

*Ecole Supérieure Montsouris*  
*Université Paris Est Créteil/Val de Marne*

# **Diplôme de Cadre de Santé**



*La stérilisation : entre prestation  
de service et patient invisible, quel  
sens donner au management du  
cadre de santé ?*

**Mémoire**

**Jérôme WUEST**

**2011-2012**

**DCS@11-12**

## Remerciements

Je remercie :

Mme Laurence Chambraud, directrice de mémoire pour son accompagnement tout au long de cette démarche de recherche.

Tout particulièrement les acteurs de terrain sans qui ce travail n'aurait pu exister. Les cadres de santé ayant accepté de me recevoir, mais aussi tous les agents de stérilisation pour leur temps et leur participation à mes enquêtes.

Le réseau de professionnels, collègues, ayant participé à ma démarche, mes interrogations, mes doutes et à l'avancement de cette réflexion, avec une pensée particulière à Sonia dont l'humanisme, le professionnalisme et la patience fut d'un soutien incontournable.

Enfin, mes amis et ma famille pour leur présence, leur soutien et leur dynamisme durant ces mois d'investissement, sans qui ce travail n'aurait jamais abouti.

# Sommaire

<b>REMERCIEMENTS</b> -----	
<b>SOMMAIRE</b> -----	<b>1</b>
<b>GLOSSAIRE</b> -----	<b>3</b>
<b>INTRODUCTION</b> -----	<b>4</b>
<b>1 CADRE CONTEXTUEL</b> -----	<b>5</b>
<b>1.1 La stérilisation : de la découverte d'un service à une problématique</b> -----	<b>5</b>
<b>1.2 Le service</b> -----	<b>7</b>
1.2.1 Historique : du Poupinel® à la stérilisation d'aujourd'hui -----	7
1.2.2 La stérilisation en milieu hospitalier -----	8
1.2.3 Les sociétés externalisées de stérilisation -----	9
<b>1.3 Les différents acteurs en lien avec le cadre de santé en stérilisation</b> -----	<b>9</b>
1.3.1 Les Pharmaciens -----	11
1.3.2 Les Préparateurs en pharmacie-----	11
1.3.3 Les Agents de Services Hospitaliers-----	11
1.3.4 Les Aides Soignants -----	12
1.3.5 Les Infirmiers-----	12
1.3.6 Les Infirmiers de Bloc Opératoire -----	12
<b>1.4 Le Cadre</b> -----	<b>13</b>
1.4.1 Un nouveau groupe social : les cadres -----	13
1.4.2 Le cadre de santé -----	14
1.4.3 Le cadre de santé en stérilisation-----	16
<b>2 CADRE CONCEPTUEL</b> -----	<b>19</b>
<b>2.1 La stérilisation du patient invisible aux procédures qualités</b> -----	<b>19</b>
2.1.1 La qualité, un héritage industriel -----	19
2.1.2 La stérilisation un acteur de qualité du soin -----	21

<b>2.2</b>	<b>Management</b>	<b>22</b>
2.2.1	Management par la qualité	22
2.2.2	Le Supply Chain Management	26
2.2.3	Management par le sens	29
<b>2.3</b>	<b>Synthèse des cadres contextuel et conceptuel</b>	<b>35</b>
<b>3</b>	<b>LES ENQUETES</b>	<b>38</b>
<b>3.1</b>	<b>L'échantillon : le choix des professionnels ciblés</b>	<b>38</b>
<b>3.2</b>	<b>Le choix des supports d'enquête</b>	<b>38</b>
<b>3.3</b>	<b>La méthodologie de mise en œuvre</b>	<b>39</b>
<b>3.4</b>	<b>La synthèse des questionnaires</b>	<b>40</b>
3.4.1	Méthodologie	40
3.4.2	Synthèse des données	40
3.4.3	Limites et résumé de la synthèse des questionnaires	55
<b>3.5</b>	<b>La synthèse des entretiens</b>	<b>57</b>
3.5.1	Méthodologie	57
3.5.2	Synthèse des données	58
<b>4</b>	<b>L'ANALYSE</b>	<b>65</b>
<b>4.1</b>	<b>La pluridisciplinarité</b>	<b>65</b>
<b>4.2</b>	<b>La formation</b>	<b>67</b>
<b>4.3</b>	<b>Le sens du management en stérilisation</b>	<b>69</b>
<b>4.4</b>	<b>Analyse critique</b>	<b>71</b>
	<b>CONCLUSION</b>	<b>73</b>
	<b>BIBLIOGRAPHIE</b>	<b>74</b>
	<b>ANNEXES</b>	

## Glossaire

AFNOR :	Association Française de NORmalisation
AFS :	Association Française de Stérilisation
ANDRH :	Association nationale des directions des ressources humaines
AS :	Aide soignant(e)
ASH :	Agent des services hospitaliers
BPPH :	Bonnes pratiques en pharmacie hospitalière
CDS :	Cadre de santé
CLIN :	Comité de lutte contre les infections nosocomiales
DU :	Diplôme universitaire
GCS :	Groupement de coopération sanitaire
HPST :	Hôpital patient santé territoire
IBODE :	Infirmier(e) de bloc opératoire diplômé(e) d'état
IDE :	Infirmier(e) diplômé(e) d'état
IFSI :	Institut de formation en soins infirmiers
ISO :	International Standard Organisation
PUI :	Pharmacie à usage intérieur
QQOQCCP :	Qui, Quoi, Où, Quand, Comment, Combien, Pourquoi.
SCM :	Supply Chain management
SWOT :	Strengths (forces), Weaknesses (faiblesses), Opportunities (opportunités), Threats (menaces).

## Introduction

« *La stérilisation des dispositifs médicaux dans les établissements de santé est un acte complexe, de type artisanal, mais relevant d'une organisation de type industriel* <sup>1</sup> », alors comment faire cohabiter ces deux termes si souvent inconciliables dans l'esprit des soignants : la santé et l'industrie ?

Mon expérience professionnelle ainsi que cette année d'apprentissage à l'institut de formation des cadres de santé me permettent de m'interroger sur le management du cadre de santé dans ce service si particulier par son fonctionnement, son histoire, ses finalités et ses équipes.

Chantal De SINGLY pose alors une première question fondamentale dans ma démarche : faut-il être expert dans la spécialité managée pour réussir nos missions et activités de cadre ?

D GOULLET président honoraire de l'Association Française de Stérilisation (AFS) présuppose que « *La qualité de la prestation est éminemment dépendante de la qualité du personnel : son implication, sa motivation...* »<sup>2</sup>, alors quel sens donner à notre management, mais avant tout, au travail, souvent invisible aux yeux de tous, de ce service.

La composition même des équipes de stérilisation est une source de réflexion, car avant de réfléchir et de mener une recherche autour du management il faut s'interroger sur la composition de ce service. C'est fort de l'idée décrit par D GOULLET que « *la diversité de ces métiers qui sont appelés à collaborer étroitement apporte une grande richesse de complémentarité* » que je mène cette réflexion.

Le management des cadres de santé s'affère à contribuer à la qualité et la sécurité des soins. La loi Hôpital Patient Santé Territoire, quant à elle, recentre les activités des établissements de santé autour du patient. La qualité apparaît comme un pléonasme lorsque l'on traite de la stérilisation. Mais le soin, le patient, tels que nous soignants l'entendons à travers l'humanisme, le prendre soin, la relation d'aide et l'écoute, trouvent-ils leur place dans une stérilisation où le patient y est invisible ? Dans une ère où l'efficience est au centre des débats, et pour certains la voie à suivre pour que perdure notre système de santé, je me suis interrogé sur la place et le rôle du cadre de santé dans un service de stérilisation.

Ce travail se veut donc être la retranscription dans un premier temps de mon cheminement qui m'a conduit à cette réflexion. C'est ensuite une lecture du contexte de cette réflexion ainsi que des concepts mis en jeu à travers l'étude bibliographique. Pour au final aboutir à l'enquête de terrain et aux conclusions, analyse et réflexions qu'elle met en exergue.

---

<sup>1</sup> KAISER Jean-Marie (coord par), DENIS Christine, COMBEAU Dominique, préface par GOULLET Dominique, *les ressources humaines en stérilisation*, AFS 2009, p4

<sup>2</sup> ibidem, p 4

# 1 Cadre contextuel

## 1.1 La stérilisation : de la découverte d'un service à une problématique

Fort d'un parcours professionnel avec pour fil conducteur la gestion de l'hygiène dans les soins, la proposition d'un poste de faisant fonction de cadre de santé en service de stérilisation fut une nouvelle opportunité. En effet, infirmier en service de médecine à orientation gastroentérologie pendant 8 ans, j'ai fait le choix de rapidement devenir référent en hygiène, puis infirmier en secteur d'endoscopies digestives pendant trois ans. En parallèle, c'est à travers des formations sur la prise en charge des endoscopes souples ainsi qu'un Diplôme Universitaire d'hygiène hospitalière que j'ai pu développer mes compétences dans la gestion de l'hygiène à l'hôpital, compétences appuyées par la participation à différents groupes de travail au sein de l'équipe opérationnelle d'hygiène et du Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales.

Ce poste de faisant fonction fut aussi un nouvel enjeu individuel et institutionnel.

En effet, jusque là « réservé » aux filières Infirmier(e)s de Bloc Opératoire Diplômé(e)s d'Etat (IBODE) et Préparateur en pharmacie de façon majoritaire, quid de la légitimité d'un infirmier de formation en manager d'une équipe de stérilisation ? C'était donc la première fois que l'établissement positionnait aussi bien un faisant fonction qu'un infirmier en tant que cadre de santé en stérilisation.

J'ai été formé en Institut de Formation aux Soins Infirmiers (IFSI) autour de valeurs véhiculées par la profession. Le patient, l'humanisme, le prendre soin, l'écoute, l'empathie étant moteur et sens de chacun de mes actes. C'est donc avec cette double approche alliant valeurs Infirmier(e) Diplômé(e) d'Etat (IDE) et hygiène que j'ai appréhendé le poste de faisant fonction de cadre de santé au sein de ce service.

Quelques mois d'observation, de recherche, de discussions, mettent alors rapidement fin à ma question de nécessité d'expertise IBODE pour être cadre de stérilisation. Fort de nombreux échanges avec les différents partenaires, que ce soit les blocs opératoires, les services de soins mais aussi les différents autres prestataires et services techniques, j'ai pu établir un réel réseau d'échange et de travail en partenariat. Mes centres d'intérêts personnels et mes compétences développées dans le cadre privé autour du bricolage ont été mis à contribution dans ce service d'aspect technique prépondérant. Ma légitimité auprès des agents s'instaura progressivement, simultanément à ma compréhension des enjeux d'un tel service.

Au final la tenue réglementaire de stérilisation étant enfilée, la découverte des locaux et de l'organisation achevée, il s'avéra difficile de se rattacher à une valeur connue. Les procédures sont omniprésentes, les machines remplacent les chambres de patient, les instruments sont alors nos

nouveaux patients. Commence alors un questionnement : où positionner le patient au milieu de cette chaîne de production ? Au final, le travail de stérilisation se qualifie-t-il par : prendre soin des instruments, ou bien plus que cela, la stérilisation fait-elle partie du soin ou plus encore est-elle un soin à part entière ?

Une autre spécificité de ce service complexifie alors cette réflexion. La stérilisation est un lieu où se croisent nombre de différentes catégories professionnelles. Fait commun dans le secteur hospitalier, mais la particularité de ce service est alors que cette équipe pluridisciplinaire ne fonctionne pas, ou peu, sur un modèle de complémentarité. En effet, dans un service de soins, l'IDE fait son travail, l'Aide Soignante (AS) à ses côtés effectue le sien, l'Agent des Services Hospitaliers (ASH) s'occupe du bio nettoyage, chacun trouve sa place en s'appuyant sur la définition de son métier, les limites de chaque fonction sont clairement établies. En stérilisation, bien souvent, l'IDE, l'AS, l'ASH voire l'IBODE effectuent les mêmes tâches, le métier de formation disparaît au profit d'un profil de poste commun: agent de stérilisation. On retrouve devant la même paillasse ces différentes catégories professionnelles devenues indifférenciées.

Dans ce contexte, comment fédérer une équipe pluridisciplinaire autour d'un profil de poste commun ? En effet, la difficulté d'allier des objectifs et des valeurs d'horizons diverses autour d'un travail commun s'avère bien présente.

Il faut donc initier des soignants à des procédures issues de l'industrie se rapprochant d'un fonctionnement Tayloriste mais également évoquer les notions de patient, d'hygiène, voire même de soin à des agents issus de secteurs totalement vierges de ces notions pour la majorité.

Devant les dernières recommandations de la loi Hôpital Patient Santé Territoire (HPST)<sup>3</sup>, de recentrer l'activité des hôpitaux sur leurs missions prioritaires, la stérilisation doit-elle être considérée comme tout ou partie d'un soin ?

**Entre qualité, prestation de service, appartenance aux soins quel sens donner au management du cadre de santé en stérilisation ?**

**Le soin : un sens pour le management d'une équipe pluridisciplinaire par le cadre de santé dans un service de stérilisation ?**

**Dans un service de stérilisation, quel sens donner au management du cadre de santé pour faire cohabiter le patient invisible et les procédures ?**

---

<sup>3</sup><http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id>, consulté le 18/12/11



## 1.2 Le service

### 1.2.1 Historique : du Poupinel® à la stérilisation d'aujourd'hui

Une approche historique de l'apparition de la stérilisation semble nécessaire à la compréhension de son état actuel. De nombreux historiens évoquent des notions de stérilisation à travers la conservation à la préhistoire. L'odyssée d'Homère décrit la désinfection de la salle de banquet grâce à la combustion du soufre, ou encore HIPPOCRATE utilise de l'eau bouillie pour le lavage de mains. Les Egyptiens sont cités par tous comme les premiers acteurs de cette démarche.

En effet, les embaumeurs développent une réelle démarche de conservation des corps par volonté de permettre l'accession à l'éternité des pharaons. Ils utilisent des produits naturels comme « désinfectants » ainsi qu'un sarcophage hermétique comme garant d'une éventuelle recontamination.

Mais Nicolas APPERT a été le premier à mettre au point un procédé de stérilisation. A l'époque, il s'appliquait à l'alimentation dans un but de conservation des denrées pour les campagnes de guerre. Il réussit une stérilisation par bain-marie dans un contenant hermétique en 1810.

En 1852 le premier autoclave est créé par Chevallier APPERT en utilisant les découvertes de Denis PAPIN sur la machine à vapeur permettant son développement dans le domaine de l'alimentaire.

Les travaux de PASTEUR mettent fin à la notion de « *génération spontanée* » et permettent, pour la première fois, de suggérer la désinfection des instruments dans l'hôpital. Cette idée est soutenue et introduite grâce à l'engagement d'obstétriciens partenaires de PASTEUR, en particulier LISTER en 1865. Il introduit l'asepsie en chirurgie et prouve une diminution notable du taux de mortalité en associant lavage des mains et stérilisation.

Charles Chamberland démontre la corrélation de la croissance de micro-organismes avec les infections et conçoit le premier autoclave appliqué à la santé (stérilisateur à vapeur) en 1880.

En parallèle, POUPINEL exploite l'aspect stérilisation à air chaud et commercialise le premier Poupinel® en 1885.

A partir de cette période, le principe de stérilisation est validé et se développe en priorité au sein du système industriel, donnant l'exemple de processus efficaces à travers le traitement de « charges » homogènes. **L'industrie montre la voie vers la maîtrise qualité du système de stérilisation.** Elle insuffle le regroupement dans une même unité des différentes stérilisations accouplées jusque-là aux blocs opératoires : c'est la naissance des stérilisations centralisées.

Plusieurs scandales médiatiques mirent au premier plan, entre autres, les services de stérilisation, en les incluant dans une réelle priorité gouvernementale. L'instauration d'une

réglementation rigoureuse entraîna une vague de fermeture de stérilisations faute de mise en conformité.

Aujourd'hui, la stérilisation est régie par nombre de textes, tant sur l'aspect purement réglementaire associé à la pharmacie, que dans sa nécessité de démarche qualité ainsi que dans son aspect lutte contre les infections nosocomiales.

Le décret n° 2000-1316 du 26 décembre 2000 précise la base de l'existence même d'une stérilisation en milieu hospitalier. Elle se définit alors comme une activité à la charge de la pharmacie à usage intérieur (PUI). Elle est soumise à autorisation d'exercer « *sous réserve qu'elles disposent des moyens en locaux, personnel, équipement et systèmes d'information nécessaires...* »<sup>4</sup>

### 1.2.2 La stérilisation en milieu hospitalier

La stérilisation hospitalière est définie par trois principaux axes réglementaires, à la fois comme appartenant à la pharmacie à usage intérieur, comme acteur de qualité à part entière et enfin comme outil de lutte contre les infections nosocomiales :

✚ Il convient d'entendre par stérilisation centrale, une entité de la pharmacie. Au quotidien, cette définition est majeure puisqu'elle rend son fonctionnement dépendant d'un pharmacien. En effet, comme le précise la loi du 8 décembre 1992 et son décret d'application du 26/12/2000 « **la stérilisation est placée sous la responsabilité du pharmacien** ».

✚ De plus, une des particularités de ce service est l'obligation de résultats. En effet, la circulaire DGS/VS2-DH/EHM1/EO/97 n°672 du 20 octobre 1997 précise : L'obtention de l'état stérile et son maintien (jusqu'au moment de l'utilisation) correspondant à une obligation de résultats, « **les établissements de santé doivent mettre en place un système qualité basé sur des référentiels normatifs relatifs aux exigences des systèmes qualité** ». A cela s'associe l'arrêté du 3 juin 2002 relatif à la stérilisation des dispositifs médicaux qui impose le respect des bonnes pratiques de pharmacie hospitalière (BPPH juin 2001) ainsi que les normes opposables portées en annexe de cet arrêté.

✚ Enfin, pour aborder la lutte contre les infections nosocomiales, il convient de citer la Circulaire DGS/5 C/DHOS/E 2 n° 2001-138 du 14 mars 2001 relative aux précautions à observer lors de soins en vue de **réduire les risques de transmission** d'agents transmissibles non conventionnels, ainsi que sa récente actualisation par l'instruction n° DGS/RI3/2011/449 du 1er décembre 2011 ou plus communément connue sous l'intitulé maladie de Creutzfeldt-Jakob.

---

<sup>4</sup><http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000220429&dateTexte>, consulté le 18/12/11

### 1.2.3 Les sociétés externalisées de stérilisation

Le cadre contextuel est avant tout basé sur mon expérience de départ et sur le système de la stérilisation centrale en milieu hospitalier. Il convient, néanmoins, de préciser que d'autres modes de fonctionnement existent. En effet, suite à l'évolution en terme de qualité et de procédures, des établissements ont fait le choix de ne plus accueillir de stérilisation dans leurs locaux et de faire appel à des sociétés externalisées de stérilisation. Devant les demandes des établissements, ces prestataires de services ont développé leurs offres. Ils proposent de l'externalisation complète à la prise en charge *in situ* de la stérilisation, où les locaux et matériels appartiennent à l'hôpital mais le personnel et les processus dépendent de leur responsabilité.

De plus, le développement des groupements de coopération sanitaire (GCS)<sup>5</sup> est un nouvel enjeu, ou du moins une nouvelle perspective, à savoir la possibilité, de par le rapprochement d'établissements de santé, de regrouper des stérilisations. Une stérilisation peut ainsi devenir celle de plusieurs établissements, fait jusque-là développé à travers quelques exemples de partenariat par convention. A ce jour, cette démarche de GCS reste marginale dans le domaine de la stérilisation et est certainement amenée à se développer devant l'investissement financier majeur nécessaire à l'entretien et le renouvellement des locaux et des appareils (autoclaves, laveurs).

### 1.3 Les différents acteurs en lien avec le cadre de santé en stérilisation

La description des différents acteurs s'avère complexe de par la multiplicité des catégories professionnelles regroupées sur un même profil de poste.

L'histoire montre que ce type de service a longtemps été un outil de reclassement professionnel pour les directions des ressources humaines. De fait, par son éloignement des patients, il offre une opportunité de travail aux agents dont le contact au public s'avère problématique, mais aussi dans le cadre d'un certain nombre de restrictions physiques.

Cet éloignement du patient pose la question de mon choix d'un tel service dans mon évolution professionnelle. L'analyse rétrospective de ce choix m'amène à penser que cette volonté d'éloignement du soin était une étape nécessaire ou favorisante. La construction de ma nouvelle identité professionnelle, voire le deuil de ma fonction IDE, n'est-elle pas favorisée dans cette situation ?

De plus, longtemps considéré comme un simple service prestataire à faible qualification, de nombreux reclassements professionnels s'y croisent. Or l'évolution technologique et réglementaire remet en cause ce type de recrutement offrant à lui seul un objet de recherche et de réflexion.

Le cadre réglementaire spécifie seulement la nécessité d'un recrutement d'agent ayant reçu la formation nécessaire et suffisante au travail en stérilisation. En effet, le pharmacien choisit les

---

<sup>5</sup><http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000022778926&dateTexte=&categorieLien=id>, consulté le 18/02/12

catégories professionnelles placées sous son autorité technique selon la loi n° 2002-73 du 17/01/02 article 5.<sup>6</sup> Les BPPH précisent ainsi « *D'autres catégories de personnel peuvent être affectées à la pharmacie à usage intérieur pour y effectuer, sous la responsabilité du pharmacien, des tâches particulières : cadres infirmiers, infirmiers, aides-soignants, agents hospitaliers, techniciens de laboratoire, secrétaires, agents administratifs...* »<sup>7</sup>. On peut alors y croiser des aides soignantes, des infirmières, des IBODE, mais aussi des ASH qu'ils soient issus du milieu hospitalier ou d'un tout autre secteur.

Se retrouvent donc au même poste, effectuant le même travail, une ancienne infirmière de réanimation, un ancien plombier, une aide soignante tout droit sortie de l'école, un préparateur en pharmacie, une IBODE et bien d'autres profils.

Une fois de plus, chacun s'appuie sur les BPPH:

*« Tout membre du personnel de la PUI, quelle que soit sa qualification, bénéficie d'une formation initiale et d'une formation continue adaptée aux tâches qui lui sont confiées.*

*Il a le devoir d'actualiser ses connaissances dans son domaine et dans tous les domaines relevant de son activité.*

*Sa formation continue est définie et planifiée en fonction des objectifs et des besoins de la PUI. Elle est enregistrée et évaluée périodiquement et en tant que de besoin pour toute tâche nouvelle ou particulière »*

Pour certains d'entre eux, il s'agit d'un véritable choix de service sans patient, pour d'autres, une recommandation médicale ou bien même un « choix » tout relatif suite à des difficultés rencontrées auprès des patients.

La notion d'hygiène se positionne également comme force d'attraction dans cette unité.

Cependant, malgré des chemins variés pour arriver en stérilisation, nombreux sont ceux qui s'accordent à reconnaître leur intérêt porté à ce travail spécifique voire spécialisé.

Une certaine dichotomie s'installe alors dans le dialogue, de production, voire industriel d'une part et de l'autre celui du patient ou du moins de la notion de soin. « *On constate que des individus ou des groupes, différents de par leur formation et leur fonction, ont des objectifs qui ne coïncident jamais exactement* »<sup>8</sup>

Pour autant, nombre d'acteurs de stérilisation défendent l'idée d'une spécialité en tant que telle. Les agents peuvent alors associer une reconnaissance, des perspectives différentes ainsi qu'un lien renforcé par un statut commun. Ainsi, Bernard CHARLES, Président du centre d'études et de formation hospitalière, dit : « *nous défendons donc le principe d'un statut réservé à ceux qui exercent dans le champ de stérilisation. Ce qui leur permettrait de gravir des échelons.* »<sup>9</sup>

---

<sup>6</sup> <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000408905&dateTexte>, consulté le 01/04/12

<sup>7</sup> <http://nosobase.chu-lyon.fr/Reglementation/2001/Rapport/bpph.pdf>, consulté le 01/04/12

<sup>8</sup> BERNOUX Philippe., *La sociologie des organisations*, 6<sup>ème</sup> éd, Paris, Editions du Seuil, Février 2009, p 176.

<sup>9</sup> CHARLES Bernard, *Stérilisation : trop de normes ?* in Décision santé, Le Pharmacien Hôpital, 03/2012, N°283, pages spéciales 16

Considérant la formation comme une obligation réglementaire, elle apparaît donc une nécessité dans la découverte d'un métier différent et d'un niveau de technicité plus soutenu. Elle devient également le fondement d'une identité professionnelle commune dans un secteur où les formations initiales sont multiples.

### **1.3.1 Les Pharmaciens**

Véritable particularité dans son organisation, le pharmacien est le responsable du service puisqu'il s'agit d'une opération pharmaceutique. Il joue donc un rôle majeur dans le fonctionnement au quotidien. La répartition devient alors complexe entre le rôle du pharmacien (responsable juridiquement de l'activité) et celui du cadre de santé. L'équilibre est d'autant plus difficile lorsque le cadre de santé n'est ni IBODE ni préparateur en pharmacie. Le pharmacien est responsable du niveau de qualification et de formation nécessaire des agents, du respect de la réglementation de l'exploitation des équipements sous pression et de l'application des différentes normes opposables annexées aux BPPH.

### **1.3.2 Les Préparateurs en pharmacie**

L'Arrêté du 2 août 2006 relatif à la formation conduisant au diplôme de préparateur en pharmacie hospitalière<sup>10</sup> précise « *au cours de l'année de spécialisation en pharmacie hospitalière, ils bénéficient d'une formation spécifique en stérilisation* ». Ils affichent ainsi un différentiel dans la démarche, le regard et les compétences du système qualité par rapport aux acteurs de la filière soin.

Le Décret n°89-613 du 1 septembre 1989 portant statuts particuliers des personnels médico-techniques de la catégorie C de la fonction publique hospitalière<sup>11</sup> précise leurs activités : « *ils participent à l'hygiène générale et concourent aux opérations de stérilisation. Ils peuvent également assurer des fonctions d'encadrement ou des actions de formations.* »

### **1.3.3 Les Agents de Services Hospitaliers**

Tout d'abord, les ASH se définissent comme des acteurs d'entretien et d'hygiène des locaux, ne participant pas aux soins des patients. Néanmoins, ils sont pourtant nombreux en stérilisation, certains d'entre eux ayant même accès à la recomposition des plateaux opératoires. De ce fait, la question de leur « non-participation » aux soins se pose. La reconnaissance depuis janvier 2011 du statut d'agent de stérilisation en milieu hospitalier au répertoire des certifications professionnelles (Annexe I) vient ainsi renforcer la fiche métier de la fonction publique hospitalière (Annexe II). Elle apporte alors une réponse tant attendue à cet état de fait depuis de nombreuses

---

<sup>10</sup>[http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=22779493F4CFC3BEFDAE8F33605F20A7.tpdjo11v\\_1?cidTexte=JORFTEXT000000788207&dateTexte=20120501](http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=22779493F4CFC3BEFDAE8F33605F20A7.tpdjo11v_1?cidTexte=JORFTEXT000000788207&dateTexte=20120501), consulté le 01/05/12

<sup>11</sup>[http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=22779493F4CFC3BEFDAE8F33605F20A7.tpdjo11v\\_1?cidTexte=LEGITEXT000006067232&dateTexte=20120501](http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=22779493F4CFC3BEFDAE8F33605F20A7.tpdjo11v_1?cidTexte=LEGITEXT000006067232&dateTexte=20120501), consulté le 01/05/12

années. Mais pour autant à ce jour, reconnu comme un corps de la catégorie C du décret 89-241 du 18 avril 1989 modifié<sup>12</sup>, le statut d'agent de stérilisation n'apporte pas de reconnaissance financière en tant que telle.

### 1.3.4 Les Aides Soignants

La stérilisation longtemps considérée comme un service de reclassement pour bon nombre d'aides-soignantes est à ce jour une spécialité en soi. En effet, depuis plusieurs années, nombreuses stérilisations ont pris le parti de confier la recomposition des plateaux opératoires aux aides-soignantes sous couvert d'une formation initiale et d'un encadrement ou accompagnement par les IBODE. Bien plus que le simple rôle de « *contribution à la prise en charge globale du patient* » décrite dans le décret n° 2007-1301 du 31 août 2007 relatif au diplôme d'aide-soignant, celui-ci se transforme désormais en agent de stérilisation. Pour autant, l'arrêté du 22 octobre 2005 relatif au diplôme professionnel d'aide soignant annexe I<sup>13</sup> précise que l'AS effectue l'entretien, la pré désinfection, le nettoyage, la désinfection et la stérilisation du matériel médico-chirurgical en collaboration et sous la responsabilité d'un IDE.

