteuse d'enjeux multiples : si elle constitue un levier pour initier ou consolider une démarche qualité qui permettra d'améliorer la prise en charge et la satisfaction des personnes soignées ainsi que les résultats sur le plan de la gestion, l'accréditation apparaît également comme un véritable outil de management pour les établissements de santé.

On verra ainsi dans un premier temps que l'accréditation, par le biais de l'autoévaluation, offre une forme de légitimation aux projets et incite les établissements de santé à développer leur maîtrise des techniques et des outils liés à la gestion de projets (1). Grâce à l'exemple concret de la réalisation du projet d'optimisation de la fonction linge de l'établissement, on montrera comment ces techniques et ces outils serviront le développement et le succès des projets d'amélioration de la qualité, contribuant en conséquence à l'entretien de la dynamique de la démarche qualité (2). Les projets développés dans le cadre de la procédure d'accréditation permettent de tirer des enseignements applicables à la gestion de projets en général à l'hôpital, prouvant en ce sens que l'accréditation peut avoir un impact plus large sur le management hospitalier (3).

# **1 L'ACCRÉDITATION, SUPPORT POUR L'ÉMERGENCE ET SOURCE DE LÉGITIMATION DES PROJETS**

La démarche d'accréditation influe désormais sur l'émergence des projets à l'hôpital ; en permettant l'identification d'axes d'amélioration, l'autoévaluation constitue en effet une étape importante dans l'impulsion des projets et dans leur formulation. Cette approche moins descendante du choix et de la définition des projets peut constituer un élément de légitimation supplémentaire à même de renforcer l'adhésion et la mobilisation des personnels dans la conduite des projets.

## **1.1 Les établissements de santé face à la procédure d'accréditation : entre obligation légale et autonomie d'organisation**

Les textes encadrant la procédure d'accréditation précisent clairement quelles en sont les finalités et les modalités de déroulement. Parmi les étapes de la procédure, l'autoévaluation tient une place particulière.

### **1.1.1 Les fondements de la démarche d'accréditation française**

#### **A) Objectifs et principes**

L'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée a introduit dans le système sanitaire français l'obligation pour les établissements de santé d'entrer dans une procédure d'accréditation. Celle-ci a été plus précisément décrite par le décret n° 97-311 du 7 avril 1997 relatif à l'organisation et au fonctionnement de l'Agence Nationale de l'Accréditation et de l'Évaluation en Santé.

L'accréditation se présente ainsi comme une procédure d'évaluation externe à un établissement de santé, indépendante de ce dernier et de ses autorités de tutelle, effectuée par des professionnels. L'accréditation s'impose aux établissements de santé publics et privés, aux groupements de coopération sanitaire et aux réseaux de soins. La

démarche s'appuie sur une approche globale de l'établissement et s'intéresse à l'ensemble de ses activités à l'exception des activités à caractère médico-social et des activités de recherche et d'enseignement. Elle a pour objectif principal de s'assurer que les établissements de santé développent une démarche d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins délivrés aux patients. D'une part, l'amélioration continue de la qualité repose sur un système reconnu de gestion de la qualité ; il s'agit d'une démarche pragmatique qui part de la situation existante objectivée par des mesures, visant l'amélioration systématique, étape par étape, des processus et la réduction des dysfonctionnements. D'autre part, le renforcement de la sécurité des soins constitue une attente forte de la part des personnes soignées. Le développement de techniques de soins de plus en plus complexes s'est accompagné de risques nouveaux. Dans ce contexte, l'accréditation permet de porter une appréciation sur la gestion et la prévention des risques au sein de l'établissement de santé en vérifiant le respect de la réglementation en matière de sécurité, le respect des bonnes pratiques ou encore la réalisation d'évaluations fondées sur le repérage des risques dans le but de mettre en œuvre des actions de prévention. L'accréditation doit en outre permettre la reconnaissance externe de la qualité des établissements de santé et favoriser l'amélioration continue de la confiance du public.

Inspirée des expériences anglo-saxonnes, la procédure d'accréditation française se caractérise toutefois par certains principes définis en amont de sa mise en œuvre, notamment en vue d'adapter la procédure au contexte sanitaire national. L'accréditation réserve d'abord une place centrale au patient en évaluant le parcours de ce dernier ainsi que la coordination des soins au sein de l'établissement de santé et du réseau de soins. Les observations et le niveau de satisfaction exprimés par les patients et les autres utilisateurs de l'établissement de santé (entourage des patients, médecins traitants notamment) sont également pris en compte. Par ailleurs, l'amélioration de la qualité résulte de démarches internes conduites par l'établissement de santé ; la participation de l'ensemble des acteurs concernés est indispensable à la réussite des projets d'amélioration de la qualité. C'est pourquoi la procédure d'accréditation permet l'implication des professionnels exerçant dans l'établissement de santé lors de chacune des étapes. Le principe d'une large communication des résultats a également été retenu. Le compte-rendu suivant la validation du rapport d'accréditation est en effet un document public, accessible en particulier sur le site Internet de l'ANAES. Enfin, la méthode d'accréditation doit elle-même faire l'objet d'une évaluation ; l'ANAES mesure l'efficacité,

le coût et les dysfonctionnements de la démarche d'accréditation dans l'optique d'adapter et d'améliorer ses pratiques.

## B) Le déroulement de la procédure

La procédure d'accréditation se découpe en plusieurs grandes étapes. En premier lieu, l'établissement demande son engagement dans la procédure d'accréditation, à l'appui d'un dossier type. L'ANAES établit alors un contrat d'accréditation avec l'établissement ; une fois ce contrat signé, l'ANAES transmet les outils et documents nécessaires pour que l'établissement procède à son autoévaluation. A l'issue de l'autoévaluation, les résultats sont adressés par l'établissement au Directeur Général de l'ANAES. Une équipe d'experts-visiteurs se rend dans l'établissement et procède à l'analyse de celui-ci à partir des conclusions de l'autoévaluation. Sur la base de leurs constats, les experts-visiteurs élaborent un rapport qui est envoyé à l'établissement dans un délai de deux mois suivant la visite. L'établissement dispose d'un mois pour produire ses observations au rapport des experts-visiteurs. Le rapport des experts ainsi que les observations de l'établissement sont transmis au Collège de l'Accréditation. Ce dernier se prononce sur la satisfaction à la procédure d'accréditation et valide un rapport d'accréditation qui comporte les recommandations, leurs modalités de suivi et le délai au terme duquel l'établissement doit engager une nouvelle procédure. Le Directeur Général de l'ANAES transmet le rapport d'accréditation à l'établissement ainsi qu'au Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation. Un compte-rendu d'accréditation est élaboré par le Directeur Général de l'ANAES et mis à disposition du public et des professionnels<sup>1</sup>.

L'ANAES est donc chargée de la mise en œuvre de l'accréditation et diffuse dans ce cadre différents types de documents, en particulier des guides et des supports pédagogiques destinés aux établissements de santé. L'outil de référence rassemblant les objectifs de qualité à atteindre est le Manuel d'Accréditation. De nature transversale, ce manuel permet une évaluation de l'ensemble de l'organisation de l'établissement de santé. Le manuel se compose de dix référentiels. Chaque référentiel est découpé en références, elles-mêmes divisées en critères. La référence correspond à l'objectif à atteindre alors que le critère est «l'énoncé d'un moyen ou d'un élément plus précis

---

<sup>1</sup> Extraits du cours « Accréditation des établissements de santé » du Dr P.ROUSSEL, cours EDH / DS, ENSP, octobre 2002.

permettant de satisfaire la référence ». Pour chaque référence, l'établissement indique une appréciation de son degré de conformité selon une échelle de quatre niveaux<sup>2</sup>.

Les établissements de santé sont entrés peu à peu dans la démarche d'accréditation, jusqu'en avril 2001, date butoir d'engagement. Le nombre de visites menées par les experts a augmenté progressivement à partir de 1999. Celle du Centre Hospitalier de Lens a eu lieu en janvier 2003.

### **1.1.2 La démarche d'accréditation au Centre Hospitalier de Lens**

La Direction du Centre Hospitalier de Lens a fait sa demande d'engagement dans la démarche d'accréditation en janvier 2001. La Délégation à la Qualité a alors été chargée de définir le calendrier des différentes étapes, le plan de communication et la méthodologie de conduite de l'autoévaluation. L'ensemble de ces éléments a été présenté aux instances de l'établissement (Commission Médicale d'Établissement, Comité Technique d'Établissement, Conseil d'Administration) en avril 2002. Le Comité de Pilotage s'est ensuite réuni une première fois avant le déploiement des actions d'information et de sensibilisation auprès des personnels. La réalisation de l'autoévaluation a eu lieu entre septembre et novembre 2002, débouchant sur la rédaction d'un Plan d'Amélioration de la Qualité. La visite d'accréditation s'est déroulée du 20 au 30 janvier 2003. L'établissement a formulé ses observations au rapport des experts-visiteurs en mars 2003. La décision du Collège de l'Accréditation a été connue en juin ; le Collège a formulé cinq recommandations et deux réserves dont l'une porte sur «le respect des règles d'hygiène, pour la circulation des professionnels du bloc opératoire, pour les circuits du linge et des déchets et pour l'ensemble des transports au sein de l'établissement ».

Parmi ces différents volets de la démarche, le Manuel d'Accréditation définit l'autoévaluation comme « l'étape essentielle de la procédure d'accréditation ».

### **1.1.3 L'autoévaluation, « étape essentielle de l'accréditation »**

L'autoévaluation consiste pour l'ensemble des professionnels de l'établissement de santé à réaliser un diagnostic qualité qui doit permettre de définir, puis de mettre en

---

<sup>2</sup> L'établissement satisfait, satisfait en grande partie, satisfait partiellement ou ne satisfait pas à la référence.

oeuvre, une politique d'amélioration continue de la qualité. Le champ d'application de l'autoévaluation s'étend à l'ensemble des activités de l'établissement qui participent directement ou indirectement à la prise en charge des personnes soignées. La réalisation de l'autoévaluation s'appuie sur les référentiels du Manuel d'Accréditation.

Par le biais de supports pédagogiques, en particulier le guide pratique *Préparer et conduire votre démarche d'accréditation*, l'ANAES adresse aux établissements des recommandations méthodologiques quant aux modalités d'organisation de l'autoévaluation. L'ANAES insiste en premier lieu sur la nécessité de coordonner la préparation, la conduite et la conclusion de l'autoévaluation et conseille ainsi la mise en place d'un « groupe de pilotage ». Ce groupe doit se caractériser par une « représentation multiprofessionnelle et multidisciplinaire » : il est souhaitable que des responsables des organes décisionnels et des organes consultatifs de l'établissement ainsi que des professionnels des différents secteurs d'activité soient associés dans le groupe de pilotage. Après la mise en place du groupe de pilotage, la constitution des équipes d'autoévaluation est la deuxième question qu'il convient de résoudre avant de procéder concrètement à l'autoévaluation. L'ANAES préconise la mise en place de plusieurs équipes d'autoévaluation qui doivent permettre de couvrir l'ensemble des activités visées par les référentiels. En fonction des secteurs d'activité concernés<sup>3</sup>, les équipes peuvent être organisées autour de trois « noyaux » : un noyau managérial, un noyau clinique ou un noyau logistique. Lors de la constitution des équipes, il s'agit de veiller à la mixité de la représentation professionnelle mais en tenant compte de la nature des thèmes abordés : le guide pratique de l'ANAES précise par exemple que l'équipe d'autoévaluation qui sera chargée de traiter la gestion des fonctions logistiques aura un noyau logistique mais inclura également des professionnels appartenant aux services clients. Le guide pratique apporte par ailleurs d'autres indications sur le fonctionnement des équipes d'autoévaluation (planification des travaux, principes de travail en équipe, modalités d'appréciation des critères, règles de cotation, validation et synthèse des conclusions tirées par les équipes).

Toutefois, le Manuel d'Accréditation souligne que le guide pratique n'a qu'une portée indicative ; les idées qu'il propose sont des suggestions et ne constituent pas un carcan auquel les établissements doivent de soumettre. Ces derniers disposent d'un véritable espace de liberté pour déterminer la manière la plus pertinente d'utiliser les

---

<sup>3</sup> Selon le Manuel d'Accréditation, le secteur d'activité se définit comme la division fonctionnelle ou administrative à l'intérieur d'un établissement de santé, par exemple une unité de soins ou un service ; le secteur d'activité peut être clinique, médico-technique, etc.

outils proposés, en fonction de ses activités, de son organisation interne et de sa stratégie. S'agissant plus précisément de l'autoévaluation, il n'y a pas de « solution type » ni pour la mise en place du groupe de pilotage, ni pour la constitution des équipes d'autoévaluation. Quel a donc été le dispositif retenu par le Centre Hospitalier de Lens ?

La Délégation à la Qualité a proposé la constitution des équipes d'autoévaluation ainsi que celle de la structure de pilotage. Douze équipes multiprofessionnelles ont été formées, soit une équipe par référentiel, sauf pour les référentiels « Organisation de la Prise en Charge » et « Gestion des Fonctions Logistiques » qui ont été scindés en deux équipes (OPC soins et OPC médico-technique ; GFL sécurité et GFL hôtellerie). La composition des équipes a reposé sur le volontariat : un appel à candidature a été lancé fin mai 2002 au moyen d'un courrier adressé à l'ensemble du personnel et diffusé avec les fiches de paie. Chaque équipe comptait de dix à quinze membres, dont un coordonnateur chargé d'animer les réunions du groupe et de le représenter au sein du Comité de Pilotage. La Délégation à la Qualité a fait une sélection parmi les candidatures reçues, en fonction de différents critères : équilibre entre les disciplines de médecine, chirurgie, obstétrique et psychiatrie, pondération des catégories professionnelle, représentation des différents pavillons de l'établissement, stabilité professionnelle, motivation, expertise et connaissances en matière de démarche qualité. La composition des équipes a ensuite été validée par le Comité de Pilotage. Le groupe Gestion des Fonctions Logistiques (GFL) dans son versant hôtellerie, qui a analysé la prise en charge du linge lors de l'autoévaluation, était organisé autour d'un noyau logistique de sept membres (la Directrice Hôtelière et Logistique, le responsable de la restauration et une diététicienne, le responsable de la blanchisserie, le responsable des magasins centraux et un magasinier, un ASH de l'équipe de collecte des déchets) et comportait trois soignants (un cadre de santé, une infirmière et une aide-soignante) ainsi que deux professionnels compétents en matière d'évaluation, de gestion des risques et d'amélioration de la qualité (l'adjoint de la Délégation Qualité qui assurait par ailleurs le secrétariat des réunions et un cadre de santé du Service d'Hygiène Hospitalière). Au cours de ses six réunions, l'équipe GFL hôtellerie a rempli les différents critères, avant de rédiger la synthèse de chaque référence puis la synthèse générale du référentiel. Celle-ci a fait l'objet d'une validation par le Comité de Pilotage.

La coordination de l'autoévaluation a en effet été assurée par un Comité de Pilotage de seize membres : présidé par le Directeur Général du Centre Hospitalier, le Comité de Pilotage se composait des coordonnateurs des douze équipes d'autoévaluation, d'un représentant des usagers, d'un représentant du personnel désigné par le Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail et d'un secrétaire. Outre l'approbation de l'organisation et de la composition des équipes d'autoévaluation, le

Comité de Pilotage avait pour missions d'assurer l'homogénéité des cotations et de valider les compte-rendus d'autoévaluation, de rédiger la synthèse générale et la note méthodologique et de définir le Plan d'Amélioration de la Qualité en identifiant les actions prioritaires parmi les propositions d'amélioration émises par les équipes d'autoévaluation. Les résultats de l'autoévaluation ont pu être validés et transmis à l'ANAES dans le courant du mois de décembre 2002.

Les apports méthodologiques de l'autoévaluation constituent l'un des acquis importants pour les étapes suivantes de la démarche. En effet, les groupes d'autoévaluation se familiarisent avec des principes d'organisation, des méthodes et des outils de travail qui seront réutilisés notamment lors de la conduite des projets d'amélioration de la qualité. L'autoévaluation se présente ainsi comme une démarche participative, reposant sur la formation de plusieurs groupes de travail pluridisciplinaires qui nécessite un effort particulier de coordination. Pour procéder à l'appréciation des critères du Manuel d'Accréditation, les groupes d'autoévaluation ont recours à différentes techniques parmi lesquelles en premier lieu l'étude documentaire. Celle-ci peut porter sur les textes encadrant les activités (lois, règlements, normes, guides de bonnes pratiques) et sur les documents internes de l'établissement (protocoles, fiches techniques...). Les groupes d'autoévaluation doivent en outre veiller à l'objectivité des appréciations qu'ils portent ; cette exigence favorise la mise en œuvre de techniques (entretiens, observations directes sur le terrain...) permettant le recueil de données vérifiables. Les grilles d'autoévaluation contribuent à la formalisation et à la traçabilité des travaux des groupes ; elles poussent à la rédaction de commentaires synthétiques et structurés. La cotation finale de chaque référence est le moyen d'établir un échange des professionnels, d'abord entre eux lors de l'autoévaluation, puis avec les experts-visiteurs mais elle assure surtout le lien avec l'étape suivante de la démarche en aidant l'établissement à identifier ses priorités d'amélioration.

Par la méthodologie employée, l'autoévaluation prépare ainsi les professionnels à la conduite d'autres projets et en premier lieu ceux qui seront issus du Plan d'Amélioration de la Qualité.

Cet « intérêt pédagogique<sup>4</sup> » est l'un des éléments mis en avant par les professionnels du Centre Hospitalier de Lens qui ont participé à l'autoévaluation. D'autres

---

<sup>4</sup> Expression du Professeur Y.MATILLON, entretien accordé à la revue *Hygiène en Milieu Hospitalier*, avril 1999.

points positifs se dégagent du bilan interne<sup>5</sup> de l'autoévaluation. Les professionnels de l'établissement se sont fortement investis dans cette phase de la démarche. Pourtant, la période choisie pour l'autoévaluation pouvait laisser craindre une certaine lassitude au sein des équipes : celles-ci avaient déjà été sollicitées à de multiples reprises depuis le début de l'année 2002, en particulier pour la mise en place de la réduction du temps de travail. Plusieurs groupes de travail étaient déjà en place dans le cadre de la réalisation du projet social et du renouvellement du plan directeur et du projet médical. Les agents regrettent souvent leur participation à des groupes de travail dont les résultats ne se sont pas pérennisés ou qui n'ont abouti à aucune solution concrète. Ces expériences démotivent les professionnels face aux projets pour lesquels les objectifs à atteindre ne sont pas clairement définis et les moyens de les inscrire dans la durée ne sont pas identifiés. Or, l'enchaînement des étapes de la démarche d'accréditation, formalisé dans un calendrier précis établi par la Délégation à la Qualité et à la Prévention des Risques, levait des incertitudes quant aux suites de l'autoévaluation. La construction d'un Plan d'Amélioration de la Qualité proposant des actions prioritaires, validé par les instances de l'établissement, et la proposition d'un dispositif de mise en oeuvre sont apparues comme des éléments crédibles aux yeux des agents pour obtenir des actions d'amélioration concrètes. D'autres ont perçu l'accréditation avant tout comme une obligation légale qui contraindrait l'établissement à apporter des réponses réelles aux dysfonctionnements pointés lors de l'autoévaluation. Les enjeux internes de l'accréditation sont cités comme des facteurs de motivation ; à cet égard, l'objectif d'amélioration des conditions de travail des soignants est souvent associé à celui de l'amélioration de la qualité de la prise en charge et de la sécurité des personnes soignées. Les enjeux externes de positionnement par rapport aux établissements voisins sont rarement mis en avant ; néanmoins, il était important pour beaucoup que le Centre Hospitalier de Lens entre dans une démarche déjà initiée dans d'autres établissements de la région.

Mais l'implication des personnels est sans doute aussi la marque du succès du plan de communication qui accompagne le déroulement de la procédure d'accréditation de l'établissement. Différents vecteurs d'information ont été utilisés : note d'information distribuée avec la fiche de paie des agents, articles dans le journal interne de l'établissement (voir annexe 1), page intranet, réunions de sensibilisation dans les services ou encore plaquette de présentation de la visite. La communication apparaît donc comme un élément déterminant de la réussite des démarches qualité, de sorte qu'un poste d'assistant à la communication interne a été rattaché à la Délégation à la Qualité et à la Prévention des Risques.

---

<sup>5</sup> Bilan établi suite à la rencontre de membres des différentes équipes d'autoévaluation.

La plupart des participants au groupe d'autoévaluation GFL ont apprécié les échanges entre soignants et agents des services logistiques. Le groupe a porté une appréciation sur les démarches qualité entreprises dans les différents secteurs logistiques. Le groupe a notamment classé parmi les points forts le déploiement de la méthode HACCP (*Hazard Analysis Control Critical Point*) par la cuisine centrale de l'établissement. Les services logistiques se sont sentis valorisés par la démonstration qu'ils maîtrisaient des méthodes exigeantes, assez méconnues des soignants.

Cependant, les regards croisés clients / fournisseurs au sein du groupe GFL ont également provoqué quelques tensions. Les services de soins et la blanchisserie, service prestataire, se sont renvoyé la responsabilité des dysfonctionnements constatés lors de l'évaluation de la référence 4 (« La fonction blanchisserie est organisée pour traiter le linge de façon adaptée »). La comparaison des services logistiques entre eux lors de travaux du groupe a freiné la participation des représentants des secteurs les moins avancés en matière de démarche qualité. Quelques commentaires et l'une des cotations ont été jugés abusifs par le service concerné. Il est vrai, pour reprendre les propos du Pr MATILLON, que « les établissements doivent éviter deux écueils principaux – l'autosatisfaction et l'autoflagellation – qui sont diamétralement opposés mais également dommageables<sup>6</sup> ». Toutefois dans le cas présent, l'appréciation semblait justifiée pour la majorité du groupe. Cette position aurait sans doute dû être davantage expliquée. Par ailleurs, plusieurs groupes d'autoévaluation étaient coordonnés par les responsables fonctionnels des domaines concernés. Ce choix a été critiqué pour deux motifs principaux : d'une part, cette situation pouvait entraîner un doute sur l'objectivité des commentaires et des cotations ; d'autre part, certains ont fait valoir qu'il y avait eu confusion entre l'expertise détenue par certains professionnels et le rôle spécifique d'animation d'un groupe d'autoévaluation qui requiert des compétences d'une autre nature.

A ces critiques formulées par les membres des groupes ayant participé à l'autoévaluation s'ajoutent les remarques des experts-visiteurs sur la méthodologie retenue. Selon ces derniers, la taille de l'établissement aurait pu justifier la mise en place d'un nombre plus important d'équipes d'autoévaluation. Des équipes plus larges auraient pu être constituées. Les experts-visiteurs ont également mis en avant une approche généraliste et trop peu factuelle de l'autoévaluation. Ils ont de plus constaté que les commentaires formulés dans le cadre de certains référentiels n'insistaient pas suffisamment sur les points forts.

L'autoévaluation est donc une étape importante par l'expérience méthodologique qu'elle procure ; mais elle l'est aussi dans la mesure où elle amorce la dynamique de projet.

---

<sup>6</sup> *Hygiène en Milieu Hospitalier*, avril 1999.

## **1.2 L'autoévaluation enclenche la dynamique de projet**

L'autoévaluation permet d'identifier des axes d'amélioration qui justifieront l'entrée dans une démarche de projet et contribue à asseoir la légitimité des projets engagés.

### **1.2.1 L'autoévaluation agit comme un révélateur**

Il convient de préciser la portée de l'autoévaluation telle qu'elle est définie par l'ANAES : « L'autoévaluation permet à l'établissement de santé de réaliser son diagnostic qualité ». L'autoévaluation vérifie si les différents secteurs d'activité de l'établissement sont entrés dans une démarche d'amélioration de la qualité et mesure le niveau initial de qualité. De ce point de vue, elle ne constitue pas une analyse approfondie des processus visés par les référentiels qui aboutirait à un repérage exhaustif des dysfonctionnements. L'appréciation de la satisfaction aux références et aux critères du Manuel d'Accréditation permet en ce sens d'identifier des opportunités d'amélioration ; elle prépare par ailleurs la visite d'accréditation qui validera ou réorientera ces orientations et aidera à définir des priorités.

Ainsi, à l'issue de l'analyse des critères de la référence 4 du référentiel GFL, la fonction blanchisserie est apparue comme un domaine potentiel de développement d'actions d'amélioration de la qualité. Certes des points positifs ont été relevés : le groupe GFL a notamment constaté que les consignes de pré-tri du linge sale étaient affichées et connues dans les services. De même, il a mis en évidence qu'une procédure spécifique est en place pour le tri et l'évacuation du linge contaminé. Par ailleurs, le transport du linge propre est bien différencié de celui du linge sale. Le personnel de la blanchisserie, comme le personnel soignant, a reçu une formation aux règles d'hygiène contenant un chapitre appliqué au linge. En dépit de cette indication, l'entretien des locaux de la blanchisserie a été jugé irrégulier et insuffisant. Autre écart par rapport à la référence, la séparation des circuits propre et sale n'est pas assurée en tout point de l'établissement, en particulier au niveau des ascenseurs de plusieurs pavillons. Les contrôles microbiologiques, réalisés sur le linge traité par les prestataires extérieurs et par la blanchisserie du CHL, sont peu fréquents. L'indication centrale de l'analyse de cette référence portait sur l'interruption et l'inachèvement de la démarche de mise sous assurance qualité de la blanchisserie initiée en 2000 ; les protocoles rédigés n'ont pas été validés et le plan de contrôle et d'évaluation n'a pas été mis en place. Enfin, il est apparu que la blanchisserie travaille peu en partenariat avec les « services clients » : les besoins

en linge des services de soins ne sont pas estimés, l'approvisionnement ne s'effectue pas par dotations et la satisfaction des services utilisateurs n'est pas évaluée.

La mauvaise cotation de cette référence (« ne satisfait pas du tout à la référence ») a joué un rôle d'alarme, classant la prise en charge du linge parmi les axes de travail prioritaires.

Si l'autoévaluation enclenche la dynamique de projet en identifiant les secteurs offrant des opportunités d'amélioration, elle participe également de la légitimation des projets.

### **1.2.2 L'autoévaluation favorise la légitimation des projets d'amélioration de la qualité**

C'est en effet sur la base des conclusions de l'autoévaluation qu'est rédigé le Plan d'Amélioration de la Qualité. Au CHL, celui-ci a été préparé par la Délégation Qualité et Prévention des Risques et validé par le Comité de Pilotage en novembre 2002. Il a ensuite été soumis aux instances consultatives et décisionnelles de l'établissement, offrant ainsi une légitimation institutionnelle aux résultats de l'autoévaluation.

Par ailleurs, la réalisation de l'autoévaluation par différentes catégories professionnelles de l'hôpital marque leur engagement dans une démarche d'amélioration. Lors de l'autoévaluation, les agents mettent en évidence eux-mêmes les écarts entre, d'une part, l'organisation réelle des services et des processus et, d'autre part, le contenu du référentiel. Les agents qui participent à l'autoévaluation comprennent les fondements et les finalités des projets d'amélioration de la qualité. Ces derniers jouent également un rôle d'explication auprès du reste des équipes qui perçoit davantage la justification des projets d'amélioration de la qualité. De manière générale, les actions de communication relatives aux conclusions de l'autoévaluation facilitent l'acceptation des axes d'amélioration qui ne seront pas considérés comme des choix arbitraires.

La visite d'accréditation et le rapport des experts-visiteurs s'appuient sur l'autoévaluation réalisée par l'établissement pour apprécier la dynamique d'amélioration de la qualité. Ce regard extérieur porté sur l'institution renforce la légitimité des axes d'amélioration identifiés en interne. Ainsi, dès la restitution orale de la visite, les experts ont confirmé les grandes tendances relatives à la gestion des fonctions logistiques dégagées lors de l'autoévaluation. De manière générale, les experts-visiteurs ont souligné « des points de dysfonctionnement entre, d'une part, les services logistiques et, d'autre part, les services cliniques et administratifs ». Ils ont également mis en évidence que la volonté de l'établissement de s'engager dans une démarche d'amélioration des prestations logistiques n'était pas formalisée sous forme de projets. En ce qui concerne

plus précisément la fonction linge, les experts-visiteurs ont préconisé dès la restitution orale d'entreprendre un travail en collaboration avec les services cliniques et le service d'hygiène pour évaluer les besoins en linge et déterminer des procédures de nettoyage et de contrôle des équipements et des locaux.

En ce sens, les remarques émises par les experts-visiteurs, comme les recommandations formulées ensuite par le Collège d'Accréditation, participent du maintien de la dynamique engagée.

### **1.3 Maintenir la dynamique à l'issue de l'autoévaluation**

Afin que la mise en oeuvre du Plan d'Amélioration de la Qualité s'inscrive dans le mouvement lancé lors de l'autoévaluation, il conviendra en particulier de veiller à préserver l'implication des équipes et à hiérarchiser les projets en fonction de différents critères.

#### **1.3.1 La mise en oeuvre du Plan d'Amélioration de la Qualité**

Si l'accréditation se présente comme une procédure linéaire, elle se découpe cependant en étapes successives, clairement identifiées ; l'enchaînement de certaines étapes n'est pas immédiat, risquant d'entraîner une rupture de la dynamique enclenchée. Marc LE CHARTIER, directeur adjoint au Centre Hospitalier de Valvert, précise qu'« après la mobilisation de l'autoévaluation et la fébrilité de la visite, l'abandon progressif des pratiques de questionnement et la démotivation des acteurs sont souvent constatés<sup>7</sup> ». Monique SORRENTINO, directrice adjointe chargée des systèmes d'information et de la qualité au Centre Hospitalier du Pays d'Aix, ajoute que « le travail d'autoévaluation ainsi que la visite [demandent] de la part de l'ensemble des acteurs hospitaliers un gros effort de disponibilité consenti sur un moment plutôt court et intense ; il n'est pas envisageable de compter sur la même disponibilité en continu ».

L'objectif du management de la qualité est alors de trouver un juste équilibre entre l'attitude qui consiste à vouloir profiter de l'élan de l'autoévaluation pour avancer encore plus vite et sur de nombreuses actions et celle qui plaide pour un relâchement que l'échéance lointaine de la prochaine visite autoriserait. Dans le premier cas, on risque un essoufflement des équipes et dans le second un arrêt de la dynamique d'amélioration de

---

<sup>7</sup> *Entreprise Santé*, n°37, janvier-février 2002.

la qualité. La montée en charge de l'accréditation a allongé progressivement le délai séparant la visite de la communication du rapport d'accréditation. Il apparaît donc indispensable de mobiliser les outils de management qui permettront de maintenir la dynamique dans ce laps de temps ; or, l'autoévaluation constitue un diagnostic suffisant pour impulser certaines actions d'amélioration sans attendre la formulation des recommandations du Collège d'Accréditation. La question de la gestion de la période qui a suivi de façon immédiate la visite d'accréditation s'est peut-être posée avec une acuité moindre au Centre Hospitalier de Lens dans la mesure où les délais ont été relativement courts : en effet, la visite d'accréditation a eu lieu fin janvier 2003 et les appréciations du Collège étaient disponibles dès juin 2003.

Une mise en oeuvre rapide du Plan d'Amélioration de la Qualité constitue ainsi un élément important dans la pérennisation du mouvement impulsé lors de la phase d'autoévaluation ; néanmoins, cette mise en oeuvre suppose de faire un choix parmi les projets inclus dans le PAQ.

### **1.3.2 Hiérarchiser les projets d'amélioration de la qualité**

A l'issue de l'autoévaluation du CHL, le Comité de Pilotage a validé un Plan d'Amélioration de la Qualité (voir annexe 2) proposant 56 actions concrètes, rattachées à un ou plusieurs référentiels du Manuel d'accréditation. Parallèlement, la Délégation Qualité et Prévention des Risques a identifié trois axes prioritaires (voir annexe 3) correspondant aux domaines pour lesquels la démarche d'amélioration de la qualité était la moins avancée et susceptibles d'entraîner une réserve du Collège d'Accréditation. Plusieurs actions concrètes s'inscrivaient alors dans chacun des axes prioritaires. Le choix de l'une de ces actions pour débiter la mise en oeuvre du PAQ est le signe de la prise de conscience au sein de l'établissement des principales difficultés et offre les premiers éléments de réponse tangibles au rapport des experts-visiteurs lors de la phase contradictoire.

Des paramètres de natures différentes conditionnent la réussite des projets. De nombreux travaux consacrés au management et à la gestion de projets préconisent une analyse de la situation préalable au démarrage d'un projet dans le but précisément de déterminer si les conditions de réussite de ce dernier sont réunies. Serge RAYNAL<sup>8</sup> précise que cet état des lieux initial doit viser à apprécier d'une part la capacité des

---

<sup>8</sup> RAYNAL S. Le management par projet, 1996.

acteurs et d'autre part le degré de maîtrise de la situation. Ce degré de maîtrise dépendra de l'adaptation des moyens de l'établissement à la conduite de chacun des projets, en fonction de ses caractéristiques propres. Thierry PICQ<sup>9</sup> propose une grille d'analyse permettant d'identifier en amont les spécificités d'un projet. L'auteur insiste d'abord sur la définition de l'objectif ou des objectifs du projet ; si le projet doit répondre à plusieurs objectifs, alors l'analyse du positionnement des acteurs concernés montrera une multiplicité de points de vue, d'attentes et d'enjeux, parfois contradictoires entre eux. Il convient ensuite d'évaluer la taille et l'importance du projet à l'aune de critères complémentaires (montant de l'investissement financier, temps à consacrer, nombre de personnes à mobiliser, impact sur l'organisation...).

De nombreux indicateurs pourront également être utilisés pour mesurer la complexité du projet. A cet égard, selon S.RAYNAL, le niveau de complexité d'un projet dépend à la fois du nombre de paramètres à prendre en compte (technologiques, méthodologiques, économiques, sociaux...) et du nombre d'acteurs impliqués dans le projet. Par ailleurs, T.PICQ souligne l'importance de la « localisation » du projet : il s'agit de s'interroger sur la situation du projet au sein de l'organisation et sur son caractère transversal. L'auteur recommande enfin d'anticiper quels seront les effets induits par le projet : tout projet est porteur d'une part d'innovation qui peut rompre les modes de fonctionnement habituels de l'organisation. L'analyse des conséquences attendues permettra d'orienter le choix vers les projets liés aux secteurs les moins résistants aux changements.

Il est alors possible de recourir à des méthodes de pondération des différents critères évoqués précédemment afin d'identifier et de classer les projets d'amélioration de la qualité prioritaires. L'une d'entre elles<sup>10</sup> invite d'abord chaque membre du groupe de pilotage à classer les non-conformités et les points à améliorer en trois types d'actions : en premier lieu, les actions à mesure immédiate, ne demandant pas d'investissement particulier, pouvant être réalisées simplement dans un délai court ; puis, les actions identifiées, avec une manière de procéder définie, mais demandant un délai en raison d'un travail et/ou de ressources financières ; enfin, des actions correspondant à un problème sans solution immédiatement évidente. Il s'agit ensuite de noter de 0 à 3 chaque action potentielle en termes d'urgence, d'importance (lien avec les critères prioritaires définis par l'ANAES) et d'impact. La hiérarchisation des projets d'amélioration

---

<sup>9</sup> PICQ T. Manager une équipe projet, 1999.

<sup>10</sup> Méthode tirée du cours « Accréditation des établissements de santé » du Dr P.ROUSSEL, ENSP, octobre 2002.

est finalement établie par l'ensemble du groupe de pilotage, à partir des notes fixées par chaque membre.

Dresser ainsi le profil du projet envisagé permet d'en apprécier la faisabilité. Lorsque l'établissement de santé commence à mettre en oeuvre son Plan d'Amélioration de la Qualité, il semble préférable de ne pas choisir d'abord les actions concrètes les plus ambitieuses. En effet, c'est lors des premiers projets que les équipes se familiarisent avec le processus d'amélioration de la qualité et qu'elles apprennent à gérer les projets. Les premières expériences de projets d'amélioration de la qualité seront donc d'ampleur limitée afin d'en faciliter la conduite. Les succès initiaux appelleront par la suite d'autres projets : c'est l'idée de « motivation par l'exemple » défendue par Joseph JURAN<sup>11</sup>. Ce dernier montre que les premiers projets devront être conduits par des personnes volontaires, manifestant un véritable intérêt pour les démarches d'amélioration de la qualité ; les résultats obtenus par ces « pionniers » doivent stimuler les professionnels plus sceptiques qui voudront à leur tour se distinguer. Commencer par des projets au périmètre bien délimité, débouchant sur des résultats concrets, témoigne que la démarche d'amélioration de la qualité est tournée vers l'action. La réussite des premiers projets d'amélioration de la qualité présente un véritable enjeu. Les projets relativement modestes auront valeur d'exemplarité : l'information régulière sur l'avancement de ces projets permettra de soutenir des projets plus compliqués. La communication interne autour des résultats obtenus suite à la conduite des premières actions d'amélioration de la qualité constitue de ce point de vue un élément important dans le maintien de la dynamique globale de la démarche qualité à l'échelle de l'établissement.

Les actions d'amélioration de la qualité qui seront lancées les premières devront donc être sources de succès potentiels et offrir des résultats crédibles et significatifs. Elles devront également être cohérentes et faciles à coordonner entre elles. Elles susciteront la mobilisation et la motivation des professionnels en permettant le partage des premiers succès. C'est parce qu'il répond à ces caractéristiques que le projet d'optimisation de la fonction linge a été retenu parmi les premières actions du Plan d'Amélioration de la Qualité développées au Centre Hospitalier de Lens.

---

<sup>11</sup> JURAN J. La qualité dans les services, 1987.

### 1.3.3 L'exemple du projet d'optimisation de la fonction linge

La priorisation du projet de mise sous assurance qualité de la blanchisserie, élargi par la suite à l'optimisation de la fonction linge (*cf. infra*), se justifiait au regard des critères de faisabilité et de l'impact potentiel qu'il pouvait générer.

L'amélioration de la qualité de la prise en charge du linge s'inscrit clairement dans le cadre de l'axe prioritaire « Circuits et Hygiène ». Dans le Manuel d'Accréditation, la fonction blanchisserie ne constitue pas uniquement l'un des volets de la gestion des fonctions logistiques ; elle a également un rôle à jouer dans la maîtrise du risque infectieux au sein des établissements de santé. Le référentiel Surveillance, Prévention et contrôle du risque Infectieux (SPI) évalue notamment les moyens déployés par l'établissement pour maîtriser le risque infectieux lié à l'environnement ; la référence SPI 9.a évoque la mise en oeuvre de « procédures écrites, validées et évaluées à périodicité définie [concernant en particulier] la collecte, le transport, la manutention et le traitement du linge propre et souillé ».

