

ENSP

ECOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

EDH 2004-2006

Date du Jury : **Décembre 2005**

**DÉMARCHE RABC EN BLANCHISSERIE : FIL
CONDUCTEUR D'UNE NOUVELLE DYNAMIQUE
HOSPITALIÈRE**

< Valérie KISGEN >

Remerciements

Je tiens à remercier en premier lieu toutes les personnes qui, au Centre Hospitalier d'Alès, m'ont permis de réaliser ce mémoire dans les meilleures conditions qu'il soit. La forte participation et la sincérité des personnels m'ont permis d'obtenir une banque de données objectives facilitant alors la maturation des réflexions.

Mes remerciements vont particulièrement à :

Monsieur MOURGUES, Directeur du Centre Hospitalier d'Alès

Monsieur CATALDO, Directeur des Ressources Logistiques et Techniques, mon maître de stage

Madame Isabelle MARTIN Directrice des Ressources Logistiques et techniques chargée de la construction du nouvel Hôpital HQE

Madame ANTHELME et Monsieur BRETAGNON, personnels d'encadrement de la blanchisserie

Monsieur HICHRI, Directeur du cabinet Conseil « BIOFAQ » chargé de la mise en œuvre de la démarche RABC au Centre Hospitalier d'Alès et mon référent mémoire

Monsieur BOUARD, ancien membre de l'URBH et actuellement responsable de l'achat des équipements pour l'Hôpital neuf

Madame COURREGE, médecin hygiéniste au C.H. d'Alès

Mademoiselle Malal RAKOTONDRAINIBE ingénieur qualité dans un cabinet d'audit « Hygiène et Logistique Conseil »

Monsieur BREJEMIN chargé des relations avec les partenaires étrangers chez Johnson Diversey

Sommaire

INTRODUCTION	5
1 DEMARCHE RABC EN BLANCHISSERIE :	8
1.1 UNE REPOSE A LA PROBLEMATIQUE DE LA FILIERE LINGE A L'HOPITAL :	9
1.1.1 <i>L'efficience ou la mise en balance Qualité/Coût</i>	9
1.1.1.1 La qualité au service de l'utilisateur	9
➤ <i>Une approche qualitative de l'environnement du patient</i>	9
➤ <i>Une démarche qualité globale</i>	10
1.1.1.2 La prise en compte d'un contexte financier contraint	11
➤ <i>L'évaluation des coûts induits</i>	11
➤ <i>La notion de seuils de viabilité financière</i>	13
1.1.2 <i>La sécurité hospitalière : un pré requis devenu incontournable</i>	14
1.1.2.1 La transmission des infections nosocomiales	14
➤ <i>Définition</i>	14
➤ <i>Mode de propagation</i>	15
1.1.2.2 La sécurité au service des personnes	17
➤ <i>Des critères d'objectivation des risques</i>	17
➤ <i>Une démarche participative des différents acteurs</i>	19
1.2 L'INTEGRATION DE LA RABC DANS UNE DEMARCHE PROJET	20
1.2.1 <i>Un projet identifié et consensuel</i>	20
1.2.1.1 Mise en œuvre de la démarche projet	20
➤ <i>Une parfaite connaissance de son outils de travail</i>	21
➤ <i>La concrétisation du projet par la méthode RABC</i>	24
1.2.1.2 Un projet consensuel	26
➤ <i>Un processus volontariste à pérenniser</i> :	26
➤ <i>Une rigueur professionnelle</i> :	28
1.2.2 <i>Une organisation rigoureuse</i>	31
1.2.2.1 Un pilotage précis	31
➤ <i>Une dynamique interne</i>	31
➤ <i>Un pilotage externe</i>	33
1.2.2.2 Une réponse adaptée aux impératifs modernes	34
➤ <i>Vers une maîtrise des risques</i>	35
➤ <i>Une adaptation aux nouveaux objectifs hospitaliers</i>	37
2 FIL CONDUCTEUR D'UNE NOUVELLE DYNAMIQUE HOSPITALIERE	40
2.1 UNE AUTRE IMPLICATION DES ACTEURS	41
2.1.1 <i>Une autre approche professionnelle</i>	41
2.1.1.1 Une démarche prospective	41
➤ <i>Une redéfinition des pratiques professionnelles</i>	41
➤ <i>Actualisation constante de la banque de données</i>	43

2.1.1.2 L'évaluation au cœur des pratiques	44
➤ <i>Elaboration des outils nécessaires à l'évaluation</i>	44
➤ <i>L'évaluation : un guide méthodologique</i>	45
2.1.2 <i>Une recherche d'efficience entre formalisme et réalité</i>	46
2.1.2.1 Hôpital et Changement	46
➤ <i>Pérennisation de la blanchisserie à l'hôpital</i>	46
➤ <i>Une autre forme de gestion</i>	47
2.1.2.2 Optimisation financière	48
➤ <i>La mise en place du GIP « Les blanchisseurs Cévenols »</i>	48
➤ <i>Externalisation des services</i>	49
2.2 VALORISATION ET PERENNISATION DE LA NOUVELLE DYNAMIQUE HOSPITALIERE.....	50
2.2.1 <i>La valorisation de la démarche</i>	50
2.2.1.1 La valorisation par la justification.....	51
➤ <i>Une maîtrise hospitalière conforme à la démarche RABC</i>	51
➤ <i>Une réponse adaptée aux besoins</i>	53
2.2.1.2 La valorisation par l'action.....	55
➤ <i>L'établissement d'un fonctionnement adapté individualisé</i>	55
➤ <i>L'élaboration d'un système pérenne</i>	58
2.2.2 <i>Une prise en charge pérenne</i>	62
2.2.2.1 La nécessité d'une réelle adaptabilité	62
➤ <i>Adaptation et réactivité des professionnels</i>	62
➤ <i>La valorisation d'un nouveau métier</i>	65
2.2.2.2 Un financement à la hauteur des exigences.....	67
➤ <i>Etat prévisionnel des dépenses et des recettes</i>	67
➤ <i>Répartition par pôles d'activité</i>	69

Liste des sigles utilisés

ADEME : Agence De l'Environnement et de la Maîtrise de l'Energie
AEAE : Association des Elèves et Anciens Elèves de l'Ecole de la Santé Publique
AFNOR : Agence Française de Normalisation
AIDER : Association pour l'Installation à Domicile des Epurations rénales
ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé
APAVE : Association des Propriétaires des Appareils à Vapeur Electriques
CA : Conseil d'Administration
CAT : Centre d'Aide par le Travail
CCLIN : Centre de Coordination de Lutte contre les Infections Nosocomiales
CDD : Contrat à Durée Déterminée
CDI : Contrat à Durée Indéterminée
CH : Centre Hospitalier
CHSCT : Comité d'Hygiène de Sécurité et des Conditions de Travail
CIQ : Coût d'Investissement en Qualité
CLIN : Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales
CME : Commission Médical d'Etablissement
CNQ : Coût de la Non Qualité
COQ : Coût d'Obtention de la Qualité
COTEREHOS : Comité Technique Régional de l'Environnement Hospitalier
CTE : Comité Technique d'Etablissement
CTIN : Comité Technique des Infections Nosocomiales
CTTN : Centre Textile de la Teinture et du Nettoyage
DHOS : Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins
DRASS : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
EHPAD : Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
GBEA : Guide de Bonnes Exécution des Analyses de biologie médicale
GIE : Groupement d'Intérêt Economique
GIP : Groupement d'Intérêt Public
GPEC : Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Carrières
HACCP : Hazad Analysis and Critical Control Point
HAS : Haute Autorité de Santé
HQE : Haute Qualité Environnementale
HT : Hors Taxe
IREN : Institut de Recherche sur l'Entretien et le Nettoyage
ISO : International for Standardization Organisation
JO : Journal Officiel
MCO : Médecine, Chirurgie, Obstétrique
ODTS : Organic Dust Toxic Syndrome
OMS : Organisation mondiale de la santé
PC : Polyester Coton
PDCA : plan-Do-Check-Act
RABC : Risk Analysis and Biocontamination Control
RAQ : Responsable Assurance Qualité
SARM : Staphylococcus Aureus Résistant à la Méricilline
SIH : Syndicat Inter Hospitalier
TVA : Taxe sur la Valeur Ajoutée
UFC : Unité Formant Colonies
URBH : Union Régionale des Blanchisseurs Hospitaliers
USLD : Unité de Soins de long Séjour

Introduction

Les années 1980 marquent l'intérêt grandissant des entreprises américaines pour le développement de la compétitivité. Cet engouement engendra une très forte mobilisation pour la qualité impulsée par des leaders comme W. Edwards Deming, Joseph Juran et Philip Crosby. La valorisation de la qualité a été reprise et adaptée dans les activités de service pour apparaître au sein des blanchisseries hospitalières dans les années 1990. En effet, jusqu'à la fin du XVIIIe siècle le linge n'est pas souvent changé, ni les tentures autour des lits.

Le Centre hospitalier d'Alès a créé sa blanchisserie en 1958. Telle la majorité des blanchisseries hospitalières, elle n'a, pendant de nombreuses années, subi aucune contrainte ni financière ni en terme de qualité de traitement du linge. Les nouvelles réformes hospitalières introduites par les Ordonnances du 24 Avril 1996, en s'imposant aux services logistiques au même titre qu'aux services de soins, sont à l'origine d'un choix déterminant pour les hôpitaux à savoir d'assurer le maintien de ces services en les rendant efficaces ou d'externaliser ces fonctions devenues trop onéreuses. Le Centre Hospitalier d'Alès a fait le choix de maintenir ces fonctions. Ce choix s'est opéré par la mise en oeuvre d'une **dynamique basée sur la qualité comme moyen de pérenniser et de proposer à d'autres établissements ses services logistiques**. Il s'inscrit dans une politique plus globale menée au sein des services logistiques et consistant à valoriser la qualité par la conduite de certifications telles que la certification iso 9001 v 2002 en cuisine accompagnée par une démarche HACCP, le GBEA au laboratoire, l'Iso 9001 pour les services biomédicaux et aujourd'hui la certification **NF EN 14065 dans le cadre d'une démarche RABC pour la blanchisserie**. La réorganisation des services logistiques aboutira à échéance 2008, dès l'ouverture de l'Hôpital neuf, à l'intervention d'intendants d'étages chargés de coordonner l'ensemble des services logistiques et d'assurer les interfaces avec les services de soins.

Du latin *certus* « certain », et *facere* « faire » la certification correspond à une garantie délivrée par écrit, c'est une procédure par laquelle une tierce partie donne une assurance écrite qu'un produit, une organisation, un processus, un service ou un personnel est conforme à des exigences spécifiées dans un référent. Le principal type de certification est la certification de conformité aux normes. L'autorité de certification est une entité habilitée à attribuer des certificats. L'Agence française de normalisation (AFNOR) est la seule habilitée à reconnaître les certifications en France. Cet organisme fait partie d'une *Fédération mondiale non gouvernementale*, créée le 23 Février 1947 et constituée d'un réseau d'organismes nationaux de normalisation à raison d'un organisme par pays.

La certification en blanchisserie constitue un moyen de valorisation de la fonction linge à l'Hôpital. Cette valorisation repose sur une constante recherche d'amélioration de la qualité des prestations hospitalières. La qualité du linge est l'une des conditions requises pour assurer confort et hygiène

au patient hospitalisé. Les risques liés à la diffusion des germes d'origine humaine impliquent un circuit bien adapté, particulièrement vis à vis de certains agents infectieux à haute incidence épidémique. La prévention de l'infection débute par une exigence de qualité dans le traitement du linge. Il faut donc mettre en place des process de traitement du linge qui conditionnent l'obtention de la qualité microbiologique. La stratégie à appliquer entre dans la démarche de prévention et de maîtrise du risque de biocontamination développée en utilisant les principes de la méthode RABC (Risk Analysis and Biocontamination Control), méthode à l'origine d'une certification malheureusement pas encore reconnue par l'AFNOR. Seule la certification NF EN 14065 assurée par une démarche RABC est valide aujourd'hui. Différents paramètres conditionnent le traitement du linge : La catégorie d'articles (draps, vêtements professionnels, linge de bloc opératoire), leur typologie (nature des fibres, couleur) ainsi que l'utilisation du linge (linge stérile au bloc opératoire et propre dans les services de soins). La certification s'attachera donc à prendre en compte ces différents paramètres afin d'assurer une qualité optimale de traitement du linge de la blanchisserie à l'utilisateur. Cette qualité optimale permet d'atteindre les objectifs fixés par l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES), remplacée aujourd'hui par la Haute Autorité de Santé (HAS) qui préconise dans son manuel d'accréditation: « *la fonction blanchisserie est organisée pour traiter le linge de façon adaptée* ».

Ainsi, Les fonctions logistiques représentent aujourd'hui dans les établissements de santé des activités stratégiques en terme, d'une part, de qualité hôtelière, et d'autre part, d'enjeux financiers mis en valeurs dans le guide méthodologique élaboré par la direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des soins (DHOS). La gestion du linge s'inscrit dans cette nouvelle dynamique dans la mesure où le linge se trouve être « *le témoin permanent de la vie hospitalière* » (Centre de Coordination de Lutte contre les Infections Nosocomiales CCLIN-Paris Nord décembre 1999). Afin de valoriser et de pérenniser sa fonction linge, le Centre Hospitalier d'Alès, conscient de ces enjeux et soucieux d'apporter un service de qualité financièrement viable, a pris la décision de créer un Groupement d'Intérêt Public (GIP). Ce GIP assure ainsi le traitement du linge d'autres établissements publics ou privés, ce qui lui permet d'atteindre un seuil théorique de viabilité financière qui s'élève à 4,5 tonnes de linge traité par jour. La mise en œuvre d'une certification en blanchisserie au sein de ce GIP met en valeur une nouvelle dynamique hospitalière fondée sur l'efficacité dans un secteur contribuant à la qualité des soins et à la sécurité des patients.

Méthodologie : Concevoir un mémoire, c'est projeter une problématique dans une mise en œuvre professionnelle. La pérennisation des fonctions logistiques et en particulier de la blanchisserie à l'Hôpital, relève aujourd'hui d'une volonté d'assurer une prise en charge coordonnée et globale de la personne malade. Au-delà de l'opérationnalité, l'important est la transmission de valeurs qui nous semblent fondamentales. Le choix du thème de ce mémoire, de type inductif, a été guidé par l'intérêt de la mise en œuvre d'une stratégie capable d'assurer le maintien de la fonction linge au

Centre Hospitalier d'Alès. La méthode s'appuie, outre sur les connaissances théoriques, sur des retours d'expériences concernant la mise en place de la certification NF EN 14065 selon la méthode RABC au CH d'ALÈS (Gard). Le cheminement de la réflexion s'est effectué dans un premier temps par un recueil d'informations (bibliographiques et basées sur les différentes observations émanant du stage en entreprise effectué au sein de la société chargée de la mise en place de la démarche RABC au Centre Hospitalier d'Alès), destiné à aborder de façon claire et cohérente la mise en œuvre de cette démarche. Il s'est poursuivi, dans un second temps, par une analyse de l'introduction d'une telle méthode à l'Hôpital et des bouleversements à la fois nécessaires et consécutifs à son initiation tout en prenant conscience des travers susceptibles de la contrarier. Cette réflexion s'est attachée à exposer la valorisation et la pérennisation de la certification en blanchisserie au Centre Hospitalier d'Alès. La réalisation de cette dernière partie s'est appuyée sur le suivi des formations RABC délivrées par le pilote externe du projet, l'observation et l'organisation de diverses réunions concernant le GIP, la réorganisation de l'équipe professionnelle et le retour de trois questionnaires de satisfaction destinés aux usagers, aux professionnels ainsi qu'aux clients du GIP blanchisserie.

La démarche RABC en blanchisserie, en offrant une réponse à la problématique de la filière linge à l'Hôpital dans le cadre d'une démarche projet, constitue le fil conducteur d'une nouvelle dynamique hospitalière. Celle-ci, basée sur une autre implication des acteurs, est en mesure d'être valorisée et pérennisée par une meilleure organisation et un recentrage de cette fonction au sein des établissements de santé.

1 DEMARCHE RABC EN BLANCHISSERIE :

La démarche RABC en blanchisserie apporte une réponse non seulement à **la problématique de la filière linge à l'hôpital** qu'elle soit d'ordre pécuniaire ou sécuritaire, mais elle initie également **une démarche projet** clairement définie et s'appuyant sur une organisation rigoureuse capable de s'intégrer dans le milieu.

1.1 Une réponse à la problématique de la filière linge à l'hôpital :

Cette problématique traduit des préoccupations hospitalières essentielles aujourd'hui que sont **l'efficacité ou la mise en balance Qualité/Coût**, et **la sécurité sanitaire** qui devient un pré requis incontournable.

1.1.1 L'efficacité ou la mise en balance Qualité/Coût

La qualité du système de santé, axée au début du siècle sur un modèle médical, va peu à peu évoluer vers un modèle plus global où le malade devient usager et où l'exigence qualité s'applique aussi bien aux soins médicaux qu'à l'ensemble des prestations hospitalières et en particulier aux secteurs de la restauration ou la blanchisserie autrefois souvent jugés secondaires. Cette exigence de qualité globale intervient dans **un contexte financier contraint qu'il devient essentiel de prendre en compte**, apparaît alors la notion d'efficacité.

1.1.1.1 La qualité au service de l'utilisateur

La nouvelle définition de la santé va se traduire par **une approche qualitative de l'environnement du patient**. Cette évolution est à l'origine aujourd'hui d'un profond changement conduisant à la mise en œuvre **d'une démarche qualité globale**.

➤ Une approche qualitative de l'environnement du patient

Cette nouvelle approche de la santé prend ses racines dans une mutation sociale basée sur une prise en compte de la nécessité de protection de l'environnement. La constitution d'un milieu favorable au sein de l'environnement sanitaire découle de cette évolution. Par ailleurs, depuis déjà plusieurs années les hôpitaux publics se sont engagés dans des démarches qualité à travers :

- la mise en place de la démarche visant à l'accréditation des établissements
- la mise en place de la méthode HACCP pour les services restauration
- la mise en place du GBEA au sein des services de laboratoire
- la mise en place de la méthode RABC en blanchisserie

Le Centre Hospitalier d'Alès a entamé une démarche qualité dans chacun de ces quatre domaines. C'est dans le prolongement de cette politique qualité qu'il s'est engagé dans une démarche HQE (Haute Qualité Environnementale) pour la construction de son nouvel hôpital à l'horizon 2009. La HQE, basée sur un ensemble de cibles, se définit comme étant une « *Démarche de management de projet visant à maîtriser les impacts d'une opération de construction ou de réhabilitation sur l'environnement ainsi que sur le confort des usagers. Cette démarche vise à obtenir la Qualité*

Environnementale du Bâtiment (QEB) ».

Les cibles environnementales retenues, sur ce projet, correspondent aux 14 cibles de la démarche HQE¹ définie par l'association HQE, auxquelles ont été rajoutées, compte tenu de la destination du bâtiment, 4 cibles complémentaires particulièrement adaptées au secteur hospitalier. Il s'agit de « l'éco-construction, l'eco-gestion, le confort et la santé ». Le réaménagement des locaux de la blanchisserie s'est réalisé dans ce sens en prenant en compte notamment les nuisances sonores, une récupération des condensats en vue d'économiser de l'énergie (cible prioritaire de la HQE préconisée par la méthode RABC). Une surveillance accrue de l'air et de l'eau est en outre mise en valeur dans la norme NF14065 à l'origine de la certification en blanchisserie.

Le CH d'Alès s'est engagé dans une démarche environnementale globale, dont l'objectif est de réaliser des choix en terme de priorités et de niveaux d'exigence, de se donner tous les moyens pour parvenir à la réalisation concrète de ces choix et de pérenniser les résultats obtenus. La méthode RABC s'intègre parfaitement dans un tel projet et est susceptible de le valoriser dans le cadre d'un contrôle des risques de biocontamination. **Ces objectifs inscrivent l'Hôpital d'Alès dans une démarche qualité globale au service des usagers.**

➤ ***Une démarche qualité globale:***

Un changement de représentation de la santé est mis en valeur en 1978 lors de la conférence internationale de santé publique d'ALMA ATTA. La santé n'est plus un état mais un processus. Les établissements de santé ne peuvent plus se contenter de délivrer des soins aux malades mais doivent s'inscrire dans une recherche globale de la qualité dans la mesure où les notions de bien-être, de confiance, sont propices au développement de la résistance de l'individu. L'Organisation Mondiale de la Santé définit la santé comme étant un « *Etat de complet bien-être physique, mental et social qui n'est pas seulement l'absence de maladie ou de handicap* ». Cette nouvelle perception de la santé a bouleversé l'organisation hospitalière. **Ainsi, les services hôteliers prennent toute leur importance dans la mesure où ils contribuent indirectement au bien être de l'utilisateur.** La notion de qualité du service rendu est valorisée en 1996 par l'instauration de la procédure d'accréditation à travers l'ordonnance N°96 346 du 24 Avril 1996. La loi N°2002-3 du 4 Mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé place **l'utilisateur au centre du système.** Il devient essentiel d'identifier les besoins de la personne, **l'introduction des certifications à l'Hôpital souligne la volonté des établissements de santé de proposer des prestations de qualité.** L'utilisateur devient acteur de sa santé au sein même des établissements. C'est ainsi que les enquêtes de satisfaction sont recommandées par l'ANAES dans le cadre de la « *mise en place d'une politique d'évaluation des droits du patient* ». D'après l'Organisation mondiale de la santé (OMS), la satisfaction est une « *composante de la qualité des soins* ». Plus

¹ ANNEXE 2 : HQE, Tableau de priorité entre les cibles

généralement, le Professeur A. CARIA², lors d'une intervention à l'ENSP, définira la satisfaction comme étant « *l'expression de la différence entre ce qui est attendu et ce qui est perçu.* » Si cette donnée paraît relativement subjective puisqu'elle fait référence à une perception, un sentiment, elle est à l'origine d'une prise en compte de l'opinion du patient. A ce titre, elle peut être considérée comme un moyen utile d'évaluation et constitue un outil d'amélioration de la qualité. Il devient alors essentiel de s'attacher à la qualité du système de santé afin de **créer un milieu favorable.**

Selon l'AFNOR : « *La qualité est l'aptitude d'un produit ou d'un service à satisfaire les besoins des utilisateurs* ». La norme ISO 8402 définit la qualité comme étant : « *L'ensemble des caractéristiques d'une entité qui lui confèrent l'aptitude à satisfaire des besoins exprimés ou implicites* ». La certification met en valeur les efforts réalisés en vue de satisfaire l'utilisateur sachant que la sécurité est une dimension de la qualité. En santé, c'est même **la dimension prioritaire** sur laquelle la démarche qualité porte ses efforts. Bien que la mortalité liée à des risques subis n'ait jamais été aussi faible, la société contemporaine est perçue comme plus dangereuse que les précédentes. Le sentiment d'insécurité apparaît supérieur à la réalité des menaces. La pression du public et des médias, forte, (sang contaminé, encéphalopathie spongiforme bovine, infections nosocomiales, etc.) entraîne légitimement une réaction des acteurs politiques qui engagent des actions réglementaires, techniques et organisationnelles. L'ordonnance du 24 Avril 1996 instaure l'accréditation des établissements de Santé afin d'assurer aux usagers une qualité généralisée à tous les Hôpitaux. La problématique hospitalière présente donc la particularité de lier définitivement qualité et sécurité.

Dans un contexte où l'hôpital doit démontrer la qualité des processus qu'il met en oeuvre, l'hygiène du circuit du linge doit faire l'objet d'une maîtrise permanente et contribuer ainsi à la vigilance nécessaire à la prévention du risque nosocomial.

La certification en blanchisserie présente une méthodologie susceptible d'organiser une démarche qualité au service de l'utilisateur en prenant en compte les nouvelles exigences qui s'imposent aujourd'hui à tout système de santé.

1.1.1.2 La prise en compte d'un contexte financier contraint

L'assurance d'une démarche qualité est conditionnée par une cohérence avec la tarification à l'activité, ce qui impose aux établissements de santé **une évaluation précise des coûts induits** et de comparer les ratios coût/efficacité avec **les seuils de viabilité financière.**

➤ L'évaluation des coûts induits

Toute mise en oeuvre d'une démarche qualité constitue un coût pour l'établissement (coût financier direct et coûts indirects humains, fonctionnels, structurels, organisationnels). Il convient alors

² Professeur A. CARIA, CH Sainte Anne - Paris

d'évaluer l'impact de l'amélioration de la qualité en terme de bénéfice pour le patient (réduction de la durée d'hospitalisation) et pour le personnel dans la lutte contre les infections nosocomiales. Ainsi, selon la **Recommandation 50**, extrait des 100 recommandations publiées par le ministère de la solidarité en 1999, l'hygiène générale de l'établissement est envisagée de façon systématique avec le souci de proposer les techniques qui présentent le meilleur rapport coût-efficacité. Pour cela, l'Hôpital s'appuie sur les recommandations diffusées par le CTIN, les C-CLIN, les sociétés savantes, etc. Les activités en blanchisserie hospitalière sont : Le circuit du linge (propre et sale), les conditions de son transport et éventuellement les contrôles qualité du linge propre.

En ce qui concerne l'hôpital d'Alès, cette démarche qualité a été valorisée par la mise en œuvre d'une démarche RABC par une société extérieure. La réalisation d'un tel processus représente un coût direct de **27 113.32 € TTC**, somme directement versée à la société en contre partie du travail effectué. Cette dépense a été imputée au budget d'exploitation de l'hôpital. Les modifications à apporter quant au potentiel humain, aux évolutions organisationnelles et structurelles seront comptabilisées a posteriori dans le coût de fonctionnement. **Une approche prédictive** sur le coût réel d'une telle démarche doit donc être menée afin d'évaluer les capacités qu'a un établissement à s'engager dans une telle action, même si celle-ci s'inscrit dans une volonté généralisée et nationalement reconnue d'amélioration de la qualité.

Si les certifications en milieu hospitalier sont valorisées sur le plan de l'éthique dans la mesure où elles font la preuve d'une démarche qualité prônée par l'HAS, elles ne s'intègrent à aucun niveau du financement hospitalier. En effet, la tarification à l'activité tend à rationaliser l'activité de soin à proprement parler, et fait de l'efficience un critère de fonctionnement incontournable. Une échelle nationale des coûts est alors définie sur la base de référentiel qualité très précis. En ce qui concerne la fonction linge, la problématique semble différente dans la mesure où les référentiels sont moins précis si l'on s'en réfère au guide pratique de la première accréditation. Très peu d'établissements ont mis en place une démarche qualité au sein de leur blanchisserie, ce qui a pour effet un coût global de fonctionnement moindre. Une telle équation a donc pour effet d'être défavorable aux établissements qui tentent d'instaurer une démarche qualité.

Il devient par conséquent de plus en plus complexe de mettre en place ce type d'organisation sauf à l'imposer dans chaque établissement au même titre que la méthode HACCP. Il convient cependant de relativiser ce coût. Selon une étude de la DHOS³, **la certification a un coût dont le retour sur investissement est évalué à deux ans au plus** et ce, en lien avec les améliorations apportées par la démarche (réduction des coûts de non qualité, optimisation des ressources de l'entreprise, élimination des dysfonctionnements, etc.). Ramené au coût global d'une démarche qualité, le coût imputable à l'organisme certificateur est secondaire : il représente une proportion faible du coût de la mise à niveau du système qualité, qui comprend notamment la sensibilisation et la formation du personnel, la mise en place et la gestion du système documentaire (manuel qualité, procédures, etc.) ainsi que les coûts indirects représentés par le temps passé sur le projet par la

³ La fonction linge dans les établissements de santé, éléments d'approche méthodologique, (DHOS 2002)

direction de l'établissement et l'encadrement. Il s'agit donc, en majeure partie, d'un investissement en temps de la part des principaux acteurs concernés.

➤ **La notion de seuils de viabilité financière**

Un guide méthodologique⁴ concernant la fonction linge à l'Hôpital, élaboré par « *le groupe pour l'amélioration de la comptabilité analytique hospitalière* » sous l'égide de la Direction des Hôpitaux, a défini, grâce au concours de nombreux établissements de santé, les modalités d'affectation des charges dans le calcul des coûts de revient des activités hospitalières. L'unité d'œuvre retenue a été, dans un souci de simplicité, le kilo même si le calcul par nombre et catégorie d'articles est plus précis. Une telle étude, réalisée sur plusieurs années, a permis de mettre en valeur la diminution constante du coût de l'unité d'œuvre, et ce, grâce à une augmentation de la productivité. De façon à affiner ces calculs, une distinction entre les différents articles et leur mode de traitement a été initiée par l'Union Régionale des Blanchisseurs Hospitaliers (URBH) qui distingue le Grand Plat du Petit Plat, le linge en forme, le linge séché et l'habillement. Le seuil de viabilité pour les articles Grand Plat est évalué à **5320 articles par jour**. Il est, pour un équipement mixte Petit Plat / Grand plat, de **2650 pièces par jour**. En ce qui concerne le linge en forme, un seuil de **2100 articles par jour**, est précisé. Au-delà de ces seuils, il ne paraît pas raisonnable de maintenir la fonction textile dans l'établissement en l'état. Seront donc envisagées des solutions alternatives telles que la mise en réseaux avec d'autres établissements. Pour l'habillement des pensionnaires, aucun seuil n'est établi car ce type de traitement correspond davantage à un service proposé aux usagers.

Au CH d'Alès, **2400** pièces en grand plat et **3665** Pièces en petit plat sont traités pour un équipement mixte, soit une moyenne de **2882 pièces** chaque jour. **2150 tenues professionnelles** sont mises sur cintres. De tels chiffres tendent à démontrer que cet établissement a la capacité de maintenir sa fonction linge. En dehors de ces considérations, le C.H. d'Alès assure l'entretien du linge des résidents des 300 lits d'Unités de Soins de longue Durée (USLD) et d'Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD), et des 90 lits de psychiatrie. cette prestation est incontestablement en deçà des seuils de viabilité financière.

Les problématiques de la fonction linge à l'hôpital sont comparables aux problématiques hospitalières en général. La méthode RABC en blanchisserie initie une démarche qualité qui, si elle s'intègre dans une **démarche projet** est à même d'apporter une réponse adaptée aux impératifs hospitaliers actuels.

⁴ Les trois tomes de ce guide méthodologique ont été publiés dans le numéro 97/2 bis du Bulletin Officiel du Ministère de l'Emploi et de la Solidarité.