### 1.3.5 Les Infirmiers

La stérilisation apparaît clairement comme une des compétences requises des infirmiers dans le nouveau référentiel relatif au diplôme d'état infirmier de 2009<sup>14</sup>. En effet, dans l'annexe I « *référentiel d'activités* »<sup>15</sup> est précisé : « *contrôle et gestion de matériels, dispositifs médicaux et produits* ». La compétence n° 7 de l'annexe II<sup>16</sup> « *analyser la qualité et améliorer sa pratique professionnelle* » indique également : « *conformité de la désinfection, du nettoyage, du conditionnement, et de la stérilisation* ». Au quotidien, on retrouve les IDE en stérilisation dans une position de « référent » en hygiène ou « bonnes pratiques », en tant qu'agent de recomposition des plateaux opératoires et sans oublier pour certains l'occasion d'un reclassement professionnel.

### 1.3.6 Les Infirmiers de Bloc Opératoire

Véritables acteurs des stérilisations, les IBODE ont permis pendant longtemps le fonctionnement de ces services à travers la recomposition des plateaux opératoires, la conduite d'autoclaves et la démarche qualité dans ce domaine. C'est un « Module » à part entière dans leur

---

<sup>12</sup>[http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do;jsessionid=DDF3F04886B017CDE6F42FB59961D528.tpdjo17v\\_1?idArticle=LEGIARTI000006704533&cidTexte=LEGITEXT000006067039&dateTexte=20081230](http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do;jsessionid=DDF3F04886B017CDE6F42FB59961D528.tpdjo17v_1?idArticle=LEGIARTI000006704533&cidTexte=LEGITEXT000006067039&dateTexte=20081230), consulté le 15/01/2012

<sup>13</sup><http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000449527>, consulté le 15/01/2012

<sup>14</sup><http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020961044&dateTexte=&categorieLien=id>, consulté le 05/04/2012

<sup>15</sup>[http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/arrete\\_du\\_31\\_juillet\\_2009\\_annexe\\_1.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/arrete_du_31_juillet_2009_annexe_1.pdf), consulté le 05/04/2012

<sup>16</sup>[http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/arrete\\_du\\_31\\_juillet\\_2009\\_annexe\\_2.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/arrete_du_31_juillet_2009_annexe_2.pdf), consulté le 05/04/2012

formation initiale avec des objectifs de formation précisés par l'Arrêté du 22 octobre 2001<sup>17</sup> relatif à la formation conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier de bloc opératoire (hygiène, sécurité, formation, gestion...). Cependant, devant la pénurie d'IBODE, certaines stérilisations ont pris le parti de former d'autres catégories professionnelles pour effectuer leurs tâches. Cela entraîne ainsi un véritable débat sur la nécessité de leurs compétences théoriques au sein d'une stérilisation ainsi que sur leur rôle de lien avec les blocs opératoires. Un risque de perte de compétences de cette catégorie professionnelle pouvant exister par une non pratique de la reconstitution des plateaux opératoires dans certains établissements.

Il n'en demeure pas moins qu'à ce jour, la proposition de modification de l'article R 4311-11 du code de santé publique défendue par les associations d'IBODE<sup>18</sup> précise :

« Les activités suivantes sont exercées en priorité par l'infirmier titulaire du diplôme d'État de bloc opératoire et l'infirmier en cours de formation préparant à ce diplôme :

5. Participation à l'élaboration, à l'application et au contrôle des procédures de désinfection et de stérilisation des dispositifs médicaux réutilisables visant à la prévention des infections nosocomiales au bloc opératoire et en secteurs associés. »

## 1.4 Le Cadre

Comment parler de sens à donner au management du cadre de santé en stérilisation sans débiter par une réflexion autour de la définition même du cadre de santé. Cette recherche n'a pas pour prétention de rassembler une liste de lois, de décrets ou de rapports définissant le concept de cadre de santé mais d'essayer à travers les divers écrits, de comprendre l'évolution de cette fonction. C'est aussi à travers le prisme de la stérilisation qu'il me semble essentiel de visualiser ce statut de cadre de santé puisque de mon expérience ressort un sentiment d'avoir été par moment un cadre à part.

C'est en passant par l'histoire de la profession du cadre en France, la spécialité cadre de santé et plus particulièrement en stérilisation que j'aborde la compréhension de ce statut.

### 1.4.1 Un nouveau groupe social : les cadres

Pour comprendre l'évolution, la place, le sens même donné au cadre de santé, il m'a semblé primordial d'appréhender la constitution du groupe cadre de façon plus globale qu'à travers le seul statut de cadre de santé. Le cadre est un terme apparu avant tout dans le milieu militaire, « il désigne les officiers et sous-officiers, soit une catégorie intermédiaire, chargés de former le carré et qui s'interposent entre l'état-major et le soldat »<sup>19</sup>. Il s'est étendu dans le milieu de l'entreprise par le développement du Taylorisme. Le terme cadre aboutit à sa première reconnaissance à l'après

---

<sup>17</sup><http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000404732&dateTexte=&categorieLien=id>, consulté le 08/05/2012

<sup>18</sup><http://www.unaibode.fr/spip.php?article1137>, consulté le 08/05/2012

<sup>19</sup>BOURRET Paule, *Les cadres de santé à l'hôpital*, 4<sup>ème</sup> tirage, Paris, édition Seli Arslan, 2006, p 16

guerre avec la création de la confédération générale des cadres en 1944. Le XXème siècle sera le terrain de la création de nombreux collectifs cadres.

L BOLTANSKI<sup>20</sup>, à travers ses recherches, tente d'expliquer la sociologie de la création de ce nouveau groupe. Il s'avère rapidement qu'il est issu d'un agrégat de la classe moyenne que l'on peut alors considérer comme la classe « tampon ». Il se compose du pouvoir délégué du commandement allié à la rémunération des ouvriers. En finalité, la classe cadre s'est créée pour entrevoir le lien entre ouvrier et patronat.

La particularité de cette catégorie professionnelle est donc fondée sur la grande hétérogénéité des personnes qui la constituent. L BOLTANSKI évoque déjà à travers ses recherches, la souffrance de cette catégorie et s'appuie sur ce *melting-pot* pour en expliquer le fondement. Il montre, bien avant toute étude publique sur les cadres de santé, qu'ils se sentent mal aimés, tiraillés entre le rejet des classes du bas et un pouvoir tout relatif puisque délégué par le haut et donc toujours révocable. Ils se sentent insuffisamment reconnus pour le travail de lien mené. D'ailleurs, la notion de management apparaît à cette même époque. En effet, afin de distinguer les « chefs » des cadres de proximité, la ligne hiérarchique s'approprie le terme de manager comme nouveau statut du décideur.

Le cadre de santé apparaît clairement comme l'un des composants de ce *melting-pot*, profitant ainsi de l'effet de l'industrialisation créatrice de ce nouveau groupe. Pour autant, de prime abord, le rôle du cadre d'entreprise et tout ce qu'il évoque paraît difficilement transposable en tant que tel au monde « humaniste » de la santé.

#### 1.4.2 Le cadre de santé

Le cadre de santé est quant à lui apparu à travers l'histoire de l'évolution de la profession infirmière.

C'est en effet, la base de la compréhension de cette identité professionnelle comme le décrit CHARLES, G<sup>21</sup>. On ne peut dissocier l'histoire des cadres de santé de l'évolution du métier d'infirmier. L'hôpital longtemps à la charge de l'église était alors la maison des pauvres dirigée par les religieuses. Néanmoins, l'étude du passé démontre que la fonction de soignant n'était pas leur priorité mais celle des médecins et étudiants en médecine ou chirurgie. Le soin physique était simplement annexe à la prise en charge des patients, le prendre soin de l'âme étant alors la priorité.

Au XIXème siècle, les religieuses sont toujours aussi présentes au sein des établissements malgré le passage de la gestion des hôpitaux à l'état et la tentative d'évincement de celles-ci. Elles y jouent un rôle d'intendantes : « *la religieuse est la surveillante générale ; elle fait la répartition des aliments que distribuent les infirmiers ; elle règle les rapports avec la lingerie, veille au*

---

<sup>20</sup>BOLTANSKI Luc, *Les cadres. La formation d'un groupe social*, Paris, Éditions de Minuit, 1982.

<sup>21</sup>BOURRET Paule, *op.cit.*, p 21



*maintien de l'ordre et de la discipline dans la salle* »<sup>22</sup>. A l'époque, elles sont un élément majeur dans l'aspect économique des établissements de par leur statut puisqu'elles sont alors de la main d'œuvre gratuite. En effet, simplement logées, nourries et blanchies, elles offrent un atout certain en terme de ressources humaines.

En 1952, la première école de cadre est créée par la Croix Rouge Française à Paris, rendue pérenne par le décret 58-1104 du 14 novembre 1958 qui rend nécessaire la formation pour les postes d'encadrement.

Mais jusqu'en 1975, la surveillante se dessine sous la forme d'une infirmière experte sortie du lot. Il faut attendre l'apparition du certificat de cadre infirmier en octobre 1975 pour qu'émerge véritablement un métier d'encadrement à part entière dans la santé. C'est aussi l'occasion de la disparition théorique de la scission entre fonction surveillante et fonction formation se regroupant ainsi sous ce nouveau métier d'encadrement.

Cependant, il faudra attendre 2001 pour qu'une véritable reconnaissance du statut de cadre de santé apparaisse dans l'hôpital.<sup>23</sup>

Parallèlement, il convient de préciser l'évolution de la formation initiale de ce métier de cadre de santé. Tout d'abord, simples infirmiers surveillants, une succession d'avancées ouvrent progressivement les portes à d'autres métiers paramédicaux pour aboutir en 1995 à quinze métiers accédant à la formation cadre. L'objectif annoncé étant non plus une expertise mais une acquisition d'un langage commun, un décloisonnement entre ces différentes professions paramédicales.

Une nouvelle cohorte apparaît, basée sur une pluridisciplinarité de la formation initiale.

Pour autant, en sus des fiches métiers existantes et des travaux en cours sur le référentiel de compétences et d'activités, son travail peut être regroupé sous 10 rôles communs aux cadres selon MINTZBERG<sup>24</sup> :

- *Représentant* : Représenter l'entreprise à l'extérieur (figure de proue, symbole).
- *Leader* : Guider et motiver ses troupes. Il donne l'exemple.
- *Agent de liaison* : Réaliser le lien entre tous les employés (gestion du réseau de relations).
- *Guide* : Observer activement et rechercher l'information sur ce qui se passe.
- *Propagateur d'informations* : Diffuser les informations auprès de ses subordonnés à l'intérieur de l'unité.
- *Porte parole* : Communiquer publiquement à l'extérieur de l'unité.
- *Entrepreneur* : Proposer de nouveaux projets, innover, tenter, risquer.
- *Régulateur* : Gérer les troubles, les dysfonctionnements.

---

<sup>22</sup>BOURRET Paule, *op.cit.*, p 23

<sup>23</sup>[http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?jsessionid=1E64375E45A49AE2F3BD34E2C63370C4.tpdjo10v\\_1?cidTexte=JORFTEXT000000592539&categorieLien=id](http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?jsessionid=1E64375E45A49AE2F3BD34E2C63370C4.tpdjo10v_1?cidTexte=JORFTEXT000000592539&categorieLien=id), consulté le 01/05/12

<sup>24</sup> MINTZBERG Henry, *Le manager au quotidien, les 10 rôles du cadre*, 2<sup>ème</sup> éd, Paris, Edition d'Organisation, 2006

- *Répartiteur : Répartiteur de ressources : allouer les moyens aux différents projets et équipes.*
- *Négociateur : discuter avec les différents partenaires internes et externes.*

Alors comment ce guide, leader et agent de liaison peut-il s'appliquer dans le cadre semi industriel qu'est la stérilisation et donner un sens à ce service au milieu d'un hôpital où le patient prime à l'esprit de chacun ?

### 1.4.3 Le cadre de santé en stérilisation

La situation de départ pose la question du positionnement du cadre de santé infirmier manager d'une équipe pluridisciplinaire comprenant des IBODE et des préparateurs en pharmacie. Il convient alors de s'attarder sur la question des filières paramédicales menant au cadre de santé. Le cadre de santé peut-il manager un agent dont la formation initiale mène à des compétences et une expertise différentes. Nous avons vu que l'histoire explique ce phénomène, la famille cadre rassemble nombre de profils de métiers initiaux. Longtemps, les textes eux-mêmes ont conseillé que le cadre de santé devait, en priorité, diriger une équipe de la même spécialité que la sienne, un ergothérapeute comme cadre d'une équipe d'ergothérapeutes et donc une IBODE comme cadre d'une équipe IBODE. Or, le Décret n° 2001-1375 du 31 décembre 2001 portant statut particulier du corps des cadres de santé de la fonction publique hospitalière établit : « *Les agents du grade de cadre de santé exercent : Des fonctions correspondant à leur qualification et consistant à encadrer des équipes dans les unités fonctionnelles, services, départements ou fédérations des établissements* ». Il vient ainsi contrebalancer la Circulaire DGS/DH/PS 3/FH 3 n° 52 du 26 juillet 1994 (Annexe III) relative à la situation des infirmiers de bloc opératoire qui précise :

*«...il m'apparaît nécessaire que les postes d'encadrement dans les blocs opératoires et dans les services de stérilisation centrale soient attribués à des infirmiers titulaires du diplôme d'Etat de bloc opératoire remplissant les conditions statutaires pour l'accès au grade de surveillant des services médicaux. »*

Ainsi que l'annexe 1 de l'arrêté du 18 août 1995 relatif au diplôme de cadre de santé qui stipule : « *l'objectif de décloisonnement poursuivi ne saurait en aucun cas conduire à remettre en cause l'identité de chacune des professions ni à autoriser l'encadrement ou la formation des professionnels d'une filière par des cadres de santé n'ayant pas la même origine professionnelle* »<sup>25</sup>

---

<sup>25</sup><http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000738028&dateTexte=&categorieLien=id>, consulté le 20/02/12

Bien entendu concernant la nécessité ou non d'être issu d'un métier permettant l'accès à l'encadrement, je ferai référence au rapport de la Mission Cadres Hospitaliers présenté par Chantal DE SINGLY en septembre 2009<sup>26</sup>.

En effet, à travers leurs études, ils différencient alors deux types de cadres :

- Les cadres exécutants qui « *se réfèrent généralement aux métiers d'origine pour se construire une identité, affirmant qu'il est indispensable de connaître de l'intérieur les métiers qu'on encadre pour pouvoir les encadrer* »
- Les cadres stratégiques qui « *réclament plus de pouvoir pour cela et s'identifient moins à leurs métiers d'origine.* »

**« Cette référence ou non-référence aux métiers d'origine est très importante à la fois pour l'avenir du métier de cadre et pour leur formation. »**

Le rapport précise qu'à travers leurs différentes rencontres avec les acteurs de terrain, ils ont recueilli bon nombre de témoignages de cadre n'ayant pas exercé le même métier d'origine que leur équipe. Ils en concluent que cette perspective n'est pas impossible mais complexifie la situation. Pour autant, Mme DE SINGLY précise qu'il existe communément deux démarches dans ce type de situation :

*« Une première consiste à s'immerger, à accompagner les infirmières dans les services...*

*Une seconde (mais les deux vont généralement de pair) consiste à s'entourer dans une équipe d'un ou deux « experts du métier » »*

Mon parcours professionnel étant loin d'être un cas isolé, le rapport de C DE SINGLY confirme donc qu'il est possible d'envisager ce type de situation et conclut ce chapitre par :

**« Ainsi, même si "savoir pratiquer" les métiers encadrés sera de moins en moins nécessaire, les connaître d'une manière ou d'une autre sera toujours important, du moins pour le "management de terrain" (mais cette connaissance peut s'acquérir "en marchant"). »**

Aujourd'hui, de nouveaux termes apparaissent dans le langage des cadres : l'efficacité, la rationalisation, la mutualisation des ressources humaines, le juste emploi des ressources, le parcours de soins, la T2A (tarification à l'activité). De ce fait, les débats se dessinent autour de la logique d'utilité voire marchande que l'on soit ou non en stérilisation.

---

<sup>26</sup> [http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport\\_chantal\\_de\\_singly\\_tome\\_1.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_chantal_de_singly_tome_1.pdf), consulté le 18/01/12, pp34-35

L'apparition du cadre de santé à travers l'évolution de cette fonction dans l'industrie ainsi que celle de l'infirmière à l'hôpital montre un lien possible entre ces deux secteurs. Ce lien est clairement appuyé par l'histoire et la définition de la stérilisation. Le cadre contextuel montre ainsi le double champ d'action du cadre de santé en stérilisation entre industrie et soin. Il a permis d'apporter une réponse sur l'éventuelle nécessité d'être expert pour manager une équipe de stérilisation. Ce fut aussi l'occasion de mettre en avant la complexité d'une équipe pluridisciplinaire et la construction d'une identité commune autour d'un métier unique : l'agent de stérilisation.

Dans cette perspective, nous avons pu aborder la nécessité réglementaire d'un parcours de formation de ces agents, mais bien plus que cela, nous nous sommes interrogés sur le rôle majeur de cette formation dans l'identité de cette équipe et à fortiori dans le management de celle-ci.

## 2 Cadre conceptuel

### 2.1 La stérilisation du patient invisible aux procédures qualités

Prenons quelques instants pour clarifier l'idée du patient invisible. En partant de la définition d'invisible : « *qui n'est pas perceptible par la vue* »<sup>27</sup>, on peut envisager l'idée d'un patient invisible en stérilisation. Il n'est effectivement pas à la vue des agents dans l'unité mais apparaît comme une finalité dans les procédures de stérilisation puisque les instruments sont acheminés stériles jusqu'aux patients lors des soins opératoires (pour la plupart) effectués.

Force de l'absence du patient au sein de l'unité, il est souhaitable de pouvoir interpréter concrètement l'existence visible ou invisible du patient pour effectuer les missions adéquates de qualité dans l'intérêt de celui-ci. Sa non présence n'empêche pas d'y porter attention et de transmettre cette pensée de patient invisible pour recentrer la réflexion du pour qui et pourquoi de nos actions en stérilisation.

De plus, les agents face à des situations inadaptées mais concrètes se retrouvent parfois confrontés à une réelle visibilité d'éléments humains dans les boîtes à stériliser, ne pouvant que se remémorer le patient dans la réalité. En finalité, le patient n'est pas toujours si invisible dans un service de stérilisation.

#### 2.1.1 La qualité, un héritage industriel

*« Aptitude d'un produit ou d'un service à satisfaire les besoins explicites ou implicites des utilisateurs »*<sup>28</sup>

Nous avons pu voir, tout aussi bien à travers l'histoire de la fonction cadre que celle de la stérilisation que le lien avec le monde de l'industrie est fort. La qualité vient une nouvelle fois appuyer ce postulat.

En effet, la qualité, au sens contemporain du terme, est née avec la rationalisation des organisations faite par Frédéric W TAYLOR, ingénieur américain pionnier du management scientifique du travail. C'est de l'idée de séparer les « *hommes qui pensent de ceux qui agissent* » que naît le contrôle de conformité de la production, séparant ainsi le travail en « *tâches élémentaires* ».

S'ensuit à nouveau la nécessité de production et standardisation liées à la première guerre mondiale, le Fordisme développe la fabrication de masse<sup>29</sup> ainsi que les contrôles qualité des produits finis : tri de chaque pièce et mise au rebut des défectueuses.

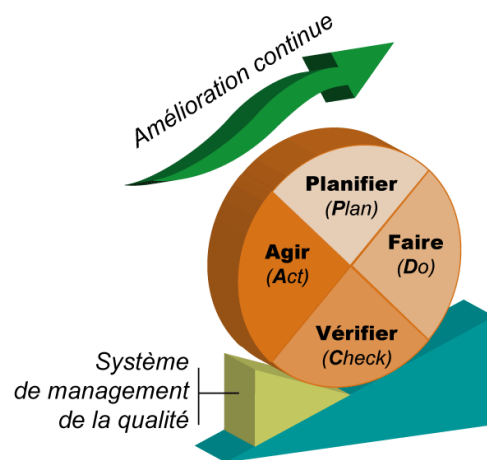
---

<sup>27</sup> <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/invisible/44128>, consulté le 15/02/12

<sup>28</sup> Définition de la qualité pour l'ISO

Puis, ce fut le temps de l'émergence des statistiques et de l'introduction du coût de la non-qualité, à travers les travaux de DEMING et JURAN au Japon, prélevant des échantillons dans chaque lot afin de tester leur qualité. En parallèle, l'AFNOR<sup>30</sup> en 1926 apparaît, ainsi que les premières normes ISO<sup>31</sup> en 1947 afin de "*faciliter la coordination et l'unification internationales des normes industrielles*"<sup>32</sup>.

DEMING innova en avançant la théorie qu'il ne suffit pas d'une simple motivation de la part des ouvriers et de l'utilisation de machines précises pour assurer un travail de qualité. Il faut, selon lui, une implication de tous les acteurs allant du fournisseur au client. Mais, il précise que la maîtrise des processus est primordiale en appuyant sa démarche sur une roue de la qualité.



Source institut de recherche sur le développement décembre 2011<sup>33</sup>

Il se base sur quatorze, non pas besoins fondamentaux, mais règles d'actions du management de qualité (Annexe IV).

L'ère de la stratégie qualité intègre alors le concept de qualité au sein du processus de production. Ce n'est alors plus seulement un regard extérieur sur un produit ou sur une étape de production mais bien un objet de produit à part entière ou du moins une composante nécessaire pour satisfaire aux attentes des clients.

Finalement, à cette occasion, le management par la qualité, regroupant les « *activités coordonnées pour orienter et contrôler un organisme en matière de qualité* » selon la norme ISO 9000, apparut.

<sup>29</sup> ROBINEAU Isabelle, *La qualité, Les soins*, Cours de master Management et Santé, 2011, Université de Paris-Est Créteil

<sup>30</sup> AFNOR : Association Française de NORmalisation

<sup>31</sup> ISO : International Standard Organisation

<sup>32</sup> [http://www.iso.org/iso/fr/about/discover-iso\\_isos-origins.htm](http://www.iso.org/iso/fr/about/discover-iso_isos-origins.htm), consulté le 15/02/12

<sup>33</sup> <http://www.ird.fr/var/ird/storage/images/media/images/illustrations/demarche-qualite/la-roue-de-deming/69322-1-fre-FR/la-roue-de-deming.gif>, consulté le 20/12/2011

### 2.1.2 La stérilisation un acteur de qualité du soin

Comme nous l'avons vu, dans la présentation de la stérilisation, la circulaire DGS/VS2 - DH/EM1/EQ1/97672 du 20 octobre 1997 relative à la stérilisation des dispositifs médicaux dans les établissements de santé précise :

**« Les établissements de santé doivent mettre en place un système qualité basé sur des référentiels normatifs relatifs aux exigences des systèmes qualité. »**

C'est alors le début du système qualité dans les stérilisations, du moins la « normalisation » de cette démarche. Cette circulaire détaille entre autres :

- *« La nécessité de garantir le même niveau de sécurité que pour des articles achetés stériles sur les marchés.*
- *La centralisation de la stérilisation, par le regroupement des moyens et des compétences, est à privilégier autant que possible.*
- *Des procédures et instructions de travail écrites et validées doivent être mises en application pour chacune de ces étapes.*
- *Ces procédures seront mises en œuvre par du personnel ayant la formation adéquate définie, enregistrée et validée par le responsable assurance qualité en stérilisation.*
- *La stérilisation doit faire appel à des procédés validés selon les normes harmonisées européennes en vigueur lorsqu'elles existent. »*

Le Décret n° 2002-587 du 23 avril 2002, relatif au système permettant d'assurer la qualité de la stérilisation des dispositifs médicaux dans les établissements de santé et les syndicats inter hospitaliers, vient confirmer et préciser cette démarche qualité. Ainsi, elle doit:

- *« Décrire l'organisation, les procédures et les moyens.*
- *Préciser les procédures.*
- *Respecter les bonnes pratiques de pharmacie hospitalière et les normes techniques arrêtées par le ministre chargé de la santé.*
- *Ce système est arrêté par le directeur ou le secrétaire général, le responsable du système est lui aussi désigné par le directeur.*
- *L'établissement de santé ou le syndicat inter hospitalier met à la disposition de ce responsable et des services concernés par la mise en œuvre du système les moyens*

*nécessaires à cette mise en œuvre et s'assure de la formation des personnels desdits services. »*

L'aboutissement de cette démarche qualité se retrouve à travers le critère 8 chapitre 1 du manuel de certification d'avril 2011<sup>34</sup>. En effet, la stérilisation apparaît dans cette partie à travers le programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

La définition même du système qualité montre aujourd'hui la nécessité de mise en place de procédures décrites et regroupées à travers un manuel qualité sous la responsabilité d'une personne déterminée. Cette démarche est une obligation tant pour obtenir les autorisations d'activités mais aussi pour tous travaux ou modifications importantes. Elle est donc impliquée dans le manuel de certification, et plus loin que cela, nombreuses stérilisations entament des démarches pour obtenir une certification ISO, pour le moment non obligatoire, mais vivement recommandée dans le cadre de mise en place de partenariat de sous-traitance.

Plusieurs choix existent alors :

- ISO 9001<sup>35</sup> : concernant le système de management qualité (comportant six procédures obligatoires)
- ISO 13485<sup>36</sup> : norme complémentaire de l'ISO 9001 concernant le système management qualité appliqué à l'industrie des dispositifs médicaux (comportant 18 procédures obligatoires)
- NF EN ISO 17 665-1 et 2 remplace EN 554<sup>37</sup> norme européenne appliquée à l'aspect technique des stérilisateurs à vapeur d'eau ainsi que leur suivi et évaluation.

Pour autant, il est clair que l'enjeu majeur est de garantir la sécurité des soins mais il est clairement exposé que l'un des premiers objectifs est d'assurer le même niveau d'exigence qu'une stérilisation industrielle. Alors, l'industrie comme exemple pour l'hôpital ? Dans ce cas, quel type de management adopter puisque cette démarche induit un amalgame de soignants et non soignants dans une démarche qualité copiée sur l'entreprise ?

## **2.2 Management**

### **2.2.1 Management par la qualité**

Né de l'évolution du concept qualité, le management par la qualité est une notion récente dans le monde hospitalier.

---

<sup>34</sup> [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1037211/manuel-de-certification-v2010-revise-2011](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1037211/manuel-de-certification-v2010-revise-2011), consulté le 18/12/11

<sup>35</sup> [http://www.iso.org/iso/fr/iso\\_9000\\_essentials](http://www.iso.org/iso/fr/iso_9000_essentials), consulté le 20/02/12

<sup>36</sup> [http://www.iso.org/iso/fr/iso\\_catalogue/catalogue\\_tc/catalogue\\_detail.htm?csnumber=36786](http://www.iso.org/iso/fr/iso_catalogue/catalogue_tc/catalogue_detail.htm?csnumber=36786), consulté le 15/02/12

<sup>37</sup> <http://afs.asso.fr/cms/index.php?page=textes-recommandation-parus>, consulté le 01/05/2012



Il met à contribution les cadres de santé qui doivent alors considérer la qualité dans ses différentes dimensions :

- Pour l’usager : ses attentes sur la sécurité, la fluidité et continuité du parcours de soins et les bonnes pratiques.
- Pour les cadres : le suivi et implication des équipes autour des projets institutionnels.
- Pour les équipes soignantes : perception de la qualité comme un travail supplémentaire (traçabilité, projets...).

Le management par la qualité est défini à travers la norme ISO 9000. Pour cela, il faut faire référence à un couple complémentaire de normes. Tout d’abord, l’ISO 9001<sup>38</sup> dont le but est d'apporter l'assurance de la qualité du produit et d'accroître la satisfaction des clients. Il spécifie les exigences relatives à un système de management de la qualité. Puis, la norme 9004 qui s'appuie sur une perspective plus large du management de la qualité pour donner des conseils sur l'amélioration des performances.