Le linge peut en effet être en cause dans la transmission des infections nosocomiales. Le linge est utilisé aussi bien dans le domaine des soins techniques que dans le nursing devenant ainsi « un témoin permanent de la vie hospitalière<sup>12</sup> ». Il est facilement et très rapidement contaminé lorsqu'il est en contact avec le malade. Il peut être contaminant dans son circuit d'évacuation, voire dans son circuit propre s'il est accidentellement contaminé en raison d'une méconnaissance des procédures. Cette contamination peut être liée soit à une insuffisance du traitement du linge en blanchisserie, soit à une rupture de la chaîne au cours du circuit propre du linge. Après utilisation, le linge est toujours contaminé par des germes ou par des micro-organismes pathogènes, reflets de l'écosystème des services hospitaliers. Les micro-organismes sont dits pathogènes lorsqu'ils sont à même de déterminer une maladie infectieuse. Ils sont parfois présents dans l'environnement, comme les légionnelles ou le bacille de tétanos, mais sont le plus souvent générés par le corps humain lui-même.

Parmi les micro-organismes, les bactéries se caractérisent par leur paroi qui détermine leur forme et leur résistance. Les bactéries à gramme positif ont une paroi épaisse et une résistance élevée à l'absence d'eau ; c'est par exemple le cas des staphylocoques. En revanche, les bactéries à gramme négatif ont une paroi fine qui leur confère une relative fragilité et une dépendance vis-à-vis de l'eau. On les retrouve en

---

<sup>12</sup> Guide C.CLIN Paris-Nord *Circuit du linge à l'hôpital*, 1999.

abondance dans le linge souillé où elles proliféreront. Mais elles résisteront peu de temps sur un plan de travail propre et sec. La multiplication des bactéries se fait par scissiparité provoquant une croissance exponentielle (une bactérie donne deux bactéries, qui en donnent quatre qui en donnent huit...). L'ensemble des individus est identique à la bactérie mère. Le temps de génération, c'est-à-dire le temps qui sépare la naissance d'un individu du moment où il se reproduit, est de quinze à vingt minutes. La croissance est donc très rapide si le linge est humide, souillé et situé dans un environnement chaud. Les bactéries se caractérisent par trois éléments : leur pathogénicité, leur résistance physico-chimique (résistance à l'absence d'humidité, à la chaleur, aux variations de pH, aux agents désinfectants) et leur antibio-résistance (résistance aux antibiotiques).

L'une des principales bactéries résistantes aux antibiotiques est le staphylocoque doré résistant à la méticilline (SARM). La paroi épaisse du SARM le rend très résistant aux agents physiques désinfectants. Le SARM est très virulent (la virulence mesure la capacité à envahir un tissu vivant) et provoque des nécroses : il sécrète en effet des toxines qui contribuent à détruire le tissu qu'il infecte. On utilise les antibiotiques pour traiter les infections bactériennes. Or, chaque antibiotique a un spectre d'activité limité et ne peut être efficace sur toutes les bactéries pathogènes. On peut distinguer trois types de souches bactériennes en fonction de leur sensibilité aux antibiotiques : les souches sensibles, les souches intermédiaires et les souches résistantes. Les bactéries multi-résistantes (BMR) sont ainsi celles qui appartiennent à une souche qui n'est plus sensible qu'à un nombre très faible d'antibiotiques parmi ceux habituellement efficaces sur les souches courantes. Les BMR n'ont pas de pouvoir pathogène supérieur aux bactéries sensibles ; elles présentent juste une plus grande résistance aux antibiotiques, ce qui rend le traitement du malade plus difficile. Les modes de diffusion des micro-organismes pathogènes en milieu hospitalier, parmi lesquels les BMR, sont multiples. Le linge constitue entre autres un vecteur potentiel de transmission.

Quelques travaux ont été réalisés sur les risques de contamination liés au linge des soignants et des personnes hospitalisées. Une étude menée par D.WONG<sup>13</sup> sur la contamination des blouses blanches médicales a par exemple montré que les poignets et les poches sont les parties les plus contaminées de la tenue médicale. Le niveau de contamination varie avec le type d'activités et la spécialité. Dans cette étude, 25% des blouses étaient contaminées par *Staphylococcus aureus*, la contamination étant plus fréquente dans les spécialités chirurgicales que médicales. S'agissant du risque de

---

<sup>13</sup> WONG D. *Microbial flora on Doctor's white coats*, BMJ, 1991; étude citée par le C.CLIN Paris-Nord.

transfert de germes multirésistants par les blouses, une autre étude, conduite par JM BOYCE<sup>14</sup>, a mis en évidence que 65% des tenues des infirmières sont contaminées par le staphylocoque résistant à la méticilline après des soins réalisés auprès de malades colonisés ou infectés par ce germe. Une étude de 1997 citée par l'Union des Responsables de Blanchisseries Hospitalières<sup>15</sup> révèle en outre que les malades porteurs de staphylocoques résistants vont contaminer les draps dans 60% des cas ; la contamination est variable en fonction du type de linge. Les draps inférieurs sont très contaminés, alors que les taies et les draps supérieurs le sont moins. Les colonies de BMR présentes dans le linge peuvent survivre de deux heures à soixante jours selon les espèces. Le tableau suivant présente la contamination moyenne des différentes pièces de linge (Unités Formant Colonie par cm<sup>2</sup>) en fonction du temps<sup>16</sup> :

	<b>4 heures UFC par cm<sup>2</sup></b>	<b>8 heures UFC par cm<sup>2</sup></b>	<b>24 heures UFC par cm<sup>2</sup></b>
<b>Drap supérieur</b>	1	5 à 6	9
<b>Drap inférieur</b>	2	7 à 8	12
<b>Alèse</b>	5	9	14
<b>Taie d'oreiller</b>	3	4	6

Par ailleurs, des cas d'infections nosocomiales provoquées par du linge contaminé en blanchisserie après traitement ont été décrits. Il existe différents processus de traitement désinfectant du linge contaminé : des produits lessiviels adaptés et les techniques de thermo-désinfection ont prouvé leur efficacité. La thermo-désinfection consiste à laver le linge à une température supérieure à 60°C, seuil au-dessus duquel les bactéries pathogènes pour l'homme ne résistent pas (sauf les clostridium). Outre la température, le pH de l'eau de lavage constitue également un facteur déterminant dans l'obtention d'une bonne qualité bactériologique ; un pH inférieur à 10 est recommandé. Le passage du linge en calandre ou en tunnel de finition à des températures très élevées, même limité à quelques secondes, permet de tuer les bactéries qui auraient pu résister

<sup>14</sup> BOYCE JM, *Environmental contamination due to methicillin-resistant Staphylococcus aureus : possible infection control implications*, *Infect Control Hosp Epidemiol*, 1997, cité par le C.CLIN Paris-Nord.

<sup>15</sup> « Les bactéries font de la résistance », conférence du Dr GAYET lors des XVIIIe journées d'étude de l'URBH.

<sup>16</sup> Données extraites du guide sur la fonction linge dans les établissements de santé publié en 2001 par la DHOS.

aux traitements précédents. La contamination du linge en blanchisserie intervient alors après traitement, soit lors de la manipulation du linge par les agents de la blanchisserie, soit au contact de l'environnement. F.TISSOT-GUERRAZ<sup>17</sup> rapporte un épisode d'entérocolite nécrosante dans une maternité parisienne, dû à un portage de staphylocoque doré dans la gorge d'un agent de la blanchisserie, ou encore une apparition de pustules staphylococciques chez des nouveau-nés dues à des couches contaminées par les mains et le rhino-pharynx d'un agent de la blanchisserie. L'environnement de la blanchisserie, en particulier l'air et les surfaces, est lui aussi susceptible d'être contaminé et contaminant pour le linge propre. Des prélèvements effectués par bio collecteur en zone sale mais aussi en zone propre montrent que l'air qui circule en blanchisserie peut être contaminé, y compris par des BMR.

Le linge est donc un vecteur potentiel de transmission des infections nosocomiales ; de ce point de vue, la qualité du linge est une condition requise pour assurer non seulement le confort mais aussi la sécurité des patients. La prévention du risque infectieux implique d'abord de veiller à la qualité bactériologique du linge mais aussi de mettre en place des circuits adaptés pour éviter la diffusion des germes à haute incidence épidémique.

La sécurité des patients est un enjeu fort qui justifie de placer l'amélioration de la qualité de la prise en charge du linge parmi les priorités. Mais la qualité bactériologique du linge prévient également les risques de contamination du personnel. De manière plus générale, ce projet relatif à la qualité du linge comporte des enjeux liés à l'amélioration des conditions de travail ; il implique en effet d'analyser et le cas échéant de corriger les pratiques professionnelles à chaque étape du circuit du linge. A ce titre, il pourra avoir un impact positif sur l'environnement des agents de la blanchisserie soumis à des conditions de travail difficiles par certains aspects (chaleur, bruit...). Le projet permettra ainsi de revoir et d'optimiser l'organisation du travail de la blanchisserie en dégagant d'éventuels gains de productivité ; les blanchisseries hospitalières s'inscrivant désormais dans un contexte assez concurrentiel, il convient de ne pas négliger ces enjeux économiques et sociaux. En outre, la mise en place d'une méthode d'assurance qualité et la réflexion des agents de la blanchisserie sur leur organisation et leurs pratiques professionnelles alimenteront les travaux sur l'évolution des fonctions logistiques du Centre Hospitalier de Lens : les acteurs de terrain participeront ainsi directement à l'élaboration du schéma de

---

<sup>17</sup> TISSOT-GUERRAZ, « Le Linge : un maillon de l'infection nosocomiale », *Revue Hospitalière de France*, 1995.

la nouvelle blanchisserie qui devrait s'intégrer à la plate-forme logistique dont l'établissement pourrait disposer en 2006.

Il faut de plus souligner que le projet de mise sous assurance qualité de la blanchisserie pourra s'appuyer sur les travaux initiés dans ce domaine en 2000. En effet, à l'occasion d'un stage, une étudiante de l'IUP lillois d'ingénierie de la santé avait rédigé des protocoles de tri, de traitement et de transport du linge, en collaboration avec les agents de la blanchisserie. Ces protocoles n'avaient pas alors été validés. Le projet de 2003 tirera avantage des documents de travail élaborés en 2000 mais aussi de la sensibilisation des agents à la démarche qualité. Le projet offrira la possibilité de relancer la dynamique interne de la blanchisserie ; il constituera une opportunité de réouvrir le dialogue à l'intérieur du service en suscitant une réflexion collective sur le sens des missions de ce secteur d'activités et sur « la façon de bien faire ensemble ce qui doit être fait<sup>18</sup> ». Le lancement du projet pourrait ainsi représenter un facteur de motivation collective ; le secteur logistique, souvent dans l'ombre, pourrait être valorisé en devenant un exemple à suivre en matière de démarche qualité.

Le projet élargi à la globalité de la fonction linge permettra de fédérer des actions pressenties à l'issue de l'autoévaluation mais qui semblaient se développer de façon isolée : la blanchisserie avait en effet commencé à définir une méthodologie d'évaluation des dotations en linge avec les services utilisateurs alors que le Service d'Hygiène travaillait de son côté sur une grille d'audit de tri et de manutention du linge. Le développement de ces actions, sans coordination entre elles, traduit assez bien le cloisonnement qui existe entre les différents services du Centre Hospitalier. La culture hospitalière repose sur un schéma vertical et segmenté ; or, la logistique est par nature transversale et pluridisciplinaire. La réalisation de projets dans les secteurs logistiques peut faire évoluer la culture historique de l'hôpital et participer à son décloisonnement interne.

Le profil du projet d'optimisation de la fonction linge apparaît donc comme celui d'une opération de taille assez importante en raison du nombre de services concernés et de l'impact qu'il pourra avoir sur l'organisation du travail, comportant des enjeux forts, nécessitant peu de ressources et de moyens techniques supplémentaires mais requérant une méthodologie solide. Ces caractéristiques justifient l'importance accordée à ce projet en terme de visibilité et de retombée par le Plan d'Amélioration de la Qualité.

Dans *Le Management dans les organisations publiques*, Annie BARTOLI rappelle que le contenu et le processus sont deux dimensions indissociables d'un projet : il ne

suffit pas d'avoir pensé le contenu d'une action pour savoir comment l'appliquer et quel processus adopter pour sa mise en oeuvre. L'auteur montre qu'un projet doit reposer sur un « processus piloté » c'est-à-dire impliquant les acteurs concernés, prévoyant des temps d'apprentissage et d'évaluation, considérant les conditions de réalisation et s'articulant avec les choix organisationnels et stratégiques de l'institution. C'est ce processus ou cette méthodologie de support du projet que nous allons maintenant aborder.

## **2 LA CONSTRUCTION DU PROJET D'AMELIORATION DE LA QUALITE : ANTICIPER ET PREVENIR LES FACTEURS DE RUPTURE DE LA DYNAMIQUE INTERNE DU PROJET**

En 1996, dans son guide décrivant les principes méthodologiques de mise en place d'un programme d'amélioration de la qualité dans un établissement de santé, l'Agence Nationale pour le Développement de l'Évaluation Médicale distinguait quatre étapes dans un projet d'amélioration de la qualité : l'identification du processus, la description du processus, la construction du nouveau processus et l'amélioration du processus. Les deux premières étapes vont permettre l'élaboration d'outils qui garantiront la continuité de la démarche de projet. L'identification du processus facilitera ainsi la rédaction de la lettre de mission, support essentiel pour le repérage des acteurs du projet. L'ANDEM rappelle en effet que « la réalisation d'un projet d'amélioration de la qualité est sous la conduite d'un responsable de projet, clairement identifié, impliqué directement dans le processus étudié et mandaté par la direction pour assurer cette mission ». La description du processus servira d'appui à la rédaction de la fiche projet qui fixera le cadre méthodologique de départ. La fiche projet assure un niveau d'information identique pour l'ensemble des acteurs prenant part au projet. Elle présente un cadre méthodologique adapté au projet concerné mais qui s'appuie sur des principes communs à l'ensemble des projets d'amélioration de la qualité. Car, en dépit des variantes méthodologiques entre les différents projets, les professionnels doivent pouvoir comparer les projets entre eux et ainsi avoir une vision commune de l'avancement du Plan d'Amélioration de la Qualité de l'établissement.

---

<sup>18</sup> WALTER M-H L'assurance qualité, clé de l'accréditation en santé, 2000.

## **2.1 L'identification du processus de prise en charge du linge en établissement de santé**

### **2.1.1 Les objectifs liés à l'étape d'identification du processus**

Le processus se définit comme un enchaînement plus ou moins complexe de tâches élémentaires, accomplies par un professionnel ou un groupe de professionnels, faisant appel à des ressources (équipements, matériel, informations, compétences) et concourant à l'obtention d'un résultat défini ; ce résultat est appelé produit ou service et vise à répondre à un besoin exprimé par des clients internes ou externes<sup>19</sup>.

La norme NF EN ISO 9000 de décembre 2000 (« Systèmes de management de la qualité – Principes essentiels et vocabulaire ») présente « l'approche processus » comme l'un des huit principes<sup>20</sup> de management de la qualité qui peuvent être utilisés par la direction d'un organisme pour mener celui-ci vers de meilleures performances.

L'activité hospitalière se présente comme une combinaison de processus. L'ANAES<sup>21</sup> distingue différents types de processus au sein des établissements de santé : les processus opérationnels en lien direct avec le patient, les processus supports ou processus de soutien et les processus de management. Au même titre que les approvisionnements, la maintenance ou les transports, les processus liés à la prise en charge du linge appartiennent à la catégorie des processus supports. Dans le même document, l'ANAES met en évidence que les entreprises ont constaté que les principaux problèmes se situaient à l'interface entre les différents services, de sorte que l'accent doit être porté sur l'analyse des processus. Les établissements de santé doivent aussi désormais développer « une attitude systématique de recherche d'amélioration de processus qui conduira à des progrès substantiels ». Cette démarche méthodique d'amélioration des processus passe par l'identification, la description et l'analyse des

---

<sup>19</sup> La norme ISO 8402 définit un processus comme « un ensemble de moyens et d'activités liés qui transforment des éléments entrants en éléments sortants ».

<sup>20</sup> Les huit principes sont : l'orientation client, le leadership, l'implication du personnel, l'approche processus, le management par approche système, l'amélioration continue, l'approche factuelle pour la prise de décision et les relations mutuellement bénéfiques avec les fournisseurs.

<sup>21</sup> Voir le guide *Principes de mise en oeuvre d'une démarche qualité en établissement de santé*.

processus. L'objectif final est la maîtrise des processus qui consiste à pérenniser les améliorations obtenues et prouvées.

L'amélioration des processus débute donc par l'identification de ces derniers. Le guide méthodologique de l'ANDEM précédemment cité précise que cette première étape vise à identifier le processus global et ses principaux segments et à reconnaître les acteurs du processus et leur rôle. Dans un premier temps, le projet est sélectionné au regard des axes prioritaires du Plan d'Amélioration de la Qualité et des critères de faisabilité évoqués en première partie. L'implication de la direction à ce stade constitue un élément important dans la réussite du projet : les représentants de la direction doivent être en mesure d'assurer l'information sur le projet retenu et de justifier les critères de ce choix auprès des instances et des personnels de l'établissement.

Une fois le projet sélectionné par la direction, il convient de désigner un responsable de projet. L'ANDEM préconisait ensuite de déterminer les limites du processus au sein du thème choisi pour le projet, en tenant compte des délais de mise en oeuvre et des conditions de faisabilité, puis d'identifier tous les acteurs concernés par le processus étudié, afin de les impliquer et de faire une analyse des forces et faiblesses du projet, en particulier pour en examiner les facteurs de réussite.

La finalité de cette étape est de préciser les objectifs du projet, de fixer les échéances et de planifier les ressources nécessaires à la réalisation du projet. Le ou les groupes projet pourront alors être constitués<sup>22</sup>.

### **2.1.2 La définition du périmètre du projet**

Une fois le projet sélectionné, il convient de tracer les contours du domaine d'intervention afin de borner précisément l'étude. Cette démarche évalue l'ampleur du projet et permet ainsi de définir la méthodologie de conduite de projet la plus adaptée et d'estimer le temps nécessaire à l'aboutissement du projet.

Initialement, le Plan d'Amélioration de la Qualité du Centre Hospitalier de Lens prévoyait de « mettre la blanchisserie sous assurance qualité ». Ce point figurait parmi les actions locales, par opposition aux actions transversales. Formulé dans ces termes, le

---

<sup>22</sup> La maîtrise des processus est une exigence de l'ISO 9002 qui précise que le fournisseur doit identifier et planifier les processus de production, d'installation et les processus relatifs aux prestations associées qui ont une incidence directe sur la qualité et qu'il doit aussi assurer que ces processus sont mis en oeuvre dans des conditions maîtrisées.

projet faisait référence à l'amélioration de la qualité du traitement du linge par la blanchisserie. Or, le traitement du linge ne constitue pas l'unique dimension de la fonction linge d'un établissement de santé ; il s'inscrit dans un processus plus large de prise en charge du linge et ne représente que l'une des étapes de la relation clients / fournisseur interne qui lie les services utilisateurs et la blanchisserie prestataire de services. La mise sous assurance qualité de la blanchisserie pourrait ainsi entraîner des modifications dans l'organisation de ce service, susceptibles d'avoir un impact sur les étapes de prise en charge du linge situées en amont et en aval. C'est pourquoi, lors de la phase de concertation préalable au projet, la Délégation à la Qualité et la Direction Hôtelière et Logistique ont accepté de modifier le périmètre du projet pour l'élargir à l'optimisation de la fonction linge.

En ce sens, la définition de la « fonction linge » permet de cerner quelles seront les limites du projet. Le guide relatif à la fonction linge dans les établissements de santé publié par la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins indique que « la fonction linge regroupe l'ensemble des moyens d'un établissement hospitalier, qui concourent directement à assurer l'ensemble des prestations, internes ou externes, relatives à l'approvisionnement, à l'entretien et à la distribution aux différents services des articles de linge et d'habillement, qu'ils soient réutilisables ou à usage unique, entretenus ou non, stériles ou non stériles ». On peut compléter cette définition générale en précisant les missions principales de la fonction linge lorsque celle-ci est orientée vers la réponse aux besoins d'une structure hospitalière. En premier lieu, la fonction linge vise à fournir les produits et prestations nécessaires à l'hôtellerie, tant pour les patients que pour les personnels. Elle a par ailleurs pour objet de procurer à des patients, dans les situations d'urgence ou de dépannage, ou aux plus démunis, certains articles comme le linge de toilette, les pyjamas ou les chemises de nuit. La fonction linge doit en outre offrir des solutions de qualité pour le traitement des effets personnels des patients en hospitalisation de longue durée ; ce point est particulièrement important au Centre Hospitalier de Lens qui compte 183 lits de long séjour gériatrique et 48 lits de moyen séjour. La fonction linge a pour autre mission d'assurer les meilleures conditions d'hygiène et de protection aux patients et aux personnels vis-à-vis des risques infectieux, mission qui a déjà été évoquée parmi les enjeux du projet.

La fonction linge se présente ainsi comme une fonction transversale qui peut être caractérisée par des éléments d'analyse qualitatifs et quantitatifs. On peut procéder à un découpage détaillé de la fonction linge afin de cerner la diversité des activités et des prestations qui y sont liées et qui entrent ainsi dans le champ du projet d'amélioration de la qualité étudié. Dans son guide, la DHOS propose une segmentation de la fonction linge en « sous-fonctions » qui sont à leur tour décomposées en activités principales et

secondaires. On distingue cinq sous-fonctions qui correspondent aux activités principales suivantes :

- Sous-fonction entretien des textiles : réception et triage ; pré-désinfection ; lavage ; séchage ; finition du linge plat et du linge en forme ; traitement du « linge hébergé » (linge personnel des patients des services de long séjour) ; contrôle et pliage du linge opératoire destiné à la stérilisation ; conditionnement du linge opératoire ; stérilisation du linge opératoire ; réparation.
- Sous-fonction distribution – ramassage – transport : triage nominatif ; préparation ; transport (ramassage du linge sale et livraison du linge propre) ; manutention.
- Sous-fonction approvisionnement : achats ; gestion des stocks (linge et articles à usage unique) ; confection.
- Sous-fonction entretien de l’outil : maintenance ; entretien des locaux.
- Sous-fonction conseil, contrôle et suivi des prestations : conseil ; contrôle ; suivi qualitatif et quantitatif.

Pour préciser davantage la portée du projet étudié, il est possible d’identifier les articles auxquels s’appliquent les sous-fonctions précédemment évoquées. Parmi les articles de la fonction linge, on distingue deux grandes familles, qui regroupent à la fois des produits réutilisables et des articles à usage unique : d’une part, la famille du linge et, d’autre part, la famille de l’habillement<sup>23</sup>. Les prestations relatives au linge dépendent de la politique hôtelière de l’établissement et du niveau de qualité qu’il s’est fixé en la matière. Les attentes vis-à-vis de la qualité hôtelière sont souvent plus fortes en maternité et dans les services de long séjour (en particulier gériatrique et psychiatrique). Le linge se divise en plusieurs catégories : le linge de literie (draps, alèses, taies d’oreiller, couvertures...), le linge de toilette (draps de bain, serviettes « nid d’abeille »...), le linge de maison (serviettes de table, torchons...), le linge d’entretien des surfaces (lavettes, franges...), le linge d’ameublement (voilages, rideaux...), le linge pour l’incontinence (couches anatomiques, changes complets) et le linge de bloc opératoire (champs opératoires standards et spécifiques). La deuxième famille d’articles correspond à l’habillement : l’habillement du personnel (blouses, tuniques, pantalons...), l’habillement des patients en court séjour (chemises ouvertes, pyjamas de dépannage...), l’habillement des patients en hospitalisation en longue durée (vêtements personnels des patients), l’habillement de protection (tabliers, sarraux, articles de protection contre les intempéries,

---

<sup>23</sup> Cette catégorisation reprend la distinction budgétaire entre les comptes d’habillement (60252) et les comptes de linge (60253). Les articles destinés au bloc opératoire figure dans les comptes de pharmacie et les prestations sous-traitées par l’établissement apparaissent au compte 628.

articles à usage unique tels que les masques et les sur-chaussures ou les masques...). L'habillement opératoire compte de nombreux articles à usage unique (cagoule, coiffes, gants, masques...); dans ce domaine, le textile se résume principalement à la casaque opératoire. Compte-tenu du coût encore élevé des casaques à usage unique, les casaques réutilisables sont majoritaires. Le développement des « tissus barrières » offre aujourd'hui un compromis intéressant entre le confort, la protection et le prix. La plupart de ces articles de linge ou d'habillement ne sont pas au départ spécifiques au monde hospitalier. Toutefois, leurs caractéristiques ont dû évoluer afin de répondre au mieux aux règles d'hygiène hospitalière ainsi qu'aux exigences de confort des patients et de s'adapter au traitement de type industriel au sein des blanchisseries hospitalières et aux contraintes économiques qui sont apparues face à des besoins croissants.

D'un point de vue quantitatif, la fonction linge au Centre Hospitalier de Lens<sup>24</sup>, dans son volet « entretien des textiles », correspond au traitement d'un peu moins de 5,5 tonnes de linge par jour. 3 tonnes d'articles appartenant à la catégorie des grands plats (draps, alèses et champs opératoires) sont traitées par des prestataires extérieurs. Le reste (petit plat et linge en forme) est pris en charge par la blanchisserie du CHL. Le poids total de linge traité en interne et à l'extérieur en 2002 était de 1357 tonnes, situant le CHL dans la moyenne des établissements de taille comparable. La quantité de linge traitée a baissé entre 2001 et 2002 (1440 tonnes en 2001), accompagnant la réduction d'activité de l'établissement dans cette même période. Jusque-là, la fonction linge du Centre Hospitalier de Lens avait suivi une évolution comparable à celle de la plupart des établissements de santé (hors long séjour) : on constate en effet que les quantités de linge traitées augmentent régulièrement chaque année alors le recours à l'usage unique se développe simultanément. Cette tendance a pu s'expliquer il y a quelques années par de multiples facteurs : « mises à niveau » importantes et nécessaires en termes d'hygiène, de qualité des prestations, de réponse aux besoins exprimés, d'amélioration des conditions de travail des personnels ou de rationalisation économique. Le guide de la DHOS indique que cette évolution à la hausse ne se justifie plus maintenant que par l'impact réel de la lutte renforcée contre les infections et des recommandations des hygiénistes, par le souci constant d'améliorer la qualité hôtelière, ainsi que par la réduction des durées d'hospitalisation.

Il apparaît donc que le traitement du linge en blanchisserie est l'une des étapes certes centrale mais pas unique du circuit du linge en établissement de santé. Dans la mesure où le traitement du linge est fortement lié aux autres segments du processus

global de prise en charge du linge, situés en amont et en aval, il paraissait peu pertinent de limiter le projet d'amélioration de la qualité au domaine d'activité de la blanchisserie. Ce choix témoigne en outre des enseignements tirés de la démarche qualité conduite par la cuisine centrale du Centre Hospitalier de Lens : l'autoévaluation a souligné que la production des repas de l'établissement s'appuie un système complet d'assurance qualité (respect de la marche en avant, définition des règles d'hygiène pour le personnel et l'entretien des locaux, traçabilité des repas, contrôles microbiologiques) mais que celui-ci s'arrête à la sortie de l'unité centrale de production. De même, le rapport des experts-visiteurs a mis en évidence que la démarche HACCP ne se poursuivait pas jusqu'au lit du patient. Il s'agit donc d'éviter que les mêmes remarques soient formulées à l'encontre du projet d'amélioration de la qualité de la fonction linge, en incluant d'emblée dans le projet le service prestataire et les services clients de la blanchisserie.

La définition de la fonction linge révèle l'ampleur d'un projet d'amélioration de la qualité qui porterait sur la globalité de la fonction. L'étape de segmentation du processus de prise en charge du linge permet d'identifier les étapes clés à améliorer au regard des priorités de l'établissement. Pour assurer la faisabilité du projet, celui-ci devait se concentrer sur certaines des sous-fonctions définies précédemment. Les conclusions de l'autoévaluation puis les réserves du Collège de l'Accréditation insistant sur l'hygiène et le circuit du linge, il semblait prioritaire de travailler d'abord à l'amélioration des sous-fonctions entretien des textiles, distribution – ramassage – transport et entretien de l'outil. A ce stade, afin de mobiliser l'ensemble des compétences nécessaires sur les différents aspects des trois sous-fonctions, il a été proposé de découper le projet d'optimisation de la fonction linge en deux sous-projets : l'un relatif à la mise en place d'un système d'assurance qualité à la blanchisserie, l'autre axé sur l'amélioration des relations clients-fournisseurs. Cette orientation demandera d'être particulièrement vigilant à l'interface entre les sous-ensembles et de mettre en place des moyens de coordination.

La fonction approvisionnements a fait l'objet d'une appréciation générale lors de l'autoévaluation. La Direction Hôtelière et Logistique n'a pas procédé pour le moment à un diagnostic spécifique sur les approvisionnements en linge et en articles à usage unique ; elle n'a pas souhaité que cet aspect soit inclus au projet qui sert ici d'exemple. L'optimisation de la fonction linge nécessitera toutefois à terme une amélioration du système d'approvisionnements. Quelques pistes d'amélioration sont cependant déjà perceptibles. Les responsabilités dans le domaine des approvisionnements devraient être clarifiées ; le ou les responsables identifiés devraient également prendre en charge l'analyse des besoins afin de mettre en cohérence la définition des besoins et les moyens

---

<sup>24</sup> L'établissement compte un peu plus de 1200 lits et places.

à mettre en oeuvre pour y répondre. A l'heure actuelle, tous les produits entrant dans le champ de la fonction linge sont achetés sur la base d'appel d'offres ; une réflexion pourrait être menée avec la Direction des Finances et la Cellule des Marchés dans le but de définir les procédures d'achat les plus efficaces pour les différents produits. L'élaboration de fiches techniques précises par produits permettrait de plus de faciliter la rédaction de cahier des charges rigoureux. Les contrôles des produits approvisionnés mériteraient d'être renforcés, d'abord en interne par un rapprochement des articles reçus avec les fiches techniques et les échantillons et, éventuellement, en faisant appel à des organismes de contrôle externes ou des laboratoires spécialisés. La traçabilité des produits doit par ailleurs inclure celle des fournisseurs, des commandes et des lots d'origine.

Enfin, il conviendrait d'aborder la problématique de la maîtrise des consommations en travaillant en collaboration avec les services utilisateurs. On constate en effet que les services ont des pratiques assez hétérogènes quant à l'utilisation du linge. L'exemple de la préparation du lit du malade illustre bien ce phénomène. Le rythme de change, qui conditionne directement la consommation, est laissé à l'appréciation de chaque équipe et varie en fonction des habitudes du service et des possibilités de traitement de la blanchisserie et des prestataires extérieurs. On observe ainsi une grande diversité de consommation qui peuvent aller d'un rythme de change insuffisant au détriment de l'hygiène à des changes trop fréquents, sans différenciation entre les profils de patients. Une étude concertée des besoins, couplée avec les recommandations formulées par les hygiénistes, devrait permettre la mise en place de procédures précises, adaptées à chaque type de patient et à chaque situation. Le développement actuel de la comptabilité analytique au Centre Hospitalier de Lens proposera rapidement des outils intéressants pour la maîtrise des consommations ; il offrira notamment la possibilité d'imputer à chaque budget de service le coût des prestations de linge et d'habillement qu'il aura consommées.

Si elles n'entrent pas directement dans le cadre du projet d'amélioration de la qualité étudié ici, ces pistes d'amélioration devraient être rapidement analysées dans la mesure où le projet de plate-forme logistique du CHL entraînera une réorganisation de la fonction approvisionnements. Le périmètre du projet d'optimisation de la fonction linge ayant été cerné, il est maintenant possible d'identifier les acteurs clés du projet.

### **2.1.3 L'identification des acteurs clés du projet**

Il est en effet nécessaire de recenser les services et les personnes concernés par le projet afin de les impliquer dès le départ ; c'est l'une des conditions du bon déroulement

du projet. Dans l'organisation hospitalière actuelle, il n'existe pas un service clairement identifié qui rassemblerait sous une responsabilité unique l'ensemble des activités liées à la fonction linge. La blanchisserie occupe une place centrale dans le processus mais certaines activités (tri, transport, entretien, maintenance...) dépendront en tout ou partie d'autres services. Les acteurs en lien avec le projet d'optimisation de la fonction linge peuvent être regroupés dans différentes catégories.

Parmi les promoteurs du projet figurent la Direction Générale de l'établissement, la Délégation Qualité Prévention des Risques et la Direction Hôtelière et Logistique qui constituent par ailleurs les instances de décision dans le cadre de ce projet. La catégorie des fournisseurs de prestations liées au linge comprend d'abord la blanchisserie interne du CHL, puis les prestataires extérieurs (la blanchisserie inter-hospitalière de Corbie qui traite les draps et les alèses ainsi que la société ELIS qui prend en charge le lavage des champs opératoires du Centre Hospitalier), auxquels il convient la pharmacie des Dispositifs Médicaux Stériles du CHL qui stérilise le linge opératoire et l'équipe interne de collecte des déchets qui participe à l'évacuation du linge sale des services de soins. Les clients immédiats de la prestation linge sont majoritairement les services qui dépendent de la Direction des Soins (services cliniques et médico-techniques). Le client final demeure toutefois le patient vers lequel sont tournés les enjeux principaux du projet (prévention du risque infectieux et amélioration de la qualité hôtelière). Sont également concernés par le projet des services prestataires à l'égard de la blanchisserie : il s'agit principalement des services techniques du Centre Hospitalier qui contribuent à la maintenance des équipements et le Service d'Hygiène Hospitalière qui effectue les contrôles microbiologiques et assure des missions de conseil et de formation en matière d'hygiène.

Dans le cadre d'une réflexion sur la conduite de projet, la notion d' « acteurs » la plus adaptée est dans doute celle développée par Michel CROZIER et Erhard FRIEDBERG dans *L'Acteur et le Système*. Dans cet ouvrage, les deux auteurs décrivent les acteurs d'une organisation comme « les hommes [qui constituent] les rouages de [cette] organisation ». Ils insistent sur fait que l'acteur est « avant tout une tête, c'est-à-dire une liberté, ou en termes plus concrets, un agent autonome qui est capable de calcul et de manipulation et qui s'adapte et invente en fonction des circonstances et des mouvements de ses partenaires ». Les acteurs disposent ainsi d'une marge de liberté qui ne permet pas d'anticiper le positionnement et l'attitude de chacun d'entre eux lors du démarrage d'un projet. Chaque acteur développe une stratégie qui vise à répondre à ses propres objectifs qui ne sont pas toujours cohérents entre eux, ni avec ceux de l'institution. Si l'un des acteurs change d'objectif en cours d'action, il pourra être amené à

revoir sa position initiale par rapport au projet auquel il participe. L'attitude des acteurs ne sera pas seulement conditionnée par leurs objectifs : l'acteur est aussi rationnel, « d'une part, par rapport à des opportunités et à travers ces opportunités au contexte qui les définit et, d'autre part, par rapport au comportement des autres acteurs, au parti que ceux-ci prennent et au jeu qui s'est établi entre eux ». Le responsable et le pilote du projet doivent tenir compte de ces facteurs humains dans le management du projet.

Il existe des outils qui visent à mieux comprendre les attitudes individuelles et collectives des acteurs. La sociodynamique<sup>25</sup> propose par exemple de classer les acteurs dans différents ensembles en fonction de leur positionnement face à un projet donné. JC FAUVET identifie d'abord les « engagés », qui apportent un soutien inconditionnel au projet. Les « concertatifs », également favorables au projet, sont néanmoins porteurs de réserves ; ils pourront jouer le rôle d'alliés constructifs mais alors une démarche participative sera essentielle pour recueillir leur apport. Les « passifs » ne se sentent pas réellement concernés par le projet ; selon l'auteur, il s'agit souvent de la catégorie numériquement la plus importante. Les « passifs » constituent ainsi un enjeu fort du projet dans la mesure où ils peuvent faire pencher la balance. Les « hésitants » soutiendront plus ou moins le projet en fonction des contreparties qu'ils pourraient en retirer. Des raisons les poussent à ne pas se prononcer trop vite et à les placer en situation de négocier leur soutien. Les « divergents » ont eux une attitude a priori défavorable mais ne s'expriment pas de façon systématique. Les « opposants » montrent ouvertement qu'ils sont contre le projet ; leur présence impose aux responsables du projet de veiller à ce que les actions d'opposition restent dans les limites de l'acceptable. Les acteurs prêts à tout pour faire échouer le projet appartiennent dans cette typologie à la catégorie des « irréductibles ». Enfin, les « déchirés » occupent une place paradoxale en ce sens qu'ils sont personnellement favorables au projet mais appartiennent à un groupe plus vaste (catégorie professionnelle, organisation syndicale...) qui s'y oppose.

La « position sociodynamique » des acteurs dépend de leur compréhension du projet ; les actions de communication intégrées à la conduite du projet auront de ce point de vue un rôle à jouer dans l'évolution de la « carte sociodynamique » des parties prenantes au projet. Les outils de la sociodynamique offrent un cadre pour concevoir des stratégies d'action : on se concentrera par exemple davantage sur les hésitants et les passifs dont le ralliement sera plus facile à obtenir que celui des opposants. De même, pour faire adhérer des hésitants ou des opposants, la demande d'une contribution concrète à l'avancement du projet pourra être plus efficace que les efforts de conviction.

Des outils tels que ceux qui viennent d'être évoqués vont ainsi permettre d'analyser en amont le rôle et le positionnement des principaux acteurs du projet d'amélioration de la qualité de la fonction linge. Tout d'abord, au sein de la direction de l'établissement, la Délégation Qualité et Prévention des Risques, relais direct de la Direction Générale en la matière, avait fait de l'application du Plan d'Amélioration de la Qualité son objectif principal pour 2003 et s'est d'emblée engagée dans le projet. Elle a apporté un soutien au projet d'autant plus fort que celui-ci devait porter une partie des réponses à la seconde réserve formulée par le Collège de l'Accréditation. La DQPR apparaît comme l'organe ressource en terme de méthodologie et d'accès à l'information. En plus de sa participation active aux travaux, elle veille à la coordination entre le projet relatif à la fonction linge et le reste du PAQ. Le projet figurait également parmi les priorités de la Direction Hôtelière et Logistique qui a soutenu le projet sans équivoque ; cependant, la DHL ne pouvait consacrer que des ressources limitées à ce projet qualité qui se trouvait « concurrencé » par d'autres projets lourds, notamment la programmation de la plate-forme logistique envisagée par l'établissement.