1.1.2 La sécurité hospitalière : un pré requis devenu incontournable.

La qualité du service rendu à l'usager doit s'attacher au problème majeur présent dans tout système de santé qu'est la **lutte contre les infections nosocomiales**. A travers cette lutte et plus généralement à travers la recherche de la qualité est visée **la sécurité des malades et des personnels**.

1.1.2.1 La transmission des infections nosocomiales

La filière linge est particulièrement exposée aux infections nosocomiales puisque le linge circule dans tous les secteurs d'hospitalisation. **Différents agents pathogènes** peuvent être véhiculés selon **des modes de propagation distinctes**.

➤ **Définition**

« *Une infection nosocomiale est une maladie provoquée par des micro-organismes, contractée dans un établissement par tout patient après son admission, endogène ou exogène, iatrogène ou non, que les soins soient administrés en hospitalisation ou en ambulatoire, que les symptômes apparaissent avant ou après la sortie de l'hôpital, que l'infection soit diagnostiquée au plan clinique avec ou sans isolement d'un micro-organisme ou diagnostic sérologique ; ces caractéristiques concernent les patients et le personnel hospitalier* ». Chaque année, les infections nosocomiales touchent près **d'un million de patients hospitalisés** augmentant la mortalité et la morbidité d'une façon significative. La préoccupation majeure de ramener à un taux faible le risque de maladies nosocomiales passe par la prévention. En France, un plan quinquennal de lutte contre les infections nosocomiales a été mis en place en 1994 en partenariat avec le CLIN (Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales). Ce plan a permis de reconsidérer la question de l'hygiène à l'hôpital, mettant en jeu l'épidémiologie clinique et bactériologique et le personnel technique et infirmier. Des mesures d'hygiène élémentaires doivent être respectées telles que le lavage régulier et fréquent des mains, l'utilisation d'antibiotiques à titre préventif au moment des interventions chirurgicales, la décontamination et la stérilisation des instruments, l'introduction généralisée si possible de matériel à usage unique, l'évaluation des actes invasifs. Une circulaire du 13 décembre 2004 relative à la mise en œuvre du programme national de lutte contre les infections nosocomiales entre 2005 et 2008 met l'accent sur la nécessité d'améliorer la prévention et la perception des infections nosocomiales. Ces actions passent par une bonne connaissance des agents pathogènes véhiculés par le linge :

- **Les bactéries** : êtres vivants unicellulaires microscopiques, se reproduisant par scissiparité (simple division cellulaire). Dans des conditions de stress, certaines espèces produisent des spores, formes dormantes de la cellule, capables de supporter des conditions extrêmes de température ou de sécheresse, de PH....

- **Les virus** : micro-organismes constitués essentiellement d'un acide nucléique entouré d'une coque protéique, parasites intracellulaires obligatoires, souvent agents de maladies, bénignes ou graves. Certaines contaminations posent un problème très grave, car elles sont mortelles à court terme ; c'est le cas de la rage, des fièvres hémorragiques, de l'encéphalite, de la poliomyélite et de la fièvre jaune. La vaccination est actuellement la seule méthode efficace dans la prévention des maladies virales.
- **Les spores** : cellules produites par de nombreuses bactéries, champignons et végétaux ainsi que par certains protozoaires, dont la dissémination puis le développement produisent un nouvel individu identique (bactéries) ou différent (mousses, fougères) de l'individu qui les a produites. Les spores résistent à la chaleur, à la sécheresse et à d'autres conditions défavorables, demeurant au repos jusqu'à ce que leur environnement soit propice à leur développement ou à leur germination. En 1876, Robert Koch réalise des cultures de la bactérie de la maladie du Charbon et observe le phénomène de formation de spores (forme de résistance des bactéries, assurant aussi leur dissémination) au contact de l'air.
- **Les moisissures** : champignons microscopiques qui se développent sur les matières organiques. La plupart sont saprophytes. Les moisissures prospèrent sur un grand nombre de substances organiques si elles ont suffisamment d'humidité. Elles peuvent être à l'origine de crises d'asthme.
- **La gale** : infection de la peau provoquée par de petits parasites appelés sarcoptidés. Ces acariens se transmettent par un contact corporel rapproché avec une autre personne.
- **Les teignes** : maladies caractérisées par une infestation du cuir chevelu par des champignons microscopiques. Très contagieuse, elle se transmet par simple contact (homme ou chat) ou par échange de peigne, serviette ou bonnet.

➤ **Mode de propagation**

Il est reconnu aujourd'hui par les différents comités d'hygiène et de lutte contre les infections nosocomiales, que le linge à l'hôpital constitue un vecteur privilégié des infections nosocomiales. En effet, utilisé en permanence, il peut être contaminant à chaque étape de son utilisation (lavage inadapté ou inapproprié, rupture de la chaîne du propre, le personnel lui-même pouvant véhiculer des germes, après utilisation). Le risque microbien provient avant tout de l'expression muette des germes qui a parfois pour conséquence **un manque de vigilance du personnel**. Une étude de Boyce J-M a mis en évidence que 65% des infirmières ont leur tenue contaminée par le staphylocoque résistant à la méticilline (SARM) après avoir réalisé des soins à des malades colonisés ou infectés par ce germe. Par ailleurs, **une défaillance dans les cycles de lavage** peut être source de contamination. Ainsi, deux cas de méningites post-opératoires à *Bacillus cereus* ont eu pour origine du linge lavé avec un cycle de lavage comportant une phase de chaleur et un traitement chimique insuffisant pour détruire des bactéries sporulées. La multiplication de *Bacillus*

cereus est liée à l'utilisation de **linge humide stocké dans des emballages plastiques** à une température élevée (Etude de Barrie). La blanchisserie est un lieu de circulation du linge. En cas de **mauvaise manipulation ou d'agencement inadapté des lieux** propices au croisement du linge propre et sale, elle devient source privilégiée de propagation d'infections nosocomiales. Tout au long de la chaîne du linge, de la blanchisserie à l'arrivée au lit du patient, les précautions doivent être prises pour éviter la contamination de l'environnement et du personnel. La gale et les teignes véhiculées par le linge sont particulièrement redoutables. Il est à noter par ailleurs que la contamination du linge varie suivant plusieurs facteurs :

- **Le type de pièces de linge** : La contamination est variable selon les pièces de linge. Le tableau ci-dessous illustre ces variations d'après une étude réalisée dans un service de médecine sachant que le seuil de contamination pour du linge dit « propre » doit être inférieure à **12 UFC /25 cm² (soit 8 UFC/16cm² : gélose contact)**

**Contamination moyenne des différentes pièces de linge
hospitalier en fonction du temps**

		DUREE D'UTILISATION		
		4h UFC par cm ²	8h UFC par cm ²	24h UFC par cm ²
Pièces de linge	Drap supérieur	1	5 à 6	9
	Drap inférieur	2	7 à 8	12
	Alèse	5	9	14
	Taie d'oreiller	3	4	6

- **Le nombre de lavages antérieurs** : Selon une étude du COTEREHOS⁵ (Comité Technique Régional de l'Environnement Hospitalier), la contamination microbiologique du linge diminuerait au fur et à mesure que des lavages sont pratiqués, passant de 15 UFC par cm² à 3, après 10 lavages. Ce fait serait imputable à l'effet persistant des procédés de traitement, habituellement utilisés en blanchisserie.
- **L'état clinique des patients** : Toujours d'après une étude du COTEREHOS portant sur la contamination environnementale de patients ayant des prélèvements cliniques positifs à *Staphylococcus aureus* résistant à la méticilline (SARM), les prélèvements effectués sur les draps étaient positifs à SARM dans 60% des cas. Toutefois, la contamination des surfaces et du linge était plus fréquente chez les patients infectés à ce micro-organisme que chez les patients

⁵ Etude du COTEREHOS de la DRASS (Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales) Rhône Alpes réalisée en 1999 sur la demande de la DHOS (Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des soins) qui a engagé des travaux sur la fonction linge reposant sur une approche globale.

seulement colonisés. Lorsque les sites cliniques de SARM sont les plaies et les urines, 85% des patients ont un environnement contaminé contre 36% dans les autres sites.

- **L'écologie microbienne du linge sale** : L'écologie microbienne du linge sale a été abondamment étudiée. Les bactéries rencontrées sont, soit des **bactéries d'origine cutanée** : *Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus* à coagulase négative, *Corynebacterium sp.* soit des **bactéries d'origine digestive** : *Enterococcus sp*, *Escherichia coli*, *Enterobacter cloaca*, *Klebsiella sp.* La présence de bactéries porteuses de phénotypes de résistance est également décrite : 60% des draps de patients seraient contaminés par cette bactérie. Les bactéries anaérobies sont rarement recherchées et les levures sont isolées de façon ponctuelle.

Le linge après utilisation est toujours contaminé, une connaissance des germes et de leur mode d'action est donc indispensable à la mise en œuvre d'une politique de lutte contre les infections nosocomiales.

1.1.2.2 La sécurité au service des personnes

A travers la recherche de la qualité est visée la sécurité des usagers et du personnel à partir de **critères d'évaluation objectifs des risques** que seule **une démarche participative** est à même d'autoriser.

➤ **Des critères d'objectivation des risques**

La sécurité à l'Hôpital s'adresse indistinctement aux usagers du système de santé et aux professionnels et passe par une connaissance des risques.

Pour **la sécurité des malades**, un choix adapté des textiles est privilégié de façon à répondre à des besoins de plus en plus techniques, notamment pour ce qui concerne l'amélioration de l'hygiène et du confort des patients. C'est à partir de ces évolutions que se sont progressivement établies des caractéristiques techniques "de fait", qui peuvent être considérées comme des "**standards**". Des "**fiches produits**"⁶, dont un exemple est présenté à l'annexe 1, viennent compléter cette présentation. La recherche s'est principalement tournée vers l'amélioration :

Du confort hôtelier avec le développement de la couleur, du drap housse "maillé", de la housse à enduction de polyuréthane.

De l'hygiène avec l'oreiller à enveloppe bactéricide, la couverture en polyester lavable à températures élevées

De la sécurité, notamment vis-à-vis des risques d'incendie (oreiller et couverture « non feu »)

Des produits permettant la rationalisation de l'utilisation et de l'entretien sont également apparus (alèse simplifiée, taie réversible ...)

⁶ Annexe 1: Fiches produits

Pour **la sécurité du personnel**, les progrès techniques ont également permis d'élaborer des vêtements adaptés à la fois aux contraintes professionnelles mais également à l'hygiène. L'utilisation du polyester coton (PC), maintenant généralisée, a permis de réaliser des économies substantielles sur les achats et l'entretien (de l'ordre de 30 à 40 %), tout en assurant un bon compromis entre la facilité d'entretien, le confort d'utilisation et les prix. Les textiles employés sont essentiellement le "**poly coton 2/3 – 1/3**" (2/3 de polyester et 1/3 de coton) et, à un degré moindre, le "**poly coton 50/50**". Mais on peut présager d'une tendance vers le polyester 100 %, avec des tissus de haute technologie, encore très coûteux à ce jour. Concernant plus particulièrement **le personnel travaillant en blanchisserie**, le risque d'infection nosocomiale liée au linge existe. On relève dans la littérature une transmission nosocomiale à trois personnes d'une blanchisserie d'une clinique chargées du **tri du linge souillé** par des selles de patients infectés de gastro-entérite à *Salmonella*. **La contamination de l'environnement** est par ailleurs à surveiller. On peut noter, à titre d'exemple, qu'une épidémie de teigne (*Trichophyton tonsurans*) a été transmise à deux agents qui n'ont pas eu de contact direct avec les patients infectés. Le linge a probablement été le vecteur de contamination. L'exposition à cette contamination aérienne, plusieurs heures par jour, du personnel chargé du tri l'exposerait, outre au risque de contamination, à **une pathologie liée à des effets non infectieux imputables aux micro-organismes** : réactions immunoallergiques, irritatives, toxiques ou cytotoxiques responsables de manifestations respiratoires et de manifestations fébriles. **Ainsi, la contamination microbiologique du linge sale est importante et doit faire considérer sa manipulation comme un geste hautement septique nécessitant des précautions importantes.**

Il convient cependant de préciser que l'infection du personnel de blanchisserie est rare, les médecins du travail ne relèvent pas plus d'absentéisme dans ce secteur pour maladie infectieuse que dans les autres. Néanmoins, une vigilance particulière s'impose pour éviter toute contamination croisée. Au même titre que le reste du personnel hospitalier, une visite médicale annuelle est réalisée. Les vaccinations (BCG, Hépatites A et B, D.T. polio, typhoïde et paratyphoïde) seront contrôlées.

Hormis le problème infectieux, la sécurité des travailleurs est intégrée au Centre Hospitalier d'Alès dans une prise en charge globale sous la forme d'un dossier unique sur tout l'établissement, ce dossier est suivi par la Direction des Ressources Humaines qui travaille en collaboration avec la médecine du travail et la direction des soins. Pour le personnel de blanchisserie, la volatilité des fibres textiles fait l'objet de mesures de précaution pour une meilleure protection du personnel. Ainsi, le nettoyage régulier de la blanchisserie est valorisé. Il est par ailleurs interdit de fumer dans les locaux et des campagnes anti-tabac sont régulièrement assurées auprès du personnel.

Une prise en compte des différents risques est nécessaire afin d'organiser une réelle politique qualité au sein d'un établissement de santé.

La certification en blanchisserie introduit la notion de qualité en s'appuyant sur des **critères**

objectifs quantifiables. Ces critères prennent en compte les différents paramètres propres à chaque type de fonctionnement. Au sein des établissements de santé, trois niveaux de qualité différents sont identifiés. La notion de **linge propre**, à l'hôpital, est ainsi définie selon la norme AFNOR NF-G07-172 (1995) : c'est un linge qui présente une contamination inférieure à **12 UFC /25 cm² (soit 8 UFC/16cm² : gélose contact)**. On parlera également de **linge de qualité microbiologiquement maîtrisée** : c'est un linge pour lequel on ne tolère aucun germe hospitalier à l'origine des infections nosocomiales dans cette marge de 12 UFC/25 cm² ou pour lequel le taux de contamination est $\leq 5 \text{ UFC} / 25\text{cm}^2$. Ces différents critères reposent sur une analyse bactériologique rigoureuse et régulière de lots de linge tel que l'exige la méthode RABC. Enfin, **le linge stérile** est un linge pour lequel le seuil de contamination est strictement inférieur à 5 UFC/ 25 cm².

Outre ces valeurs numériques, l'objectivation des risques repose sur une parfaite connaissance du niveau de qualité attendu. Celle-ci est fonction du niveau de risque lié à l'utilisation du linge. Quatre niveaux différents sont identifiés :

- Très élevé : bloc opératoire, services à très haut risque
- Élevé : services hospitaliers
- Moyen : long séjour
- Faible : services non soumis à la contamination

Au C.H. d'Alès, seul le linge du bloc opératoire devra répondre à taux de contamination inférieur à 2 UFC/ 25cm², le reste du linge entre dans la catégorie du linge de qualité microbiologiquement maîtrisée (< 5UFC/25 cm²).

➤ ***Une démarche participative des différents acteurs***

L'objectif de la gestion des ressources humaines en blanchisserie s'intègre dans une politique volontariste d'efficience et tient compte à la fois des effectifs nécessaires à la continuité du service public et à la recherche de personnes répondant aux profils de postes préalablement définis afin de créer une dynamique.

Les effectifs en blanchisserie sont variables et directement liés à la productivité ; Ainsi, le prix de revient du linge au kilo est un indicateur susceptible de donner des informations sur un éventuel sur ou sous effectif. En effet, à ALES, le coût de production relève pour 57% des coûts de personnels. La blanchisserie comprend, 19 postes d'ouvriers, 1 poste de maintenance et 1 poste réservé au transport. En ce qui concerne le rôle spécifique des personnels en blanchisserie, plusieurs aspects doivent être pris en considération :

- La reconversion des personnels : Celle-ci devient essentielle de par l'évolution même du travail au sein des blanchisseries. Le passage à des machines beaucoup plus complexes (tunnels de lavage, sécheuses...), la robotisation et l'informatisation, la mise en place d'une marche en avant, sont autant de paramètres qu'il faut introduire auprès d'un personnel qui n'a pas au

départ une formation spécialisée.

- **La motivation** : **La blanchisserie hospitalière a pendant longtemps été un lieu de reconversion de personnel démotivé** et incapable d'assurer des fonctions dans les services de soins. Un tel fonctionnement explique en partie la démotivation des agents souvent en proie à un fort absentéisme. L'obligation de résultat qui pèse aujourd'hui sur l'ensemble des services logistiques hospitaliers, a pour effet une complète révision de ce type de politique, ce que souligne la DHOS. Le personnel de blanchisserie a une fonction spécialisée qui tend à définir un rôle propre dont l'aboutissement repose sur une forte conscience professionnelle s'appuyant sur une réelle motivation.
- **L'adaptation** : Le travail en blanchisserie est très fluctuant. Il devient important de trouver des solutions innovantes afin de palier cette variabilité des flux. Le système RABC, en imposant de nouvelles contraintes d'hygiènes, activité chronophage mais modulable, peut être utilisé comme variable d'ajustement.

Si l'entrée dans une démarche participative est directement liée à une volonté de l'encadrement, la gestion des ressources humaines joue un rôle essentiel dans l'impulsion de cette dynamique en créant initialement **un contexte favorable**. La sécurité des patients et des personnels, si elle repose sur une prise en compte des risques, ne sera effective qu'à travers un engagement de l'ensemble des acteurs hospitaliers.

La filière linge hospitalière doit aujourd'hui répondre à des impératifs à la fois qualitatifs et financiers. Son organisation doit donc être repensée et s'intégrer dans une démarche projet.

1.2 L'intégration de la RABC dans une démarche projet

La méthode RABC en blanchisserie est avant tout un outil de mise en œuvre **d'une démarche projet clairement identifiée et consensuelle** qui s'appuie sur **une organisation rigoureuse**.

1.2.1 Un projet identifié et consensuel

La démarche projet s'appuie sur une parfaite connaissance de son outil de travail de façon à aboutir à la concrétisation de ce projet et ce par l'application de la méthode RABC. Cette démarche s'inscrit dans **un processus consensuel**, volontariste afin de requérir la plus grande rigueur professionnelle.

1.2.1.1 Mise en œuvre de la démarche projet

Cette mise en œuvre est conditionnée par une maîtrise de son outil de travail, pré requis

incontournable à l'aboutissement du projet guidé par la démarche RABC.

➤ **Une parfaite connaissance de son outils de travail**

Cette connaissance s'appuie sur une étude des organisations et des postes de travail, l'identification des exigences des utilisateurs et des risques tant qualitatifs que quantitatifs, la maîtrise des textiles utilisés.

L'étude des organisations s'appuie sur l'identification de différentes étapes de traitement du linge:

La collecte et le transport du linge sale : cette étape relève au C.H. d'Alès de la blanchisserie. Actuellement, le linge sale est collecté par chariots, stocké au sous-sol de l'établissement et acheminé par camions 3 fois par jours pour le MCO et 2 fois par jour pour les maisons de retraite. A la blanchisserie, il est stocké au maximum 3 jours et demi (fériés) en attente de traitement.

Le pesage et le comptage du linge sale : Le pesage du linge sale s'effectue de façon systématique avant tout traitement. Il donne des indications quantitatives exploitées dans la gestion des flux. Il n'existe pas cependant de comptage individuel des articles.

Le stockage du linge sale : Enfermé dans des sacs de couleur en fonction des catégories de linge (drap, petit plat, couverture, vêtement professionnel, bloc,) le stockage du linge sale s'effectue à l'entrée de la blanchisserie. Le rang de classement n'est pas respecté selon le principe du « premier entré, premier sorti » pour des problèmes de place. Une solution adaptée devra être envisagée de façon à répondre à la certification en blanchisserie.

Le tri du linge sale : Bien qu'il soit aujourd'hui recommandé d'effectuer un tri du linge propre plutôt que du linge sale, ce choix plus contraignant en ce qui concerne le pré tri dans les services, n'a pas été retenu à l'hôpital d'Alès. Il n'est pas à déplorer par ailleurs un absentéisme particulier du personnel affecté au tri du linge (ceci peut s'expliquer par la rotation du personnel).

Le lavage essorage : il s'effectue selon deux processus distincts qui tiennent compte à la fois du type d'articles traités et des quantités (Cf. fiche technique, annexe 3). L'utilisation de la revaporisation des condensats issus du séchage a permis par ailleurs d'effectuer des économies d'énergie par un réchauffement propice à la préparation de la solution mère, de la lessive et des eaux de lavage. Cette récupération des condensats fait partie d'un programme de développement initié par l'Agence de l'environnement et de la maîtrise de l'énergie (ADEME) et réalisé par une collaboration entre le Centre Textile de la Teinture et du Nettoyage (CTTN) et l'Institut de Recherche sur l'Entretien et le Nettoyage (IREN).

Le séchage: la sècheuse repasseuse est utilisée pour le grand plat et le petit plat ; le tunnel de finition traite les vêtements professionnels et le linge en forme (chemise malade) ; les séchoirs gaz sont utilisés pour le linge à sécher (éponge, sous vêtements, filets de lavage et couvertures).

Le pliage : Il est en partie effectué manuellement (filets de lavage et couvertures) sauf pour le grand plat (45% du linge traité) le petit plat (10%), le linge en forme (15%) et les éponges.

Le transport du linge propre : il est assuré par la blanchisserie. Il s'effectue par camions préalablement nettoyés et désinfectés. Le linge est rangé dans des armoires communément appelées « rolls ». Il n'est pas prévu de conditionnement sous film du linge traité. Le Centre Hospitalier d'Alès a fait le choix de traiter le linge propre avec un produit rémanent, le "CLAX SEPT", qui, ajouté dans la dernière eau de lavage, inactive les souches bactériologiques et évite la recontamination du linge lors des manipulations pendant 72 heures et ce quelque soit la température extérieure. Ce produit bactéricide à effet rémanent est certifié conforme par l'AFNOR. L'intérêt d'un tel procédé est l'absence d'humidité souvent entretenue par le conditionnement sous film et propice au développement des moisissures. Les films microporeux présentent un risque de contamination plus important que les deux autres principes. Le linge en forme est livré plié.

Le stockage :

- **du linge propre** il est empilé sur des plateaux avant d'être positionné sur le stockage dynamique ; il sera ensuite distribué dans les armoires de dotation des services. Le comptage systématique du linge à cette étape permet au C.H. d'Alès d'avoir une parfaite connaissance du linge en circulation.
- **Du linge neuf :** Une pièce est spécialement destinée au stockage du linge neuf ou propre non utilisé.

Le marquage : Il est systématisé par l'utilisation de puces électroniques pour les vêtements professionnels, et par une identification textile « GIP Les Blanchisseurs Cévenols »

Un travail d'interfaçage informatique est actuellement en cours de façon à optimiser la gestion des stocks en blanchisserie. En ce qui concerne les articles à usage unique ainsi que la stérilisation du linge, c'est le bloc opératoire qui a en charge leur gestion. Le linge à stériliser est nettoyé en blanchisserie

Cette organisation respecte deux axes essentiels que sont l'identification des exigences des utilisateurs et l'évaluation des risques encourus par les usagers.

En ce qui concerne **l'exigence des utilisateurs**, la mission que doit se fixer un établissement prestataire de services est de répondre de manière adaptée (fonctionnement régulier ou dans l'urgence) à la demande, qu'elle provienne des services internes ou externes. La blanchisserie de l'hôpital d'Alès traite en effet le linge de 9 autres établissements. Ainsi, comme le recommande la DHOS⁷, « *La maîtrise du processus de traitement commence donc par la définition du **cahier des charges** précisant le niveau d'exigence de chacun de ces utilisateurs et la capacité des acteurs de la fonction linge à les satisfaire* ». Pour chaque point de contrôle, les limites critiques ainsi que les points de tolérance sont établis.

Au niveau **qualitatif**, les données à prendre en compte sont : une réponse adaptée aux différents besoins en fonction des évolutions des produits, des modes d'entretien et de la typologie des articles (linge hospitalier, linge d'entretien des surfaces, tenues des hospitalisés et des

⁷ Guide méthodologique en blanchisserie hospitalière publié en 2002 par la DHOS

professionnels). Un respect strict de l'hygiène à tous les niveaux de la fonction linge s'impose également. Les différents cycles de lavage sont alors clairement identifiés, ils répondent chacun à des protocoles spécifiques définis afin d'assurer une diminution de la charge microbienne pour qu'elle soit acceptable et sans dangers sur la santé⁸. L'analyse qualitative est complétée par l'analyse des risques et la définition des points de maîtrise (local spécifique de stockage du linge, étude des circulations du linge et du personnel, séparations fonctionnelles, durée de stockage, qualité microbiologique des eaux, des produits de lavage, temps de lavage, durée entre lavage et finition)

Au niveau **quantitatif**, l'accent mis sur l'hygiène a eu pour conséquence une forte augmentation des dotations en linge, tant pour ce qui touche le linge hospitalier que celui du personnel. Une optimisation de la fonction linge passe alors par une gestion rigoureuse basée sur une étude des flux et des spécificités de chaque secteur d'activité. Le fait d'assurer un service extérieur a contraint l'Hôpital d'Alès à stocker dans chaque établissement une réserve de linge ou stock tampon, de façon à garantir une continuité de fonctionnement en cas d'imprévu.

Afin de procéder à l'**analyse des risques**, il convient de les identifier à chaque étape de prise en charge du linge:

Collecte du linge sale : Il existe à ce niveau un risque de contamination accru des patients, du personnel et de l'environnement.

Conditionnement du linge sale : La qualité de l'emballage est primordiale et conditionne la prise de risques. Le nettoyage des chariots intervient également dans le risque de contamination des sacs de linge.

L'évacuation et le stockage du linge sale : Des risques de contamination sont à craindre pour le personnel et l'environnement. Le risque est d'autant plus important lorsque le patient est contaminé. En ce qui concerne le stockage du linge, celui-ci doit s'effectuer en lieu clos et à l'abri des animaux.

Transport du linge sale vers la blanchisserie : Une problématique identique que pour l'évacuation et le stockage du linge est mise en valeur. Chaque étape du transport doit être prise en considération (chargement du linge, parcours, déchargement, nettoyage du camion.) Un risque spécifique de contamination croisée du linge propre et du linge sale devra être écarté.

Réception du linge : La manipulation du linge doit impérativement s'effectuer par ordre d'arrivée afin d'éviter tout stockage prolongé de sacs. Cette phase présente un risque particulier de contamination du personnel au contact du linge sale. Un tel risque a été évacué notamment dans les pays du nord de l'Europe par le passage à un tri du linge propre. Ceci suppose une rigueur dans le pré tri réalisé en amont dans les services de soins, ainsi que l'achat d'un scanner dédié à la détection de matériels oubliés dans le linge. La découverte de corps étranger conduit par ailleurs à un tri du linge sale.

⁸ Annexe 1 : exemple de fiche produit

Le tri du linge : Il devient alors essentiel d'analyser les risques de blessures et de contamination liés au tri du linge sale. Le personnel peut également devenir vecteur de contamination. Il convient d'être vigilant sur la limitation de stockage du linge sale trié.

Enfin, la prise en compte des textiles est incontournable : une étude comparative réalisée par le Centre de Coordination de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CCLIN) OUEST a permis de mettre en valeur l'impact de la nature des tissus, de la texture et de la forme des articles sur l'hygiène. Les fibres naturelles, coton notamment, sont hydrophiles et absorbent l'humidité, à l'inverse des fibres synthétiques, en particulier du polyester qui est une fibre hydrophobe. Des produits présents sur le tissu soit logiquement (apprêt par exemple) ou soit accidentellement (taches, salissures,...) peuvent permettre un développement des microorganismes. Les textiles sont constitués d'éléments unitaires de petite dimension qui s'échappent du textile. Ce « relargage particulaire » entraînant des bactéries est nettement plus important lorsque les fils sont réalisés avec des fibres (coton, mélange intime coton/polyester) qu'avec ceux constitués de filaments continus. Ces derniers sont privilégiés pour la confection des articles entrant au bloc opératoire. Cette prise en compte des tissus est aujourd'hui valorisée par les industriels qui proposent des produits de plus en plus performants (micro poreux) mais dont la qualité barrière est difficile à évaluer. Le CCLIN OUEST, en définissant les différents types de tissus à usage hospitalier, a établi des critères susceptibles de guider les choix des utilisateurs. Au CH d'Alès, le choix s'est effectué après des tests de lavage, de séchage et de stabilité dimensionnelle à partir d'échantillons fournis à cet effet. Les variations entre les différentes tenues sont liées à un choix des professionnels pour une qualité de textile équivalente.

➤ ***La concrétisation du projet par la méthode RABC***

La démarche projet initiée par l'établissement de santé est en mesure de se concrétiser et ce par la mise en œuvre de la RABC en blanchisserie. Celle-ci devra s'intégrer dans la démarche déjà initiée et permettre une pérennisation de cette démarche qualité par la réalisation d'une banque de données, point d'ancrage et de continuité du processus d'action.

La méthode RABC (Risk Analysis and Biocontamination Control) est un processus qui intègre le référentiel de bonnes pratiques professionnelles « BP G07 – 223 » relatif aux textiles traités en blanchisserie, ce document s'inscrit lui – même dans la démarche de la norme NF EN 14065 qui décrit les bonnes pratiques liées à la qualité microbiologique des textiles à appliquer dans les blanchisseries. Cette norme homologuée en Mai 2003 instaure un système de maîtrise de la biocontamination par une analyse des risques pour permettre d'assurer continuellement la qualité microbiologique des textiles traités. Enfin, un guide d'application de la norme NF EN 14065 paru en 2003, le guide G 07-224 « Qualité hygiénique des textiles traités en blanchisserie » a été élaboré sous l'égide de l'AFNOR et vérifié par la commission de normalisation française T72E. Ce

document décrit les lignes directrices pour l'application de la norme NF EN 14065.