**Caractéristiques respectives des normes ISO 9001 et ISO 9004.**

	<b>ISO 9001</b> <b>Exigences</b> <b>(« doit »)</b>	<b>ISO 9004</b> <b>Recommandations</b> <b>(« il convient »)</b>
<b>Sur quoi porte-t-elle ?</b>	Tous les processus ayant un impact sur la qualité du produit	Tous les processus
<b>Quel est l'objectif ?</b>	Maîtrise des processus et efficacité	Performance de l'organisme et efficience
<b>Quelle est la cible visée ?</b>	Client	Parties intéressées
<b>Quel outil d'évaluation ?</b>	Audit qualité	Auto-évaluation

*Source : MATHIEU S., Anticiper les normes ISO 9000 : Version 2000, AFNOR, Paris, 2000*

Ces normes s’appuient sur les huit principes de management de la qualité totale<sup>39</sup>:

**Principe 1: Orientation client**

*Les organismes dépendent de leurs clients, il convient donc qu'ils en comprennent les besoins présents et futurs, qu'ils satisfassent à leurs exigences et qu'ils s'efforcent d'aller au-devant de leurs attentes.*

<sup>38</sup> [http://www.iso.org/iso/fr/catalogue\\_detail?csnumber=46486](http://www.iso.org/iso/fr/catalogue_detail?csnumber=46486), consulté le 20/02/2012

<sup>39</sup> <http://www.iso.org/iso/fr/qmp>, consulté le 20/02/2012

### **Principe 2: Leadership**

*Les dirigeants établissent la finalité et les orientations de l'organisme. Il convient qu'ils créent et maintiennent un environnement interne dans lequel les personnes peuvent pleinement s'impliquer dans la réalisation des objectifs de l'organisme.*

### **Principe 3: Implication du personnel**

*Les personnes à tous niveaux sont l'essence même d'un organisme et une totale implication de leur part permet d'utiliser leurs aptitudes au profit de l'organisme.*

### **Principe 4: Approche processus**

*Un résultat escompté est atteint de façon plus efficiente lorsque les ressources et activités afférentes sont gérées comme un processus.*

### **Principe 5: Management par approche système**

*Identifier, comprendre et gérer des processus corrélés comme un système contribue à l'efficacité et l'efficience de l'organisme à atteindre ses objectifs.*

### **Principe 6: Amélioration continue**

*Il convient que l'amélioration continue de la performance globale d'un organisme soit un objectif permanent de l'organisme.*

### **Principe 7: Approche factuelle pour la prise de décision**

*Les décisions efficaces se fondent sur l'analyse de données et d'informations.*

### **Principe 8: Relations mutuellement bénéfiques avec les fournisseurs**

*Un organisme et ses fournisseurs sont interdépendants et des relations mutuellement bénéfiques augmentent les capacités des deux organismes à créer de la valeur.*

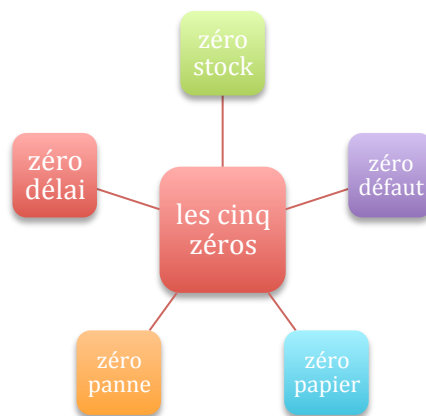
Cette démarche qualité n'ayant pas pour finalité une certification obligatoire à cette norme, elle a pour objectif de mettre à disposition un cadre « *bien éprouvé* » de la gestion par la qualité afin d'obtenir la satisfaction des clients. De cette façon elle s'appuie sur une grande diversité dans l'application en ne dictant en aucun cas comment accéder à la satisfaction de chaque situation. Elle est en fait un guide pour « *établir quelles sont les exigences auxquelles votre système qualité doit répondre* ». La certification est une nouvelle dynamique, le Docteur COMBEAU, pharmacien praticien hospitalier, responsable de la stérilisation à l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière de Paris et vice-président de l'Association française de stérilisation, définit alors : « *Pour répondre aux conditions de la certification, le travail doit être organisé différemment : rien n'est laissé au hasard, tout s'inscrit dans une démarche d'assurance qualité qui d'ailleurs est obligatoire voire réglementaire en stérilisation* »<sup>40</sup> mais il précise aussi dans cet article « *le plus dur n'est pas d'être certifié, mais de s'y maintenir* ».

---

<sup>40</sup>Dr COMBEAU Dominique, *stérilisation : trop de normes ?* in Décision santé, Le Pharmacien Hôpital, 03/2012, N°283, pages spéciales 14

Le domaine de la qualité offre aussi de nombreux principes pour le management.

- La définition des cinq M (ISHIKAWA)<sup>41</sup>:
  - Main d'œuvre
  - Matériel (nécessitant un investissement)
  - Méthode (procédures)
  - Matières (consommables ne nécessitant pas d'investissement au sens comptable du terme)
  - Milieu (conditions de travail et environnement)
  
- L'objectif des 5 zéros issu du Toyotisme<sup>42</sup>:



- Le concept du coût de non-qualité : alliant aussi bien le coût de la sur qualité et celui de la sous qualité.

Mais, c'est aussi la définition des processus, procédures et tâches, les processus se déclinant en processus qualité opérationnel, support et management.

- Enfin, la qualité a permis de développer et de mettre à disposition de nombreux outils<sup>43</sup> aux managers:
  - ✚ Brain-Storming
  - ✚ QQQCP
  - ✚ Diagramme d'ISHIKAWA
  - ✚ Diagramme de PARETO
  - ✚ Matrice d'aide à la décision SWOT

---

<sup>41</sup> <http://www.er.uqam.ca/nobel/k15303/AnalyseTechniqueExemple.pdf>, consulté le 01/05/12

<sup>42</sup> ROBINEAU Isabelle, *op-cit*

<sup>43</sup> <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-10/methodes.pdf>, consulté le 01/05/12

La qualité est donc clairement à la fois un concept mais aussi un ensemble d'outils utiles et adaptés dans le domaine de la stérilisation. Elle trouve son aboutissement dans la certification des établissements de santé mais aussi des services de stérilisation à travers le plus souvent la norme ISO 9000. Ce service ne se réduit pour autant pas à un manuel qualité. Sa position de prestataire de service implique cependant d'autres angles de lecture, la définition même de l'ISO, quant à elle, induit la compréhension des attentes des clients (ou partenaires).

### 2.2.2 Le Supply Chain Management<sup>44</sup>

L'avancement de l'étude des concepts met en avant un lien indéniable entre la stérilisation, son management avec le monde et l'histoire de l'industrie et enfin sa position particulière au sein d'un hôpital. J'ai donc fait le choix tout naturellement d'étudier un aspect « entreprise » et commercial du management de ce genre de service. Dans la perspective de recherche et donc de découverte de ce mémoire, je vais alors tenter d'affiner mes recherches au travers du Supply Chain Management.

Prioritairement associé à tout type de logistique industrielle, le Supply Chain Management (SCM) n'en est pas moins qu'une démarche récente et novatrice dans le domaine. Issu, une fois de plus, d'une réflexion induite par la période de guerre mondiale, elle définit la nécessité de rendre la logistique, dans sa définition large, un réel outil stratégique dans la réussite d'une entreprise et à l'époque dans la nécessité de vaincre l'adversaire.

La traduction littéraire du Supply Chain Management est donc la gestion de la chaîne de distribution et d'approvisionnement mais la définition va bien plus loin que cela.

J HESKETT<sup>45</sup>, l'un des grands experts en logistique, en 1978, dans « *la logistique élément clef de la stratégie* », montre que la logistique peut être considérée comme un outil ou une **activité au potentiel concurrentiel** pour une entreprise. Réalité d'autant plus vraie, à l'ère de l'uniformisation des procédures dans les établissements de santé, au final, n'est-il pas judicieux de se demander si les services prestataires et logistiques peuvent, en partie, faire la différence ?

De ce fait, la stérilisation est-il un service de logistique? Cette question amène à débat, sachant que le parallèle avec les travaux de J HESKETT semble opportun. En effet, il définit la logistique à travers quatre « familles » :

- Approvisionnement
- Production
- Distribution
- Retour

---

<sup>44</sup> Gestion de la chaîne d'approvisionnement

<sup>45</sup> LE GOFF Joan, BENSEBAA Faouzi, Mesurer la performance de la fonction logistique, Paris, Edition Eyrolles, 2009, pp48 à 50

Si l'on détaille ces termes, selon l'auteur : l'approvisionnement apporte les matières premières nécessaires à l'activité, la distribution apporte le produit final. N'est ce-pas une partie importante de l'activité d'une stérilisation centrale au sein d'un établissement de santé ? En effet, l'acte de stériliser est une part primordiale du travail de stérilisation mais qui est régi par des normes strictes. Celle-ci proprement dite est la même au sein d'un hôpital que dans une société externalisée. C'est donc par sa capacité à fournir et apporter le bon instrument au bon moment avec une nécessaire adaptation à la hauteur de celle générée par les urgences d'un bloc opératoire que s'intègre la stérilisation à la définition SMC. Alors l'aspect logistique d'une stérilisation centralisée est certainement primordial voire concurrentiel. Dans ce sens, Christian HOHMANN, directeur associé d'un cabinet conseil et auteur de « audit combiné : qualité/Supply Chain » définit le SCM<sup>46</sup> :

*Une organisation destinée à livrer :*

- *Le produit attendu*
- *En quantité désirée*
- *Au niveau de qualité attendu*
- *Au bon endroit*
- *En temps et à l'heure*

M DOUGLAS<sup>47</sup>, de l'Ohio State University, quant à lui désigne huit processus du SCM :

L'importance de la relation avec le client permettant ainsi **d'adapter les produits** aux attentes des clients, de le **tenir informé** des disponibilités et des délais, **de planifier**, de suivre **les commandes** passées, de **gérer la production**. Il s'agit également de la capacité à **l'innovation**, la nécessaire **relation de proximité avec les fournisseurs** et enfin la gestion des **retours produits**. On peut alors aisément faire le lien avec la définition même de la qualité. C'est aussi simple d'introduire la stérilisation dans cette perspective, le bloc (et les services de soins) étant le client.

C'est donc en tant qu'outil de réflexion que je m'appuie sur ce nouveau concept, certes, pas transférable dans sa totalité au monde de la stérilisation mais à mon sens certainement une piste de réflexion. En effet, elle appuie ainsi l'idée de Mathieu DETCHESSAHAR, professeur de sciences de gestion, comme quoi la communication du manager doit « *s'appuyer sur des outils de gestion, permettant de suivre l'activité du collectif et d'éclairer les opinions des participants ; ces outils sont donc utilisés avant tout dans une logique de pilotage et non de reporting* »<sup>48</sup>.

Mais, le SCM va bien plus loin dans sa démarche et considère alors toute la chaîne d'approvisionnement, de production et de livraison comme un processus global : « *les différentes parties impliquées ne jouent plus en solo, cherchant à tirer le profit maximal à leur seul bénéfice,*

---

<sup>46</sup> <http://chohmann.free.fr/SCM/SCM.pdf>, consulté le 16/03/2012

<sup>47</sup> DOUGLAS Michael *The eight essential supply chain management processes*, supply chain management review, 2004, vol 9 N°1, disponible sur <http://scmr.com>

<sup>48</sup> DETCHESSAHAR Mathieu, *santé au travail si on refaisait du management*, Personnel, 2011, n°518 mars/avril, pp 64 à 66

mais joue en commun pour le plus grand bénéficiaire commun. Cela implique qu'un maillon de la Supply Chain accepte de dégrader sa performance si cela contribue à améliorer la performance globale. »<sup>49</sup>

Dans ce contexte, on aborde récemment la notion de Lean<sup>50</sup> management, créant ainsi le concept de Lean Supply Chain, véritable abord commercial et dynamique d'entreprise. C HOHMANN, consultant spécialisé en SCM et directeur associé d'un cabinet conseil, la définit comme « un processus débarrassé de toutes les opérations inutiles, qui le rendent « obèse », moins performant, moins réactif mais qui consomment du temps, de l'énergie, des ressources de manières excessive. Le principe du Lean est de gérer les processus et ressources au plus juste, plutôt que de tirer davantage sur ces ressources »<sup>51</sup>. Au final, n'est-ce pas ce que l'on appelle dans le monde hospitalier la recherche d'efficience ?

Ainsi, la définition de C HOHMANN du SCM rejoint certains des grands items du cadre de santé puisque pour lui, il doit :

- **Evaluer et planifier** la demande
- **Contrôler** l'état des prévisions
- **Contrôler** en temps réel et gérer le niveau des stocks au plus juste
- **Gérer** les approvisionnements
- **Gérer** la distribution
- **Piloter** l'ensemble des flux

La stérilisation m'apparaît en plus d'un élément régi par des normes de qualité, comme un véritable service stratégique dans la continuité des soins et dans la recherche d'efficience.

En effet, cette dernière souvent définie comme la bonne personne au bon endroit au bon moment ne passe-t-elle pas nécessairement par le bon outil au bon endroit au bon moment ? Dans cette perspective, le Supply Chain Management est une dynamique différente et novatrice appuyée sur la potentielle valeur ajoutée d'un tel service. C'est une approche alors bien plus commerciale qui se profile alliant l'intérêt commun et l'efficience qui restent au demeurant des éléments clés d'un service de stérilisation.

A l'heure, où la politique environnementale et le développement durable remettent en cause l'émergence de l'usage unique, la stérilisation, acteur invisible du soin, n'a jamais été autant dans une position stratégique au sein des nouvelles dynamiques hospitalières.

---

<sup>49</sup> <http://chohmann.free.fr/SCM/SCM.pdf>, consulté le 16/03/2012

<sup>50</sup> Traduction: maigre

<sup>51</sup> <http://chohmann.free.fr/SCM/SCM.pdf>, consulté le 16/03/2012

## 2.2.3 Management par le sens

### 2.2.3.1 Le sens

Nombreux psychologues et sociologues ont mené une réflexion autour du sens à donner dans le domaine du management et en particulier dans la conduite de projet. Pour autant, au fil des lectures, la définition du concept « sens » reste confuse. En effet, le sensemaking<sup>52</sup> est au cœur des réflexions, mais les recherches reposent en grande majorité sur la démarche individuelle ou collective pour trouver du sens ou au contraire sur les facteurs induisant une perte de sens et non sur la définition de ce concept.

A la recherche d'une définition, les dictionnaires nous apportent plusieurs axes :

- Selon le Larousse c'est : *Une aptitude à connaître, à apprécier quelque chose de façon immédiate et intuitive, Raison d'être, valeur, finalité de quelque chose, ce qui le justifie et l'explique, Ce que quelque chose signifie, ensemble d'idées que représente un signe, un symbole.*<sup>53</sup>

Pour le Robert c'est : *Une direction position dans l'espace, direction que prend une activité*<sup>54</sup>. *Idée intelligible servant d'explication, de justification. Ce qui donne un sens à la vie.*<sup>55</sup>

Tentons alors de définir brièvement ce management par le sens prônant le « pourquoi » de l'action, qui se veut être vecteur des finalités, directions, du travail au quotidien.

La recherche d'une définition du concept « sens » s'avère très compliquée. Comme le développe NICOLINI<sup>56</sup>, l'étude cognitive du sens complexe. L'analyse et la mise en mot d'un concept est, selon l'auteur, déjà en soi une représentation de ce que l'on pense. Elle induit donc, par la mise en mot, un premier niveau d'interprétation et la définition ne peut alors être vierge d'interprétation.

M FIOLE et M LEBAS<sup>57</sup> précisent, eux, qu'une étude cognitive ne peut faire abstraction de l'aspect « affect » de ces études. Dans le contexte de notre étude, l'affect joue chaque jour un rôle majeur dans la dynamique des équipes et leurs relations. En effet, mon expérience au sein du monde hospitalier me tend à penser que le patient reste à l'esprit de chacun et qu'à travers des valeurs communes et du sentiment d'appartenance au monde soignant, le fonctionnement des

---

<sup>52</sup>Traduction : *activité de faire du sens* selon K WEICK

<sup>53</sup> <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/sens/72087>, consulté le 16/03/2012

<sup>54</sup> DIXEL Le Robert p 1739 édition mai 2010

<sup>55</sup> [http://www.lerobert.com/index.php?option=com\\_enligne&page=authentification&task=identification&Itemid=818](http://www.lerobert.com/index.php?option=com_enligne&page=authentification&task=identification&Itemid=818)

<sup>56</sup> GARREAU Lionel, *L'apport du concept de sens à l'étude du fonctionnement des équipes projet*, Thèse en Sciences de Gestion Université Paris-Dauphine, 411 p, Directeur de Thèse Pierre ROMELAER, Nov 2009, p21

<sup>57</sup> FIOLE Michel, LEBAS Michel., *Créer du sens pour générer la performance : le double rôle du manager*, Groupe HEC

équipes passent aussi par l'affect. Comment travailler autour de la maladie sans envisager l'affect comme omniprésent ?

D'un aspect cognitif, on peut alors se demander s'il existe un sens collectif. La cognition reposant sur une représentation mentale, du fait, forcément individuelle, un sens peut-il être collectif et commun ? Fort heureusement des recherches telles que celles de MATHIEU et al 2000, LEVESQUE et al 2001, LENHARDT, 2002, par exemple, démontrent l'existence de la cognition partagée. Une telle analyse nous permet de convenir qu'il est possible d'envisager un sens collectif et donc son utilisation en tant qu'outil de cohésion, de motivation, de management.

C'est donc un triptyque de ces représentations mentales, de l'affect de chacun ainsi que du contexte culturel et temporel qui est à la base de la construction du sens.

Cette recherche de définition du concept de « sens » montre succinctement qu'elle reste complexe et empare à débat. Dans la pratique managériale, deux abords et courants de pensées sont alors possibles :

- L'étude rétrospective des actions afin d'en déterminer a posteriori la construction autour d'un sens collectif et/ou individuel.
- L'étude du sens à travers l'analyse des capacités discursives montrant ainsi l'impact du discours sur le sens donné aux actions.

### 2.2.3.2 Le sensemaking

Nous retrouvons globalement ces axes dans la réflexion des auteurs sur ce sujet. Karl WEICK, principal fondateur constructiviste du mouvement de réflexion sur le sensemaking, soutient la théorie selon laquelle donner du sens c'est lutter contre la complexité du quotidien en essayant de regrouper les éléments autour d'une représentation pour y donner du sens. Et j'aborde ce concept fort de cette idée que le sens « *constitue pour chaque individu une finalité, mais également une condition de son engagement dans l'action collective* »<sup>58</sup>.

VIDAILLET<sup>59</sup> soutient elle aussi le postulat selon lequel le monde repose sur une complexité que les individus doivent simplifier afin de pouvoir en appréhender la réalité. Le sensemaking s'inspire alors sur des études a posteriori des faits qui cherchent à comprendre autour de quelle représentation les acteurs ont construit l'action.

**« En projetant l'individu dans l'action, les interactions deviennent un lieu d'expérimentation par lequel l'acteur trouvera des éléments créateurs de sens qui justifieront son engagement. »**<sup>60</sup>

---

<sup>58</sup> AUTISSIER David, WACHEUX Frédéric, *Manager par le sens*, 2<sup>ème</sup> éd, Paris, édition Eyrolles 2007, page 1

<sup>59</sup> VIDAILLET Bénédicte (dir) WEICK Karl, (préface) *le sens de l'action*, trad Laroche édition Vuibert 2003 , Page 42

<sup>60</sup> AUTISSIER David, WACHEUX Frédéric, *op-cit* , p 21



Quant à K WEICK, il propose quatre sources de résilience des organisations pour maintenir un sens :

*Le bricolage, le changement de rôle, la sagesse et les interrelations respectueuses.*

B VIDAILLET parle de l'intérêt du sensemaking comme étant : « *entre autres, de réhabiliter la place du langage dans l'organisation, comme ressource dans une construction de sens qui intègre la variété* »<sup>61</sup>. Le rôle central du cadre en stérilisation fait alors écho de façon claire, puisqu'il apparaît comme un acteur majeur de ce langage dans son service. De plus, nous avons vu à travers la définition des acteurs de ce service que la variété est l'essence même d'une équipe de stérilisation.

Julia BALOGUN, maître de conférence en stratégie, directrice du « *Lancaster center for strategic management* », appuie une toute autre théorie selon laquelle le sens donné est dépendant du discours entendu. Il convient alors d'envisager qu'un manager trouve sa place dans la construction du sens autour duquel se rassemble une équipe. C'est en effet, une approche fondée sur la capacité d'un groupe à créer une dynamique commune et émanant d'un consensus des représentations de chacun. BALOGUN et JONHSON publient à ce sujet en 2004 : « *le sensemaking est un processus discursif et narratif au travers duquel les acteurs créent et maintiennent un monde intersubjectif* »<sup>62</sup>.

Se pose alors la question de l'écart entre sensemaking et sensegiving<sup>63</sup> : puisque si l'on accepte le principe d'une possible influence entre le discours tenu et le sens construit par une équipe, c'est alors en effet plus « donner du sens ». La marge avec une quelconque forme de manipulation du groupe est mince, le discours du manager ayant ainsi le pouvoir d'influencer le sens d'une action. De ce fait, un puissant levier d'action sur les dynamiques de groupe apparaît.

Dans le contexte du changement, P BERNOUX<sup>64</sup> détermine : « *la direction doit être perceptible si on veut garder l'esprit d'équipe* » dans une période où le changement est quotidien à travers l'adaptabilité voire la polyvalence naissante de par la mise en place des pôles. Cette nécessité de « direction » semble bien d'actualité. Postulat d'autant plus vrai dans un service où la polyvalence d'agents pluri-professionnels apparaît au cœur des débats et où, la capacité d'adapter la production à une demande variable, s'avère être une nécessité.

Enfin, les travaux de MASLOW permettent de mieux comprendre cette recherche de sens à donner aux différents acteurs, car, selon lui, la motivation au travail s'établit à travers la recherche de satisfactions de besoins individuels. Pour autant, ses recherches ont pour limites la

---

<sup>61</sup> VIDAILLET Bénédicte (dir) préface WEICK Karl, *op-cit*, p 12

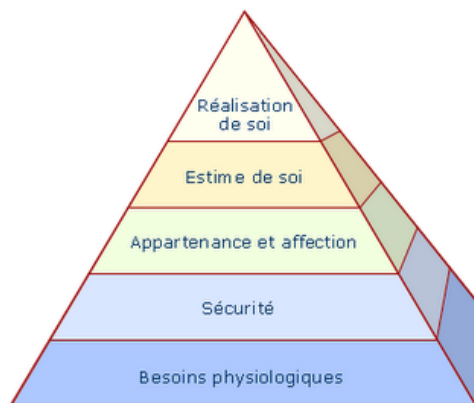
<sup>62</sup> GARREAU Lionel, *op.cit.*, p26

<sup>63</sup> traduction: sens donné

<sup>64</sup> BERNOUX Philippe, *sociologie du changement dans les entreprises et les organisations*, 2<sup>ème</sup> éd, Paris, Editions du Seuil, février 2010, p192

hiérarchisation de ces besoins qui selon son auteur, on ne peut accéder à la satisfaction du besoin supérieur que si celui d'en dessous est satisfait. Aspect restrictif de cette théorie puisqu'elle établit alors qu'un seul besoin à la fois peut aussi bien, apparaître, qu'être satisfait.

### Pyramide des besoins selon MASLOW



source : psycheduweb.fr

#### 2.2.3.3 Management par le sens dans la pratique

En partant du postulat que chaque individu a besoin de visualiser le chemin qui le mènera aux objectifs fixés, que cette connaissance lui permettra de mettre en œuvre les moyens individuels de les atteindre, le management par le sens paraît être une évidence. Ivan SAINSANLIEU écrit alors : « nous avons également pu constater que des communautés de soin se forment dans certains services et pas dans d'autres, pour des raisons d'orientation du travail avec ou sans patient »<sup>65</sup>. J'envisage l'outil du management par le sens dans le contexte particulier du monde hospitalier où « la détérioration de la relation « contribution-rétribution »<sup>66</sup> conduit à une perte de sens ».

Néanmoins qu'en est-il réellement ? Récemment publié par S TROSA et A BARTOLI, le management par le sens au service du bien public<sup>67</sup> essaie d'analyser cette approche au sein des évolutions du système public.

Nombreuses sont les critiques devant l'explosion des supports et outils de suivi d'activité. Le monde hospitalier entre dans cette nouvelle ère. En effet, les différentes phases d'accréditations et de certifications ont amené avec elles, la nécessité d'un suivi des activités et d'une justification des choix. Conforté par les dernières réformes financières et la loi HPST, le quotidien des cadres de santé s'articule autour d'une nécessaire collaboration avec les gestionnaires. Mais, il convient de clairement replacer ces outils de suivi à leur juste place. En effet, que les outils soient de qualité, de

<sup>65</sup> SAINSAULIEU Ivan, *L'hôpital et ses acteurs appartenance et égalité*, édition Belin 2007, page 11

<sup>66</sup> AUTISSIER David, WACHEUX Frédéric, *op.cit.*, page 2

<sup>67</sup> TROSA Sylvia, BARTOLI Annie, *Le management par le sens au service du bien public*, Mayenne, Collection profession cadre service public, Edition Jouve 2011

statistique et de finance, ils ne sont pas une fin en soi. La conjugaison de ces outils, des métiers, et des compétences doit faire sens aussi bien pour les agents que pour les usagers.

Les éclairages apportés par ces auteurs dévoilent le sens comme l'hypostase du management public. C'est en effet en rapportant à la définition même de la fonction publique que les auteurs démontrent la nécessité du sens en terme de direction. Il faut alors envisager de définir en tout premier lieu les objectifs, le pourquoi avant de se lancer dans la pratique et le comment. Les différents outils doivent alors être présentés non pas comme une nécessité mais surtout comme un outil dans un objectif qu'il convient de connaître et d'explicitier aux acteurs et utilisateurs. Cette démarche est d'autant plus vraie lorsque l'on évoque la révision générale des politiques publiques<sup>68</sup> (RGPP) engagée sur le modèle du « new public management »<sup>69</sup> depuis 2007. En effet, cette nouvelle politique s'appuie, avant tout, sur la nécessité de définir des moyens en fonction des objectifs, qui eux doivent se réfléchir et se justifier.

Si l'on tente d'appliquer le concept de MINTZBERG<sup>70</sup> au modèle de l'hôpital, il est aisé de réaliser la complexité du schéma et de son évolution. En effet, l'organisation hiérarchique suffit alors à comprendre la difficulté de donner du sens aux utilisateurs. Le directeur d'un établissement de public santé étant positionné par l'axe administrateur et donc étant, jusqu'à la nouvelle gouvernance, un agent du pouvoir élu le rendre compte à la hiérarchie n'est alors pas suffisant comme sens pour les agents. L'introduction de la notion de rendre compte à d'autres personnes, en l'occurrence le patient, est un levier sur la mobilisation et l'engagement des personnels.

Le management par le sens ou sensemaking est lui aussi loin d'être une invention du monde de la santé. En effet, D AUTISSIER et F WACHEUX publient un ouvrage intitulé « Manager par le sens ».

Ouvrage réparti en trois phases, les auteurs s'appliquent à faire un état des lieux, poser un diagnostic concret et enfin proposer des outils de mise en œuvre de solutions concrètes. Appuyés sur les recherches de K WEICK, ces auteurs ont, à travers une étude auprès de 300 salariés et un suivi pendant un an de cadres, mis en avant trois dimensions opérationnelles du sensemaking : l'entreprise, l'entité fonctionnelle et le poste de travail.