En ce qui concerne l'équipe de la blanchisserie, il convient probablement de distinguer la position de l'encadrement de celui des agents. L'encadrement direct de l'ensemble blanchisserie-lingerie du CHL est assuré par un adjoint technique, secondé par un contremaître. Quand la réflexion sur le projet qualité relatif à la fonction linge a commencé début 2003, la position de l'encadrement était plutôt réservée, voire réfractaire. L'autoévaluation avait laissé un mauvais souvenir : les commentaires formulés par les utilisateurs avaient été perçus comme une mise en accusation et la mauvaise cotation de la référence GFL 4 avait été ressentie comme une sanction. De plus, les cadres de proximité de la blanchisserie estimaient ne pas disposer des ressources nécessaires pour mener seuls un projet qualité : peu formés à la gestion de projet, ils éprouaient une certaine crainte face à la conduite d'une démarche qualité qui jusqu'à présent n'avait pas été intégrée au fonctionnement du service. La première démarche initiée en 2000 avait d'ailleurs prouvé qu'un apport extérieur au service était essentiel. Le contexte du début d'année avait par ailleurs été marqué par des divergences entre le responsable de la blanchisserie et le Directeur chargé de l'hôtellerie et de la logistique sur différents sujets, provoquant une certaine réticence sur le terrain face aux projets promus par la direction de rattachement. Un travail d'explication des objectifs du projet et des enjeux de l'accréditation ainsi que la garantie d'obtenir une aide méthodologique par la désignation d'un « pilote » pour le projet ont finalement rassuré l'encadrement de la blanchisserie qui s'est progressivement investi dans le projet d'amélioration de la qualité.

---

<sup>25</sup> FAUVET J.C. La sociodynamique : un art de gouverner, 1985.

Le démarrage de la programmation de la plate-forme logistique à la fin du printemps 2003 a placé les services logistiques parmi les secteurs d'activité innovants de l'établissement et a eu pour effet de relancer la dynamique interne de ces services. Les premières rencontres avec les 19 agents de blanchisserie<sup>26</sup> ont montré que l'équipe comportait des « passifs », des « hésitants » et des « divergents ». Une certaine réticence s'exprimait face à la démarche qualité, perçue comme une augmentation de la charge de travail (« Avec les 35 heures, on n'a déjà plus le temps de faire le travail normal, alors comment pourra-t-on en plus travailler sur la démarche qualité ? » ; « L'équipe actuelle fait son travail consciencieusement ; on ne pourra pas faire plus de qualité si on n'accorde pas de moyens supplémentaires à la blanchisserie »). Certains n'étaient pas convaincus du bien-fondé d'un travail en concertation avec les services utilisateurs (« La blanchisserie fait un travail de qualité que les services de soins ne respectent pas en contournant les règles de tri et d'utilisation du linge. »). Certains agents de la blanchisserie n'adhéraient pas à l'idée que les utilisateurs s'expriment sur la définition de leurs besoins (« Si on demande aux services ce qu'ils veulent, ça va être l'inflation ! »). L'instauration d'une dotation en linge préétablie pour chaque service impliquait en fait une redéfinition des positions : la blanchisserie perd ainsi son pouvoir de contrôle et de corrections des demandes dont elle disposait avec le système des commandes quotidiennes. En outre, début 2003, les agents avaient reçu peu d'informations sur le projet de plate-forme logistique et éprouaient une forte incertitude quant à l'avenir de leur service : en effet, l'évocation de la « délocalisation » d'une plate-forme logistique à l'extérieur du site principal du Centre Hospitalier a d'abord été comprise comme une sous-traitance des prestations logistiques par l'établissement. A quoi servait-il alors d'entreprendre un projet d'amélioration de la qualité de grande ampleur si la blanchisserie disparaissait dans les trois ans à venir ? La pyramide des âges de la blanchisserie favorisait aussi ce type d'arguments exprimés à titre individuel (« Je pars en retraite dans six mois, dans un an...je ne vois donc pas pourquoi je m'investirais dans un projet dont je ne verrais pas le résultat et dont je ne profiterais pas des bénéfices »).

L'équipe de la blanchisserie manifestait ainsi sa méconnaissance des principes de la démarche qualité et sa peur des évolutions de l'organisation dont le projet était potentiellement porteur. On retrouve là quelques-uns des « freins au changement » évoqués par Annie BARTOLI<sup>27</sup>. L'auteur dresse une typologie des « freins au changement » dans les organisations publiques, en précisant qu'ils peuvent d'abord

---

<sup>26</sup> 1 adjoint technique, 1 contremaître, 3 maîtres ouvriers, 9 OPQ, 5 OPS.

<sup>27</sup> BARTOLI A. Le management dans les organisations publiques, 1997.

s'opposer au démarrage d'un projet, puis en fragiliser le développement. La difficulté des acteurs à se projeter dans le temps constitue par exemple l'un des « freins stratégiques » du projet étudié. Parmi les « freins structurels », figurent notamment le cloisonnement des services qui handicape la conduite de projets transversaux ou l'identification tardive d'un pilote pour le projet. La grande disparité dans les niveaux de maîtrise des connaissances relatives aux démarches qualité entre les catégories d'acteurs peut être classée parmi les « freins culturels » au projet. Enfin, on relèvera également quelques « freins comportementaux » au projet tels que le manque de stimulation individuelle et le comportement attentiste de la plupart des agents de la blanchisserie. L'auteur met en évidence que tout projet innovant évolue entre des facteurs qui freinent son développement et d'autres qui le favorisent ; c'est alors la qualité du pilotage du projet qui peut constituer une condition pour la pérennité de la démarche engagée. Plusieurs réunions de sensibilisation et d'information avec les agents et/ou les cadres de la blanchisserie ont ainsi été nécessaires pour lever l'essentiel des incertitudes et des réticences exprimées au départ.

Le Service d'Hygiène de l'établissement devait être un partenaire incontournable dans le déroulement du projet. L'élaboration et la mise en oeuvre des actions s'inscrivant dans l'axe «Circuits et Hygiène », en collaboration avec la Délégation Qualité, était l'un des objectifs principaux du Service d'Hygiène pour 2003. Les cadres du Service d'Hygiène ont immédiatement accepté de participer au projet d'optimisation de la fonction linge et se sont proposés de piloter un audit interne sur les circuits du linge et des déchets. La seule réserve du Service d'Hygiène portait sur la collaboration incertaine avec l'équipe de la blanchisserie. En effet, depuis plusieurs années, les deux services se renvoyaient mutuellement la responsabilité de l'absence d'entretien des locaux et des équipements de la blanchisserie. Le Service d'Hygiène ne disposant pas des effectifs suffisants pour assurer le nettoyage des surfaces de la blanchisserie, il avait pris le parti en 2000 d'assurer une formation au bionettoyage auprès des agents de la blanchisserie afin que ces derniers puissent prendre en charge eux-mêmes l'entretien de leur service. Toutefois, le protocole de nettoyage de la blanchisserie qui devait faire suite à cette formation n'a jamais été rédigé et les agents, soutenu par leur encadrement, ont refusé d'inclure l'entretien dans leurs missions, justifiant leur position par un manque de temps. Le Service d'Hygiène a alors suggéré à l'équipe de la blanchisserie d'appuyer son raisonnement sur des données tangibles en réalisant une évaluation de la charge de travail. Les agents de la blanchisserie se sont opposés à cette proposition, laissant la question de l'entretien de la blanchisserie sans réponse concrète et rompant le dialogue

avec le Service d'Hygiène. Le rétablissement de la collaboration entre la blanchisserie et le Service d'Hygiène allait être un facteur déterminant dans l'avancement du projet.

En ce qui concerne les services utilisateurs, la Direction des Soins s'est rapidement montrée favorable au projet relatif à la fonction linge. L'implication de la Direction des Soins dans les projets d'amélioration de la qualité anticipait l'actualisation du Projet de Soins qui doit notamment permettre de le mettre en cohérence avec la politique qualité de l'établissement. La Direction des Soins a ainsi constitué un relais important dans la diffusion des informations relatives au déroulement du projet. Pour la plupart, les cadres de santé ont une image positive de la blanchisserie ; ils soulignent fréquemment qu'ils ont conscience des conditions de travail difficiles des services logistiques mais avouent aussi ne pas bien connaître le processus de traitement du linge. Toutefois, certains cadres soignants ont surtout perçu dans la présentation de ce projet une nouvelle sollicitation pour participer à un groupe de travail et ont à nouveau regretté le nombre d'heures passées en réunion. Il est vrai que les référentiels du Manuel d'Accréditation, centrés sur des fonctions transversales, incitent à la formation de groupes de travail pluridisciplinaires, tant dans la phase d'autoévaluation qu'au moment de la mise en oeuvre du Plan d'Amélioration de la Qualité. Il est indéniable que cette option méthodologique entraîne une forte sollicitation des cadres ; cependant, d'autres éléments sont sous-jacents dans le positionnement des cadres. Certains d'entre eux perçoivent les groupes de travail comme des concurrents au sein de l'institution et se sentent dépossédés de leur rôle de proposition. Il est donc parfois utile d'expliquer aux cadres que leur participation aux groupes de travail ne constitue pas une dévalorisation de leurs fonctions ; dans les projets de grande ampleur, certains volets particuliers pourront être placés sous leur responsabilité. Leur expérience en terme de management d'équipe doit également faciliter la conduite des réunions et participer à l'entretien de la dynamique du groupe.

Les aides-soignantes et les auxiliaires de puériculture, qui assurent l'essentiel de la prise en charge du linge dans les services de soins, n'ont pas quant à elles avancé l'argument du manque de temps et ont répondu à l'appel à candidatures pour participer au groupe de travail sur la fonction linge en plus grand nombre que les cadres.

Le projet a par ailleurs reçu le soutien des représentants des usagers, qui s'est notamment exprimé lors du Conseil d'Etablissement du Centre de gériatrie. On a déjà souligné la place du linge dans le confort et la sécurité des patients. Or, l'analyse des plaintes des patients reçues en 2002, réalisée par la DQPR, témoignait d'une hausse du nombre de plaintes en lien avec l'hôtellerie. Le travail sur la fonction linge s'est ainsi révélé pertinent à cet égard.

A ce stade, la délimitation du périmètre et l'identification des acteurs clés du processus vont permettre au responsable du projet (chef de service ou directeur fonctionnel selon le domaine concerné) d'en évaluer la faisabilité et le cas échéant de choisir un chef de projet. La plupart des ouvrages relatifs au management de projet distinguent les fonctions de responsable (ou directeur) de projet de celles de chef (ou pilote) de projet. Y.CHAIGNEAU et M.PERIGORD<sup>28</sup> précisent ainsi que le chef de projet est garant de ce dernier auprès de l'autorité qui l'a missionné ; il est chargé de définir une méthodologie qui devra lui permettre de faire avancer le projet. La légitimité et le niveau d'autonomie du chef de projet doivent faire l'objet d'une sorte de « contrat » avec la direction. Ce contrat doit d'une part apporter des garanties au chef de projet : disponibilité des informations susceptibles de faire progresser le projet, accès au terrain pour analyser l'existant, possibilité d'entrer en contact avec les personnes concernées par le projet à l'intérieur et à l'extérieur de l'établissement, latitude pour enrichir les objectifs du projet. Mais le contrat constitue d'autre part un vecteur de communication intéressant sur le projet ; il permet notamment de faire connaître le rattachement hiérarchique du projet, les moyens nécessaires à sa réalisation et le calendrier prévisionnel. La délimitation du périmètre aura également été l'occasion d'identifier les interfaces et les actions liées au projet qui pourront apparaître dans le contrat.

Cette idée de contrat est apparue comme un outil de management judicieux au moment où le Centre Hospitalier de Lens essayait de rendre une certaine lisibilité à la gestion des multiples projets en cours dans l'établissement (certains groupes travaillaient sur des sujets voisins sans le savoir, d'autres fonctionnaient mais n'étaient pas connus de la direction, des projets étaient interrompus de longue date...). Le Bureau des Affaires Générales et la Délégation Qualité ont travaillé le contenu de ce contrat qui a finalement pris la forme d'une « lettre de mission ». Une fois la trame de la lettre de mission élaborée, il a été convenu que celle-ci, servirait de support à tout projet initié dans l'établissement (parmi lesquels les projets d'amélioration de la qualité). La lettre de mission est rédigée conjointement par le responsable et le chef de projet, validée par le Directeur et présentée aux instances ou comités concernés par le projet. A terme, l'ensemble des lettres de mission devrait être centralisé sur l'intranet de l'établissement afin de garantir leur accessibilité. Le projet d'optimisation de la fonction linge a donc fait l'objet d'une lettre de mission qui figure en annexe 4. Dans la lettre de mission, le « référent » correspond au responsable de projet et le « pilote » au chef de projet précédemment évoqués.

---

<sup>28</sup> CHAIGNEAU Y. et PERIGORD M. Du management de projet à la qualité totale, 1990.

L'étape suivante que le pilote devra aborder dans la construction du projet consistera en une analyse critique et détaillée du processus ciblé.

## **2.2 L'analyse des principaux segments de la fonction linge**

L'analyse du processus situé au cœur du projet d'amélioration de la qualité doit déboucher sur un diagnostic de la situation initiale présentant les points forts et les dysfonctionnements du processus. C'est sur cette base que sera construite une méthodologie adaptée pour répondre aux points d'amélioration identifiés.

### **2.2.1 Les objectifs de l'analyse du processus**

L'analyse du ou des processus correspond à la deuxième étape d'un projet d'amélioration de la qualité selon les principes méthodologiques décrits par l'ANDEM. L'analyse du processus doit ainsi aboutir à une représentation de la situation actuelle, identifiant les dysfonctionnements et les points clés de la qualité du processus, tout en favorisant la communication entre les différents intervenants. Pour être «le reflet le plus exact de la réalité », l'analyse doit impliquer tous les acteurs directement concernés par le processus étudié. L'ANDEM proposait un découpage en plusieurs séquences de cette phase d'analyse.

L'analyse du processus consiste en premier lieu en une description de ce dernier. Cette description est le moyen de mettre en évidence les interfaces entre les différents acteurs du processus et d'évaluer à ce niveau la qualité de la communication entre les services. Différents outils (diagramme de flux, logigrammes...) peuvent servir de support à la description du processus. La phase de description réclame un investissement important de la part de l'ensemble des intervenants concernés et peut s'avérer très consommatrice de temps pour aboutir à une représentation commune du processus, validée par l'ensemble des acteurs. Le processus devra être décrit avec objectivité, sans appréciation ni jugement et de manière relativement synthétique.

La description du processus dans sa réalité permet alors, grâce à une critique constructive, d'identifier quels en sont les points forts et les dysfonctionnements qui constituent des opportunités d'amélioration. La quantification des dysfonctionnements pourra nécessiter un recueil de données. Une méthode de questionnaire (« Qui, Quoi, Où, Quand, Comment, Pourquoi ? ») pourra être utilisée pour expliciter ces dysfonctionnements. Selon la nature du processus étudié, ces derniers pourront être

objectivés par un recours à différentes sources d'information telles que les plaintes, les questionnaires de sortie, des résultats d'enquête de satisfaction...

L'analyse de l'origine des dysfonctionnements permettra ensuite de situer ceux-ci soit à l'intérieur de l'une des étapes du processus, soit à l'interface entre deux étapes. L'origine des dysfonctionnements peut apparaître de manière évidente dès la description du processus ; certains d'entre eux pourront être corrigés d'emblée, débouchant sur les premières retombées du projet. Cependant, cette simple approche sera rarement suffisante et une analyse plus approfondie sera nécessaire pour connaître les causes des dysfonctionnements identifiés.

Ces principes d'ordre général ont guidé l'analyse des sous-processus liés à la fonction linge, appliquée à la situation du Centre Hospitalier de Lens.

## **2.2.2 L'analyse de la fonction linge**

Le circuit du linge en établissement de santé est jalonné d'étapes incontournables (voir annexe 5). Toutefois, la description de la fonction linge sera spécifique à chaque établissement de santé, en fonction de son organisation interne et de ses choix en matière de traitement du linge. La présentation de l'analyse de la fonction linge au CHL se réfère ici sur aux grandes étapes du circuit du linge ; pour chaque étape, une définition sera proposée avant de décrire les pratiques propres à l'établissement et d'identifier les points forts et les axes d'amélioration.

La dimension diagnostique de l'analyse du processus peut prendre appui sur différentes techniques. L'autoévaluation d'abord qui, d'après la définition de la norme ISO 9000, est une revue complète et méthodique des activités et des résultats de l'entité concernée, par référence au système de management de la qualité ou à un modèle d'excellence, réalisée par l'entité elle-même. «L'autoévaluation peut fournir une vision globale des performances de l'organisme et du niveau de maturité du système de management de la qualité. Elle peut également contribuer à l'identification des domaines de l'organisme nécessitant des améliorations et à la détermination des priorités ». L'audit qualité constitue pour sa part « un examen méthodique et indépendant en vue de déterminer si les activités et résultats relatifs à la qualité satisfont aux dispositions préétablies, si ces dispositions sont mises en oeuvre de façon efficace et si elles sont aptes à atteindre les objectifs<sup>29</sup> ». On distingue des audits internes (ou audits première partie), réalisés par l'entité concernée elle-même, et des audits externes, réalisés par des

---

<sup>29</sup> NF ISO 8402.

parties extérieures mais ayant un intérêt dans l'entité concernée (audits seconde partie) ou réalisés par des organismes extérieurs indépendants qui fournissent l'enregistrement ou la certification de conformité à des exigences formulées par des normes. L'intervention d'un consultant extérieur au moment du diagnostic initial peut présenter un apport supplémentaire dans certaines situations particulières : le consultant peut avoir un rôle de conseiller, il apporte un regard neuf intéressant dans les cas où des actions avaient déjà été entreprises puis stoppées (c'était par exemple le cas au CHL dans le cadre d'un autre projet relatif à la réorganisation du système d'approvisionnements interne). Le consultant peut aussi avoir un rôle de formateur par le transfert de savoir notamment en termes méthodologiques.

Le diagnostic de la fonction linge au CHL a associé deux formules : le diagnostic des étapes du circuit du linge prises en charge par la blanchisserie a été mené sur la base d'une autoévaluation réalisée à l'aide du référentiel proposé par le groupe de travail « Vendée Qualité Linge », avec la participation des agents de la blanchisserie. La première version de ce référentiel date de janvier 2002 ; il a été rédigé par un groupe de travail réunissant les Conseillères en Économie Sociale et Familiale de six établissements sanitaires et médico-sociaux de Vendée. Il a été approuvé par le directeur de chacun de ces établissements et a été vérifié par un pharmacien hygiéniste et un ingénieur qualité. L'introduction du référentiel précise que celui-ci constitue non seulement un outil d'évaluation, utilisable tant pour la réalisation d'un bilan initial que pour des bilans périodiques, mais aussi un outil d'aide à la contractualisation entre clients et fournisseurs. Sa conception favorise les démarches participatives et la réflexion collective. Le référentiel s'applique à l'ensemble des articles textiles pouvant être utilisés dans un établissement de santé. Il se décompose en quatorze références, parmi lesquelles sept sous-processus de la prise en charge du linge (collecte et tri du linge, stockage du linge sale, transfert et transport du linge, traitement du linge, livraison et approvisionnement, stockage du linge propre, utilisation du linge) et sept « processus de soutien » (hygiène, sécurité, prestataires, documentation qualité, formation, comptabilité, évaluations). Chaque référence est découpée en critères qui doivent faire l'objet d'une cotation de A à D. Dans le cas présent, le référentiel a été utilisé pour établir le diagnostic des pratiques de la blanchisserie ; les agents de la blanchisserie n'ont pas coté les critères qui concernaient uniquement les pratiques des services utilisateurs (pré-tri du linge sale et utilisation du linge propre). Le référentiel restant d'ailleurs assez succinct sur ce dernier aspect, il a été complété par un autre outil permettant un diagnostic plus détaillé.

Le diagnostic relatif aux pratiques des services de soins à l'égard du linge sale et du linge propre a ainsi été établi grâce à un audit interne. Cet audit, envisagé dès que

l'établissement a disposé des résultats du référentiel GFL, a porté à la fois sur les circuits du linge et des déchets. Il a été piloté par le Service d'Hygiène qui a proposé les grilles d'audit (annexe 6), validées après concertation avec la Délégation Qualité et Prévention des Risques et avec les personnes ressources du projet d'optimisation de la fonction linge et après un test des grilles dans un service pilote. Cet audit a été réalisé avec le concours des correspondants en hygiène de l'établissement formés aux pratiques de l'audit. Il s'agissait d'un audit croisé : les binômes de correspondants en hygiène devaient auditer des services autres que leurs services d'origine. Les grilles d'audit ont été analysées par le Service d'Hygiène pour le compte du groupe de travail pluridisciplinaire mis en place (*cf. infra*).

Car le groupe constitué pour travailler sur un projet peut établir lui-même le diagnostic ou déléguer cette tâche. A cet égard, Joseph JURAN<sup>30</sup> précise que la décision dépendra de la capacité des membres du groupe de travail à établir un diagnostic, de leur volonté d'y parvenir, du temps dont ils disposent pour arriver au diagnostic et de la disponibilité des moyens humains pour aider à diagnostiquer la cause du problème. En résumé, selon l'auteur, pour faire un diagnostic, il faut : du temps, des compétences et de l'objectivité. Dans le cas présent, les compétences des correspondants en hygiène auditeurs et l'expertise du Service d'Hygiène justifiait la délégation de la réalisation de l'audit diagnostic.

#### A) Le ramassage et le pré-tri du linge sale dans les services utilisateurs

Les guides de bonnes pratiques recommandent un pré-tri du linge sale dans les services utilisateurs ; le pré-tri facilite mais ne substitue pas au tri et au comptage du linge en blanchisserie. Le pré-tri intervient après chaque réfection de lit et lors de la toilette et des soins corporels des patients. Il doit s'effectuer dans le couloir de l'unité de soins, à l'aide d'un chariot qui n'entre pas dans les chambres. Le chariot supporte des sacs de couleurs différentes dans lesquels est réparti le linge sale en fonction de la nature du textile, de la forme ou de la taille des articles. Le chariot doit être équipé d'un couvercle pour chaque sac collecteur ou d'un système de fermeture automatique. Le pré-tri doit également permettre d'ôter tous les objets (appareils dentaires ou auditifs, stylos, matériel piquant ou tranchant...) qui risquent de détériorer les machines et de blesser les personnels en blanchisserie. Il est conseillé de manipuler le linge souillé avec des gants à usage unique non stériles ; le linge souillé ne doit ni être transporté contre soi, ni déposé

---

<sup>30</sup> JURAN J. La qualité dans les services, *op. cit.*

sur le sol. Les sacs de linge sale doivent être fermés hermétiquement dès qu'ils sont remplis à 70%. Le linge contaminé (considéré comme microbiologiquement à risque) doit faire l'objet d'une procédure particulière d'acheminement vers le centre de traitement du linge ; il doit notamment être placé dans des sacs spécifiques (l'utilisation d'un sac hydrosoluble, doublé d'un sac étanche est conseillée).

La blanchisserie du CHL a instauré un code couleurs pour distinguer les sacs de linge sale ; un document d'information a été diffusé dans les services de soins mais la procédure de pré-tri du linge sale n'a pas été validée. Le linge sale non contaminé est ainsi réparti dans des sacs de neuf couleurs différentes. Le linge personnel des résidents du centre de gériatrie est classé selon le même principe. Le linge contaminé est d'abord placé dans un sac thermosoluble transparent qui est lui-même déposé dans un sac en tissu rouge (sauf pour les draps et les alèses, traités par un prestataire extérieur), limitant ainsi le nombre de manipulations du linge contaminé. Le lavage à 45°C permet ensuite de dissoudre entièrement le sac thermosoluble. Cette solution apparaît cependant peu adaptée pour le linge souillé par des liquides biologiques (sang, urines, diarrhées...), souvent trop pesant pour les sacs thermosolubles.

L'audit interne réalisé avec le concours du Service d'Hygiène du CHL a montré que la classification des différentes catégories de linge sale était connue des agents et que la procédure de tri du linge était respectée. Les règles de manipulation du linge des patients infectés sont correctement appliquées. Des problèmes de fermeture des sacs ont été constatés, liés soit au remplissage des sacs, soit à la défektivité des systèmes de fermeture. Dans beaucoup de services de soins, les chariots contenant les sacs de linge sale ne sont pas déposés aux emplacements réservés à cet effet aux horaires prévus ; une mauvaise coordination entre les services et l'équipe centralisée de collecte des déchets est ainsi apparue. Cette partie de l'audit a en outre montré que les locaux de stockage du linge sale étaient inadaptés dans certains services, voire inexistants dans d'autres.

## B) L'évacuation du linge sale vers la blanchisserie

Les sacs de linge sale remplis et fermés doivent être rapidement évacués vers un local de stockage réservé à cet effet. Le transport du linge sale pourra relever de la blanchisserie ou d'un autre service selon l'organisation adoptée par chaque établissement. Dans les petits établissements, le linge sale peut être directement acheminé par chariots depuis les services utilisateurs vers la blanchisserie. Les établissements plus importants requièrent en revanche des lieux intermédiaires de regroupement, à partir desquels est organisé le transport vers la blanchisserie et/ou les

prestataires extérieurs. Dans tous les cas de figure, il est recommandé d'effectuer la collecte du linge sale six jours par semaine. Pour respecter les règles d'hygiène, le linge sale doit être évacué des services chaque jour et ne pas stationner plus de deux jours consécutifs dans les lieux de regroupement. Les locaux de stockage des sacs pré-triés doivent se situer en fin de filière de collecte (ascenseurs, sortie, issue). Ce local doit répondre à certaines caractéristiques : local correctement ventilé et en dépression, surfaces imputrescibles, présence d'un point de lavage et d'un système d'évacuation. Ce local, dont l'accès est interdit à toute personne étrangère au service, ne doit pas être utilisé pour stocker du matériel propre et doit être régulièrement nettoyé. Le mode de transport du linge sale varie ensuite en fonction du lieu de traitement du linge : si le linge est traité *in situ*, le transport s'effectue par chariots ; si le linge est traité à l'extérieur, il est transporté par véhicule (véhicule réservé au linge sale ou véhicule compartimenté avec zones propre et sale ou véhicule utilisé pour le transport du linge propre puis du linge sale, avec nettoyage et désinfection après chaque transport de linge sale).

La collecte du linge sale au CHL s'effectue en deux temps. Les sacs de linge sale sont d'abord entreposés dans des locaux réservés à cet effet au sein des services utilisateurs. Ils sont retirés par l'équipe de collecte des déchets qui les acheminent, à l'aide de chariots, vers des locaux de stockage intermédiaires situés dans les sous-sols du Centre Hospitalier. Ce sont ensuite les agents affectés au secteur sale de la blanchisserie qui sont chargés de se rendre en tracteur vers les différents lieux de stockage afin de récupérer les chariots de linge sale et de les acheminer vers la blanchisserie. Les draps et les alèses sales suivent le même parcours ; ils sont regroupés au niveau du quai de chargement de la blanchisserie d'où ils sont emportés par le véhicule de la blanchisserie inter-hospitalière. Une camionnette du CHL est par ailleurs utilisée pour la collecte du linge sale des structures situées à l'extérieur du site principal de l'établissement (services techniques, service d'addictologie, centre médico-psychologique). La collecte a lieu trois fois par jour du lundi au vendredi et une fois le dimanche pour la plupart des services de soins (le linge sale est ramassé deux fois par semaine dans les structures extérieures). La collecte se déroule une fois par semaine à l'internat, à l'Institut de formation en Soins Infirmiers, à la chambre mortuaire et dans le pavillon de l'administration.

Les deux principaux points forts relevés du stockage du linge sale relevé lors de l'autoévaluation sont d'une part, la formation du personnel aux règles d'hygiène et de sécurité et, d'autre part, la séparation des zones propres des zones sales au niveau des locaux de stockage. Cependant, plusieurs points à améliorer ont été mis en évidence. Le stockage du linge sale ne fait pas l'objet d'une procédure écrite et validée. L'accès aux locaux de stockage n'est pas contrôlé. Un dysfonctionnement important renvoie à

l'entretien des locaux de stockage du linge sale en sous-sol et des équipements utilisés pour le transport du linge sale. Il n'existe pas dans l'établissement de procédure de support pour l'entretien de ces locaux et de ces équipements ; les responsabilités ne sont pas clairement identifiées, de sorte que l'entretien est assuré de façon très irrégulière. Autre difficulté majeure, qui rejoint d'ailleurs l'une des deux réserves formulées par le Collège de l'Accréditation : le circuit du linge reposant sur une séparation du propre et du sale qui avait été initialement défini dans l'établissement n'est plus respecté, ce qui va à l'encontre des règles d'hygiène dans la mesure où les chariots de transport du linge sale ne sont pas hermétiquement fermés ; leur contenu est donc en contact direct avec l'environnement.

### C) La réception et le tri du linge sale en blanchisserie

Le linge sale doit être déchargé dans une zone de la blanchisserie réservée à cet effet, séparée des ateliers de traitement, de finition et d'expédition du linge propre. Les conditions de stockage des articles sales avant leur traitement doivent prévenir les risques de contamination. Il existe deux systèmes de stockage des sacs de linge sale dans le secteur sale de la blanchisserie. Le stockage sur chariot est applicable pour des blanchisseries de petite taille ; il en résulte un encombrement du sol important. Le stockage sur convoyeurs aériens se justifie pour les blanchisseries de taille plus importante. Il est alors recommandé de disposer d'une capacité de stockage aérien correspondant au moins à l'équivalent d'une journée de collecte, le reste (notamment en début de semaine) étant stocké au sol si possible en chariots, en attente de libération de capacités sur les convoyeurs aériens. Le principe général de l'organisation du stockage aérien est celui du « premier entré – premier sorti », afin de minimiser les durées d'attente et les risques de fermentation. La zone sale est en outre le lieu où s'effectue le pesage du linge. Il s'agit d'une donnée importante pour la gestion de la blanchisserie et le contrôle des charges des machines de lavage. Le comptage des articles est de moins en moins pratiqué sur le linge sale ; il subsiste dans les établissements qui ont recours à des formules de location / entretien de linge.

L'activité principale en zone sale dans la plupart des blanchisseries hospitalières françaises demeure le tri du linge. Celui-ci reste nécessaire, en dépit de la qualité du pré-tri effectué dans les services utilisateurs. Les principes de tri du linge avant lavage sont simples : chaque sac d'une série de même couleur est véhiculé vers les postes de tri ; son contenu est vidé puis trié par catégorie d'articles, selon un plan préalablement défini. Ce plan permet d'orienter chaque type d'article vers un cycle de lavage adapté. Le tri avant lavage facilite la mise à l'écart des objets parfois dangereux présents dans les sacs

de linge sale ; il constitue de plus un moyen pour comptabiliser le linge entrant et pour préparer avec précision les charges de lavage. Mais le tri du linge sale présente certains inconvénients. En effet, il correspond à une organisation du travail qui soumet les agents à des tâches fastidieuses et peu valorisantes et les place dans des conditions de travail difficiles (risques de blessures dues à la présence d'objets coupants et/ou piquants, odeurs dues aux concentrations de linge souillé). C'est pourquoi certains établissements (par exemple le CHU de Tours, les Centres Hospitaliers de Pontoise et de Roubaix) ont depuis peu opté pour le tri effectué sur le linge propre. Le tri du linge propre est le procédé généralement utilisé en Allemagne et dans les pays d'Europe du Nord. Il présente l'avantage d'améliorer les conditions de travail et d'hygiène du personnel et constitue un progrès sur le plan de l'hygiène. Toutefois, le tri du linge propre est un choix exigeant dans la mesure où il nécessite de disposer d'un scanner de type aéroportuaire pour détecter les objets qui pourraient endommager les machines. La pénibilité du tri perdure car le tri du linge mouillé nécessite un effort physique supplémentaire. Le tri après lavage provoque en outre une perte de rendement sur les cycles de lavage, due à la difficulté d'ajuster précisément les charges. Il conduit par ailleurs à implanter le tri au cœur de la blanchisserie, entre le lavage et la finition, ce qui impose à ces deux sections de respecter des cadences déterminées.

L'organisation actuelle de la blanchisserie du CHL prévoit un tri du linge sale. Les sacs de linge sale qui arrivent en blanchisserie font l'objet d'un stockage aérien<sup>31</sup>. Les sacs sont ainsi accrochés sur des rails et vidés sur des tables de tri. Le linge est réparti, par catégorie, dans des bacs différents. Le linge sale est orienté vers deux machines différentes en fonction du type d'article et du programme de lavage qui lui convient. La blanchisserie comporte en effet une machine aseptique d'une capacité de 40 Kg<sup>32</sup> dont le chargement est effectué manuellement à partir du secteur sale. Une autre technique est utilisée pour le chargement des laveuses essoreuses 115 Kg dont est par ailleurs équipée la blanchisserie : le linge sale contenu dans les bacs est ici transféré dans des nacelles qui sont pesées puis accrochées sur un rail en hauteur<sup>33</sup> pour aller alimenter les laveuses par le dessus. Le référentiel d'autoévaluation comportait peu de critères spécifiquement liés au tri du linge. L'autoévaluation a toutefois permis, d'une part, de souligner à nouveau la formation et l'expérience du personnel affecté au secteur sale de la blanchisserie et, d'autre part, de pointer les possibilités de passages entre le secteur propre et le secteur

---

<sup>31</sup> Système de stockage gravitaire d'une capacité de 2000 Kg.

<sup>32</sup> Voir fiche signalétique de la blanchisserie en annexe 7.

<sup>33</sup> Système gravitaire de stockage du linge trié d'une capacité de 600 Kg.

sale de la blanchisserie ainsi que le nettoyage très irrégulier des locaux et des équipements de la zone sale.

#### D) Le traitement du linge

Le traitement du linge en blanchisserie à proprement parler comprend le lavage-essorage (éventuellement précédé d'une pré-désinfection), le séchage, la finition et le pliage. Le linge doit être acheminé vers les machines de lavage avec le moins de manipulations possible, au mieux automatiquement. Afin d'obtenir une efficacité maximale, tant au niveau de la propreté que de la décontamination du linge, les programmes de lavage doivent être adaptés en fonction des différentes catégories d'articles textiles et du matériel utilisé. Le choix des équipements de lavage dépend des volumes de linge qui seront traités quotidiennement par la blanchisserie. Les tunnels de lavage permettent la production de capacités importantes, tout en réalisant des économies d'eau et d'énergie (environ la moitié des consommations des laveuses-essoreuses) ; ils se caractérisent en outre par un chargement et un déchargement automatisé qui réduisent la pénibilité des tâches correspondantes. Néanmoins, les tunnels de lavage restent peu modulables, leur productivité est freinée en cas de fractionnement des lots de linge à traiter ; le lavage en tunnel est donc recommandé dès lors que les quantités à traiter atteignent les seuils de productivité et d'économies d'exploitation nécessaires (le développement de « mini tunnels » a abaissé les seuils d'utilisation jusqu'à environ 2 tonnes/jour). Le choix d'un tunnel de lavage suppose de déterminer le mode d'essorage qui lui sera associé. L'essorage par presse se caractérise par la rapidité des cycles et une synchronisation facile avec le tunnel de lavage ; il est bien adapté pour les productions importantes, notamment en linge grand plat. L'essorage par centrifugeuse suppose des cycles plus longs, qui peuvent provoquer des décalages par rapport au rythme de production du tunnel de lavage ; l'essorage par centrifugeuse est préférable pour les mélanges d'articles et les vêtements de travail en général.

L'autre branche de l'alternative consiste à utiliser des laveuses-essoreuses (LE) ; celles-ci présentent une souplesse d'utilisation plus importante que les tunnels de lavage qui permet d'optimiser la productivité en combinant plusieurs laveuses-essoreuses de capacités différentes. Les laveuses-essoreuses sont particulièrement adaptées pour le lavage de petites quantités de linge et pour le lavage du linge délicat, notamment les vêtements personnels des patients et des résidents. Les inconvénients que présentent les laveuses-essoreuses sont liés à leurs consommations d'eau et d'énergie relativement élevées et au chargement et déchargement manuels sur les modèles aseptiques.

La blanchisserie du CHL a été restructurée en 1994 ; la configuration des locaux ne permettait plus alors d'accueillir l'ensemble des équipements nécessaires pour traiter la totalité du linge utilisé par l'établissement. Le traitement des draps, des alèses et des champs opératoires a été externalisé. Pour assurer le traitement du reste des articles, la blanchisserie du CHL s'est équipée d'une laveuse-essoreuse aseptique d'une capacité de 40 Kg, utilisée essentiellement pour le lavage du linge des résidents du centre de gériatrie et de deux laveuses-essoreuses d'une capacité de 115 Kg. Pour chaque catégorie de linge, des programmes de lavage, avec des dosages de produits lessiviels adaptés à la nature du textile et au degré de salissure du linge, ont été définis. Les machines de lavage sont alimentées en produits lessiviels par un système de pompes péristatiques permettant un dosage très précis. La programmation de la laveuse 40 Kg se fait dans le secteur sale, à l'aide des commandes situées sur la machine ; les laveuses 115 Kg sont programmées dans le secteur propre par commande sur pupitre.

La finition du linge propre consiste à sécher et/ou repasser le linge lavé et essoré afin d'éliminer l'eau résiduelle et donner aux articles traités un aspect et un toucher agréables. Selon le type d'essorage adopté, le séchage n'est pas toujours indispensable avant la finition. Toutes les charges traitées par les laveuses-essoreuses passent en séchoirs rotatifs avant la section de finition. Les charges essorées par presse passent dans un séchoir démêleur qui peut effectuer soit un pré-séchage, soit un séchage complet. En revanche, après un essorage par centrifugeuse, le démêlage devient inutile et le linge peut être directement envoyé en finition. Il existe alors trois solutions pour le transport et la manutention du linge humide propre : le transport par chariots, le transport par tapis motorisés grâce auxquels le linge aboutit directement à chaque poste de travail de la section de finition et le transport par convoyeurs aériens automatisés applicable uniquement pour les grosses unités de production. Parmi les sections de finition, il convient de distinguer la finition du linge plat de la finition des vêtements de travail et du linge en forme. La finition du linge plat nécessite un ou plusieurs trains de sécheuses-repasseuses (SR), spécialisées pour le grand plat ou mixte grand plat – petit plat. Les sécheuses-repasseuses peuvent être équipées d'une engageuse, d'une plieuse latérale pour le linge GP, d'une plieuse à plusieurs voies pour le linge PP et d'un automate d'empilage. La finition des vêtements de travail et du linge en forme peut s'effectuer, selon les seuils atteints, par tunnel de finition ou par un système de convoyeurs aériens distribuant les articles sur cintres sur des barres de stockage. Le linge en forme peut être livré aux services utilisateurs sur cintres ou plié. Lorsque la blanchisserie peut disposer d'automates de pliage (le pliage manuel est à réduire au minimum), il est recommandé de

livrer le linge plié. La finition du linge personnalisé des patients et des résidents peut s'accompagner d'un emballage individuel.