<p align="center">BP G 07 – 223 Bonnes pratiques</p>	<p align="center">Norme NF EN 14 065</p>	<p align="center">G 07-224 Guide d'application</p>
<p align="center">1. LES LOCAUX</p> <p><u>1.1</u> Répartition des locaux par zones <u>1.2</u> Maîtrise des flux d'air <u>1.3</u> Equipements de points d'eau <u>1.4</u> Revêtements et matériaux de construction <u>1.5</u> Entretien des locaux</p> <p align="center">2. LE PERSONNEL</p> <p><u>2.1</u> Tenue vestimentaire <u>2.2</u> Hygiène des mains <u>2.3</u> Les règles de circulation <u>2.4</u> Formation</p> <p align="center">3. LES MATERIELS</p> <p><u>3.1</u> Transport du linge <u>3.2</u> Réception, entreposage et convoyage du linge sale avant lavage <u>3.3</u> Lavage <u>3.4</u> Séchage et finition</p> <p align="center">4. LE NETTOYAGE DES MATERIELS ET DES LOCAUX</p>	<p>Système de maîtrise de la biocontamination en blanchisserie</p> <p>Système de management de la qualité Méthode RABC</p> <ul style="list-style-type: none"> - Engagement de la direction - Equipe RABC - Condition préalable: BP G 07-223 - Utilisation finale prévue du textile - Diagramme des flux - Processus - Formation <p>7 principes généraux de la maîtrise de la biocontamination</p>	<p>Application des 7 principes de la mise en œuvre du système RABC</p> <p>Principe 1 Liste des dangers microbiologiques et des mesures de maîtrise</p> <p>Principe 2 Détermination de points de maîtrise</p> <p>Principe 3 Etablissement des niveaux cibles et limites de tolérance pour chaque point de contrôle</p> <p>Principe 4 Etablissement d'un système de surveillance pour chaque point de contrôle</p> <p>Principe 5 Etablissement des actions correctives</p> <p>Principe 6 Etablissement des procédures de vérification du système RABC</p> <p>Principe 7 Etablissement du système de documentation</p>

La réalisation d'un tel projet s'appuie au CH d'Alès sur un programme triennal de mise en place du système RABC s'intégrant dans la démarche qualité de l'établissement :

▪ **Année 2004** = audit des locaux sur 5 jours :

⇒ Audit de conformité (bâtiment, installations, équipements, accès aux zones de production, hygiène, gestion des déchets, réception, stockage, expédition, maîtrise de la qualité de l'air, alimentation en eau, nettoyage et désinfection, personnel)

⇒ Analyse des points critiques photos à l'appui (structurels, organisationnels, fonctionnels, humains)

⇒ Synthèse et hiérarchisation des actions prioritaires

= 3 jours de formation à la mise en place du système RABC

= les contrôles de surfaces afin de valider les cycles de lavage

▪ **Année 2005** = audit des locaux sur 5 jours (conduite identique à celle de 2004)

12 jours d'application et d'accompagnement à la mise en place du système RABC

- **Année 2006** = 7 jours d'application et d'accompagnement au système RABC.
= 2 jours de formation pour la mise en place du système RABC.

En 2006, le CH d'Alès doit avoir intégré dans son fonctionnement toute la procédure de la démarche RABC. Si en effet, la mise en œuvre de cette démarche est planifiée sur 3 ans, chaque année, une évaluation générale sera en mesure de définir les orientations pour l'année suivante. Un tel mode d'action est le garant d'une pérennisation de la méthode RABC. **La gestion documentaire**, finalisation et valorisation de cette démarche, est assurée par la Direction de la qualité et les services d'hygiène hospitalière au CH d'Alès, relayés par le CLIN. La banque de données intègre des outils et des méthodes à l'origine d'un contrôle qualité basé sur la définition **d'indicateurs qualité** qui selon le manuel du Professeur Roussel sur l'évaluation de la qualité⁹ constituent des « *données objectives décrivant une situation d'un point de vue quantitatif.* » Elle comprend également **l'audit qualité**, « *processus méthodique, indépendant et documenté, (...) permettant d'évaluer les critères d'audit.* » Cette banque de données sera ensuite complétée par des **repères normatifs bibliographiques**. Au CH ALES, sa constitution se réalise au fur et à mesure des audits et des analyses bactériologiques effectuées. Les corrections à apporter y sont mentionnées, suivies d'un calendrier correctif et de la programmation d'audits et d'analyses ultérieures. Elle s'intégrera dans le système d'enregistrement et documentaire établi lors de la certification RABC.

1.2.1.2 Un projet consensuel

La démarche RABC s'intègre dans **un projet volontariste** qu'il est essentiel de pérenniser dans la mesure où il valorise **une rigueur professionnelle**.

➤ **Un processus volontariste à pérenniser :**

L'association d'une dynamique interne et d'un pilotage externe ne peuvent pas faire l'économie de la mise en place d'un processus volontariste basé sur **une étroite collaboration entre les différents intervenants**. La pérennité de leur action sera soutenue par une sensibilisation et une formation continues ainsi que par une évaluation constante destinée à faire évoluer le projet.

La démarche RABC ne peut se concevoir que si elle s'appuie sur une action volontariste et si elle repose sur une adhésion à la fois de la direction et de l'ensemble du personnel. A ce titre, une information et une sensibilisation de tout le personnel hospitalier s'avère indispensable. Au C.H. d'Alès, une présentation relative à la mission confiée à la société de certification a été faite aux instances (CA, CME, CTE, CHSCT, CLIN). Une diffusion sur un site intra net est également prévue. Au sein de la blanchisserie, un contrat entre responsable et chef de projet a été passé de

⁹ Management de la qualité et des risques dans les organisations de santé : évaluation de la qualité (manuel ENSP, P. ROUSSEL/ Juin 2004)

façon à apporter une lisibilité accrue. Pour ce qui est du fonctionnement hospitalier, une sensibilisation s'impose. Ainsi, **le pré-tri du linge réalisé dans les services de soins correspond désormais à une première étape du traitement du linge**. Le personnel des services sera donc associé à l'équipe RABC. Dans le cadre de la politique de gestion des risques, tout dysfonctionnement dans le tri du linge au sein des services de soins est recensé sur une fiche d'incidents.

La certification en blanchisserie est conditionnée par la volonté d'entrer dans une démarche collective dépassant les frontières de la sectorisation entre les services de soins et les services logistiques.

Un point incontournable est la formation et la sensibilisation de **l'ensemble du personnel de blanchisserie** à l'hygiène (hygiène corporelle¹⁰, tenue et la protection du personnel, lavage simple et antiseptique des mains, notion de transmission et de contamination croisées, principe de la marche en avant). Cette formation relative à l'hygiène est complétée par une formation professionnelle continue assurée en interne par l'intervenant responsable de la mise en place de la RABC dans l'établissement, et en externe par le suivi de formations intégrées dans le plan annuel de formation et révisé chaque année. **Le référentiel ISO 9001-v2000** préconise une formation initiale et professionnelle pour tout personnel effectuant un travail ayant une incidence sur la qualité d'un produit. Aujourd'hui, si la formation professionnelle est valorisée dans le cadre de la RABC, il n'est pas encore demandé de formation initiale.

La formation du personnel soignant

Tout nouvel embauché doit bénéficier d'une formation à la manipulation du linge propre et du linge sale. Cette formation doit se répéter régulièrement dans les services de soins ou dans les unités médicotechniques. Elle peut se faire à l'aide de supports écrits (affichettes, procédures écrites...) ou audiovisuels (diaporamas, films...). Elle a pour fonction de sensibiliser le personnel soignant au tri du linge au lit du malade, au respect des règles de sécurité vis-à-vis des objets « piquants, coupants, tranchants » qui doivent être éliminés immédiatement après usage dans un container adapté, à l'interdiction de placer des draps pliés ou noués dans des sacs à linge sale, ou avec des sparadraps, à la manipulation du linge propre avec des mains propres, à l'interdiction de faire un usage détourné de certaines pièces de linge, à la connaissance de la conduite à tenir en cas d'accident d'exposition au sang. Cette formation concerne les infirmières, les aides-soignants et auxiliaires de puériculture, les ASH, les cadres de santé qui sont les garants au sein des unités de la bonne application de ces différentes règles d'hygiène.

La prise en compte de l'hygiène du linge à l'hôpital ne peut être cohérente que si elle s'adresse à l'ensemble des acteurs hospitaliers.

¹⁰ Code du Travail – Décret 92-333 du 31 mars 1992 – sous section 2 – Article R 232-2-4

Une évaluation continue sera mener afin d'améliorer ou de corriger des pratiques défailtantes. Cette évaluation comprend un contrôle interne dont la périodicité est préalablement déterminée par l'établissement et un contrôle externe obligatoire et à même d'officialiser la démarche qualité RABC.

Le contrôle interne, défini par le pilote du projet et validé par le Directeur, comprend un contrôle bactériologique du processus lessiviel et des paramètres qui influencent l'activité du processus lessiviel. Dans cette optique, on se limite généralement à l'examen chimique et physique de l'eau et à l'influence du processus lessiviel sur des échantillons de tissu (action nettoyante, usure, grisonnement...). Une qualité non visible du lavage est cependant son pouvoir germicide : ce dernier ne peut être mesuré que par une analyse microbiologique. On détermine principalement l'activité germicide du lavage en examinant, dans chaque lessiveuse et pour les différents cycles lessiviels possibles, l'influence sur une contamination artificielle. Il est toutefois aussi important de vérifier par une inspection sur place si les règles d'hygiène sont respectées, et surtout si aucune recontamination du linge après lavage n'est possible (par exemple, durant le transport). Les opérateurs réalisent des contrôles réguliers. L'ensemble des opérations de contrôle fait l'objet de procédures écrites. Ces dernières prévoient la valeur limite acceptable et la conduite à tenir en cas de non-conformité du paramètre contrôlé. Les résultats des différents contrôles sont systématiquement enregistrés, un bilan annuel est réalisé. Ce bilan permettra une révision des cibles et tolérances. A ce contrôle interne est associé **un contrôle externe** assuré par le Comité d'Hygiène Hospitalière qui vérifie le traitement du linge sale et les conditions de distribution du linge propre. Le rapport de ces contrôles ainsi que les résultats des examens microbiologiques sont consignés dans le registre du Comité d'Hygiène Hospitalière.

➤ **Une rigueur professionnelle :**

L'homogénéisation des pratiques est conditionnée par **la définition de la place de chaque acteur** avant l'application d'une **méthodologie claire et formalisée**.

Cette définition met en valeur le rôle de l'ensemble de ces acteurs hospitaliers. En effet, outre le personnel travaillant en blanchisserie et dont le rôle est clairement défini, chaque membre du personnel doit être sensibilisé à l'organisation de la filière linge et aux précautions à respecter de façon à limiter les dysfonctionnements intervenant essentiellement dans les interfaces entre professionnels soignants et professionnels de blanchisserie.

Les infirmières ont ainsi de par la réglementation et leur statut des règles professionnelles à respecter. L'article 11 du décret n° 93-221 du 16 février 1993 stipule : «*L'infirmier ou l'infirmière respecte et fait respecter les règles d'hygiène dans l'administration des soins, dans l'utilisation des matériels et dans la tenue des locaux.* » Ces règles d'hygiène se retrouvent dans le circuit du linge hospitalier : ramassage du linge sale et acheminement vers la blanchisserie, manipulation du linge propre, tenue des locaux de stockage. Si les infirmiers ont des règles d'hygiène à respecter, il en va de même pour **les aide-soignants** ou **les aides puéricultrices** dont Le programme de

formation d'après le décret n°94-626 du 22 juillet 1994 prévoit un enseignement d'hygiène (commun aux aides-soignantes et auxiliaires de puériculture) comprenant entre autres les infections nosocomiales et l'étude des circuits. Au cours des soins qu'elle dispense, l'aide-soignante est amenée à manipuler du linge propre et du linge sale : réfection de lit, toilette, habillage. Les aides-soignants et les auxiliaires puéricultrices dans le cadre de leurs compétences, en relation avec la fonction linge, sont habilités au change et à l'évacuation du linge, à la réfection des lits, au change des draps et des alèses, à la surveillance du matelas anti-escarres. Ces équipes sont sous la responsabilité d'un **cadre de santé** garant de l'application des procédures validées en cohésion avec la blanchisserie, de l'évaluation et 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, de la valorisation et la circulation de l'information (écoute des suggestions, réunions, affichage d'outils d'information...). Cette dynamique de travail suppose une réflexion d'équipe ainsi qu'une délégation de responsabilités à des personnes référentes. Il portera enfin une attention toute particulière aux remarques des usagers (questionnaire de sortie), pour contribuer à l'amélioration de la qualité des prestations soignantes. **Chaque maillon de la chaîne du linge a son importance car il est intégré au même processus dans le cadre de la démarche qualité.**

C'est dans ces conditions que sera appliquée une méthodologie claire et formalisée. La méthode, d'après l'ANAES¹¹, est « l'ensemble plus ou moins structuré de principes. Ces principes orientent les démarches et les techniques employées pour parvenir à un résultat. Parfois le mot « méthode » est employé dans le même sens que le mot « technique » : ensemble des démarches raisonnées suivies pour parvenir à un but. Ainsi on parle de méthode de résolution de problème et aussi de technique de résolution de problème. La notion de méthode fait référence aux concepts et principes qui fondent la technique ». La méthode RABC revêt quatre phases :

1) Les pré-requis :

L'engagement de la direction : Il s'agit de définir une politique qualité, de mettre en place le système qualité, de mettre à disposition les ressources nécessaires, de mobiliser l'ensemble du personnel et de l'informer de la mise en œuvre de la démarche tout en sensibilisant l'équipe concernée.

L'Equipe RABC : Elle se compose du responsable du site, des représentants de chaque activité ou secteur d'activité, d'un responsable technique, de responsable qualité, d'experts (en microbiologie, chimie, ..).

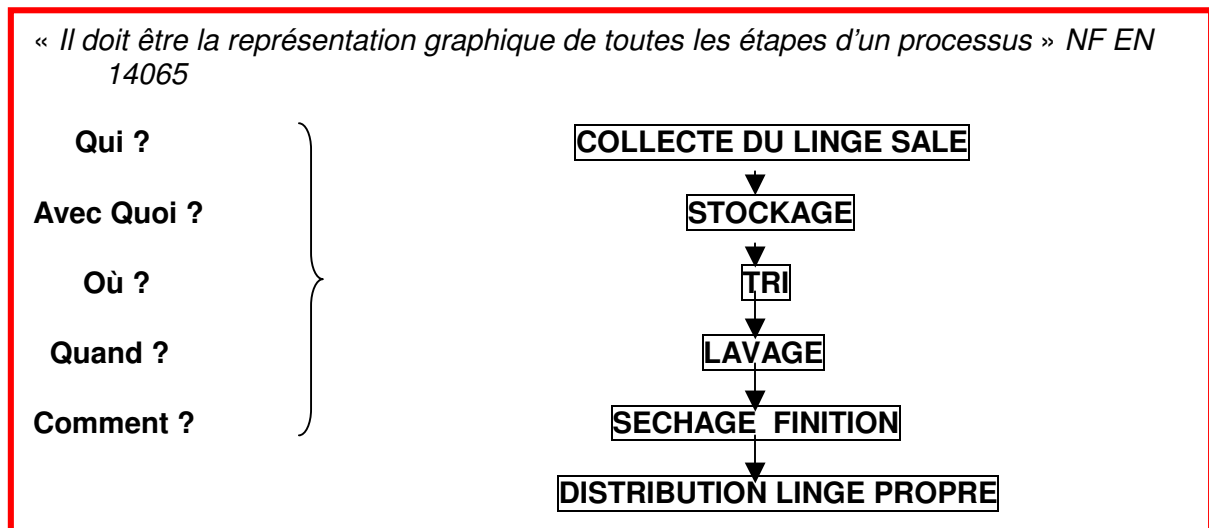
Les installations et l'environnement de travail :

« Identifier, fournir et entretenir les facteurs physiques et humains de l'environnement de travail pour obtenir la maîtrise de la biocontamination. » NF EN 14065. Il s'agit de définir la qualité attendue, elle est fonction du niveau de risque lié à l'utilisation du linge (risque très élevé au bloc,

¹¹ ANAES / Service évaluation en établissements de santé / Juillet 2000

élevé en hospitalisation MCO, moyen en long séjour). Il en ressort trois niveaux de qualité (linge stérile, linge de qualité microbiologique maîtrisée et linge propre).

2) Diagramme des flux



3) L'étude RABC

- Elle doit être revue chaque année par le groupe de travail : en analysant les enregistrements, puis en révisant les cibles et tolérances si nécessaire, en modifiant les enregistrements et en enregistrant les changements de matériels, etc.
- La 1ère année, il est préférable de revoir le système régulièrement afin de vérifier la bonne mise en place

4) Le suivi :

- **Les procédures** : Elles définissent le but d'une activité et doivent répondre aux questions: qui, quoi, où, quand et éventuellement, comment et combien. Elles donnent lieu à l'établissement de documents d'enregistrement qui détailleront les résultats de ces activités. Elles correspondent à un niveau général d'organisation. Elles sont obligatoires dans tout système qualité.
- **Les instructions de travail ou modes opératoires** (façon pratique de mener à bien une tâche spécifique)
- **Les enregistrements** : Ils sont essentiels pour apporter la trace de ce qui a été exécuté, conformément aux procédures ou aux modes opératoires.

Cette étude suivra le cycle vertueux d'une démarche qualité : PLAN-DO-CHECK- ACT dite méthode PDCA. Une telle organisation a déjà fait ses preuves lors de la mise en place de la démarche HACCP à l'unité de production culinaire du C.H. d'Alès.

1.2.2 Une organisation rigoureuse

La certification RABC est un outil incontestable permettant une institution rigoureuse de la démarche qualité en blanchisserie. Sa valorisation n'est toutefois possible que si elle est le fruit d'un **pilotage précis tant interne qu'externe** capable d'apporter **une réponse adaptée aux impératifs modernes**.

1.2.2.1 Un pilotage précis

Le garant de la certification est la dynamique interne qui l'initie. Le Centre hospitalier d'Alès a fait le choix d'opter pour **l'intervention de professionnels extérieurs**.

➤ *Une dynamique interne*

Il est essentiel de mesurer l'importance du rôle moteur des promoteurs d'un projet. Pour être réaliste et réalisable, ce promoteur devra veiller à ce que **le projet s'intègre dans le milieu** dans lequel il est destiné à évoluer, **en tenant compte des individualités** de façon à appréhender au mieux **le rôle de chaque acteur du projet**.

Les établissements hospitaliers ont chacun leur propre politique qualité. Celle-ci s'appuie sur une conduite de procédures spécifiques. Dans un souci d'efficacité et de cohérence générale au sein de l'hôpital, il est souhaitable que la démarche amorcée lors de la mise en place de la certification soit en parfaite adéquation avec les pratiques déjà existantes. En ce sens, il apparaît essentiel de prendre en compte l'organisation établie. Si des insuffisances sont constatées, la démarche de certification peut alors conduire à une réflexion sur la politique qualité et sur ses limites. Une centralisation des différentes vigilances et de la sécurité dans son ensemble sont aujourd'hui préconisées. Il paraît intéressant d'intégrer la démarche RABC dans ces vigilances. Au Centre hospitalier d'Alès, la mise en place de la RABC suivra le modèle de la méthode HACCP tout en l'adaptant aux spécificités de la filière linge. Un suivi à long terme de cette procédure est envisagé par le médecin hygiéniste et le médecin du Travail.

Le manager et le pilote du projet doivent tenir compte des facteurs humains afin de mener à bien ce projet. Une étude des comportements à partir d'outils de management peut permettre une première approche. Ainsi, la sociodynamique¹² décrite par J.C FAUVET, identifie 6 types d'acteurs : les "engagés" qui soutiennent le projet, les "concertatifs" plus réservés mais positifs, les "passifs" en dehors du projet, les "hésitants" qui seront prêts à basculer dans un sens ou dans l'autre, les "divergents" qui sont a priori défavorables au projet et enfin les ""opposants" qui sont fermement hostiles. Le rôle du responsable du projet sera de faire basculer les individus incertains en faveur

¹² La sociodynamique: un art de gouverner, FAUVET J-C (1985)

du projet et de s'attacher à motiver des personnes qui par principe se situent dans un groupe sans pour autant être opposés au projet. Une telle étude devient d'autant plus importante que la force corporatiste ou syndicale est prégnante. Une politique de communication doit être menée afin de lever les obstacles liés à l'incompréhension. Une grande clarté dans l'évolution du projet peut à elle seule être une force de conviction. **Une telle politique est facilitée par une identification précise du rôle et des fonctions de chaque acteur.** Au sein du CH d'Alès, une relation de confiance est incontestable entre l'équipe d'encadrement et les agents. Une méfiance vis-à-vis de l'administration persiste cependant, et ce en grande partie due à une tradition syndicale ancrée visant à systématiquement opposer la direction aux employés. Le responsable du projet a déjà pris en compte toutes ces particularités.

La qualité des prestations d'intervenants extérieurs est conditionnée par un positionnement clairement établi des principaux acteurs internes. Au sein de l'établissement, pour atteindre les objectifs qualité et sécurité fixés, **la Direction Générale** s'engage par écrit à mettre en œuvre les moyens humains et financiers nécessaires. La Direction doit désigner un responsable de projet RABC qui sera le relais entre l'établissement et la société externe. Ce responsable est chargé de la coordination des travaux de mise en place du système RABC, de l'organisation pratique des réunions et de l'enregistrement des travaux, de la rédaction des procédures en collaboration avec les responsables des secteurs et de l'auditeur externe. La Direction chargée du projet (Direction des Ressources Logistiques et Techniques au C.H. d'Alès) devient l'organe ressources en terme de méthodologie et d'accès à l'information. Elle définit une politique qualité selon une planification précise des différentes étapes de l'organisation de la RABC, telle que définie par le « *pilote* » du projet. Elle a un rôle fédérateur auprès de l'ensemble du personnel et est chargée de sensibiliser les individus directement concernés par la démarche. Enfin, elle a un rôle plus généraliste d'accompagnement du projet. En terme de management, la nouvelle version de l'accréditation met l'accent sur le rôle moteur du dirigeant qui doit être capable de « **prévoir, organiser, décider, motiver, évaluer.** »¹³

Au sein de la blanchisserie, le personnel d'encadrement joue un rôle essentiel de relais du projet. Son approche conditionne celle du personnel dans la mesure où elle va créer une dynamique autour de la démarche ou au contraire y mettre un frein. Pour ce qui est du cadre de proximité du C.H. d'Alès, son investissement auprès du personnel constitue un atout incontestable pour la conduite du projet. Le renouvellement récent du personnel de la blanchisserie semble être un élément également favorable à l'acceptation du changement et au respect des nouvelles mesures d'hygiène (lavage des mains, hygiène corporelle, habillement, suivi médical). L'équipe RABC est composée de cinq membres choisis parmi des volontaires de la blanchisserie. Ils ont reçu une préformation destinée à les initier à la méthode RABC et à les sensibiliser à la démarche. **L'équipe opérationnelle d'Hygiène**, associé au travail de l'équipe RABC, est mise à contribution pour ce qui

¹³ Haute autorité de santé : guide pour l'autodiagnostic des pratiques de management en établissement de santé (Janvier 2005)

est de l'élaboration et de la mise en œuvre des actions s'inscrivant dans le circuit de l'hygiène hospitalière. Une fois la RABC mise en place, ce service est indispensable à la pérennisation de cette démarche qualité par un suivi bactériologique, par une vigilance quant au devenir des effluents, par une mise à jour des plans et des procédures de nettoyage et de désinfection validés par le CLIN de l'établissement.

➤ **Un pilotage externe**

La Direction de l'établissement fait appel à un cabinet conseil externe dans le but de permettre à l'établissement d'organiser la fonction linge et la blanchisserie, intégrer la méthode RABC dans le système qualité de l'hôpital, travailler en étroite collaboration avec la Direction de la Qualité et le CLIN. Leur rôle est avant tout de guider l'hôpital dans la mise en place d'un système Assurance Qualité cohérent qui comprend l'ensemble des exigences réglementaires ainsi que les éléments des guides de Bonnes Pratiques Professionnelles. Le plan d'action repose sur **des audits** visant à évaluer la maîtrise de la sécurité de la filière linge, **des formations** de l'ensemble du personnel de la blanchisserie et de l'équipe RABC, **des réunions de travail** avec l'équipe RABC et l'animateur désigné pour mettre en place les différents moyens à développer aux différents stades de la gestion du linge, **une aide** à la réalisation pratique des procédures et des documents d'enregistrement ainsi que la gestion de la documentation du dossier RABC, **des évaluations et vérifications** de l'efficacité du système RABC grâce à de nouveaux audits adaptés. La société intervenant au CH d'Alès a ainsi rédigé un plan de travail en quinze points précisant ses objectifs à atteindre ainsi que leur expression. L'intervention de professionnels extérieurs a pour but une objectivation de la démarche. Elle introduit la notion de « *pilote* », chargé de superviser la progression des travaux et de définir en fonction des différentes évaluations, les actions correctives à mettre en œuvre. Le « Chef de projet » est selon CHAIGNEAU Y. et PERIGORD M.¹⁴, celui qui... « *mobilise les ressources pour que le groupe s'affirme, progresse vers ses buts, dépasse les obstacles intérieurs ou extérieurs.* »

La rigueur de la procédure conditionne la qualité de toute la démarche. La RABC est précédée de **pré-requis**. Ces pré-requis constituent le fondement sur lequel repose toute la démarche. Ils sont à ce titre incontournables. Ils sont de plusieurs ordres : documentaires, conceptuels, organisationnels, architecturaux, humains. **Les pré-requis documentaires**¹⁵ comprennent les exigences réglementaires concernant notamment la blanchisserie, la sécurité, les déchets. Ils se composent également des banques de données constituées par des établissements en temps que retour d'expériences. Dans le cadre particulier de la RABC, un groupe de travail¹⁶ est en train de se constituer afin de valoriser la réflexion et l'expertise sur la méthode RABC. Les pré-requis documentaires s'appuient enfin sur la formalisation retenue au sein de l'hôpital pour conduire une

¹⁴ CHAIGNEAU Y. et PERIGORD M., Du management de projet à la qualité totale, 1990.

¹⁵ Annexe 5: power point schématisant les différentes sources d'apport documentaire

¹⁶ Groupe de réflexion animé par Monsieur Y. BENANTEUR: Enseignant chercheur à l'ENSP

politique de qualité. **L'hygiène constitue un pré-requis** incontournable. Il touche Les aspects architecturaux et techniques, le personnel, les textiles, les produits et la production. Il est nécessaire d'établir un plan de nettoyage et de désinfection (produits de nettoyage et désinfection, entretien des machines de nettoyage, procédures de nettoyage et désinfection, locaux et surfaces, appareils et équipements, maîtrise de l'effet bactéricide, hygiène de base de blanchisserie) afin d'assurer une maîtrise des microbes. Le personnel sera formé en matière d'hygiène (hygiène des mains, hygiène corporelle, suivi médical, habillement du personnel). Des vérifications régulières permettront d'avoir connaissance de la maîtrise de l'hygiène et d'assurer une traçabilité pour preuve des actions établies. **Des pré-requis organisationnels** concernent les textiles pour lesquels il faut prendre en compte les spécifications, l'évaluation et le choix des fournisseurs, la maîtrise des achats. Au sein de la blanchisserie il convient d'assurer le contrôle de l'eau, l'entreposage du linge, la production, l'élimination des déchets, le transport, les conteneurs, la maîtrise des dispositifs de mesure et de surveillance. **Les pré-requis architecturaux** concernent les locaux, les installations sanitaires, l'alimentation en eau et l'évacuation des eaux usées, le système de ventilation et d'alimentation en air, le matériel de traitement.

Ces pré-requis répondent à un questionnement de type épidémiologique: QUI? Avec QUOI? QUAND? COMMENT?

Une organisation spécifique est à coordonner avant toute intervention. L'affirmation et l'explication du projet qualité paraissent à cette étape du processus incontournables. La désignation des responsabilités et du rôle de chaque acteur est établie dès le départ même si des corrections peuvent par la suite intervenir. Les impératifs architecturaux en terme d'agencement et de modification des locaux, les impératifs liés aux pratiques professionnelles sont autant de points essentiels qu'il est important de recenser parmi les pré-requis.

Les 7 principes capitaux, décrits par le guide d'application G 07-224 sont les principes fondateurs de la mise en place d'une démarche RABC en blanchisserie. **L'identification des dangers** la hiérarchisation des risques et l'évaluation des mesures de maîtrise de la bio contamination des textiles permettra une réduction tendant vers une élimination des risques ainsi que la détermination des **points critiques**. La définition de **niveaux seuils** fixera les limites qui seront contrôlées par la mise en place d'un **système de surveillance** préalablement établi. Pourront alors être définies des **actions correctrices** validées par des **procédures de vérification** du système RABC et mises à jour dans un **recueil documentaire**.

1.2.2.2 Une réponse adaptée aux impératifs modernes

L'organisation précédemment décrite apporte une réponse adaptée aux impératifs modernes car elle prend en compte à la fois les exigences de **gestion et de maîtrise des risques** et les **nouveaux objectifs des Hôpitaux**.

➤ **Vers une maîtrise des risques**

La sécurité dans les établissements de santé ne peut correspondre ni à l'absence de risque, ni au refus de la prise de risque. La sécurité maximale est recherchée par l'identification et le traitement des risques. Cette **démarche de gestion des risques** permet de rendre le risque résiduel acceptable. Elle fait l'objet d'un management spécifique impulsé par **une politique de gestion des risques** à même de **faire évoluer les pratiques professionnelles**.

Cette approche centrée sur le risque s'intègre dans une approche de management plus globale des risques (politique, organisation, suivi, gestion des compétences). **Le lien entre démarche qualité et gestion des risques repose sur les constats suivants :**

- la démarche qualité s'appuie sur un noyau de méthodes proches ou similaires à la gestion des risques (analyse de processus, résolution de problèmes, etc.) ;
- l'amélioration continue est une stratégie efficace d'amélioration de la sécurité ;
- les facteurs de réussite des deux démarches sont proches notamment dans la définition d'une politique et dans l'engagement du management au plus haut niveau. La mise en place de cette politique de gestion des risques au sein d'une institution conduit à des changements majeurs ayant une influence sur les politiques, les décisions stratégiques, les modes de management, les responsabilités des acteurs. Sa mise en place va consister à affirmer l'importance de la sécurité et créer une culture de gestion des risques, clarifier les responsabilités des différents acteurs, structurer la démarche, définir un programme, suivre et évaluer sa réalisation. Mettre en place une politique de gestion des risques signifie avant tout d'évaluer au plus près la qualité recherchée en évitant un glissement vers **une sur qualité** car cet écueil devient alors source de non qualité.