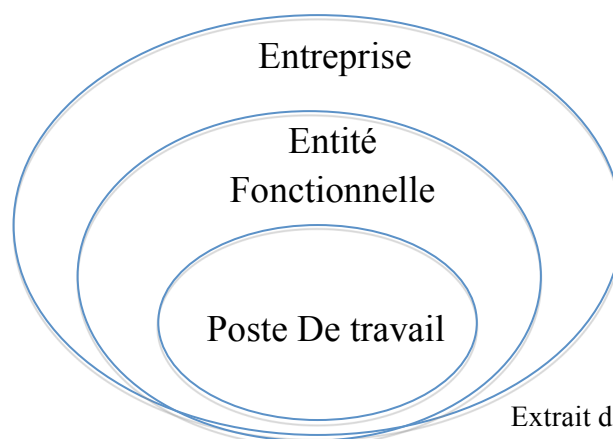
Devant ces dimensions, il apparaît assez simple de comprendre alors la place majeure du cadre de proximité dans la construction et l'application du sens pour les équipes.

---

<sup>68</sup> <http://www.rgpp.modernisation.gouv.fr/index.php>, consulté le 12/05/12

<sup>69</sup> traduction : nouveau management public

<sup>70</sup>MINTZBERG Henry, *Le management : Voyage au centre des organisations*, 2<sup>ème</sup> éd, Paris, Edition d'Organisation, 2004



Extrait de *Manager par le Sens*<sup>71</sup>

Bien entendu, nous ne ferons pas une étude du résultat de cette recherche puisqu'elle est axée sur la mise en avant des variables du modèle sensemaking et de la mise en pratique de ce modèle.

Cependant, dans la synthèse du modèle sensemaking opérationnel (Annexe V), il convient de s'attarder sur un des critères abordés, permettant le lien avec la spécificité de la stérilisation : **le métier créateur de sens**. En effet, cette recherche démontre le positionnement sur l'organigramme d'une entité « métier » qui regroupe des compétences similaires et est un maillon important dans la reconnaissance et la construction de sens pour les agents. Or, comme nous l'avons montré auparavant, la reconnaissance de la fonction Agent de Stérilisation est un élément de revendication des équipes encore à ce jour. L'émergence de ce métier est également un outil pour clarifier la position des différents acteurs jusque-là rattachés à leur formation initiale.

Le management par le sens apparaît comme porteur au sein des établissements de santé. Cette approche du sensemaking montre que « *séparer la pensée de l'action ne peut conduire l'acteur de la situation qu'à manquer l'essentiel*<sup>72</sup> ». C'est alors, non plus comme un pilier de qualité ni même un service à valeur ajoutée, qu'est appréhendée la stérilisation mais comme un service à part entière d'un hôpital. Ce service est alors rattaché à des valeurs, une éthique et un sens soignant voire « prendre soin ».

On retrouve d'ailleurs ce point de vue à travers le plan santé travail 2010-2014<sup>73</sup> où la formation des managers apparaît comme un axe d'amélioration du bien être des travailleurs. Fait

<sup>71</sup> AUTISSIER David, WACHEUX Frédéric, *op.cit.*, p 110

<sup>72</sup> VIDAILLET Bénédicte (dir) préface WEICK Karl, *op.cit.*, p 19

<sup>73</sup> <http://www.travail-emploi-sante.gouv.fr/actualite-presse,42/dossiers-de-presse,46/plan-sante-au-travail-2010-2014,11031.html> , consulté le 10/05/12

récemment confirmé par Philippe RODET, co-fondateur de la Commission stress de l'ANDRH, qui écrit ainsi : « *si le sens est un levier de performance c'est également un levier de santé* ». <sup>74</sup>

### 2.3 Synthèse des cadres contextuel et conceptuel

Les différentes lectures et recherches effectuées au fil de ce cadre contextuel et conceptuel ont permis au final d'aborder plusieurs idées.

Dans un premier temps, c'est clairement le lien particulier du cadre de santé en stérilisation avec l'industrie. Comme pour tous les cadres de santé, nous avons vu que l'histoire de la fonction cadre est certes issue du métier infirmier mais est également étroitement liée aux différentes évolutions de l'entreprise et de l'industrie.

Quant à elle, la stérilisation est née de l'industrie et plus particulièrement celle de l'alimentaire. La technologie mais aussi les différentes normes et principes de qualité sont clairement l'adaptation, pour une grande partie, de principes développés par le secteur commercial.

**Le management par la qualité** vient lui aussi appuyer ce lien étroit entre ces deux mondes qui au final semblent alors, dans le cas de la stérilisation, pas si opposables.

**Le Supply Chain Management** est un autre exemple concret d'un abord commercial du pilotage de services tels que la stérilisation incluant à la fois une production basée sur la qualité mais aussi un abord différent de la relation client/fournisseur. C'est un regard novateur considérant ces services comme des forces pour l'entreprise.

Enfin, au cœur des concepts et dans une actualité sociale difficile **le management par le sens** est une voie encore différente. Néanmoins, elle peut paraître être complémentaire voire induite dans le management par la qualité ou le Supply Chain Management. En effet, ces deux derniers ayant pour pré requis la compréhension et la définition des besoins et attentes des clients, ne peut-on pas considérer que la définition du sens est là ? Reste alors à déterminer que faire de ce sens, doit-il rester un simple outil support d'un système qualité ou être aussi le support voire même le fondement de la communication et du management du cadre ?

Lors de la découverte de ce service, un management par la qualité de façon stricte et unique semble adéquat. En effet, devant la multitude de normes et de directives, sous ses différentes formes légales, un management structuré et structurant par la qualité et pour la qualité apparaît comme une évidence. Pour autant, devant la diversité des corps professionnels en milieu hospitalier, l'éthique et les valeurs soignantes, le seul aspect qualité dans le management devient insuffisant. A ce sujet, G LE BOTERF écrit : « *la généralisation des démarches qualité a produit des effets de banalisation. Garantir un produit ou un service de qualité fait maintenant partie de la « ligne de flottaison » au dessous de laquelle toute entreprise est vouée au naufrage. Ce n'est plus suffisant pour arriver premier sur la ligne d'arrivée ou dans le peloton des gagnants. Pour se*

---

<sup>74</sup> RODET Philippe, *Travail et santé : mythe ou réalité*, Personnel n°518 mars/avril 2011, pages 48-49

*maintenir dans la course, il faut maintenant concevoir plus vite, au moindre coût, avec une garantie de qualité des produits innovants et en effectuant des progrès continus. »<sup>75</sup>*

C'est aussi la question de la nécessité d'être **expert** dans la spécialité pour manager de façon efficace et reconnue qui s'est posée, question à laquelle C DE SINGLY semble apporter une réponse.

En parallèle, ces recherches ont permis de mettre en avant la difficulté pour un cadre de santé de **faire corréler à la fois les attentes des soignants et des non soignants** mais également de faire corréler un processus issu de l'industrie avec la notion de soin et de santé.

Plusieurs hypothèses émergent, **le soin serait-il le bon sens à donner au management, relayant la qualité et l'aspect commercial au niveau d'objectifs annexes ou d'outils pour donner du sens ?** Appuyant ainsi l'idée d'une appartenance de ce travail au parcours de soin. A l'opposé, **la qualité ou le versant commercial doivent-ils être les acteurs majeurs du management du cadre de santé ?** Et a fortiori la question bien plus complexe de la présence ou non présence des stérilisations au sein des établissements de santé. A ce sujet, Bernard CHARLES, président du centre d'études et de formation hospitalière, écrit dernièrement : *« s'il n'y a pas de réticence à déléguer à l'extérieur le linge, la confection des repas, la stérilisation est considérée comme un acte fondamental relevant des missions d'un hôpital ».*<sup>76</sup>

Cependant, il convient d'analyser ces questionnements à un niveau cadre de proximité et d'aborder une réflexion sur le mode de management à prodiguer pour rassembler un groupe aussi hétérogène autour d'un sens ou d'objectifs communs.

**Mes hypothèses sont donc :**

**La notion de soin et de patient est un sens nécessaire au management au sein d'une stérilisation en milieu hospitalier. Elle permet une adaptabilité et une créativité indispensable à une offre cohérente à la demande toujours incertaine du soin.**

**Le management par la qualité apparaît comme un outil cohérent devant la définition d'une stérilisation.**

**La pluridisciplinarité des équipes n'est pas un frein à la cohésion autour d'un sens commun en stérilisation mais au contraire une richesse et une force.**

**Un cursus formation cohérent, établi et reconnu doit appuyer la pluridisciplinarité des équipes en stérilisation.**

---

<sup>75</sup> LE BOTERF Guy, *Construire les compétences individuelles et collectives*, 4eme mise à jour 2008, Paris, édition Eyrolles, pages 19-20

<sup>76</sup>CHARLES Bernard , *op.cit.*, p 16

A la relecture de la rédaction des cadres contextuel et conceptuel, il convient de déterminer quelques limites de ces recherches.

Elles sont principalement axées sur l'alternance de densité d'informations et de manque d'informations. En effet, il a fallu à la fois faire des choix dans l'exploitation de certains concepts dont les écrits sont nombreux, variés et parfois contradictoires ou du moins de visions complètement opposées, et d'autres où la littérature s'avère beaucoup plus pauvre. Cette analyse bibliographique n'est donc clairement pas exhaustive, elle reflète un nombre d'approches restreint par le facteur temps et le facteur objectif de cet écrit mais aussi par des choix personnels.

A l'opposé, certains domaines et je pense alors au secteur spécifique de la stérilisation, manquent cruellement de références. La stérilisation est clairement et abondamment décrite dans ses aspects réglementaires, qualité, hygiène, techniques. Mais les écrits sur sa spécificité managériale et sa pluridisciplinarité sont beaucoup moins denses.

## 3 Les enquêtes

### 3.1 L'échantillon : le choix des professionnels ciblés

Comme nous l'avons vu tout au long de la première partie, une des grandes particularités de la stérilisation est la constitution même de son équipe. Issue de cursus para médicaux ou non, il convient alors de définir un échantillon représentant ainsi chacune des catégories professionnelles. A la fois, pour déterminer les attentes des équipes mais aussi de mettre en avant des attentes différentes en fonction de la filière d'origine le cas échéant. Enfin, il faut s'interroger alors sur le type de management permettant au mieux d'accompagner une telle équipe.

Ainsi, la première partie de mon enquête visera des services de stérilisation hospitalière, en parallèle avec une équipe de stérilisation de société sous traitante externalisée, mettant ainsi en avant d'éventuelles divergences dans les attentes des agents en milieu hospitalier ou industriel.

Enfin, la deuxième partie de l'enquête s'effectuera auprès des cadres de proximité de ces services respectifs, mettant ainsi en perspective les attentes du cadre, de la structure, le mode de management employé et le différentiel, s'il y en a, entre ce que pensent faire passer les cadres aux équipes et le ressenti de celles-ci.

### 3.2 Le choix des supports d'enquête

J'ai fait le choix d'utiliser des questionnaires pour la première partie de l'enquête. En effet, l'outil m'a paru adapté devant la diversité des populations interrogées. L'ouverture excessive des questions m'apparaît comme une limite potentielle dans l'analyse en raison du niveau de formation initiale hétérogène et la maîtrise du vocabulaire soignant et/ou technique risquant de l'être aussi.

Conscient de l'importance de la formulation des questions et que « *chaque question doit renvoyer et trouver son sens par rapport à une hypothèse précise de sorte que les résultats obtenus et traités puissent confirmer ou infirmer l'hypothèse testée* »<sup>77</sup>, que j'ai tenté de construire ce questionnaire avec la plus grande attention.

La première partie « talon » a été moins complexe que le choix à entrevoir entre les différents types de questions (fermées, ouvertes, échelle, etc).

Mon questionnaire s'est construit avec une alternance des différents modèles en utilisant majoritairement des questions fermées ou à échelles. Cependant, j'ai entrepris de poser quelques questions ouvertes afin de permettre à la population cible d'exprimer des versants que je n'aurais pas envisagés. La difficulté majeure fut d'établir un questionnaire dans l'objectif clairement défini par Luc ALBARELLO: « *le critère à prendre en compte est celui du niveau de précision que l'on*

---

<sup>77</sup> ALBARELLO Luc. *Apprendre à chercher. L'acteur social et la recherche scientifique*. 3<sup>e</sup> éd. Bruxelles : De Boeck, 2007, p100.



veut atteindre en fonction de l'hypothèse à vérifier». C'est donc un savant mélange entre l'obtention des réponses me permettant une analyse et une suffisante ouverture afin de ne pas induire des réponses appuyant mes opinions personnelles.

Au final, après quelques versions tests, deux questionnaires ont été établis, un pour le milieu hospitalier (Annexe VI) et l'autre pour l'externalisé (Annexe VII). En effet, il s'est avéré impossible ou trop réducteur d'effectuer un questionnaire unique pour ces deux domaines.

Pour la deuxième partie de l'enquête, j'ai décidé de rencontrer les cadres de proximité sous forme d'entretien individuel. J'ai de la même façon opté pour des questions assez directives et ciblées afin de permettre des entretiens peu chronophages, ceci d'autant plus qu'ils étaient dans ma démarche qu'un outil d'appui, les questionnaires étant le cœur de l'enquête.

### 3.3 La méthodologie de mise en œuvre

L'initiative de départ tendait à rencontrer un service de stérilisation hospitalière, un deuxième hospitalier Normé ISO et une société externalisée de stérilisation. Mais au final, une annulation de dernière minute évoquant des difficultés d'équipe incompatibles avec ma venue et la distribution des questionnaires m'a obligé à redéfinir ma méthodologie ou du moins la cible.

Par conséquent, mon enquête va être menée à travers une entreprise de stérilisation externalisée et de deux stérilisations hospitalières non Normées.

Un rendez-vous avec chaque cadre de santé est donc fixé. Il sera l'occasion de conduire l'entretien individuel et présenter des questionnaires. Au final l'entretien proprement dit se sera effectué lors du retour des questionnaires dans deux des trois cas.

Un délai moyen de quinze jours est convenu avec chaque cadre avant mon retour pour récolter les questionnaires. Une des deux stérilisations hospitalières ayant un délai beaucoup plus court, puisque contactée tardivement devant l'annulation de l'autre établissement.

Récapitulatif des lieux d'enquêtes

	Stérilisation 1	Stérilisation 2	Stérilisation 3
Structure	Milieu hospitalier	Milieu hospitalier	Société Anonyme à conseil administratif
Cadre de proximité	Cadre de santé	Cadre de santé	Cadre de production
Formation initiale du cadre	IADE	IBODE	IBODE
Ancienneté sur le service du cadre	-de 5 ans	- de 5 ans	+ de 5 ans
Nombre d'agents	24	10	45

### 3.4 La synthèse des questionnaires

#### 3.4.1 Méthodologie

Au total 24 + 45 + 10 questionnaires ont été distribués, les questionnaires tests ayant été exclus de l'enquête.

23 questionnaires exploitables ont été récupérés en milieu hospitalier et 26 en milieu externalisé, soit un taux de retour de 62%.

Lors du dépouillement des questionnaires, j'ai souhaité regrouper les réponses sous les trois items m'ayant servi de base pour la construction des questionnaires :

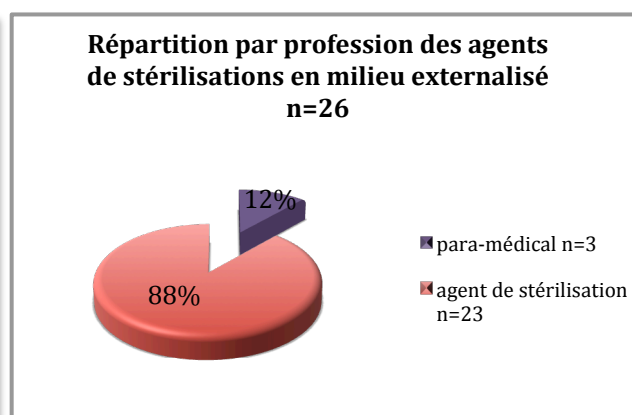
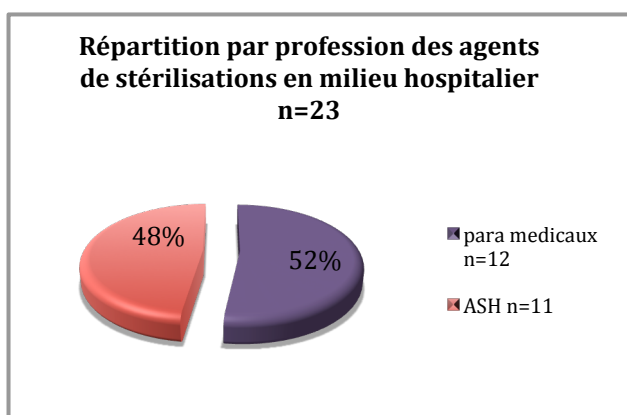
- Analyse des carrières : pré requis, valeurs émergentes communes pour travailler en stérilisation.
- Analyse de la perception des objectifs et principes d'une stérilisation par les agents.
- Analyse des objectifs, attentes, manques et principes en matière de stérilisation des différents agents.

Tout d'abord le dépouillement s'est effectué sous forme de relevés chiffrés (Annexe VIII) puis sous la forme d'une analyse de ces données. Pour des raisons de visibilité apparaitront en rouge des données ne concernant que le secteur externalisé. Et enfin dans un souci d'anonymisation, les données des deux stérilisations hospitalières seront fusionnées.

#### 3.4.2 Synthèse des données

##### Analyse des carrières : pré requis, valeurs émergentes communes pour travailler en stérilisation

##### 1. Profession n=49



En milieu hospitalier, il existe une répartition homogène entre para médicaux (11) et ASH (12) avec 11 para médicaux répartis sous la forme de :

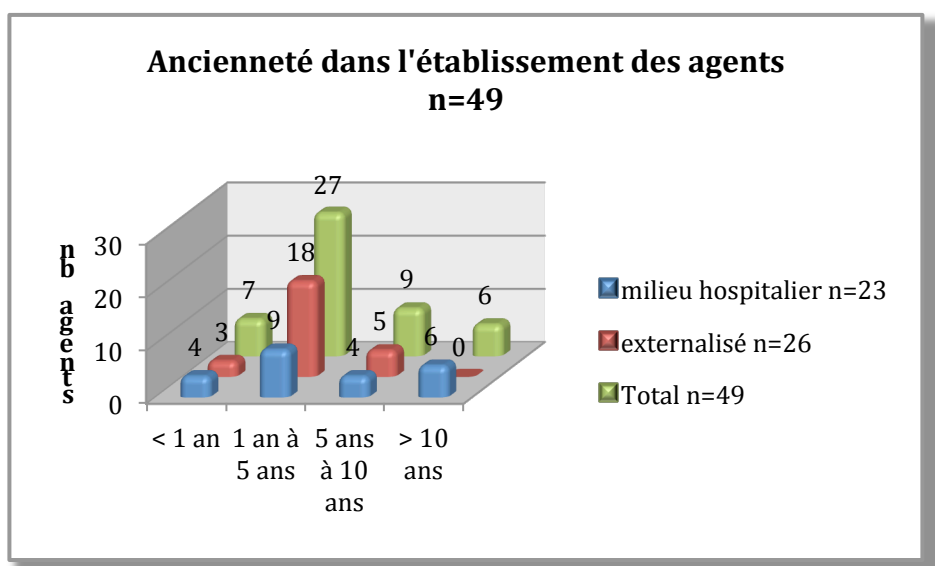
- 2 IDE
- 1 préparateur en pharmacie
- 1 IBODE
- 8 AS

La nécessité d'une pratique soignante et d'un cursus s'y rattachant n'apparaît pas, d'un premier abord, comme un facteur prioritaire et indispensable au recrutement des agents en stérilisation.

En stérilisation externalisée, ce constat est encore plus marquant avec seulement 3 agents sur 26 issus de formations diplômantes rattachées à la santé (AS).

**Cette sensibilisation et ce partage de valeurs communes au soin issus d'une formation diplômante soignante ne paraissent donc pas être un pré requis aux compétences d'agent de stérilisation.**

## 2. Depuis combien de temps travaillez vous dans l'établissement ? n=49



On remarque nettement une majorité d'agents toutes catégories confondues ayant 5 ans et moins d'ancienneté dans l'établissement, ceci aussi bien en milieu hospitalier que externalisé.

**Un questionnement plus investi mériterait d'être posé sur la capacité des établissements à fidéliser les agents.**

## 4. Avez-vous travaillé dans d'autres services avant la stérilisation ? n=23/23

OUI	NON
<b>15</b>	<b>8</b>

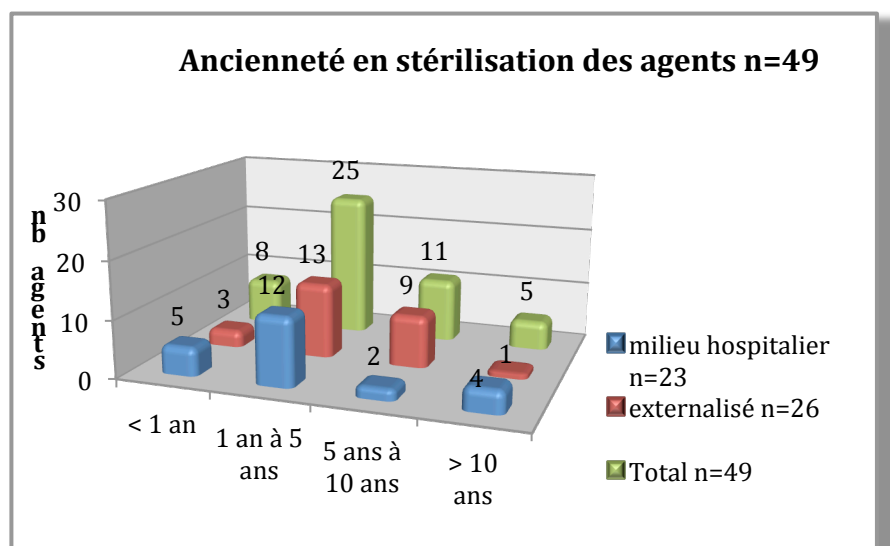
### 5. Si oui dans quels secteurs d'activités ? n=15 (plusieurs réponses/agent)

Bloc opératoire	Chirurgie	Médecine	Soins a domicile	Extra hospitalier	Personnes âgées
2	4	6	1	7 dont un en stérilisation	6

L'analyse croisée de ces réponses permet de détailler la répartition et mettre en avant que sur 13 agents, en milieu hospitalier de moins de 5 ans (9 de 1 à 5 ans + 4 de <1 an), 9 sont sur un premier poste alors que sur les dix de plus de cinq ans tous ont travaillé avant dans un secteur de soins. A partir de cet échantillon, il est possible d'envisager qu'une **modification des modes de recrutement** des agents de stérilisation s'opère. Au final, **la stérilisation et la modification des contraintes techniques et réglementaires imposent-elles une sélection différente des agents de stérilisation ?**

L'expérience dans d'autres services n'apparaît donc pas comme un critère de sélection des agents de stérilisation lors de leur recrutement.

### 3. Depuis combien de temps travaillez-vous en stérilisation ? n=49



Une répartition similaire de l'ancienneté dans le service existe. La question se pose alors de la **formation des agents en stérilisation**, en effet, comme nous le verrons lors de l'analyse des entretiens, le cursus de formation des nouveaux agents est long. **Alors quid d'un turn-over important dans des services où le temps de formation atteint pour la plupart une année pour la maîtrise des différents postes.**

La question de la carrière en stérilisation se pose également puisque quel que soit le lieu de travail, il semble alors que rares sont les agents poursuivant une carrière longue dans ce domaine (16 sur 49 ont plus de 5 ans d'ancienneté soit 32,6 % seulement).

**Une fois de plus se pose la question de la capacité à fidéliser les agents mais plus spécifiquement au niveau du service.**

**Il est cependant nécessaire de prendre en considération la pénibilité de ce métier et donc d'un potentiel changement de service à moyen terme comme un mode d'évitement des *burns out*.**

**4. Avez-vous travaillé dans d'autres stérilisations ? n=26**

OUI	NON
<b>13</b>	<b>13</b>

**5. Avant votre poste en stérilisation vous travailliez dans ? n=26 (plusieurs réponses/agent)**

Hôpital/Clinique	Autres entreprise de stérilisation	Industrie, commerce, restauration	Etudiant	Santé : Pharmacie, laboratoire, cabinet dentaire	ND
<b>13</b>	<b>1</b>	<b>5</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>2</b>

Ces deux questions mettent en avant un équilibre entre les agents issus de stérilisation et ceux d'autres domaines. Au total, 17 personnes sont issues du milieu de la santé (hôpital/clinique + santé).

Une première analyse tendrait à dire que les 13 agents ayant travaillé dans d'autres stérilisations correspondent aux 13 personnes issues des hôpitaux/cliniques. Pourtant, il convient de poser une limite à ces deux questions. Néanmoins, concernant les 13 personnes ayant déjà travaillé dans d'autres stérilisations, seules 11 correspondent, lors du dépouillement, aux 13 ayant coché travailler auparavant en hôpital/clinique.

En effet, deux agents ayant déjà exercé en stérilisation cochent commerce et cabinet dentaire sur la question de leur dernier lieu d'exercice. C'est donc une limite de ce questionnaire puisque la question suppose de répondre au dernier lieu de travail et ne prend pas en compte le parcours professionnel en totalité.

Cela induit qu'il est possible qu'un certain nombre de personnes ait pu déjà travailler en milieu hospitalier et/ou clinique auparavant sans que cela n'apparaisse si ce n'est pas leur dernier emploi avant la stérilisation.

**On peut donc en conclure qu'au minimum 17 agents sur 26 soit 65% ont exercé dans le milieu de la santé lors de leur précédente fonction. La connaissance du milieu soignant**

**paraît donc être un facteur favorisant à l'embauche des agents en secteur externalisé mais aussi à leur volonté de travailler en stérilisation.**

Il convient néanmoins de s'interroger sur la raison de ce départ du système de la santé et savoir si il existe une corrélation avec la volonté d'intégrer un système plus commercial. De plus ce départ peut-il être mis en parallèle avec les questions de fidélisation abordées auparavant.

#### 6. Votre prise de poste en stérilisation est le fait de : n=23

choix personnel	volonté de la direction	nécessité au regard d'une restriction physique
<b>17</b>	<b>5</b>	<b>3</b>
Au total 6 agents 2 ayant coché les deux cases		

Sur 23 agents, 6 précisent que leur prise de poste en stérilisation n'est pas un choix de leur part, cela correspondant à une nécessité physique ou une volonté de la direction. Sur ces 6 personnes 4 ont plus de cinq ans d'ancienneté.

On peut donc conclure que cette question vient appuyer l'idée d'une modification des critères de sélection pour la stérilisation et confirme majoritairement une volonté de chacun d'y travailler.

**L'idée de la stérilisation comme service de reclassement professionnel de certaines catégories professionnelles est donc erronée ou plus d'actualité à ce jour.**

**Il y a donc lieu d'en déduire qu'il faut nécessairement que les agents trouvent un sens, des valeurs ou un intérêt particulier à exercer dans ce service précisément.**

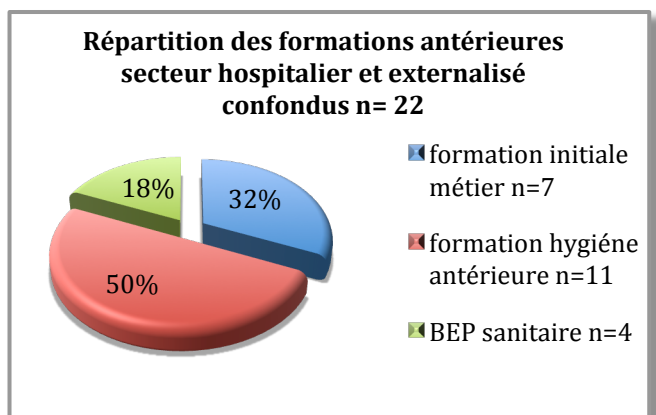
La question ne peut être posée en milieu externalisé, l'embauche étant forcément une décision individuelle des agents.

#### 7. Aviez-vous des compétences ou formations particulièrement utiles en service de stérilisation à votre arrivée (qualité, hygiène...)? n=49

	OUI	NON
Hospitalier	<b>13</b>	<b>10</b>
Externalisé	<b>9</b>	<b>17</b>
<b>total</b>	<b>22</b> <b>44,9%</b>	<b>27</b> <b>55,1%</b>

Le critère de formation ou de compétences particulièrement utiles aux yeux des agents pour le travail en stérilisation ne semble pas être un facteur clairement majoritaire.