La blanchisserie du CHL dispose ainsi de deux séchoirs démêleurs. Le premier, d'une capacité de 50 Kg, est chargé manuellement ; il est utilisé pour sécher le linge lavé dans la laveuse 40 Kg. Le linge lavé dans les laveuses 115 Kg sort automatiquement de la machine ; il tombe sur un tapis roulant qui l'achemine directement dans un séchoir démêleur d'une capacité de 84 Kg. A l'issue du séchage ou du pré-séchage, le linge est transféré dans des bacs et dirigé vers trois postes de travail selon le type de linge. La blanchisserie du CHL dispose ainsi d'un tunnel de finition, associé à un automate de pliage, utilisé pour le linge en forme. Le linge en forme est d'abord classé par catégorie ; l'engagement dans le tunnel de finition se fait par accrochage sur cintres et donne lieu à un comptage des articles. Le linge passe directement vers l'automate de pliage. Les articles sont récupérés en bout de chaîne par piles de cinq. Les articles appartenant à la catégorie du petit plat passent sur un train de repassage associant une sècheuse-repasseuse et une plieuse à herses. Les articles sont comptabilisés à la sortie du train de repassage. Mais la blanchisserie recourt encore beaucoup au pliage manuel qui ne concerne pas uniquement le linge nominatif des résidents du centre de gériatrie : les couvertures, les couvre-lits, les draps de bains, les serviettes « nids d'abeille » ou encore les vestes des agents de la cuisine et du SMUR sont également pliés à la main. Or, non seulement le pliage manuel est déconseillé au regard des règles d'hygiène mais il est également très consommateur de main d'œuvre.

Le diagnostic a néanmoins permis d'identifier les points forts du traitement du linge par la blanchisserie. Le personnel affecté au traitement du linge est formé à la conduite des machines, aux règles d'hygiène et de sécurité. Le traitement du linge respecte le principe de la marche en avant ; le linge est traité par ordre chronologique de réception, limitant ainsi la durée de stockage avant lavage. Des programmes de lavage et de séchage ont été précisément définis pour chaque type d'article, en prenant en compte les rapports de charges, la température, la durée et les produits. Les produits lessiviels sont conformes à la réglementation et sont adaptés aux textiles et au degré de salissure du linge. Les machines utilisées pour le lavage, le séchage et la finition font par ailleurs l'objet d'une maintenance curative. Toutefois, la maintenance préventive reste peu développée. D'autres points à améliorer sont apparus au cours de l'autoévaluation de la blanchisserie. Le système documentaire lié au traitement du linge présente de nombreuses lacunes : les procédures ne sont pas validées, les modes opératoires sont incomplets et les fiches techniques ne sont pas mises à jour. La durée d'attente du linge propre et humide entre le lavage et le séchage n'est pas contrôlée. Le chargement et le

déchargement des laveuses-essoreuses 115 Kg s'effectuent par la même porte. La configuration des locaux impose de prélever de l'air en zone sale pour le séchage des articles propres. Les critères de contrôle des articles traités et le suivi des non-conformités ne sont pas clairement définis. Le dysfonctionnement majeur réside dans le non-respect de nombreuses règles d'hygiène dans le secteur propre de la blanchisserie. La liaison directe entre la blanchisserie et les sous-sols du Centre Hospitalier permet l'entrée, sans protection particulière, de toute personne dans le secteur propre. De même, la salle de détente des agents se situe dans le secteur propre ; cette localisation impose aux agents du secteur sale d'observer des règles de circulation particulières qu'ils ne respectent pas toujours. Divers éléments circulants dans l'air extérieur peuvent pénétrer dans la zone propre par les fenêtres et les trappes ouvertes. Le stockage d'une partie des articles à usage unique entre les laveuses-essoreuses et le tunnel de finition va à l'encontre des règles d'hygiène. Enfin, il n'existe pas de plan de nettoyage et désinfection des surfaces et des équipements du secteur propre, de sorte que l'entretien de cette zone est très irrégulier.

#### E) La préparation des livraisons et la distribution du linge propre

Une zone de la blanchisserie est réservée au stockage et à la préparation de l'approvisionnement en linge propre des services utilisateurs. En règle générale, dès leur sortie de la zone de finition, les quantités d'articles correspondant aux besoins exprimés par les services utilisateurs sont placées en armoires fermées ou dans des chariots préalablement lavés, désinfectés et séchés selon des procédures validées par le service d'hygiène ou le CLIN. Les articles excédentaires sont placés en rayonnages classiques et constituent un stock-tampon.

Dans les unités de production importantes, le linge sortant des traitements de finition peut faire l'objet d'un stockage dynamique gravitaire. A ce stade du processus, pour des raisons de respect des règles d'hygiène, un emballage sous film plastique aéré est recommandé, essentiellement pour le linge plat et le linge en forme personnalisé ayant subi un pliage automatique. Chaque service utilisateur doit être doté d'un nombre d'armoires ou de chariots de distribution suffisant pour assurer une rotation satisfaisante pour le bon fonctionnement du service. Il est souhaitable de calculer des dotations quotidiennes par service de façon à éviter tout stockage de linge propre dans les services. Le linge non utilisé doit retourner en blanchisserie et subir un nouveau traitement.

Dans l'organisation de la blanchisserie du CHL, un agent est exclusivement affecté au remplissage des armoires de distribution. Chaque service utilisateur dispose d'un jeu de deux armoires en aluminium qui théoriquement doit permettre de ne pas

déconditionner le linge dans le service. Traditionnellement, les livraisons étaient préparées en fonction des commandes quotidiennes de linge propre transmises par les services. Comme la collecte du linge sale, la livraison du linge propre s'effectue par les sous-sols du Centre Hospitalier, sauf pour les structures extérieures. Les armoires à linge sont accrochées à un tracteur et acheminées jusqu'aux locaux de stockage dont disposent les différents pavillons en sous-sol. Les agents du service remontent l'armoire de linge propre qui lui correspond et l'entrepose dans la lingerie du service.

En ce qui concerne l'approvisionnement et le transport du linge propre, l'autoévaluation a mis en évidence des dysfonctionnements déjà évoqués pour d'autres étapes du processus. La zone de préparation des armoires, les locaux de stockage en sous-sol et les armoires destinées au transport du linge propre ne sont pas régulièrement nettoyés et désinfectés. Les armoires ne sont pas sécurisées et le linge propre qu'elles contiennent est accessible à toute personne lors du stockage en sous-sol. Le circuit du linge propre croise les circuits sales dans les galeries souterraines de l'établissement. La blanchisserie n'a pas défini de dotations journalières avec les services utilisateurs ; les besoins de ces derniers ne sont pas connus précisément. Les quantités livrées par la blanchisserie sont parfois trop importantes ; aucune procédure de retour en blanchisserie du linge excédentaire n'ayant été établie, de nombreux services de soins stockent du linge propre, exposant celui-ci aux risques de contamination. L'audit réalisé par le Service d'Hygiène a confirmé les éléments liés à l'absence de sécurisation des armoires de linge propre et au déconditionnement du linge propre dans les services. L'audit a apporté des indications plus précises sur la prise en charge des vêtements professionnels. Beaucoup d'agents disent ne plus disposer du nombre de tenues qui leur avait été initialement attribué. L'analyse de la blanchisserie montre en fait que les vêtements professionnels ont une rotation plus faible que les autres articles textiles ; cette situation s'explique souvent par un problème d'identification des responsabilités quant à l'évacuation des sacs contenant les vêtements sales qui sont entreposés dans les vestiaires. Plusieurs services ne mettent pas quotidiennement les vêtements sales à disposition de l'équipe de collecte ; or, le rythme de restitution des vêtements propres suit celui d'acheminement des vêtements sales.

Le raccommodage (ou ravaudage) et le marquage ont deux fonctions de la blanchisserie qui ne figurent pas dans le référentiel du groupe « Vendée Qualité Linge ». Les blanchisseries réparent désormais de moins en moins d'articles ; le raccommodage est souvent réservé aux articles coûteux ou spécifiques et difficiles à trouver sur le marché. La principale recommandation en la matière est que le linge qui vient d'être réparé doit subir un nouveau cycle de lavage. Le marquage est indispensable à la bonne

gestion du linge ; certains fournisseurs d'articles textiles prennent en charge cette fonction. Au CHL, la réparation du linge et le marquage sont assurés par la lingerie. L'absence de procédure de contrôle des articles et de traitement des articles abîmés est la principale difficulté relevée à cette étape du processus de prise en charge du linge.

Les autres critères évalués à l'aide du référentiel appellent les commentaires suivants. Il apparaît que l'organisation des relations clients - fournisseur entraîne un nombre important de manipulations du linge, allant à l'encontre des règles d'hygiène. La configuration et l'organisation interne de la blanchisserie ne garantissent pas en tout point la sécurité des personnes (ergonomie, prévention des risques professionnels) et des installations (la maintenance des installations aériennes est particulièrement difficile à assurer). Il n'existe pas de système de signalement des non-conformités auprès des prestataires extérieurs ; l'établissement ne travaille en collaboration ni avec la société ELIS, ni avec la Blanchisserie Inter-Hospitalière de Corbie pour mettre en œuvre les actions correctives et/ou préventives adaptées aux non-conformités. Les règles de gestion des documents qualité liés à la fonction linge (règles de rédaction, vérification, approbation, diffusion, archivage, mise à jour) ne sont pas connues des agents de la blanchisserie. Sur le plan de la gestion des ressources humaines, l'adéquation des agents aux profils de postes commence à être évaluée ; toutefois, le plan de formation des agents de la blanchisserie reste déconnecté du projet de service et des objectifs du projet d'établissement en général. Par ailleurs, la comptabilité analytique se développe progressivement dans les différents secteurs d'activité de l'établissement mais ne permet pas encore un suivi régulier des coûts liés à la fonction linge ; les quantités de linge utilisées par chaque service ne sont pas connues et les prix de revient par article textile ne sont pas établis. Enfin, la fonction linge ne fait pas l'objet d'une évaluation à périodicité définie ; les non-conformités et les incidents ne sont pas tous détectés et signalés (la blanchisserie n'utilise pas la Fiche d'Événement Indésirable mise en place par la DQPR), limitant ainsi le nombre d'indicateurs disponibles pour le suivi de la qualité de la fonction linge.

Grâce à l'autoévaluation de la blanchisserie et à l'audit sur les circuits du linge et des déchets, les points de la fonction linge à améliorer ont pu être identifiés. Ils constituent les axes de travail prioritaires qui vont permettre de compléter la fiche projet, outil de support indispensable au bon déroulement du projet.

### 2.2.3 L'enjeu du diagnostic initial : la formalisation du projet

L'essentiel des éléments nécessaires à la rédaction de la fiche projet sont disponibles à l'issue de l'analyse diagnostique du processus visé par le projet d'amélioration de la qualité. La fiche projet constitue le support de base de la gestion du projet, tant pour le suivi de l'avancement du projet que pour l'évaluation des résultats obtenus. La fiche projet résume la problématique de départ, de façon structurée et quantifiée. Elle se présente par ailleurs comme un outil de contractualisation interne entre, d'une part, le pilote du projet et l'équipe de réalisation et, d'autre part, la direction. La fiche projet sera élaborée avant la constitution du ou des groupes de travail ou au démarrage de ces derniers. Dans le cas du projet d'optimisation de la fonction linge, les deux sous-groupes de travail mis en place ont achevé la rédaction de la fiche projet que le pilote avait initiée. La fiche projet a été validée par la Direction Hôtelière et Logistique et par la Délégation Qualité et Prévention des Risques.

Les ouvrages consacrés à la gestion de projet proposent différents modèles de fiches projet qui ont toutes en commun d'indiquer la méthodologie envisagée, les moyens nécessaires, le calendrier prévisionnel et les acteurs de la conception et de la validation du projet. Nous avons retenu ici la fiche projet présentée lors du cours d'octobre 2002 relatif à l'accréditation des établissements de santé destiné aux Directeurs des Soins et aux Élèves Directeurs d'Hôpital<sup>34</sup>. L'intégralité de la fiche projet est reproduite en annexe 8.

La rubrique des références externes n'a pu être précisée qu'après le démarrage du projet. En effet, la qualité hygiénique du linge avait fait l'objet d'une norme expérimentale – NF G 07.172 – qui n'a toutefois pas été homologuée. La DHOS explique dans son guide relatif à la fonction linge dans les établissements de santé que la norme décrivait certes clairement la technique des prélèvements microbiologiques à effectuer sur le linge mais que la complexité du plan d'échantillonnage la rendait inapplicable. Une nouvelle norme devait être élaborée au niveau européen. Plusieurs années ont été nécessaires pour trouver un compromis entre les deux positions qui étaient défendues : l'Allemagne proposait de s'appuyer sur la réglementation en vigueur, davantage tournée vers des recommandations et des seuils à respecter que vers une réelle approche méthodologique alors que la France défendait une approche basée sur la méthode HACCP, déjà appliquée réglementairement dans le domaine de la restauration collective.

---

<sup>34</sup> « Accréditation des établissements de santé », cours du Dr P.ROUSSEL, ENSP, octobre 2002.

Le Comité Européen de Normalisation a finalement adopté la norme EN 14065, relative aux textiles traités en blanchisserie, le 23 septembre 2002. Cette norme européenne devait recevoir le statut de norme nationale au plus tard en mai 2003 ; la norme française correspondante a été homologuée par le Directeur Général de l'AFNOR le 5 avril 2003. Cependant, le texte n'a été imprimé que le 30 juin 2003. Des contacts avec l'Union des Responsables de Blanchisseries Hospitalières et l'Institut Pasteur de Lille ainsi qu'avec d'autres établissements de santé publics ont permis à l'équipe projet du CHL d'obtenir des informations sur le contenu de la norme avant de disposer du texte intégral début juillet 2003.

Les deux rubriques « Problématique de départ » et « Objectifs à atteindre » synthétisent les éléments mis en évidence lors du diagnostic préalable de la fonction linge. On retiendra qu'un objectif se doit d'être « clair, pertinent, aisément assimilable, compris et accepté, mesurable <sup>35</sup> ».

A la tête de l'équipe de réalisation qui est ensuite décrite figurent le directeur (ou référent) et le pilote du projet déjà identifiés dans la lettre de mission. Le directeur du projet détient la responsabilité hiérarchique et technique par rapport au thème d'action retenu. Il définit la méthode de travail avec le pilote, participe à la validation des étapes importantes du projet et joue le rôle d'interface avec la direction pour l'obtention des moyens nécessaires. Le pilote (ou chef) du projet est quant à lui chargé de faire avancer les travaux du ou des groupes mis en place avec méthode. Y.CHAIGNEAU et M.PÉROGORD<sup>36</sup> expliquent quelles sont les fonctions du « chef de projet ». Celui-ci coordonne les activités du groupe projet par rapport au plan de travail établi. Il garantit les conditions matérielles nécessaires au bon fonctionnement du groupe ; « il mobilise les ressources pour que le groupe s'affirme, progresse vers ses buts, dépasse les obstacles intérieurs ou extérieurs ». Il fait circuler l'information et permet l'accès du groupe aux savoirs dont il a besoin. Incarnant en permanence le groupe projet, son unité, ses valeurs, ses objectifs, il assume une mission de représentation du groupe. Il est garant du maintien de la dynamique interne du groupe et doit à ce titre encourager la participation dans les moments où celle-ci semble fléchir. Un déroulement serein du projet suppose que les fonctions du pilote du projet ne soient pas contestées : sa mission doit donc être claire et son autonomie bien définie. Les deux auteurs précisent par ailleurs les compétences requises du chef de projet. Ce dernier doit être en mesure de se fixer des objectifs clairs, négociés entre ses objectifs personnels et ceux de l'institution. Il doit en

---

<sup>35</sup> WALTER M-H. L'assurance qualité, clé de l'accréditation en santé, *op. cit.*

<sup>36</sup> CHAIGNEAU Y. et PERIGORD M. Du management de projet à la qualité totale, *op. cit.*

outre connaître les ressources dont il dispose et savoir comment les mobiliser afin de remplir au mieux son rôle de distribution des tâches. Il doit pouvoir se montrer généraliste face au projet et en aborder à la fois les dimensions humaines, techniques et organisationnelles. A cet égard, il doit faire preuve de ses capacités à planifier<sup>37</sup> les travaux du groupe et à faire respecter la méthode préalablement définie. Sa fonction de régulation suppose qu'il soit capable de mettre au jour les problèmes et d'animer les débats contradictoires. Le pilote saura faire la synthèse des travaux du groupe et trier les problèmes pour ne faire remonter à l'arbitrage supérieur que ceux qui le nécessitent. Le pilote devra enfin faire preuve de disponibilité et savoir se mettre à l'écoute, ce qui suppose qu'il sache bien gérer son temps et déléguer quand cela est possible.

Le projet d'optimisation de la fonction linge a été découpé en deux sous-projets, justifiés par la spécificité des compétences techniques indispensables pour l'application du système de maîtrise de la biocontamination en blanchisserie ; cette option requiert un effort de coordination de la part du pilote qui devra se montrer vigilant à l'interface entre les deux sous-ensembles. Il sera conforter dans cette mission par la tenue des revues de direction. Il est en effet essentiel de prévoir un mode de validation des étapes clés du projet. Cette fonction de suivi du déroulement du projet permet d'entériner les propositions satisfaisantes, de vérifier que les objectifs fixés au départ sont bien atteints et, le cas échéant, de recadrer les travaux du groupe projet. La validation régulière accorde une légitimité aux travaux du groupe ; elle permet de conclure la réflexion sur tel ou tel aspect, ouvre la possibilité d'une action de communication et participe ainsi du maintien de la dynamique interne du projet. Le suivi du projet est fréquemment confié à un comité de pilotage. Dans le cas du projet d'optimisation de la fonction linge, cette mission a été assurée lors de revues de direction, formule plus légère qui évitait entre autres d'allonger la liste des comités de pilotage déjà en place dans l'établissement.

La méthodologie de conduite du projet doit permettre d'impliquer simultanément les secteurs d'activité ou les acteurs concernés par la fonction étudiée. Associer les différentes parties prenantes en un ou plusieurs groupes projet est le moyen de créer une dynamique autour du projet. Un groupe répondant à cette conception réunira des disciplines, des professions, des catégories différentes. On veillera à la représentation des clients et des fournisseurs du processus situé au cœur du projet. Le groupe sera

---

<sup>37</sup> Selon S. RAYNAL planifier consiste à chercher les enchaînements les plus rationnels entre les tâches, puis à fixer une hiérarchie entre les tâches et en dernier lieu à estimer l'effort et le temps requis pour exécuter normalement chaque tâche ; voir RAYNAL S. Le management par projet, *op. cit.*

composé d'un nombre restreint de personnes ; tous les cas de figure sont possibles : volontariat de tous les membres du groupe, volontariat d'une partie d'entre eux ou désignation de l'ensemble des membres. La présence de chaque membre doit reposer sur un engagement personnel ; chacun apporte ses compétences ou son éclairage particulier et, à ce titre, tient une place à part entière dans le groupe. L'équipe doit rester la même tout au long du projet ; cependant, pour des besoins précis, il conviendra de solliciter l'intervention ponctuelle de professionnels détenant une expertise sur la question soulevée. Le plus souvent, le groupe projet constitue une structure temporaire : une fois sa mission accomplie, il se dissout. Dans le cadre du « contrat » qui la lie à la direction, l'équipe de réalisation du projet doit pouvoir disposer de la capacité de définir son propre mode de fonctionnement et bénéficier d'une réelle autonomie.

Le projet d'optimisation de la fonction linge a donné lieu à la mise en place de deux sous-groupes. Le premier devait travailler spécifiquement sur l'analyse des risques et l'application du système de maîtrise de la biocontamination en blanchisserie. Ce volet du projet nécessitait en effet la mobilisation de compétences techniques relatives au traitement du linge en blanchisserie. La participation de l'ensemble des agents du service a été sollicitée dans la mesure où chacun d'entre eux est affecté à un poste spécifique et détient un savoir lié précisément à l'une des étapes du traitement du linge. Les réunions plénières de ce premier sous-groupe ont été peu fréquentes ; les réunions plus ciblées, limitées aux agents concernés par la question à traiter, associant parfois l'expertise de la Direction des Travaux et des Equipements, de la Délégation Qualité ou du Service d'Hygiène, ont été privilégiées. Le noyau de ce premier sous-groupe allait constituer l'équipe RABC, préconisée par la norme NF EN 14065 et installée au CHL de façon pérenne à l'issue de la mise en place du système.

Un deuxième sous-groupe, pluridisciplinaire, a été constitué afin d'analyser et de proposer des moyens d'amélioration de la relation clients – fournisseur unissant la blanchisserie aux services utilisateurs. Le projet portant sur une action d'amélioration de la qualité, il était légitime de s'interroger sur la possibilité de s'appuyer à nouveau à ce stade sur l'équipe d'autoévaluation « GFL hôtellerie ». Cette solution a été rapidement écartée dans la mesure où plusieurs membres de l'équipe GFL n'étaient pas directement concernés par la fonction linge (représentants de la cuisine centrale et des magasins centraux notamment). Il s'agissait également d'éviter un certain essoufflement de l'équipe d'autoévaluation. Toutefois, le pilote et le directeur du projet ont veillé à la présence au sein du nouveau groupe de travail de membres de l'équipe GFL hôtellerie. La composition du groupe a reposé à la fois sur la désignation et sur le volontariat. Il est apparu indispensable d'associer les représentants de la blanchisserie, du Service d'Hygiène et de la Délégation Qualité aux travaux du groupe. Compte tenu de la problématique spécifique

du linge personnel des résidents, il a été convenu d'emblée que le cadre supérieur du pôle gériatrie participerait aux réunions du groupe. Les autres membres du groupe ont été sélectionnés suite à un appel à candidature auprès des services utilisateurs. Parmi les personnels soignants, les candidatures des aides-soignantes et des auxiliaires de puériculture ont été privilégiées en raison de leurs fonctions liées à l'hôtellerie en général et au linge en particulier dans les services. La composition du groupe devait concilier la représentativité des services et la nécessité de limiter le nombre de participants. Il semblait en effet important que les pôles pédiatrie et psychiatrie, qui utilisent des catégories de linge un peu différentes des services de soins « standards », soient représentés dans le groupe de travail. De même, la candidature des aides-soignantes de la maternité a été retenue dans la mesure où la qualité hôtelière est un enjeu important dans ce service. L'ensemble des personnes dont le nom apparaît dans le fiche projet n'était pas présent lors de chaque réunion ; les personnes appartenant à un même service (cardiologie, maternité, néonatalogie) se relayaient en fonction de leur disponibilité. Le groupe s'est donc stabilisé autour d'une dizaine de participants et a bénéficié de l'intervention de « personnes ressources » dans différentes directions fonctionnelles pour répondre à des questions précises.

La fiche projet contient une part d'incertitude, liée tout d'abord aux coûts qui seront générés par le projet. Il est difficile d'établir une estimation en amont de la réflexion sur les actions d'amélioration. Plusieurs facteurs peuvent également contribuer à éloigner le déroulement du projet du calendrier prévisionnel. Le diagnostic préalable – ici l'autoévaluation de la blanchisserie et l'audit sur le circuit du linge – permet d'identifier les points à améliorer ; la fiche projet formalise alors la succession des étapes du projet dans le temps, par exemple au moyen d'un diagramme de GANTT, mais en veillant à ménager des marges de manœuvre. La gestion du temps apparaît ainsi comme l'une des fonctions du pilote du projet, décisive pour le maintien de la dynamique interne du projet. Des éléments impondérables peuvent perturber le planning envisagé. Par exemple, l'audit sur les circuits du linge propre et du linge sale, initialement prévu plus tôt, n'a finalement pu avoir lieu qu'en juin en raison d'un absentéisme imprévu au Service d'Hygiène. En outre, les porteurs du projet avaient défini un périmètre volontairement ample, de sorte que différentes questions, en lien avec la fonction linge au sens large, ont émergé lors des travaux des deux groupes. Les solutions à apporter pour améliorer la gestion des vêtements professionnels, la distribution des franges utilisées pour le nettoyage des sols ou encore pour limiter la disparition de certains articles sont venues s'intercaler dans le planning de travail prévisionnel. Des variables de différentes natures peuvent freiner la mise en application des actions d'amélioration proposées par les groupes de travail. On

observe à la fois des obstacles matériels (réglementaires, budgétaires, techniques) et des résistances humaines et/ou organisationnelles ; la résistance peut être négative (elle se traduit alors par la polémique ou l'obstruction) ou passive (inertie, indifférence) mais aussi parfois constructive quand elle débouche sur des amendements améliorant la proposition initiale. Ces phénomènes de résistance rappellent au pilote du projet qu'il faut ménager du temps pour faire accepter le changement, pour permettre aux équipes affectées par le changement d'évaluer les améliorations attendues face à la menace supposée que celui-ci fait peser sur les habitudes. Pour entretenir la dynamique du projet, il est nécessaire de bien choisir le moment de la mise en oeuvre de chaque action d'amélioration ; il sera parfois judicieux d'attendre l'achèvement d'un autre projet ou la levée d'une difficulté particulière pour procéder à un changement d'organisation. Mais les éléments de la dernière rubrique de la fiche projet ont également un rôle déterminant quant à la pérennité du projet dans le temps : elle prévoit en effet les outils de type organisationnel, documentaire, etc., qui permettront au projet de continuer à vivre en l'absence du pilote du projet et au-delà de la dissolution de l'équipe de réalisation. De façon plus prosaïque concernant la gestion du temps, il conviendra de ne pas négliger l'impact des périodes de congés sur le calendrier de déroulement du projet. Il a ainsi été impossible de réunir le groupe pluridisciplinaire en juillet et en août ; dans cette même période, la mise en application du système RABC à la blanchisserie a été ralentie en raison de la diminution des effectifs.

La fiche projet synthétise ainsi les quatre composantes clés de toute démarche de projet : elle aborde en premier lieu la composante humaine en posant clairement les responsabilités de chacun (directeur et pilote du projet, équipe de réalisation) et le champ de la délégation de la Direction vers l'équipe projet. Elle comprend en outre une composante spatiale en délimitant exactement le périmètre du projet. La composante temporelle du projet apparaît dans plusieurs chapitres de la fiche ; celle-ci présente entre autres des outils qui permettront de maintenir la dynamique interne du projet et d'articuler cette notion avec le découpage en étapes successives du projet lui-même et de la démarche qualité dans laquelle il s'inscrit. Enfin, la composante méthodologique tient une place essentielle dans la fiche qui indique les grands principes sur lesquels va reposer la conduite du projet. C'est précisément la mise en oeuvre de la méthodologie définie qui va maintenant être abordée.

### **3 L'ACCREDITATION : MANAGEMENT PAR PROJETS ET PROJET DE MANAGEMENT**

Une méthodologie clairement définie au préalable constitue un facteur de succès du projet. Sa mise en oeuvre devra cependant s'appuyer sur un certain nombre de techniques, liées à la recherche des solutions, à la conduite de réunion et à la communication, afin de maintenir la dynamique interne du projet. Les enseignements tirés de la conduite du projet d'optimisation de la fonction linge faciliteront la construction d'autres projets à venir, qu'ils s'inscrivent ou non dans le cadre du Plan d'Amélioration de la Qualité. Il apparaît de ce point de vue que l'accréditation peut avoir un impact plus large sur le management hospitalier.

#### **3.1 Piloter un projet d'amélioration de la qualité**

Pour éviter les situations de blocage sur le fond du projet, l'équipe de réalisation du projet pourra emprunter plusieurs voies lors de la recherche des solutions. La dynamique interne du projet suppose en outre l'application de règles de conduite de réunion efficaces et l'organisation de la communication sur le projet.

##### **3.1.1 La recherche des solutions**

Pour élaborer les actions correctives en réponse aux dysfonctionnements mis en évidence lors du diagnostic, l'équipe projet pourra d'abord se reporter aux références documentaires en lien avec les différents aspects du projet. Les sources d'information sont multiples (normes, ouvrages, revues professionnelles, conférences...) et continuent de se diversifier, notamment grâce aux nouvelles techniques de l'information et de la communication. Afin de faciliter la recherche et l'accès aux sources d'information, il pourra être utile d'associer ponctuellement au projet d'autres professionnels tels que les personnels de la bibliothèque ou de la structure interne chargée de la communication. Le groupe projet pourra par ailleurs avoir recours au *benchmarking*<sup>38</sup> et s'inspirer

---

<sup>38</sup> De l'anglais « *benchmark* » qui signifie « repère », ce terme désigne une technique d'amélioration des performances qui consiste à analyser les processus et les méthodes d'une

d'expériences extérieures. Le groupe projet pourra non seulement rechercher des expériences comparables dans le champ des établissements de santé mais également dans d'autres domaines. Cette démarche suppose de dépasser le phénomène de cloisonnement qui marque souvent le secteur hospitalier. La technicité des métiers de l'hôpital et les spécificités liées au statut d'établissement public semblent pousser les professionnels à développer leur réflexion uniquement dans leur domaine d'activités. Dans ce contexte, la recherche de solutions est limitée et dans différentes situations on observe souvent des équipes hospitalières qui vont très vite du problème à la solution. S'éloigner du cadre de référence hospitalier peut permettre de trouver des informations utiles pour la résolution du problème concerné et de déboucher sur une solution originale. La qualité et la logistique sont d'ailleurs des thèmes transversaux, non spécifiques aux établissements de santé, qui offrent la possibilité de s'inspirer de méthodes qui ont fait leurs preuves dans d'autres secteurs d'activités. La comparaison avec d'autres secteurs d'activité nécessite toutefois de prendre certaines précautions : les idées issues du secteur privé ne s'adapteront pas toujours aux contraintes spécifiques du secteur public ; les expériences développées par d'autres organismes publics répondant à des missions différentes, dans un cadre territorial et socio-économique différent, ne pourront pas toujours s'appliquer à la situation locale. Emprunter des idées à l'extérieur ne consiste pas simplement à faire preuve de mimétisme mais suppose en effort d'adaptation.

#### A) Les sources d'informations extérieures

Dans sa recherche d'informations et d'expériences illustratives, l'équipe de réalisation du projet dispose de ressources internes mais aussi externes à l'établissement. Ces dernières ont joué un rôle décisif au démarrage de la mise sous assurance qualité de la blanchisserie du Centre Hospitalier de Lens. La visite de la blanchisserie du Centre Hospitalier de Saint-Quentin par plusieurs membres du sous-groupe 1 (voir fiche projet) et l'observation de la démarche qualité mise en oeuvre dans cet établissement ont eu un impact positif en début de projet. Plus tard, la visite de la blanchisserie du Centre Hospitalier de Montluçon dans le cadre de la l'étude de programmation de la plate-forme logistique a apporté de nouvelles idées.

D'autres éléments ont stimulé la réflexion sur les pratiques de la blanchisserie. Depuis plusieurs mois, l'URBH annonçait en effet l'entrée en vigueur d'une norme

---

entreprise, à identifier les meilleures pratiques existant en interne et en externe et à agir pour les évaluer ou les dépasser.

nationale en application de la norme EN 14065 adoptée en septembre 2002. L'incertitude quant au délai de publication de la norme française a incité le sous-groupe 1 à commencer ses travaux sans attendre le texte définitif. L'Institut Pasteur de Lille a alors constitué une source d'informations privilégiée. Le choix de cet interlocuteur se justifiait à un double titre : d'une part, l'Institut Pasteur de Lille avait été retenu en 2002 par le Syndicat Interhospitalier de Corbie, prestataire du CHL, pour l'accompagner dans la mise en place de sa démarche qualité ; le recours aux préconisations de l'Institut Pasteur pour le traitement du linge en interne comme pour les prestations externalisées permettait ainsi de mettre en place une démarche qualité cohérente pour la globalité de la fonction linge de l'établissement. D'autre part, plusieurs représentants de l'Institut Pasteur de Lille sont membres de la commission de normalisation de l'AFNOR relative à la qualité hygiénique des textiles traités en blanchisserie et connaissaient dès début 2003 le contenu de la norme européenne. Un travail en collaboration avec l'Institut Pasteur devait donc permettre au CHL de suivre des orientations conformes à l'esprit de la norme. A l'issue de l'autoévaluation, le sous-groupe 1 a donc appuyé ses travaux sur le guide *Action Qualité Hygiène du Linge* réalisé par l'Institut Pasteur en coopération avec les sociétés AUDITEXTYL et DUBIX. Ce guide expose les différentes étapes de la démarche HACCP en blanchisserie<sup>39</sup> et propose des supports méthodologiques basiques. A l'intérieur de la démarche HACCP, le guide distingue les étapes préliminaires des étapes d'actions. La première des étapes préliminaires consiste à former une équipe pour conduire la démarche ; dans le cas présent, la composition du groupe de travail et des revues de direction avait été définie lors de l'élaboration de la fiche projet. Le groupe a poursuivi la démarche en rédigeant la fiche signalétique de la blanchisserie selon le modèle proposé en annexe 7 et en définissant le niveau de risque lié à l'utilisation du linge (annexe 9). L'élaboration du diagramme de flux est apparue comme la plus longue des étapes préliminaires. L'ensemble des articles textiles utilisés au CHL (annexe 10), qu'ils soient traités en interne ou par les prestataires extérieurs, ont été intégrés au diagramme. Le diagramme de flux a pour objet de décrire les opérations effectuées tout au long de la prise en charge de l'article textile, depuis son évacuation jusqu'à son retour dans le service utilisateur. L'Institut Pasteur a mis au point une trame de support pour la réalisation du diagramme des flux qui permet de détailler pour chaque article les

---

<sup>39</sup> L'HACCP se définit comme l'analyse des risques et le contrôle des points critiques pour leur maîtrise ; il s'agit d'un outil d'assurance qualité dont l'objectif est de prévenir les contaminations inacceptables du produit. Apparue aux Etats-Unis dans les années 1970, la démarche a d'abord été appliquée dans le secteur de l'industrie chimique ; dans le contexte hospitalier, la démarche est obligatoire dans le domaine de la restauration.

modalités de collecte, de tri, de lavage et de séchage, de finition et de distribution. L'utilisation de cette trame dans le cadre du projet d'amélioration de la qualité du CHL a débouché sur une série de fiches standards, sur le modèle de la fiche présentée en annexe 11.

Les étapes d'action se déclinent selon deux axes principaux : la définition des zones à risques et des points critiques et la rédaction des procédures. La méthode d'analyse des risques et de la maîtrise de la biocontamination du linge en blanchisserie retenue (annexe 12) s'inspire du guide de l'Institut Pasteur de Lille qui adapte les principes de la démarche HACCP au domaine de la blanchisserie. Dans un premier temps, il s'agit d'identifier les zones à risques ; il est apparu au cours du projet que celles-ci pouvaient varier en fonction des modalités de prise en charge du linge spécifiques à chaque établissement. Le guide propose une liste de six zones à risques qui correspondait mal à l'organisation de la fonction linge du CHL. C'est pourquoi le sous-groupe 1 a validé cinq zones à risques qui conviennent davantage au contexte local : évacuation du linge sale, tri du linge sale, lavage, séchage et finition et acheminement du linge propre. Le groupe a par ailleurs défini le contenu des grilles d'analyse de façon à concilier les exigences de l'HACCP<sup>40</sup> et les moyens d'analyse de l'établissement. Ainsi, pour chacune des zones à risques retenues, le groupe a établi la liste des risques microbiologiques, listé les mesures préventives destinées à maîtriser ces risques, déterminé les points critiques de maîtrise, évalué les niveaux cibles et les limites de tolérance et proposé des actions correctives en précisant les modalités de leur suivi. A cet égard, les « fiches pratiques » annexées au guide de la DHOS relatif à la fonction linge dans les établissements de santé ont constitué de précieux outils pour compléter les différents items de la grille d'analyse ; ces fiches mettent en évidence les principaux risques infectieux liés aux différentes étapes de prise en charge du linge en établissement de santé et font des recommandations destinées à prévenir ces risques.

L'application de la démarche HACCP adaptée au secteur de la blanchisserie a permis au groupe projet d'anticiper la publication de la norme EN 14065 avec le statut de norme française. L'objectif de cette norme est de « fournir un système de management établissant un niveau convenu de qualité microbiologique en fonction de l'usage prévu du

---

<sup>40</sup> Le guide de l'Institut Pasteur de Lille recommande à ce stade de la démarche de procéder aux opérations suivantes : établir la liste des dangers microbiologiques ; établir la liste des mesures préventives destinées à maîtriser ces dangers ; déterminer les points critiques de maîtrise ; évaluer les limites critiques et les tolérances pour chaque point critique de maîtrise ; établir les actions correctives ; rédiger les procédures de vérification du système HACCP ; établir un système d'enregistrement et de documentation.

textile concerné ». En cela, la norme NF EN 14065 diffère de la norme expérimentale G07-172 de juillet 1992. Cette dernière insistait essentiellement sur le contrôle du produit fini : elle détaillait les modalités de contrôle de la qualité microbiologique des articles textiles traités et indiquait des niveaux cibles à atteindre. La nouvelle norme se fonde quant à elle davantage sur des mesures préventives ; elle a été élaborée sur les principes du système RABC (*Risk Analysis Biocontamination Control*) c'est-à-dire le système de l'analyse du risque et de la maîtrise de la biocontamination. La norme européenne décrit ainsi une méthode d'approche du management de la qualité dans laquelle une analyse du risque est ajoutée au processus d'assurance de la qualité. La norme distingue deux phases dans l'application du système RABC. Elle insiste d'abord sur la nécessité de respecter plusieurs conditions préalables et actions préliminaires :

- engagement de la direction
- constitution de l'équipe RABC
- installations et environnement de travail
- détermination de l'utilisation finale prévue pour le textile
- préparation du diagramme des flux de la blanchisserie
- spécification du processus de traitement du linge en fonction du type d'article
- sensibilisation à la formation et compétences
- informations relatives aux achats

Toutes ces conditions ont été évoquées en amont du projet mené au CHL ; toutefois, par manque de moyens (installations et environnement de travail) ou de marges de manœuvre (informations relatives aux achats), certaines d'entre elles n'ont pu être remplies de façon optimale. La norme décline ensuite les sept principes de la mise en oeuvre du système RABC :

- liste des dangers microbiologiques et liste des mesures de maîtrise
- détermination des points de maîtrise
- établissement de niveaux cibles et de limites de tolérance pour chaque point de maîtrise
- établissement d'un système de surveillance pour chaque point de maîtrise
- établissement des actions correctives
- établissement de procédures de vérification du système RABC
- établissement du système de documentation.