Dans ses principes et dans ses méthodes, la gestion des risques s'appuie sur la déclaration et l'analyse des accidents ou incidents pour éviter qu'ils ne se renouvellent. De façon à optimiser la lisibilité d'une telle analyse, le législateur par la parution du décret n°2001-1016 du 5 novembre 2001 mis en application par la circulaire n°6 DRT du 18 avril 2002, a impulsé la réalisation d'un document unique sur lequel sont répertoriés tous les incidents ou accidents survenus dans l'établissement. Au C.H. d'Alès, ce formulaire unique de gestion des risques a été élaboré en collaboration avec l'APAVE en réponse à un appel d'offre dans le cadre d'un marché public. Dès sa première version, le manuel d'accréditation comprend un référentiel « Gestion de la qualité et prévention des risques » dans lequel est appréciée la manière dont l'établissement prévient la survenue de dysfonctionnements ou de risques. Dans le second manuel, cette volonté de politique de gestion des risques est renforcée¹⁷. L'ANAES, en mettant en oeuvre la procédure d'accréditation, contribue à une meilleure compréhension et aide à la réalisation d'objectifs et d'outils nécessaires à l'amélioration de la qualité et de la sécurité dans les établissements de santé.

¹⁷ Référentiel 3 Politique et qualité de Management, manuel d'accréditation deuxième version.

Une véritable politique qualité et de gestion des risques est initiée et pilotée par la Direction¹⁸. Elle repose sur une identification des risques, une analyse puis un traitement de ces risques.

- L'identification des risques (première étape d'une démarche RABC) : Une démarche de maîtrise des risques s'appuie sur une connaissance préalable de ceux-ci. D'après le guide méthodologique de l'ANAES¹⁹ leur identification se réalise grâce à deux approches complémentaires, l'une a priori et l'autre a posteriori. **L'approche a priori** permet de gérer les risques prévisibles d'une activité afin de ne pas exposer inutilement les personnes à un risque. Celle-ci s'appuie sur la réglementation, elle peut être contrôlée par un mécanisme d'autorisations. Une formalisation d'un tel recensement sera susceptible d'assurer une évolutivité de cette approche. L'intérêt réside alors dans la mise en place d'un programme d'amélioration de la sécurité et des conditions de travail. **L'approche a posteriori** consiste à prendre en compte des événements (incidents, accidents) qui témoignent de l'existence de risque de façon à en tirer un enseignement. Une fiche d'évènements indésirables, dématérialisée, a été mise en circulation dans l'ensemble de l'hôpital d'Alès. Toute déclaration est immédiatement prise en compte au sein de la Direction de la Qualité et est envoyée aux différents correspondants concernés. L'informatisation des fiches d'alertes a permis la création d'une banque de données relative aux différents évènements permettant alors une meilleure lisibilité en terme de fréquence des évènements et en terme de corrélation entre les incidents.
- L'analyse des risques : Elle permet un approfondissement dans la connaissance des risques identifiés. Cette analyse s'oriente autour de deux axes majeurs que sont la fréquence et la gravité des événements en question. Ces déterminants induisent une hiérarchisation des risques en vue de la priorisation de leur traitement. Une étude étiologique (causes proximales, causes racines) constitue alors un préalable au traitement du risque.
- Le traitement des risques : D'après l'ANAES²⁰ ce traitement repose sur trois mécanismes que sont la prévention, la récupération et l'atténuation ou protection sachant que le pré-requis commun à leur utilisation est la connaissance du risque. Ces trois mécanismes sont indissociables et doivent s'intégrer dans une stratégie globale. Deux orientations sont possibles : la première consiste à ne pas s'exposer, la seconde à mettre en place une défense là encore a priori si possible sinon a posteriori de façon à limiter les conséquences.

La prévention a pour objectif de réduire la fréquence du risque :

– soit par une élimination de l'activité, c'est ainsi qu'au CH d'Alès, face aux risques de contaminations liés à l'exposition au prion, l'utilisation d'articles à usage unique a été privilégiée au bloc opératoire. Par ailleurs le linge utilisé pour une personne contaminée est systématiquement incinéré.

¹⁸ Référentiel 1 QPR, manuel d'accréditation première version.

¹⁹ Guide méthodologique de l'ANAES (janvier 2003) : principes méthodologiques pour la gestion des risques en établissement de santé, annexe 4.

²⁰ ANAES : Principes méthodologiques pour la gestion des risques en établissement de santé, Janvier 2003

– soit par une suppression des étapes porteuses de risque. Une action est menée par une modification du processus établi ou par le changement d'une seule étape. Dans tous les cas, il paraît indispensable d'intervenir à la fois sur l'incident ou l'accident mais également sur les équipes de travail correctement informées et formées sur les actions correctrices apportées. C'est ainsi que la responsable de la blanchisserie au CH d'Alès, après chaque dysfonctionnement, se rend dans l'unité concernée et remobilise le personnel. Cette action est relayée par la Directrice des Soins qui diffuse une information généralisée à tout l'établissement.

L'atténuation ou protection s'apparente à de la prévention tertiaire en tendant à réduire les conséquences d'un risque qui s'est produit. Elle complète en théorie une démarche préventive en prévoyant un dispositif susceptible de limiter la gravité de l'événement en cas de survenue (conduite à tenir, ressources nécessaires en équipement et en personnel). Ce type d'actions est notamment réalisé lorsqu'un agent travaillant au tri du linge s'est blessé avec un linge contaminé. Une enquête est menée afin de connaître le type de contamination, des mesures adaptées sont appliquées en collaboration avec la médecine du travail qui assurera un suivi de la personne accidentée. Cette protection est rendue possible par le développement de la traçabilité dans toutes leurs organisations aussi bien logistiques, techniques que de soins. **Des procédures de suivi du linge** sont progressivement mises en place. Ainsi, après un pré tri du linge sale, celui-ci est placé dans des sacs de couleurs différentes selon le degré de contamination (sacs de plastic rouge) et l'affectation de celui-ci. Le personnel effectuant ces tâches recevra une formation adaptée. Le suivi de ces pratiques est assuré par une évaluation continue. Le principe de marche en avant, instauré au départ en cuisine lors de la mise en place de l'HACCP, a été repris pour le traitement du linge. Il est en effet essentiel pour éviter les contaminations croisées de supprimer toute possibilité de contact entre linge propre et linge sale. Une maîtrise parfaite de l'ensemble du circuit s'impose alors. Tout stockage de linge sera au même titre à éviter, ce qui peut remettre en cause l'organisation du travail. Le traitement du linge doit avoir une action désinfectante telle qu'après le lavage, tous les organismes pathogènes soient tués. Ce résultat est atteint de préférence par l'association de quatre paramètres ou « *Cercle de ZINNER* » que sont **les effets mécaniques, thermiques, chimiques** selon **un temps** donné. L'activité désinfectante du processus lessiviel doit être contrôlée au moment de la mise en service ou lors d'un changement de programme de lavage et en outre deux fois par an au minimum. L'ensemble du linge lavé doit être complètement séché avant toute manipulation ultérieure.

La maîtrise des risques passe donc par une analyse poussée des différents processus et une parfaite connaissance de son outil de travail de façon à **privilégier les actions de préventions**.

➤ ***Une adaptation aux nouveaux objectifs hospitaliers***

La maîtrise des risques est un objectif valorisé tant à travers **l'accréditation première version** qu'à travers **la certification**. Elle est source de **dynamisation de l'hôpital** dans le sens où elle mobilise

l'ensemble des acteurs. Elle peut être adaptée aux évolutions hospitalières, et s'intègre à cet effet parfaitement dans la mise en œuvre de **la nouvelle gouvernance**.

Certification et accréditation sont deux démarches souvent confondues. Si elles répondent toutes deux à un souci de qualité, le concept est à l'origine quelque peu différent. Ainsi, l'accréditation part de postulat « *L'autoévaluation permet à l'établissement de santé de réaliser son diagnostic qualité.* » et s'impose aux établissements. La certification est davantage présentée comme un moyen d'accéder à la validation externe de ce postulat. L'ANAES fait référence à **la gestion de la fonction logistique réf 4²¹** et **au contrôle des risques infectieux** (Surveillance, prévention et contrôle du risque infectieux, **référentiel 9 a et b²²**) « *Les procédures concernent : le circuit, la collecte, le transport, la manutention et le traitement du linge propre et souillé* ». La méthode d'analyse des risques et de la Maîtrise de la Biocontamination et du contrôle des Biocontaminations (RABC) permet de limiter les zones d'incertitudes et de mettre en place des mesures de prévention. La particularité de la méthode RABC réside dans le processus qu'elle instaure qui prend en compte de nombreux paramètres susceptibles de répondre à **une action globale**. Il est à noter par ailleurs que l'accréditation s'applique à l'ensemble de l'Hôpital alors que la certification se rapporte à un domaine spécifique. C'est ainsi que la démarche RABC est spécifique aux blanchisseries. Aucun délai n'est préalablement fixé au contraire des réserves de l'accréditation qui conduisent à la régularisation de la situation selon des délais fixés par le collège d'accréditation. La certification est donc un moyen et un garant de l'accès à la qualité, ce que prône l'accréditation des établissements de santé. La loi du 13 Août 2004 introduit une précision quant à la terminologie. Ainsi, « **la certification** » remplace « **l'accréditation** » qui est désormais réservée à l'accréditation des médecins et des équipes médicales. **Dans la deuxième version de certification**, la Haute Autorité en Santé (HAS) « *s'engage à respecter la stratégie de l'établissement qui a choisi pour développer sa démarche qualité de recourir à d'autres mécanismes de reconnaissance externe de la qualité* »²³. Cette nouvelle modalité de reconnaissance marque une évolution par rapport à la première version d'accréditation. La mise en pratique de cette reconnaissance se traduit par une simple description de la démarche normative engagée (type de reconnaissance obtenue, référentiel ou norme utilisée, champ précis de la reconnaissance, services ou activités concernés, année d'obtention et prochaine validation). Après communication à l'HAS des pièces nécessaires à la constitution du dossier, un allègement de la procédure pourra alors être décidé en faisant référence aux travaux réalisés dans le cadre d'une certification.

La certification présente, outre sa propre fonctionnalité, une qualité majeure qui est la **revalorisation des fonctions logistiques hospitalières**. Les blanchisseries connaissent à travers la méthode RABC la mutation qu'ont précédemment vécue les cuisines avec la mise en place de la démarche HACCP, méthode aujourd'hui reconnue et règlementée par l'AFNOR (certification ISO 9001 V2002). Cette démarche conduit à une restructuration généralisée à la fois des organisations,

²¹ Annexe 4:Référence 4 de la Gestion de la fonction logistique

²² Annexe 4: Référence 9 SPI

²³ Rapport de l'HAS : Préparer et conduire votre démarche d'accréditation - Deuxième procédure (Janvier 2005)

des pratiques professionnelles et des locaux. Elle impulse et initie un ensemble de réflexions propices à la réalisation d'un consensus autour d'un projet de service aux objectifs clairement identifiés. Cet ensemble de mutations que connaissent les fonctions logistiques est à mettre en parallèle avec la démarche qualité qui s'impose aujourd'hui aux unités de soins. Hormis le bénéfice direct attendu du service rendu à l'utilisateur, cette action permet indirectement la création d'une identité professionnelle spécifique. Le point commun entre tous les acteurs, quelque soit leur grade ou leur fonction, est l'adhésion à cette même dynamique, **chacun affichant par sa participation à différentes missions, une continuité dans l'acte de soin**. L'accent est mis sur la réactivité et l'anticipation à mêmes de pérenniser la dynamique mise en œuvre par la certification.

La démarche RABC constitue une remise en cause du fonctionnement même de la blanchisserie en instaurant des missions plus transversales pouvant être intégrées dans la nouvelle gouvernance. Elle peut en ce sens être présentée comme un outils d'aide à la contractualisation et de dialogue propices au changement. L'aide à la contractualisation est liée à la mise en place d'une comptabilité analytique précise basée sur un circuit clairement identifié et verrouillé. La méthode RABC est un outil à valoriser dans le cadre de la mise en œuvre des pôles d'activités. Elle assure une traçabilité du circuit du linge et contraint à un inventaire régulier tout deux propices à l'évaluation de la consommation de linge pour chaque pôle.

La méthode RABC en blanchisserie s'inscrit donc dans une démarche qualité impulsée par une équipe de Direction consciente de l'importance du service rendu et de la gestion des risques, relayée par un encadrement de proximité chargé d'établir un consensus autour d'un projet dont le pilote conditionnera la mise en œuvre au sein de l'établissement. De tels objectifs marquent une évolution dans l'organisation hospitalière et dans son approche beaucoup plus généraliste de la prise en charge de la personne hospitalisée.

2 FIL CONDUCTEUR D'UNE NOUVELLE DYNAMIQUE HOSPITALIERE

L'Hôpital s'ouvre progressivement sur l'extérieur et s'attache de plus en plus à une prise en charge globale de la personne dans un contexte financier toutefois contraint. Ces facteurs intrinsèques et extrinsèques vont conditionner une nouvelle dynamique basée sur **une autre implication des acteurs** entre démarche professionnelle évolutive et recherche d'efficacité. La méthode RABC, conduite dans le cadre d'une politique d'établissement encadrée, constitue en blanchisserie un outil de **valorisation et de pérennisation de la démarche**.

2.1 Une autre implication des acteurs

Cette nouvelle dynamique hospitalière est mise en valeur par une autre implication des acteurs qui s'appuie sur **une nouvelle approche professionnelle** prospective basée sur une évaluation au cœur des pratiques. Cette orientation est indissociable **d'une recherche d'efficience** mettant alors en perspective l'importance du maintien de fonctions logistiques à l'Hôpital moyennant une optimisation financière.

2.1.1 Une autre approche professionnelle

La dynamique hospitalière destinée à répondre aux nouvelles problématiques est à l'origine de la conception **d'une démarche prospective** guidée par **une évaluation continue** à la fois socle et outil de la démarche.

2.1.1.1 Une démarche prospective

L'élaboration d'une démarche prospective hospitalière induit **la redéfinition permanente des pratiques** en lien avec la nouvelle approche professionnelle et basée sur **une actualisation constante de la banque de données**.

➤ Une redéfinition des pratiques professionnelles

La mutation hospitalière actuelle a pour origine de nouvelles valeurs telles que l'efficience, la qualité, l'efficacité, la sécurité, elle a des conséquences importantes sur le fonctionnement même des établissements de santé. Une dynamique générale se met progressivement en place en valorisant **une approche processus**. Sont recherchés la linéarité et l'enchaînement logique d'actions qui concourent à satisfaire les exigences de l'utilisateur, plutôt qu'une succession d'étapes indépendantes et cloisonnées. Francis GOMPEL et Paul POULIGNY²⁴, responsables d'une société de services et de technologies spécialisée dans le domaine de l'optimisation des flux et des processus en milieu hospitalier affirment : « *La clé de la réussite réside dans le fait que les flux*

²⁴ Francis GOMPEL, Paul POULIGNY, revue n°444 de Mars 2005 Gestions hospitalières

peuvent être optimisés par la réduction de leur variabilité à travers tout l'Hôpital et par leur inscription dans une démarche transversale d'amélioration continue des processus (...) l'efficacité optimale des processus ne peut être obtenue qu'en optimisant **le WORKFLOW** (qui n'a pas encore une traduction française et signifiant flux de travail) et la communication à travers le système hospitalier. » **La démarche RABC en blanchisserie intègre cette notion de processus et de constante mutation.** Une formalisation de l'organisation professionnelle, de la réception du linge à sa redistribution est présentée sous forme de diagrammes des flux. Il convient d'être particulièrement vigilant pour ce qui est des interfaces, zones fréquentes de rupture. La gestion des flux est par ailleurs un pré-requis indispensable à l'efficacité attendue. Cette gestion s'avère très complexe en ce qui concerne la distribution du linge. Le CH d'Alès étudie la possibilité de s'équiper d'un logiciel de gestion des flux afin de limiter les stocks importants du fait d'un manque de connaissance précise des circulations. Une participation active et objective des utilisateurs est requise afin de mieux évaluer les besoins. Les deux auteurs précisent qu'il est nécessaire « d'éliminer les points d'étranglement (...) ce n'est pas un manque d'efforts des acteurs qui est en cause, mais un déficit de synchronisation dans l'enchaînement des activités. Il s'agit donc de mettre en place des processus à l'échelle de tout l'établissement et pas seulement dans chaque secteur d'activité. » **Cette nouvelle approche marque l'interdépendance entre les différents services hospitaliers dont la blanchisserie fait partie intégrante.**

Une réflexion sur les organisations dans le cadre de la certification conduit à une redéfinition des tâches professionnelles et à une coordination entre acteurs. Les pratiques professionnelles ont énormément évolué ces dernières années notamment avec l'apparition des tunnels de lavage. Les professionnels ont été progressivement formés à leurs nouvelles fonctions. Pourtant, le maintien des mêmes organisations est à l'origine d'un frein à ces évolutions. Aujourd'hui, une réflexion est menée au CH d'Alès sur les possibilités de réorganisation de la blanchisserie. La mobilisation de l'ensemble des acteurs est pérennisée par **la mise en place du groupe RABC**. Ce groupe constitué de volontaires joue un rôle de relais du projet. Il est composé de **deux référents** faisant le lien entre la blanchisserie et les autres services. Ces référents sont de préférence des membres de la blanchisserie (reconnaissance professionnelle). Une personne de cette équipe fait partie de l'équipe chargée de la qualité. Au Centre Hospitalier d'Alès, cette équipe qualité se compose de 10 « Responsable Assurance Qualité » (RAQ) chargés de l'organisation de la politique d'assurance qualité au sein de l'établissement. **Le RAQ intégré** au groupe RABC assure ainsi un relais entre ces deux équipes. Il est souhaitable de nommer par ailleurs **un auditeur externe** à la blanchisserie mais interne à l'Hôpital. A Alès, le choix s'est porté sur un membre d'un service de soins. **Les médecins hygiénistes ainsi que le médecin du travail** sont des membres de droit de l'équipe RABC. Dans le but d'assurer un suivi, **un comité linge** pluridisciplinaire pourra être créé au sein de la blanchisserie. Celui-ci jouera un rôle de vigilance et d'alerte en cas de dysfonctionnement. Il assurera par ailleurs un suivi de l'évolution dans le temps des mesures correctives et des indicateurs. Ce comité sera représenté au sein de l'équipe RABC afin d'y apporter une expertise.

La nouvelle approche professionnelle se traduit par conséquent par une organisation bien définie destinée à mettre en cohérence pratiques/informations/évolutivité.

➤ **Actualisation constante de la banque de données**

Le support documentaire tient une place prépondérante dans la RABC en blanchisserie. Celui-ci constitue **un support méthodologique à partir duquel s'organise l'évolutivité de la démarche.** Afin de répondre aussi bien aux attentes réglementaires qu'aux actions correctrices, la banque de données se compose des textes officiels remis régulièrement à jour, des procédures, des protocoles, des modes opératoires et des enregistrements²⁵. **Les directives européennes** s'appliquant à tous les pays de l'Union Européenne, il est important de les recenser. Ainsi La Recommandation n°R (84) 20 du 26 Octobre 1984 du Conseil de l'Europe , chapitre IV.a, stipule l'importance pour tous les pays membres d'appliquer les dispositions contenues dans la résolution (72) 31, en particulier les remarques concernant les services communs hospitaliers dont les blanchisseries. **Les données réglementaires** se composent également des textes législatifs en vigueur en France. **La circulaire DGS/VS n°17 du 19 Avril 1995 relative à la lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé publics ou privés participant à l'exécution du service public**, réaffirme le rôle du CLIN. « *qui doit être consulté pour tout projet d'organisation de circuits* ». **Les recommandations de l'ANAES** font également partie des références réglementaires. **Les procédures définissent** le but d'une activité et doivent répondre aux questions: qui, quoi, où, quand, comment et combien. Elles donnent lieu à l'établissement de documents d'enregistrement qui détailleront les résultats de ces activités. Elles correspondent à un niveau général d'organisation. Elles sont obligatoires dans tout système qualité. Les programmes de lavage font l'objet de **protocoles écrits**. Ils sont validés par le blanchisseur et le directeur responsable de la blanchisserie. Chaque préparation de produit, utilisé pour le lavage, fait l'objet d'une procédure écrite (Cf. Annexe 1). Les opérateurs réalisent des contrôles réguliers. L'ensemble des opérations de contrôle fait l'objet de procédures écrites. Ces dernières prévoient la valeur limite acceptable et la conduite à tenir en cas de non-conformité du paramètre contrôlé. De ces contrôles ressortent **des instructions** permettant de s'inscrire dans une démarche préventive. Elles expliquent la façon pratique de mener à bien une tâche spécifique. **Les enregistrements** sont essentiels pour apporter la trace de ce qui a été exécuté, conformément aux procédures ou aux modes opératoires. Le C.H. d'Alès a informatisé toute la blanchisserie afin d'assurer une parfaite traçabilité en ce qui concerne les cycles de lavage. L'ensemble de ces dispositions est décrit dans **un manuel de bonnes pratiques**. Ce document est la référence pour le travail des agents de la blanchisserie et pour la réalisation des audits. Il est évolutif et s'enrichit au fur et à mesure que les pratiques sont maîtrisées. Le manuel de bonnes pratiques sera un outil précieux au service de la blanchisserie et de l'établissement de soins pour évaluer la prestation linge.

²⁵ Annexe 5 : Architecture du système

2.1.1.2 L'évaluation au cœur des pratiques

L'évolutivité de la banque de données est conditionnée en amont par la mise en place **d'un système d'évaluation élaboré à partir d'outils** et constituant **un guide méthodologique** incontournable.

➤ **Elaboration des outils nécessaires à l'évaluation**

L'évaluation, dans le cadre de la certification en blanchisserie au Centre Hospitalier d'Alès, repose sur des indicateurs de biocontamination, des audits, des tableaux de bords, et des questionnaires de satisfaction régulièrement renouvelés.

Les analyses bactériologiques sont des indicateurs (cf. Chapitre 1.2.1 alinéa 2) faisant référence à des critères d'objectivation des risques tels que les UFC qui sont un indicateur de biocontamination. Ces analyses sont régulièrement assurées tant en interne qu'en externe dans le cadre de la certification en blanchisserie. D'autres **indicateurs** techniques sont proposés par L'Union Régionale des Blanchisseurs Hospitaliers (URBH) tels que le taux de relavage, les retours et réclamations et le suivi dans le temps des mesures correctives. Le suivi de l'évolution des différents indicateurs est à lui seul un indicateur.

Les audits constituent un support essentiel de la démarche RABC. Ils sont réalisés initialement de façon à définir les pré-requis nécessaires avant la mise en œuvre de la certification (composantes techniques, organisationnelles et humaines), au cours de la certification de façon à intégrer au mieux cette démarche dans l'établissement (analyse des évolutions par rapport à l'audit initial) et à corriger les dysfonctionnements, les audits après mise en place de la RABC ou audits de suivi réalisés annuellement et permettant d'assurer une évolutivité du processus.

Les tableaux de bord sont des indicateurs d'efficience. Ils permettront d'évaluer par le biais de la comptabilité analytique les coûts relatifs à la fonction linge, leur augmentation ou diminution éventuelle et leur comparaison par rapport à l'échelle nationale des coûts.

Les questionnaires de satisfaction sont dans toute démarche qualité des révélateurs du ressenti extérieure. A ce titre, au Centre Hospitalier d'Alès, trois questionnaires de satisfactions²⁶ ont été distribués, un aux usagers, un aux professionnels et un aux gestionnaires du linge (clients et cadres de santé). L'évaluation porte sur trois champs : les résultats (la satisfaction), les structures (comparaison des ressources matérielles, humaines, financières, organisationnelles de la structure à un référentiel) et les processus. Chaque champ possède ses propres critères d'évaluation et ses indicateurs spécifiques. Un recoupement des différentes informations recueillies est propice à l'objectivation de l'évaluation. Ainsi, si les analyses biologiques mettent en valeur une qualité technique irréprochable mais que l'indice de satisfaction est faible, une amélioration des prestations

²⁶ Annexe 8 : questionnaire de satisfaction distribué aux usagers le 01/06/2005 et recueilli avant le 30/09/2005

est à envisager. Cette méthode a pour intérêt de permettre une approche exhaustive des difficultés rencontrées.

➤ **L'évaluation : un guide méthodologique**

L'évaluation a pour but d'aider à la prise de décision par une objectivation des dysfonctionnements. Elle doit pour cela être complète et comprendre l'ensemble des outils décrits précédemment. Elle permet d'orienter les choix en fonction des résultats obtenus. En l'absence de jugement, l'analyse des défaillances est le garant de la pérennité de la démarche qualité. Cependant, si le système RABC s'appuie sur une évaluation continue à la fois interne et externe, la valorisation d'une telle démarche ne sera complète que si elle parvient à mobiliser l'ensemble de l'équipe. Elle constituera alors **un guide méthodologique** commun à l'ensemble du personnel hospitalier. Ce guide s'appuiera sur la détermination d'objectifs d'amélioration pour le suivi desquels pourront apparaître de nouveaux indicateurs. L'évaluation permet ainsi la construction d'**un guide évolutif**. Cette évaluation, pour être fiable doit s'appliquer à l'ensemble des acteurs. Or, comme le dénonce l'HAS²⁷ : « *le management des établissements de santé et la qualité managériale des responsables semblent peu ou pas générer de démarche d'évaluation.* » Les capacités d'un chef de projet à valoriser l'action qu'il souhaite mettre en œuvre doivent incontestablement faire l'objet d'une évaluation. Ainsi, l'HAS précise que « *tout responsable se doit d'évaluer la réalisation de sa mission en termes de résultats obtenus en fonction des objectifs fixés.* »

L'évaluation n'est en aucun cas une remise en question individuelle mais une évaluation du process dans un but d'évolution. Cette démarche s'appuie sur une action constructive. Elle a pour but un respect des recommandations et s'appuie sur une lutte contre les déviations. Les déviations ne sont pas perçues comme un risque mais plutôt comme une source de bénéfice qui peut permettre dans certains cas d'améliorer les performances d'un système. Elles s'installent souvent au cours du temps, parfois tolérées par la hiérarchie ou passant inaperçues. C'est la conséquence de l'adaptation d'un système et de ses acteurs. La compréhension de ces mécanismes est essentielle dans la construction d'une politique de gestion des risques. C'est le développement de l'évaluation par l'analyse des processus et des pratiques qui va permettre l'identification de ces déviations génératrices de risques. En aucun cas ces déviations ne doivent être assimilées à des erreurs. Leur traitement doit alors s'organiser en dehors de tout jugement de façon à mettre en place un fonctionnement conforme et accepté par tous. **L'évaluation n'a pas pour intérêt une sanction mais plutôt une mise en cohérence d'un système et des pratiques relatives à ce système.**

²⁷ Haute Autorité de Santé : Guide pour l'autodiagnostic des pratiques de management en établissement de santé (janvier 2005)

2.1.2 Une recherche d'efficacité entre formalisme et réalité

La mise en œuvre d'un tel processus constitue incontestablement un bouleversement au sein du monde hospitalier. Minimiser son impact risque de conduire à une application erronée et incomplète de l'ensemble de la démarche. Si la RABC constitue un guide méthodologique certain, il convient de prendre en compte **les conséquences des changements au sein de l'Hôpital** afin d'assurer leur accompagnement. L'approche professionnelle vers laquelle tendent aujourd'hui les établissements de santé dans un contexte financier de plus en plus contraint est **la recherche d'une qualité optimale pour un coût minimum**, dans le but d'une pérennisation des blanchisseries.

2.1.2.1 Hôpital et Changement

Offrir un service de qualité pour un coût minimum conditionne aujourd'hui **la pérennisation des fonctions hospitalières**. Les hôpitaux s'engagent donc dans différentes démarches dont le coût est rapidement compensé par les réorganisations du travail tout en intégrant par ailleurs **la notion de rentabilité**.

➤ **Pérennisation de la blanchisserie à l'hôpital**

La pérennisation de la fonction linge à l'hôpital s'appuie aujourd'hui sur la recherche de la qualité. En effet, comme l'a précisé monsieur Alain Coulomb, actuel président de l'HAS, « *le coût de la non qualité représente un surcoût de 15% à 18%* ». La comparaison a été effectuée par l'ANAES²⁸ à partir de douze études de cas empiriques dont six ont détaillé l'application du Total Quality Management (gestion totale de la qualité : a pour objet d'améliorer la qualité des soins de façon continue en prévenant les erreurs par un système de formation d'information et d'organisation). Dans ces six études, tout le personnel est impliqué dans le processus et participe à la démarche. Dans le deuxième groupe, 3 études ont utilisé la méthode des événements indésirables pour appréhender la qualité. Le troisième groupe comporte 3 études qui s'appuient sur la théorie socio-économique et sur la réduction des coûts cachés. Même si ces 12 études ne reposent pas sur le même concept théorique, leur objectif est d'améliorer la qualité par une remise en cause du processus initial. Il en ressort que : « **La qualité coûte cher, mais il existe quelque chose de plus coûteux que la qualité : son absence** ». Il est alors opportun d'étudier la relation qui peut exister entre la qualité et les coûts. La qualité permet d'obtenir et de maintenir les marges nécessaires. Selon les auteurs, « *La qualité est définie comme la capacité d'une organisation à produire d'emblée un bien ou un service sans erreur* ». Son effet financier majeur est la réduction des coûts par la limitation des gaspillages. Deux relations entre la qualité et les coûts ont été

²⁸ « Le coût de la qualité et de la non qualité à l'hôpital » : *Suzanne CHARVET-PROTAT, Agnès JARLIER, Nathalie PRÉAUBERT*, Service Évaluation Économique 1998 (Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé)

identifiées : les coûts d'obtention de la qualité (COQ) et la réduction des coûts de la non-qualité (CNQ). Un troisième élément est toutefois à prendre en compte dans le cas d'une optimisation d'une démarche qualité à savoir le coût de la **sur qualité**. En effet, l'hôpital doit rester vigilant à l'adéquation entre besoins nécessaires à assurer la qualité requise à la maîtrise des risques et moyens mis en œuvre pour gérer ces risques. Un parallèle entre qualité et moyens financiers alloués est aujourd'hui décrié par nombres d'experts en qualité qui mettent en valeur l'importance de la réorganisation du système avant tout.