Pourtant, ce résultat reflète une question importante dans la description de l'échantillon interrogé. En effet, nous avons vu qu'il existe 15 personnes ayant un diplôme para médical et dans le détail des formations et/ou compétences, seules 7 apparaissent dans les formations initiales. Il convient donc d'en déduire que 8 personnes estiment que leur formation, AS, IDE, préparateur en pharmacie ou IBODE n'est pas particulièrement utile dans le cadre de leur fonction en stérilisation.

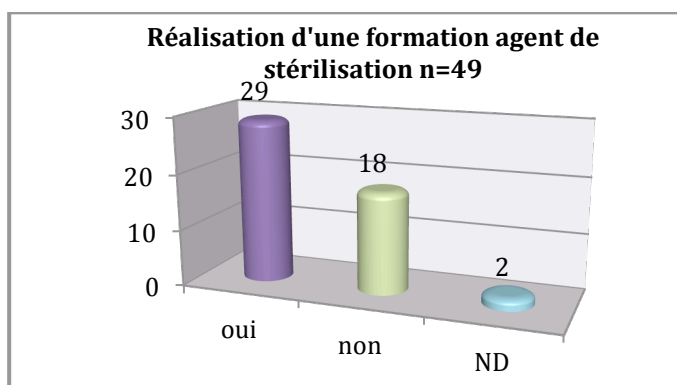


L'analyse détaillée montre que ces 8 agents sont des aides soignants, se pose donc clairement **la question de la nécessité ou non de recruter des agents qualifiés AS et de l'intérêt financier pour les structures en comparaison à l'embauche d'ASH.**

A aucun moment, l'aspect du contact avec le patient et les soins n'apparaissent comme un facteur favorisant des compétences en stérilisation. Même si la formation initiale est présente, elle est appuyée par la notion d'hygiène et intervient majoritairement sans évoquer la connaissance de la prise en charge d'un patient.

**L'expérience de prise en charge d'un patient ou le soin, de façon générale, n'apparaît pas comme un critère de compétence utile au travail en stérilisation pour les agents interrogés.**

#### 8. Avez-vous profité d'une formation agent de stérilisation ? n=49



Comme nous pouvons le voir une majorité de 60% dit avoir bénéficié d'une formation d'agent de stérilisation. Il apparaît aussi qu'en milieu hospitalier sur les six ayant répondu non, 5 sont des agents paramédicaux. En milieu externalisé, composé seulement de trois paramédicaux, deux d'entre eux répondent de la même façon. Pour la majorité ayant répondu non en milieu externalisé, ils cochent cependant lors de la désignation de leur profession : agent de stérilisation.

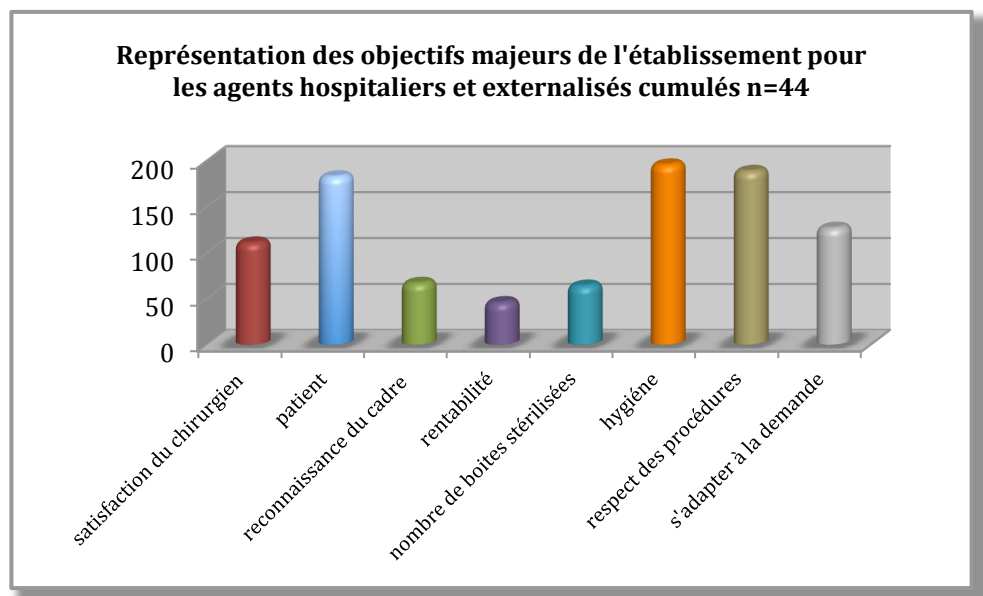
**Nous pouvons donc conclure qu'il existe un ressenti de non formation d'agent de stérilisation dans 36% des cas. Cela pose la question du parcours de formation des nouveaux agents de stérilisation et en tout cas, du sens, de la dénomination et de la forme qui sont donnés aux différentes formations.**

**De plus, le statut de paramédicaux diplômés pousse-t-il à une vigilance moindre en terme de suivi de formation ou alors permet-il un parcours de formation plus court ?**

### Analyse de la perception des objectifs et principes d'une stérilisation par les agents

#### 9. Selon vous, quels sont les objectifs majeurs d'une stérilisation pour l'établissement?

n=44/49 (5 inexploitables)



Une première analyse permet de mettre en évidence que les agents considèrent **trois éléments comme étant les objectifs majeurs de l'établissement pour la stérilisation :**

**L'hygiène, respect des procédures et le patient**

Deux éléments comme intermédiaires :

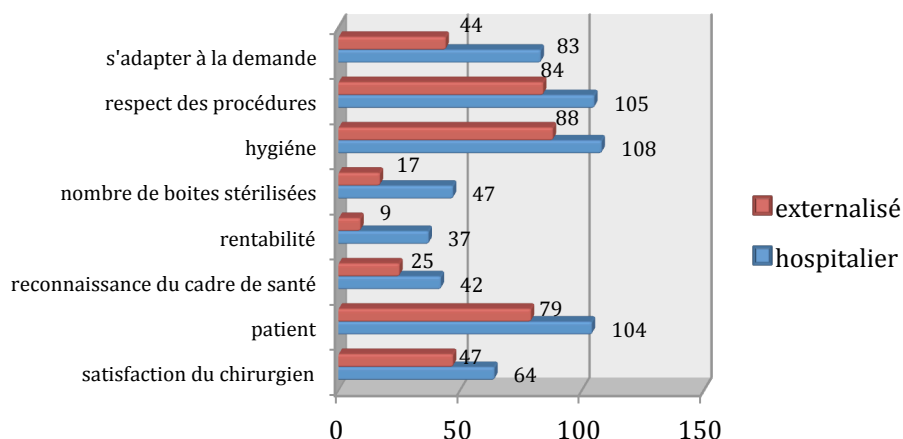
S'adapter à la demande et la satisfaction du chirurgien

Et enfin trois comme mineurs :

La reconnaissance du cadre de santé, le nombre de boîtes stérilisées et la rentabilité.



### Représentation des objectifs majeurs de l'établissement pour les agents par notation sur une échelle de 0 à 5 n=44



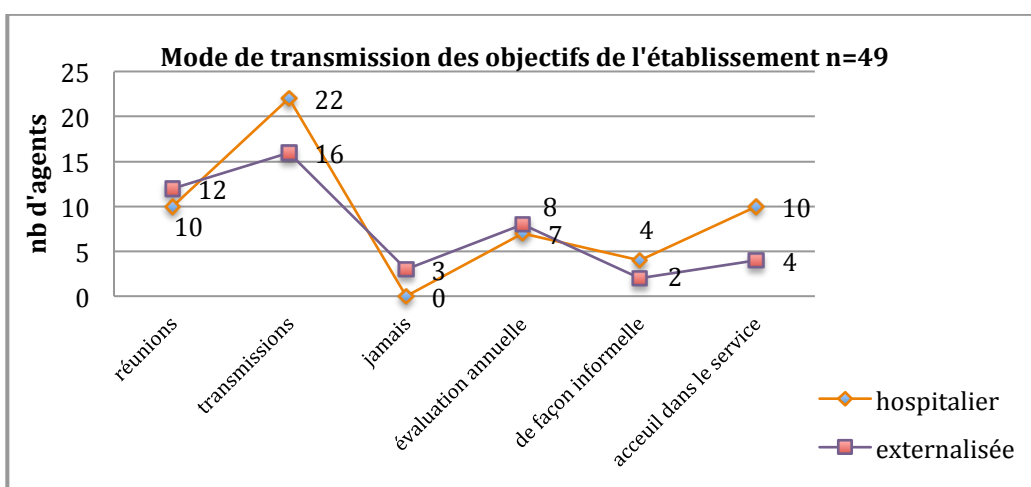
La comparaison entre hospitalier et externalisé, quant à elle, met en avant une certaine similitude dans la hiérarchie des objectifs. Mais, 3 objectifs font exception à cette proportionnalité :

- ✓ S'adapter à la demande : 44 en externalisé contre 83 en hospitalier
- ✓ Nombre de boîtes stérilisées : 17 en externalisé contre 47 en hospitalier
- ✓ Rentabilité : 9 en externalisé contre 37 en hospitalier.

Contre toute attente, on peut alors en déduire, qu'en milieu hospitalier, **les objectifs d'aspect commercial (nombre de boîtes stérilisées et rentabilité) sont clairement plus perçus comme des objectifs de l'établissement par rapport au secteur de l'externalisation.**

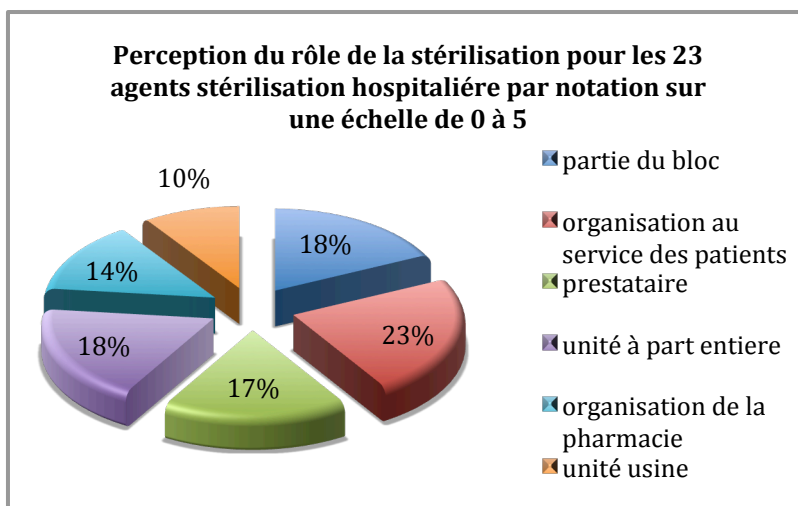
L'adaptabilité à la demande bien plus présente en milieu hospitalier provient très probablement de la **relation de proximité induite par une stérilisation en milieu hospitalier** et donc plus en clin aux dialogues directs avec l'utilisateur : le bloc opératoire.

### 10. A quel moment vous sont présentés les objectifs et priorités du service ? n=49



Le mode de transmission des objectifs de l'institution est clairement vécu par les agents comme étant avant tout un temps de transmissions d'équipes et en deuxième lieu, pendant des réunions. On peut donc en déduire que **c'est avant tout l'encadrement de proximité qui permet de faire transmettre ces objectifs auprès des équipes.**

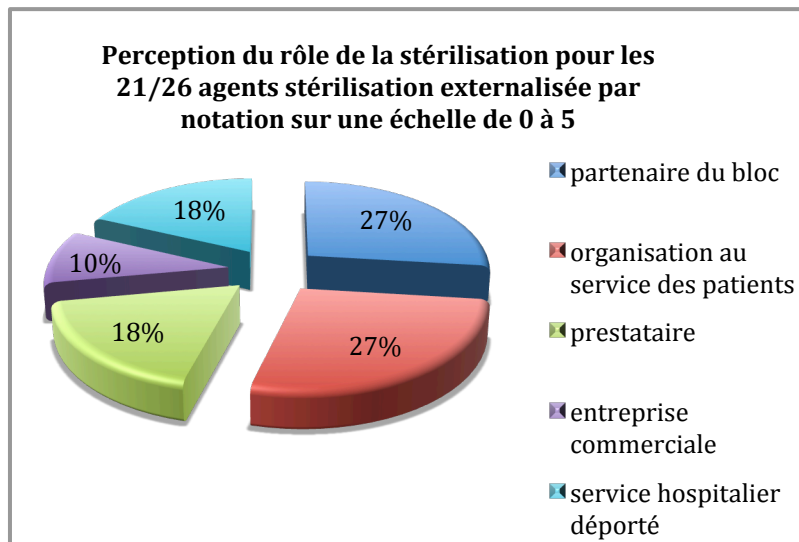
**11. Quelle est votre perception de la place et du rôle de la stérilisation au sein de votre établissement (au sein du système de santé)? n=44/49 (5 inexploitables)**



A titre personnel, on peut donc voir que les agents en milieu hospitalier considèrent la stérilisation avant tout comme **une organisation au service du patient** qui est à la fois une partie du bloc tout en étant une unité à part entière. Il apparaît clairement un paradoxe dans le sens donné à ce service par les agents qui souhaitent le considérer comme un service mais qui pour autant le déterminent comme une partie du bloc ainsi qu'un prestataire.

En milieu hospitalier, on peut donc dire que la stérilisation a des représentations paradoxales et **qu'il apparaît difficile aux agents de déterminer clairement sa position au sein de l'institution.**

**Le travail en stérilisation apparaît comme la volonté d'exister en tant qu'unité indépendante mais en étant conscient d'être un maillon d'une chaîne soignante.**



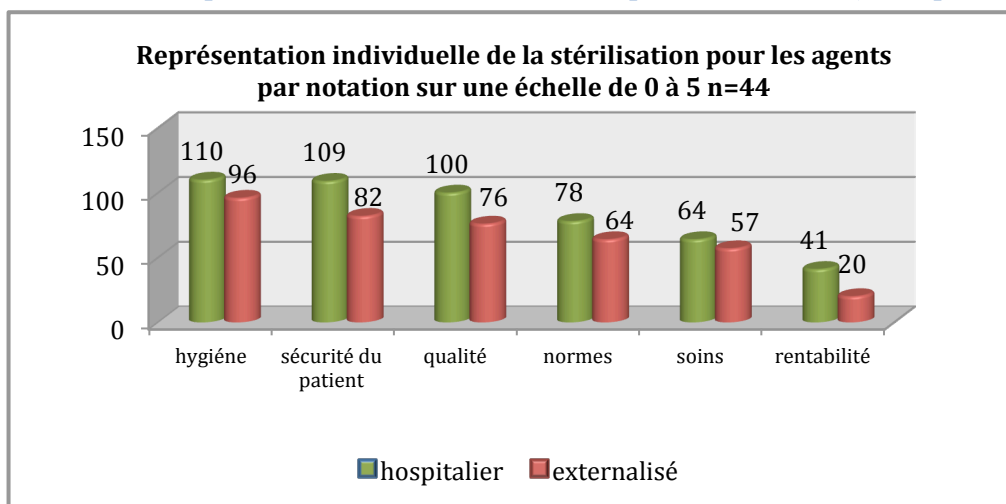
En secteur externalisé l'organisation au service des patients est aussi une des deux perceptions les plus importantes du rôle de la stérilisation. A cela se rajoute le partenaire du bloc. On peut alors se poser la question du **besoin de reconnaissance et de la nécessité d'appartenance à travers la volonté de considérer la stérilisation comme un partenaire** alors que c'est un lien commercial avant tout qui les lie.

**L'aspect commercial n'est donc pas une priorité pour les agents considérant le client comme un partenaire avant tout.**

**La stérilisation est donc, pour les agents, une organisation au service des patients et cela quel que soit le secteur d'activité.**

Viennent ensuite des items qui tendent à définir le positionnement de ce service dans le système de santé et dans le parcours du patient, on voit alors qu'**il est nettement moins facile pour tous les agents de trouver la place de ce service au milieu du système, entre appartenance, collaborateur ou indépendance, les avis sont partagés.**

## 12. Pour vous personnellement la stérilisation représente n=44/49 (5 inexploitables)



On remarque une répartition et des proportions entre les différents items identiques que ce soit en milieu hospitalier qu'externalisé. Les trois premiers axes prioritaires pour les agents sont l'hygiène, suivi de la sécurité des patients et la qualité. Une analyse de ces simples résultats permet d'avancer clairement l'hypothèse qu'un **management alliant la qualité, l'hygiène et la sécurité des patients serait le management adapté dans ce type de service.**

Il faut cependant mitiger cette affirmation puisqu'il s'agit ici des attentes personnelles des agents seulement, au final: **les attentes des agents montrent la nécessité pour eux d'un management alliant la qualité, l'hygiène et la sécurité du patient comme valeurs, sens et/ ou objectifs majeurs.**

**Analyse des objectifs, attentes, manques et principes en matière de stérilisation des différents agents.**

**13. En un mot ou une phrase quel est votre objectif personnel majeur dans votre travail ? n=37/49**

Cette question ouverte semble avoir été plus problématique dans le questionnaire, en effet, 12 personnes sur les 49 ont préféré ne pas y répondre soit près de 25% des questionnaires recueillis.

J'ai fait le choix de regrouper par thèmes les réponses des agents :

	Qualité	Hygiène	Procédures	Patient	Evolution personnelle	Reconnaissance	Satisfaction client	aucune
hospitalier	5	5	2	4	4	3	2	0
externalisé	8	2	2	2	5	1	1	1
total	13	7	4	6	9	4	3	1

Un objectif personnel majeur domine, c'est une fois de plus la qualité pour 1/3 de la population ayant répondu, vient ensuite l'évolution personnelle suivie de l'hygiène et du patient.

Cette question vient donc appuyer la perception qu'ont les agents des objectifs d'une stérilisation. Nous avons pu relever que la qualité (à travers le respect des procédures), l'hygiène étaient deux des objectifs majeurs des établissements pour les agents.

**Les objectifs personnels sont donc en accord avec les objectifs ressentis comme « prescrits » par l'établissement : la qualité, l'hygiène.**

La possibilité d'évolution personnelle vient cependant s'immiscer dans le trio de tête de cette question, il convient alors de se demander pourquoi. En effet, est-ce une volonté de quitter le

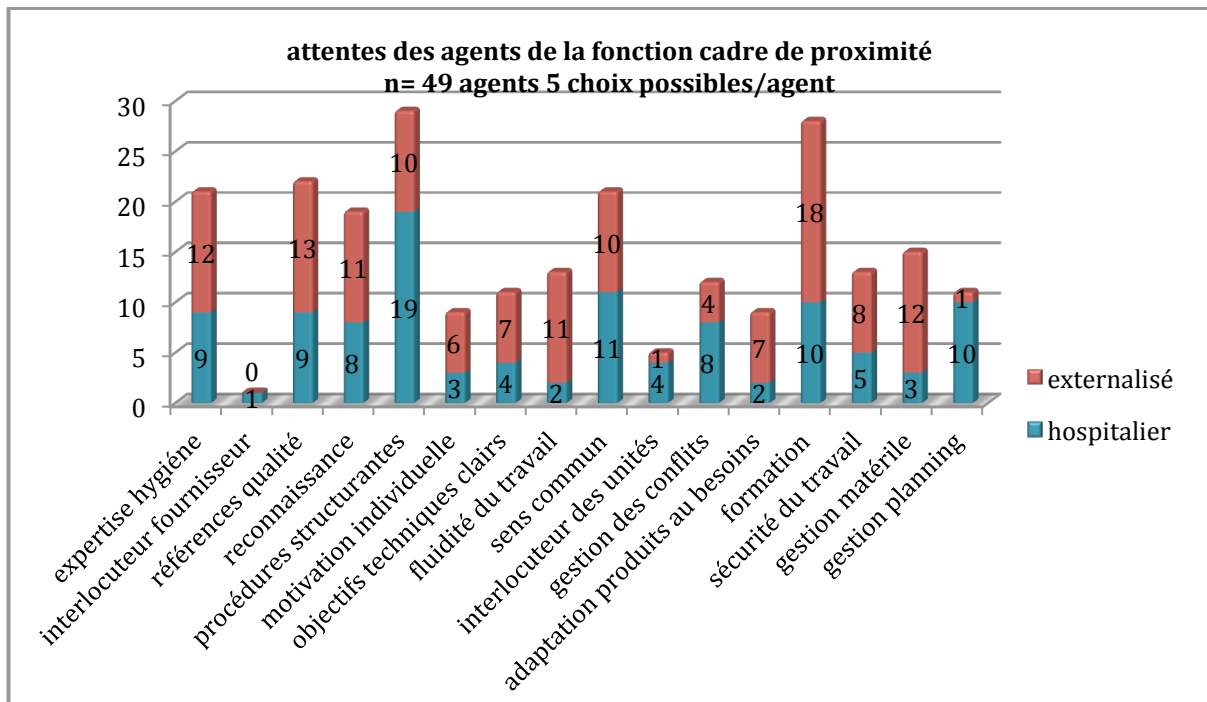
milieu de la stérilisation ou bien la volonté d'une évolution dans le secteur, pour cela, nous citerons donc les réponses concernées :

- *Faire une formation IBODE*
- *Devenir chef d'équipe ou référent technique*
- *Réussir professionnellement pour mener à bien mes missions soins auprès du patient*
- *Evoluer dans le domaine de la stérilisation*
- *Evoluer*
- *Plus de formation*
- *Acquérir des connaissances des procédures qualité*
- *Connaître l'instrumentation dans d'autres disciplines*
- *Approfondir mes connaissances*

C'est donc avant tout un désir d'évolution au sein de la spécialité, seul un agent évoque la notion des soins auprès des patients, on peut donc considérer que ces réponses représentent un « moyen » d'accéder aux autres items en passant par la formation et l'évolution des carrières.

**En résumé, on peut alors raisonnablement conclure que les objectifs des agents sont : la qualité, l'hygiène, le patient en améliorant leurs connaissances par la formation et l'évolution de carrière.**

#### 14. Pour vous, le cadre de santé doit apporter n=49



Cette question nous permet d'aborder les attentes des agents vis-à-vis du cadre de proximité, sachant que nous avons déterminé par les questions précédentes leurs objectifs personnels.

Nous retrouvons donc logiquement des procédures structurantes (12,1%), de la formation (11,7%) et dans un deuxième temps, l'expertise en hygiène (8,8%), des références qualités (9,2%) et un sens commun à l'équipe (8,8%).

**Le cadre de santé en stérilisation doit donc être expert en hygiène, qualité, procédures ou du moins mettre à disposition des sources de références pour les agents.**

**15. Vous travaillez en stérilisation, souhaiteriez vous travailler dans un autre service (en milieu hospitalier) n=49**

	Oui	Non
<b>Hospitalier</b>	10	13
<b>Externalisé</b>	12	14

**si oui pourquoi ?**

	Evolution de statut/carrière	Manque de reconnaissance	Autre stérilisation	Raison personnelle	Relation avec le patient	NR
<b>hospitalier</b>	5	2	0	1	3	1
<b>externalisé</b>	3	1	2	1	1	5
<b>total</b>	8	3	2	2	4	6

La question de volonté de départ du service ainsi que les raisons s'y rattachant sont tout de même mises en avant par 45% des agents qui souhaitent quitter le service.

La raison première est la volonté d'évolution de carrière avec le souhait de formation diplômante, vient ensuite le choix de se rapprocher des patients et enfin le manque de reconnaissance. On retrouve ici une réponse possible au problème de la fidélisation évoqué en début de questionnaire.

**Les agents de stérilisation souhaitent donc obtenir une formation professionnelle diplômante leur permettant une reconnaissance dans le système de soins.**

## 16. Avez vous le sentiment d'appartenir à : n=49

		Equipe	Service	Etablissement
<b>oui</b>	hospitalier	22	22	17
	externalisé	20	9	16
<b>non</b>	hospitalier	0	0	4
	externalisé	4	7	1
<b>NR</b>	hospitalier	1	1	2
	externalisé	2	10	9

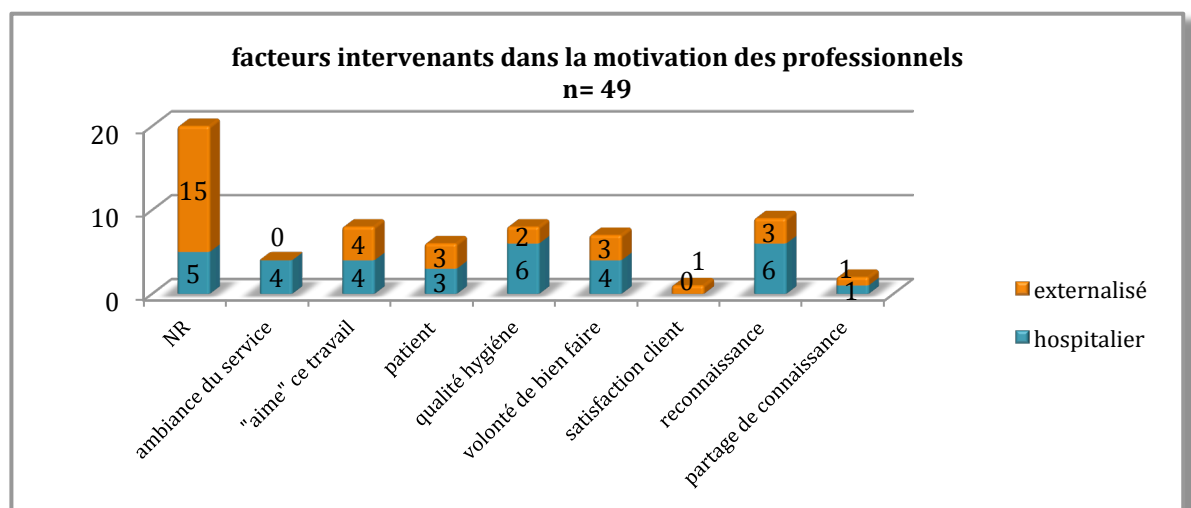
Le sentiment d'appartenance apparaît comme majoritairement présent, principalement au niveau de l'équipe avec 89% de oui, mais l'appartenance au service et à l'établissement est aussi majoritaire avec respectivement 63% et 67% de oui.

Cela appuie l'idée déjà évoquée à travers les questions précédentes que les agents de stérilisation trouvent leurs repères dans leur travail quotidien au sein d'une équipe mais qu'il leur est plus difficile de se positionner et donc de se reconnaître au sein d'un service dont les limites leurs sont floues et de la même façon au niveau d'un établissement.

**Il met donc en avant la nécessité d'un encadrement de proximité pour un sens commun à la dimension de l'équipe mais pose la question d'un sens plus collectif à l'échelle d'un établissement.**

## 17. Quels sont les facteurs qui interviennent dans votre motivation et votre engagement dans le service ? n=49

Là aussi, la question ouverte a limité le nombre de réponses puisque 20 personnes n'ont pas répondu à cette dernière (15 en externalisé : soit 57% de cette population et 5 en hospitalier)

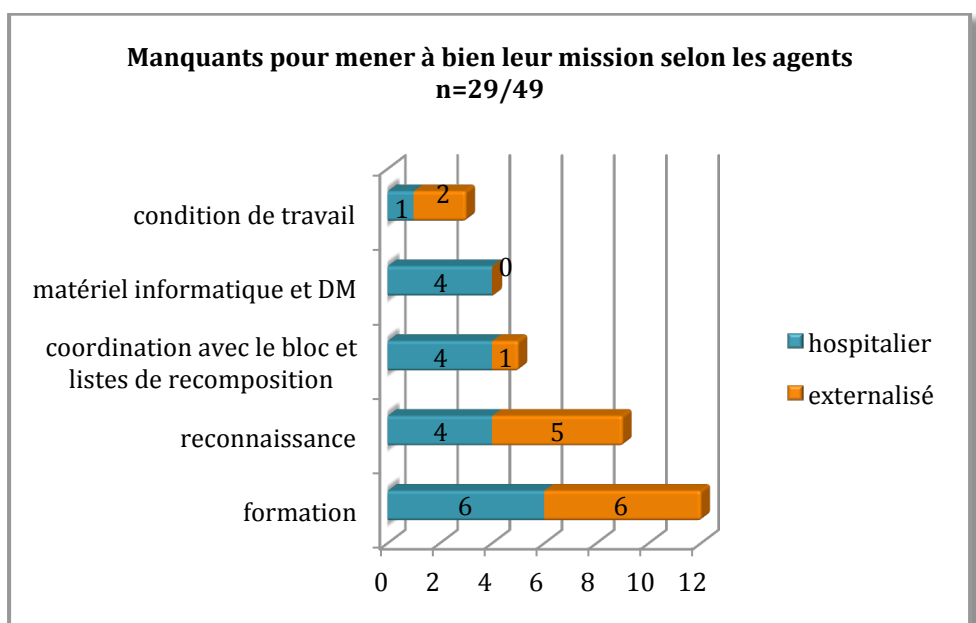


La motivation des agents est donc avant tout issue du fait « d’aimer » leur travail et donc de leur épanouissement professionnel en stérilisation. Interviennent ensuite de nouveau la qualité et l’hygiène ainsi que la possibilité d’évolution et la reconnaissance de leur travail et compétences.