A cet égard, une partie du système documentaire relatif à la maîtrise de la fonction linge a pu être revue grâce à un apport extérieur. La norme NF EN 14065 recommande la tenue d'un manuel RABC qui doit permettre l'enregistrement de toute documentation relative à la gestion et à la mise en oeuvre du système RABC. Le manuel contiendra ainsi

les documents évoqués précédemment (diagramme des flux, analyse des zones à risques et des points critiques...) mais aussi les compte-rendus de réunion de l'équipe RABC et des revues de direction, les documents spécifiant les règles d'hygiène (plans de nettoyage...) ou encore les éléments relatifs à la formation des personnels. Dans le cas de l'optimisation de la fonction linge au CHL, la constitution du système documentaire supposait un important effort de rédaction des procédures. Quelques protocoles avaient été réalisés lors de la démarche initiée en 2000 mais n'avaient pas été validés. La première étape consistait à établir une liste des procédures écrites nécessaires. De ce point de vue, l'étude de programmation de la plate-forme logistique envisagée par l'établissement, qui était jusque-là avant tout perçue comme une contrainte pour la conduite de la démarche qualité en blanchisserie (pour beaucoup, il semblait difficile de mener de front, avec la même implication, deux projets de cette ampleur), est devenue un atout. En effet, le programmeur retenu par le CHL était intervenu en 2002 au CHU de Saint-Etienne pour préparer les services logistiques de l'établissement à l'accréditation ; il a accepté de transmettre au CHL les éléments de cette étude relatifs à la fonction linge. Dans l'expérience du CHU de Saint-Etienne, l'accent avait été porté sur l'amélioration de la qualité du système documentaire ; la société de conseil a dans un premier temps détaillé l'ensemble des référentiels du Manuel d'Accréditation en lien avec la fonction linge<sup>41</sup> afin de pouvoir identifier ensuite les procédures liées à chaque référentiel. Le CHU de Saint-Etienne disposait donc d'une liste exhaustive des procédures dont le CHL a pu s'inspirer. Les procédures ont néanmoins fait l'objet d'un classement propre au CHL, en cohérence avec les travaux de la DQPR visant à uniformiser l'architecture documentaire de l'établissement. Les documents concernés ont donc été répartis dans les catégories désormais applicables à l'échelle de l'institution ; l'annexe 13 précise le classement des procédures générales et spécifiques, des modes opératoires et des fiches techniques. Le contenu des procédures respecte le format institutionnel (voir annexe 14) : elles contiennent les références réglementaires, l'objet de la procédure, les agents impliqués, les indications spatiales et temporelles et les opérations à effectuer.

Des éléments théoriques ont également alimenté les travaux du sous-groupe 2. L'idée d'automatiser les livraisons de linge propre grâce à la définition de dotations standards par service supposait de mener au préalable une réflexion sur la nature des besoins qualitatifs. Un article textile est en effet distribué pour satisfaire des besoins précis correspondant à sa fonction principale. Mais l'évaluation des pratiques des services utilisateurs montre que certains articles (en particulier les petits articles) servent en outre

---

<sup>41</sup> GFL 4 bien sûr, mais aussi GFL 2,5 et 6, SPI 8a et 9 ainsi que QPR 2d.

à répondre à des besoins annexes ou à des situations particulières. Le guide de la DHOS précité évoque des cas «d'utilisations détournées du linge» : une chemise ouverte utilisée au lieu d'une taie d'oreiller ou d'une sur-blouse, une alèse utilisée pour essuyer le patient lors de la toilette, un drap pour bloquer une porte ou égoutter le linge... Ce constat impliquait de rechercher avec les représentants des services utilisateurs toutes les utilisations faites de certains articles afin de remonter au besoin initial pour lequel existe la plupart du temps une solution appropriée. Le groupe a mis en évidence la nécessité d'élaborer des recommandations en vue de sensibiliser les utilisateurs et d'instaurer une certaine rationalisation de l'usage des articles. La Direction des Soins a repris cette idée et a déjà soulevé la question de la préparation du lit du malade lors d'une réunion de cadres soignants : l'étude sur ce point précis doit permettre de d'élaborer des préconisations standard (composition du lit, fréquence des changes...) adaptées aux situations et aux différents profils de patients.

Avant d'organiser les rencontres entre l'équipe de la blanchisserie et les services en vue de définir leurs besoins quantitatifs, les deux systèmes de dotation envisageables ont été analysés<sup>42</sup>. La première solution consistait à définir des dotations fixes maximales correspondant aux besoins maximum des services. Il s'agit d'un système simple qui présente l'avantage de ne pas nécessiter de capacités de stockage dans les services : en effet, les quantités de linge non utilisées retournent en blanchisserie et sont complétées pour atteindre la dotation fixée. De même, les besoins du week-end et des jours fériés sont livrés la veille et ne donnent pas lieu à la constitution de provisions dans les services. Cependant, ce système risque d'entraîner une dérive «inflationniste» : le surplus de dotation pour répondre aux conditions d'activité maximum peut être utilisé, de manière injustifiée ou excessive, dans les conditions moyennes ou minimales d'activité. En l'absence d'un contrôle rigoureux, la dotation maximum tendra à devenir une dotation moyenne, incitant à la création de stocks dans les services et poussant à terme à l'augmentation de la dotation fixe. Le choix de la dotation maximale suppose également une augmentation de la capacité de stockage des armoires de distribution. C'est pourquoi le sous-groupe 2 a préféré un système de dotations fixes moyennes : la dotation correspond aux besoins occasionnés par une activité moyenne du service. Les quantités de linge non consommées ne retournent pas en blanchisserie et sont stockées dans le service, permettant notamment de répondre aux besoins du week-end et des jours fériés. La méthode adoptée se caractérise par une certaine souplesse : elle laisse la possibilité

---

<sup>42</sup> Le diagnostic préalable à l'étude de programmation de la plate-forme logistique a montré que la consommation globale de linge du Centre Hospitalier de Lens se situait dans la moyenne nationale : 3,08 Kg /lit/jour au CHL contre une moyenne nationale de 2,92 Kg/lit/jour.

de réaliser des ajustements (à la hausse ou à la baisse) dans le but d'adapter la distribution à la fluctuation de l'activité et ainsi de réguler le stock du service. Les « référents linge » sont chargés de veiller au besoin d'ajustement de la dotation et de définir celui-ci avec la blanchisserie, sous le contrôle du cadre du service. Ce système responsabilise les utilisateurs. Pour que la régulation fonctionne bien, il faudra néanmoins que les ajustements à la hausse répondent à des besoins justifiés. Des ajustements à la hausse répétés entraîneront une augmentation permanente de la dotation ; or, celle-ci doit rester constante en moyenne.

## B) Les ressources internes

La recherche d'informations et d'expériences à l'extérieur de l'établissement ne doit pas conduire l'équipe de réalisation du projet à négliger les ressources internes. Le projet d'optimisation de la fonction linge a ainsi donné lieu à un échange d'expériences entre services logistiques du CHL. Lors de la mise en place du système d'assurance qualité décrit dans la norme NF EN 14065, le groupe RABC a en effet pu tirer profit du déploiement de la démarche HACCP en cuisine, initié en 1997. Une visite de la cuisine a permis d'observer la traduction concrète de la marche en avant. La composition de l'équipe HACCP ou la mise en place et la tenue du système documentaire ont constitué d'autres points de comparaison intéressants.

L'équipe de réalisation s'est par ailleurs appuyée sur des documents utilisés dans d'autres secteurs de l'établissement afin de créer de nouveaux outils propres à la fonction linge. Le sous-groupe 2 a suggéré d'identifier des « référents linge » dans les services utilisateurs. Interlocuteurs privilégiés du service prestataire, ils devaient également figurer parmi les dispositifs visant à assurer la pérennité du projet. Afin de faciliter la reconnaissance du rôle des référents linge et d'asseoir la légitimité de leur intervention, le groupe a rédigé une « charte des référents linge » (annexe 15). Celle-ci reprend la trame de la Charte des correspondants en hygiène rédigée en 2000 par l'Unité Opérationnelle d'Hygiène Hospitalière (devenue Service d'Hygiène en 2002) du CHL. Comme pour les correspondants en hygiène, la charte des référents linge précise le contexte dans lequel ils sont mis en place, leur profil, les modalités de leur désignation ainsi que leurs missions. La proposition d'un « Comité linge » s'inspire de la Commission Plénière des correspondants en hygiène ; toutefois, le Comité linge a été pensé comme une structure légère et facultative afin de ne pas alourdir les mécanismes décisionnels au sein de l'établissement.

De même, le contrat interne entre la blanchisserie et les services utilisateurs (annexe 16) est apparu comme la traduction concrète de l'inscription des relations entre

les deux parties dans une « approche client ». Le contrat interne était déjà un instrument utilisé par la pharmacie des Dispositifs Médicaux Stériles du CHL dans ses relations avec les « services clients ». Les dotations en linge devaient se trouver au cœur du contrat. Mais le groupe a souhaité que des engagements réciproques d'ordre général soient spécifiés, en insistant sur certains aspects : la communication, la formation et l'évaluation des pratiques en particulier.

### C) Des propositions originales

« Sans imagination, on ne peut trouver de solutions innovatrices ». Au-delà de cette affirmation, Serge RAYNAL<sup>43</sup> montre que «le potentiel créatif » des acteurs se trouve souvent bridé. L'auteur explique que, pour trouver une solution à un dysfonctionnement, nous avons tendance à nous tourner vers le passé et à recourir à des modèles pré-établis qui apparaissent sécurisants. Car la créativité, en débouchant sur des solutions inédites au problème posé, comporte une part d'inconnu et suppose de la part des acteurs l'acceptation du risque d'échec.

L'équipe de la blanchisserie s'est à plusieurs reprises montrée réticente face aux propositions de réorganisation de son fonctionnement interne formulées en revue de direction RABC ou par le sous-groupe 2. La désynchronisation des opérations de lavage de la finition du linge propre, dans le but d'éviter le stockage de linge humide en blanchisserie, a par exemple été difficilement admise. Cependant, les représentants de la blanchisserie ont suggéré de revoir les horaires d'ouverture de la blanchisserie et de la lingerie pour répondre davantage aux besoins des services utilisateurs. Ils ont également pris l'initiative d'organiser la distribution des articles qui ne sont pas placés dans les armoires de dotation. Auparavant, ceux-ci étaient récupérés en blanchisserie par les agents des services qui faisaient parfois preuve d'une certaine indiscipline. La proposition de la blanchisserie se déroule en deux temps : d'abord, un agent de la blanchisserie se chargera de distribuer les articles individuellement aux agents des services; puis, cette opération sera prise en charge à tour de rôle par les référents linge des services concernés, selon un calendrier pré-établi.

D'autres aspects abordés par le groupe pluridisciplinaire ont fait l'objet d'idées nouvelles. Les problématiques liées à la gestion des vêtements professionnels ont donné lieu à un travail en collaboration avec la Direction des Ressources Humaines. Celle-ci s'est engagée à fournir à la blanchisserie davantage d'informations sur les entrées et les

---

<sup>43</sup> RAYNAL S. Le management par projet, *op. cit.*

sorties de personnels de façon à faciliter le marquage et la gestion des stocks de tenues professionnelles. La blanchisserie et la DRH ont revu ensemble la communication en direction des nouveaux agents pour le retrait de leurs tenues et des agents quittant l'établissement pour la restitution des articles. Un travail a été entrepris en collaboration avec le service de la formation afin de définir une procédure de traitement des vêtements professionnels des personnes en stage dans les services de soins de l'établissement. La blanchisserie du CHL ne prenant pas en charge le traitement des tenues des lycéens et des étudiants des Instituts de Formation en Soins Infirmiers en stage dans l'établissement, la qualité microbiologique de celles-ci n'est pas maîtrisée. Le service de la formation constate que la plupart des stagiaires disposent d'un nombre de tenues insuffisant pour permettre un change quotidien. La réflexion en cours devra évaluer la possibilité de créer un trousseau spécifique à destination des stagiaires et étudier les modalités de coopération avec les établissements d'enseignement sur ce point.

Le nombre important de disparition (perte et vol) d'articles textiles est un problème qui se pose avec acuité au CHL. Il existe dans ce domaine peu de solutions. L'équipe de réalisation du projet a toutefois émis quelques pistes de réflexion : bien que la procédure soit réservée aux cas d'urgence et aux patients défavorisés, il arrive fréquemment que les services mettent des articles textiles (serviettes de toilette, pyjamas) à disposition des patients ; dans ce cas, il a été proposé de réaliser un inventaire à la sortie du patient. En outre, chaque jour des draps sortent de l'établissement lors des interventions des entreprises de transports sanitaires et des pompiers. Le CHL fournit à titre gracieux la totalité des draps utilisés par les pompiers lors de leurs interventions dans le secteur sanitaire. Le groupe pluridisciplinaire a suggéré à la Direction Hôtelière et Logistique d'évoquer cette question avec le Service Départemental d'Incendie et de Secours afin de trouver une alternative à cette pratique qui place le CHL dans une situation inéquitable face aux établissements voisins. Dernier exemple d'idée originale produite dans le cadre du projet d'optimisation de la fonction linge : les supports destinés à la formation des nouveaux agents et au rappel des bonnes pratiques seront entièrement élaborés par l'équipe de réalisation.

Outre les techniques mises en oeuvre lors de la recherche des solutions, d'autres facteurs contribuent l'implication des acteurs qui s'avère nécessaire au maintien de la dynamique interne du projet.

### **3.1.2 Faire vivre l'équipe de réalisation du projet**

Comme dans le cas du projet d'optimisation de la fonction linge, les projets dont l'objet porte sur un processus transversal favoriseront la mise en place de groupes de

travail pluridisciplinaires. Le groupe pluridisciplinaire tire sa richesse de l'hétérogénéité – en termes de métiers, de compétences, d'unités d'origine, de valeurs – des membres qui le composent. L'une des difficultés pour le pilote du projet consiste alors à savoir utiliser les bénéfices de cette diversité tout en dépassant les risques d'incompréhension ou de conflits internes. Le groupe pluridisciplinaire a aussi pour conséquence de remettre en cause les lignes hiérarchiques établies : le pilote du projet n'est pas le responsable hiérarchique de tous les membres du groupe. Le caractère pluridisciplinaire du groupe plaide ainsi pour le recours à un « management transversal<sup>44</sup> » qui sera à même de concilier l'appartenance à la hiérarchie d'un service et la participation au groupe projet. Pour avoir une portée réelle, la pluridisciplinarité ne doit pas se concevoir comme une simple juxtaposition autour d'un thème de différentes disciplines qui conservent leurs spécificités. En ce sens, la notion d' « interdisciplinarité<sup>45</sup> » peut apparaître comme une caractérisation plus pertinente du groupe projet : l'interdisciplinarité signifie davantage l'échange entre les disciplines, la communication entre les différentes entités professionnelles et leur collaboration dans un travail orienté vers un objectif commun.

A la différence du sous-groupe 1 dont l'existence allait se prolonger dans la mise en place d'une équipe RABC pérenne, chargée de la gestion du système mis en place, le sous-groupe 2 correspond, dans le cadre du projet étudié, au cas de figure le plus fréquent c'est-à-dire celui d'une structure provisoire constituée spécialement pour la réalisation du projet. De sa mise en place à sa dissolution à l'issue du projet, le groupe semble subir un phénomène de « maturation » que Serge RAYNAL<sup>46</sup> décrit selon quatre phases. La première d'entre elles est une phase de découverte durant laquelle chaque membre du groupe va faire connaissance avec les autres et les objectifs du projet. S'ouvre ensuite une phase de positionnement et de confrontation ; chacun ressent le besoin de comprendre le sens de sa présence dans le projet, de trouver sa place dans l'architecture de celui-ci. Le positionnement des acteurs implique un partage du territoire qui pourra entraîner une certaine forme de concurrence au sein du groupe. Une fois les menaces levées, vient le temps de l'appropriation et de l'acceptation ; chacun sait jusqu'où il peut aller et ce qu'il peut attendre de lui-même, des autres membres du groupe et du projet. Dans la dernière phase, après l'installation du groupe, s'instaure la confiance qui va permettre la création et l'action. La méthodologie définie au départ ne détermine pas à elle seule le fonctionnement du groupe qui reste en partie soumis aux facteurs

---

<sup>44</sup> SACRE R. Manager efficacement un groupe projet en conception, 2001.

<sup>45</sup> BACH W. Stratégie de mise en place d'un management par projet, étape vers la qualité totale, 1997.

<sup>46</sup> RAYNAL S. Le management par projet, *op. cit.*

humains. Il faudra donc compter tout au long du projet avec un phénomène d'apprentissage au niveau collectif ; les acteurs apprendront à mieux travailler ensemble, à surmonter les difficultés, à ne pas reproduire les erreurs.

L'implication des membres de l'équipe de réalisation, leur participation active figurent parmi les principaux moteurs de l'avancement du projet. En canalisant les énergies et en stimulant les efforts, le pilote du projet détient de ce point de vue un rôle central dans la mobilisation des individus. Ce dernier pourra se reporter aux travaux de la sociologie des organisations et des théoriciens du management qui ont tenté d'identifier les facteurs de motivation des individus au travail. Jean ABBAD<sup>47</sup> rappelle que dès 1943, MASLOW<sup>48</sup> avait défini la hiérarchie des besoins par ordre de nécessités croissantes : nourriture, logement, sécurité, besoin d'appartenance et, au sommet de la pyramide, l'estime, la considération, l'accomplissement et la réalisation de soi-même. Plus tard, HERTZBERG<sup>49</sup> a étudié les facteurs de satisfaction et de mécontentement au travail. Il distingue les facteurs « intrinsèques » ou « valorisants » (réalisation de soi, reconnaissance de la contribution, travail en lui-même, responsabilité, avancement) qui ont la propriété de favoriser le passage de l'insatisfaction à la satisfaction, et les facteurs « extrinsèques » (politique et administration de l'institution, relations avec la hiérarchie et les collègues, conditions de travail, salaire, sécurité de l'emploi) qui ont la caractéristique de bloquer le sentiment de mécontentement mais qui ne créent pas à eux seuls la satisfaction. Selon la théorie d'HERZBERG, ce sont les facteurs intrinsèques qui, une fois satisfaits, agissent sur les individus comme des leviers de motivation. L'auteur montre que l'organisation est responsable de ces facteurs et souligne ainsi l'importance que recouvre le management dans la mobilisation des individus. PORTER et LOWER<sup>50</sup> recensaient six facteurs de motivation : le contenu du travail, l'autonomie, la variété, l'intérêt de la tâche et le feed-back, l'importance des gratifications et celle des sanctions ; MAC CLELLAND<sup>51</sup> ajoutait à cette liste l'apprentissage et la formation. Les théories les plus récentes mettent en avant des facteurs de motivation liés à des valeurs qui s'organisent autour de l'individu ; ce constat plaide en faveur d'un management participatif qui sera à même de

---

<sup>47</sup> ABBAD J. Organisation et management hospitalier, 2001.

<sup>48</sup> MASLOW, « A theory of human motivation », *Psychological review*, 1943.

<sup>49</sup> HERTZBERG F., *The motivation to work*, Willey and sons, 1959.

<sup>50</sup> PORTER et LOWER, *Managerial attitudes and performances*, Homewood, Illinois, Richard Irwin and Donsey Press, 1968.

<sup>51</sup> MAC CLELLAND, « Business drive and national achievement », *Harvard Business Review*, janvier-février 1962

favoriser le développement des potentiels et l'engagement des individus et de décourager l'adhésion passive. Au sein de l'équipe de réalisation du projet, le comportement de chacun des membres s'appuie sur des moteurs qui lui sont propres ; la motivation est alors le résultat d'une interaction entre les critères de motivation qui caractérisent un individu à un moment donné et un contexte qui fournit des opportunités de satisfaire ces critères. Le pilote du projet cherchera à connaître les facteurs de motivation des participants au projet afin de créer les conditions de leur engagement. Son rôle consistera également à construire des compromis dans le but de satisfaire au mieux des critères de motivation parfois opposés entre différents membres de l'équipe de réalisation.

Les missions du pilote du projet centrées sur la motivation et l'animation des hommes relève du management opérationnel<sup>52</sup>. Le management opérationnel tient en conséquence une place importante dans le maintien de la dynamique de projet. Il s'exprime en particulier lors de la conception de la méthode ou encore dans la conduite de réunion. L'avancement du projet tient en effet en partie de l'efficacité des réunions de travail. Celle-ci suppose le respect de quelques règles. Il s'agit d'abord de s'interroger sur l'objet de la réunion en vue d'attirer l'attention de l'animateur de la réunion sur les difficultés envisageables. Dans son ouvrage *Le Management par projet*, Serge RAYNAL propose la typologie suivante en mettant en évidence les sources potentielles d'inefficacité de chaque type de réunions :

---

<sup>52</sup> On peut distinguer le management opérationnel, centré sur l'animation des équipes et l'organisation du travail, du management stratégique qui renvoie davantage aux fonctions de définition des objectifs et des stratégies de l'institution et contrôle et d'analyse des résultats.

<b>Contenu des réunions de travail</b>	<b>Ce qu'elles permettent</b>	<b>Leurs risques ou difficultés</b>
<b>Information descendante</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-donner une information, au même moment à un ensemble de personnes</li> <li>-s'assurer de la compréhension de l'information donnée</li> </ul>	<b>Peu d'impact si</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>-les personnes ne se sentent pas concernées</li> <li>-aucune participation n'est suscitée</li> <li>-la réunion est vécue comme une « routine »</li> </ul>
<b>Information ascendante</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-recueillir des informations utiles à une prise de décision ultérieure par exemple</li> <li>-diminuer les distances ou tensions internes</li> <li>-améliorer la communication</li> </ul>	<b>Peu d'effet si</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>-les personnes n'osent pas parler</li> <li>-la réunion se transforme en règlement de compte</li> <li>-l'information recueillie n'est pas exploitée</li> </ul>
<b>Discussion, débat</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-motiver un groupe</li> <li>-faire émerger des idées fausses ou erronées</li> <li>-préparer une décision</li> </ul>	<b>Débat stérile si</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>-les personnes ne s'écoutent pas</li> <li>-la critique destructive l'emporte sur l'analyse constructive</li> </ul>
<b>Prise de décision</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-responsabiliser un groupe</li> <li>-favoriser l'adhésion d'un groupe à une décision</li> </ul>	<b>Effets négatifs si</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>-la décision n'est pas suffisamment consensuelle</li> <li>-la décision n'est pas suivie d'effets concrets</li> </ul>
<b>Négociation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-trouver un terrain d'entente commun à partir de positions divergentes</li> <li>-améliorer la synergie des acteurs</li> </ul>	<b>Inutile si</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>-les protagonistes ne veulent rien lâcher</li> <li>-il n'y a pas d'enjeux communs pour négocier</li> </ul>
<b>Résolution de problèmes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-supprimer une défaillance</li> <li>-améliorer la qualité</li> </ul>	<b>Attention danger si</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>-le problème est mal défini</li> <li>-le problème doit être traité dans un délai trop rapide</li> <li>-la méthode de résolution de problème est mal maîtrisée</li> <li>-le problème n'est pas du ressort du groupe</li> </ul>

Les deux sous-groupes mis en place dans le cadre du projet d'optimisation de la fonction linge ont donné lieu à des réunions appartenant aux différentes catégories, à l'exception des réunions de prise de décision : l'équipe de réalisation du projet représentait une force de proposition et les décisions relevaient des revues de direction. La grille présentée précédemment s'est avérée utile lors de la préparation des réunions. Elle a évité un nouveau « règlement de comptes » entre soignants et représentants de la blanchisserie tel qu'il s'était produit lors de l'autoévaluation. Au démarrage du projet, certaines personnes n'osaient pas prendre la parole en réunion ; il a ainsi fallu mettre en confiance et susciter la participation de certaines aides-soignantes et certains agents de la blanchisserie. La grille montre également qu'il était important de bien définir la problématique de départ et le périmètre du projet pour le bon déroulement des réunions de résolution de problèmes.

La conduite de réunions apparaît donc comme un exercice à part entière qui requiert des aptitudes spécifiques. De sorte que le pilote du projet ne prendra pas nécessairement en charge l'animation des réunions de travail. La capacité à entraîner l'équipe de réalisation dont fait preuve le pilote du projet n'indique pas qu'il est en mesure par ailleurs d'assurer les fonctions de régulation de l'animateur. L'animateur doit être neutre sur le fond du projet et laisser s'exprimer toutes les opinions et les propositions mais il doit savoir se montrer directif sur la forme et témoigner de méthode et de rigueur dans la conduite des réunions. Les fonctions de l'animateur sont de plusieurs ordres. En premier lieu, l'animateur facilite la communication : il aide à la compréhension, favorise l'écoute de l'autre, canalise ou stimule les participants sans jamais se substituer à eux. L'animateur gère concrètement la réunion : il reformule les idées, fait des synthèses partielles et recentre les propos sur l'ordre du jour ; il s'assure que chaque membre, en dépit de son positionnement hiérarchique, dispose d'un poids identique à l'intérieur du groupe et que chacun a la possibilité de s'exprimer. Il veille à la bonne tenue du groupe en maintenant la concentration et en neutralisant les conflits éventuels. Il sait conclure les réunions en faisant un résumé qui rappelle les points qui ont été validés. La conduite de réunions fait appel à des outils et des techniques dont la maîtrise peut justifier une formation méthodologique particulière. Dans le cadre du projet d'optimisation de la fonction linge, l'efficacité des réunions du groupe pluridisciplinaire a reposé sur l'application de règles assez simples. La première réunion a été l'occasion de présenter, d'une part, des membres du groupe et, d'autre part, du contexte, des objectifs et de la méthodologie du projet. Par la suite, les objectifs de chaque réunion étaient précisés au début de celle-ci. L'organisation logistique des réunions (dates, vérification de la disponibilité des participants, réservation d'une salle et de matériel éventuel, préparation de documents de travail, envoi des convocations) était anticipée. Les convocations aux réunions comportaient une heure de début et de fin permettant à l'animateur de définir le temps disponible pour chaque point à l'ordre du jour et aux participants d'être à l'heure et de prévenir en cas d'absence. La répartition des tâches à effectuer en fin de réunion et la transmission d'un ordre du jour précis pour la réunion suivante ont facilité la préparation des réunions. Des tours de table réguliers lors des réunions ont été le moyen d'attribuer le même poids à chaque participant et recueillir l'ensemble des points de vue. Pour pallier le décalage entre les niveaux de connaissance des membres du groupe, des définitions de termes techniques et des rappels des textes réglementaires ont été proposés le plus souvent possible. La réflexion du groupe a évité les situations de blocage en suivant les grandes étapes de la méthode de résolution de problèmes<sup>53</sup> :

---

<sup>53</sup> Extrait du guide de l'ANAES Principes de mise en oeuvre d'une démarche qualité en

- lister les problèmes, choisir un problème,
- identifier les causes possibles,
- déterminer le poids de chaque cause,
- retenir les causes essentielles,
- rechercher les actions d'amélioration possibles,
- choisir une ou plusieurs actions d'amélioration,
- mettre en oeuvre l' (les) action (s),
- mesurer les résultats.

En soutien de cette méthode, des outils classiques ont été utilisés lors des réunions : « *brainstorming* », QQQQCP, diagrammes causes/effets notamment. Chaque réunion était suivie d'un compte-rendu, validé par le groupe avant diffusion.

Les réunions de travail de ce type ont été plus difficiles à mener avec le groupe chargé de mettre en place le système RABC. Le déroulement des réunions s'est d'abord heurté, de la part des agents de la blanchisserie, à un problème de connaissance globale de la démarche d'accréditation dans l'établissement, des concepts qualité et des principes de travail en groupe. Cette difficulté est d'ailleurs envisagée à plusieurs reprises par la norme NF EN 14065 qui précise que l'établissement peut faire appel à une expertise complémentaire extérieure « s'il n'est pas possible de constituer une équipe expérimentée à partir des ressources humaines disponibles sur le site ». Profitant de la parole qui leur était offerte lors de la première réunion, les agents se sont exprimés abondamment, sortant du cadre de leur intervention en évoquant des points relevant davantage du deuxième sous-groupe. Les aspects concernant directement le fonctionnement interne de la blanchisserie ne suscitaient pas la même participation. Après l'autoévaluation initiale, les réunions du sous-groupe 1 ont eu essentiellement pour but d'informer, de faire le point sur l'avancement des deux axes du projet et de sensibiliser progressivement les agents de la blanchisserie à la démarche qualité et au travail en groupe. Les agents ont cependant participé directement à la réalisation du diagramme de flux en limitant leur contribution à leur domaine d'activité principal (collecte, tri, lavage...). En ce qui concerne l'analyse des zones à risques et des points critiques, les agents ont éprouvé des difficultés à prendre du recul et à faire preuve d'objectivité par rapport à leurs pratiques quotidiennes ; l'analyse s'est appuyée sur un investissement particulier de l'adjoint technique et du contremaître de la blanchisserie. En dépit de ces quelques freins, le projet a toujours été guidé par le souhait d'associer les agents de la blanchisserie qui s'étaient portés volontaires. La sensibilisation à la démarche qualité constitue un élément favorable à l'évolution du plan de formation de la blanchisserie qui devrait intégrer à l'avenir des

---

établissement de santé, avril 2002.

actions liées à l'amélioration de la qualité de la fonction linge. Cette sensibilisation était également primordiale dans la perspective de la mise en place d'une équipe RABC pérenne incluant des agents de la blanchisserie. Le retour d'informations auprès des agents est en outre une application concrète des fonctions de coordination du pilote du projet qui s'inscrivent plus largement dans la démarche de communication liée au projet.

### **3.1.3 La communication, facteur essentiel de la progression du projet**

La communication joue un rôle essentiel, à la fois dans le développement des démarches qualité et dans la conduite de projet, dans la mesure où elle crée et maintient les conditions de l'adhésion et de l'implication des acteurs. Plusieurs dimensions de la communication interne sont en jeu ici : une communication liée directement à la gestion du projet (communication entre le pilote et le ou les groupe(s) de travail, entre le pilote et le directeur de projet, entre les différents groupes...), une communication formelle régulière en direction des instances consultatives et décisionnelles et une communication plus large vers l'ensemble des professionnels de l'établissement. Différents ouvrages qui abordent la communication interne en conduite de projet décrivent le développement de cette dernière selon trois axes : communication descendante, communication ascendante et communication transversale. Laurence BARANSKI<sup>54</sup> opère quant à elle une distinction intéressante entre « la communication-information » qui donne le cadre général de l'action et « la communication-action » qui est la communication de proximité qui permet la transformation de l'information reçue en dynamiques d'action individuelles ou collectives. C'est « la communication-action » qui permet de répondre aux questions et d'écouter les remarques formulées par les professionnels sur le terrain. En dehors de la communication institutionnelle et formalisée, il ne faut pas négliger l'impact de la communication informelle. Elle consiste souvent en des discussions autour des projets en cours et permet la diffusion des idées, préparant ainsi la mobilisation des professionnels non encore impliqués dans le projet. Le pilote et l'équipe de réalisation du projet veilleront toutefois à ce que la communication informelle ne prenne pas le pas sur la diffusion d'une information maîtrisée : anticiper les actions de communication qui accompagneront le déroulement du projet limitera le développement de rumeurs et de bruits de couloirs erronés ou infondés.

Les formes de communication qui ont été évoquées seront mobilisées à différents stades du projet, en fonction des finalités qui leur sont propres. Les actions de

---

<sup>54</sup> BARANSKI L. Le manager éclairé, 2001.

communication visent plusieurs objectifs qui concourent ensemble à l'entretien de la dynamique autour du projet. A l'échelle de l'établissement, les actions de communication permettent non seulement d'informer les instances et les professionnels de l'état d'avancement du projet mais aussi d'annoncer et de soutenir les changements (changements de comportement, de méthodes de travail...) qui pourraient en résulter. En cela, elle contribue à faire adhérer les acteurs de la fonction étudiée (par exemple service prestataire et services utilisateurs dans le cas de la fonction linge) au projet, surtout en cas de forte résistance au changement. Sur le plan de la conduite du projet, la communication aide le pilote à mobiliser les membres de l'équipe de réalisation, à créer chez eux un sentiment d'appartenance à l'équipe par lequel l'intérêt de l'équipe prévaudra plus facilement sur les intérêts individuels. La communication permet aux membres de l'équipe d'intégrer les objectifs du projet et ainsi de se l'approprier. La communication vise par ailleurs à faire en sorte que l'ensemble des acteurs du projet dispose en même temps des mêmes informations, ce qui constitue un élément important dans l'avance des groupes de travail (*cf. supra*). La communication ascendante, des membres des groupes de travail vers le pilote, est le moyen d'identifier les difficultés de mise en oeuvre et de progression des travaux et enclenche la recherche des moyens de supprimer les blocages ; elle offre en outre la possibilité aux membres de l'équipe d'exprimer leurs réactions, leurs commentaires, leurs propositions, leurs besoins et leurs attentes. Enfin, la communication, en mettant en exergue les résultats issus du projet, constitue un facteur de valorisation de l'équipe qui a contribué à leur obtention.

En raison de la portée qu'elle peut avoir, la communication ne saurait être négligée et il conviendra de l'anticiper en amont du projet. Les démarches qualité et les projets de grande ampleur justifieront la mise en place d'un véritable plan de communication pour l'élaboration duquel l'équipe projet pourra solliciter l'intervention de la structure interne (direction, cellule...) chargée de la communication. La programmation des actions de communication lors de la définition du calendrier de mise en oeuvre du projet peut apparaître comme un exercice théorique qui conduit à travailler sur des hypothèses incertaines (relatives au déroulement du projet, aux réactions qu'il va susciter...). Toutefois, planifier la communication est le moyen, d'une part, de s'assurer de la mise en place d'une communication minimale et du respect dans le temps de certains points clés de communication et, d'autre part, de veiller à la cohérence et à la clarté des messages. Le cadrage général de la communication sera adapté ensuite au fur et à mesure de l'avancement du projet en saisissant opportunités et en répondant aux besoins particuliers qui se présenteront. S'agissant du projet d'optimisation de la fonction linge, les actions de communication ont été envisagées à l'issue des étapes importantes du projet, marquées

le plus souvent par une phase de validation formelle : plan d'action issu de l'analyse des zones à risques de la blanchisserie, audit du Service d'Hygiène, élaboration de la charte des référents linge et du contrat type entre la blanchisserie et les services utilisateurs. Une attention particulière a été portée sur le démarrage et la conclusion du projet.

Des recommandations méthodologiques<sup>55</sup> permettent d'adapter les canaux de communication à chaque situation. L'émetteur, qui détient une information qu'il veut transmettre, est en mesure de préciser l'objectif de l'action de communication envisagée. Il s'agit alors d'identifier les cibles qui seront destinataires de l'information. On peut distinguer des cibles internes (revues et comité de direction, cadres soignants, CLIN, Comité Qualité par exemple dans le cas du projet étudié ici) et des cibles externes (prestataires extérieurs, fournisseurs, autres établissements de santé...). Le positionnement de chaque cible par rapport au projet sera analysé, notamment pour déceler les résistances et les soutiens au projet. Il conviendra ensuite de s'interroger sur la nature du message à transmettre : message descriptif (par exemple pour faire le point sur l'état d'avancement du projet), message informatif (présentation des résultats obtenus, des succès ou des obstacles rencontrés) ou message incitatif (en vue d'une prise de décision, de la mise en oeuvre d'une action corrective). Quelle que soit la cible, le concepteur de l'action de communication veillera à rester factuel et concret afin que le message soit clair et compréhensible. Ces étapes préliminaires faciliteront le choix des outils et des supports à utiliser ; dans ce domaine, les possibilités sont multiples : réunion, atelier, débat ; présentation à l'aide de transparents, document Power Point ; affichage, note d'information, journal interne ; intranet, utilisation de la messagerie électronique... La tradition écrite ou plutôt orale de la cible visée pourra influencer sur le choix du support de communication. La réalisation de l'action de communication sera suivie d'une mesure d'impact, permettant d'évaluer l'efficacité de l'action. Les réactions, ou au contraire leur absence, sont les premiers témoins indiquant si les informations transmises ont été reçues et comprises. On pourra retenir d'autres indicateurs assez simples comme le taux et le délai de réponse à un courrier, la ponctualité et l'assiduité lors des réunions par exemple.

Quelques actions mises en oeuvre au cours du projet d'optimisation de la fonction linge peuvent illustrer ces propos. Après validation de la lettre de mission, le projet a fait l'objet d'une présentation en Comité de Direction et en réunion de cadres supérieurs de santé. En phase d'annonce, le projet a été replacé dans le contexte de la démarche

---

<sup>55</sup> Voir notamment RENAUX I. et TAGGIASCO N. Management de la qualité des achats médicaux, 2000 et BARANSKI L. Le manager éclairé, *op. cit.*

d'accréditation de l'établissement ; il s'agissait de souligner les enjeux du projet au regard des conclusions de l'autoévaluation et de la visite d'accréditation. Les objectifs du projet et la méthodologie pour les atteindre constituaient une réponse directe aux dysfonctionnements observés. En tant que principaux utilisateurs de la fonction linge, les services de soins allaient subir les conséquences des éventuelles réorganisations issues du projet et ont à ce titre constitué une cible de communication privilégiée. Les cadres de santé ont été le vecteur principal de transmission des informations. L'appel à candidatures pour constituer l'équipe projet a donné lieu à l'envoi d'un courrier aux cadres précisant le contexte du projet. Chaque réunion du groupe pluridisciplinaire était suivi d'un compte-rendu diffusé aux cadres par messagerie électronique. Les grandes étapes franchies par ce groupe ont fait l'objet d'une présentation en réunion de cadres. Il paraissait en effet important d'effectuer un retour d'information vers les services qui avaient participé à l'audit sur le circuit du linge et des déchets. Le dispositif des référents linge ou le contrat interne ont été présentés en binôme par le pilote du projet et un cadre de santé membre de l'équipe projet. Une note d'information (annexe 17) a annoncé les règles adoptées pour encadrer les demandes adressées à la blanchisserie et pour canaliser les déplacements ; une affiche rigide reprenant ces informations a été proposée au service. Pour cette action, comme pour d'autres, l'assistant en communication interne a apporté de précieux conseils à l'équipe projet. Le rattachement de ce dernier à la Délégation Qualité et Prévention des Risques constitue un atout important pour la définition des actions de communication relatives aux projets d'amélioration de la qualité de l'établissement.

La conclusion du projet a été anticipée lors de la réflexion sur la communication. Le manque de temps ou le départ des acteurs clés du projet conduisent souvent à négliger cet aspect. La réalisation d'un bilan en fin de projet sera l'occasion d'analyser les points et les points faibles des actions engagées, de vérifier l'atteinte des objectifs et de prendre du recul sur le projet afin de tirer les enseignements des difficultés rencontrées, des échecs et des succès obtenus. Il servira également de base à un éventuel plan d'action à mettre en oeuvre au terme du projet. Une « fiche bilan » rappelant les objectifs initiaux, précisant les résultats atteints ainsi que les écarts éventuels et dégagant des conclusions pourra être élaborée, par exemple au cours d'une réunion de clôture de l'équipe projet. En plus d'une diffusion par les canaux d'information déjà évoqués à d'autres étapes, le bilan d'un projet tel que celui relative à la fonction linge pourra être présenté devant les instances et organes consultatifs concernés : Comité Qualité, Commission de Soins, CLIN, Comité gestion des risques et des vigilances. La présentation des succès valorise l'équipe projet et offre l'opportunité de remercier les participants pour les efforts consentis.

Au-delà des résultats concrets obtenus à l'issue du projet, le bilan final permet d'évaluer la méthodologie employée et d'en tirer les conséquences pour les projets futurs ; en cela, il indique que la conduite du projet peut avoir une portée qui dépasse le seul cadre de la fonction, du processus ou du service qui en étaient l'objet.

### **3.2 La portée des enseignements tirés de la conduite du projet d'amélioration de la qualité**

L'analyse de la conduite d'un projet tel que celui qui nous sert de fil conducteur permet d'identifier des facteurs de succès qui seront utiles lors d'autres projets d'amélioration de la qualité et qui contribuent ainsi à entretenir la dynamique du Plan d'Amélioration de la Qualité. Mais l'expérience issue des projets d'amélioration de la qualité pourra valoir au-delà de la mise en oeuvre du PAQ, témoignant ainsi que l'accréditation peut avoir un impact plus large sur le management hospitalier et présenter à ce titre un enjeu supplémentaire.