Entrer dans une démarche qualité, à condition qu'elle soit correctement menée conduit donc à une réduction réelle des coûts. **La démarche RABC en blanchisserie constitue un fil conducteur approprié afin de conduire une dynamique hospitalière d'avenir tournée vers la qualité à condition de ne pas détourner les objectifs et de ne pas perdre le fil de cette dynamique.**

➤ ***Une autre forme de gestion***

La valorisation des fonctions logistiques à l'Hôpital repose sur le rôle que l'équipe dirigeante et professionnelle consent à leur consacrer. En effet, ces fonctions ont longtemps été dépréciées car moins nobles que les soins aux malades. Aujourd'hui, l'attachement à l'environnement général de l'utilisateur a recentré ces fonctions au sein de l'établissement. La prise de conscience de l'importance d'une généralisation de la qualité et la conscience professionnelle tournée vers la satisfaction de l'utilisateur ont également contribué au changement de regard vis-à-vis de ces fonctions logistiques. Il en résulte une identification de la cuisine et de la blanchisserie comme services inhérents aux soins. Cette nouvelle conception est lourde de conséquences. La valorisation du service aux usagers est assurée par une réponse adaptée 24 heures sur 24. Il sera donc attendu une permanence de services au même titre que la permanence des soins. Cette mutation est donc à double sens. Occulter cette nécessité de service continu équivaldrait à exclure du service rendu à l'utilisateur les fonctions logistiques. Cette nouvelle conception est à l'origine d'un réel changement dans les organisations de travail. Une telle approche ne pourra être envisagée que de manière progressive.

Outre le changement d'organisation, il paraît essentiel d'envisager un regroupement des activités logistiques hospitalières. Organisé jusqu'à présent autour de syndicats inter hospitaliers, les Groupements d'Intérêts Economiques (GIE créés dans le cadre d'activités lucratives) ou les GIP se sont progressivement développés. Dans le cadre de ces groupements, les personnels hospitaliers sont mis à disposition. L'intérêt de ces groupements réside en la possibilité d'augmenter l'activité afin d'être rentable, objectif dont les hôpitaux ne peuvent plus faire l'économie actuellement. Une politique de communication importante doit être organisée lors de la création de ces GIP de façon à ne pas inquiéter les professionnels. Les conventions des GIP sont en ce sens très précises et doivent être intégralement transmises aux professionnels. Le Centre Hospitalier d'Alès a fait par ailleurs le choix d'intégrer au sein du Conseil d'Administration du GIP des membres de la

blanchisserie de façon à assurer un compte rendu des informations diffusées lors des séances auprès des personnels. L'acceptation de ces entités juridiques n'est cependant pas encore acquise et une grande méfiance demeure. L'équipe dirigeante en a pleinement conscience et n'hésite pas à rappeler lors de la réunion des différentes instances les prérogatives et les liens des GIP avec l'Hôpital.

2.1.2.2 Optimisation financière

La notion de rentabilité financière, longtemps jugée incompatible avec service public, ne peut plus être occultée aujourd'hui. L'efficacité impose aux établissements de santé une productivité suffisante afin d'assurer la viabilité du système soit par **regroupement** soit par **externalisation** des activités.

➤ **La mise en place du GIP « Les blanchisseurs Cévenols »**

Dans un contexte économique où l'offre devient supérieure à la demande, la qualité devient donc un gage de pérennité. Aujourd'hui, la blanchisserie d'Alès assure le nettoyage de 4,5 tonnes dont un peu plus de 20% venues de l'extérieur, ce qui lui permet de faire des économies d'échelle. La circulaire DH/AF3/SI51/99 n° 225 du 14 avril 1999 relative aux modalités d'intervention des structures régionales d'informatique hospitalière, complétée et précisée par lettre circulaire du 7 juillet 2000, rappelle que l'activité subsidiaire doit "*rester accessoire de l'activité principale*" et que "*les ressources qu'elle mobilise doivent demeurer dans une proportion réduite de celles consommées par l'activité principale*". Elle précise que si "*cette proportion ne peut être déterminée de manière certaine, il est prudent de considérer qu'elle ne doit pas excéder 20 % de l'ensemble de l'activité*". Par conséquent, le CH d'Alès a créé un Groupement d'Intérêt Public (GIP), entité juridique extérieure à l'établissement. Cette personne juridique tierce est de nature à garantir la sécurité juridique et financière de l'action de coopération entre l'établissement de santé et d'autres personnes morales publiques ou privées. Selon les dispositions de l'article L. 6134.1 du Code de la Santé Publique (CSP), les établissements publics de santé peuvent, en effet, dans le cadre des missions qui leur sont imparties, participer à des actions de coopération avec des personnes de droit public comme de droit privé. Les règles comptables appliquées sont les règles de la comptabilité publique énoncées dans *le décret du 29 décembre 1962*. La gestion doit être réalisée dans un cadre de désintéressement. Concernant les taxes, le choix avec ou sans taxe sur la valeur ajoutée (TVA) peut être fait sachant qu'en cas de choix hors TVA, une taxe sur les salaires sera appliquée. Son fonctionnement est précisé par une convention constitutive visée par tous les membres. Sa personnalité juridique sera acquise à compter de la publication au journal officiel (JO) de l'arrêté d'approbation par l'autorité administrative compétente, dans le cas présent le préfet. Les adhérents fondateurs sont:

- Le Centre hospitalier d'Alès (représenté par son Directeur qui est autorisé aux présentes par

délibération du conseil d'administration).

- L'Hôpital Local de Pont Saint Esprit (représenté par son Directeur qui est autorisé aux présentes par délibération du conseil d'administration).

Il est régi par *la loi n°82-610 du 15 juillet 1982*, par *les décrets n°88-1034 du 7 novembre 1988 et 89-918 du 21 décembre 1989*, par *l'article L312-7 du Code de l'Action Sociale et de la Famille (CASF)* ainsi que par une convention. **Le GIP a pour objet le traitement la location et le transport du linge de ses membres et clients** (Hôpital Local de Pont Saint Esprit, Hôpital Local du Pontails, Hôpital Local de Saint Hyppolite Du Fort, Maison de Retraite de Bessèges, Maison de Retraite du Val DE Cèze, Maison de Retraite de Saint Ambroix, Hôpital de Rochebelle, Clinique Mistral à Alès, Ecole des mines, association des insuffisants et dialysés rénaux (AIDER)). Le groupement peut fournir à titre accessoire des biens et des prestations de services, notamment de blanchissage à des établissements publics ou privés et des collectivités locales **agissant dans le domaine de l'action sanitaire et sociale**. Le groupement est administré par un Conseil d'Administration composé de deux représentants pour chacun des adhérents fondateurs du groupement, auxquels s'ajoutent le Directeur du Centre Hospitalier d'Alès, le Directeur de l'Hôpital local de Pont Saint Esprit. La composition du Conseil d'Administration du G.I.P. est complétée par un membre élu par le Comité Technique d'Etablissement et un autre désigné par le Conseil d'Administration du Centre Hospitalier d'Alès. L'Assemblée Générale pourra créer des comités consultatifs chargés de faire des propositions pouvant contribuer à l'amélioration de la qualité des prestations délivrées par le G.I.P. à ses adhérents. Le premier comité consultatif dont la création sera ratifiée par un vote de l'Assemblée Générale, concerne la fonction linge et porte sur l'amélioration de la qualité des prestations. La composition et le fonctionnement de cette instance à vocation qualitative sont définis par le règlement intérieur propre à la fonction linge.

Les personnels affectés ou mis à disposition du groupement par les adhérents conservent leur statut d'origine. Leur employeur d'origine garde à sa charge leurs salaires, leur couverture sociale, leurs assurances et conserve la responsabilité de gestion de leur carrière. Ces personnels sont affectés contre remboursement, par le groupement à l'établissement d'origine, des frais y afférents, exposés par lui dans les conditions définies au titre IV du statut de la fonction publique hospitalière. Le groupement peut procéder exceptionnellement à des recrutements de personnel pour remplacer temporairement (durée maximale de 5 jours) des agents indisponibles. En cas de litige entre membres adhérents et sous réserve d'épuisement des voies de conciliation ou de règlement amiable préalables, le contentieux est soumis au juge administratif du siège social du groupement.

➤ **Externalisation des services**

La présence d'une blanchisserie hospitalière ne sous-entend pas automatiquement l'obligation de traiter tout type de linge. Une réflexion doit être menée quant à l'éventualité d'externaliser certaines filières trop coûteuses en terme de traitement. Ce choix est effectué en fonction de différents

critères :

- Le volume du linge traité
- La capacité financière de l'établissement
- La qualité et le professionnalisme des équipes en place
- La capacité de l'établissement à réaliser une démarche qualité.

Si La méthode RABC a pour objet d'assurer le respect des deux derniers critères, une étude approfondie permettra d'évaluer la quantité de linge traité et la capacité financière de l'établissement. Le problème se pose au C.H. d'Alès pour le linge des résidents en établissements d'hébergement pour les Personnes Agées dépendantes (EHPAD) et en Unités de soins longue durée (USLD). Le traitement de ce type de linge se révèle à la fois onéreux et complexe en terme d'identification, de traçabilité et de lavage, notamment en ce qui concerne les lainages, fragiles et lourds. Il a été demandé aux familles d'assurer un marquage du linge, cette initiative s'est soldée par un échec dans la mesure où 57% des Personnes Agées prises en charges ne reçoivent aucune visite. Par conséquent, les moyens techniques et humains à déployer représentent un coût important que l'établissement envisage de limiter par un projet d'externalisation de ce type de linge. En effet, un accord avec un Centre d'Aide par le travail (CAT) est sur le point d'être signé. Celui-ci assurerait le colisage du linge des Personnes hospitalisées, et en contre partie, l'Hôpital s'engage à traiter le grand plat et petit plat du CAT. Ce projet commun est attractif pour deux raisons. La première est qu'il propose un travail susceptible de mobiliser plusieurs agents du CAT, la deuxième est son faible coût.

Si la démarche RABC en blanchisserie n'est pas la seule action conduite dans le sens d'une nouvelle dynamique hospitalière, elle s'intègre parfaitement dans la réorganisation des pratiques professionnelles et contribue à la valorisation de la qualité assurant ainsi la promotion du GIP blanchisserie.

2.2 Valorisation et pérennisation de la nouvelle dynamique hospitalière

Les éclaircissements relatifs à la conduite d'une démarche RABC ainsi que l'analyse de son impact à l'Hôpital vont servir de support à sa mise en œuvre au Centre Hospitalier d'Alès. **Sa valorisation** s'appuie sur la justification d'un tel choix et sur une organisation clairement définie. Cette démarche sera conduite dans un souci constant de **pérenniser les actions menées**.

2.2.1 La valorisation de la démarche

« *La fonction blanchisserie est organisée pour traiter le linge de façon adaptée* » (Manuel d'accréditation de l'ANAES)

Au centre Hospitalier d'Alès, la mise en place d'une démarche RABC en blanchisserie a été choisie car elle paraissait **justifiée** et susceptible d'assurer **la conduite d'un projet** de promotion générale de la qualité.

2.2.1.1 La valorisation par la justification

La méthode RABC répond parfaitement aux impératifs modernes de **maîtrise hospitalière** des risques et apporte par ailleurs **une solution méthodologique aux besoins**.

➤ **Une maîtrise hospitalière conforme à la démarche RABC**

La RABC en blanchisserie s'attache à la maîtrise à la fois **des organisations, des règles d'hygiène et des techniques**, ce qui permet à l'hôpital de mettre en œuvre une démarche qualité optimale en blanchisserie.

Cette maîtrise des organisations s'intègre dans une politique de gestion des risques. Elle repose sur une méthodologie rigoureuse, répond à des impératifs hospitaliers incontournables tels que l'hygiène, la qualité et la sécurité. Elle concerne à la fois les personnels, les locaux, la circulation des personnels entre les différents locaux, l'utilisation cohérente des matériels, la mise en œuvre du nettoyage et de la désinfection des surfaces, des locaux et des équipements. Elle s'applique également à la maintenance des équipements et permet d'assurer une coordination entre ces différentes tâches. Une réflexion sur tous ces points a permis au C.H. d'Alès de recenser tous ses impératifs en vue de créer une organisation optimale. L'audit initial réalisé par la société chargée de piloter la démarche RABC a mis en valeur les points forts et les points à améliorer de l'organisation actuelle. Ainsi, si les cycles de tri, de lavage, de séchage et de pli du linge propre sont correctement organisés, un point critique a été relevé à savoir un manque d'hygiène notamment pour ce qui est du lavage des mains du personnel.

La maîtrise des règles d'hygiène débute par une hygiène irréprochable des professionnels. A ce titre, l'accent est mis par le pilote du projet RABC sur l'importance de ce point lors des premières formations faites auprès des personnels quelque soit leur catégorie professionnelle. L'apprentissage du lavage des mains avait jusqu'à présent été valorisé davantage dans les services de soins. La prise de douche quotidienne après le travail est plus délicate à instituer, bien que les locaux aient été correctement équipés. La séparation entre les zones sales et les zones propres est actuellement assurée par une interdiction de passage matérialisée par une signalétique appropriée de l'un vers l'autre sans avoir revêtu une sur blouse à usage unique ainsi que des sur chaussures dans un SAS de décontamination. Il s'agit là d'une prise en compte de l'hygiène suivant les trois axes majeurs de contamination (mains, corporelle, des locaux) Cette prise en compte est organisée au sein des établissements hospitaliers et décrite dans des procédures relatives à chaque pathologie contagieuse. Elle repose sur un effort accru de traçabilité, effort essentiel en gériatrie où la rapidité de détection d'une épidémie est primordial dans la mesure où la peau devenue fragile ne constitue plus une barrière efficace (19% des infections nosocomiales sont

transmises par la peau chez les personnes âgées contre 6% pour les autres individus). A la blanchisserie du C.H. d'Alès, il existe un traitement spécifique du linge contaminé. Ce linge est conditionné dans des sacs biodégradables placés dans les sacs de linge. A leur arrivée en blanchisserie, ces sacs sont isolés, le linge est nettoyé conformément à des protocoles précis. Dans le cas d'une exposition au sang, des procédures spécifiques de conduite à tenir, identiques à celles formalisées dans les services de soins, sont élaborées. Dans le cas particulier d'un risque de contamination par le prion, la décision a été prise au C.H. d'Alès, dans un souci de principe de précaution et en concertation avec le CLIN, d'incinérer le linge exposé. Dans les blanchisseries industrielles, l'isolement du linge hospitalier ne peut être respecté. Les règles élémentaires de lutte contre les infections nosocomiales ne sont donc pas correctement prises en compte : La question se pose alors en cas d'épidémie. Le risque de contamination par le linge et les contraintes qui en résultent imposent **une vigilance particulière** qui laisse à penser que **le traitement du linge hospitalier doit être réalisé par des professionnels si ce n'est hospitaliers, spécialisés dans ce type de linge.**

La maîtrise technique est assurée par une maintenance régulière de l'outil de travail en blanchisserie mais également par des analyses régulières d'indicateurs permettant d'évaluer la qualité des prestations réalisées. **Les analyses bactériologiques** sont des indicateurs faisant référence à des critères d'objectivation des risques tels que les UFC, indicateur de biocontamination. Ces analyses sont régulièrement assurées tant en interne qu'en externe dans le cadre de la démarche RABC en blanchisserie.

D'autres **indicateurs** techniques sont proposés par L'Union Régionale des Blanchisseurs Hospitaliers (URBH) tels que le taux de relavages (il est de 1.5% au C.H.d'Alès), les retours et réclamations et le suivi dans le temps des mesures correctives. Le suivi de l'évolution de ces différents indicateurs est à lui seul un indicateur. Un dernier indicateur est le nombre de pannes survenues. Un taux relativement élevé pourrait être diminué par des maintenances préventives basées sur un nettoyage plus fréquent des machines. La mise en œuvre de cette pratique sera effective lors de la création du GIP doté d'un personnel de maintenance rattaché à la blanchisserie. La mise en place d'une démarche qualité, **si elle repose sur une formalisation de l'ensemble du processus de façon à créer une base de référence et à valoriser la traçabilité, ne doit pas uniquement s'appuyer sur des supports écrits tenus à jour par un groupe restreint d'individus.** Cet écueil a souvent été constaté à la suite de l'accréditation des établissements de santé ou encore lors de la définition par le CLIN de protocoles d'hygiène insérés dans des classeurs que la majorité des personnels ignorent. L'utilisation et l'appropriation des procédures écrites sont au moins aussi importantes. **Il est essentiel de donner vie à un processus qualité.** Cette orientation marque toute la différence entre la volonté d'instaurer un véritable process qualité ou au contraire se doter d'un simple « Label Qualité » permettant une publicité auprès des clients extérieurs. **La prise en compte de la capacité d'adaptation de chaque professionnel est donc un gage de réussite.** Celle-ci doit s'appuyer sur une valorisation de l'expérience tout en corrigeant

les pratiques déviantes, et sur une mobilisation d'une majorité des professionnels.

➤ **Une réponse adaptée aux besoins**

Cette réponse a comme préalable **une évaluation précise** des besoins afin de mettre en place suivant la méthode RABC **des plans d'action adaptés** basés sur **un consensus professionnel**.

La méthode RABC en blanchisserie prend en compte le critère de satisfaction des usagers au même titre que la conformité des structures et une cohérence des procédures. **L'évaluation** porte donc sur trois champs : les résultats (la satisfaction qualitative et quantitative), les structures (comparaison aux référentiels publiés par l'URBH sachant que la référence demeure indicative dans la mesure où il n'existe pas une corrélation exacte entre personnel, matériels et organisations) et les processus. Chaque champ possède ses propres critères d'évaluation et ses indicateurs spécifiques. Un recoupement des différentes informations recueillies est propice à l'objectivation de l'évaluation. Ainsi, si les analyses biologiques mettent en valeur une qualité technique irréprochable, l'indice de satisfaction est un guide dans l'évaluation de l'amélioration des prestations. La mise en œuvre d'audits (audit de formation, audit de maîtrise de la biocontamination et audit de conformité) est indispensable à la mesure des actions correctrices à apporter. Le recoupement de ces différentes méthodes permet une approche exhaustive des difficultés rencontrées. Chaque évaluation est de périodicité variable et préalablement établie. La fréquence de ces évaluations est de trois types au C.H. d'Alès à savoir **les évaluations annuelles** reposant sur les questionnaires de satisfactions ainsi que sur un bilan d'exercice, **les évaluations mises en place afin de finaliser la démarche RABC** et dont certaines seront intégrées par la suite dans les évaluations annuelles, celles-ci apparaissent dans le contrat passé avec la société extérieure, enfin, **des évaluations « au fil de l'eau »** sont effectuées par le biais des fiches d'incidents et de signalements. Elles imposent une réponse immédiate, une action contre l'évènement indésirable et une action à plus long terme visant à supprimer le dysfonctionnement en question.

Les plans d'actions sont destinés à répondre aux missions. Les principales missions de la fonction linge, orientées vers la satisfaction des différents besoins consistent à fournir les produits et **prestations nécessaires à l'hôtellerie** tant pour les patients que pour les personnels des services. Fournir ces prestations dans les situations d'urgence ou de dépannage aux plus démunis entre dans ces objectifs. Il s'agit par ailleurs d'offrir des solutions de qualité pour **le traitement des effets personnels** des patients en hospitalisation de longue durée. Enfin, le but est d'assurer par la réalisation de procédures **les meilleures conditions d'hygiène et de protection** aux patients et aux personnels vis-à-vis des risques infectieux. Cet objectif implique des précautions au niveau du traitement lui-même, qui doit garantir la destruction des micro-organismes du linge souillé (pour chaque type de traitement du linge, des protocoles d'actions et des programmes de lavage ont été élaborés selon des procédures précises²⁹. L'informatisation de la chaîne de traitement du linge a

²⁹ Annexe 1 : procédures de traitement du linge

permis d'obtenir une reproductibilité et une traçabilité parfaites. Au niveau du transport et du stockage, il faut prévenir l'apport et le développement de germes dans les circuits du linge, d'où l'usage d'un produit rémanent. Si une réflexion a été menée à l'Hôpital d'Alès en vue de répondre aux différents objectifs de la démarche RABC, aucune procédure intégrant une prise en charge complète (du pré tri du linge sale à la distribution du linge propre n'est à ce jour formalisée. Cette réalisation s'intégrera dans la mise en place de la RABC et sera jointe au système d'enregistrement et de documentation prévu par cette démarche. Outre le traitement du linge, **il a été élaboré une fonction « achat linge » de façon à faciliter la meilleure adéquation du produit aux besoins** (la qualité des soins est liée à la qualité du produit) Le rôle de cette fonction achat s'intègre également dans une procédure définie: L'expression du besoin est assurée par la mise en place d'un groupe de projet pluridisciplinaire (médecins, infirmières, aide-soignantes). Ils sont chargés de se documenter en s'appuyant si nécessaire sur une étude comparative ou « bench marking » résultant de la visite d'autres établissements : « *Il est nécessaire de sortir aujourd'hui de la logique d'établissement* ». ³⁰ L'équipe de direction est disposée à apporter une aide à la hiérarchisation des critères de choix. La formalisation du besoin est arrêtée par la rédaction du cahier des charges techniques. La réponse aux besoins s'appuie sur des procédures d'achat conformes au code des marchés. Ces procédures sont relatives au choix (réunions de concertation, classement des critères de choix, essais, évaluations, formalisation du choix des soignants, commande, livraison) et reposent sur des évaluations continues du choix et du mode de procédure.

Répondre aux besoins implique par conséquent des actions multiples et variées qu'il est essentiel de préciser dans des plans programmés selon des échéanciers établis annuellement.

L'adaptation de la réponse aux besoins repose aujourd'hui à l'Hôpital d'Alès sur la **mobilisation généralisée** et sur la **synchronisation** de l'ensemble des professionnels hospitaliers. L'équipe de Direction est le moteur d'une action coordonnée au sein de la Direction Logistique et Technique. Cette Direction comprend une « cellule marchés » qui propose un soutien au groupe de travail chargé de la fonction achat du linge dans un souci de respect des règles de passation des marchés publics. Cette implication reste une réalité malgré la création du GIP qui fait de la blanchisserie une structure indépendante. Les contrôles internes sont réalisés au sein du laboratoire pour ce qui relève des analyses, des services techniques pour ce qui relève des maintenances. L'implication des ingénieurs hospitaliers permet un contrôle sur tout ce qui concerne les effluents, les condensats ou les produits chimiques. L'hygiéniste et le médecin du travail ont un rôle de vigilance et d'alerte au sein de l'établissement. Les différentes équipes de soins sont sensibilisées afin de se mobiliser pour assurer un pré-tri efficace du linge. La nomination d'un coordinateur responsable du suivi dans l'établissement de la certification est destinée à assurer un lien entre les différents professionnels. Cette nomination répond à la nécessité de se projeter dans l'avenir et autorise un passage à une démarche prospective.

³⁰ Management de la qualité et des risques dans les organisations de santé, Evaluation de la qualité : P. ROUSSEL, ENSP/ Juin 2004

Cette mobilisation générale a pour but de permettre une optimisation de la qualité rendue et montre à quel point la fonction linge fait actuellement partie intégrante de l'Hôpital.

2.2.1.2 La valorisation par l'action

Afin d'éviter les écueils, le pilote ainsi que le Chef du projet se sont attachés au Centre Hospitalier d'Alès à instituer **une démarche personnalisée posant les bases d'un système pérenne.**

➤ ***L'établissement d'un fonctionnement adapté individualisé***

La mise en place de la démarche qualité s'est appuyée sur la réalisation de trois audits initiaux afin d'évaluer les axes à privilégier. Différentes démarches qualités ont été initiées au sein du Centre Hospitalier d'Alès et notamment l'HACCP en cuisine. Si jusqu'à présent aucune corrélation n'a été faite entre ces actions, un tronc commun qualité est à l'étude en vue de définir une politique qualité généralisée et cohérente pour l'ensemble de l'établissement.

L'initiation des démarches qualité a pour intérêt une dynamisation de l'organisation du travail et permet souvent une remotivation des professionnels. C'est dans ce sens qu'ont œuvrés les cadres de la blanchisserie en s'appuyant sur la constitution d'une équipe nouvelle et relativement jeune. L'auditeur externe est ensuite venu présenter la démarche RABC à l'ensemble des professionnels de la blanchisserie ainsi qu'aux cadres et ingénieurs du Centre hospitalier. A l'issue de ces présentations, adaptées à chaque catégorie de personnels, un "audit formation" initial a permis de faire un bilan de l'existant afin de dégager les priorités et de définir dans le temps en fonction d'un calendrier précis les différentes actions à mener. Une implication des personnels a été sollicitée par la recherche de volontaires souhaitant faire partie du groupe RABC d'une part et par une demande à certains autres professionnels d'encadrer les équipes de travail d'autre part. Une deuxième information a alors été réalisée auprès des personnels afin de les sensibiliser, à partir de photos réalisées lors de l'audit initial, sur les actions à engager (lavage des mains, stockage du linge sale, nettoyage, lutte anti-tabac, ...). Une phase de réflexion a alors été accordée afin de laisser le temps aux différents agents de s'approprier la démarche. En aucun cas il ne s'est agi d'une remise en cause des pratiques professionnelles, mais plutôt d'une adaptation à ces pratiques. Les actions prioritaires en terme d'hygiène ou de sécurité ont immédiatement été réalisées. La formulation des procédures et la réorganisation ont été fixées à septembre 2005 soit quatre mois après la dernière réunion. Durant cette période, l'équipe d'encadrement en blanchisserie a réfléchi sur les possibilités de réorganisation du service et des équipes de travail à partir notamment d'expériences extérieures. Il a été convenu que les équipes continueraient à tourner sur les différents postes de travail selon une périodicité à définir. Ce temps de latence a permis par ailleurs à l'établissement d'effectuer les modifications architecturales nécessaires à la démarche RABC.

La mise en place des organisations est coordonnée par le pilote du projet RABC selon les 7 principes précédemment décrits. La première étape consiste à établir la liste des dangers

microbiologiques, la deuxième repose sur une analyse des risques, la troisième fixe un seuil de tolérance, la quatrième définit un système de surveillance, la cinquième établit les actions correctives, la sixième permet l'élaboration des procédures de vérification du système RABC et la septième étape correspond à la mise en place d'un système d'enregistrement et de documentation. Ces différentes étapes sont appréhendées pour chaque phase de traitement du linge. Les actions menées au Centre Hospitalier d'Alès sont résumées dans le tableau ci-dessous :

Les parties grisées dans le tableau correspondent aux points qui n'ont pas encore été développés au centre Hospitalier d'Alès. Si la plupart des actions ont aujourd'hui été réalisées, la pérennisation de la RABC est à conduire, la partie formalisation est en cours de rédaction. Ces différentes étapes imposent des organisations techniques, l'établissement de procédures et de protocoles d'actions conformes aux bonnes pratiques professionnelles décrites dans le système RABC, la mise en place des protocoles d'hygiène accompagnés de formations systématisées et généralisées à tous les personnels de blanchisserie, le port des gants, de pantalons longs et manches longues et masques en zone de tri sale Elles conditionnent également les organisations professionnelles en définissant des postes de travail spécifiques.

La mise en œuvre de la RABC au C.H. d'Alès

« -----De Janvier 2004 à Septembre 2005----- » -----Janvier 2006

	ETAPE 1 Dangers de biocontamination	ETAPE 2 Analyse des risques	ETAPE 3 Seuil de tolérance	ETAPE 4 Surveillance	ETAPE 5 Actions correctives	ETAPE 6 Vérification du système RABC	ETAPE 7 Enregistrement Documentation Manuel de bonnes pratiques
Réception linge sale	Sacs contaminés	Sac troué : Contamination Blessure	Sacs fermés, hermétiques si contamination	Déclaration Tests des sacs	Information Formation Rapport	Analyses Bilan	Législation Procédures/ dépôt
Stockage linge sale	Liés à la durée	Durée et lieu Classement non effectué par ordre d'arrivée du linge	< 72 H	Quantité Hygiène T°	Lieu spécifique, à l'abri, et étanche <48H	Etude des écarts	Audit initial dénonçant de mauvaises conditions Corrections
Tri linge sale	Danger Maximum pour le personnel	Contamination Blessure	Vigilance max Tenues et hygiène des personnels	Médecine du travail Fiches d'incidents	Formation hygiène++ et risques	Contrôles	Procédures/ hygiène Tenues prof. pratiques
Lavage et essorage sans séparation chargement déchargement	Croisement linges propres et sales	Contamination Qualité des eaux neuves et des produits de lavages	Eaux neuves, effluents et produits utilisés compatibles avec la HQE T° d'évacuation des eaux usées < 35°C	Ingénieurs Prélèvements du lessiviel (bandes témoins 3 fois par an) Enregistrements	Informati-sation du lavage (fiabilité, traçabilité)	Analyses Contrôle des produits	Protocoles de lavage Procédures de chargement et déchargement du linge Enregistrements
Lavage et essorage avec séparation chargement déchargement	Lors du cheminement du linge dans le tunnel						

Transport en zone de finition	Automatisé, pas de temps de latence entre lavage et séchage	Pannes Chute du linge Jonction Zones sale-propre	Tenues adaptées à la zone de travail	Flux continu entre lavage et séchage	Mainten- -ce préventive Hygiène	Taux de relavage et de pannes	Protocole vestimentaire Procédures de circulation Bilans de relavage
Séchage/ repassage Calandres	Linge guidé après lavage	Pannes Chevauche- -ment du linge Mauvais séchage	Linge propre en fin de séchage Seuils fixés à 9UFC/25cm ² et 2UFC/25cm ² pour le linge de bloc et pas de germes d'infections nosocomiales	Analyses en différents points du linge	Mainten- -ce préventive/ fibres	Analyses de biocontami- -nation	Procédure/ Calandre Protocoles de nettoyage
Séchage sèche linge	Automatisation, pas de manipulation lavage- séchage	Mauvais séchage du linge Pannes		Analyse du taux de relavage			Protocoles de nettoyage
Repassage	Automatisé sur cintres	Contamination manuportée			Formation en Hygiène++		
Pliage	Zones de plis insuffisamment secs				Manipula- -tion limitée		
Conditionnement transport	Superposition du linge	Contamination dans l'armoire Stockage en blanchisserie Chariot sale	<12 H après le pliage	Analyses T° et temps de stockage	Projection de produit rémanent sur le linge Chariots systématiquement nettoyés désinfectés	Analyses	Procédure d'action après pliage du linge Mode de rangement
Transport linge propre	Contamination du camion peu probable car les chariots sont fermés	Contamination du linge propre Mélange linges propres et sales	Transports linges propres et sales distincts	Analyses Audit	Formation des chauffeurs Nettoyage Désinfec- -tion	Analyses Etude des flux pour limiter les stocks de linge propre ou sale	Planning des transports Réclamations Incidents
Livraison linge propre		Croisement linges propres et sales	Réception immédiate	Analyses	Formation des clients et cadres des services Séparation fonctionnel- -le linge propre et sale		
Stockage en service	Effets 48 H du produit rémanent	Linge stocké exposé aux microbes	Local de stockage spécifique, aéré,	Analyses Recen- -sement régulier des stocks	Limitation du stock Roulement du linge Mise en place d'un inventaire régulier et généralisé	Conditions identiques à la blanchis- -serie = engage les clients	inventaire régulier, actualisé et généralisé

Marquage	Contamination manu portée	Contamination	Seuils fixés à 9UFC/25cm ² et 2UFC/25cm ² pour le linge de bloc et pas de germes d'infections nosocomiales	Analyses	Marquage avant lavage du linge inséré dans la couture Hygiène	Analyses	Procédure de marquage du linge
-----------------	---------------------------	---------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------	---------------------------------------------------------------	----------	--------------------------------

➤ **L'élaboration d'un système pérenne**

La valorisation de la démarche qualité RABC est conditionnée par son bon fonctionnement, c'est la raison pour laquelle la pérennisation du système est une phase importante qui a fait l'objet d'une attention particulière à Alès.