Nous pouvons donc dire que 40% de l’échantillon total préfèrent ou n’arrivent pas à définir les éléments sources de leur motivation, mais que dans la proportion ayant répondu là aussi **nous retrouvons le triptyque qualité, hygiène ainsi que satisfaction personnelle/reconnaissance.**

**18. Avez-vous l’impression qu’il vous manque quelque chose pour mener à bien votre mission au sein de la stérilisation, n=47/49 et si oui quoi ? n=29**

	Oui	Non
<b>hospitalier</b>	17	4
<b>externalisé</b>	12	14



Près de 60% de l’échantillon considèrent manquer de quelque chose pour mener à bien leur mission. C’est en premier lieu la formation et la reconnaissance qui manquent pour les agents, ces deux items représentent 63,6% des manques relevés.

**La formation est primordiale dans l’épanouissement professionnel des agents.**

**Le débat sur la reconnaissance des agents de stérilisation est bien présent dans l’esprit des agents relevant un manque de sens.**

**Mais c’est aussi la forme du management du cadre de proximité qui est impacté. En effet, quelle forme doit-il prendre pour permettre un sentiment de reconnaissance de la part des agents, ou est ce au final une reconnaissance pécuniaire qui est attendue ?**



Il convient de préciser que les agents ayant spécifié ici le manque de formation et/ou de reconnaissance correspondent aux agents ayant indiqué vouloir changer de service pour ces mêmes griefs. Ces deux résultats ne sont donc pas cumulables.

De plus, sur les 12 agents ayant spécifié la formation, 9 d'entre eux correspondent à ceux ayant spécifié attendre du cadre des formations. A contrario, seuls 3 agents sur les 9 ayant indiqué ici le manque de reconnaissance ont coché attendre du cadre de la reconnaissance. **On peut donc envisager que les personnes ressentant un manque de formation estiment que le rôle du cadre impacte. Néanmoins, les agents manquant selon eux de reconnaissance, ne mettent pas en cause le rôle du cadre de proximité.**

**19. Si vous souhaitez ajouter des réflexions ou commentaires, merci de le faire ici.**

Reconnaissance	Formation/visite bloc	Plus d'encadrement	Plus de procédures et rigueur
4			1
2	2	1	

De nouveau, la grande majorité des réponses à cette question facultative converge vers la reconnaissance et la formation.

**3.4.3 Limites et résumé de la synthèse des questionnaires**

Ces questionnaires m'ont permis d'aborder les différentes hypothèses émises, pour autant, à l'issue du dépouillement de ceux-ci, il apparaît des limites à cette partie de l'enquête.

En effet, la première limite est certainement l'annulation d'une stérilisation au dernier moment modifiant ainsi la composition initiale de l'échantillon. Bien que le contenu des questionnaires ait permis une exploitation des données satisfaisante, l'intégration d'une stérilisation certifiée ISO en management aurait permis une vision encore plus complète de cette enquête.

Viennent ensuite les difficultés devant les questions ouvertes. J'ai fait le choix d'introduire des questions ouvertes pour permettre aux agents un espace de liberté plus grand et ainsi d'intégrer, le cas échéant, des problématiques auxquelles je n'aurais pas pensé. Le taux de remplissage faible de ces questions a montré que ce choix ne serait pas à reproduire, et de ce fait, l'interprétation en est limitée.

Ces constats étant fait j'ai souhaité représenter sous forme de tableau un résumé des éléments tirés de ces questionnaires.

<b>La formation</b>		
Les agents de stérilisation attendent de l'institution plus de formation qualifiante		Quid d'une formation longue sans fidélisation associée
La formation est primordiale pour l'épanouissement professionnel des agents de stérilisation	Les agents considèrent la formation comme étant de la responsabilité du cadre de proximité	Les formations ne sont pas ressenties en tant que telles
<b>La pluridisciplinarité et le profil agent de stérilisation</b>		
La sélection des agents se modifie en terme de critères et de qualification		La fonction d'agent de stérilisation nécessite-t-elle un diplôme soignant ou est elle au contraire une nouvelle porte d'entrée vers ce secteur soignant ?
Les modes de recrutement tendent à changer et évoluer		La stérilisation n'est pas ou n'est plus un service de reclassement professionnel
<b>Les valeurs soignantes</b>		
L'expérience soignante n'apparaît pas aux yeux des agents être une compétence utile à la fonction agent de stérilisation		La relation particulière issue du monde hospitalier confère une dynamique bloc sté hospitalière « soignante »
Les valeurs issues des formations soignantes ne sont pas une nécessité au recrutement des agents de stérilisation		L'expérience soignante apparaît aux yeux des recruteurs comme un facteur favorisant à l'embauche en milieu extenalisé
<b>Les objectifs personnels et collectifs</b>		
Les objectifs majeurs de l'établissement sont considérés par les agents comme : hygiène, respect des procédures, qualité, patient		Les objectifs des agents sont : la qualité, l'hygiène, la formation et l'évolution des carrières
Le cadre de proximité est un pilier de la diffusion des objectifs et valeurs		L'aspect commercial est considéré comme un objectif d'établissement par les agents majoritairement en secteur hospitalier
La stérilisation est une organisation au service du patient		Les objectifs appellent à un management alliant qualité, hygiène, patients, sens commun
<b>Le management et le sens attendu</b>		
Les agents de stérilisation nécessitent de trouver du sens dans leur travail	L'encadrement de proximité est une nécessité pour un sens collectif	Le sens commun à l'échelle de l'établissement est plus problématique
La reconnaissance du métier (statutaire et financière) est un sens nécessaire à l'épanouissement des agents		Le positionnement du service, le sens de son activité sont moteurs du sentiment d'appartenance des agents
La qualité, l'hygiène, la sécurité des patients sont les sens considérés comme fondamentaux par les agents		

## 3.5 La synthèse des entretiens

### 3.5.1 Méthodologie

Il s'agit de la synthèse des trois entretiens menés, deux en milieu hospitalier et l'un en milieu externalisé. Comme nous l'avons précisé auparavant, les trois cadres de santé sont issus de la fonction soignante (2 IBODE et 1 IADE).

Les rendez-vous étant donnés, après discussion avec chaque cadre, il est convenu d'effectuer ces entretiens dans un bureau autre que le bureau du cadre de santé afin de nous permettre un temps propice à cette démarche.

Au final, nous avons pu mener ces entretiens sans être dérangé plus d'une fois par cadre et de façon furtive.

L'objectif annoncé était de 30 minutes, il s'est avéré que ce temps imparti était suffisant.

D'un point de vue technique, j'ai mené ces entretiens avec un support de dix questions (Annexe IX) et toutes ont été abordées hormis une en stérilisation externalisée. Le premier entretien a été enregistré en accord avec le CDS afin de faciliter l'échange et la retranscription. Mais devant le bon déroulement de ce premier rendez-vous et la réticence des CDS à être enregistrés, j'ai pris le parti de ne pas enregistrer les deux suivants et de ne m'appuyer que sur la prise de notes et la retranscription rapide après nos entrevues.

Nous appuierons donc cette synthèse sur la retranscription des entretiens (Annexe X) et sur un résumé par question des idées, points forts et citations retranscrits sous forme de tableau.

L'objectif de ces entretiens étant, avant tout, de compléter les questionnaires et de mettre en évidence un possible différentiel entre le vécu des agents et le sentiment des cadres concernant les messages et valeurs qu'ils transmettent.

C'est donc l'occasion de la confrontation du ressenti et des attentes des agents avec l'analyse rétrospective que font les CDS sur leur management et de l'idée qu'ils se font, avec leur regard soignant, des attentes des agents.

Dans un souci de confidentialité, la répartition des différentes catégories professionnelles ne sera pas chiffrée, seule apparaîtra la nature des différentes professions managées.

### 3.5.2 Synthèse des données

	Stérilisation 1	Stérilisation 2	Stérilisation 3
Ancienneté du CDS	< 1 an	< 1 an	> 5 ans
Formation initiale	IADE	IBODE	IBODE
Composition de l'équipe	24 agents : IBODE, Préparateur en pharmacie, IDE, AS, ASH	10 agents : AS, ASH, Préparateur en pharmacie	45 agents : adjoint au cadre, chef d'équipe, référent technique, opérateurs/ASH, AS, IDE, IBODE
Présence pharmacienne	1 pharmacien	1 pharmacien et son assistant	1 pharmacien

Les entretiens mettent en avant une pluri professionnalité commune aux différentes stérilisations. Cependant, le profil des cadres précise une spécialité d'expertise se rapportant à des valeurs de soins. En effet, deux d'entre eux sont IBODE et le dernier IADE ayant une connaissance et étant connu des blocs.

**La connaissance de la spécialité du bloc opératoire apparaît donc comme un critère favorisant une prise de poste de cadre de santé en stérilisation.**

Il faut alors mettre en lien ce constat avec la question 14 des questionnaires qui met en évidence les attentes des agents vis-à-vis du cadre de santé. En effet, les procédures structurantes, les références qualité et l'expertise en hygiène apparaissent comme des attentes prioritaires. On peut donc en déduire que **l'expertise est très probablement un atout majeur pour le cadre de santé dans sa prise de fonction en stérilisation et semble répondre à la satisfaction de l'équipe.**

Devant la constatation de l'expertise des cadres de santé, il convient également de se questionner sur l'attractivité de celle ci pour les encadrants supérieurs. **L'expertise apparaît alors comme un pré requis probable pour le choix des cadres de stérilisation pour l'encadrement n+1.**

	<b>Stérilisation 1</b>	<b>Stérilisation 2</b>	<b>Stérilisation 3</b>
Formation des agents	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bonnes pratiques en stérilisation par société extérieure</li> <li>• Conducteur autoclave par société extérieure ou pharmacien</li> <li>• Formation hygiène</li> <li>• Pas de parcours de formation établi</li> <li>• Tutorat d'accompagnement</li> <li>• Visite des blocs</li> <li>• Formation recomposition au cas par cas selon les possibilités</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Assurance qualité et bonnes pratiques en stérilisation par société extérieure</li> <li>• Conducteur autoclave par société extérieure mais in situ</li> <li>• Parcours de formation, avec évaluations obligatoires et nécessaires pour les agents</li> <li>• Tutorat d'accompagnement</li> <li>• Visite au sein du bloc opératoire</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bonnes pratiques et hygiène par le pharmacien</li> <li>• Conducteur d'autoclave, formation théorique et pratique sur la recomposition par organisme extérieur.</li> <li>• Parcours de formation avec livret de suivi, évaluations</li> <li>• Tutorat d'accompagnement</li> <li>• Visite des blocs</li> </ul>

La formation est apparue, aussi bien dans les questionnaires que les entretiens, comme un enjeu majeur du secteur de la stérilisation.

C'est probablement, le premier outil d'acquisition des compétences nécessaires à un métier spécifique devant une équipe hétéroclite, pouvant même aller jusqu'à être considéré comme un **instrument de construction d'identité professionnelle commune.**

Les parcours de formation sont similaires aux différentes stérilisations : bonnes pratiques, hygiène, autoclave, visite au bloc et tutorat.

Pour autant, rappelons que les questionnaires ont mis en avant que la deuxième attente des agents auprès des cadres concerne la formation (question 14). Celle-ci reste aussi la première raison de volonté de départ des agents et le premier manque ressenti par les agents (question 18): obtenir une formation diplômante (question 15).

**Il existe donc une véritable dichotomie entre le parcours de formation proposé et les attentes et le ressenti des agents exprimant un réel manque de formation.**

	<b>Stérilisation 1</b>	<b>Stérilisation 2</b>	<b>Stérilisation 3</b>
Place de la qualité dans le management	<p>« La qualité est primordiale »</p> <p>« le contrôle, la traçabilité c'est le plus important »</p> <p>« notion de qualité utilisée au quotidien »</p> <p>« nécessite des compétences accrues »</p>	<p>« La qualité est le principal »</p> <p>« les suivis et contrôles sont omniprésents »</p> <p>« fondement de ce service »</p> <p>« garantir qu'il est stérile »</p> <p>« permet d'être rassuré et de travailler en confiance »</p>	<p>« Essentiel », « primordial »</p> <p>« Qualité de service à assurer »</p> <p>« Uniformiser (...), limiter les imprévus (...) garantir un résultat uniforme »</p> <p>« je m'appuie sur cela »</p>

La qualité symbolise donc l'essentiel, le principal et le primordial du management du cadre de proximité en stérilisation

**La qualité apparaît alors comme :**

- **Un des trois objectifs majeurs de l'institution perçut par les agents à travers le respect des procédures (question 9)**
- **Une des trois représentations individuelles des agents lorsqu'on leur parle de stérilisation (question 12)**
- **L'axe principal de management des cadres de santé interrogés**
- **L'objectif personnel majeur des agents**

On peut donc affirmer qu'il existe une adéquation entre l'encadrant et sa vision de la place de la qualité dans son management avec les attentes et les représentations des agents vis-à-vis de la stérilisation.

Lors de ces entretiens, la notion de qualité auprès des cadres émerge à travers :

Les suivis, les contrôles, la traçabilité, l'uniformisation.

On retrouve même à deux reprises le terme de **garantir**.

Enfin, un dernier aspect de cette question peut être mis en lien avec la question 6 qui est la « *nécessité de compétences accrues* ». En effet, elle pose la question de **l'évolution du « profil » des agents de stérilisation**, la cadre 1 dit ainsi « *je ne suis pas certaine que tout le monde soit « sensibilisable » à la qualité en stérilisation, selon moi il faut réfléchir au mode de recrutement car le système qualité actuel nécessite des compétences accrues.* »

**La stérilisation nécessite des compétences spécifiques pour un fonctionnement efficace du management qualité.**

	<b>Stérilisation 1</b>	<b>Stérilisation 2</b>	<b>Stérilisation 3</b>
Place de l'aspect commercial dans le management	<p>« Nous sommes un prestataire de service, nous avons des clients »</p> <p>« Nous nous devons d'honorer nos engagements »</p> <p>« <b>Sensibilisation</b> sur coût de production »</p> <p>« Comparaison avec commerce pour donner du sens »</p> <p>« Pas de suivi de productivité individuelle »</p>	<p>« C'est plus la pharmacienne qui gère cet aspect »</p> <p>« La question se pose en cas de baisse d'activité »</p> <p>« <b>Sensibiliser</b> l'équipe à ces critères »</p> <p>« Pas de suivi individuel de production »</p>	<p>« L'aspect commercial intervient lors des difficultés afin de prioriser »</p> <p>« Ils sont informés des aspects commerciaux »</p> <p>« Primes d'intéressement »</p> <p>« Je m'appuie sur l'aspect commercial »</p> <p>« Est un <b>appui supplémentaire</b> »</p> <p>« Assumer financièrement directement nos erreurs »</p> <p>« Pas de suivi individuel de production »</p>

Au vue de la synthèse des questionnaires rappelons que la stérilisation est considérée avant tout comme une organisation au service des patients mais peu comme une entreprise commerciale. L'aspect commercial est plus présent dans la représentation des agents dans le milieu hospitalier.

L'aspect commercial dans le management des cadres interrogés prédomine en tant qu'appui au management ou comme notion de sensibilisation. Dans le management des cadres interrogés, l'aspect économique prédomine en terme d'appui au management voire de sensibilisation. Cette approche est présente mais ne semble pas une priorité, elle reste une nécessité. En effet, les notions de gaspillage, de baisse d'activité et d'assumer financièrement sont citées.

Aucune des stérilisations n'effectue à ce jour de suivi de productivité des agents bien que détenant les outils informatiques le permettant. La stérilisation externalisée possède un atout supplémentaire à cette sensibilisation : la prime à l'intéressement

**Le management commercial est un appui supplémentaire mais pas une priorité bien qu'une nécessité dans le fonctionnement des stérilisations.**

	<b>Stérilisation 1</b>	<b>Stérilisation 2</b>	<b>Stérilisation 3</b>
Place de la notion de soin dans le management	<p>« Volonté de garder cette notion de patient au <b>cœur</b> des débats »</p> <p>« C'est pour le patient avant tout même si celui ci est invisible »</p> <p>« Garantir la <b>sécurité</b> des patients »</p> <p>« J'essaie de transmettre ces valeurs »</p> <p>« Les visites du bloc sont un outil (...) efficace dans cette perspective »</p>	<p>« Reste dans le <b>cœur</b> de mes préoccupations »</p> <p>« Souci de <b>sécurité</b> des patients »</p> <p>« A travers mon expertise IBODE que je transmets cette notion de patient et de soins (...) lors d'explications sur le déroulement de certaines opérations ».</p>	<p>« C'est le patient en premier »</p> <p>« Je suis forcément <b>plus que sensible</b> à la place du patient dans mon encadrement »</p> <p>« La notion de soins permet une meilleure adaptabilité et une meilleure compréhension du travail effectué. » □</p> <p>« <b>Garantir la sécurité</b> des patients en assurant des DM stériles »</p>

Le cursus soignant des trois cadres émerge ici de façon claire, tous affirment la volonté de garder le patient au « cœur » des préoccupations ou d'y être plus que « sensibles ». Nous rentrons ainsi dans une approche typiquement soignante avec toute **l'ambiguïté de la relation soignant/soigné et son implication affective** et émotionnelle. Dès que l'on aborde la notion de patient, les cadres utilisent les termes « cœur » et « sensibilité ».

La sécurité du patient est également abordée dans les trois entretiens à travers leur management. Le rapprochement avec la question 12 où le critère sécurité du patient apparaît en deuxième position s'effectue alors tout naturellement, ainsi qu'avec la question 9 qui place dans les trois objectifs majeurs le patient.

**Là aussi la notion du patient apparaît nécessaire dans le management des différents cadres mais également dans la compréhension des missions de stérilisation pour les agents.**

Enfin, une dernière idée est abordée concernant l'expertise. Dans la stérilisation 2, le cadre évoque **l'intérêt de cette expertise dans le partage de connaissances, le maintien de cette notion soignante auprès des équipes.**



	<b>Stérilisation 1</b>	<b>Stérilisation 2</b>	<b>Stérilisation 3</b>
Comment sont transmis les objectifs, politique d'établissement à l'équipe	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Transmissions au quotidien</li> <li>• Réunion d'information</li> <li>• De façon informelle</li> <li>• Les formations : « ont l'avantage d'être prodiguées par une personne extérieure, ce qui peut avoir son importance dans l'esprit des agents »</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Staff quotidien</li> <li>• Réunions plus spécifiques : explicatives, recadrage, nouveauté...</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Réunions de service</li> <li>• Entretiens lors d'erreurs</li> </ul>

Les outils utilisés par les cadres de proximité pour transmettre les objectifs et la politique d'établissement sont les réunions de services, les staffs ou transmissions quotidiennes de façon globale sur les trois établissements, puis de façon plus isolée, les entretiens et l'aspect informel.

Ainsi, en parallèle avec la question 10, **le cadre de proximité confirme son rôle prépondérant dans la diffusion des informations, objectifs et politique d'établissement.**

Le cadre 1 introduit également l'intérêt de la formation étant, à son sens, un vecteur différent et utile de communication indirecte.

	<b>Stérilisation 1</b>	<b>Stérilisation 2</b>	<b>Stérilisation 3</b>
les objectifs majeurs que vous pensez transmettre	Qualité « principale » « mais n'a qu'un seul but le zéro défaut et donc la sécurité des patients » Efficience en second plan	Qualité « principale » Aspect soignant	Qualité et le patient « priorités » Prestataire et partenaire de soins Logique soignante « Il faut conserver à l'esprit l'aspect commercial »

**Cette question vient conforter les objectifs au regard des cadres à savoir, la qualité pour le patient avec une notion nécessaire d'efficience et de commerce.**

	<b>Stérilisation 1</b>	<b>Stérilisation 2</b>	<b>Stérilisation 3</b>
Attentes des équipes de la fonction cadre	« <i>Porte parole ( ... ) pour une meilleure reconnaissance</i> » Gestion des plannings Gestion des conflits	« <i>remonter l'information</i> » Gestion des plannings formations et explications plus « soins » Amélioration des conditions de travail et de leur bien être Ouverture vers d'autres secteurs	NR

Au final, les critères communs aux cadres de santé apparaissent ici à savoir :

Les cadres pensent que les équipes attendent d'eux la gestion des plannings, des conflits, être porte-parole en remontant l'information.

Pour autant, la question 14 du questionnaire a, quant à elle, mis en exergue des attentes différentes : expert en hygiène, qualité, procédures, formation, sens commun. Au final, seul le critère formation est commun.

**La perception que se font les cadres des attentes à leur égard émanant des agents diffère des attentes exprimées lors du questionnaire.**

## 4 L'analyse

Cette partie a pour objectif de mettre en parallèle l'exploration du cadre contextuel et conceptuel avec les informations recueillies lors de l'enquête. Il apparaît donc des points de convergence et de divergence.

Plusieurs axes majeurs émergent de ce travail :

- ✚ La pluridisciplinarité
- ✚ La formation
- ✚ Le sens du management en stérilisation

### 4.1 La pluridisciplinarité

Le cadre contextuel fait référence au cadre réglementaire de la stérilisation, nous y avons vu que la définition des agents de stérilisation est laissée à charge du pharmacien responsable de ce service. L'évolution de la fonction et de ce service ont fait passer la stérilisation d'un lieu à faible valeur ajoutée à un service pointu et extrêmement réglementé.

Malgré une mission et un profil de poste, le plus souvent commun le conflit des profils entre soignants et non soignants est omniprésent.

Des associations telles que l'Association Française de stérilisation effectuent une réelle réflexion sur le statut de l'agent de stérilisation et les différentes déclinaisons métiers existantes dans les établissements. A cet effet, ils rédigent un document de groupe en 2009 sur « *les ressources humaines en stérilisation* », véritable référentiel en la matière, il résume le contexte législatif et met à disposition surtout nombres d'exemples de profils de poste, de cursus de formation, d'évaluation, etc.

Le partenariat qu'ils mènent avec le milieu des IBODE, ouvre à une réflexion globale de la fonction et je ne peux alors échapper à la question de l'émergence d'un nouveau métier à part entière.

En effet, l'enquête de terrain a clairement mis en évidence à la fois une expérience soignante peu ressentie comme un critère de compétence, mais aussi des attentes claires de la part de tous les agents de formations complémentaires. L'hygiène, la qualité apparaissent comme les enjeux majeurs de cette potentielle formation.

Cette pluridisciplinarité d'équipe est aussi un outil de créativité et de complémentarité. L'approche par le sensemaking appuie cette théorie de l'importance de la diversité, émergente sous le concept de variété dans la démarche de WEICK. Une des fondamentales de son courant de pensée est alors la nécessité d'interactions entre les acteurs sans laquelle le sens ne peut se construire.

Un milieu où se croisent l'hygiène, la technique, la manipulation d'installations à risques (autoclaves), la connaissance des dispositifs médicaux, la complémentarité induite par la diversité des profils agents, peut et doit à mon sens, être un atout dans ces équipes.

L'enquête met en avant une évolution certaine des modes de recrutement, la remise en question de la nécessité de soignants à la reconstitution des plateaux opératoires, face à la réussite de formation d'autres catégories professionnelles à ce poste, en est un acteur majeur.

La qualification soignante ne semble alors plus être un critère de compétences en stérilisation. Tout au mieux, l'expertise IBODE reste, elle, un avantage certain au niveau technique pour le fonctionnement des agents. Et enfin elle se distingue comme une nécessité probable devant le vide juridique.

Cette réflexion est alors soutenue par l'apparition récente d'une reconnaissance du statut ou du moins dans ce premier temps surtout de la reconnaissance d'une formation spécifique.

En effet, comme nous l'avons abordé dans la recherche sur le management par le sens et même par la qualité, avant même de réfléchir au sens, à la destination, à l'objectif il faut avant tout s'interroger sur le qui. C'est d'ailleurs la définition du premier Q d'un outil bien connu issu de la qualité : le QQQQCCP<sup>78</sup>.

Alors dans une période où l'efficacité, le juste emploi des ressources, la mutualisation humaine entrent dans le champ de compétences du cadre de santé, ne faut-il pas se poser la question de l'aspect ressources humaines ? Lorsque l'on sait le poids financier des charges de personnels dans un établissement tel que l'hôpital, l'utilisation d'aide soignants, d'infirmières, de préparateurs en pharmacie, voire d'IBODE sur des postes d'agents de stérilisation n'est-il pas un contre sens ?

Sommes nous dans ce cas dans : « le bon agent au bon endroit au bon moment ? »

Cette question est d'autant plus révélatrice lorsque je cite l'un des cadres interrogés qui dit :

*« je me pose la question de la nécessité de mon expertise qui au final n'a que peu de place pour s'épanouir. Un cadre administratif ne suffirai-t-il pas ? »*

Mais alors que penser du cadre expert en stérilisation ? Nous avons vu que le rapport de C De SINGLY conclut qu'il n'est pas nécessaire d'être expert pour manager une équipe, pour autant, elle précise que dans ce cas, il faut acquérir de nouvelles connaissances ou s'entourer de personnes expertes.

Le débat est en tout cas ouvert, et pour moi, à la vue de ces recherches et de cette enquête, il me semble qu'il engage une réflexion bien plus fondamentale qui est celle du statut des acteurs du milieu hospitalier. La santé est un domaine « humaniste » mais pour autant, nous apprenons

---

<sup>78</sup> QQQQCCP : Qui, Quoi, Où, Quand, Comment, Combien, Pourquoi.

avec l'histoire qu'elle ne peut échapper indéfiniment à la dynamique financière. Comme toute entreprise elle doit faire rentrer la finance, l'économie, la gestion dans ses établissements pour que puisse perdurer le système de soins. Nous avons découvert à travers l'histoire de la stérilisation, mais aussi du cadre et de la qualité que le lien avec le monde de l'industrie existe. Faut-il encore que nous, soignants, acceptions cet état de fait et puissions intégrer des outils, des dynamiques, des réflexions commerciales et industrielles sans craindre de perdre ce pourquoi nous avons choisi la santé : nos valeurs, notre éthique.

Au final, l'avancement des modifications du cursus de formation des infirmiers et à terme celui des autres catégories soignantes, n'est-il pas le début de cette démarche. L'ère de la vocation ne s'achève-t-elle pas laissant place au référentiel de compétences. De ce fait, l'agent de stérilisation laisserait à la porte ses diplômes antérieurs et s'attacherait à satisfaire aux compétences requises à ce métier spécifique, et qui sait à terme ne serait-il pas le premier agent de stérilisation reconnu par un diplôme à la hauteur de ses compétences.

De plus, cette étude a mis en perspective la nécessité de formation. La réglementation rattachée à la stérilisation spécifiait déjà : « *Tout membre du personnel de la PUI, quelle que soit sa qualification, bénéficie d'une formation initiale et d'une formation continue adaptée aux tâches qui lui sont confiées.*

*Il a le devoir d'actualiser ses connaissances dans son domaine et dans tous les domaines relevant de son activité* » mais l'enquête a révélé un manque certain ressenti par les agents.

Alors l'éventuelle construction de ce nouveau métier ne passe-t-il pas par un parcours de formation cohérent et adapté à la demande de compétences du service mais aussi aux attentes d'agents éclairés sur cette fonction.

## **4.2 La formation**

Une fois de plus, je citerai le travail effectué par l'AFS, dans son annexe 28 (Annexe XI) elle tente alors de décrire le parcours ou du moins les activités et compétences nécessaires pour le travail en stérilisation.