#### **3.2.1 L'impact du projet d'optimisation de la fonction linge sur la dynamique globale du Plan d'Amélioration de la Qualité**

##### **A) L'apport méthodologique du projet**

La liste des points contenus dans le PAQ pourrait inciter à concevoir les actions d'amélioration de la qualité plutôt comme des actions récurrentes ; mais au regard des dysfonctionnements visés, des services et des personnes concernés, chaque action apparaît comme une activité unique, dans un contexte singulier et revêt ainsi les caractéristiques d'un projet. L'analyse de la méthodologie mise en oeuvre pour la réalisation du projet d'optimisation de la fonction linge a montré que celle-ci devait s'adapter à différents moments au profil du projet. Le thème abordé, le cadre réglementaire, les acteurs en présence, les ressources disponibles conditionnent en partie la méthode qui pourra être employée. L'expérience d'un premier projet n'offre pas une méthode reproductible et généralisable à l'ensemble des projets prévus dans le Plan d'Amélioration de la Qualité. Les situations de projet sont à chaque fois nouvelles et singulières et il convient de s'interroger sur les éléments qui ont changé entre deux situations qui sont visiblement très proches. Les méthodes et les supports qui auront pu être formalisés ne sont pas systématiquement transposables d'un contexte à l'autre ; c'est

pourquoi il conviendra d'aborder chaque nouveau projet avec une attitude ouverte à la remise en cause, à l'anticipation et l'adaptation. Il s'agit donc de trouver un juste équilibre entre l'invention d'une méthode nouvelle pour chaque projet et la reprise automatique d'une « méthode standard » ; cet équilibre repose sur une judicieuse mobilisation des savoir-faire et des outils expérimentés dans le passé et aisément disponibles.

L'étude du projet d'optimisation de la fonction linge n'a donc pas pour objet de modéliser une méthodologie de conduite de projet ; elle permet cependant d'attirer l'attention sur des principes méthodologiques d'ordre général qui soutiennent la dynamique interne des projets et auxquels il faudra veiller dans d'autres situations de projet. On a ainsi souligné la nécessité de définir une méthodologie en amont du projet. Celle-ci suppose au préalable une délimitation précise du périmètre du projet ainsi qu'une analyse du processus visé par ce dernier. Elle implique en outre d'identifier les acteurs clés du projet, permettant d'apprécier leur positionnement et de repérer les soutiens et les sources de résistances potentielles. L'analyse de la mise en place de l'équipe de réalisation a montré l'intérêt de clarifier les responsabilités et a permis de préciser les modalités de composition des groupes de travail. La gestion du temps est apparue comme un facteur essentiel au bon déroulement du projet ; pour faire face aux éléments impondérables risquant de survenir en cours de projet, le calendrier prévisionnel devra se caractériser par une certaine souplesse. Néanmoins, plusieurs aspects, en particulier les besoins de formation, les actions de communication et les moyens de pérenniser le projet, devront être anticipés dès le démarrage du projet. La dynamique du projet tient en partie à la maîtrise de techniques permettant une recherche de solution et une gestion de réunion efficaces et supposant une habileté du pilote du projet au management opérationnel. Les outils expérimentés au cours du projet (lettre de mission, fiche projet, fiche bilan) pourront être réutilisés par la suite ; la lettre de mission, testée dans le cadre du projet d'optimisation de la fonction linge, a par exemple été étendue à l'ensemble des projets du CHL.

Le retour d'expérience peut commencer au cours du projet ; il constitue alors un facteur d'apprentissage pour l'équipe projet elle-même en l'aidant à comprendre et à améliorer ses pratiques. Mais le caractère itératif des démarches qualité et la succession des projets d'amélioration de la qualité favorisent la capitalisation des expériences ; l'établissement disposera ainsi à terme d'une base d'expériences grâce à laquelle pourront se développer des projets de plus en plus efficaces car nourris des enseignements de leurs prédécesseurs. Les professionnels tireront d'autant plus profit des expériences passées si celles-ci s'appuient sur un système documentaire qui restitue les démarches mises en oeuvre. La démarche qualité s'accompagne en effet d'une formalisation écrite qui correspond à l'élaboration d'un fonds documentaire qui décrit

l'organisation, les responsabilités, les procédures et les moyens nécessaires au management de la qualité au niveau de la fonction étudiée. Le fonds documentaire contribue à la maîtrise des systèmes qualité à mettre en place dans les différents secteurs d'activité. Il représente en premier lieu un référentiel interne sur lequel les services concernés appuieront leurs pratiques professionnelles et qui pourra servir de support de formation aux nouveaux arrivants. En mettant en commun toutes les informations concernant les activités liées à différentes fonctions de l'établissement, il constitue de plus un vecteur de communication interne et externe (en direction des fournisseurs et des prestataires extérieurs par exemple). Mémoire des activités de la fonction concernée, les documents qualité apparaissent donc également comme des moyens de transmission du savoir-faire utiles pour la constitution d'un système documentaire dans d'autres domaines.

Le projet d'optimisation de la fonction linge illustre bien le rôle du système documentaire. Le septième principe de la méthode RABC vise l'établissement du système de documentation. Sur ce point, l'équipe projet a pu profiter du précédent de la constitution du système documentaire en lien avec la démarche HACCP qui s'applique à la fonction restauration. En intégrant des procédures rédigées selon les principes d'homogénéisation retenus par la DQPR, le système documentaire propre à la fonction linge pourra à son tour servir d'exemple pour l'élaboration des procédures applicables à d'autres domaines. La norme NF EN 14065 décrit les grandes lignes d'un système de documentation qui s'articule autour du Manuel RABC<sup>56</sup>, du journal RABC<sup>57</sup> et des compte-rendus des réunions de revue. La mise en place de la méthode RABC permet de dégager les principes généraux qui orientent la constitution d'un système documentaire relatif à la qualité. On s'interrogera d'abord sur les pièces qui doivent figurer dans le fonds documentaire, ce qui pourra notamment aider à limiter le nombre de procédures : on retiendra les procédures décrivant les étapes clés identifiées lors de l'analyse du processus. Les documents décriront les aspects nécessaires (sans redondance ni lacune) et présenteront une information simple, claire et exhaustive selon un format pré-établi. Pour en faciliter la recherche, les documents qualité s'intégreront dans une structure hiérarchisée (par exemple : plan – procédures, générales ou spécifiques – modes opératoires – fiches techniques) et feront l'objet d'un mode de classement qui pourra s'appuyer sur un système de codification des documents. Le mode de gestion du système documentaire devra enfin être déterminé : il s'agit de définir les modalités de

---

<sup>56</sup> La norme NF EN 14065 définit le Manuel RABC comme l'enregistrement de toute la documentation relative à la gestion et à la mise en oeuvre d'un système RABC.

<sup>57</sup> Le journal RABC retrace l'historique de toutes les données, observations, actions prises et leurs conséquences.

réactualisation ainsi que les circuits de mise à disposition des documents et d'identifier les personnes ou les structures en charge de ces missions.

Au-delà des enseignements méthodologiques, on peut attendre des retombées positives des résultats concrets du projet.

## B) Le rôle moteur des résultats du projet d'amélioration de la qualité

On peut percevoir ce rôle moteur à un double niveau : d'abord, sur la fonction, le processus ou le service ciblés par le projet, puis sur la dynamique globale du Plan d'Amélioration de la Qualité.

En évoquant la hiérarchisation des projets d'amélioration de la qualité (*cf. supra*), on a insisté sur la sélection dans un premier temps de projets aux objectifs clairs mais pas trop ambitieux. Il sera préférable de découper en sous-projets un projet dont les objectifs apparaissent difficilement réalisables au cours d'une même démarche. Des projets successifs, mais plus limités, sont le moyen de fixer des objectifs intermédiaires qu'il sera plus facile de réaliser. Quand un objectif intermédiaire est atteint, on se donne un nouvel objectif : il s'agit d'une « méthode de travail dynamique et fédératrice<sup>58</sup> » par laquelle les initiatives trouvent une traduction concrète sur le terrain et enclenchent les projets suivants. La conviction qu'un projet au périmètre ou aux moyens limités trouvera son prolongement dans un projet suivant pourra être facteur de motivation et d'implication pour l'équipe de réalisation du premier projet. Par certains aspects, le projet d'optimisation de la fonction linge illustre ce phénomène. La réalisation de ce projet était soumise à des contraintes diverses et devait bénéficier de moyens limités : la blanchisserie se situe dans des locaux anciens à la configuration peu évolutive, le matériel est faiblement automatisé, l'équipement informatique est rudimentaire, le personnel est peu qualifié et des investissements lourds dans ce secteur n'étaient pas envisagés à court terme. Ce contexte aurait pu provoquer une certaine frustration au sein de l'équipe projet et décourager les propositions d'actions correctives dont l'aboutissement était peu probable. Or, la perspective pour le CHL de disposer d'une blanchisserie neuve à moyen terme au sein d'une plate-forme logistique a favorisé l'expression des idées d'amélioration : si celles-ci ne trouvaient pas de traduction concrète dans le cadre de ce projet, elles seraient réexploitées plus tard dans le cadre du projet de plate-forme logistique. Le contexte du projet d'optimisation de la fonction linge n'a probablement pas permis d'apporter une réponse satisfaisante à l'ensemble des dysfonctionnements qui ont été

---

<sup>58</sup> TEBOUL J. La dynamique qualité, 1990.

pointés, notamment lors de l'analyse des zones à risques de la blanchisserie. Toutefois, le projet a eu pour conséquence de familiariser l'équipe de la blanchisserie avec les principes de la démarche qualité ; l'expérimentation sous contrainte du système RABC facilitera une mise en oeuvre plus aboutie au sein de la nouvelle blanchisserie.

L'impact des premiers projets d'amélioration de la qualité sur la dynamique globale du PAQ a déjà été abordé lors de l'évocation des suites de l'autoévaluation (voir 1.3.2.). Les résultats concrets obtenus par les premiers projets pourront stimuler les professionnels les moins convaincus des débouchés des démarches qualité et favoriseront le démarrage de nouveaux projets. Les premiers résultats offriront des opportunités de communication sur les suites de l'autoévaluation, contribuant à pérenniser la dynamique créée lors de cette dernière pour la mettre au service de la mise en oeuvre du PAQ. D'autres facteurs interviennent cependant dans la réussite des démarches qualité entreprises en établissement de santé.

### C) Les facteurs clés de réussite d'une démarche qualité en établissement de santé

L'analyse qui précède a montré que la structuration de la démarche, le soutien de la direction, la participation des professionnels, la formation et la communication constituent des paramètres qui contribuent fortement au bon déroulement des projets d'amélioration de la qualité. Ces derniers recoupent les éléments identifiés par l'ANAES<sup>59</sup> comme les « facteurs clés de réussite des démarches qualité ». L'observation d'un projet concret permet de préciser certains de ces facteurs. Premier facteur mis en avant par l'ANAES, l'engagement explicite des responsables institutionnels est perçu comme une force d'entraînement de l'ensemble des acteurs de l'établissement. Des responsabilités de natures différentes (administrative, médicale, paramédicale) se côtoient à l'hôpital et la démarche qualité devra bénéficier du soutien de chacune d'entre elles. La portée réelle de l'engagement de la direction suppose une position convergente des différentes directions fonctionnelles et de l'encadrement intermédiaire qui sera le relais de la politique qualité sur le terrain. L'engagement des responsables doit dépasser l'aspect purement formel et se matérialiser par des pratiques factuelles. Les responsables institutionnels se montreront notamment disponibles pour accompagner les démarches et veilleront à la transparence de l'information et des décisions. Ils pourront faire preuve d'exemplarité en menant des actions d'amélioration de la qualité dans leurs domaines d'activités et

---

<sup>59</sup> Voir le guide *Principes de mise en oeuvre d'une démarche qualité en établissement de santé*, 2002.

s'assureront de la cohérence de leurs décisions avec la politique qualité de l'établissement.

La réussite des démarches qualité nécessite ensuite l'implication des professionnels. Le respect des professionnels, en particulier lors de l'évaluation des pratiques, et leur association par une information régulière et par la prise en compte des suggestions seront de nature à encourager l'implication. L'ANAES plaide par ailleurs pour l'intégration directe du patient à la démarche qualité dans la mesure où les besoins et la satisfaction de celui-ci sont la raison d'être de la démarche. La démarche qualité repose ainsi sur une « approche processus » qui favorise l'association du « client final » des processus de soins et de leur processus de soutien mais aussi celle des « clients intermédiaires » qui sont partie prenantes des relations clients-fournisseurs internes à l'établissement.

On l'a vu précédemment, l'appropriation des principes et des méthodes propres aux démarches qualité nécessite un apprentissage progressif des professionnels. De ce point de vue, l'ANAES précise que des raisons culturelles et techniques ainsi que les moyens disponibles poussent à envisager la démarche qualité de façon progressive. Ce principe de progressivité conduit alors à se concentrer sur des priorités, c'est-à-dire sur les points qui produiront les améliorations les plus notables. L'ANAES confirme en outre l'impact d'une communication interne bien conduite sur la réussite de la démarche qualité : la communication favorise la prise de conscience des professionnels quant aux besoins d'amélioration, aux enjeux de la qualité, aux résultats obtenus ; elle assure la diffusion des idées, la valorisation des démarches, la pérennisation des actions et suscite par ce biais l'implication des acteurs et la démultiplication des actions. La formation apparaît comme un autre facteur crucial dans le succès de la démarche qualité. La formation permet aux professionnels de comprendre les objectifs, de s'approprier les méthodes, de les expérimenter et de les mettre en oeuvre dans leur domaine de pratique. Les professionnels formés pourront tirer profit de l'expérience acquise et apporter leurs conseils méthodologiques aux équipes qui s'engagent à leur tour dans la démarche qualité. La structuration de la démarche par la définition de la responsabilité des acteurs et la mise en place de structures de pilotage pluriprofessionnelles et participatives est le dernier facteur clé de la démarche et de sa pérennisation. Tous ces facteurs<sup>60</sup>, qui

---

<sup>60</sup> Ces facteurs clés rejoignent les principes du management de la qualité identifiés par la norme ISO 9000 qui ont été présentés page 23. On observe de ce point de vue un rapprochement entre la démarche d'accréditation qui consiste en une reconnaissance formelle qu'un organisme est compétent pour effectuer des tâches spécifiques et la démarche de certification qui est l'assurance

apparaissent comme décisifs lors des premiers projets d'amélioration de la qualité, devront par la suite guider le management du PAQ.

Les facteurs clés qui viennent d'être évoqués relèvent de quatre dimensions qui ont été identifiées par SM SHORTELL<sup>61</sup> comme essentielles pour développer une démarche qualité cohérente, efficace et pérenne. En premier lieu, la dimension stratégique conduit à clarifier les objectifs de l'établissement vis-à-vis de sa démarche qualité. En repérant les processus clés qui ont le plus d'impact sur la satisfaction des « clients » et qui présentent le meilleur potentiel d'amélioration, elle aide à la priorisation des actions et à la focalisation des efforts en vue de l'atteinte des objectifs. Il convient en outre de tenir compte de la dimension technique qui fait référence à l'ensemble des savoir-faire utiles à la démarche qualité ; ces savoir-faire sont liés à la gestion de projet, à l'organisation d'un système qualité et à la maîtrise des méthodes et des outils de la qualité. Il faudra également porter attention à la dimension structurelle qui correspond à la mise en place des structures de pilotage et de coordination de la démarche qualité et plus largement à la définition de l'architecture du système qualité et des responsabilités des acteurs. Enfin, la dimension culturelle s'intéresse aux croyances, valeurs, normes, représentations et comportements qui encouragent la mise en oeuvre de la démarche qualité. Le développement du travail en équipe et de l'approche client, la formation ou encore l'exemplarité des responsables et de l'encadrement auront un rôle majeur dans l'évolution culturelle. SHORTELL décrit les conséquences d'une prise en compte insuffisante de chaque dimension (voir annexe 18).

Ces différentes dimensions constituent le cadre de développement de la démarche qualité ; celle-ci s'inscrit dans la durée, de sorte que les principes qui l'orientent peuvent avoir à terme une influence sur les pratiques professionnelles et l'évolution du management hospitalier.

---

écrite qu'un produit, un processus ou un service est conforme aux exigences spécifiées, les deux démarches reposant sur les mêmes principes.

<sup>61</sup> Cette référence est citée par l'ANAES.

### 3.2.2 L'impact de l'accréditation sur le management hospitalier

#### A) L'accréditation comme levier de transformation du management à l'hôpital

La mise en place d'une démarche qualité suppose une réflexion managériale sur les modalités d'introduction de cette dernière en établissement de santé. Les systèmes de reconnaissance externe de la qualité, parmi lesquels l'accréditation, pourront être utilisés comme leviers pour la mise en oeuvre des démarches qualité. La préparation à l'accréditation fournit ainsi l'opportunité d'initier ou de consolider une démarche qualité : l'autoévaluation conduit la réalisation d'un diagnostic selon une démarche participative et indique les axes d'une structuration qui seront affinés par la visite et le rapport d'accréditation. Les développements précédents ont montré que la mise en oeuvre de la démarche qualité doit s'adapter au contexte particulier de chaque établissement. Il n'existe pas de « méthode standard » mais un ensemble de concepts, de principes, de méthodes à appliquer de façon progressive et cohérente ; en cela, les démarches qualité apparaissent comme des démarches de management. Leur développement va entraîner à moyen et long terme des changements structurels, organisationnels et culturels profonds.

L'accréditation repose sur une approche globale de l'établissement de santé. Elle met l'accent sur les processus transversaux et structurants pour l'ensemble de l'établissement, favorisant en conséquence les projets qui viseront à améliorer l'organisation des interfaces entre les différents professionnels et les différents secteurs qui contribuent à la réalisation des processus. L'approche processus encourage le caractère transversal et pluriprofessionnel des projets d'amélioration de la qualité ; il peut en ce sens être le moyen de décroisser l'organisation verticale traditionnelle de l'hôpital. Rappelant les rivalités de pouvoirs qui s'y sont constituées, Michel CROZIER estime que « l'hôpital est une des organisations les plus cloisonnées dans le monde des cloisonnements<sup>62</sup> ». L'accréditation pourra être envisagée comme une opportunité de décroissement multidirectionnel : décroissement au sein des services (en soulignant les échanges entre secteurs logistiques, le projet d'optimisation linge a offert un exemple de décroissement interne à la direction hôtelière et logistique), décroissement entre les différents services (cet élément est particulièrement intéressant dans le cadre de l'évolution vers un management médico-administratif qui tend vers l'identification de

---

<sup>62</sup> CROZIER M. « Donner aux hôpitaux la liberté d'innover », *Espace Social Européen*, juin 1994.

structures de gestion plus larges que les services actuels) et ouverture vers l'extérieur. Sur ce dernier aspect, les démarches qualité sont l'occasion pour l'établissement d'inscrire ses relations avec les fournisseurs et les prestataires extérieurs dans un nouveau type d'approche.

Il est en outre apparu que les différentes étapes de la procédure d'accréditation privilégient l'utilisation de méthodes et d'outils, notamment liés à la gestion de projet, qui permettent une identification des dysfonctionnements puis une recherche de solutions sur un mode collectif. La procédure s'accompagne en ce sens d'un management participatif qui modifie le fonctionnement hiérarchique de l'hôpital. Le management participatif se traduit par une implication des personnels directement concernés et par l'information du reste des équipes ; en permettant à chacun de s'exprimer et de prendre des initiatives, il est le moyen à la fois de responsabiliser les équipes sur le terrain et de valoriser leurs efforts. A un autre niveau, l'accréditation influence le management en y intégrant des dimensions nouvelles telles que l'orientation client ou la culture de l'évaluation. Elle contribue également à l'enrichir : l'accréditation montre la nécessité de définir un dispositif de pilotage destiné à garantir la cohérence et la dynamique de la démarche qualité ; le management de la qualité apparaît alors comme un volet à part entière du management hospitalier, au même titre que celui des ressources humaines, économiques ou financières.

## B) Une traduction organisationnelle concrète

Les objectifs et les modalités de conduite de la politique qualité<sup>63</sup> devront être cohérents avec la stratégie de l'établissement. C'est pourquoi la politique qualité constitue une composante essentielle du projet d'établissement. L'engagement dans la démarche qualité ou la préparation de l'accréditation représentent une opportunité pour aborder l'élaboration des différents volets du projet d'établissement selon une approche intégrée. L'expérience du CHL illustre ces propos : finalisé après la validation du PAQ, le projet médical de l'établissement reprend parmi ses objectifs certains volets du PAQ. On observe dans ce cas précis une articulation tangible entre le projet médical et le PAQ qui constitue le cœur de la politique qualité de l'établissement. Cette approche conduit à développer la dimension qualité incluse dans chaque composante du projet

---

<sup>63</sup> Selon la norme ISO 9000 la politique qualité se définit comme « les orientations et objectifs généraux d'un organisme concernant la qualité, tels qu'ils sont exprimés formellement par la direction au plus haut niveau ».

d'établissement et évite de considérer la définition de la politique qualité comme une contrainte supplémentaire. La politique qualité devra établir les finalités de la démarche qualité en précisant, au-delà des objectifs communs à toute démarche qualité, l'intérêt de celle-ci pour l'établissement de santé. La définition de la politique qualité présente plusieurs enjeux : elle permet non seulement de préciser la place de la démarche qualité dans la stratégie de l'établissement mais aussi d'affirmer l'engagement du management de l'établissement dans cette démarche et d'identifier les responsabilités et les modalités de sa mise en oeuvre. Sur ce dernier point, on a mis en évidence que l'implication des acteurs est un élément essentiel dans l'entretien de la dynamique de la démarche qualité. Il conviendra donc de rechercher des facteurs d'incitation et de maintien de l'intérêt individuel et de l'intérêt des services à agir durablement dans le sens de la qualité. La contractualisation interne, en intégrant la dimension qualité dans les contrats liant la direction et les centres de responsabilité, peut ici être un moyen de reconnaissance et de valorisation en proposant une contrepartie à l'investissement des services dans la démarche qualité.

On a insisté sur la coordination comme facteur clé de réussite de la démarche qualité. L'accréditation pourra ainsi être à l'origine de la mise en place ou, comme dans le cas du Centre Hospitalier de Lens, de la consolidation des structures de coordination. On peut distinguer deux composantes parmi les structures de coordination. La coordination de la démarche repose d'une part sur une structure politique et stratégique. Celle-ci sera chargée de guider la démarche, d'arbitrer sur les priorités, de suivre l'avancement des projets d'amélioration de la qualité et de diffuser les résultats, notamment auprès des instances délibératives et consultatives et des autres entités liées à la qualité (CLIN, Comité de gestion des vigilances, médecine du travail, commission de conciliation...); cette structure prendra la forme d'un Comité de Pilotage, d'une commission ou, comme au CHL, d'un Comité Qualité. La coordination nécessitera d'autre part la mise en place d'une structure opérationnelle, par exemple une direction, une cellule ou une délégation. Ses missions seront de deux ordres : elle aura d'abord pour but de susciter, d'animer et de coordonner des actions qualité conduites par les services eux-mêmes ; selon le niveau de maturité du service concerné, l'accompagnement sera plus ou moins poussé (impulsion des actions d'amélioration, aide pour bâtir une méthodologie, suivi de la mise en oeuvre...). Cette première mission indique que le responsable qualité devra faire preuve d'une aptitude à la communication, à la gestion de projets et à la conduite du changement. La seconde mission consiste à prendre en charge directement certaines actions qualité qui affectent l'établissement dans sa globalité. Au CHL, la DQPR travaille par exemple à l'homogénéisation du système documentaire, à la diffusion et au traitement des fiches de signalement d'événement indésirable ou encore à l'analyse des

questionnaires de sorties. Le dispositif de pilotage et de coordination de la démarche qualité du CHL est complété par la mise en place de « relais qualité » dans les services cliniques, administratifs, logistiques et techniques. Ces derniers assurent l'interface entre les services et la DQPR ; leur rôle est de sensibiliser les services à la démarche qualité et à la gestion des risques, de participer à la formalisation des processus, de prendre en charge la gestion documentaire dans les services et d'encadrer et de participer à l'évaluation des pratiques. Par leur présence sur le terrain, les relais qualité contribuent fortement au développement d'une culture qualité au sein de l'établissement.

### C) Vers une culture qualité à l'hôpital ?

La mise en place d'une démarche qualité est synonyme de changement dans les habitudes de travail et dans la façon de penser. Elle engendre des situations nouvelles qui peuvent être sources d'incertitudes et d'inquiétudes au sein des équipes hospitalières. Cette menace ressentie par certains, renforcée par la place encore limitée de la qualité dans les formations initiales, peut provoquer un phénomène de résistance aux démarches qualité. Les démarches qualité se caractérisent par la progressivité de leur mise en oeuvre ; leur impact sur le management et la culture de l'établissement de santé s'inscrit dans le long terme. Pour faciliter la diffusion de la culture qualité, il est important que la gestion au quotidien s'appuie sur des pratiques offrant une traduction concrète des orientations de la démarche qualité. Il s'agit d'accorder une attention particulière à la recherche des causes des défauts et des dysfonctionnements pour en prévenir la récurrence ; cette recherche systématique permet de traiter ce que l'ANAES appelle « les micro-problèmes de qualité » ; ces derniers nuisent au fonctionnement et accaparent une partie du temps du personnel qui se consacre à la correction des problèmes récurrents au détriment de l'atteinte des objectifs fixés. L'attitude des cadres est ici décisive car elle aura valeur d'exemple pour l'ensemble des acteurs. L'objectif à terme est de faire en sorte que chaque acteur considère que l'amélioration de ses pratiques professionnelles fait partie intégrante de ses missions.

La prise en compte de deux autres facteurs paraît essentielle dans le développement de la culture qualité en établissement de santé. On a déjà montré le poids de la communication dans la dynamique des projets d'amélioration de la qualité. Des actions de communication d'une large portée, définies en fonction de la cible à atteindre, sont le moyen de toucher l'ensemble des professionnels de l'établissement. Les actions de communication pourront s'appuyer avantageusement sur les résultats obtenus par les projets d'amélioration de la qualité pour montrer aux plus réticents que la démarche qualité, grâce à son approche méthodique, produit des résultats concrets. La formation

intervient aussi de façon importante dans l'accompagnement du changement culturel provoqué par le développement des démarches qualité. Par la formation, chaque professionnel peut comprendre et acquérir une base théorique et un langage communs qui constituent les fondements de la culture qualité. Les actions de formation proposées à l'ensemble des professionnels porteront sur les principes et les méthodes de la qualité ou encore sur des thèmes techniques qui feront l'objet de projets d'amélioration de la qualité. On privilégiera les méthodes pédagogiques centrées sur l'action, appropriées par rapport à l'exercice professionnel quotidien, dont on évaluera la portée. Les actions de formation destinées à l'encadrement, y compris aux personnels médicaux, incluront des éléments relatifs à la gestion de projets ainsi qu'à la communication et à la pédagogie qui permettront aux cadres à leur tour d'informer et de former leurs collaborateurs.

Fort de cette culture qualité, le secteur hospitalier pourrait connaître une évolution comparable à celle du monde de l'entreprise. Au-delà de la volonté d'apporter la preuve en externe de la qualité de leurs produits, certaines entreprises ont fait de la qualité un véritable outil de management. L'intégration de la recherche de l'amélioration de la qualité dans les activités de chacun, à tous les niveaux de l'organisation, conduit au management par la qualité totale, puis au management intégré de la qualité. Pour certaines entreprises, la qualité est ainsi devenue un facteur de développement de leur compétitivité. L'intégration de la qualité dans une démarche globale de management présente également des enjeux forts pour l'hôpital : la prise en compte de l'ensemble des exigences croissantes auxquelles sont soumis les établissements de santé et l'application des principes de l'amélioration continue de la qualité à l'ensemble de leurs fonctions permettent à la fois d'accroître la satisfaction des patients par l'amélioration de la qualité des prestations et d'obtenir de meilleurs résultats sur le plan de la gestion et de l'administration. Le caractère participatif de la démarche qualité a des répercussions sur la formation, l'enrichissement des compétences, la motivation et l'implication des personnels et laisse apparaître la qualité comme un levier intéressant pour la gestion des ressources humaines. « Le management de la qualité se confond progressivement avec la qualité du management<sup>64</sup> » : le management de la qualité influence le management global dans ses dimensions stratégiques et opérationnelles. Dans ce contexte, l'engagement dans la procédure d'accréditation, en permettant d'initier ou de consolider la démarche qualité, peut être porteur d'une ambition plus grande pour l'établissement de santé et soutenir un projet de transformation du management interne.

---

<sup>64</sup> Guide de l'ANAES Principes de mise en oeuvre d'une démarche qualité en établissement de santé, 2002.

## CONCLUSION

On a expliqué en première partie les raisons qui ont motivé le démarrage du projet d'optimisation de la fonction linge qui nous a servi de fil conducteur tout au long de ces développements. Ce projet a trouvé une dimension supplémentaire en cours de réalisation au regard, d'une part, de l'une des réserves formulées par le Collège de l'Accréditation à l'encontre du CHL et, d'autre part, de la publication de la norme NF EN 14065 qui impose de mettre en place une procédure de surveillance et d'autoévaluation des risques spécifiques aux blanchisseries et à la fonction linge en général. Ce mémoire ne prétend en aucun cas offrir une méthode type pour mettre en place le système RABC proposé par la norme précitée. Le projet aurait probablement pris une autre orientation si l'équipe projet avait disposé de la norme dès le lancement de ses travaux. Toutefois, la perspective du retour des experts-visiteurs et l'incertitude quant au délai de publication de la norme ont poussé l'équipe projet à mettre en oeuvre une méthode d'analyse des risques et de maîtrise de la biocontamination inspirée d'expériences développées dans d'autres cadres, au prix de quelques attermoissements en début de projet. Ces derniers font partie des aléas auxquels sera confronté tout pilote de projet et illustrent bien de ce point de vue les problématiques liées à la gestion de projet et au management opérationnel.

On a montré l'impact que peut avoir l'accréditation sur l'émergence des projets et la recherche d'outils de pilotage appropriés. L'accréditation constitue ainsi une opportunité de faire évoluer le management hospitalier mais à condition que les acteurs expriment une volonté de se saisir des outils promus par l'accréditation et qu'ils apprennent à les utiliser afin de les exploiter au mieux. Cette influence possible sur le management tient en partie à une conception de la procédure d'accréditation basée sur les principes qui président aux démarches d'amélioration continue de la qualité ; le Manuel d'Accréditation

prend ainsi en compte des éléments organisationnels qui vont influencer sur la qualité globale du processus de soins. Cette orientation a récemment fait l'objet de critiques, notamment de la part de la Cour des Comptes qui reproche à l'ANAES d'avoir opté pour une démarche d'accréditation centrée exclusivement sur la qualité du fonctionnement logistique de l'hôpital et de la prise en charge du patient, à l'exclusion des pratiques cliniques, c'est-à-dire de la qualité de l'acte médical lui-même. Il est vrai qu'en n'abordant pas directement l'évaluation de la qualité des soins l'accréditation porte aujourd'hui une appréciation partielle sur la qualité des établissements de santé. On rappellera toutefois que l'accréditation se définit comme la reconnaissance formelle qu'un organisme est compétent pour effectuer des tâches spécifiques ; appliquée aux établissements de santé, l'accréditation devait s'intéresser à la capacité de ces derniers à s'autoévaluer, à mettre en place une démarche qualité et définir une politique de gestion des risques mais ne visait pas à évaluer directement la qualité des actes de soins. L'évaluation des actes de soins peut s'appuyer par ailleurs sur l'utilisation des références professionnelles et les guides de bonnes pratiques.

Les projets de l'ANAES (voir par exemple *le Quotidien du Médecin* du 30 avril 2003) s'orientent vers une simplification des référentiels et une médicalisation de l'accréditation. Cette médicalisation est une avancée positive qui devrait permettre de mesurer la qualité des activités cliniques des établissements de santé et d'impliquer davantage le personnel médical dans la procédure. C'est néanmoins avec intérêt qu'on considérera cette évolution comme un enrichissement de l'accréditation, complétant la première version du Manuel d'Accréditation sans s'y substituer totalement. En dépit des critiques, la première vague d'accréditation des établissements de santé aura en effet permis de approfondir la réflexion sur l'organisation et le management interne des établissements et de porter l'attention sur des secteurs d'activités, tels que les fonctions logistiques, longtemps restés dans l'ombre mais dont les inefficiences pèsent sur les performances globales des établissements.

---

# Bibliographie

---

## Ouvrages

ABBAD J. Organisation et management hospitalier, Berger-Levrault, Paris, 2001, 417p.

BARANSKI L. Le manager éclairé, Editions de l'organisation, Paris, 2001, 353p.

BARTOLI A. Le management dans les organisations publiques, Dunod, Paris, 1997, 300p.

BRUN J. Qualité des soins, une approche ISO 9000, 2<sup>e</sup> édition, Berger-Levrault, Paris, 1999, 168p.

CERKEVIC C. Piloter la communication qualité, AFNOR, coll. «A savoir », Saint-Denis, 2001, 49p.

CHAIGNEAU Y., PERIGORD M. Du management de projet à la qualité totale, Les Editions de l'Organisation, coll. « Management 2000 », Paris, 1990, 366p.

JURAN J. La qualité dans les services, éditions AFNOR, coll. « Afnor gestion », Paris, 1987, 211p.

KAMISKE GF., BRAUER J-P., Management de la qualité de A à Z, Masson, Paris, 1994, 152p.

LECLET H., VILCOT C. Construire le système qualité d'un établissement de santé. Editions AFNOR, collection R , Paris, 2000, 144p.

LETEURTRE H., VADENMERSCH V., BLONDIAU MF. L'accréditation hospitalière, Berger-Levrault, coll. « Audit hôpital », Paris, 1997, 328p.

LEVIEUX JP. Le pilotage par la qualité, ESF éditeur, coll. « Techniques économiques d'aujourd'hui », Paris, 1992, 188p.

PICQ T. Manager une équipe projet, DUNOD, Paris, 1999, 225p.

RENAUX I., TAGGIASCO N. Management de la qualité des achats médicaux, 12 recommandations techniques et pratiques, Editions AFNOR , Paris, 2000, 268p.

SACRE R. Manager efficacement un groupe projet en conception, AFNOR, coll. « A savoir », Saint-Denis, 2001, 49p.

TEBOUL J. La dynamique qualité, Les éditions de l'organisation, Paris, 1990, 321p.

WALTER M.H. L'assurance qualité, de l'accréditation en santé. Masson, collection *Encadrer à l'hôpital*, Paris, 2000, 175p.

## **Mémoires**

BACH W. Stratégie de mise en place d'un management par projet, étape vers la qualité totale, mémoire IG, Ecole Nationale de la Santé Publique, 1997, 88p.

DIGNAT M. Réflexion sur la gestion des stocks à l'hôpital ; un passage obligé pour une solution d'avenir, mémoire IG, Ecole Nationale de la Santé Publique, 1992, 50p.

FONTAINE V. Démarche qualité en blanchisserie, mémoire IUP lillois d'ingénierie de la santé, Université Lille II, 2000, 50p.

## **Articles**

CG. De grands groupes français créent un club de benchmarking, *Enjeux-Les Echos*, septembre 1996

CETTOUR-BARON G. La certification de la qualité en logistique hospitalière, gadget ou outil indispensable, *Gestions Hospitalières*, mai 2003, n°427, pp.380-387

CETTOUR-BARON G., DAVESNE A. La blanchisserie du CHRU de Tours ou la suppression du tri du linge sale en blanchisserie, *Techniques Hospitalières*, mai 1996, n°606, pp.53-67

COULIER JP., PEREGO M. Pour un management de la qualité à l'hôpital, *Techniques Hospitalières*, juin 1997, n°617, pp.33-41

DOUET MC., STORPER C. Rationaliser vos approvisionnements par la mise en oeuvre d'une plate-forme logistique de type industriel, *Gestion Hospitalière*, avril 2001, n°405, pp.237-243

GENTILE S. et autres Connaissances sur l'accréditation acquises par le personnel des Hôpitaux de Marseille, *Santé Publique* 2002, volume 14, n° 3, pp.243-252

GONET L., ESTEL S. Linge, tournée d'inspection, *Hygiène en milieu hospitalier*, novembre 1998, n°12, p.14-19

HURLIMANN C. Approche conceptuelle de la qualité des soins, *Adsp*, juin 2001, n°35, pp.23-28

MARTINEZ F., Du management de la qualité au management par la qualité, *Adsp*, juin 2001, n°35, pp.18-23

VANHEE-GALOIS A. L'autoévaluation, phase de préparation de l'accréditation, *Adsp*, juin 2001, n°35, pp.48-49

Les zones fonctionnelles, *Le Textygraphe*, 2<sup>e</sup> trimestre 2001, n°57, pp.22-24

La fonction linge du CHU de Tours certifiée ISO 9002, *Le Textygraphe*, 4<sup>e</sup> trimestre 2001, n°59, pp.44-45

## **Guides, référentiels et normes**

Manuel d'accréditation des établissements de santé, ANAES, Direction de l'accréditation, février 1999

Préparer et conduire votre démarche d'accréditation, ANAES, Direction de l'accréditation, juin 1999

Principes de mise en oeuvre d'une démarche qualité en établissement de santé, ANAES, avril 2002

Mise en place d'un programme d'amélioration de la qualité dans un établissement de santé, ANDEM, Service évaluation hospitalière, octobre 1996.

La fonction linge dans les établissements de santé, éléments d'approche méthodologique, Ministère de la Santé, Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins, septembre 2001, 168p.

Le circuit du linge à l'hôpital, Centre de Coordination de la lutte contre les infections nosocomiales de l'interrégion Paris-Nord, décembre 1999, 40p.

Guide pratique pour l'autoévaluation de la fonction linge dans les établissements sanitaires et médico-sociaux, Groupe « Vendée – qualité linge », janvier 2002

Guide action Qualité Hygiène du linge, Société Dubix – Cabinet Auditextyl – Institut Pasteur de Lille, 2000

Traitement du linge souillé des établissements de soins et assimilés, guide technique de prévention, CRAM d'Aquitaine

Articles textiles traités en blanchisserie, méthode de contrôle et d'essai de la qualité hygiénique du linge, Norme G 07-172, AFNOR, 1992, 29p.

Textiles traités en blanchisserie, système de maîtrise de la biocontamination, Norme NF EN 14065, AFNOR, mai 2003, 16p.

Systèmes de management de la qualité, principes essentiels et vocabulaire, Norme EN ISO 9000, AFNOR, décembre 2000, 30p.

## **Actes de conférences**

La fonction linge : qualité et responsabilités. Hôpital Expo. 16 mars 2000. Paris. Rosières-près-Troyes : Groupe Action Qualité Hygiène du Linge, 2000.