La définition des points de contrôle ne peut en aucun cas être réalisée de façon aléatoire. Elle consiste en l'évaluation des dangers et des risques et en leur surveillance. Dans un premier temps, sont définies trois phases de contrôle bactériologique, selon un calendrier précis (du 25 au 30 juin 2004) afin de valider l'ensemble des cycles de lavage mis au point à la blanchisserie d'Alès. Pour chaque cycle de lavage, un échantillon est prélevé à trois étapes. Sur un échantillon, 5 points de prélèvements sont effectués (3 points de contrôle de la flore totale, 1 point de recherche de *Staphylococcus aureus*, 1 point de recherche de *Pseudomonas aeruginosa*). Ces différents points de contrôles sont effectués sur le linge encore mouillé, après le séchage, après le repassage, après le pliage et sur le produit fini mis dans les armoires de dotation. Le bilan faisant suite aux résultats obtenus conduit alors à l'organisation des actions correctrices.

Cette **organisation des actions correctrices** est durant toute la période de mise en place de la RABC proposée par le pilote du projet, relayée et surveillée par les cadres du service. Elle intervient après une analyse des points de contrôles restituée au Centre Hospitalier d'Alès sous format papier et archivée dans la banque de données. Ces actions correctrices concernent tous les paramètres susceptibles d'interférer à savoir les cycles de lavage, le personnel, la méthodologie, le matériel, l'environnement, le système qualité. Dans la dernière phase de mise en œuvre de la démarche RABC, le pilote du projet délèguera cette fonction à un membre de l'encadrement qui assurera une continuité de l'action engagée. Ces actions correctives traitent d'une part des problèmes identifiés et d'autre part de la prévention dans le but de palier des risques éventuels. Le recensement des dysfonctionnements constitue un bon indicateur de maîtrise des risques. Le non renouvellement de l'incident permet quant à lui d'évaluer l'efficacité de l'action correctrice.

Les Actions de prévention découlent de l'audit initial qui a mis en valeur les dangers potentiels tels que le fait de fumer sans se laver les mains, ni avant, ni après, le fait de sortir à l'extérieur avec les sur chaussures... La prévention menée au C.H. d' Alès est prioritairement engagée dans la mise en œuvre d'une politique de respect des règles d'hygiène. Elle s'appuie sur la diffusion d'informations, la réalisation d'actions de sensibilisation et de formation à l'ensemble du personnel. Elle a été conditionnée par une adaptation des locaux. La gestion des déchets est prise en compte

dans ces actions de prévention. Les déchets solides suivent les mêmes protocoles d'évacuation que pour l'ensemble de l'établissement. Pour ce qui est des effluents, tous les produits utilisés sont reconnus non toxiques et peuvent être déversés dans les égouts. La seule contrainte est la température des eaux de lavages qui doit être inférieure à 35°C. Cette température est régulièrement relevée. La formation de condensats difficilement évitable en blanchisserie a fait l'objet d'une étude particulière quant à son évacuation dans la mesure où celle-ci pouvait être un vecteur potentiel de germes. Un recyclage de ces condensats est en cours d'élaboration. Il présente non seulement l'intérêt de supprimer ce risque de contamination mais permet aussi une économie d'énergie en étant réutilisés au chauffage de l'eau. Ces différentes actions correctrices ou de prévention sont évolutives en fonction des résultats des différents contrôles.

Le recueil des données, ultime étape, est destinée à valoriser la démarche RABC en fixant des procédures et protocoles susceptibles de pérenniser ce projet et en précisant une marche à suivre. Le but au C.H. d'Alès est la mise en œuvre d'une homogénéisation des démarches qualités. Il est donc envisagé la définition d'un tronc commun avec l'HACCP en cuisine, la certification GBEA au laboratoire, la certification ISO 9001 pour le biomédical, sachant que chaque démarche garde ses spécificités. Cet objectif, garant d'une pérennisation, est destiné à créer une cohésion entre les pratiques professionnelles dans le but de simplifier et de coordonner les processus. Ce recueil de données pourra intégrer la documentation du système RABC comme le stipule la norme NF EN 14065.

Les données réglementaires seront apportées par l'auditeur externe. Les procédures s'appuieront sur ces données et tiendront compte des résultats des différents contrôles et évaluations (analyses, résultats des audits, bilans, questionnaires de satisfaction) en faisant référence aux protocoles établis dans chaque secteur d'activité (lavage, rinçage, séchage, pliage, vaporisation du produit rémanent, livraison...). Dans le contexte hospitalier où le risque infectieux peut avoir de graves conséquences, il est indispensable de démontrer que l'on assure la maîtrise des risques. Ainsi, l'assurance de la qualité aura pour objet de donner confiance aux utilisateurs de la fonction linge en intégrant dans le système d'enregistrement l'ensemble des actions prévues et systématiquement mises en œuvre pour contrôler l'hygiène (responsabilités, procédures, organisation, circuits, compétences, ...), en démontrant par le résultat des analyses que les exigences définies dans le système RABC sont effectivement satisfaites (autocontrôles, validation des procédés, analyses microbiologiques).

La meilleure valorisation de toute action est **la quantification par l'évaluation** de cette action. Cette évaluation s'organise à Alès à partir de **trois axes** que sont l'évaluation technique basée sur des analyses, l'évaluation des organisations et des pratiques et l'évaluation de la satisfaction à partir de l'analyse des réponses aux questionnaires.

Les analyses sont réalisées en respectant scrupuleusement les conditions suivantes : Prélèvement sur plaque « Count Tact », Gélose trypticase soja, Pression de 500g pendant 10 secondes, Incubation à 30°C pendant 72 heures.

Au Centre Hospitalier d'Alès, près de 450 points critiques sur lesquels portent systématiquement toutes les analyses ont été définis. Ils sont représentatifs de chaque étape du traitement du linge et sont situés dans les zones les plus exposées (zones de pli des draps, extrémités des tenues). Il a été constaté qu'à la fin d'un cycle en blanchisserie (linge prêt à être livré) aucune contamination n'est aujourd'hui présente et ce quelque soit la catégorie de linge (grand ou petit plat, serviettes, vêtements des malades et professionnels). Pourtant, après lavage et surtout en sortie de la laveuse essoreuse, le nombre de germes présents est supérieur aux seuils autorisés à savoir 12 UFC/25cm². Ces germes sont pour la plupart peu agressifs, une seule fois, un staphylocoque epidermidis a été retrouvé. Le linge le plus contaminé est le linge des malades ainsi que celui des pensionnaires hébergés. Quoiqu'il en soit, la température de séchage (sèche linge ou calandre) est suffisante pour éliminer les germes encore présents après lavage. Un second facteur de risque est ressorti de ces analyses à savoir que le taux de germes est plus élevé quand la température extérieure est plus forte. Au cours des différentes analyses, il a été établi un lien direct entre taux de contamination et température extérieure. Une attention particulière doit être portée aux linges rangés dans les armoires. En effet, la chaleur humide des blanchisseries est propice au développement des germes dans les chariots à vêtements par condensation. Il est donc important d'accroître la vigilance en été et de favoriser l'aération des locaux. Cette conclusion a été rendue possible par la comparaison des analyses d'une fois sur l'autre. Les analyses seront réalisées, à l'issue de la mise en place de la RABC, selon une périodicité d'une fois par trimestre.

L'évaluation des organisations et des pratiques s'effectue en interne de façon collective et individuelle. En présence de l'ensemble des personnels de la blanchisserie et du Directeur des services logistiques et techniques, cette évaluation est réalisée au sein des conseils de service. Ces réunions ont lieu au moins une fois par an et sont destinées à évaluer les organisations et à relever les points qui portent à questionnement. C'est ainsi qu'au dernier conseil de service du C.H. d'Alès ont été discutés les futurs projets ayant un impact sur l'organisation de la blanchisserie (ouverture de nouvelles maisons de retraites, organisation en pôles d'activités, certification, création du GIP). Les personnels ont soulevé la nécessité d'assurer le remplacement des agents partant et ont sollicité l'achat d'un nouveau logiciel de traçabilité du vêtement. Des devis sont actuellement en cours.

Une évaluation plus spécifique de la RABC est assurée par l'équipe RABC qui a préalablement défini, d'après les procédures, les objectifs à atteindre en terme d'organisation et de pratiques, tout en précisant le mode d'évaluation, les contrôles des différents points ainsi que les indicateurs permettant d'objectiver l'évaluation. Elle est destinée par là même à valider ou non les critères de surveillance établis. Cette évaluation devra être réalisée une fois par an sachant que les résultats seront intégrés au système documentaire. Elle aboutira à l'évaluation générale du plan RABC. Cette évaluation s'applique à la fois aux personnels et aux organisations comprenant le respect de règles telles que la marche en avant, la surveillance et les formations. L'évaluation individuelle est organisée une fois par an par le personnel d'encadrement. Elle permet à chaque agent de définir

ses objectifs pour l'année suivante et de fixer un plan de formation destiné à favoriser une meilleure adaptation aux nouvelles techniques et donc d'améliorer ses pratiques. Cette évaluation est également l'occasion d'appréhender la manière dont le personnel envisage la démarche RABC. Confidentielle, elle permet toutefois aux cadres de mieux coordonner les équipes de travail. Le Cabinet Conseil chargé de l'application de la méthode RABC à l'Hôpital réalise pour sa part des évaluations externes par le biais d'audits qui s'appuient notamment sur des photos (indicateur très porteur auprès du personnel). Ces audits ont jusqu'à présent révélé plusieurs dysfonctionnements actuellement en cours de correction (hygiène, lutte contre le tabac, nettoyage des machines...). La fréquence de ces évaluations est prévue à terme à un an. Elles sont aujourd'hui beaucoup plus nombreuses car elles interviennent comme outil dans le cadre de la démarche RABC. Ces audits portent sur l'hygiène et la conformité des bâtiments, installations et équipements, la réception, le stockage et la livraison, sur la maîtrise de la qualité de l'air, de l'alimentation en eau, du nettoyage, de la désinfection et du personnel. A l'issue de la mise en place de la démarche RABC, un audit de documentation portera à la fois sur le système documentaire et sur son application.

Enfin, **l'évaluation de la satisfaction**³¹ des usagers, des clients et des professionnels a permis un premier constat qui sera suivi d'actions correctrices. Ces questionnaires ont été formulés dans un souci de clarté et d'exhaustivité afin d'obtenir un nombre de réponses suffisant. Ces conditions semblent avoir été remplies puisque 170 usagers ont répondu, 345 professionnels sur 1200 et 15 clients (les clients sont les représentant des sites extérieurs ainsi que les cadres des services, le nombre total est de 29). Les questionnaires ainsi réalisés à l'Hôpital d'Alès mettent l'accent sur la nécessité de diffuser une information relative à la démarche RABC en blanchisserie. Il a été décidé par l'équipe de Direction de diffuser son engagement dans une revue interne (le Qualicom) et de rédiger dans ce cadre un bref exposé destiné à présenter et définir la démarche RABC en blanchisserie. Les professionnels dénoncent par ailleurs le manque de renouvellement des vêtements alors que les clients reprochent essentiellement l'insuffisance du stock tampon. Les réponses sont dans l'ensemble aussi positives. Ce sont les professionnels les moins satisfaits, ce qui révèle des problèmes de fonctionnement plus que de qualité des prestations offertes. Un effort particulier est amorcé en terme de dotations (augmentation du stock et vigilance accrue dans la gestion de ce stock).

La valorisation d'une nouvelle dynamique est donc activement organisée au sein de la blanchisserie du Centre Hospitalier d'Alès. Elle s'inscrit dans une politique plus générale d'établissement qu'a impulsé la Direction Générale de l'établissement depuis un peu plus de dix ans.

³¹ Annexe 8 : questionnaires de satisfaction

2.2.2 Une prise en charge pérenne

Le bouleversement que connaissent aujourd'hui les blanchisseries hospitalières est le garant d'une pérennisation de cette fonction au sein même des établissements hospitaliers. Une prise en charge pérenne est toutefois conditionnée par **une réelle capacité d'adaptation** afin de valoriser un nouveau métier et par **un financement à la hauteur des exigences**.

2.2.2.1 La nécessité d'une réelle adaptabilité

Si la mise en œuvre du GIP blanchisserie semble s'inscrire dans un contexte plutôt favorable, sa pérennisation est fortement conditionnée par **l'adaptabilité et la réactivité des personnels** et leur capacité à **valoriser un nouveau métier**.

➤ ***Adaptation et réactivité des professionnels***

La nécessaire prise en compte du facteur culturel dans un développement se situe sur le long terme. La culture qualité est encore mal connue à l'Hôpital. Si elle s'impose progressivement dans les secteurs de soins, elle peine à s'intégrer dans le domaine de la logistique où la culture « ouvrière » de production est encore prégnante. Ce phénomène est amplifié par le fait qu'il n'existe que très peu de logique métier au sein de la blanchisserie (3 personnes sur 20 possèdent un CAP blanchisserie à Alès) contrairement aux cuisines. La programmation de formations et l'identification d'une individualité responsable de la RABC deviennent alors les garants de la pérennisation d'une telle démarche qualité. Le développement de la gestion des risques correspond à une évolution majeure à conduire également sur le long terme compte tenu des conditions à réunir tant méthodologiques, que de formation, de ressources à affecter et surtout de culture à instaurer, l'action doit être continue sur plusieurs années afin d'être efficace. Les points essentiels à prendre en compte sur le plan culturel sont les suivants :

- l'erreur est encore dans les esprits trop souvent associée à la faute, ce qui empêche le développement d'une réflexion objective sur les causes et les circonstances des erreurs lorsqu'elles se produisent ;
- la recherche d'efficacité dans l'identification et l'analyse des risques grâce à une garantie de confidentialité est dans certains cas en opposition avec l'exigence légitime de transparence dans le fonctionnement des établissements de santé ;
- la perception et l'acceptabilité du danger généré par l'action entreprise sont particulièrement sensibles dans le secteur de la santé. Ces mutations professionnelles n'ont pas entièrement été acceptées par les personnels qui remettent en cause par l'intermédiaire des représentants syndicaux. L'organisation d'une table ronde une semaine après la journée de formation RABC a permis de dégager les grandes lignes du ressenti des professionnels.

La mise en place de cette démarche au C.H. d'Alès a incontestablement bouleversé les esprits. Les

deux points majoritairement évoqués ont été **le nettoyage** d'une part et **le changement d'organisation** d'autre part. En ce qui concerne le nettoyage, si tout le monde reconnaît qu'il est indispensable, sa mise en œuvre pose problème. En effet, considérer le nettoyage comme une tâche directement intégrée au travail en blanchisserie n'est pas encore admis par tous. La remise en cause de la société extérieure et la crainte d'absence de consensus mettent en valeur le report sur l'autre de fonctions que les agents ne se sont pas parfaitement appropriés. La discussion a conduit au compromis suivant, à savoir l'institution d'un roulement quant au nettoyage qui revient au personnel de blanchisserie et une évaluation du travail effectué par l'entreprise de nettoyage. Le problème récurrent de la variabilité des flux rendant une planification du travail aléatoire est souligné. Il conviendra alors de programmer dans des créneaux relativement stables, les actions de nettoyage incontournables. Les autres tâches seront effectuées en lien avec la charge de travail de traitement du linge. La démarche RABC en blanchisserie va considérablement interférer sur l'organisation actuelle du travail. Les agents en sont conscients et semblent unanimement réagir de façon plutôt positive à ce changement. La mise au point des modes opératoires est reconnues comme étant indispensable. Les personnels sont prêts à **participer de façon encadrée** à la mise en place des nouvelles procédures mais ne se voient pas s'impliquer dans leur définition ni leur rédaction. Les **perspectives professionnelles** sont très variables selon les agents. Il est difficile et erroné de tirer des conclusions sur le ressenti individuel mais des traits communs semblent se dégager. Auprès des jeunes employés (CDD), la sécurité de l'emploi constitue souvent une priorité. L'intégration dans la fonction publique a été prépondérante dans le choix du travail en blanchisserie. Il en résulte pour certains un manque de motivation. La plupart des agents jeunes (CDI pour la plupart) espèrent une progression professionnelle soit à l'intérieure de la blanchisserie, soit par le biais de la formation professionnelle de façon à accéder à des écoles paramédicales par la suite. Aucun agent jeune n'envisage de rester sur la même fonction durant toute sa carrière. Seuls les jeunes ayant passé leur CAP blanchisserie où souhaitant le passer considèrent le travail en blanchisserie comme un métier. Ce ressenti diffère par la suite avec l'expérience. En effet, les personnes ayant une certaine ancienneté (à partir de 7 à 8 ans) perçoivent tous leur fonction comme une véritable métier. Les personnes ayant la plus longue expérience, de 16 à 24 ans dénoncent l'aspect routinier de leur métier. Si ils ont su garder leur conscience professionnelle, ils ont perdu l'enthousiasme du départ. La reconversion est parfois désirée mais dans des voies très restreintes.

L'ensemble des personnels de la blanchisserie du C.H. d'Alès voit en la RABC un renouveau susceptible de dynamiser une équipe en un consensus professionnel, à condition qu'un soutien continu de la Direction de l'établissement perdure et ce, « malgré la création du GIP blanchisserie ». Par ailleurs les professionnels de la blanchisserie d'Alès reconnaissent un rôle essentiel à la qualité du traitement du linge et à l'importance d'un nouveau regard sur la logistique comme partie intégrante du soin. Toute activité directement corrélée aux soins est une activité de service très particulière. Elle correspond à une production de service variable

qualitativement et quantitativement nécessitant des capacités d'adaptation considérables. En effet, le système doit s'adapter à la variabilité des flux, à l'urgence et à chaque situation. Dans les approches théoriques développées, la qualité ne réside pas dans une remise en cause du travail des employés mais dans une réorganisation des processus. Tous les employés sont susceptibles de faire des erreurs. L'organisation doit être en mesure de les prévenir. Cet objectif a conduit à la mise en place des référents par poste de travail. Ces référents auront comme prérogative d'assurer d'une part la mise en œuvre des décisions collégiales prises en amont, et d'autre part de veiller à la continuité du travail en apportant leur expertise professionnelle. Ces référents, contrairement au reste de l'équipe seront fixes sur leur poste de travail. Les actions correctrices seront décidées en réunions dont la périodicité reste à définir. Les référents seront par ailleurs chargés dans leur secteur de mettre en place, de gérer et de faire évoluer les indicateurs. Ils seront intégrés au groupe RABC. La pérennité de cette réactivité se mesurera ensuite par la capacité des professionnels à rebondir et à assurer un questionnement constant par l'évaluation.

« *Les bonnes pratiques de blanchisserie constituent une **condition préalable** à l'obtention d'une qualité microbiologique* », cette affirmation énoncée dans la norme NF EN 14065 met en valeur l'importance de l'adaptation des pratiques aux besoins. C'est la raison pour laquelle, outre le souci du maintien des personnels dans le bassin d'emploi, le Centre Hospitalier d'Alès tient à mettre en valeur la spécificité des blanchisseries hospitalières. Cette spécificité ne pourra donc être pérennisée qu'en engageant les processus susceptibles de répondre à l'attente. **La démarche RABC constitue un accompagnement indispensable non seulement à la mise en œuvre d'une démarche permettant d'accéder au niveau de qualité requis mais également à la capacité à faire évoluer les pratiques professionnelles de manière à pérenniser une véritable culture qualité.** Le linge provenant d'établissements de soins ne doit pas être lavé simultanément à des textiles d'autres origines, ce pré requis soulève le problème des autres organismes habilités à laver le linge hospitalier, à moins que ces organismes concluent eux-mêmes des accords avec les blanchisseries hospitalières. Une vigilance particulière doit être portée à l'hygiène et ses évolutions. Cette attention met en valeur **l'importance d'une cohésion entre services de soins et services logistiques.** L'hygiène à l'Hôpital concerne l'ensemble des acteurs et les mesures nécessaires à son respect contribuent dans tous les services à l'obtention de la qualité des soins. Au Centre Hospitalier d'Alès, un tel concept a recueilli une adhésion générale. Un forum régional d'hygiène est organisé en ce sens, chaque année, de façon à préciser les évolutions en terme d'hygiène, les nouveaux impératifs, et ce, dans tous les domaines. Ce forum est ouvert à tous les personnels hospitaliers, médicaux et non médicaux. Il a été question lors du dernier regroupement des règles à mettre en place lors de l'hospitalisation d'un patient atteint d'une maladie de "Creutzfeldt Jacobs". Une décision collégiale a conduit à la conclusion de maintenir les protocoles en place sur Alès à savoir la destruction systématique du linge. S'il a été reconnu que cette mesure n'était pas fondamentalement indispensable, elle répond à l'application du principe de précaution. Il devient alors essentiel d'admettre que les bonnes pratiques ne sont donc pas définitives et leur acquisition

intervient tout au long de la carrière professionnelle des agents.

➤ **La valorisation d'un nouveau métier**

La démarche qualité conduite au sein des fonctions logistiques et plus particulièrement en blanchisserie est à l'origine d'une autre conception du rôle des blanchisseurs hospitaliers qui s'approprient une profession spécifique et validée au sein de l'établissement grâce au suivi rigoureux de procédures pré établies évoluant dans des organisations basées sur une culture de l'évaluation.

Le développement des métiers au fil des années se réalise à partir de l'expérience et de l'expertise accumulée par les professionnels. Cette expérience est capitalisée et développée par la transmission du savoir des professionnels expérimentés vers les nouvelles générations, par la littérature professionnelle, par la formation initiale et continue et le système de qualification, par les règles de bonnes pratiques, par l'encadrement, par l'organisation et la répartition des tâches.

La complexification du système conduit à l'identification de métiers de production et de métiers de coordination ou de management. À chacun de ces métiers correspondent des compétences propres. La sécurité est une des dimensions prises en compte par l'approche professionnelle. La performance du système et sa sécurité sont améliorées par une augmentation de la compétence des intervenants. Une connaissance des risques liés à la présence de germes susceptibles de contaminer les hommes et le matériel s'impose au personnel. Une information couplée d'une formation paraît indispensable. De fait, lorsqu'une tâche est effectuée par une personne n'ayant pas la qualification requise, la sécurité peut être mise en jeu. Le système en place résulte de la construction progressive d'une organisation prenant en compte à la fois les performances attendues, les exigences des métiers pratiqués et de la réglementation. Chaque structure définit les modalités propres permettant d'intégrer ces exigences. Elle fait des choix organisationnels et établit ainsi ses règles de fonctionnement qui peuvent être plus ambitieuses que ce que la réglementation requiert. Ces règles prennent de nombreuses formes (règlements, procédures, instructions, prescriptions orales). Écrites ou tacites, elles régissent le fonctionnement collectif. Elles organisent également les relations entre les différents métiers. Elles s'intègrent et participent à la culture de l'établissement. **Certaines initiatives ayant fait leurs preuves sont ensuite reprises par le cadre réglementaire** ou par les métiers. L'expérience acquise aussi bien lors des réussites que lors des échecs est utile pour faire émerger des modes d'organisation adaptés. Ainsi, la démarche RABC instaure et conduit à la formalisation dans les établissements de santé d'une validation d'acquis professionnels. Outre l'intérêt qualitatif de l'instauration d'un tel système, il est question **d'une reconnaissance d'un travail réalisé par des professionnels.**

La démarche engagée par la RABC met en place une organisation rigoureuse où la prévision prend le pas sur les aléas. Elle permet d'apporter des solutions en vue de limiter des erreurs éventuelles liées à des situations imprévues. Le recensement des dysfonctionnements permet d'obtenir une

certaine réactivité tout en réduisant considérablement les erreurs. Un support documentaire mis à jour est en ce sens indispensable. Il comprend également toutes les procédures et protocoles susceptibles d'encadrer les pratiques professionnelles. Posséder des références écrites évolutives constitue une aide professionnelle incontestable qu'il est essentiel de valoriser afin que ce support constitue un outil pour les agents. Actuellement, l'utilisation de cet outil repose sur la mise en œuvre d'une nouvelle méthode de travail qui n'est pas encore entrée dans les mœurs au Centre hospitalier d'Alès. L'auditeur externe prendra en compte ce paramètre lors de l'élaboration du système documentaire.

Comme le précise Thierry Plantard³², animateur de la commission achat logistique de la conférence des directeurs généraux de CHU et directeur des services économiques du CHU d'Amiens, « *Soignants, médecins, paramédicaux et techniciens doivent se concentrer sur leur cœur de métier. C'est pourquoi on s'oriente vers des services logistiques qui vont jusqu'au personnel et au patient.* ». Une telle évolution des fonctions logistiques a fait partie d'une réflexion particulière au Centre Hospitalier d'Alès dans le cadre de la construction d'un hôpital neuf à échéance 2008. Il a été envisagé une mise en place « de tortues automatisées » dans le nouvel établissement. L'intérêt de cette automatisation est la limitation des risques liés à la manipulation. La synchronisation de la logistique sera par ailleurs assurée par des intendants d'étage responsables, entre autres, pour chaque niveau, de la distribution et du renouvellement des dotations de linge. Ces intendants d'étage seront polyvalents sur les fonctions logistiques de façon à assurer une continuité de service en cas d'absences imprévues. Dans le cadre de la conception de la réorganisation de la blanchisserie du CH d'Alès, un effort est mené sur l'implantation des locaux annexes (stockage du linge sale en attente, stockage du linge neuf, stockage des produits lessiviels, atelier de maintenance). En ce qui concerne la capacité de la blanchisserie, le traitement du linge d'un autre centre hospitalier est à l'étude. Cette éventualité doublerait la capacité actuelle et s'accompagnerait d'un investissement en terme d'équipement uniquement, puisque les locaux ont été prévus pour accueillir un second tunnel de lavage et une autre calandre. Dans le cadre de ce rapprochement, l'éventualité de reprendre les équipements relativement récents de l'établissement demandeur est à étudier.

L'évolutivité de la fonction textile est appréhendée par l'équipe de l'hôpital d'Alès de façon prospective. Une recherche constante des nouvelles techniques, des nouvelles organisations, des essais sur les nouveaux textiles proposés est en effet valorisée. Une volonté affichée d'une coopération accrue avec les établissements proches anime l'équipe d'encadrement de la blanchisserie qui souhaite mettre en place des réunions d'échanges.

L'exemple probant qui émane d'une telle expérience au centre hospitalier d'Alès réside dans l'importance du rôle à tenir par un directeur d'établissement dans l'impulsion d'une dynamique

³² « Une qualité de production irréprochable, un service sans aléas » : titre d'une interview de Thierry Plantard publiée dans le magazine décision Santé , n°216 de juin-juillet 2005

collective et dans la nécessaire anticipation des actions à conduire, actions dont la pérennité repose sur la fédération autour d'une valeur incontournable : **la Qualité**.

2.2.2.2 Un financement à la hauteur des exigences

L'efficience consiste en une intégration de la qualité dans le coût et en la prise de conscience du coût de cette qualité. Cette efficience est alors conditionnée par la réalisation **d'un état prévisionnel des recettes et des dépenses** sur quatre ans, couplé d'une **évaluation par pôle d'activité** de la quantité de linge traité, de façon à intégrer la fonction textile dans la nouvelle organisation hospitalière.

➤ Etat prévisionnel des dépenses et des recettes

Si la blanchisserie du Centre Hospitalier d'Alès ne déplore pas de déficit depuis sa réorganisation, Il est essentiel dans le cadre du GIP d'évaluer les recettes et les dépenses à venir³³ de façon à assurer la pérennité de la fonction textile à l'Hôpital.

L'estimation des recettes réalisées par le GIP a été faite sur quatre ans. Elle sera annuellement révisée sachant qu'une grande vigilance réside dans le fait que l'Hôpital ne peut en aucun cas proposer ses services à perte (conformément aux règles des marchés publics). Cette estimation est réalisée pour chaque établissement membre ou "client" du GIP³⁴. Il est à noter que les prévisions sur les quatre années à venir vont dans le sens d'une augmentation progressive de la production d'une part liée à la construction de maisons de retraite prises en charge par l'Hôpital et d'autre part due à une attente de clients intéressés par les services proposés par le GIP. La mise en place d'un GIP permet de conserver une activité publique, il constitue cependant une personnalité morale autonome, indépendante de l'établissement hospitalier. Il est alors essentiel de prendre en compte les investissements réalisés antérieurement par l'Hôpital d' Alès. Par ailleurs, un souci de conservation des fonctions logistiques comme propriété de l'Hôpital a amené le promoteur du projet GIP à la décision suivante: le Centre Hospitalier d'Alès paiera son linge plus cher que les autres membres du GIP soit 1,14€ HT le kilo de linge 1,05€ HT pour les autres. Ce surcoût permettra à l'Hôpital de conserver sa blanchisserie en cas de dissolution du GIP. A compter de la mise en œuvre du GIP prévue au plus tard au 1^{er} Janvier 2006, la fonction textile ne représentera pour l'Hôpital qu'un coût d'exploitation évalué à **932 000 €** pour l'année N1, une progression de 2 % a été appliquée aux années suivantes. Les dépenses de groupe 1 et 4 sont basculées sur le GIP. En terme de dépenses de personnel, les dépenses de Groupe 1 sont actuellement de **702 900 €** à l'Hôpital, dans le cadre du GIP sachant que le choix s'est porté sur l'option hors TVA, il convient d'ajouter une taxe sur les salaires évaluée à **70 000 €** soit un total de **772 900 €** pour l'année 1. Les années suivantes, une progression de 2% a également été envisagée. Cette nouvelle dépense du

³³ Annexe 6: Etat prévisionnel des dépenses du GIP

³⁴ Annexe 7: Estimation des recettes du GIP blanchisserie

GIP constituera une minoration des dépenses pour l'Hôpital. Le groupe 4 de la section d'exploitation, provisions et dotation aux amortissements, est aussi pris en charge par le GIP, tant pour les travaux (amortis sur 25 ans) que pour les équipements (amortis sur 12 ans). La création de ce GIP est donc susceptible de permettre au Centre Hospitalier de dégager une baisse de charges sans toutefois mettre en péril son patrimoine. Les dépenses de la section d'investissement seront de la même manière transférées sur le GIP au bénéfice de l'Hôpital qui est d'autant plus avantage que les remboursements du capital sont encore peu importants(**88 956 €** en 2005 contre **94 991 €** dès 2007). En conséquence, les prévisions financières effectuées vont dans le sens d'une pérennité financière du GIP. Si le basculement des charges a pour effet un budget très peu excédentaire la première année de mise en service du GIP, une étude comparative sur 6 ans met en valeur une constante progression des bénéfices.