L'éditorial du document ressources humaines en stérilisation pose alors la question : « *la professionnalisation des stérilisations, une utopie ? un pari impossible qui va se heurter au manque de moyens disponibles pour assurer l'émergence d'un métier nouveau, adapté aux technologies du 21<sup>ème</sup> siècle ? Ou un challenge intenable pour les structures de santé, donc à abandonner aux investisseurs privés ?* »<sup>79</sup>

La reconnaissance dernière du statut d'agent de stérilisation en milieu hospitalier au répertoire des certifications professionnelles, appuie l'idée d'une nécessaire formation, et bien plus que cela d'une nécessaire formation spécifique. En effet, l'enquête a mis en avant là aussi que les

---

<sup>79</sup> KAISER Jean-Marie (coord par), DENIS christine, COMBEAU Dominique, préface par GOULLET Dominique, *les ressources humaines en stérilisation*, préface document les ressources humaines en stérilisation, AFS 2009, p3

agents ne se sentent pas systématiquement aidés par leur formation antérieure de soignant pour mener à bien leur mission en stérilisation.

Pour autant, dans l'esprit des encadrants, il apparaît une tendance contraire, les diplômés soignants étant alors un vecteur de garantie de connaissances minimums. Devant les difficultés à mettre en œuvre un parcours de formation uniforme et cohérent, les cadres utilisent alors le passé professionnel pour tenter de pallier ce manque. A ce sujet, un des cadres dit :

*« J'essaie de recruter des personnes qui ont déjà par exemple des notions de salles blanches (industrie micro informatique). »*

Bien entendu, on ne peut que constater la recrudescence de la demande de formation au niveau de l'enquête, aussi bien en terme d'attente, que de manque ou encore comme raison de volonté de départ.

Mais pour autant elle apparaît comme une attente tout aussi bien dans le secteur hospitalier qu'extra hospitalier lors de cette enquête.

Le peu de précision judiciaire au niveau de la formation laisse, au final, à la seule volonté du pharmacien la décision du niveau de compétence requis. Or, nous savons tous combien il est difficile de convaincre la hiérarchie et les autorités du bien fondé d'une formation si celle-ci n'est pas appuyée par un cadre législatif. Pour preuve la potentielle dérive de formation minimale des soignants constatée lors des questionnaires. Le manque de cadre réglementaire peut alors être un facteur de moindre vigilance concernant ces agents sous couvert d'un diplôme pré existant à leur embauche.

La qualité et le Supply Chain Management sont là aussi certainement un exemple. En effet, il faut défendre ces formations à travers une démarche de valeur ajoutée et une véritable démonstration de celle-ci. Quelle direction refuserait un investissement en formation s'il lui est démontré qu'à terme c'est une économie pour l'établissement. Quel directeur des ressources humaines dirait non à l'investissement dans la formation d'ASH s'il lui permet de dégager des postes AS ou IDE ?

Les outils de l'entreprise, les études financières, les statistiques, les indicateurs peuvent et doivent être des outils pour les services. Une fois de plus, des entreprises d'externalisation de stérilisation démontrent concrètement que l'on peut allier des procédures commerciales et industrielles à des valeurs humanistes. Le cadre de ce service a nettement fait ressortir sa volonté de maintenir cet aspect dans son management et la convergence avec les directives de l'entreprise. Mais, c'est aussi à travers les questionnaires que nous avons pu constater que les équipes de société externalisées placent au même niveau le patient et le soin que les hospitaliers.

Cette enquête et les recherches menées dans le cadre conceptuel nous permettent de nous interroger sur la contenance de cette formation. En effet, les attentes des agents, ainsi que celle des encadrants sont similaires : l'hygiène, le respect des procédures, la qualité.

Etonnamment, l'hygiène apparaît peu dans le discours des encadrants, elle est en effet très probablement une composante de la qualité ou une finalité de la qualité.

C'est en tout cas autour de ces thèmes que doit s'axer une potentielle formation. Nous avons vu que les initiatives sont nombreuses dans les établissements, la formation n'y est pas inexistante, allant de l'hygiène, assurance qualité, bonnes pratiques. Néanmoins elles apparaissent souvent comme individu dépendant et ressources dépendantes. Tous partagent le même discours sur la nécessité de celles-ci. Cependant, on perçoit matériellement qu'il est difficile de s'y tenir compte tenu de la réalité du terrain.

Cette réflexion autour de la formation ouvre, à la fois, le débat sur le métier d'agent de stérilisation, mais aussi plus largement sur la reconnaissance qu'elle induit. L'actualité quotidienne place l'épanouissement professionnel, les risques psycho-sociaux en première page des magazines, la reconnaissance des compétences particulières de ces agents n'est-elle pas avant tout une source d'épanouissement professionnel et de sentiment d'appartenance à un groupe.

Les agents peuvent alors commencer une nouvelle construction d'identité professionnelle à travers cette formation. Mon expérience professionnelle m'a souvent mis face à des agents disant :

*« je suis ASH, je peux aller dépanner dans n'importe quel service car j'ai la maîtrise des différentes procédures de bio-nettoyage, mais lorsque je suis en arrêt maladie aucun ASH d'un autre service ne peut venir me remplacer car ils n'ont pas les connaissances pour »*

Quelle réponse apporter à ces agents ? Quelles reconnaissances ? La formation qualifiante est à mon sens une réponse à ces questions.

Le débat est ouvert depuis de nombreuses années au sein du milieu de la stérilisation, la reconnaissance au répertoire des certifications professionnelles est clairement un pas en avant dans cette réflexion. Il faut alors continuer à mener cette réflexion et le législateur doit parallèlement la valider et l'appuyer.

### **4.3 Le sens du management en stérilisation**

Le cadre conceptuel a mis en évidence différents managements possibles en stérilisation. Force est de constater que l'étude de terrain, elle, fait nettement ressortir la qualité. En effet, celle-ci est retranscrite dans les attentes des agents, la volonté des encadrants et le poids de la réglementation.

Cependant il apparaît aussi que le patient, sa sécurité et les soins tendent à rester dans le « cœur » des acteurs.

La notion de soins et de patient émerge dans l'enquête bien souvent devant l'apparition de risque ou d'urgence. C'est en effet l'une des particularités de cette production de « chaîne » qu'est la stérilisation. Cette chaîne est loin d'être uniforme et immobile, elle doit s'adapter au quotidien à un flux d'informations et de demandes variables. Le patient apparaît, alors, comme essentiel lorsqu'il faut modifier le programme, rester le soir plus longtemps, c'est alors pour le patient qu'on

le fait. C'est alors certainement à ce point de divergence que s'arrête la similitude entre industrie et santé.

L'aspect commercial, comme nous l'a montré l'enquête de terrain, n'est pas encore réellement d'actualité. Il apparaît certes sous le spectre des dépenses inutiles, de l'efficacité et de la cohérence des processus au quotidien. Pour autant, aussi bien dans le secteur hospitalier qu'externalisé, le Supply Chain Management, par exemple, est un outil de réflexion mais pas encore un modèle pour des services comme la stérilisation.

A la lecture de ces différents faits, le management par la qualité est probablement un outil et une ligne de conduite inévitables. Pour autant, la qualité ne peut avoir d'existence en soi, comme nous l'avons vu, elle fait partie d'un procédé de production, de services, de biens, mais n'a pas prétention à exister en tant que bien elle-même. C'est alors là que se positionne le patient, il est majoritairement associé à un objectif à travers la « sécurité du patient ».

La qualité oui, mais la qualité de quoi et pourquoi ? La qualité pour le patient avant tout et par les soins et les différents partenaires y menant. La stérilisation se positionne alors clairement comme l'un des partenaires menant à des soins de qualité. Le Supply Chain Management dit alors qu'il « *joue en commun pour le plus grand bénéfice commun* ».

Il faut, de ce fait, tenter de décliner ce qu'est le management par la qualité en stérilisation. C'est à la fois l'hygiène, la garantie de stérilité (bien qu'elle ne puisse être faite), la cohérence des procédures avec l'environnement, qu'il soit financier, structurel, ressource ou bien même écologique.

Mais c'est aussi l'individu, l'équipe, le savant mélange de ces ingrédients menant à la stérilisation d'un dispositif, utile, utilisable, en toute sécurité, respectant l'environnement, les individus, les conditions de travail des équipes et la réglementation.

La loi nous impose la qualité, mais l'hygiène le fait aussi, l'histoire de la santé a montré que s'échapper de ces procédures qualité se paie à un moment ou un autre. Mais pourquoi nous en échapperions nous, si elle a du sens, si chacun sait pourquoi, dans quel but, pour qui, etc.

Le rôle du cadre de santé apparaît comme primordial dans cette démarche. Nous avons pu voir l'importance du langage et du discours dans la création du sens, or le cadre de santé est l'acteur principal de ce dialogue de proximité. Les études de K WEICK, en particulier l'analyse de l'accident de Mann Gulch<sup>80</sup> montrent qu'un des facteurs de cet accident est l'absence du discours du chef des pompiers.

L'enquête nous a, elle aussi, montré cette nécessité de proximité du cadre et de son rôle dans le sens donné. Cette compétence s'avère d'autant plus nécessaire à la lecture des questionnaires. Ils sont révélateurs d'une difficulté pour les agents de définir et positionner le rôle de la stérilisation au sein de l'établissement et du système de santé.

---

<sup>80</sup> VIDAILLET Bénédicte (dir) préface WEICK Karl, *op-cit.*, pp 51 à 86



#### 4.4 Analyse critique

Au final, qu'en est-il des hypothèses avancées à l'issue de l'étude des concepts. Elles restent discutables, l'enquête renforce certaines d'entre elles mais pour autant d'autres sont beaucoup moins appuyées par la confrontation au terrain.

**Les notions de soin et de patient sont un sens nécessaire au management au sein d'une stérilisation en milieu hospitalier et permet une adaptabilité et une créativité indispensable à une offre cohérente à la demande toujours incertaine du soin.**

Au final, la notion de soins et de patient intervient bien dans le management du cadre de santé en stérilisation. Mais pour autant il ne se situe pas au niveau où je l'envisageais. En effet c'est clairement en tant que sens à donner au management, comme une route à suivre, un concept, une éthique sur lequel s'appuyer. La qualité et l'hygiène ne prennent de sens que s'il existe une finalité.

Dans le commerce et l'industrie, la finalité est simple, c'est la vente d'un produit ou d'un service. Dans le milieu de la stérilisation, la démarche commerciale est loin d'être aboutie. Nous ne sommes pas encore à l'ère où la stérilisation hospitalière a prétention de vendre un service à son client le bloc. Ainsi, nous avons pu constater que cette notion de soin émerge principalement dans les moments de difficultés, étant alors le relai d'énergie nécessaire pour s'adapter à une demande inattendue.

Cette hypothèse est donc en partie confirmée car la place du soin n'est pas au final celle dont je me faisais la représentation.

**Le management par la qualité apparaît comme un outil cohérent devant la définition d'une stérilisation.**

Cette hypothèse est clairement confirmée, le management par la qualité est un modèle adapté au service de stérilisation.

Cette recherche nous a permis de définir ce qu'est le management par la qualité, et entre autre la nécessité d'un objectif précis. La qualité est un outil extrêmement développé au cours de ces dernières années, mais pour autant elle n'a de sens que si les agents en comprennent la finalité. Des procédures pour des procédures ne veulent rien dire. Emerge la nécessité pour les agents de comprendre leur rôle, afin d'adapter leurs compétences et leurs actions dans une démarche de qualité.

En terme de management se pose alors la question des formations des cadres, car la qualité est un terme générique, il est indispensable de le décliner à l'action, à l'unité fonctionnelle concernée, voire à l'agent concerné. Pour cela, le cadre de santé doit en connaître les outils, les

démarches, les intérêts, mais aussi les limites. C'est à mon sens une véritable composante des compétences du cadre et donc de sa formation initiale.

La qualité est un outil complet et complexe, si nous voulons qu'en émergent des comportements constructifs le cadre de santé doit en mesurer et en connaître les rouages.

**La pluridisciplinarité des équipes n'est pas un frein à la cohésion autour d'un sens commun en stérilisation mais au contraire une richesse et une force.**

Comme nous l'avons démontré, la pluridisciplinarité des agents de stérilisation est un état de fait. Elle est d'ailleurs au centre des débats et des revendications devant la demande émergente d'un statut reconnu et valorisé d'agent de stérilisation.

Ces origines diverses et variées montrent au quotidien une complémentarité indéniable. Pour autant, nous avons vu que la majorité des agents, quelle que soit leur formation, se retrouvent autour de représentations et d'attentes communes. La pluridisciplinarité n'est donc pas un frein mais au contraire comme le décrit le sensemaking une nécessité à la construction d'un sens collectif.

Le cadre de santé doit s'adapter à cette dynamique et composer avec des agents de formations initiales parfois opposées. C'est une véritable capacité d'adaptation qu'il doit développer pour qu'un message soit compris par tous.

**Un cursus formation cohérent, établi et reconnu doit appuyer la pluridisciplinarité des équipes en stérilisation.**

Le cursus de formation apparaît souvent comme existant mais au final comme non reconnu par nombreux agents. Se pose alors clairement la question de la structure de cette formation. Elle apparaît disparate selon les établissements, tantôt internes, tantôt par des centres de formations. Elle diffère dans le contenu, l'intitulé et l'organisation pour finir par apparaître comme un manque pour les agents. La reconnaissance de l'évolution du métier d'agent de stérilisation est un enjeu important dans la pérennité de ce service. La fidélisation nécessaire, devant la durée importante de formation, passe certainement, en partie, par cette reconnaissance. L'externalisation des stérilisations ouvre de nouvelles perspectives, la concurrence des salaires et des primes est d'actualité. Alors comment fidéliser des agents qui pour la plupart ne sont même pas fonctionnaires mais sous contrat ? Comment reconnaître ce nouveau métier provenant de la convergence de tant de métiers différents ? A l'issue de cette recherche, la formation est pour moi clairement un des enjeux principaux de la stérilisation, on ne peut envisager un système qualité, des compétences définies, une reconnaissance du métier et des agents sans passer par une uniformisation des formations et très probablement une réglementarisation de celles-ci.

## Conclusion

Ce travail de recherche est une opportunité de rencontres, d'échanges et de confrontations incomparable. En effet, loin de nos prérogatives quotidiennes de (futur) cadre de santé, l'approche est considérablement différente. De par le temps imparti à cette recherche mais aussi grâce au recul pris pour mener à bien cette démarche.

Rapidement confronté au différentiel entre mes idées issues de mon expérience et l'étude des concepts, c'est au final une démarche différente de celle que je m'imaginai mener.

La fonction cadre de santé se définit à travers une fiche métier, des profils de postes et bientôt un référentiel d'activités et de compétences pour autant, le champ d'exercice est large. La stérilisation est une spécificité parmi d'autres dans le système hospitalier, cependant nous sommes tous amenés un jour à manager ce type de service. Parti d'un ressenti d'avoir vécu un faisant fonction « différent » de la plupart de mes collègues, à l'aboutissement de cette recherche mon analyse rétrospective est différente. Les points communs sont nombreux à un niveau managérial. Les difficultés souvent les mêmes, au final, seul le sujet direct de l'action diffère. C'est pourtant le même : le patient, seul son niveau de présence diverge. La stérilisation est certainement précurseur des changements engagés dans les modes de fonctionnements des services. Sa proximité avec le monde industriel induit qu'elle soit une des premières à faire rentrer dans ses murs des outils d'entreprise.

De ce fait, il subit la mise en concurrence de façon sévère nous savons tous que l'évolution des politiques de santé amène l'hôpital de façon globale à se poser les mêmes questions. Un service dont le rapport coût /service rendu (et qui sait certainement un jour coût/bénéfice) est peu convaincant, a-t-il obligatoirement sa place à l'hôpital ?

Le cadre de santé a un rôle primordial à jouer dans la pérennité du système de santé et il est l'acteur majeur de cette micro-économie dont dépend l'équilibre de notre système. Il doit, je dois, être conscient de la nécessité d'une réflexion nouvelle dans nos modes de fonctionnements.

C'est avant tout le maillon nécessaire à la compréhension des directives pour les équipes. Les efforts consentis par chacun dans une période où la rigueur est de mise ne prennent de sens que si chacun en comprend les objectifs. Mais bien plus que cela, c'est la compréhension des enjeux pour tous, pour nous, pour les patients, leurs familles mais aussi pour l'avenir de la Santé telle que nous la connaissons aujourd'hui.

En conclusion ce mémoire dans la perspective de la formation cadre de santé à l'Institut Montsouris fut l'occasion de rencontres enrichissantes, d'une réflexion sur mon parcours professionnel mais aussi sur ma représentation de la fonction. C'est donc fort d'un pas de plus dans ma construction d'identité professionnelle que j'achève cet écrit.

## Bibliographie

### Ouvrages

- ALBARELLO Luc. *Apprendre à chercher. L'acteur social et la recherche scientifique*, 3<sup>e</sup> éd, Bruxelles, De Boeck, 2007, 207p
- AUTISSIER David, WACHEUX Frédéric, *Manager par le sens*, 2<sup>ème</sup> édition, Paris, Eyrolles 2007, 246p
- BERNOUX Philippe, *Sociologie du changement dans les entreprises et les organisations*, 2<sup>ème</sup> édition, Paris, Editions du Seuil, février 2010, 368 p
- BERNOUX Philippe., *La sociologie des organisations*, 6<sup>ème</sup> Ed, Paris, Editions du Seuil, Fév 2009, 466 p
- BOLTANSKI Luc, *Les cadres. La formation d'un groupe social*, Paris, Éditions de Minuit, 1982, 528p.
- BOURRET Paule, *Les cadres de santé a l hôpital*, 4<sup>ème</sup> tirage, Paris, Edition Seli Arslan, 2006, 288 p
- LE BOTERF Guy, *Construire les compétences individuelles et collectives*, 4<sup>ème</sup> mise à jour 2008, Paris, Edition Eyrolles, 271 p
- LE GOFF Joan, BENSEBAA Faouzi, *Mesurer la performance de la fonction logistique*, Paris, Edition Eyrolles, 2009, 223p
- MINTZBERG Henry, *Le management : Voyage au centre des organisations*, 2<sup>ème</sup> éd, Paris, Edition d'Organisation, 2004, 703p
- MINTZBERG Henry, *Le manager au quotidien, les 10 rôles du cadre*, 2<sup>ème</sup> éd, Paris, Edition d'Organisation, 2006, 283p
- SAINSAULIEU Ivan, *L'hôpital et ses acteurs appartenance et égalité* , Edition Belin, 2007, 272 p
- TROSA Sylvia, BARTOLI Annie, *Le management par le sens au service du bien public*, Mayenne, Collection profession cadre service public, Edition Jouve, 2011, 245 p
- VIDAILLET Bénédicte (dir) WEICK Karl (préface), *le sens de l'action*, trad Laroche , Edition Vuibert 2003 , 182 p

### Revues

- CHARLES Bernard, COMBEAU Dominique, *Stérilisation : trop de normes ?*, in Décision santé, Le Pharmacien Hôpital, 03/2012, N°283, pp 14-19

- DETCHESSAHAR Mathieu, *santé au travail si on refaisait du management*, Personnel , 2011, n°518 mars/avril, pp 64 à 66
- DOUGLAS Michael *The eight essential supply chain management processes*, supply chain management review, 2004, vol 9 N°1, disponible sur <http://scmr.com>
- RODET Philippe, *Travail et santé : mythe ou réalité*, Personnel n°518 mars/avril 2011, pp 48 à 49

### Rapports/ mémoires/formations/cours

- *Bonnes pratiques de pharmacie hospitalière*, 63p, juin 2001, disponible sur <http://nosobase.chu-lyon.fr/Reglementation/2001/Rapport/bpph.pdf>
- FIOL Michel & LEBAS Michel, *Créer du sens pour générer la performance : le double rôle du manager*, Groupe HEC
- GARREAU Lionel, *L'apport du concept de sens à l'étude du fonctionnement des équipes projet*, Thèse en Sciences de Gestion Université Paris-Dauphine, 411 p, Directeur de Thèse Pierre ROMELAER, Nov 2009
- KAISER Jean-Marie (coord par), DENIS Christine, COMBEAU Dominique, préface par GOULLET Dominique, *les ressources humaines en stérilisation*, AFS 2009, 97 p
- *Manuel de certification V2010 révisé 2011*, 112p, disponible sur [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1037211/manuel-de-certification-v2010-revise-2011](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1037211/manuel-de-certification-v2010-revise-2011), 112 p
- *Méthodes et outils de démarches qualités 2009*, disponible sur <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-10/methodes.pdf>
- *Rapport Chantal De Singly, 125p*, disponible sur [http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport\\_chantal\\_de\\_singly\\_tome\\_1.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_chantal_de_singly_tome_1.pdf)
- ROBINEAU Isabelle, *La qualité, Les soins*, Cours de master Management et Santé, 2011, Université de Pari-Est Créteil

### Textes législatifs

- *Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires*, disponible sur <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id>
- *Loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale (1)* disponible sur <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000408905&dateTexte>

- 
- *Décret n°2000-1316 du 26 décembre 2000 relatif aux pharmacies à usage intérieur et modifiant le code de la santé publique (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat)* disponible sur <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?dateTexte=20120305&cidTexte=JORFTEXT000000220429&fastPos=1&astReqId=857955855&oldAction=rechExpTexteJorf>
  - *Décret n° 2010-1030 du 30 août 2010 relatif à la stérilisation des dispositifs médicaux*

*dans les établissements de santé* disponible sur

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000022778926&dateTexte=&categorieLien=id>

- *Décret n°89-613 du 1 septembre 1989 portant statuts particuliers des personnels médico*

*techniques de la catégorie C de la fonction publique hospitalière* disponible sur

[http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?jsessionid=22779493F4CFC3BEFDAE8F33605F20A7.tpdjo11v\\_1?cidTexte=LEGITEXT000006067232&dateTexte=20120501](http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?jsessionid=22779493F4CFC3BEFDAE8F33605F20A7.tpdjo11v_1?cidTexte=LEGITEXT000006067232&dateTexte=20120501)

- *Décret n°89-241 du 18 avril 1989 portant statuts particuliers des aides-soignants et des agents des services hospitaliers qualifiés de la fonction publique hospitalière , art 11* disponible sur

[http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do?jsessionid=DDF3F04886B017CDE6F42FB59961D528.tpdjo17v\\_1?idArticle=LEGIARTI000006704533&cidTexte=LEGITEXT000006067039&dateTexte=20081230](http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do?jsessionid=DDF3F04886B017CDE6F42FB59961D528.tpdjo17v_1?idArticle=LEGIARTI000006704533&cidTexte=LEGITEXT000006067039&dateTexte=20081230)

- *Décret n° 2001-1375 du 31 décembre 2001 portant statut particulier du corps des cadres*

*de santé de la fonction publique hospitalière*, disponible sur

[http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?jsessionid=1E64375E45A49AE2F3BD34E2C63370C4.tpdjo10v\\_1?cidTexte=JORFTEXT000000592539&categorieLien=id](http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?jsessionid=1E64375E45A49AE2F3BD34E2C63370C4.tpdjo10v_1?cidTexte=JORFTEXT000000592539&categorieLien=id)

- 
- *Arrêté du 2 août 2006 relatif à la formation conduisant au diplôme de préparateur en pharmacie hospitalière* disponible sur

[http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?jsessionid=22779493F4CFC3BEFDAE8F33605F20A7.tpdjo11v\\_1?cidTexte=JORFTEXT000000788207&dateTexte=20120501](http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?jsessionid=22779493F4CFC3BEFDAE8F33605F20A7.tpdjo11v_1?cidTexte=JORFTEXT000000788207&dateTexte=20120501)

- *Arrêté du 22 octobre 2005 relatif à la formation conduisant au diplôme d'Etat d'aide soignant*, disponible sur

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000449527>

- *Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier* disponible sur

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020961044&dateTexte=&categorieLien=id>

- *Arrêté du 18 août 1995 relatif au diplôme de cadre de santé*, disponible sur

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000738028&dateTexte=&categorieLien=id>

- *Arrêté du 22 octobre 2001 relatif à la formation conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier de bloc opératoire*, disponible sur

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000404732&dateTexte=&categorieLien=id>

- 
- *Proposition article R 4311-11*, disponible sur

<http://www.unaibode.fr/spip.php?article1137>

- 
- *Référentiel d'activités, référentiel de compétences relatifs au diplôme d'Etat infirmier* disponible sur

[http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/arrete\\_du\\_31\\_juillet\\_2009\\_annexe\\_1.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/arrete_du_31_juillet_2009_annexe_1.pdf)

## **Dictionnaires :**

- Dictionnaire Le Robert, DIXEL, Paris, édition millésime 2011
- <http://www.lerobert.com>
- <http://www.larousse.fr>

## **Sites ressources**

- [www.cadredesante.com](http://www.cadredesante.com)
- [www.has-sante.fr/](http://www.has-sante.fr/)
- [www.legifrance.gouv.fr/](http://www.legifrance.gouv.fr/)
- [www.rgpp.modernisation.gouv.fr/index.php](http://www.rgpp.modernisation.gouv.fr/index.php)
- [www.psycheduweb.fr](http://www.psycheduweb.fr)
- [www.chohmann.free.fr](http://www.chohmann.free.fr)
- [www.afs.asso.fr/cms/](http://www.afs.asso.fr/cms/)

### **Supports électroniques**

- *Découvrez l'ISO* : disponible sur  
[http://www.iso.org/iso/fr/about/discover-iso\\_isos-origins.htm](http://www.iso.org/iso/fr/about/discover-iso_isos-origins.htm)
- *Les caractéristiques essentielles d'ISO 9000*, disponible sur  
[http://www.iso.org/iso/fr/iso\\_9000\\_essentials](http://www.iso.org/iso/fr/iso_9000_essentials)
- *Les cinq M d'Ishikawa*, disponible sur  
<http://www.er.uqam.ca/nobel/k15303/AnalyseTechniqueExemple.pdf>
- *Norme ISO 13485:2003 : Dispositifs médicaux -- Systèmes de management de la qualité, Exigences à des fins réglementaires*, disponible sur  
[http://www.iso.org/iso/fr/iso\\_catalogue/catalogue\\_tc/catalogue\\_detail.htm?csnumber=36786](http://www.iso.org/iso/fr/iso_catalogue/catalogue_tc/catalogue_detail.htm?csnumber=36786)
- *Norme ISO 9001:2008 : Systèmes de management de la qualité – Exigences*, disponible sur  
[http://www.iso.org/iso/fr/catalogue\\_detail?csnumber=46486](http://www.iso.org/iso/fr/catalogue_detail?csnumber=46486)
- *Principes de management de la qualité*, disponible sur  
<http://www.iso.org/iso/fr/qmp>
- *Roue de deming*, disponible sur  
<http://www.ird.fr/var/ird/storage/images/media/images/illustrations/demarche-qualite/la-roue-de-deming/69322-1-fre-FR/la-roue-de-deming.gif>
- *Plan Santé au Travail 2010-2014*, disponible sur  
<http://www.travail-emploi-sante.gouv.fr/actualite-presse,42/dossiers-de-presse,46/plan-sante-au-travail-2010-2014,11031.html> , 19 pages

## Annexes

- Annexe I :** Certificat agent de stérilisation du répertoire national des certifications professionnelles
- Annexe II :** Agent de stérilisation répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière
- Annexe III :** Circulaire DGS/DH/PS 3/FH n° 52 du 26 juillet 1994
- Annexe IV :** Les 14 points de Deming
- Annexe V :** Tableau synthèse des variables du modèle sensemaking opérationnel
- Annexe VI :** Questionnaire stérilisation hospitalière
- Annexe VII :** Questionnaire stérilisation externalisée
- Annexe VIII :** Synthèse des questionnaires agents de stérilisation
- Annexe IX :** Grille entretiens cadre de proximité
- Annexe X :** Questionnaires entretiens stérilisation 1, 2, 3
- Annexe XI :** Programme de formation document *les ressources humaines en stérilisation* AFS



## Le Répertoire National des Certifications Professionnelles (RNCP)

### Résumé descriptif de la certification

#### Intitulé

Agent de stérilisation en milieu hospitalier

Autorité responsable de la certification	Qualité du(es) signataire(s) de la certification
GIP FCIP CAFOC - TOULOUSE	Directrice

#### Niveau et/ou domaine d'activité

**V (Nomenclature de 1969)**

**3 (Nomenclature Europe)**

**Convention(s) :**

**Code(s) NSF :**

331s préparation, analyse médicale, appareillage

**Formacode(s) :**

#### Résumé du référentiel d'emploi ou éléments de compétence acquis

L'agent de stérilisation exerce son activité dans un service spécifique d'un centre de soins (hôpital, clinique etc.) et assure par ses missions la stérilisation des outils, linges ou matériels devant être utilisés plusieurs fois.