La mise en conformité de votre blanchisserie, la clé pour l'avenir. Géront'Expo. 15 mars 2001. Paris. Rosières-près-Troyes : Groupe Action Qualité Hygiène du Linge, 2001.

Les BMR et la fonction linge, par le Dr GAYET du C.CLIN Est. XVIIIe journées d'étude de l'URBH. 2002. Biarritz. <http://www.urbh.fr>: *L'Echo de l'URBH*, n°13, février 2003.

Le projet de norme EN 14065 : propreté hygiénique des textiles en blanchisserie et la méthode RABC, par JP. BYCZEK. XVIIIe journées d'étude de l'URBH. 2002. Biarritz. <http://www.urbh.fr>: *L'Echo de l'URBH*, n°13, février 2003.

## **Sites Internet**

Site de l'ANAES : <http://www.anaes.fr>

Site de l'Union des Responsables de Blanchisseries Hospitalières : <http://www.urbh.fr>

---

## Liste des annexes

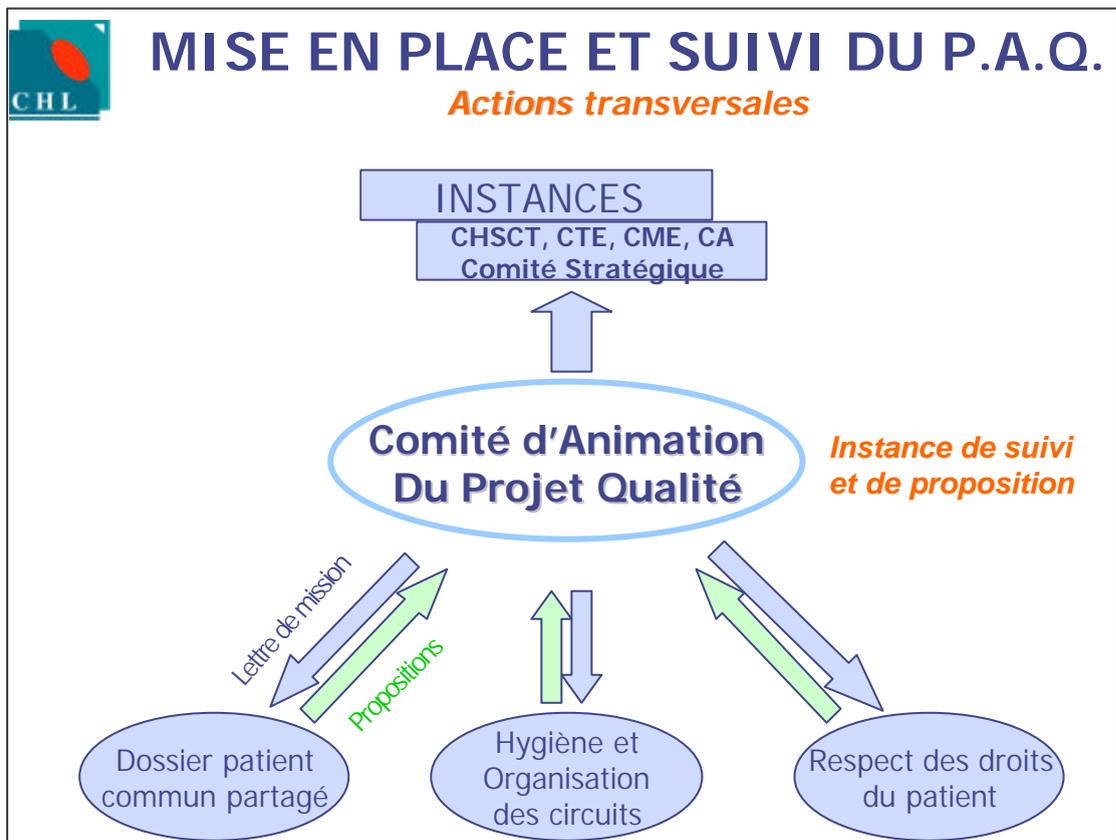
---

- 1 - Article sur la procédure d'accréditation, extrait du *Lien Hospitalier* (journal interne du CHL) n°71, juin 2002. – **Annexe 1- non publiée -**
- 2 - Plan d'Amélioration de la Qualité du Centre Hospitalier de Lens – **Annexe 2 – non publiée -**
- 3 - Les trois axes prioritaires du Plan d'amélioration de la Qualité
- 4 - Lettre de mission du projet d'optimisation de la fonction linge
- 5 - Les étapes de la fonction linge : extrait du guide de la DHOS « La fonction linge dans les établissements de santé », p.144 – **Annexe 5– non publiée -**
- 6 - Grilles de support de l'audit sur les circuits du linge
- 7 - Fiche signalétique de la blanchisserie du CHL
- 8 - Fiche projet
- 9 - Évaluation des niveaux de risques liés à l'utilisation du linge
- 10 - Sommaire du diagramme de flux
- 11 - Extrait du diagramme de flux : l'exemple de la prise en charge des blouses
- 12 - Identification des zones à risques et définition des points critiques de maîtrise
- 13 - Liste des procédures écrites applicables à la fonction linge
- 14 – Exemple de procédure : la collecte du linge sale
- 15 - Charte des référents linge
- 16 – Projet de contrat interne entre la blanchisserie et le service d'hématologie
- 17 - Note d'information interne relative à la régulation des relations entre la blanchisserie et les services utilisateurs
- 18 - Conséquences d'une prise en compte insuffisante des différentes dimensions de la démarche qualité selon SM SHORTELL

## ANNEXE 3

### Les trois axes prioritaires du plan d'Amélioration de la Qualité du Centre Hospitalier de Lens

(extrait du compte-rendu du Comité Qualité du 13/02/2003)



## ANNEXE 4

### LETTRE DE MISSION

**Projet** : Optimiser la fonction linge au CHL

**Parrain** : Mme COQUI SART

**Pilote** : Hélène AVI SSE

**Enjeux** :

- Maîtriser les risques lors du traitement du linge en blanchisserie
- Contrôler le circuit du linge
- Inscrire les relations blanchisserie/services de soins dans une approche client

**Périmètre** :

Le circuit du linge dans son ensemble

- procédures de traitement du linge, internes à la blanchisserie
- procédures transversales (prise en charge du linge propre et du linge sale dans l'interface blanchisserie/unité de soins)

**Résultats attendus** :

- Quantité : baisse des non conformités, respect des dotations définies avec les services utilisateurs, réduction des disparitions
- Qualité : respect des règles d'hygiène, réduction du nombre d'anomalies
- Délai : achèvement du projet prévu fin 2003

**Ressources** :

**Humaines** : pilote, personnel de la blanchisserie et de la lingerie, membres du service d'hygiène, soignants (cadres et AS hôtelières), un représentant de la DQPR + demandes ponctuelles (DTE, Médecine préventive, DRH, responsable de la collecte des déchets...)

**Techniques** : équipements de la blanchisserie

**Budget** : temps investi dans la conduite du projet, actions de communication

**Projets complémentaires** : impact à long terme de la mise en place de la plate-forme logistique et des restructurations de services prévues par le plan directeur

**Contraintes ou limites** : réglementation, configuration des locaux, effectifs

## ANNEXE 6

### GRILLE D'AUDIT : LE LINGE SALE

#### I – TRI

	NON	COMMENTAIRE	OUI
1-La <b>classification</b> des différents types de linge sale est connue des personnels présents			
2-Le <b>tri</b> est conforme à la procédure*			
3-Le chariot de linge reste à la porte de la chambre			
4-Le <b>contenant</b> est conforme :			
5-Approvisionnement correct			
En chariot à linge			
En sacs de couleur jaune			
En sacs de couleur bleue			
En sacs de couleur rouge			
En sacs de couleur marron			
En sacs rayés rouge			
En sacs rayés vert			
En sacs de couleur verte			
En sacs de couleur rose fushia			
6-Respect du remplissage pour tous Si non, pour lesquels ?			
7-Fermeture correctement réalisée pour tous Si non, pour lesquels			

Commentaire :

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## GRILLE D'AUDIT : LE LINGE SALE

### II – LINGE D'UN PATIENT INFECTE

	NON	COMMENTAIRE	OUI
8-Un responsable de la gestion du linge dit « contaminé » est désigné			
9-Utilisation de sacs <b>hydrosolubles</b> :			
➤ Approvisionnement correct			
En sacs de couleur jaune			
En sacs de couleur bleue			
En sacs de couleur rouge			
10-Linge emballé dans la chambre			
11-Sac mis dans un sac de linge tissu dès la sortie de la chambre*			

Commentaire :

---



---



---

### III – PRISE EN CHARGE DU LINGE SALE DANS LE SERVICE

	NON	COMMENTAIRE	OUI
12-Un responsable est identifié dans le service			
13-Un acteur de la fermeture des sacs est désigné			
14-Un acteur de leur transfert dans le service est désigné			
15-Un lieu de stockage est prévu dans le service Si non, quelle solution ?			
16-Horaires de transfert vers ce stockage			
17-Il existe un local adapté*			
➤ spécifique au linge sale			
Si non, autres utilisations			
➤ De taille suffisante			
➤ Local équipé*			
Comment ?			
18-Sacs posés par terre			
19-Si local pour déchets et linge sale : Linge sale séparé des déchets			
20-Horaires d'évacuation du linge sale hors de ce local			



## GRILLE D'AUDIT : LE LINGE PROPRE

### I – RECEPTION DU LINGE PROPRE

	NON	COMMENTAIRE	OUI
1-Horaires de livraison			
2-Responsable de réception de la livraison identifié Si oui noter sa fonction			
3-Fourniture conforme aux besoins*			
4-Armoire de stockage en dotation suffisante pour ne pas déconditionner			
➤ Si non nombre d'armoires qu'il faudrait			
➤ à quelle rythme			

Commentaire :

---

---

---

---

---

---

### II – STOCKAGE DANS LE SERVICE

	NON	COMMENTAIRE	OUI
5-Linge déconditionné dans le service Si oui lieu de stockage			
6-Linge sur le chariot de l'A.S.D. en quantité suffisante mais pas excessive* Si non pourquoi ?			
7-Emplacement de l'armoire dans le service Distance par rapport au local déchets			
8-Portes de l'armoire fermées en permanence			

Commentaire :

---

---

---

---

---

---

## GRILLE D'AUDIT : LA TENUE VESTIMENTAIRE

### I – RECEPTION DES TENUES

	NON	COMMENTAIRE	OUI
1-Livraison dans l'armoire « linge propre »			
2-Horaires de livraison			
3-Responsable de réception de la livraison identifié Si oui noter sa fonction			
4-Dotation suffisante			
5-Nombre de tenues par médecin du service Minimum Maximum			
6-Nombre de tenues par I.D.E. du service Minimum Maximum			
7-Nombre de tenues par A.S.D. du service Minimum Maximum			
8-Nombre de tenues par A.S.H.. du service Minimum Maximum			
9-Nombre de tenues par I.D.E. du service Minimum Maximum			
10-Nombre de tenues par C.E.S. du service Minimum Maximum			
11-autres personnes du service(préciser lesquelles) Nombre de tenues Minimum Maximum			

### II – STOCKAGE DANS LE SERVICE

	NON	COMMENTAIRE	OUI
11-Tenues propres stockées à l'intérieur des vestiaires du personnel			

Commentaire :

---



---



---



---

## ANNEXE 7 - Fiche signalétique de la blanchisserie

**Etablissement :** Centre Hospitalier Dr Schaffner

**Adresse :** 99, route de la Bassée – SP 8 – 62 307 LENS

**Direction fonctionnelle de rattachement :** Direction Hôtelière et Logistique

**Responsable de la blanchisserie :** M.Philippe LERICHE, Adjoint-Technique

**Tonnage annuel (référence année 2002):**

- 567 364 Kg de linge traités par la blanchisserie du CHL
- 755 507 Kg de draps et alèses traités par la blanchisserie inter-hospitalière de Corbie
- 34 932 Kg de champs opératoires traités par la société Elis

**Effectif théorique de la blanchisserie (information DRH avril 2003):** 20 ETP

Blanchisserie

- Adjoint-Technique : 1
- Contremaître : 1
- Maître-Ouvriers : 2
- Ouvriers Professionnels : 12

Lingerie

- Ouvriers Professionnels : 4

**Effectif réel (mai 2003) : 18,8 ETP**

	E N C A D R E M E N T	T R A N S P O R T	L I N G E S A L E	T R A I T E M E N T	F I N I T I O N	L I N G E R I E	T O T A L
Adjoint-Technique	0,5			0,5			1
Contremaître	1						1
Maître -Ouvrier			1		1		2
OPQ		2	3		6,8	2,5	14,3
OPS							
CES			0,5				0,5
<b>Total</b>	1,5	2	4,5	0,5	7,8	2,5	18,8

## Matériels installés à la blanchisserie

### Stockage du linge sale

1 système de stockage gravitaire « Futurail »

- année : 1994
- capacité : 2000 Kg
- utilisé pour le stockage non trié

1 système de stockage gravitaire « Futurail »

- année : 1994
- capacité : 600 Kg
- utilisé pour triage/stockage

### Lavage

1 laveuse essoreuse de marque « Danube »

- année : 1992
- capacité : 40 Kg
- produits lessiviels utilisés : Ecolab

2 laveuses essoreuses aseptiques de marque « Milnor-Tilting »

- année : 1992
- capacité : 115 Kg
- système : alimentation en linge par gravité à travers le plafond
- produits lessiviels utilisés : Ecolab

1 automate de produits lessiviels « Ecolab »

- année : 2003
- spécificités : injection automatique par pompes péristatiques

### Séchage

1 séchoir de marque « Passat »

- modèle 352 D
- année : 1994
- capacité : 50 Kg

1 séchoir de marque « Passat »

- modèle 253.20 D
- année : 1994
- capacité : 84 Kg

### Repassage

Tunnel de finition « Kannegiesser »

- utilisé pour le linge en forme
- modèle : MMT2
- année : 1994

### Automate de pliage « Jenfold Butterfly »

- modèle : Butterfly 900 pièces/heure
- année : 1994

### Train de repassage

- utilisé pour le petit plat
- modèle : Duo 800 De Souza, plieuse à herse Lemaire
- année : 1975

### **Distribution**

#### Armoires

- nombre : 120
- modèles : Zargal ; Leroy

### **Production de vapeur**

- système C.G.C.
- capacité : 10 bar

### **Air comprimé**

#### 1 compresseur à vis « Atlas Copco »

- capacité 60 ch à 8 bar



## **Fiche projet Action d'amélioration de la qualité**

### **1 – Titre du projet :**

Optimisation de la fonction linge au CHL

### **2 – Références**

- Manuel d'accréditation ANAES : GFL 4, SPI 9 a et b
- Norme NF EN 14065 « Textiles traités en blanchisserie »
- prEN ISO 14698-1 présentant le système de l'analyse du risque et de la maîtrise de la biocontamination (RABC : *Risk Analysis Biocontamination Control*)
- Plan d'Amélioration de la Qualité du CHL, point n°55

### **3 – Problématique de départ**

L'établissement dispose d'une blanchisserie qui traite l'ensemble du linge utilisé (y compris le linge des résidents), à l'exception des draps, des alèses et des champs opératoires.

Lors de la visite d'accréditation, les experts-visiteurs ont relevé qu'une étude préliminaire à la mise sous assurance qualité de la blanchisserie avait été réalisée en 2000 mais que celle-ci n'avait donné lieu à aucune mise en oeuvre concrète. Plusieurs éléments ont été soulevés par les experts-visiteurs :

- le pré-tri du linge dans les unités de soins n'est pas évalué
- les besoins en linge de chaque service n'ont pas fait l'objet d'évaluation précise
- il n'existe pas de procédure de nettoyage des chariots destinés au transport du linge
- les locaux de la blanchisserie, le matériel, les chariots et le linge ne sont soumis à aucun contrôle bactériologique.

Ce constat révèle la nécessité d'un travail en commun entre la blanchisserie, les services de soins et le service d'hygiène afin de relancer la démarche entreprise en 2000.

### **4 – Objectifs à atteindre**

- Au niveau local, mettre en place le système RABC à la blanchisserie et organiser les modalités de son suivi, en vue de réduire le nombre de non conformités
- Identifier les points critiques lors des différentes phases du traitement du linge
- Evaluer, actualiser et compléter les protocoles existants applicables au traitement du linge
- Planifier les tâches de nettoyage des locaux et du matériel
- Déterminer une procédure d'évaluation du système (définir des indicateurs et leurs modalités d'utilisation)

- Sur un plan transversal, inscrire les relations entre la blanchisserie et les services de soins dans une « approche client »
- Analyser et, le cas échéant, corriger la prise en charge du linge sale (tri, préparation de la collecte, manipulation du linge infecté) et du linge propre (réception, stockage) dans les unités de soins
- Evaluer les besoins et définir des dotations en linge pour chaque unité de soins
- Valider une réponse en cas de besoin urgent imprévu en linge (procédure d'approvisionnement en urgence ou mise en place de stocks tampons)
- Formaliser les engagements réciproques de la blanchisserie et des services de soins dans le cadre de contrats internes

## 5 – Equipe de réalisation

**Directeur du projet :** Mme COQUISART, Directrice adjointe, Direction Hôtelière et Logistique

**Pilote du projet :** Hélène AVISSE, Elève Directeur

**Revue de direction :** Directeur Hôtelier et Logistique, Responsable Qualité, cadre du Service d'Hygiène, responsable de la blanchisserie et pilote du projet

### **Sous-groupe 1 (groupe RABC) : « Analyse des risques et contrôle des points critiques lors de la prise en charge du linge par les agents de la blanchisserie »**

- Objectif général : comprendre et mettre en oeuvre un système d'analyse et de maîtrise des points critiques s'appuyant sur la méthode RABC
- Coordination du groupe : Hélène AVISSE
- Composition : M.LERICHE, Adjoint-technique responsable de la blanchisserie  
M.CAUDRON, contremaître  
L'ensemble des agents de la blanchisserie volontaires  
Expertise ponctuelle :
  - Représentants du Service d'Hygiène
  - Représentants de la Délégation Qualité et Prévention des Risques
  - Représentants de la Direction des Travaux et des Equipements

### **Sous-groupe 2 : « Optimiser les relations entre la blanchisserie et les services de soins »**

- Objectif général : établir des relations entre la blanchisserie et les services de soins basées sur l'approche client
- Coordination du groupe : Hélène AVISSE
- Composition : M.LERICHE, assisté des agents de la blanchisserie chargés de la collecte et de la distribution du linge, en fonction de l'ordre du jour des réunions  
Mme DENIS, Cadre supérieur du pôle gériatrie  
Mme LEROY, Cadre de santé, cardiologie  
Mme PLANQUETTE, Cadre de santé, hématologie  
Mme SEGERS, Cadre de santé, néonatalogie  
M.RAMILLON, Cadre de santé, psychiatrie adultes  
Mme DAHES, Aide-soignante, Maternité  
Mme DEVAUX, Aide-soignante, cardiologie  
Mme GALUZZO, Aide-soignante, cardiologie  
Mme NIEUPORT, Aide-soignante, Maternité  
Mme RAMET, Auxiliaire de puériculture, néonatalogie

## 6 – Estimation préalable du coût

- temps investi dans la conduite du projet (réunion, audit de la gestion du linge dans les unités de soins)
- coûts possibles : actions de communication, de formation interne, de maintenance des équipements, d'aménagements des locaux

## 7 – Calendrier de mise en oeuvre

QUOI	QUAND											
	04	05	06	07	08	09	10	11	12	2004		
Définition de la méthodologie et élaboration de la fiche projet	X											
<b>Sous-groupe 1</b>												
Présentation du projet et sensibilisation de l'équipe de la blanchisserie à la méthode RABC	X											
Autoévaluation de la blanchisserie		X										
Elaboration de la fiche signalétique de la blanchisserie		X										
Réalisation du diagramme de flux			X									
Définition des zones à risques et des points critiques de maîtrise + proposition d'actions correctives				X								
Hiérarchisation des actions correctives et définition d'un calendrier de mise en oeuvre						X						
Actualisation et validation des procédures, modes opératoires et fiches techniques existantes						X	X					
Compléter la liste des procédures, modes opératoires et fiches techniques								X	X			
Structurer les modalités de surveillance du système RABC								X				
<b>Sous-groupe 2</b>												
Présentation du projet aux services utilisateurs		X										
Constitution du groupe pluridisciplinaire		X										
Définition des dotations en linge des services		X	X									
Validation des dotations				X	X							
Test du système de dotations automatiques						X	X					
Audit des circuits linge propre et linge sale			X									
Analyse des résultats de l'audit				X	X							
Proposition d'actions correctives et communication						x	x					
Rédaction de la charte des référents linge						X						
Définition du programme de formation des référents linge							X					
Désignation des référents linge								X				
Formation des référents linge									X			
Elaboration de la trame du contrat liant les services utilisateurs et la blanchisserie							X					
Signature des contrats clients-fournisseur								X				
Fiches formation linge destinées aux nouveaux agents								X				

## 8 - Moyens permettant la pérennité de l'action

- Identifier une **équipe RABC pérenne**, constituée selon les recommandations de la norme NF EN 14065 et chargée de la gestion du système RABC à l'issue de sa mise en place
- Prévoir les modalités d'**actualisation des procédures** internes à la blanchisserie
- Etablir des **contrats internes** entre la blanchisserie et les services de soins
- Définir le mode de **gestion du système documentaire** (enregistrement des résultats des tests, transmission des indicateurs...)
- Elaborer une **fiche « formation linge »** destinée aux nouveaux agents
- Identifier des **correspondants linge** (formés) dans les unités

## 9 – Validation de la fiche

Première validation : DHL / DQPR, avril 2003

Nouvelle validation, suite à l'audit sur les circuits du linge : DHL / DQPR, septembre 2003

## **ANNEXE 9 : Niveau de danger lié à l'utilisation du linge**

### **Les risques considérés**

➤ Les risques microbiologiques

Risque de contamination du linge par microbes pathogènes lors de soins directs, de gestes invasifs, de manutention ou de transport de patients isolés ou non isolés ou à l'occasion de l'élimination des déchets. Risques de contamination du linge propre à la blanchisserie, lors du transport ou de la manipulation dans les services utilisateurs.

➤ Les risques chimiques

Risques issus de l'entrée en contact du linge avec des polluants de natures diverses (médicaments, antiseptiques, désinfectants, détergents, produits d'entretien).

➤ Les risques physiques

Risques de blessure liés à la présence de corps étrangers dans le linge.

### **Niveaux d'exposition des patients aux risques infectieux**

Risque très élevé	<ul style="list-style-type: none"><li>- Blocs opératoires : bloc central, bloc obstétrique, bloc gynéco, bloc UCCA</li><li>- Réanimation polyvalente</li><li>- Réanimation cardiaque</li><li>- Réanimation et médecine néonatales</li><li>- USIC</li><li>- Angiographie</li><li>- Hématologie</li><li>- Patients en isolement</li></ul>
Risque élevé	<ul style="list-style-type: none"><li>- SAU / Unité de portes</li><li>- Cardiologie</li><li>- Chirurgie (générale, digestive, traumatologique, orthopédique, spécialités, cardiaque, infantile)</li><li>- Gastro-entérologie</li><li>- Médecine (médecine interne, médecine polyvalente, neurologie)</li><li>- Pneumologie</li><li>- Gynéco-obstétrique</li><li>- Pédiatrie</li><li>- U.G.C.</li></ul>
	<ul style="list-style-type: none"><li>- Gériatrie : moyen et long séjour</li></ul>

Risque modéré	<ul style="list-style-type: none"><li>- Psychiatrie : hospitalisation Lens 1 et Lens 2</li><li>- Service d'addictologie</li></ul>
Risque faible ou négligeable	<ul style="list-style-type: none"><li>- Consultations</li><li>- Hôpitaux de jour psychiatriques, CMP, CMPP, CATT</li></ul>

## **ANNEXE 10 : Diagramme de flux**

*Description de toutes les actions affectant chaque article textile depuis sa prise en charge par la blanchisserie jusqu'à sa livraison au service utilisateur.*

### **Articles concernés :**

- Les alèses
- Les articles en coton
- Les barrières vertes
- Les bavoirs
- Les bleus de travail
- Les blouses
- Les brassières
- Les casaques
- Les champs opératoires
- Les chemises de nuit
- Les chemises ouvertes
- Les « couleurs »
- Les couvertures
- Les couvre-lits
- Les disques abrasifs
- Les doubles-rideaux
- Les draps
- Les draps de bain
- Les draps de berceau
- Les franges
- Les gants de toilette
- Les lainages
- Les langes
- Le linge délicat
- Les nappes
- Les pantalons
- Les pantalons de cuisine
- Les pantalons de résidents
- Les pyjamas
- Les robes
- Les sarraux
- Les serviettes « nid d'abeille »
- Les serviettes de table
- Les taies d'oreiller
- Les torchons
- Les tuniques
- Les vestes de cuisine
- Les voilages

## **ANNEXE 11 : Les blouses**

### **Collecte**

**Qui** : La collecte des blouses sales est effectuée par les agents de la blanchisserie.

**Où** : Les sacs rayés rouge et blanc contenant les blouses sales sont collectés au niveau des locaux ou emplacements réservés au stockage du linge sale, situés dans les sous-sols du Centre Hospitalier.

**Quand** : La collecte se fait trois fois par jour en semaine (7h, 11h et 13h) et une fois le dimanche matin pour la plupart des services. La collecte des blouses du Square a lieu deux fois par semaine, le lundi et le jeudi matin.

**Comment** : L'agent de la blanchisserie utilise un tracteur pour se rendre aux différents lieux de stockage du linge sale afin d'y récupérer les chariots contenant les sacs de blouses sales et d'y déposer des chariots vides. Pour les services situés à l'extérieur du site principal du CHL, la collecte se fait au moyen d'une camionnette. Si le lieu de stockage n'est pas accessible avec le tracteur, l'agent s'y rend à pieds avec le chariot. Les chariots sont acheminés vers la blanchisserie.

### **Tri**

**Qui** : Le tri des blouses sales est opéré par les agents de la blanchisserie.

**Où** : Le tri est effectué dans le secteur sale de la blanchisserie.

**Quand** : Le tri a lieu à l'arrivée des sacs de linge sale en blanchisserie.

**Comment** : Les sacs rayés rouge et blanc contenant les blouses sont regroupés et font l'objet d'un stockage aérien par accrochage sur des rails en hauteur. Les sacs sont ensuite ouverts et vidés dans un chariot de tri du linge. L'ensemble des blouses est alors rassemblé dans un même bac à linge. Ce bac à linge est avancé au niveau du chargement de la laveuse essoreuse Milnor 115 Kg. Les blouses sont placées dans des nacelles, installées sur un rail permettant un nouveau stockage aérien.

### **Lavage / séchage**

**Qui** : Les agents de la blanchisserie encadrent le lavage des blouses.

**Où** : Le lavage s'effectue dans le secteur propre de la blanchisserie.

**Quand** : Le lavage des blouses commence à l'issue du tri.

**Comment** : Les blouses sont lavées dans la laveuse essoreuse Milnor 115 Kg. Cette laveuse est alimentée en linge par gravité à travers le plafond. Chaque cycle de lavage correspond à un poids de 70 Kg de blouses, soit le contenu de 3 nacelles de 20 Kg chacune et d'une nacelle de 10 Kg. Le lavage des blouses répond au programme n°15. Quand le cycle de lavage est terminé, les blouses sortent automatiquement de la laveuse et tombent sur un tapis roulant qui les conduit directement dans le séchoir. Le séchoir utilisé pour les blouses est le Passat 253.20D. Le cycle de séchage des blouses est de 10 minutes à 130°, avec refroidissement.

## Finition

**Qui/où :** La finition des blouses est assurée par les agents affectés au secteur propre de la blanchisserie.

**Quand :** La finition intervient à la sortie des blouses du séchoir.

**Comment :** Les blouses sont dirigées avec le reste du linge en forme vers le tunnel de finition. Les blouses sont rassemblées, triées en fonction de la couleur et du service et retournées sur l'endroit le cas échéant. Elles sont ensuite placées sur un cintre, l'inscription « CHL » face au poste d'engagement. Elles passent alors dans le tunnel de finition programmé pour un cycle de 600 à 700 pièces à l'heure, à 140°C et 2,5 bars. Les blouses sont pliées mécaniquement par l'automate de pliage réglé sur le programme 11, pour une largeur de pliage de 24. Les blouses sont ramassées en bout de chaîne par piles de 5 et placées dans un chariot pour être transportées jusqu'au secteur de distribution. Les blouses nominatives sont rangées dans les armoires de chaque service. Les blouses non nominatives sont regroupées par couleur et apportées à la lingerie.

## Distribution

**Qui :** Les blouses propres sont distribuées par les agents de la blanchisserie.

**Où :** Les blouses propres sont transportées vers les locaux ou emplacements réservés au dépôt du linge propre.

**Quand :** La distribution a lieu après le remplissage des armoires en fonction de la dotation en blouses correspondant aux besoins des services. La distribution est quotidienne pour la plupart des services.

**Comment :** Les agents de la blanchisserie utilisent un tracteur pour acheminer les armoires contenant les blouses et le reste du linge propre jusqu'aux différents lieux de dépôt. Les blouses destinées aux services extérieurs sont d'abord placées dans un sac plastique et transportées dans une camionnette.

## ANNEXE 12 : Evacuation du linge sale vers la blanchisserie

Risques	Mesures existantes	préventives	Points critiques de maîtrise	Niveaux cibles et limites de tolérance	Actions correctives à mettre en oeuvre	Vérification Evaluation Enregistrement
Contamination des patients, du personnel et de l'environnement lors de la manipulation et du conditionnement du linge sale dans les services utilisateurs	Voir audit circuits du Service d'Hygiène	Idem	Idem		Idem	
Contamination du personnel et de l'environnement des services de soins pendant le trajet entre le service et le local de dépôt en sous-sol → risque faible	-Sacs linge sale fermés -Chariots de support des sacs (les sacs ne sont pas traînés pas par terre) -Locaux spécifiques réservés au stockage du linge sale					
Développement de micro-organismes lors du stockage du linge sale → risque élevé	-Ramassage 6 jrs/semaine et 3 fois par jour du lundi au vendredi (limitation de la durée de stockage) -Nettoyage des locaux de stockage une fois par semaine par l'équipe de collecte des déchets	-Organisation du ramassage pendant les congés ou week-end prolongés -Données inexistantes sur l'accessibilité, la configuration, la température et les systèmes de ventilation des locaux de stockage	-Absence de système de protection entre le contenu des chariots et l'environnement -Nettoyage et désinfection des chariots irréguliers -Pas de système de traçabilité de la maintenance des équipements de transport	-24h de stockage dans le service ; 2 jours de stockage dans les locaux en sous-sol (soit 72 heures maximum entre la fermeture du sac et le traitement du linge)	-Ecrire un planning de ramassage concerté entre l'équipe de collecte des déchets et la blanchisserie -Réaliser un état des lieux des locaux de stockage (vérifier dimensions, températures, système de ventilation, nature des surfaces...) -Etablir une procédure de nettoyage et désinfection des locaux de stockage du linge sale	-Réaliser régulièrement des prélèvements dans ces locaux
Contamination du personnel et de l'environnement lors du transport du linge sale en sous-sol, vers la blanchisserie → risque élevé	-Chariots réservés uniquement au transport des sacs de linge sale					
Contamination du circuit d'approvisionnement en linge propre par le transport du linge sale → risque élevé	-Les agents assurant la collecte du linge sale ne sont pas ceux qui distribuent le linge propre	-Règles théoriques de succession chronologique circuit propre /circuit sale non respectées → croisement des circuits dans les sous-sols -Le protocole de collecte du linge sale n'est pas validé	-Nettoyage quotidien des chariots	-Eviter le contact entre les sacs de linge sale et l'environnement en remplaçant les chariots ouverts par des containers fermés ou protéger les chariots par des housses -Formuler une procédure de maintenance, de nettoyage et de désinfection des contenants utilisés pour le transport du linge sale	-Utilisation de containers fermés ou emballage étanche du linge propre et du linge sale -Actualiser et valider le protocole de collecte du linge sale	-Document de suivi de la maintenance et du nettoyage des équipements de transport

## Réception et tri du linge sale en blanchisserie

Risques	Mesures préventives existantes	Points critiques de maîtrise	Valeurs et tolérance	Actions correctives à mettre en oeuvre	Vérification Evaluation Enregistrement
Contamination du linge propre présent en blanchisserie par les sacs de linge sale → risque élevé	-Distinction des secteurs propre et sale de la blanchisserie -Identification d'agents affectés exclusivement au secteur sale -Les agents du secteur sale portent une tenue de travail différente de celle des agents du secteur propre -Le matériel utilisé pour la réception et le stockage du linge sale en blanchisserie est réservé à cette fonction -Système de stockage aérien des sacs	-Croisement du linge sale acheminé par les sous-sois avec le linge propre au niveau du quai de déchargement du linge propre -Passage des agents du secteur sale dans le secteur propre, notamment pour aller dans les « locaux sociaux » -Passage des visiteurs se rendant dans la zone propre par l'entrée côté secteur sale	-Remplissage des sacs de linge sale aux 2/3 de leur volume	-Lavage des mains systématique, changement de tenue et de chaussures pour passer du secteur sale au secteur propre (ou déplacement des vestiaires et de la salle de détente) -Doit l'entrée de la blanchisserie côté secteur sale de protections à usage unique (coiffes, surchaussures)	-Relevés de températures
Prolifération des micro-organismes contenus dans le linge sale due aux conditions de stockage du linge sale en blanchisserie → risque modéré	-Organisation interne, articulée avec les prestataires extérieurs, qui permet un stockage des sacs de linge sale de courte durée -Secteur sale doté d'un système d'aération (extracteur à l'entrée + ventilation soufflante à l'opposé)	-Pas de mesure de la température en secteur sale	-Locaux tempérés : 16°C en stock de linge sale, 19°C en tri du linge sale -Taux de renouvellement d'air (soufflage/extraction) : 4/5 V/h en stock sale ; 20 V/h en poste de tri du linge sale	-Contrôle du système de ventilation	
Contamination du personnel manipulant les sacs de linge sale et dans l'atelier de tri du linge sale	-Sensibilisation des agents aux risques liés à la manipulation du linge sale (contamination, objets)	-Mesures de protection des agents du secteur sale insuffisantes		-Port de gants épais, d'une coiffe et d'un masque lors du tri du linge sale, surtout pour le linge contaminé	(Fin 2003, sortie prévue d'un guide sur la gestion des risques professionnels liés au travail en blanchisserie –

→ risque élevé	tranchants...)			<p>-Changement de tenue quotidien</p> <p>-Formation régulière des agents à l'hygiène</p> <p>-Affichage dans les locaux de la conduite à tenir en cas d'accident</p>	<p>URBH)</p> <p><i>Envisager le tri automatique avec un système de traçabilité par codes-barres dans le cadre de la plateforme logistique</i></p>
<p>Dissémination des micro-organismes contenus dans le linge sale vers le secteur propre de la blanchisserie</p> <p>→ risque élevé</p>	<p>-Atelier de tri du linge sale séparé par une cloison du secteur propre (plus de passage direct)</p> <p>-Agents formés au bionettoyage par l'UOHH</p>	<p>-Air utilisé pour le séchage prélevé dans le secteur sale</p> <p>-Nettoyage et désinfection des locaux et du matériel pour le tri quasi inexistant</p> <p>-Absence de contrôle de la circulation des personnes du secteur sale vers le secteur propre</p> <p>-Le protocole de tri du linge sale n'est pas valide</p>		<p>-Planifier le nettoyage des locaux et du matériel</p> <p>-Préciser les règles de circulation au sein de la blanchisserie et mettre des dispositifs de protection à disposition des visiteurs (<i>cf. supra</i>)</p> <p>-Actualiser et valider le protocole de tri du linge sale</p>	<p>-Réalisation de prélèvements microbiologiques dans le secteur sale et enregistrement des résultats</p>

## Le lavage

Risques	Mesures de prévention existantes	Points critiques de maîtrise	Niveaux cibles et limites de tolérance	Actions corrections à mettre en oeuvre	Vérification Evaluation Enregistrement
<p>Contamination du linge propre sortant des machines par le linge sale en attente de lavage</p> <p>→ risque modéré</p>	<p>-Chargement automatique, par le dessus, des laveuses 115 Kg ; de même, déchargement automatique et acheminement automatiques vers le séchoir</p>	<p>-Chargement et déchargement manuels de la laveuse aseptique 40 Kg</p>	<p>-Le protocole de traitement du linge n'est pas validé</p>	<p>-Rendre le protocole de lavage des mains plus accessible</p>	
<p>Dérive des paramètres de lavage ne permettant de garantir l'efficacité du nettoyage et de la décontamination</p> <p>→ risque modéré</p>	<p>-Des programmes de lavage adaptés à chaque catégorie de linge sont établis ; les quantités de linge traitées à chaque cycle sont pesées</p> <p>-Programme adapté au linge contaminé (programme de désinfection thermique)</p> <p>-Enregistrement de tous les cycles de lavages</p> <p>-Existence d'un système de vérification des températures de lavage indiquées par les machines</p> <p>-Contrôle visuel vérifiant la conformité du linge lavé</p> <p>-Les doses de produits utilisés à chaque étape du cycle de lavage sont régulièrement contrôlées</p>	<p>-La blanchisserie ne procède plus au contrôle des résidus de produits lessiviels sur le</p>	<p>-Résultats des prélèvements réalisés sur gélose par contact, après incubation 72 heures à 30°C, inférieurs à 12 colonies/ 25 cm<sup>2</sup></p> <p>-pH entre 7 et 8 ; contrôle hebdomadaire</p> <p>-TH inférieur à 10 ; contrôle</p>	<p>-Actualiser et valider le protocole de traitement du linge</p>	<p>-Enregistrement des résultats des contrôles</p>
	<p>-Contrôle du pH et du TH de l'eau de rinçage tous les 2 mois par le technicien de la</p>			<p>-Programmer régulièrement des contrôles de pH du linge</p> <p>-Mettre en place un système</p>	

	société Ecolab -Existence d'un contrat de maintenance des équipements avec la société Polymark (4 x 2 jours / an) -Nettoyage des canalisations géré par la CGC	linge propre, en dépit du matériel mis à sa disposition	hebdomadaire -Qualité de l'eau avant utilisation : moins de 500 microorganismes aérobies mésophiles totaux par millilitre	documentaire permettant la traçabilité des résultats des contrôles et prévoyant la conduite à tenir en cas d'écart	
Contamination du linge propre par les équipements et l'environnement → risque élevé		-Entretien des équipements et des locaux insuffisant -Les LE 115 Kg sont équipés d'une seule porte utilisée pour le chargement et le déchargement	-Nettoyage quotidien	-Programmer le nettoyage régulier des locaux et des équipements -Prévoir la désinfection de certains éléments (éléments de transfert du linge propre vers les sècheirs, filtres...)	-Contrôles visuels et par enregistrements : enregistrement des résultats
Inadaptation des programmes de lavage au linge traité → risque modéré	-Les agents sont formés à la conduite des équipements de lavage, aux techniques physiques et chimiques utilisées et à leur compatibilité avec les différents textiles -Les programmes de lavage ont été définis ; ils précisent les étapes, la température et la durée du cycle	-Les fiches techniques de présentation des programmes ne sont pas tenues à jour -Les fiches techniques n'indiquent pas la nature et la dose des produits lessiviels utilisés -Ces fiches techniques ne sont pas disponibles dans les zones de productions	-Taux de relavage (à évaluer)	-Actualiser les fiches techniques relatives aux programmes -Compléter les fiches techniques par un diagramme de flux et des fiches techniques par article -Mettre l'ensemble des procédures, modes opératoires et fiches techniques à disposition immédiate des agents	-Rédaction du diagramme de flux et actualisation des fiches techniques en cours Prévoir les modalités de remise à jour