Prévisions		
1) SANS OPTION DE TVA		
- INVESTISSEMENT		1 970 000 €
- FINANCEMENT		1 970 000 €
SOLDE		0 €
- RESULTAT FINANCIER		
	ANNEE 1	+ 29 990 €
	ANNEE 2	+ 53 306 €
	ANNEE 3	+ 81 246 €
	ANNEE 4	+ 94 317 €
	ANNEE 5	+ 100 000 €
	ANNEE 6	+ 105 000 €
CUMUL DES RESULTATS		+ 463 859 €
2) SI OPTION DE TVA		
- RECUP. TVA SUR INVESTISSEMENT		387 492 €
- RESULTAT FINANCIER		
	ANNEE 1	-- 59 023 €
	ANNEE 2	-- 42 926 €
	ANNEE 3	-- 28 521 €
	ANNEE 4	-- 18 000 €
	ANNEE 5	-+8 000 €
	ANNEE 6	+2 000 €
CUMUL DES RESULTATS		- 233 022 €
CUMUL DES RESULTATS integrant recup TVA		154 470 €
ECART projet sans tva : avec tva		+ 309 389 €

Hormis le fait de l'incidence en trésorerie de la récupération immédiate de la TVA sur les investissements, l'option reste moins intéressante en raison principalement de la forte valeur

ajoutée de l'activité entraînant un reversement important de la TVA. Sans option TVA, le rattrapage de la TVA sur l'investissement non récupéré sera équivalent après la septième année d'exploitation. Au niveau de la taxe professionnelle, si celle-ci venait à être demandée, le plafonnement en fonction de la valeur ajoutée sera certainement sollicité (selon la réglementation fiscale actuelle). La taxe maximum devrait s'élever dans une fourchette comprise entre **50 000 €** et **55 000 €** par an. Deux solutions peuvent alors être mises en balance: Une baisse du prix du linge ou la constitution de provisions affectées au renouvellement de matériel ou à un équipement supplémentaire en cas de traitement d'une plus grande quantité de linge. Si à court terme la première solution est privilégiée, une révision à la baisse sera par la suite envisagée.

➤ ***Répartition par pôles d'activité***

Le mode de gestion du GIP séparant les textiles des différents clients est initialement organisé selon une comptabilité analytique. Ainsi, il a été établi que le coût du kilo de linge extérieur traité était d'autant plus important que la quantité était moindre. Cette conclusion est liée au coût du transport du linge pour les clients extérieurs. Il en ressort un prix plus important pour les clients qui demandent le traitement de moins de 200 kilos de textiles par jour. Ce mode de fonctionnement est parfaitement adapté à l'organisation actuelle des Hôpitaux en pôles d'activité. En effet, il sera étudié pour chaque pôle la quantité hebdomadaire de linge traité. A ce calcul, il sera ensuite directement attribué un coût propre à chaque pôle. Une réflexion a été conduite afin de préciser le mode de détermination des quantités de linge traité par pôle. La solution qui paraît la plus intéressante est l'ajout d'une puce électronique à chaque sac de linge sale. Dans la mesure où le linge est compté à la sortie des sacs, il devient alors possible de comptabiliser les quantités par pôle d'activité. De façon à assurer un suivi quant aux consommations de linge, la mise en place de tableaux de bords est en cours d'élaboration par un des responsables de la blanchisserie de l'établissement.

A l'image des pratiques professionnelles, le financement de la blanchisserie requiert une adaptabilité et une réactivité constante.

CONCLUSION

La nouvelle conception de l'environnement du patient et du rôle de l'Hôpital a eu pour conséquence l'instauration au sein du secteur de la blanchisserie de nouveaux impératifs d'hygiène, de qualité, de sécurité et de productivité. La sécurité de la fonction linge est devenue un problème de santé publique important et un enjeu économique majeur pour une prise en charge globale et cohérente de l'individu.

Le Centre hospitalier d'Alès s'est engagé, en réponse à ces objectifs, dans une démarche qualité en blanchisserie encadrée par la mise en œuvre de la méthode RABC, reconnue par l'AFNOR au travers de la norme NF EN 14065. Elle constitue donc un Label Qualité, seule référence existant à ce jour concernant les textiles traités en blanchisserie. Cette méthode permet par ailleurs l'accès à une certification de services qui peut caractériser la finalité de la démarche. Cette méthode introduit un nouveau mode de fonctionnement basé sur une culture de la traçabilité et sur une évaluation continue. Si l'AFNOR n'a pas actuellement imposé le système RABC, la Haute Autorité de Santé, chargée de la deuxième accréditation des établissements de santé, dans un souci de valorisation de tout levier de développement de la qualité reconnaît désormais la certification.

L'application de l'HACCP en cuisine apparaît comme un moteur dans l'initiative d'un tel engagement qualité dont il est intéressant de s'inspirer en termes de retour d'expérience. Les Directions hospitalières généraliseront ce type de démarche à l'ensemble de l'établissement afin d'assurer une offre de qualité globale et non limitée à quelques unités.

Une mise en œuvre optimale de la méthode RABC est conditionnée par une recherche d'efficience à l'origine de sa pérennité financière. Si ce choix représente un coût immédiat en terme d'investissement, il permet de réaliser des économies de fonctionnement grâce à une réorganisation générale limitant alors le coût de la non qualité qui s'avère être supérieur à celui de la qualité, sans pour autant tomber dans le travers de la sur qualité.

Cette recherche d'efficience a permis le maintien de la fonction textile au Centre Hospitalier d'Alès grâce à la constitution d'un Groupement d'Intérêt Public entre le centre hospitalier et différents établissements de santé ou sanitaires et sociaux des environs, une mutualisation des moyens permettant d'atteindre les seuils de viabilité financière en blanchisserie. Un état prévisionnel des recettes et des dépenses tend à confirmer la pérennité financière du groupement ainsi créé.

La valorisation et la pérennisation de la blanchisserie hospitalière sont apparues comme une priorité aux dirigeants de l'établissement. En effet, la volonté d'une meilleure prise en charge globale de la personne a institué une réelle continuité de services entre secteurs de soins et logistiques.

Ce projet ambitieux de mise en place d'une démarche RABC en blanchisserie sur le bassin Alésien aura permis une réflexion sur l'importance de la qualité du traitement du linge, une prise de conscience de la complexité d'une valorisation d'une telle démarche. Ce projet aura pointé l'aspect impératif de l'efficience hospitalière dans un contexte de limitation des dépenses de santé mais également aura facilité son établissement par une méthodologie adaptée. Un tel projet aura mis en valeur l'importance de l'implication de la Direction Hospitalière, garante de la pérennité de la démarche.

Si les bases de la mise en place de la démarche RABC ont été posées, sa finalisation ainsi que l'élaboration du système documentaire n'ont pas encore été amorcés. Une vigilance particulière devra accompagner ces étapes qui entérineront la certification de la blanchisserie du centre Hospitalier d'Alès.

La démarche RABC en blanchisserie est aujourd'hui valorisée dans un nombre croissant d'établissements hospitaliers. Elle s'intègre parfaitement dans ce nouveau paysage où le triptyque **Qualité- Sécurité- Efficience** se conjugue avec service public.

Bibliographie

OUVRAGES :

- **BARTOLI A** : « Le management dans les organisations publiques, Dunod, Paris (1997)
- **CHAIGNEAU Y. et PERIGORD M.**, **Du management de projet à la qualité totale, 1990.**
- **Suzanne CHARVET-PROTAT, Agnès JARLIER, Nathalie PRÉAUBERT** « **Le coût de la qualité et de la non qualité à l'hôpital** » :, Service Évaluation Économique 1998 (Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé)
- **FAUVET J-C** : **La sociodynamique: un art de gouverner**, (1985)
- **JURAN J.** « **La qualité dans les services** », éditions AFNOR, Paris (1987)

REVUES et RAPPORTS :

- **Rapport de l'HAS** : Préparer et conduire votre démarche d'accréditation - Deuxième procédure (Janvier 2005)
- **P. ROUSSEL** : **Management de la qualité et des risques dans les organisations de santé : évaluation de la qualité** (manuel ENSP, / Juin 2004)
- **Francis GOMPEL, Paul POULIGNY**, revue n°444 de Mars 2005 Gestions hospitalières
- « **Une qualité de production irréprochable, un service sans aléas** » : titre d'une interview de **Thierry Plantard** publiée dans le magazine décision Santé, n°216 de juin-juillet 2005

MEMOIRES :

- **Hélène AVISSE** : « Démarche d'accréditation et dynamique de projet à l'Hôpital ». Mémoire de l'Ecole Nationale de la santé publique- 2003
- **Jean-Philippe NAVARRO** : « Analyse d'une stratégie de coopération afin de maintenir et d'optimiser la fonction restauration à l'Hôpital ». Mémoire de l'Ecole nationale de la Santé Publique - 2001
- **David LEBOURSICOT** : « iso 9001 version 2000, la certification par l'approche processus » Mémoire de fin d'étude d'ingénieur qualité (septembre 2005).

GUIDES, REGLEMENTATION et NORMES :

- **Etude du COTEREHOS de la DRASS (Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales) Rhône Alpes réalisée en 1999 sur la demande de la DHOS (Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des soins) qui a engagé des travaux sur la fonction linge reposant sur une approche globale.**
- **La fonction linge dans les établissements de santé, éléments d'approche méthodologique, (DHOS 2002)**
- **Guide méthodologique en trois tomes été publiés dans le numéro 97/2 bis du Bulletin Officiel du Ministère de l'Emploi et de la Solidarité élaboré par « le groupe pour l'amélioration de la comptabilité analytique hospitalière » (2002) .**
- **Référentiel 3 Politique et qualité de Management, manuel d'accréditation deuxième version.**
- **Référentiel 1 QPR, manuel d'accréditation première version.**
- **Guide méthodologique de l'ANAES (janvier 2003) : principes méthodologiques pour la gestion des risques en établissement de santé,**
- **Haute autorité de santé : guide pour l'autodiagnostic des pratiques de management en établissement de santé (Janvier 2005)**
- **Haute Autorité de Santé : Guide pour l'autodiagnostic des pratiques de management en établissement de santé (janvier 2005)**
- **Ordonnances 96-346 du 24 avril 1996 relatives à la réforme de l'hospitalisation.**

- **La loi N°2002-3 du 4 Mars 2002** relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé
- **Décret n°2001-1016 du 5 novembre 2001** relatif à la mise en place d'un document unique concernant les déclarations d'accidents du travail
- **Circulaire n°6 DRT du 18 avril 2002** relative à la mise en application du décret n°2001-216 du 5 novembre 2001
- **Code du Travail – Décret 92-333 du 31 mars 1992 – sous section 2 – Article R 232-2-4** relatif à l'hygiène corporelle
- **Norme NF EN 14065** relative au traitement des textiles en blanchisserie et reconnue par l'AFNOR en mai 2003.
- **Norme ISO 9001 V 2000** qui instaure une approche processus avec obligation de résultat

SITES INTERNET :

- **Qualite.univ-lyon1.fr/crosby.htm** = Biographie de Philip B. Crosby
- **Brasnach.com/Qualite/la vision.htm** = Les visions de DEMING, JURAN et CROSBY
- **Site de l'HAS** (accréditation, audit hygiène, hygiène hospitalière auto évaluation, qualité outils méthode, gestion des risques, coût qualité- non qualité ...)
- **Circuit du linge à l'Hôpital- CLIN Nord**
- **Site du ministère de la santé : Santé. gov.** (recommandations du ministère, guide méthodologique publié par la DHOS concernant le traitement du linge- 2002)
- **Nosobase**
- **Site du CTTN-IREN** entretien ménager, blanchisseries, présentation projet
- **Site étude CTTN ADEM** (réutilisation des condensats)

Liste des annexes

- **ANNEXE 1** : Fiches Produits
- **ANNEXE 2** : Priorités HQE
- **ANNEXE 3** : Exemple de fiche technique
- **ANNEXE 4** : références ANAES concernant la fonction textile à l'Hôpital
- **ANNEXE 5** : Démarche RABC : Référence ISO, Architecture du système, exigences de la norme ISO 9001 v2000
- **ANNEXE 6** : Etat Prévisionnel des recettes et des dépenses du GIP
- **ANNEXE 7**: Estimation des recettes
- **ANNEXE 8** : Questionnaires de satisfaction

ANNEXE 1

FICHE PRODUIT

LAVEUSE
KIV N°1

JohnsonDiversey
Clean is just the beginning



LAVEUSE DUBIX 60 kg

NUMERO	PROGRAMME	CHARGE KG	PROG KIV
1	LAINAGES 40°	30	1
2	GRAND PLAT	55	2
3	VT PC H2O2	40	3
4	VT PC H2O2 + JAVEL	40	4
5	RELAVAGE JAVEL	50	5
6	TRES SOUILLE (GANTS/ SOUS VET)	50	6
7	VT BLEUS	40	7
8	DECONTAMINATION 40°	50	8
9	CASAQUES BARRIERE	40	9
10	DECONTAMINATION 80°	50	A
11	SACS	50	B
12	VT CUISINE	35	C
13	DESSUS LITS CELLULAIRE	30	D
14	COUVERTURES	30	E
15	BLOCS	50	F

**NE PAS OUBLIER DE SELECTIONNER LE PROGRAMME DE DOSAGE KIV
CORRESPONDANT AU PROGRAMME DUBIX SUR LE BOITIER**

ANNEXE 2

Justification des priorités HQE :

Cible n°4 : Gestion de l'énergie

Le poste énergie ne représente en moyenne que moins de 4% du budget fonctionnement des établissements de santé. Néanmoins, les potentialités d'économies, souvent importantes, en font une cible prioritaire en matière économies de gestion. **Il s'agit d'une cible ultra-prioritaire**

Cible n° 6 : Gestion des déchets d'activité

Les bâtiments de santé sont caractérisés par une production de déchets spécifiques, (les déchets d'activité de soins). Le référentiel d'accréditation incite à la mise en place de pratiques permettant l'optimisation de la gestion des déchets. L'obligation de gestion des déchets à risques induit la transparence des circuits d'évacuation des déchets et leur traçabilité.

Cible n° 7 : Entretien Maintenance

La maintenance en cours d'exploitation est un objectif majeur dans les bâtiments de santé. Les fluides sont particulièrement à surveiller, eau, air. Les zones spécifiques, aseptiques, en dépression ou surpression... doivent faire l'objet d'une attention particulière, notamment en prévenant les pannes et dysfonctionnement éventuels des équipements qui les maintiennent.

Cette cible est donc prioritaire.

Cible n° 8 : Confort hygrothermique

Les conditions de température d'ambiance et d'hygrométrie en usage dans les locaux de santé sont fonction des types de personnes accueillies et des activités liées à leur destination. **Il s'agit d'une cible ultra-prioritaire.**

Cible n° 9 : Confort acoustique

En établissement de soins, le repos des personnes exige beaucoup de calme. Certains locaux doivent, en outre, être particulièrement isolés. C'est notamment le cas des chambres de soins intensifs ou palliatifs.

Cible n° 12 : Conditions sanitaires des espaces

Les bâtiments de santé reçoivent des gens sédentaires et fragiles. Pour eux, l'exposition aux produits nocifs et aux incidences éventuelles des champs électromagnétiques peut avoir plus d'effet. Pour cette raison, toutes les mesures permettant de mettre en œuvre le principe de prévention vis à vis de ces risques et de la diffusion des vecteurs de contamination, des allergènes, des bactéries, des virus, sont essentielles.

Il s'agit d'une cible ultra-prioritaire.

Cible n°13 : Qualité de l'air

On détermine quatre degrés de situations à risques qui dépendent de la sensibilité propre du patient aux infections (âge, maladies sous-jacentes...) et des interventions potentiellement biocontaminantes pratiquées chez ce patient (manœuvres invasives, interventions chirurgicales, transplantation...) allant de la Zone 4 (très hauts risques) à la Zone 1 (risques faibles ou négligeables).

Cible n° 14 : Qualité de l'eau

La qualité de l'eau dans le secteur des établissements de santé revêt un caractère essentiel. Les risques sanitaires liés notamment aux légionelles se sont d'ailleurs traduits par une évolution récente de la réglementation.

Cible n°3 : Chantier à faibles nuisances

D'une manière générale, un établissement de santé renforce les exigences suivantes : pendant le chantier, éviter la pollution du sol, les dépôts de poussières dans les locaux et dans tous les volumes où peut circuler de l'air

à la livraison du chantier, les opérations de finition et de nettoyage des abords et du bâtiment sont réalisées en pensant aux handicapés et aux personnes fragiles que l'établissement va recevoir.

Il s'agit d'une cible ultra-prioritaire.

ANNEXE 3

Exemple de fiche technique

TUNIQUE SOIGNANTS BLANCHES UNISEXE PAREMENTS BLANCS

COMPOSITION : 65% polyester –35% coton – résistant aux lavages en blanchisserie industrielle

TISSU : UTEXBEL 1225

COLORIS : Blanc

ARMURE : sergé

POIDS : 210 gr/m²

TRAITEMENT : thermofixé

FINITION :

Pose d'une puce radio fréquence devant dans le revers de la poche basse droite

Code d'entretien cousu sur le côté

Encolure en V avec parement blanc et avec un point d'arrêt

Dimensions de l'encolure minimale : 18 cm profondeur, 18 cm largeur de l'encolure.

Collerette dos rabattue rentrée et piquée sur toute la longueur.

Manches courtes kimono très amples largeur minimum 22 cm, arrêt des manches sur la largeur du revers

Parements blancs de 4 cm au niveau des manches et des poches

Parements blancs de 3 cm au niveau de la poche poitrine

1 poche poitrine 15cm/13cm cousue sur le côté gauche à coins arrondis ou cassés,

Deux poinçons pour emplacements d'étiquette côté gauche poitrine : le premier à 4cms vers la droite du bas du revers, le second à 12 cm vers la droite du bas du revers

2 poches basses 19cm/17cm à coins arrondis ou cassés

Sans couture dos

Coutures surfilées

Fils de confection 100% polyester

Tailles du 36 au 64 - Correspondance du 00 à 07 (double étiquetage)

Mensurations en fonction de la taille (voir légende ci-dessous) :

Taille 00 (corresp. 34) : LMD 72cm – L1/2P 53cm – L1/2B 60 cm

Taille 0 (corresp. 36-38) : LMD 72cm – L1/2P 55cm – L1/2B 62 cm

Taille 1 (corresp. 40-42) : LMD 74cm – L1/2P 57cm – L1/2B 64 cm

Taille 2 (corresp. 44--46) : LMD 76cm – L1/2P 59cm – L1/2B 66 cm

Taille 3 (corresp. 48-50) : LMD 78cm – L1/2P 61cm – L1/2B 68 cm

Taille 4 (corresp. 52-54) : LMD 80cm – L1/2P 63cm – L1/2B 70 cm

Taille 5 (corresp. 56-58) : LMD 82cm – L1/2P 65cm – L1/2B 72 cm

Taille 6 (corresp. 60-62) : LMD 84cm – L1/2P 67cm – L1/2B 74 cm

Taille 7 (corresp. 64-66) : LMD 86cm – L1/2P 69cm – L1/2B 76 cm

LMD : longueur milieu dos

L1/2P : longueur demi poitrine

L1/2B : longueur demi bassin

ANNEXE 4

Pour l'ANAES, figure dans le manuel d'accréditation : Gestion de la fonction logistique Réf 4 :

- *La fonction blanchisserie est organisée pour traiter le linge de façon adaptée.*
- *Le traitement du linge fait l'objet de protocoles et d'évaluations.*
- *La séparation du linge propre et du linge sale est assurée tant pendant le transport que dans les secteurs d'activité.*
- *Les professionnels des secteurs d'activité sont formés aux règles d'hygiène concernant le linge.*
- *Un contrôle du traitement du linge est réalisé à périodicité définie.*

Le risque infectieux lié à l'environnement est maîtrisé

SPI Référence 9 (Extrait du Manuel d'accréditation)

SPI.9.a Des procédures écrites, validées et évaluées à périodicité définie, sont mises en oeuvre.

SPI.9.a. Les procédures concernent :

L'entretien de l'ensemble des locaux en fonction des niveaux de risques

Le circuit (collecte, transport, manutention) et le traitement du linge propre et souillé ;

La maintenance et le contrôle de la qualité de l'eau, adaptés à ses différentes utilisations (eau potable, eau pour hémodialyse, eau pour entretien du matériel...);

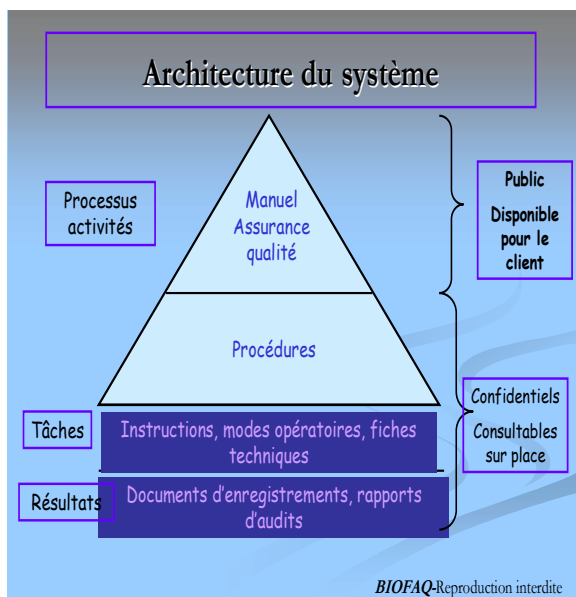
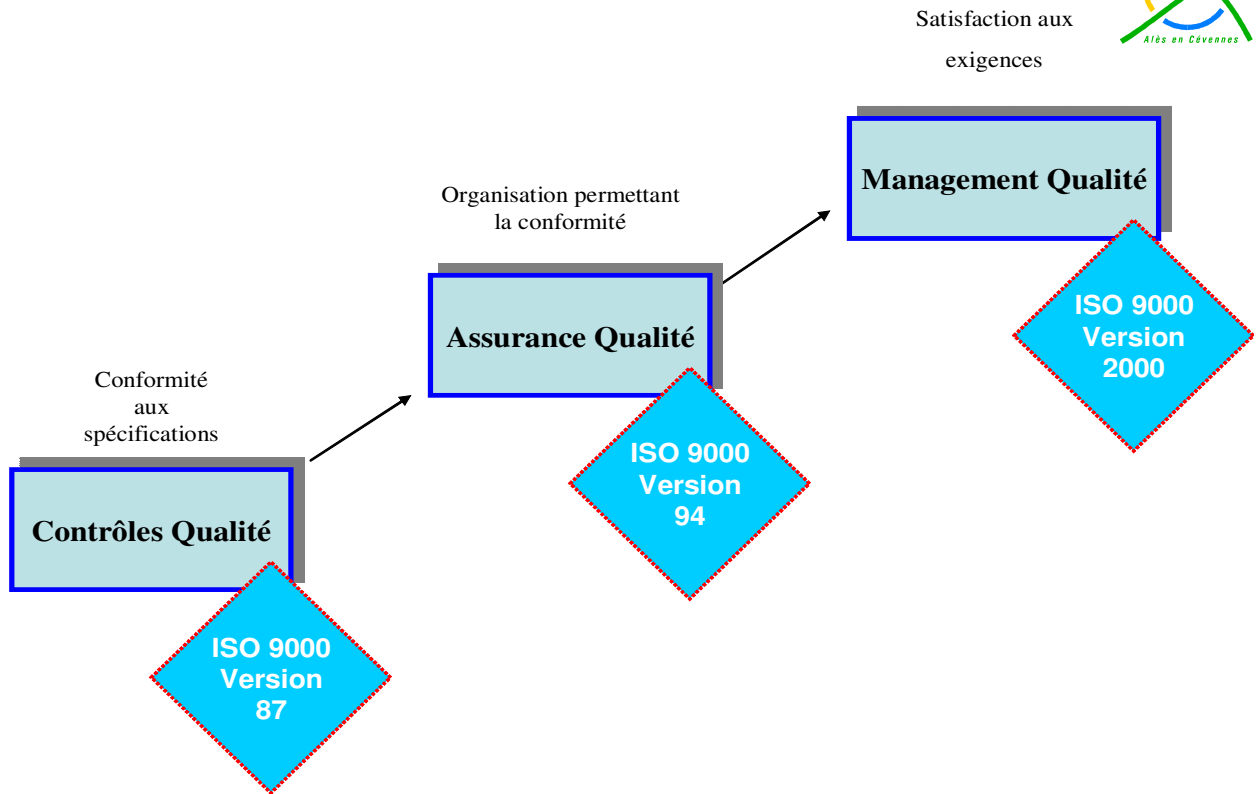
La maintenance et le contrôle de la qualité de l'air dans les secteurs, bénéficiant d'un système de ventilation contrôlée ;

La gestion des déchets d'activités de soins issus des secteurs d'activité cliniques et médico-techniques.

SPI.9.b Les procédures font l'objet d'une formation des professionnels

L'établissement peut avoir développé d'autres réponses pour atteindre l'objectif ; il lui appartient d'en faire état.