## Séchage – Finition

<b>Risques</b>	<b>Mesures de prévention existantes</b>	<b>Points critiques de maîtrise</b>	<b>Valeurs et tolérance</b>	<b>Actions correctives à mettre en oeuvre</b>	<b>Vérification Evaluation Enregistrement</b>
<p>Prolifération microbienne dans le linge humide entre le lavage et le séchage → risque élevé</p>	<p>-La durée d'attente du linge propre humide entre la sortie du lavage et le séchage est limitée (les capacités de finition correspondent aux capacités de lavage)</p>	<p>-Pas d'évaluation précise de la durée du transfert du lavage vers le séchage -L'organisation du travail conduit à stopper toutes les machines en même temps en fin de production : le linge du dernier cycle de lavage est stocké, humide, pendant plus de 12 heures en semaine et 72 heures le week-end</p>	<p>-Température d'utilisation des sècheuses-repassseuses de l'ordre de 175°C</p>	<p>-Mesurer la durée séparant la sortie du lavage du début du séchage ou de la finition -Revoir l'organisation du travail pour permettre le séchage de tous les articles humides avant la fermeture de la blanchisserie ; prévoir une étude de charge à réaliser en collaboration avec l'ergonome et la médecine du travail -Plan de maintenance des équipements prévoyant la vérification des appareils indicateurs de la température</p>	<p>-Enregistrement des charges d'articles relavés</p>
<p>-Les cycles de séchage précisant la durée et la température adaptées aux articles sont référencés</p>	<p>-Pas de système de vérification de la température des appareils de séchage et de finition (le système d'étiquettes colorées n'est plus utilisé) -Pas de procédure indiquant la conduite à tenir en cas de dérive des paramètres des équipements de finition</p>	<p>-Préciser les limites acceptables de variation des paramètres de finition (notamment la température)</p>	<p>-Etablir une procédure de réponse aux dérives des paramètres des équipements de finition</p>	<p>-Documents de suivi de la maintenance des équipements</p>	

	-Contrôle visuel de l'efficacité du lavage	-Pas de procédure de prise en charge du linge non conforme en fin de lavage		-Rédiger une procédure d'identification, de mise à l'écart et d'évacuation pour retraitement des articles non conformes en fin de lavage	-Enregistrement des non-conformités
Contamination du linge propre due aux conditions de finition → risque élevé	-La finition se déroule des locaux séparés de l'atelier de tri du linge sale -Les principes de la marche en avant sont respectés -Les agents chargés de la finition sont affectés exclusivement au secteur propre	-Le protocole de finition du linge n'est pas valide  -Les surfaces et le matériel entrant en contact avec le linge propre ne sont pas régulièrement nettoyés et désinfectés		-Actualiser et valider le protocole de finition du linge, ainsi que les fiches techniques et les modes opératoires liés  -Adopter un plan de nettoyage et de désinfection des surfaces, des locaux et des équipements -Renforcement des mesures de prévention des contaminations manu portées (port d'une coiffe, accès au protocole de lavage des mains) -Centraliser le stockage de l'usage unique en dehors des zones de production -Equiper les ouvertures sur	-Enregistrement des résultats des prélèvements microbiologiques réalisés régulièrement dans le secteur propre de la blanchisserie
		-Pas de mesure du taux d'humidité résiduelle		-Mesurer régulièrement le taux d'humidité résiduelle et établir une procédure de révision des paramètres de séchage en cas d'écart	
		-Des articles à usage unique sont stockés à proximité de la zone de finition -L'ouverture des fenêtres			

		<p>permet la pénétration à l'intérieur du secteur propre d'éléments extérieurs (oiseaux, éléments naturels allergènes...)</p>		<p>l'extérieur de systèmes de filtrage</p>	
<p>Contrôle insuffisant des articles propres → risque modéré</p>	<p>-Les articles endommagés sont retirés de la circulation et orientés vers l'atelier de réparation -Les sacs à linge font l'objet d'un contrôle visuel régulier</p>	<p>-Les critères de contrôle et les modalités de réparation des articles abîmés ne sont pas précisément définis  -Des sacs dotés de système d'attaches à pressions ne fermant plus sont encore en circulation  -Pas de suivi des non-conformités du linge traité par les prestataires extérieurs + absence de procédure de signalement</p>	<p>-Taux de non-conformité acceptable à définir avec les prestataires</p>	<p>-Définir les critères de contrôle et de signalement des non-conformités avec les prestataires (articulation avec la démarche qualité en cours au SIH de Corbie)</p>	<p>-Système de traçabilité des non-conformités (en interne et en provenance des prestataires extérieurs)</p>

## Préparation et acheminement du linge propre dans les services utilisateurs

Risques	Mesures de prévention existantes	Points critiques de maîtrise	Niveaux cibles et limite de tolérance	Actions correctives à mettre en oeuvre	Vérification Enregistrement Evaluation
<p>Contamination du linge propre durant le stockage et la préparation des livraisons</p> <p>→ risque modéré</p>	<p>-Les agents chargés de la préparation des livraisons sont spécifiquement affectés à ce secteur et respectent des règles d'hygiène adaptées (lavage des mains, tenue adaptée)</p> <p>-Le secteur distribution est équipé de deux points d'eau</p> <p>-Les livraisons quotidiennes permettent de limiter la durée de stockage du linge propre en blanchisserie</p>	<p>-Les locaux de stockage du linge propre en blanchisserie ne sont pas régulièrement nettoyés et désinfectés</p> <p>-Les chariots et les armoires utilisés pour le transport du linge propre ne sont pas nettoyés et désinfectés régulièrement</p> <p>-Absence de procédure définissant les modalités de préparation des commandes de linge</p>	<p>-Nettoyage quotidien</p>	<p>-Définir un plan de nettoyage et de désinfection des surfaces, des locaux et des équipements (notamment les armoires) utilisés pour le stockage et la livraison du linge propre</p> <p>-Etablir une procédure de préparation des armoires de dotations (organisation du remplissage des armoires notamment lorsque se côtoient différentes catégories de linge)</p> <p>-Préciser les règles de circulation des personnes entre les différentes zones de la blanchisserie</p>	<p>-Résultats des prélèvements microbiologiques dans les locaux et équipements utilisés dans le secteur distribution de la blanchisserie</p>

	<p>-Les dotations en linge sont en cours de définition avec les services utilisateurs</p> <p>-Les modalités d'approvisionnement en cas de besoins urgents ou ponctuels sont en cours d'écriture et vont être diffusées auprès des services utilisateurs</p>	<p>-Pas de procédure de retour en blanchisserie du linge propre non utilisé par les services (conséquence : déconditionnement et stockage de linge propre dans les services)</p>	<p>-Stockage du linge propre limité à 72 heures</p>	<p>-Définir la conduite à tenir au regard du linge non utilisé revenant des services</p> <p>-Inclure les dotations dans un document contractuel liant la blanchisserie et les services utilisateurs</p>	<p>-Signature des contrats internes -Préciser les modalités d'ajustement des dotations</p>
<p>Contamination du linge propre lors du transport vers les services utilisateurs</p> <p>→ risque élevé</p>	<p>-Les armoires de dotation sont fermées</p>	<p>-Armoires de dotation non sécurisées → ouverture fréquente lorsqu'elles sont entreposées en sous-sol (pb d'hygiène, de vol, de confiance des services envers la blanchisserie)</p> <p>-Pas de procédure de nettoyage des locaux ou emplacements de dépôt du linge propre en sous-sol</p> <p>-Le protocole de distribution du linge propre n'a pas été validé</p> <p>-Les circuits propre/sale initialement définis ne sont pas respectés</p> <p>-La camionnette utilisée pour l'approvisionnement des sites extérieurs n'est pas nettoyée</p>	<p>-Nettoyage et désinfection après chaque utilisation</p>	<p>-Sécurisation des 120 armoires à envisager mais coûteuse ; développer le plus possible la livraison « à la porte du service » dans le cadre de la révision des circuits et de la réflexion sur le plan directeur</p> <p>-Etablir une procédure de nettoyage des locaux de stockage des armoires de linge propre en sous-sol qui identifie clairement les responsabilités</p> <p>-Actualiser et valider le protocole de distribution du linge propre</p> <p>-Protéger le linge sale du contact avec l'environnement des sous-sols (containers fermés ou chariots équipés de housses protectrices)</p> <p>-Définir un plan de nettoyage de la camionnette avec l'équipe des Magasins Centraux</p>	<p>-Documents de suivi du nettoyage et enregistrement des prélèvements réalisés</p> <p>-Document de suivi des sorties du stock de linge propre de la blanchisserie</p>
<p>Contamination du linge propre</p>	<p>Voir audit circuits du Service</p>	<p>Idem</p>	<p>Idem</p>	<p>Idem</p>	

lors de la réception ou du stockage dans le service utilisateur	d'Hygiène				
---	-----------	--	--	--	--

### ANNEXE 13 : Fonction linge – liste des procédures

Tri du linge sale dans les services de soins	Procédure Générale	
Classement du linge sale par couleur de sac	Fiche Technique	
Classement du linge sale des résidents de gériatrie	Fiche Technique	
Affectation des vêtements professionnels	Fiche Technique	
Collecte du linge sale	Procédure Spécifique	
Emplacement des locaux de dépôt du linge	Fiche technique	
Tri du linge sale en blanchisserie	Mode opératoire	
Traitement du linge sale	Procédure Spécifique	
Traitement du linge contaminé ?	Procédure Spécifique	
Traitement des articles non conformes après lavage	Procédure Spécifique	
Lavage du linge dans la Danube 40 Kg	Mode opératoire	
Catégories de linge traitées dans la laveuse Danube	Fiche technique	
Lavage du linge dans la Milnor 115 Kg	Mode opératoire	
Catégories de linge traitées dans la laveuse Milnor	Fiche technique	
Séchage du linge dans le séchoir Passat 352 D	Mode opératoire	
Séchage du linge dans le séchoir Passat 253.20 D	Mode opératoire	
Programmes de lavage et séchage grande capacité	Fiche technique	
Programmes de lavage et séchage petite capacité	Fiche technique	
Traitement des articles non conformes à l'issue du lavage	Mode opératoire	
Pliage manuel du linge	Mode opératoire	
Passage du linge dans le train de repassage	Mode opératoire	
Catégories de linge passant dans le train de repassage	Fiche technique	
Passage du linge dans le tunnel de finition	Mode opératoire	
Catégories de linge passant dans le tunnel de finition	Fiche technique	
Programmes du tunnel de finition	Fiche technique	
Programmes de l'automate de pliage	Fiche technique	
Contrôle de conformité du linge et modalités de réparation	Mode opératoire	
Préparation des armoires de dotation	Mode opératoire	
Vérification des paramètres des équipements	Mode opératoire	
Distribution du linge propre dans les services de soins	Procédure Spécifique	
Distribution des franges méthode rasante	Procédure Spécifique	
Réception des colis en blanchisserie	Procédure Spécifique	
Traitement des articles à réformer	Procédure Spécifique	
Entretien et maintenance des équipements	Procédure Spécifique	
Nettoyage et désinfection des moyens de transport du linge	Procédure Spécifique	
Nettoyage des locaux de la blanchisserie	Procédure Spécifique	
Circulation des personnes dans la blanchisserie	Fiche technique	
Règles d'hygiène des agents de la blanchisserie	Fiche technique	
Gestion du personnel	Procédures Spécifiques	
Formation du personnel	Procédure Spécifique	
Contrôle de la qualité microbiologique des articles traités	Procédure Spécifique	
Contrôle des dosages de produits et résidus lessiviels	Procédure Spécifique	
Contrôle de la qualité de l'eau destinée au process	Procédure Spécifique	

 <b>BLANCHISSERIE</b>	<u><b>ANNEXE 14</b></u>  Procédure spécifique <b>COLLECTE DU LINGE SALE</b>	<b>Date juin 2003</b> Version provisoire Page 1/n
		<b>Validation :</b>

### **RÉFÉRENCES**

- Manuel d'Accréditation : GFL 4, SPI 9
- Norme NF EN 14065 : Textiles traités en blanchisserie

### **POURQUOI ?**

Définir l'organisation de la collecte du linge sale des pavillons A, C, D, E, F, G et du Service d'Addictologie.

### **QUI ?**

Les agents affectés au secteur sale de la blanchisserie.

### **OU ?**

Les agents de la blanchisserie empruntent les sous-sols pour récupérer le linge sale stocké dans les locaux ou emplacements prévus à cet effet. La collecte du linge sale du Service d'Addictologie s'effectue par voie routière.

### **QUAND ?**

- Collecte du linge sale des bâtiments C1, C2, D, E, F1, F2, F3, F4, F5 et F6 :
  - Du lundi au vendredi, trois fois par jour (7h, 11h et 13h)
  - Une fois le dimanche matin.
- Collecte du linge sale de l'internat, de l'IFSI et de la chambre mortuaire : 1 fois par semaine (le mardi ou le mercredi)
- Collecte du linge sale du Service d'Addictologie : deux fois par semaine (lundi et jeudi matin)
- Collecte du linge sale du Centre Médico-Psychologique Lens 1 : une fois par semaine, le lundi matin
- Collecte du linge sale du pavillon A : une fois par semaine (le mardi ou le mercredi)

La collecte du linge sale se déroule suite à un pré-tri réalisé dans les services de soins et à l'évacuation des sacs de linge sale des services vers les locaux de stockage situés en sous-sols par l'équipe de collecte des déchets.

### **COMMENT ?**

- 1 – Récupérer des chariots vides parmi ceux entreposés dans le local d'expédition du linge sale et en accrocher un maximum de 6 à l'arrière du tracteur.
- 2 – Démarrer le tracteur pour se rendre aux différents locaux ou emplacements réservés au stockage du linge sale en sous-sol.
- 3 - Si le local de stockage du linge sale est accessible avec le tracteur :
  - décrocher du tracteur les chariots vides et les mettre en attente sur le côté
  - avancer le tracteur au niveau du local, prendre les chariots contenant les sacs de linge sale et les accrocher au tracteur
  - placer les chariots vides dans le local.
- 4 – Dans l'hypothèse où le local n'est pas accessible avec le tracteur :
  - décrocher un chariot vide du tracteur
  - avec ce chariot, se rend à pied jusqu'à l'emplacement de stockage du linge sale
  - prendre les sacs de linge sale et les dépose dans le chariot
  - acheminer le chariot vers le tracteur et l'accrocher à celui-ci.
- 5 – Se diriger vers les autres locaux de stockage du linge sale et suivre la même procédure de ramassage des sacs. Quand les six chariots sont pleins, retourner à la blanchisserie.
- 6 – Les chariots contenant les sacs de linge sale sont décrochés à l'entrée du secteur sale :
  - les chariots contenant les sacs bleus et les sacs jaunes, destinés aux prestataires extérieurs, sont pesés. Le poids de chaque chariot est consigné dans un registre. Ces chariots sont transportés dans le local d'expédition du linge sale.
  - les chariots contenant le linge des services de gériatrie sont acheminés à l'intérieur du local du tri du linge.
  - les autres chariots sont déposés dans le local de tri des sacs de linge sale.
- 7 – La procédure est répétée jusqu'à ce que les sacs de linge sale de l'ensemble des services soient ramassés. A l'issue de la collecte, le tracteur est remis à l'emplacement qui lui est réservé, dans le patio central de la blanchisserie.
- 8 – Collecte du linge sale du Service d'Addictologie et du CMP :
  - vérifier la disponibilité de la camionnette auprès des Magasins Centraux
  - prendre la camionnette et se rendre au Square
  - garer la camionnette au sous-sol du bâtiment
  - le lundi : entrer au CMP et récupérer le sac de linge sale vert avant d'aller dans le Service d'Addictologie
  - se rendre à l'entrée du Square et sonner
  - descendre au sous-sol et récupérer les sacs entreposés dans le local réservé au linge sale
  - placer les sacs de linge sale dans la camionnette et retourner à la blanchisserie
  - décharger les sacs de linge sale
  - peser les sacs bleus et les sacs jaunes, consigner le poids dans le registre et mettre les sacs dans le local d'expédition du linge sale
  - placer les autres sacs dans le local de tri des sacs de linge sale
  - rendre la camionnette aux Magasins Centraux

## 9 – Nettoyage des chariots

Les chariots de collecte du linge sale sont nettoyés selon la périodicité et les modalités établies dans le Plan de nettoyage défini par la blanchisserie conjointement avec le Service d'Hygiène.



## ANNEXE 15 : CHARTE DES REFERENTS LINGE

### Introduction

Les missions des référents linge participent à l'amélioration et maintien de la qualité de la fonction linge au Centre Hospitalier de Lens. La fonction linge regroupe l'ensemble des moyens de l'établissement qui concourent à assurer les prestations, internes ou externes, relatives à l'approvisionnement, à l'entretien et à la distribution aux différents services des articles de linge et d'habillement, qu'ils soient réutilisables ou à usage unique, entretenus ou non, stériles ou non stériles. La fonction linge est une fonction transversale qui vise à satisfaire de façon optimale les besoins qualitatifs et quantitatifs des services utilisateurs. Elle permet notamment :

- de fournir les produits et les prestations nécessaires à l'hôtellerie
- d'assurer les meilleures conditions d'hygiène et de protection aux patients et aux personnels vis-à-vis du risque infectieux grâce à des produits adaptés à leurs missions
- de fournir dans les situations d'urgence et aux patients démunis certains articles textiles
- d'offrir des solutions de qualité pour le traitement des effets personnels des patients hospitalisés en long séjour.

Le linge peut jouer un rôle dans la transmission des infections nosocomiales. La contamination microbiologique du linge sale en fait un facteur de contamination des patients, du personnel et de l'environnement. La manipulation du linge sale devra donc être considérée comme un geste septique nécessitant des précautions importantes tout au long du circuit du linge. Une vigilance accrue s'impose dans les unités de soins et justifie l'identification de référents placés au plus près du patient.

Les référents linge assurent des missions de natures diverses, sans pour autant déposséder les professionnels de leur rôle propre. Les aides-soignant(e)s et les auxiliaires de puériculture sont particulièrement concernés par la fonction linge dans la mesure où elles sont habilitées au change et à l'évacuation du linge, à la réfection des lits, au change des draps et alèses et à la surveillance des matelas anti-escarres. Il appartient par ailleurs au rôle propre de l'infirmier de collaborer aux soins d'hygiène et de propreté avec les aides-soignants. Les cadres de santé sont garants de l'application des procédures validées en cohésion avec la blanchisserie, de l'évaluation et de la rotation du stock de linge dans l'unité de soins, de l'optimisation des locaux et des procédés de rangement nécessaires à la fonction linge ainsi que de la valorisation et de la circulation de l'information.

Cette dynamique de travail suppose une réflexion d'équipe ainsi qu'une délégation des responsabilités à des personnes référentes.

### 1) Désignation des référents linge

Un référent linge est désigné au sein de chaque service clinique et médico-technique ; la cuisine et la Direction des Travaux et des Equipements désignent également un référent linge.

Le cadre supérieur ou le responsable du service sollicite et examine les candidatures qui se sont exprimées au sein du service. Il propose le référent linge pour avis au Conseil de Service.

Le nom du référent linge est transmis à la Direction des Soins, au responsable de la blanchisserie et au Service d'Hygiène. Le référent linge est désigné pour une durée de trois ans.

Un Comité linge, associant le Directeur des Services Logistiques, le Directeur des Soins, le responsable de la blanchisserie, le Service d'Hygiène, la Délégation Qualité et Prévention des Risques et les référents linge, pourra se réunir pour donner un avis sur les évolutions importantes affectant la fonction linge. Le Comité se réunit sur proposition de la Direction des Services Logistiques ou de la Direction des Soins.

## **2) Profil des référents linge**

Assurer les fonctions de référent linge relève d'un engagement volontaire.

Le référent linge devra faire preuve de motivation et d'une certaine expérience professionnelle.

Il devra maîtriser les connaissances de base relatives à la fonction linge en établissement de santé et aux règles d'hygiène hospitalière. Il aura également une connaissance minimale des principes d'amélioration de la qualité et de la démarche qualité entreprise en blanchisserie.

Le référent linge doit savoir se mettre à l'écoute, se montrer accessible et disponible.

Il devra témoigner d'une aptitude à la communication avec les soignants, avec les représentants des usagers, avec les services logistiques et avec les cadres.

Lors de sa prise de fonction, le référent linge participe à un temps de formation partagé avec l'équipe de la blanchisserie.

## **3) Missions des référents linge**

### **➤ Champ d'intervention des référents linge:**

- Famille du linge : linge opératoire, linge de literie, linge de toilette, linge de maison, linge d'entretien des surfaces, linge pour l'incontinence, linge d'ameublement
- Famille de l'habillement : habillement opératoire, habillement des patients en court et long séjour, habillement du personnel, habillement de protection
- Articles réutilisables et à usage unique

### **➤ Participation à la maîtrise de la consommation de linge**

Les référents linge participent à la définition des besoins quantitatifs du service : définition de la dotation initiale et ajustement de celle-ci en fonction de l'activité du service.

Avec le cadre, les référents linge sont garants du respect du contrat entre le service et la blanchisserie.

Les référents linge participent à la définition des besoins qualitatifs : détermination des critères de choix, test des nouveaux articles textiles.

Contribuer à la rationalisation de l'utilisation des articles par l'élaboration de recommandations et de procédures visant à homogénéiser les pratiques dans l'établissement (exemple : composition et préparation du lit du patient)

Les référents linge veillent aux pratiques du service et identifient les utilisations détournées des articles ; une utilisation parasite est souvent due à une quantité insuffisante d'un certain type d'article et nécessitera une révision des dotations.

Les référents linge suivent les consommations du service, alertent le cadre des fortes variations et participent à l'analyse des causes.

Les référents linge participent ou délèguent leur participation au tour de distribution des franges.

### ➤ **Sensibilisation et formation**

Les référents linge participent à l'élaboration des supports pédagogiques destinés aux étudiants et aux nouveaux agents.

Les référents linge animent des actions de formation relatives à l'utilisation du linge dans les services. La formation portera notamment sur :

- le tri du linge par catégorie au lit du patient
- la protection du personnel lors de la manipulation du linge sale
- le respect des règles de sécurité vis-à-vis des objets piquants, coupants et tranchants qui ne doivent être extraits du linge sale
- la manipulation du linge propre
- l'utilisation des différents articles

Les référents linge sensibilisent les patients et leur famille, ainsi que les différents prestataires (entreprises extérieures, ambulanciers, pompiers...) quant au respect et à la restitution des articles textiles fournis par l'établissement.

Les référents linge veillent à l'application des principes relatifs à l'attribution du linge aux patients définis dans le livret d'accueil.

### ➤ **Information et communication**

Les référents linge constituent les interlocuteurs privilégiés des différents secteurs de la blanchisserie.

Les référents linge signalent les non-conformités au responsable de la blanchisserie.

Les référents linge présentent les problématiques en lien avec la fonction linge lors d'entretiens avec les cadres du service, devant le conseil de service, dans les groupes de travail et, le cas échéant, devant les instances consultatives de l'établissement.

Les référents linge prennent connaissance des évolutions de la fonction linge à prévoir dans la perspective du projet d'établissement (exemple : impact organisationnel de la mise en place de la plate-forme logistique) et relayent les informations liées aux bonnes pratiques et à la qualité de la fonction linge évoquées dans différentes instances (CLIN, commission de soins, comité qualité, comité gestion des risques et des vigilances, conseil de service de la DHL...).

## ➤ **Evaluation**

Les référents linge portent attention aux remarques des patients sur la qualité de la prestation linge (questionnaires de sortie, enquête de satisfaction).

Les référents linge participent à l'évaluation des pratiques du service quant à l'utilisation du linge (consommations, respect des procédures, limitation des stocks, hygiène des locaux de stockage...) et aux précautions à prendre pour prévenir les risques de contamination.

Les référents linge évaluent les formations reçues par les agents en lien avec la fonction linge.

Les référents linge participent à l'évaluation de la qualité de la prestation de la blanchisserie, notamment par le suivi de certains indicateurs : contrôle des quantités fournies, surveillance de la propreté du linge et des équipements utilisés par la blanchisserie (nombre de signalements et de FEI), réparation des articles endommagés, participation aux enquêtes de satisfaction...

Les référent linge participent enfin à la définition des axes d'amélioration et des actions correctives issus des évaluations.

La version initiale de la Charte (2003) est rédigée par le groupe de travail sur l'optimisation de la fonction linge et validée par le Service d'Hygiène, la Direction des Soins, la Direction Hôtelière et Logistique et la Délégation Qualité et Prévention des Risques.  
Sa réactualisation sera soumise pour avis au Comité linge.



## ANNEXE 16

### **Contrat interne entre la blanchisserie et le service d'hématologie** (version provisoire)

#### **Préambule**

La Direction Hôtelière et Logistique entend inscrire l'amélioration de la qualité de ses prestations dans le cadre d'une réflexion en concertation avec les services utilisateurs. Ce contrat a donc pour objet d'établir les engagements réciproques entre, d'une part, la blanchisserie et, d'autre part, le service d'hématologie qui permettront d'améliorer et de maintenir la qualité de la fonction linge au Centre Hospitalier de Lens.

La fonction linge regroupe l'ensemble des moyens de l'établissement qui concourent à assurer les prestations, internes ou externes, relatives à l'approvisionnement, à l'entretien et à la distribution aux différents services des articles de linge et d'habillement, qu'ils soient réutilisables ou à usage unique, entretenus ou non, stériles ou non stériles. La fonction linge est une fonction transversale qui vise à satisfaire de façon optimale les besoins qualitatifs et quantitatifs des services utilisateurs. Elle permet notamment :

- de fournir les produits et les prestations nécessaires à l'hôtellerie ;
- d'assurer les meilleures conditions d'hygiène et de protection aux patients et aux personnels vis-à-vis du risque infectieux grâce à des produits adaptés à leurs missions : le linge peut en effet constituer un vecteur de transmission des infections nosocomiales ; à ce titre, la qualité de son traitement contribue non seulement au confort, mais aussi à la sécurité des personnes soignées ;
- de fournir dans les situations d'urgence et aux patients démunis certains articles textiles ;
- d'offrir des solutions de qualité pour le traitement des effets personnels des patients hospitalisés en long séjour.

Si le patient reste « le client final » de la fonction linge, les services utilisateurs sont les interlocuteurs privilégiés et, en ce sens, « les clients directs » du service prestataire.

#### **Art 1 – Engagements relatifs aux missions de chacune des parties dans le cadre de la fonction linge**

##### **1.1 Engagements relatifs aux missions de la blanchisserie**

La prise en charge du linge par la blanchisserie se découpe en plusieurs étapes. L'équipe de la blanchisserie est ainsi chargée de :

- du ramassage des sacs de linge sale et leur acheminement vers la blanchisserie
- de la réception et du tri du linge sale
- du lavage du linge en forme et des articles « Petit Plat »
- du séchage et de la finition de ces mêmes articles
- de la préparation des armoires de dotation en linge propre
- du transport et de la livraison dans les services du linge propre

L'équipe de la blanchisserie gère par ailleurs les relations avec les prestataires extérieurs. Elle encadre le départ des draps et des alèses sales vers la blanchisserie interhospitalière de Corbie ; elle réceptionne ces articles après traitement et assure un contrôle quantitatif et qualitatif sur la prestation du SIH. Les agents de la blanchisserie effectuent les mêmes opérations avec les champs opératoires dont le traitement est assuré par la société ELIS. Le responsable de la blanchisserie est chargé du suivi et du signalement de non-conformités auprès des prestataires extérieurs.

La blanchisserie participe par ailleurs au suivi des consommations et à la gestion, d'une part, du stock d'articles textiles neufs et, d'autre part, du stock d'articles à usage unique dont elle assure la distribution.

La lingerie est plus particulièrement garante de l'attribution et de la récupération des vêtements professionnels. Elle prend de plus en charge la réparation des articles abîmés et le marquage des articles neufs.

Lors de la mise en oeuvre des missions qui viennent d'être décrites, la blanchisserie s'engage :

- à réaliser et enregistrer l'ensemble des contrôles nécessaires à la vérification de la qualité microbiologique du linge
- à respecter les circuits, la périodicité et les horaires de collecte du linge sale (7h, 11h et 13h) et de distribution du linge propre
- à respecter les dotations en linge définies en concertation avec le service d'hématologie et à justifier auprès du service les écarts éventuels entre les quantités livrées et les dotations théoriques
- à répondre aux observations formulées par le service utilisateur et à étudier les demandes spécifiques.

## **1.2 Engagements relatifs à l'utilisation du linge dans le service d'hématologie**

Les agents du service d'hématologie exerceront les missions relatives à la fonction linge qui leur sont attribuées par leurs statuts particuliers. Ainsi, dans le cadre de leurs compétences, les aides-soignant(e)s sont notamment habilité(e)s au change et à l'évacuation du linge, à la réfection des lits, au change des draps et des alèses et à la surveillance des matelas anti-escarres. Il appartient par ailleurs au rôle propre de l'infirmier de collaborer aux soins d'hygiène et de propreté avec les aides-soignants.

Ces missions sont mises en oeuvre sous la responsabilité des cadres de santé. Le cadre de santé est en particulier garant de :

- l'application des procédures validées en cohésion avec la blanchisserie
- l'évaluation et la rotation du stock de linge dans l'unité de soins
- l'optimisation des locaux et des procédés de rangement nécessaires à la fonction linge
- la valorisation et la circulation de l'information (écoute des suggestions, transmission des informations délivrées en réunion de cadres ou lors des instances, affichage des supports d'information...).

Le cadre entretient en outre une collaboration avec le Service d'Hygiène de façon à maintenir une vigilance pour tout problème d'ordre infectieux.

Cette dynamique de travail suppose une réflexion d'équipe ainsi qu'une part de délégation des responsabilités à des personnes référentes dans le service. Le service d'hématologie désignera donc un « référent linge » selon les modalités prévues par la *Charte des référents linge*. Ce référent répondra à un profil précis et assurera les missions prévues par la charte précitée.

Lors de la mise en oeuvre des missions qui viennent d'être décrites, le service d'hématologie s'engage à :

- respecter les règles de tri du linge sale
- mettre les sacs de linge sale à disposition de l'équipe de collecte des déchets en fonction des horaires de ramassage prévus, soit pour le service d'hématologie : 6h45, 7h45, 12h45 et 19h15
- contrôler régulièrement les quantités de linge propre livrées et accompagner les demandes spécifiques d'une justification des écarts par rapport aux dotations prévues
- déconditionner le moins possible le linge propre des armoires
- veiller à la durée de stockage du linge propre reçu en excès
- utiliser les articles textiles pour leur destination première
- être vigilant face aux disparitions des différents articles, en procédant notamment à des inventaires de sortie lorsque des articles spécifiques ont été prêtés au patient (serviette de toilette, drap de bain, pyjama, chemise de nuit)
- respecter les horaires d'ouverture et les règles de circulation à l'intérieur des locaux lors du déplacement des agents à la blanchisserie et à la lingerie.

## **Art 2 - Démarche qualité**

Le service d'hématologie respectera les procédures, générales et spécifiques, ainsi que les modes opératoires relatifs à la fonction linge, applicables dans l'établissement. Le service actualisera ses pratiques en fonction des préconisations de la Direction des Soins, de la Direction Hôtelière et Logistique, du Service d'Hygiène et du CLIN ; les manipulations du linge dans le service seront toujours guidées par l'objectif de prévenir les infections nosocomiales. Le service procédera à une évaluation régulière de la pratique des agents et participera dans ce contexte aux audits internes.

Le traitement du linge en blanchisserie respectera les principes du système de l'analyse du risque et de la maîtrise de la biocontamination (RABC) qui sont au fondement de la norme NF EN 14065 relative aux textiles traités en blanchisserie. Suite à la phase de mise en place du système en 2003, la blanchisserie établira les procédures de vérification du système RABC ; celles-ci se traduiront par :

- une validation puis des revalidations régulières du processus de traitement en blanchisserie
- une surveillance du système RABC passant notamment par des réunions de revue périodiques
- l'organisation d'audits internes
- l'établissement et la mise à jour d'un système documentaire complet.

## **Art 3 – Formation**

Le plan de formation de la blanchisserie, validé par le Directeur chargé de l'hôtellerie et de la logistique, permettra à la fois de répondre aux objectifs d'adaptation permanente des personnels aux évolutions techniques et organisationnelles, de rappel régulier des bonnes pratiques en matière d'hygiène et de progression individuelle de carrière des agents. La politique de formation comportera plusieurs volets pour les agents en poste ou arrivant dans la fonction linge :

- une formation minimale à l'institution afin que chaque agent se voie rappeler qu'il participe à une fonction dont la finalité n'est pas seulement de traiter une certaine quantité d'articles textiles mais aussi de fournir un service aux personnes soignées et aux équipes sur le terrain
- une formation à l'hygiène intégrant des éléments relatifs aux germes, aux vecteurs de transmission, aux microbes, aux protocoles de lavage des mains..., à articuler avec les actions du CLIN
- une formation informatique de base (initiation à l'outil, manipulations élémentaires)
- une formation à la manipulation de charges lourdes, particulièrement pour les agents appelés à manipuler les armoires et les chariots, qui pourra être couplée avec une formation aux gestes de premier secours
- des formations techniques (CAP et formations équivalentes)
- une formation minimale à l'accueil et à la communication pour les agents en contact avec les services utilisateurs
- une formation aux concepts et méthodes de la démarche qualité.

Des formations spécifiques seront programmées à destination des personnels appelés à exercer des tâches d'encadrement :

- une formation minimale au statut de la FPH et au droit du travail
- une formation à la communication interpersonnelle (gestion des conflits, communication orale, gestion de projets et de réunions...)
- une formation à la gestion et à la planification du temps de travail
- une formation aux normes et au système de maîtrise de la biocontamination.

Le plan de formation prévoira en outre des préparations aux concours (orientation technique ou orientation encadrement selon les grades).

Le service d'hématologie veillera à la formation initiale et continue des agents à la manipulation du linge propre et du linge sale. Cette formation mettra l'accent sur :

- le tri au lit du patient par catégorie de linge sale
- la protection du personnel lorsqu'il manipule le linge sale (port de gants, lavage et antisepsie des mains...)
- les modalités de remplissage et de fermeture des sacs de linge sale
- le respect des règles de sécurité vis-à-vis des objets piquants, coupant ou tranchants qui doivent être éliminés immédiatement après usage et que l'on ne doit pas retrouver dans le linge envoyé en blanchisserie
- l'interdiction de placer des draps pliés ou noués dans les sacs de linge sale
- les règles d'hygiène à respecter lors de la manipulation du linge propre
- l'usage des articles selon leur fonction première
- la conduite à tenir en cas d'accident d'exposition au sang.

#### **Art 4 – Maîtrise de la consommation de linge**

Le service d'hématologie participera à l'élaboration des recommandations et des procédures écrites visant à rationaliser l'utilisation des articles textiles (exemple : définition de la fréquence des changes selon les circonstances, composition du lit...). Le service appliquera ces recommandations qui conditionnent directement la consommation de linge.

Le service évitera par ailleurs les « utilisations détournées » du linge (une chemise ouverte au lieu d'un sarrau, une alèse au lieu d'une serviette de toilette, un drap neuf pour coincer une porte...). Lorsque le service repère une utilisation détournée de certains articles, il en recherche la cause ; si celle-ci vise à pallier le manque d'un autre article, le service prendra contact avec la blanchisserie pour étudier la possibilité d'un ajustement de sa dotation.

Les deux parties s'engagent à respecter les dotations qu'elles ont définies en concertation selon les principes d'une dotation fixe moyenne : cette dotation correspond aux besoins liés à l'activité moyenne du service. Le linge propre non consommé est stocké dans chaque unité et constitue des provisions pour les jours durant lesquels aucune distribution n'est planifiée.

Articles	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
Draps	70		70		100
Alèses	70		70		100
Taies	25		25		25
Chemises ouvertes	10		10		20
Chemises de nuit	-		-		-
Pyjamas	-		-		-
Torchons	20		20		25
Nids d'abeille	10		10		15
Sarraux	20		20		25
Gants de toilette	-		-		-
Bavoirs adultes	-		-		-
Couvertures	Retour dans le service des quantités envoyées en blanchisserie pour traitement				
Couvre-lit					
Draps de bain	-		-		-
Langes	-		-		-
Barrière verte	5		5		10
Tabliers repas	8		8		12
Blouses roses	8		8		8
Sacs bleus	6		6		10
Sacs jaunes	6		6		10
Sacs marron	2		2		3
Sacs rayés gris	1		1		2
Sacs roses	1		1		1
Sacs rayés rouges	4		4		6
Sacs blancs	-		-		-
Sacs verts	2		2		3
Sacs rouges	Demande en fonction du nombre d'isolements				

Le référent linge du service d'hématologie est chargé du suivi du stock de linge propre et de l'évolution des besoins du service. Il détermine les besoins d'ajustement de la dotation du service (à la hausse ou à la baisse) et, après avis du cadre du service, transmet la demande au responsable de la blanchisserie. Une concertation entre la blanchisserie et le service permet d'établir si l'ajustement est possible et à quelle hauteur. En dehors de toute demande de la part du service, le responsable de la blanchisserie contactera le cadre et le référent linge du service, au moins une fois par an, pour évaluer la pertinence des dotations définies.

## **Art 6 – Modalités d’application**

Ce contrat s’applique à la date de sa signature, sans limite de validité. Les modifications apportées à ce contrat entreront en application après validation par les deux parties.

**Fait à Lens, le**

**M.LERICHE**

**Responsable de la blanchisserie**

**Mme PLANQUETTE**

**Cadre de santé**

## ANNEXE 18

### **Conséquences d'une prise en compte insuffisante de chaque dimension dans la démarche qualité selon SM SHORTELL**

(tableau extrait du guide Principes de mise en oeuvre d'une démarche qualité en établissement de santé publié par l'ANAES en avril 2002)

<b>Stratégique</b>	<b>Culturelle</b>	<b>Technique</b>	<b>Structurelle</b>	<b>Résultats</b>
0	1	1	1	Pas de résultats significatifs sur les sujets essentiels.
1	0	1	1	Petits résultats temporaires. Pas de pérennisation.
1	1	0	1	Frustrations et faux départs.
1	1	1	0	Pas de capitalisation ni d'extension des apprentissages.
1	1	1	1	Impact durable au sein de l'organisation.