ANNEXE 5



III) EXIGENCES DE LA NORME ISO 9001 V2000

EXIGENCES GÉNÉRALES (approche processus)

- Identifier les processus
- Cartographie des processus
- Détermination des objectifs et méthodes afin d'assurer l'efficacité et la maîtrise des processus
- Assurer la disponibilité des ressources (humaines, matériels) et des informations nécessaires au fonctionnement et à la surveillance de ces processus (documentations)
- Surveiller, mesurer et analyser ces processus
- Mettre en place des actions d'amélioration

ANNEXE 6

ETAT PREVISIONNEL DES DEPENSES DU GIP

G.I.P. BLANCHISSERIE

ESTIMATION DES DEPENSES : Charges d'exploitation

(Progression 2 % l'an)

LIBELLES	n° compte EPRD	ANNEE 1	ANNEE 2	ANNEE 3	ANNEE 4
Habillement	602	40 000,00 €	55 000,00 €	57 000,00 €	65 000,00 €
Frais de gestion	623	4 500,00 €	4 590,00 €	4 681,80 €	5 000,00 €
Linge	602	90 000 €	110 000,00 €	113 000,00 €	125 000,00 €
Produits lessiviels	601	32 000,00 €	32 640,00 €	34 500,00 €	40 000,00 €
Fournitures hôtelières	602	13 000,00 €	13 260,00 €	15 000,00 €	18 000,00 €
Eau	606	17 000,00 €	17 340,00 €	18 500,00 €	20 000,00 €
Telephone	626	5 000,00 €	5 100,00 €	5 200,00 €	5 300,00 €
affranchissement	606	400,00 €	510,00 €	600,00 €	750,00 €
Electricité	606	25 000,00 €	25 500,00 €	27 000,00 €	30 000,00 €
Gaz P1	606	65 000,00 €	66 300,00 €	70 000,00 €	75 000,00 €
Gaz P2 P3	611	14 000,00 €	14 280,00 €	16 000,00 €	18 000,00 €
TRE eau	611	10 000,00 €	10 200,00 €	10 404,00 €	11 000,00 €
Réparations	605,615	23 000,00 €	25 000,00 €	27 000,00 €	28 000,00 €
Papeteries et divers	606	2 000,00 €	2 040,00 €	2 080,80 €	2 500,00 €
Assurances (2)	616	9 000,00 €	9 180,00 €	11 000,00 €	12 000,00 €
Loc et entretien véhicules	612	10 000,00 €	10 200,00 €	14 000,00 €	15 000,00 €
Carburant	606	7 500,00 €	7 650,00 €	8 500,00 €	9 500,00 €
Credit bail informatique	612	5 000,00 €	5 100,00 €	5 202,00 €	5 500,00 €
Prestation ménage	611	17 500,00 €	17 850,00 €	18 207,00 €	18 571,14 €
Abonnement	628	50,00 €	51,00 €	52,02 €	53,06 €
Habillement jetable	606	3 000,00 €	3 060,00 €	3 121,20 €	3 183,62 €
Prélèvements sur linge	611	2 800,00 €	2 856,00 €	2 913,12 €	2 971,38 €
Alèas	618,625	1 000,00 €	1 020,00 €	1 040,40 €	1 061,21 €
RABC	631		1 000,00 €	3 000,00 €	3 000,00 €
TOTAL T.T.C.		396 750,00 €	439 727,00 €	468 002,34 €	514 390,41 €
TOTAL H.T.		333 205,69 €	369 169,13 €	393 108,98 €	432 058,88 €

(2) TVA à 0 %

G.I.P. BLANCHISERIE : ESTIMATION DEPENSES DE PERSONNEL

LIBELLES	ANNEE 1	ANNEE 2
18 Agents X 24800 €	446 400 €	455 328 €
2 postes	44 000 €	44 880 €
1 ENCADREMENTS	41 000 €	41 820 €
0,5 CHEF de PRODUCTION	16 000 €	16 320 €
1 AGENTS RTT/CA courte durée	22 000 €	22 440 €
1,2 MAINTENANCE	38 000 €	38 760 €
TRANSPORTS(1,5 puis 2)	50 000 €	51 000 €
creation de 1.2 emplois A terme	26 500 €	27 030 €
0,6 tunnel lavage		12 000 €
0.5 ADMINISTRATIF/MAGASIN	16 000 €	16 320 €
1/8 TEMPS DE DIRECTEUR	6 000 €	6 120 €
FORMATION		7 000 €
REPLACEMENT 27 MENS/CA*	40 500 €	41 310 €
MALADIE 12 MENS	18 000 €	18 360 €
0,25 P AGEE	8 500 €	8 670 €
remboursement etat	-70 000 €	-80 000 €
TOTAL	702 900 €	727 358 €
Estimation taxe sur salaires	62 320 €	62 566 €
TOTAL HORS TAXES SUR SALAIRES	640 580 €	664 792 €

*hypothèse de fermeture 4 JOURS:rtt

INVESTISSEMENT // FINANCEMENT

INVESTISSEMENT

- <u>TRAVAUX</u>	1ère Tranche		600 000 €
		T.T.C.	600 000 €
		H.T.	501 672 €
	Amortis sur 25 ans		24 000 € par an
		H.T.	20 067 € par an
- <u>EQUIPEMENTS</u> :	1ère Tranche		1 370 000 €
		T.T.C.	1 370 000 €
		H.T.	1 145 485 €
	Amortis sur 12 ans		114 166 € par an
		H.T.	95 457 € par an

EMPRUNTS : 1 970 000 €

	ANNEES		
	1	2	3
- CAPITAL	88 956 €	92 374 €	94 991 €
- INTERÊTS	92 595 €	86 771 €	81 927 €
	181 551 €	179 145 €	176 918 €

version 5 du 10/08/05

ANNEXE 7

G.I.P. BLANCHISSERIE

ESTIMATION DES RECETTES	(Progression 2 % l'an)
--------------------------------	-------------------------------

ETABLISSEMENTS	ANNEE 1	ANNEE 2	ANNEE 3	ANNEE 4
Centre Hospitalier ALES	907 000 €	916 070 €	925 230 €	970 000 €
CH ALES 30 LIT MR	5 000 €	25 000 €	25 250 €	25 503 €
CH ALES oncologie	20 000 €	20 200 €	20 402 €	20 606 €
CH PONT ST ESPRIT	108 000 €	110 160 €	112 363 €	134 000 €
MR PONT SAINT ESPRIT	18 540 €	18 911 €	19 289 €	19 675 €
Centre Hospitalier PONTEILS	43 000 €	44 290 €	45 619 €	46 531 €
MR ST AMBROIX	21 942 €	22 600 €	23 278 €	23 744 €
MR ST HYPOLYTE	20 724 €	21 138 €	21 561 €	21 992 €
AIDER	13 390 €	13 792 €	26 000 €	26 520 €
Clinique MISTRAL	40 170 €	41 375 €	20 000 €	?
BESSEGES 1	5 150 €	5 305 €	5 464 €	5 573 €
LA POMAREDE	25 000 €	25 750 €	26 523 €	27 053 €
Hopital DE ROCHEBELLE	29 775 €	80 000 €	80 000 €	81 600 €
LES MAGNANS	10 000 €	10 300 €	10 506 €	10 716 €
EMA	1 000 €	1 020 €	1 040 €	1 061 €
GENOLhAC	19 500 €	20 085 €	20 487 €	20 896 €
ROUSSON+VEZENOBRES			60 000 €	80 000 €
MR PONT				20 000 €
CAT OLIVETTE	7 500 €	7 650 €	7 803 €	7 959 €
GIP CUISINE	14 500 €	14 790 €	15 086 €	15 388 €
BOISSET GAUJAC			65 000 €	66 300 €
VENTE CHIFFON	1 000 €	1 100 €	1 200 €	1 250 €
TOTAL T.T.C.	1 311 191 €	1 399 536 €	1 532 100 €	1 626 367 €
TOTAL H.T.	1 096 314 €	1 170 180 €	1 281 020 €	1 359 839 €

I - HYPOTHESE : SANS OPTION TVA**1) COMPTE D'EXPLOITATION RESUME**

LIBELLES	ANNEE 1	ANNEE 2	ANNEE 3	ANNEE 4
RECETTES	1 311 191 €	1 399 536 €	1 532 100 €	1 636 767 €
FRAIS DIVERS	-396 750 €	-439 727 €	-468 002 €	-514 390 €
VALEUR AJOUTEE	914 441 €	959 809 €	1 064 098 €	1 122 377 €
FRAIS DE PERSONNEL	-702 900 €	-727 358 €	-805 934 €	-855 780 €
INTERÊTS SUR EMPRUNT	-92 595 €	-86 771 €	-81 927 €	-77 289 €
EXCEDENT BRUT D'EXPLOITATION	118 946 €	145 680 €	176 237 €	189 308 €
DOTATION AUX AMORTISSEMENTS	138 166 €	138 166 €	138 166 €	138 166 €
- Sur travaux	24 000 €	24 000 €	24 000 €	24 000 €
- Sur équipement	114 166 €	114 166 €	114 166 €	114 166 €
RESULTAT D'EXPLOITATION	+ 19 220 €	+ 7 514 €	+ 38 071 €	+ 51 142 €

2) ESTIMATION CAPACITE AUTOFINANCEMENT

LIBELLES	ANNEE 1	ANNEE 2	ANNEE 3	ANNEE 4
RESULTAT D'EXPLOITATION	+ 19 220 €	+ 7 514 €	+ 38 071 €	+ 51 142 €
DOTATION AUX AMORTISSEMENTS	138 166	138 166	138 166	138 166
AUTOFINANCEMENT BRUT	+ 118 946 €	+ 145 680 €	+ 176 237 €	+ 189 308 €
REMBOURSEMENT CAPITAL EMPRUNT	- 88 956 €	- 92 374 €	- 94 991 €	- 94 991 €
CAPACITE D'AUTOFINANCEMENT NET	+ 29 990 €	+ 53 306 €	+ 81 246 €	+ 94 317 €

ANNEXE 8

Fiche Suivi

Nom : QUESTIONNAIRE A L'ATTENTION DES USAGERS MCO - HEBERGEMENT

Titre du questionnaire : QUESTIONNAIRE A L'ATTENTION DES USAGERS
Médecine Chirurgie Obstétrique ()
HEBERGEMENT ()

Date de début : 01/07/2005

Date de fin : 07/09/2005

Nombre de questionnaires analysés : 170/170

Objectif de retour : 0

Objet : SATISFACTION DES USAGERS MCO - HEBERGEMENT

Selon vous, le linge est-il changé régulièrement ?

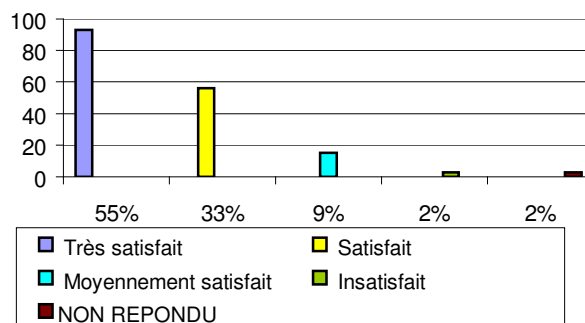
Répartition des réponses (sur 170 questionnaires).

Coefficient : 1

Réponse	Nombre	Taux	Note
Très satisfait	93	54,71%	1 / 4
Satisfait	56	32,94%	2 / 4
Moyennement satisfait	15	8,82%	3 / 4
Insatisfait	3	1,76%	4 / 4
NON REPONDU	3	1,76%	---

TOTAUX	170	100 %
--------	-----	-------

Moyenne hors NON REPONDU 1,57 / 4



La qualité du linge est-elle satisfaisante (trous, usure...) ?

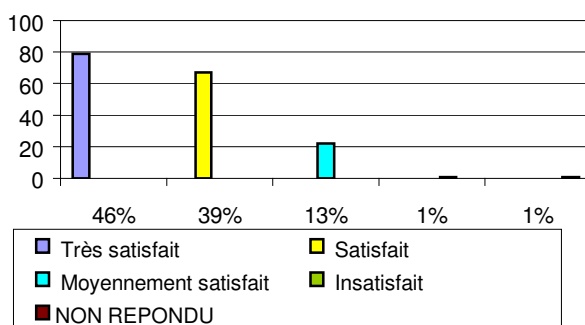
Répartition des réponses (sur 170 questionnaires).

Coefficient : 1

Réponse	Nombre	Taux	Note
Très satisfait	79	46,47%	1 / 4
Satisfait	67	39,41%	2 / 4
Moyennement satisfait	22	12,94%	3 / 4
Insatisfait	1	0,59%	4 / 4
NON REPONDU	1	0,59%	---

TOTAUX	170	100 %
--------	-----	-------

Moyenne hors NON REPONDU 1,67 / 4



La propreté du linge est-elle satisfaisante (tâches) ?

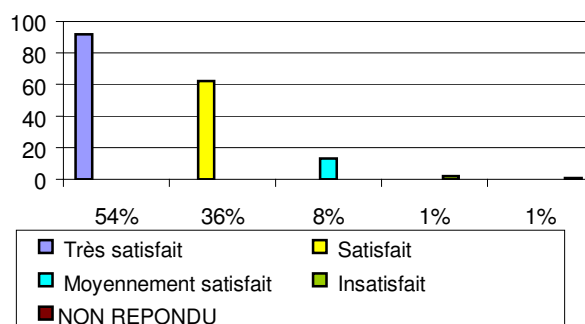
Répartition des réponses (sur 170 questionnaires).

Coefficient : 1

Réponse	Nombre	Taux	Note
Très satisfait	92	54,12%	1 / 4
Satisfait	62	36,47%	2 / 4
Moyennement satisfait	13	7,65%	3 / 4
Insatisfait	2	1,18%	4 / 4
NON REPONDU	1	0,59%	---

TOTAUX	170	100 %
--------	-----	-------

Moyenne hors NON REPONDU 1,56 / 4



La quantité de linge fournie est-elle suffisante ?

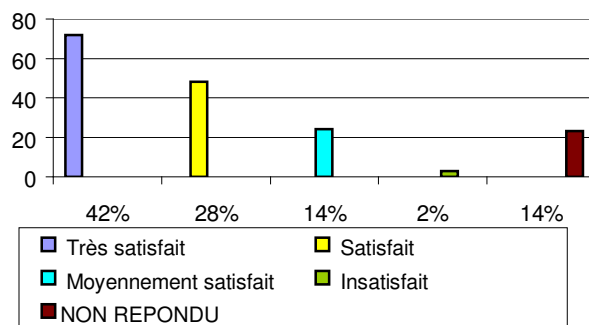
Répartition des réponses (sur 170 questionnaires).

Coefficient : 1

Réponse	Nombre	Taux	Note
Très satisfait	72	42,35%	1 / 4
Satisfait	48	28,24%	2 / 4
Moyennement satisfait	24	14,12%	3 / 4
Insatisfait	3	1,76%	4 / 4
NON REPONDU	23	13,53%	---

TOTAUX	170	100 %
--------	-----	-------

Moyenne hors NON REPONDU 1,71 / 4



Les différentes tenues vous permettent-elles de différencier les catégories professionnelles (IDE, ASH...) ?

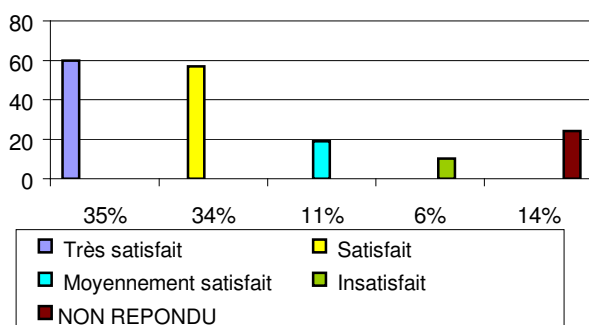
Répartition des réponses (sur 170 questionnaires).

Coefficient : 1

Réponse	Nombre	Taux	Note
Très satisfait	60	35,29%	1 / 4
Satisfait	57	33,53%	2 / 4
Moyennement satisfait	19	11,18%	3 / 4
Insatisfait	10	5,88%	4 / 4
NON REPONDU	24	14,12%	---

TOTAUX	170	100 %
--------	-----	-------

Moyenne hors NON REPONDU 1,86 / 4



Fiche Suivi

Nom : QUESTIONNAIRE A L'ATTENTION DES PROFESSIONNELS

Titre du questionnaire : QUESTIONNAIRE A L'ATTENTION DES PROFESSIONNELS

Date de début : 01/07/2005

Date de fin : 07/09/2005

Nombre de questionnaires analysés : 345/345

Objectif de retour : 0

Objet : SATISFACTION DES PROFESSIONNELS

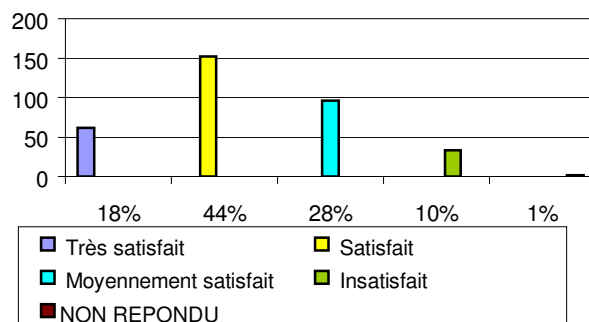
Les besoins en dotations en tenues sont-ils satisfaits ?

Répartition des réponses (sur 345 questionnaires).

Coefficient : 1

Réponse	Nombre	Taux	Note
Très satisfait	62	17,97%	1 / 4
Satisfait	152	44,06%	2 / 4
Moyennement satisfait	96	27,83%	3 / 4
Insatisfait	33	9,57%	4 / 4
NON REPONDU	2	0,58%	---

TOTAUX	345	100 %
Moyenne hors NON REPONDU	2,29 / 4	



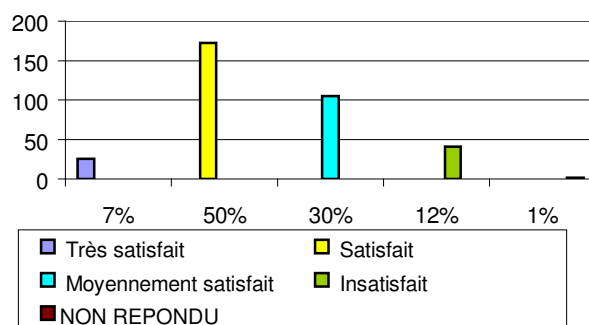
La qualité des tenues vous convient-elle ?

Répartition des réponses (sur 345 questionnaires).

Coefficient : 1

Réponse	Nombre	Taux	Note
Très satisfait	25	7,25%	1 / 4
Satisfait	172	49,86%	2 / 4
Moyennement satisfait	105	30,43%	2 / 4
Insatisfait	41	11,88%	4 / 4
NON REPONDU	2	0,58%	---

TOTAUX	345	100 %
Moyenne hors NON REPONDU	2,17 / 4	



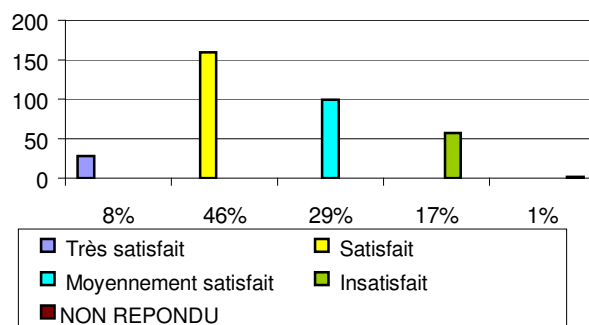
La forme des tenues est-elle adaptée ?

Répartition des réponses (sur 345 questionnaires).

Coefficient : 1

Réponse	Nombre	Taux	Note
Très satisfait	28	8,12%	1 / 4
Satisfait	159	46,09%	2 / 4
Moyennement satisfait	99	28,7%	3 / 4
Insatisfait	57	16,52%	4 / 4
NON REPONDU	2	0,58%	---

TOTAUX	345	100 %
Moyenne hors NON REPONDU	2,54 / 4	



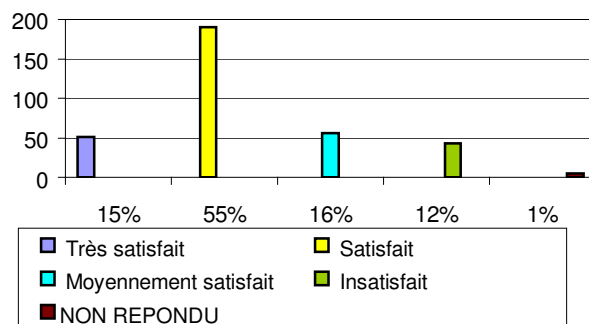
La couleur des vêtements professionnels vous convient-elle ?

Répartition des réponses (sur 345 questionnaires).

Coefficient : 1

Réponse	Nombre	Taux	Note
Très satisfait	51	14,78%	1 / 4
Satisfait	190	55,07%	2 / 4
Moyennement satisfait	56	16,23%	3 / 4
Insatisfait	43	12,46%	4 / 4
NON REPONDU	5	1,45%	---

TOTAUX	345	100 %
Moyenne hors NON REPONDU	2,27 / 4	



L'entretien des tenues est-il satisfaisant (coutures, marquage, propreté) ?

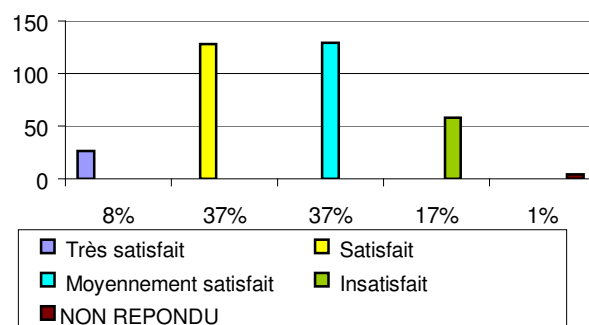
Répartition des réponses (sur 345 questionnaires).

Coefficient : 1

Réponse	Nombre	Taux	Note
Très satisfait	26	7,54%	1 / 4
Satisfait	128	37,1%	2 / 4
Moyennement satisfait	129	37,39%	3 / 4
Insatisfait	58	16,81%	4 / 4
NON REPONDU	4	1,16%	---

TOTAUX	345	100 %
--------	-----	-------

Moyenne hors NON REPONDU 2,64 / 4



Quand vos vêtements sont utilisés, le renouvellement des tenues est-il assuré rapidement ?

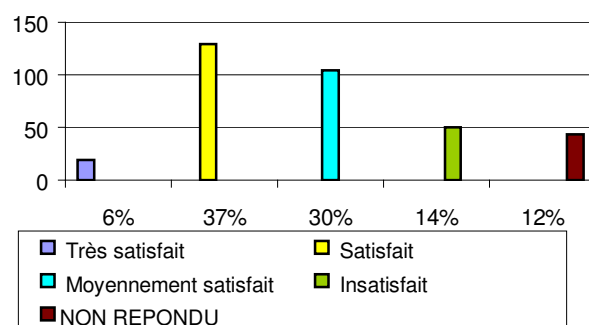
Répartition des réponses (sur 345 questionnaires).

Coefficient : 1

Réponse	Nombre	Taux	Note
Très satisfait	19	5,51%	1 / 4
Satisfait	129	37,39%	2 / 4
Moyennement satisfait	104	30,14%	3 / 4
Insatisfait	50	14,49%	4 / 4
NON REPONDU	43	12,46%	---

TOTAUX	345	100 %
--------	-----	-------

Moyenne hors NON REPONDU 2,61 / 4



Le retour des tenues propres depuis la blanchisserie est-il suffisamment rapide ?

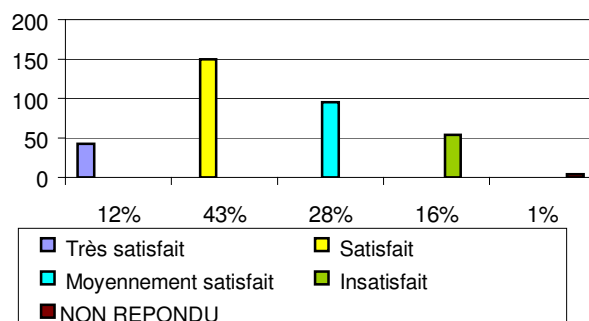
Répartition des réponses (sur 345 questionnaires).

Coefficient : 1

Réponse	Nombre	Taux	Note
Très satisfait	42	12,17%	1 / 4
Satisfait	150	43,48%	2 / 4
Moyennement satisfait	95	27,54%	3 / 4
Insatisfait	54	15,65%	4 / 4
NON REPONDU	4	1,16%	---

TOTAUX	345	100 %
--------	-----	-------

Moyenne hors NON REPONDU 2,47 / 4



Le planning des livraisons est-il suffisant ?

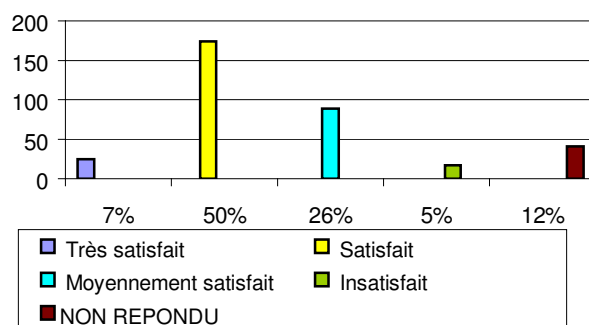
Répartition des réponses (sur 345 questionnaires).

Coefficient : 1

Réponse	Nombre	Taux	Note
Très satisfait	24	6,96%	1 / 4
Satisfait	174	50,43%	2 / 4
Moyennement satisfait	89	25,8%	3 / 4
Insatisfait	17	4,93%	4 / 4
NON REPONDU	41	11,88%	---

TOTAUX	345	100 %
--------	-----	-------

Moyenne hors NON REPONDU 2,33 / 4



Les dotations sont-elles respectées ?

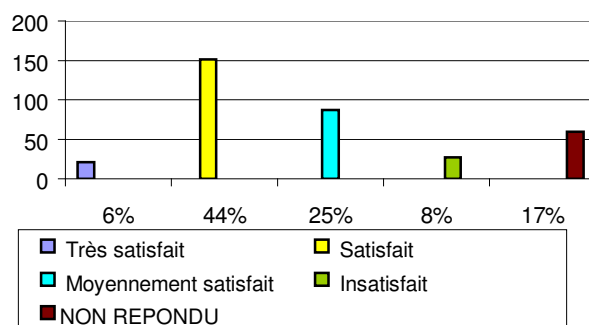
Répartition des réponses (sur 345 questionnaires).

Coefficient : 1

Réponse	Nombre	Taux	Note
Très satisfait	21	6,09%	1 / 4
Satisfait	151	43,77%	2 / 4
Moyennement satisfait	87	25,22%	3 / 4
Insatisfait	27	7,83%	4 / 4
NON REPONDU	59	17,1%	---

TOTAUX	345	100 %
--------	-----	-------

Moyenne hors NON REPONDU 2,42 / 4



Y-a-t-il un contrôle de réception à chaque livraison ?

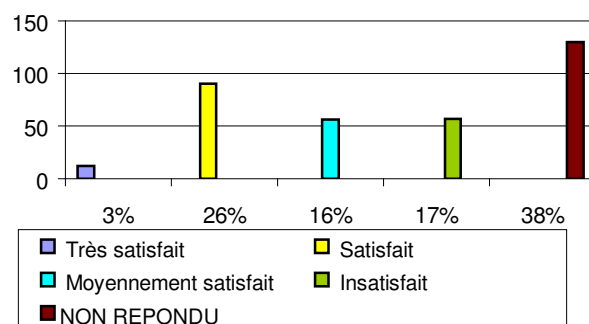
Répartition des réponses (sur 345 questionnaires).

Coefficient : 1

Réponse	Nombre	Taux	Note
Très satisfait	12	3,48%	1 / 4
Satisfait	90	26,09%	2 / 4
Moyennement satisfait	56	16,23%	3 / 4
Insatisfait	57	16,52%	4 / 4
NON REPONDU	130	37,68%	---

TOTAUX	345	100 %
--------	-----	-------

Moyenne hors NON REPONDU 2,73 / 4



La qualité du linge est-elle satisfaisante (trous, usure...) ?

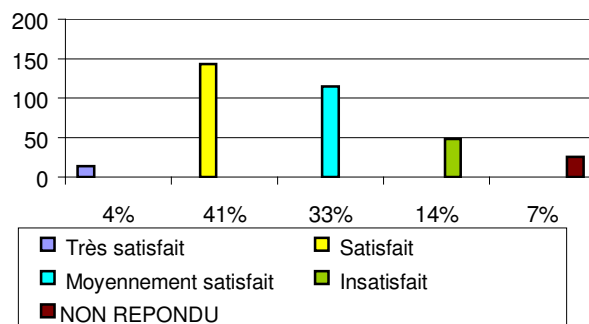
Répartition des réponses (sur 345 questionnaires).

Coefficient : 1

Réponse	Nombre	Taux	Note
Très satisfait	14	4,06%	1 / 4
Satisfait	143	41,45%	2 / 4
Moyennement satisfait	115	33,33%	3 / 4
Insatisfait	48	13,91%	4 / 4
NON REPONDU	25	7,25%	---

TOTAUX	345	100 %
--------	-----	-------

Moyenne hors NON REPONDU 2,62 / 4



La propreté du linge est-elle satisfaisante (tâches, couleur...) ?

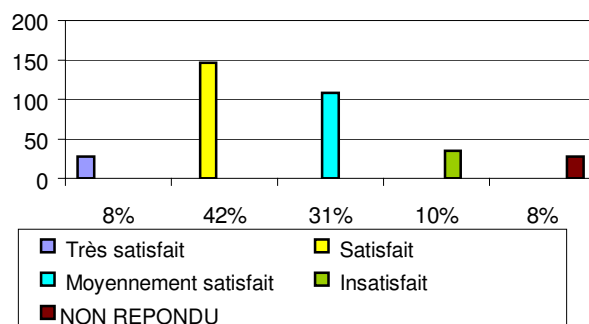
Répartition des réponses (sur 345 questionnaires).

Coefficient : 1

Réponse	Nombre	Taux	Note
Très satisfait	28	8,12%	1 / 4
Satisfait	146	42,32%	2 / 4
Moyennement satisfait	108	31,3%	3 / 4
Insatisfait	35	10,14%	4 / 4
NON REPONDU	28	8,12%	---

TOTAUX	345	100 %
--------	-----	-------

Moyenne hors NON REPONDU 2,47 / 4



Les sacs de linge sale sont-ils régulièrement ramassés ?

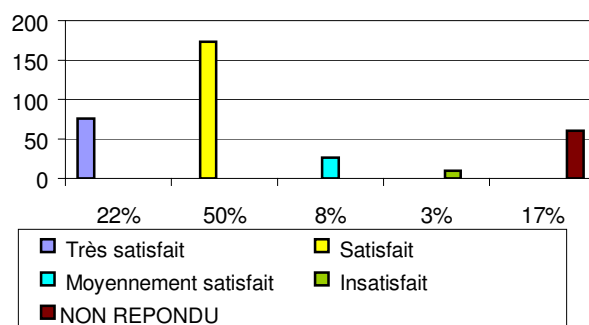
Répartition des réponses (sur 345 questionnaires).

Coefficient : 1

Réponse	Nombre	Taux	Note
Très satisfait	76	22,03%	1 / 4
Satisfait	173	50,14%	2 / 4
Moyennement satisfait	26	7,54%	3 / 4
Insatisfait	10	2,9%	4 / 4
NON REPONDU	60	17,39%	---

TOTAUX	345	100 %
--------	-----	-------

Moyenne hors NON REPONDU 1,89 / 4



Vos relations avec le système entretien blanchisserie ?

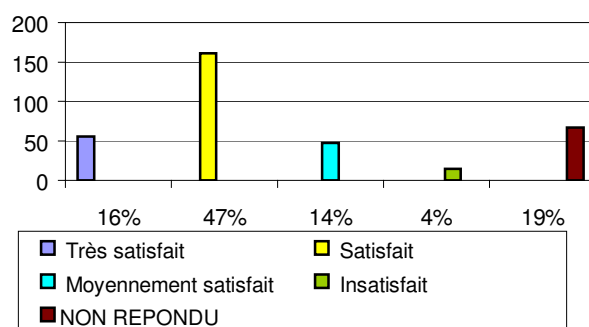
Répartition des réponses (sur 345 questionnaires).

Coefficient : 1

Réponse	Nombre	Taux	Note
Très satisfait	55	15,94%	1 / 4
Satisfait	161	46,67%	2 / 4
Moyennement satisfait	47	13,62%	3 / 4
Insatisfait	15	4,35%	4 / 4
NON REPONDU	67	19,42%	---

TOTAUX	345	100 %
--------	-----	-------

Moyenne hors NON REPONDU 2,08 / 4



La réactivité de la blanchisserie face à vos différentes demandes ?

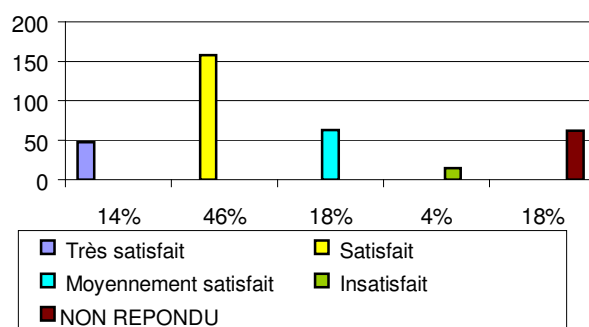
Répartition des réponses (sur 345 questionnaires).

Coefficient : 1

Réponse	Nombre	Taux	Note
Très satisfait	47	13,62%	1 / 4
Satisfait	158	45,8%	2 / 4
Moyennement satisfait	63	18,26%	3 / 4
Insatisfait	15	4,35%	4 / 4
NON REPONDU	62	17,97%	---

TOTAUX	345	100 %
--------	-----	-------

Moyenne hors NON REPONDU 2,16 / 4



Avez-vous eu une information relative à la mise en place de la certification RABC en blanchisserie ?

Répartition des réponses (sur 345 questionnaires).

Coefficient : 1

Réponse	Nombre	Taux	Note
Très satisfait	2	0,58%	1 / 4
Satisfait	32	9,28%	2 / 4
Moyennement satisfait	28	8,12%	3 / 4
Insatisfait	188	54,49%	4 / 4
NON REPONDU	95	27,54%	---

TOTAUX	345	100 %
--------	-----	-------

Moyenne hors NON REPONDU 3,61 / 4