L'agent de stérilisation exerce en milieu protégé sous le contrôle d'un pharmacien.

Les activités du métier sont :

Chargement, déchargement de biens, de produits, de matériels et leurs conditionnements

Entretien, nettoyage et rangement des matériels spécifiques à son domaine d'activité

Nettoyage et entretien des locaux et des outils spécifiques à son domaine d'activité

Recensement / enregistrement des données / des informations propres à l'activité

Transport, manutention, entreposage / stockage / déstockage de produits, de matériels propres à l'activité

Vérification, mise en route, pilotage et surveillance des équipements, mise à l'arrêt

Préparation et traitement des matériels et dispositifs médicaux (nettoyage, désinfection, stérilisation...)

Les compétences ou capacités attestées :

- Activer son poste de travail en fonction de l'organisation et de son cadre
- S'intégrer et adapter sa posture dans le processus de stérilisation
- Communiquer, rendre compte et être force de proposition dans la démarche Qualité
- S'organiser dans le cadre des procédures et des règles liées à la marche en avant
- Adapter la bonne tenue professionnelle à chaque secteur
- Appliquer les procédures, les modes opératoires et les règles d'hygiène lors de la manipulation des Dispositifs Médicaux
- Contrôler la conformité de la pré désinfection en analysant les situations observées et en

effectuant les corrections nécessaires

- Adapter sa conduite par rapport à l'utilisation d'un produit ou d'un DM nouveau ou inconnu, en responsabilité ; choisir le bon procédé, le bon nettoyage ; respecter les différentes phases des cycles ; contrôler la qualité et la siccité
- Choisir le bon type de conditionnement ; adapter le bon protocole à chaque situation ; plier les feuilles crêpées ou non tissées et contrôler la qualité du conditionnement
- Vérifier la pénétration de la vapeur ; charger en respectant les règles de préparation des charges ; lancer un cycle et le surveiller ; traiter une non-conformité pendant le déroulement du cycle ; enregistrer l'opération
- Respecter les consignes de sécurité au moment du refroidissement de la charge
- Appliquer la procédure de libération
- Vérifier les emballages
- Bio nettoyer
- Maintenir l'état stérile pendant le stockage et la distribution

**Secteurs d'activité ou types d'emplois accessibles par le détenteur de ce diplôme, ce titre ou ce certificat**

Secteur Sanitaire et Social, en structure médicalisée (cliniques, hôpitaux, centres chirurgicaux, maisons de retraites médicalisées...)

Agent de stérilisation en milieu hospitalier

**Codes des fiches ROME les plus proches :**

J1301 : Personnel polyvalent des services hospitaliers

**Descriptif des composantes de la certification :**

La certification repose sur des compétences qui se déclinent sur 5 activités : environnement de son poste et veille sanitaire ; réception et lavage ; conditionnement ; stérilisation (vapeur d'eau...) ; stockage.

Chaque activité donne lieu à des évaluations qui démontrent que les procédures sont bien respectées dans un milieu protégé. Les mises en situations reconstituées ou réelles constituent l'essentiel des évaluations qui peuvent être complétées par des contrôles plus spécifiques du métier et de son environnement ; ainsi des situations à problème sont soumises et doivent être résolues ; lors des stages, des évaluations sur poste par le tuteur complètent l'ensemble.

**Validité des composantes acquises : 5 an(s)**

Conditions d'inscription à la certification	Oui	Non	Composition des jurys
Après un parcours de formation sous statut d'élève ou d'étudiant	X		Le jury de 6 personnes est toujours présidé par le Pharmacien en charge du service de stérilisation, assisté de 3 professionnels (employeur, salariés cadres santé) et d'un tuteur (ou référent métier) ainsi que d'un formateur.
En contrat d'apprentissage		X	

Après un parcours de formation continue	X		idem
En contrat de professionnalisation	X		idem
Par candidature individuelle	X		idem
Par expérience dispositif VAE prévu en 2009	X		idem

	Oui	Non
Accessible en Nouvelle Calédonie		X
Accessible en Polynésie Française		X

Liens avec d'autres certifications	Accords européens ou internationaux

#### Base légale

##### Référence du décret général :

##### Référence arrêté création (ou date 1er arrêté enregistrement) :

Arrêté du 25 janvier 2011 publié au Journal Officiel du 02 février 2011 portant enregistrement au répertoire national des certifications professionnelles. Enregistrement pour cinq ans, au niveau V, sous l'intitulé Agent de stérilisation en milieu hospitalier avec effet au 02 février 2011, jusqu'au 02 février 2016.

##### Référence du décret et/ou arrêté VAE :

##### Références autres :

#### Pour plus d'informations

##### Statistiques :

##### Autres sources d'information :

<http://www.reseau-greta.ac-toulouse.fr>

##### Lieu(x) de certification :

GIP FCIP CAFOC - TOULOUSE : Midi-Pyrénées - Haute-Garonne ( 31) [Toulouse]

1 Allée des Pionniers de l'aéropostale 31400 Toulouse

##### Lieu(x) de préparation à la certification déclarés par l'organisme certificateur :

Toulouse - Istres - réseau des GRETA (CAFOC Toulouse)

##### Historique de la certification :



## Agent de stérilisation

**Famille :** Qualité, hygiène, sécurité, environnement  
**Sous-famille :** Hygiène / Environnement  
**Code Rome :** J1301  
**Code métier :** 30F50

### ► Information générale

#### Définition :

Stériliser le matériel et les produits des services de soins et médico-techniques

#### Spécificité :

Conducteur d'autoclave

### ► Activités

- Chargement / déchargement de biens, de produits
- Conditionnement de produits et / ou de matériels spécifiques au domaine d'activité
- Entretien, nettoyage et rangement des matériels spécifiques à son domaine d'activité
- Nettoyage et entretien des locaux et des outils, spécifiques à son domaine d'activité
- Préparation et traitement des matériels et dispositifs médicaux (nettoyage, désinfection, stérilisation, ...)
- Recensement / enregistrement des données / des informations liées à la nature des activités
- Reconstitution des plateaux opératoires
- Transport, manutention, entreposage / stockage / déstockage de produits et/ou de matériels
- Vérification, mise en route, pilotage et surveillance des équipements, mise à l'arrêt

### ► Savoir-Faire

- Analyser et optimiser les stocks de produits, matériaux, équipements, outillages, dans son domaine de compétence
- Désinfecter les matériels en appliquant les protocoles de nettoyage et de décontamination
- Évaluer l'état d'un matériau, d'un produit
- Évaluer l'état de propreté des surfaces et définir les travaux à réaliser
- Identifier / analyser des situations d'urgence spécifiques à son domaine de compétence et définir les actions
- Lire et utiliser une notice, dans son domaine de compétence
- Manipuler des charges et / ou produits de divers nature
- Stériliser des dispositifs médicaux
- Travailler en équipe / en réseau
- Utiliser les logiciels métier

### ► Connaissances

Description	Degré	Formacode
Gestes et postures- manutention	Connaissances générales	43491
Gestion des flux stocks/produits	Connaissances générales	31663
Hygiène hospitalière	Connaissances détaillées	
Logiciel dédié à la pharmacie/ stérilisation	Connaissances générales	



LE RÉPERTOIRE DES **MÉTIERS**  
DE LA **FONCTION PUBLIQUE HOSPITALIÈRE**  
« Une aide à la décision pour chacun d'entre nous »



Matériel d'hygiène et de prévention des infections nosocomiales	Connaissances détaillées	43403
Nettoyage-désinfection	Connaissances détaillées	
Risques et vigilances	Connaissances générales	
Stérilisation	Connaissances détaillées	43422

**Connaissances générales :**

Connaissances générales propres à un champ. L'étendue des connaissances concernées est limitée à des faits et des idées principales. Connaissances des notions de base, des principaux termes. Savoirs le plus souvent fragmentaires et peu contextualisés. Durée d'acquisition courte de quelques semaines maximum.

**Connaissances détaillées :**

Connaissances détaillées, pratiques et théoriques, d'un champ ou d'un domaine particulier incluant la connaissance des processus, des techniques et procédés, des matériaux, des instruments, de l'équipement, de la terminologie et de quelques idées théoriques. Ces connaissances sont contextualisées. Durée d'acquisition de quelques mois à un / deux ans.

## ▶ Informations complémentaires

**Relations professionnelles les plus fréquentes :**

- Agents de tous services de soins, de blocs opératoires, pour le traitement des dispositifs médicaux, du linge
- Services logistiques dans le cadre de flux de matériels et des produits
- Services techniques et biomédicaux pour la maintenance, le dépannage des installations

**Correspondances statutaires éventuelles :**

- Aide-soignant,
- OPQ,
- ASH,
- AES

**Proximité de métier - Passerelles courtes :**

- Aide-soignant,
- Agent de bionettoyage

**Proximité de métier - Passerelles longues :**

- Infirmier,
- Préparateur en pharmacie hospitalière

**Tendances d'évolution du métier - Les facteurs clés à moyen terme :**

- Renforcement des procédures des certification de stérilisation
- Utilisation de plus en plus fréquente de produits stériles à usage unique

**Conséquences majeures sur l'évolution des activités et des compétences :**

- Acquisition des méthodes d'assurance qualité et application stricte des exigences de traçabilité
- Activité centrée sur le matériel médico-chirurgical et les instruments

## Circulaire DGS/DH/PS 3/FH 3 n° 52 du 26 juillet 1994 relative à la situation des infirmiers de bloc opératoire

Date d'émission : 26/07/1994  
Date de mise à jour : 26/07/1994  
Type : Circulaires / Instructions ministérielles  
Rubrique : 03. Personnel  
Thème(s) : Statuts - Personnel paramédical - Infirmier et puéricultrice - Infirmier de bloc opératoire (IBODE)

Dans les circulaires visées en référence, je vous demandais d'inciter les directeurs d'hôpitaux à envoyer en formation les infirmiers diplômés d'Etat affectés dans les blocs opératoires sans être titulaires du diplôme d'Etat d'infirmier de bloc opératoire.

Cette politique a d'ores et déjà porté ses fruits puisque 248 infirmiers ont obtenu le diplôme d'Etat d'infirmier de bloc opératoire en 1989 et 326 en 1992, ce qui représente une augmentation de 30 p. 100 en trois ans. Toutefois l'effort entrepris doit être poursuivi et amplifié dans l'ensemble des régions françaises.

Il convient, en effet, de donner tout leur sens aux dispositions de l'article 6 du [décret n° 93-345 du 15 mars 1993](#) susvisé qui prévoit que les activités au sein d'un bloc opératoire sont exercées en priorité par un infirmier titulaire du diplôme d'Etat de bloc opératoire.

Les dispositions de ce décret constituent une étape, l'objectif final étant, dans un but de santé publique, que l'ensemble des infirmiers exerçant au sein des blocs opératoires soient à terme obligatoirement titulaires du diplôme d'Etat d'infirmier de bloc opératoire.

Afin d'atteindre cet objectif, plusieurs mesures doivent être prises. J'envisage en particulier de modifier la réglementation en vigueur en permettant aux infirmiers en fonction dans un bloc opératoire, sans être titulaires du diplôme d'Etat susmentionné, de bénéficier de dispenses de stages qui seraient attribuées en fonction du cursus professionnel antérieur des intéressés au sein des blocs opératoires.

Je vous précise par ailleurs qu'il m'apparaît nécessaire que les postes d'encadrement dans les blocs opératoires et dans les services de stérilisation centrale soient attribués à des infirmiers titulaires du diplôme d'Etat de bloc opératoire remplissant les conditions statutaires pour l'accès au grade de surveillant des services médicaux.

J'ajoute qu'il me semble également opportun que les infirmiers chargés de l'hygiène au sein des établissements hospitaliers soient titulaires du diplôme d'Etat d'infirmier de bloc opératoire. Il convient en effet de rappeler que le programme de formation des infirmiers de bloc opératoire

accorde une place centrale à l'hygiène hospitalière, qui prépare parfaitement les futurs infirmiers de bloc opératoire à remplir la fonction en cause.

Je vous remercie de bien vouloir me faire connaître sous le présent timbre les observations éventuelles que la présente circulaire pourrait susciter de votre part.

Références:

[Décret n° 93-345 du 15 mars 1993](#) relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier;

[Arrêté du 13 septembre 1988](#) modifié relatif à la formation sanctionnée par le diplôme d'Etat d'infirmier de bloc opératoire;

Circulaire DH/DGS/1220 du 2 août 1989 relative à la planification des besoins de formation sanctionnée par le diplôme d'Etat d'infirmier de bloc opératoire;

Circulaire DH/DGS/51 du 7 décembre 1992 relative à la formation des infirmiers de bloc opératoire.

### **Les 14 points de Deming sont les points clés de la réussite de la démarche qualité :**

- 1 - Gardez le cap de votre mission en améliorant constamment les produits et les services.
- 2 - Adoptez la nouvelle philosophie de management et conduisez le changement d'une main ferme.
- 3 - Faites en sorte que la qualité des produits ne demande qu'un minimum de contrôles. Intégrez la qualité dès la conception.
- 4 - Abandonnez la règle des achats au plus bas prix. Cherchez plutôt à réduire le coût total. Réduisez au minimum le nombre de fournisseurs par article, en établissant avec eux des relations à long terme de loyauté et de confiance.
- 5 - Améliorez constamment tous les processus de planification, de production et de service, ce qui entraînera une réduction des coûts.
- 6 - Instituez une formation permanente pour tout le personnel de l'entreprise.
- 7 - Instituez une forme moderne d'autorité (le leadership) ayant pour but de faciliter le travail des hommes et des machines.
- 8 - Faites disparaître la crainte, pour que chacun puisse contribuer au succès de l'entreprise.
- 9 - Renversez les barrières entre les services. Le travail en équipe évitera les problèmes qui peuvent apparaître au cours de l'élaboration et de l'utilisation des produits.
- 10 - Supprimez les exhortations, les slogans et les objectifs qui demandent aux employés d'atteindre le "zéro défaut" et d'augmenter la productivité.
- 11 - Supprimez les quotas de production, la méthode dite "direction par objectifs" (DPO) et toute forme de management par les chiffres.
- 12 - Supprimez les obstacles qui empêchent les employés, les ingénieurs et les cadres d'être fiers de leur travail.
- 13 - Instituez un vigoureux programme d'éducation et d'amélioration personnelle.
- 14 - Mettez en oeuvre toutes les forces de l'entreprise pour accomplir la transformation.

Source : Association Française Edwards Deming

[www.fr-deming.org/les14.html](http://www.fr-deming.org/les14.html)



Synthèse des variables du modèle de <i>sensemaking</i> opérationnel		
Création de sens au poste de travail		
<b>Conditions de travail</b>	Poste de travail	Les conditions de travail sont-elles satisfaisantes ?
	Environnement	L'environnement de travail est-il satisfaisant ?
	Entreprise	Y a-t-il une relative égalité des conditions de travail ?
<b>Relations de travail</b>	Relations avec sa hiérarchie	Etes-vous satisfait(e) des relations que vous avez avec votre responsable hiérarchique ?
	Relations avec ses homologues	Les relations avec vos collègues sont-elles bonnes ?
	Relations avec ses subordonnés	Avez-vous le sentiment que vos subordonnés vous font confiance ?
<b>Faisabilité de l'activité</b>	Périmètre	Est-ce que mon activité est suffisamment explicite en terme de contenu et de périmètre ?
	Contraintes	Les contraintes opérationnelles ne sont-elles pas trop fortes ?
	Ressources	Les ressources allouées sont-elles en relation avec la tâche à réaliser ?
Création de sens dans l'entité		
<b>Métier</b>	Organigramme	Le positionnement de l'entité est-il jugé pertinent ?
	Compétences	Le métier est-il connu et reconnu ?
	Autonomie	Avez-vous une autonomie en relation avec les besoins de votre activité ?
<b>Contrôle</b>	Objectifs	Les objectifs sont-ils réalistes ?
	Ressources	Les ressources sont-elles en adéquation avec l'activité ?
	Adaptation au terrain	Le système de contrôle tient-il suffisamment compte des aléas de terrain ?
<b>Rétribution</b>	Financière	Avez-vous le sentiment d'être rémunéré(e) à votre juste valeur ?
	Symbolique	Avez-vous l'impression que l'on a de la considération pour vous et votre travail ?
	Sociale	Vous sentez-vous intégré(e) dans une équipe ? Vous y sentez-vous reconnu(e) ?
Création de sens dans l'entreprise		
<b>Stratégie</b>	Lisibilité	La stratégie de l'entreprise est-elle connue et comprise ?
	Faisabilité	La stratégie de l'entreprise est-elle considérée comme étant réalisable ?
	Créatrice d'envie	La stratégie est-elle porteuse d'un projet
<b>Image</b>	Fierté	Avez-vous un sentiment de fierté à travailler dans votre entreprise ?
	Interne	Avez-vous une bonne image du fonctionnement interne de l'entreprise ?
	Externe	Avez-vous l'impression que l'entreprise a une bonne image à l'extérieur ?
<b>Culture</b>	Existante	Existe-t-il une culture propre à notre entreprise ?
	Porteuse de valeurs	Notre culture est-elle porteuse de valeurs ?
	Dans les actes courants	L'entreprise sait-elle mettre en application au quotidien sa culture ?

### Questionnaire à destination des agents de stérilisation

Dans le cadre du mémoire de la formation de cadre de santé, j'ai choisi pour thème le management des cadres, qui est spécifique en stérilisation, et quels sont les moyens de motivation des équipes.

Merci de répondre à ce questionnaire qui est anonyme.

Je viendrai reprendre les questionnaires remplis le .....

Merci du temps que vous accorderez pour répondre à mes questions.

Jérôme Wuest.

#### 1. Profession

AS                       ASH                       IDE

IBODE                       Préparateur en pharmacie

Autres, précisez :

#### 2. Depuis combien de temps travaillez vous dans l'établissement ?

.....ans

#### 3. Depuis combien de temps travaillez vous en stérilisation?

.....ans

#### 4. Avez-vous travaillé dans d'autre service avant la stérilisation ?

Oui                       Non

#### 5. Si oui dans quels secteurs d'activités ?

Chirurgie                       Médecine                       Psychiatrie

Femme/enfant                       Personnes âgées                       Médico technique

Autres précisez :.....

#### 6. Votre prise de poste en stérilisation est le fait de :

Votre choix personnel

Une nécessité au regard d'une restriction physique

Un reclassement professionnel pour un autre motif

La volonté de la direction

Autre : précisez :.....

**7. aviez-vous des compétences ou formations particulièrement utiles en service de stérilisation à votre arrivée (qualité, hygiène...)?**

Oui Non

Si oui, lesquelles : .....

**8. Avez vous profité d'une formation agent de stérilisation ?**

Oui Non

**9. Selon vous quels sont les objectifs majeurs d'une stérilisation pour l'établissement? (notez les 5 prioritaires selon vous avec un score de 1=peu important à 5= important++)**

la satisfaction du chirurgien le patient

la reconnaissance du cadre de santé la rentabilité

le nombre de boites stérilisées l'hygiène

le respect des procédures s'adapter à la demande

**10. A quel moment vous sont présentés les objectifs et priorités du service ?**

Réunions Transmissions Jamais

Evaluation annuelle De façon informelle

Lors de votre accueil dans le service

**11. Quelle est votre perception de la place et du rôle de la stérilisation au sein de votre établissement ? (notez les par ordre d'importance : 1=peu important à 5=important++)**

une partie du bloc une organisation au service des patients

un prestataire pour les autres services de l'établissement ou externe

une unité à part entière une organisation de la pharmacie

une « unité usine » orientée que sur la technique

### 12. Pour vous personnellement la stérilisation représente :

Classez par ordre de priorité vos objectifs personnels (0 pas important, 5 primordial)

- |                                  |  |                                  |
|----------------------------------|--|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Hygiène | <input type="checkbox"/> Sécurité du patient | <input type="checkbox"/> Qualité |
| <input type="checkbox"/> Soins   | <input type="checkbox"/> « Rentabilité »     | <input type="checkbox"/> Normes  |

### 13. En un mot ou une phrase quel est votre objectif personnel majeur dans votre travail ?

14. Pour vous le cadre de santé doit apporter : cochez les 5 qui vous semblent les plus importantes

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Une expertise en hygiène                                   | <input type="checkbox"/> Des références en qualité        |
| <input type="checkbox"/> Des procédures structurantes                               | <input type="checkbox"/> Des objectifs techniques clairs  |
| <input type="checkbox"/> un sens commun à l'équipe                                  | <input type="checkbox"/> Gestion des conflits             |
| <input type="checkbox"/> Des formations   | <input type="checkbox"/> Une gestion efficace du matériel |
| <input type="checkbox"/> Interlocuteur du fournisseur                               | <input type="checkbox"/> Une reconnaissance               |
| <input type="checkbox"/> une motivation individuelle                                | <input type="checkbox"/> La fluidité du travail           |
| <input type="checkbox"/> D'être l'interlocuteur privilégié avec les unités clientes |   |
| <input type="checkbox"/> De veiller à l'adaptation du produit aux besoins du client |   |
| <input type="checkbox"/> Une garantie de sécurité au travail                        |   |
| <input type="checkbox"/> Gestion des plannings                                      | <input type="checkbox"/> Autres .....                     |

### 15. Vous travaillez en stérilisation, souhaiteriez vous travailler dans un autre service

- Oui  Non

si oui pourquoi ?

**16. Avez vous le sentiment d'appartenir à :**

- |                  |                              |                              |
|------------------|------------------------------|------------------------------|
| Une équipe       | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Un service       | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Un établissement | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

**17. Quels sont les facteurs qui interviennent dans votre motivation et votre engagement dans le service ?**

**18. Avez-vous l'impression qu'il vous manque quelque chose pour mener à bien votre mission au sein de la stérilisation, et si oui quoi ?**

- Oui      Non

**19. Si vous souhaitez ajouter des réflexions ou commentaires, merci de le faire ici.**

Merci pour votre participation.  
Jérôme Wuest.

### Questionnaire à destination des agents de stérilisation

Dans le cadre du mémoire de la formation de cadre de santé, j'ai choisi pour thème le management des cadres, qui est spécifique en stérilisation, et quels sont les moyens de motivation des équipes.

Merci de répondre à ce questionnaire qui est anonyme.

Je viendrai reprendre les questionnaires remplis le .....

Merci du temps que vous accorderez pour répondre à mes questions.

Jérôme Wuest.

#### 1. Profession

AS                      ASH                      IDE

IBODE                      Préparateur en pharmacie

Autres, précisez :

#### 2. Depuis combien de temps travaillez vous dans l'entreprise ?

.....ans

#### 3. Depuis combien de temps travaillez vous en stérilisation ?

.....ans

#### 4. Avez-vous travaillé dans d'autres stérilisations ?

Oui                      Non

#### 5. Avant votre poste en stérilisation vous travailliez dans ?

hôpital / clinique

autre entreprise de stérilisation

Autres précisez :.....

#### 6. aviez-vous des compétences ou formations particulièrement utiles en service de stérilisation à votre arrivée (qualité, hygiène...)?

Oui                      Non

Si oui, lesquelles : .....

#### 7. Avez vous profité d'une formation agent de stérilisation ?

Oui                      Non

**8. Selon vous quels sont les objectifs majeurs d'une stérilisation pour l'entreprise? (notez les 5 prioritaires selon vous avec un score de 1=peu important à 5= important++)**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> la satisfaction du chirurgien       | <input type="checkbox"/> le patient             |
| <input type="checkbox"/> la reconnaissance du cadre de santé | <input type="checkbox"/> la rentabilité         |
| <input type="checkbox"/> le nombre de boîtes stérilisées     | <input type="checkbox"/> l'hygiène              |
| <input type="checkbox"/> le respect des procédures           | <input type="checkbox"/> s'adapter à la demande |

**9. A quel moment vous sont présentés les objectifs et priorités du service ?**

- |  |  |                                 |
|--|--|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Réunions                              | <input type="checkbox"/> Transmissions       | <input type="checkbox"/> Jamais |
| <input type="checkbox"/> Evaluation annuelle                   | <input type="checkbox"/> De façon informelle |                                 |
| <input type="checkbox"/> Lors de votre accueil dans le service |  |                                 |

**10. Quelle est votre perception de la place et du rôle de la stérilisation au sein du système de santé? (notez les par ordre d'importance : 1=peu important à 5=important++)**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> un partenaire du bloc          | <input type="checkbox"/> une organisation au service des patients |
| <input type="checkbox"/> un prestataire de service      | <input type="checkbox"/> une entreprise commerciale               |
| <input type="checkbox"/> un service hospitalier déporté |   |

**11. Pour vous personnellement la stérilisation représente :**

Classez par ordre de priorité vos objectifs personnels (0 pas important, 5 primordial)

- |                                  |  |                                  |
|----------------------------------|--|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Hygiène | <input type="checkbox"/> Sécurité du patient | <input type="checkbox"/> Qualité |
| <input type="checkbox"/> Soins   | <input type="checkbox"/> « Rentabilité »     | <input type="checkbox"/> Normes  |

**12. En un mot ou une phrase quel est votre objectif personnel majeur dans votre travail ?**

**13. Pour vous le cadre de proximité doit apporter :** cochez les 5 qui vous semblent les plus importantes

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Une expertise en hygiène                                   | <input type="checkbox"/> Des références en qualité        |
| <input type="checkbox"/> Des procédures structurantes                               | <input type="checkbox"/> Des objectifs techniques clairs  |
| <input type="checkbox"/> un sens commun à l'équipe                                  | <input type="checkbox"/> Gestion des conflits             |
| <input type="checkbox"/> Des formations   | <input type="checkbox"/> Une gestion efficace du matériel |
| <input type="checkbox"/> Interlocuteur du fournisseur                               | <input type="checkbox"/> Une reconnaissance               |
| <input type="checkbox"/> une motivation individuelle                                | <input type="checkbox"/> La fluidité du travail           |
| <input type="checkbox"/> D'être l'interlocuteur privilégié avec les unités clientes |   |
| <input type="checkbox"/> De veiller à l'adaptation du produit aux besoins du client |   |
| <input type="checkbox"/> Une garantie de sécurité au travail                        |   |
| <input type="checkbox"/> Gestion des plannings                                      | <input type="checkbox"/> Autres .....                     |

**14. Vous travaillez en stérilisation, souhaiteriez vous travailler en milieu hospitalier**

Oui  Non

**si oui pourquoi et dans quel secteur?**

**15. Avez vous le sentiment d'appartenir à :**

- |                  |                              |                              |
|------------------|------------------------------|------------------------------|
| Une équipe       | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Un service       | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Un établissement | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

**16. Quels sont les facteurs qui interviennent dans votre motivation et votre engagement dans le service ?**



## Annexe VII

**17. Avez-vous l'impression qu'il vous manque quelque chose pour mener à bien votre mission au sein de la stérilisation, et si oui quoi ?**

Oui

Non

**18. Si vous souhaitez ajouter des réflexions ou commentaires, merci de le faire ici.**

Merci pour votre participation.  
Jérôme Wuest.

<b>Synthèse des questionnaires agents de stérilisation</b> <b>N= 49 exploitables / 79 distribués</b>
---

**1. Profession n=49**

	Para médicaux IBODE, IDE, AS,	ASH	Extra hospitaliers
	12 3	11	23
<b>total</b>	<b>15</b>	<b>11</b>	<b>23</b>

**2. Depuis combien de temps travaillez vous dans l'établissement ?****n=49**

	< 1 an	1 an à 5 ans	5 ans à 10 ans	> 10 ans
	4 3	9 18	4 5	6 0
<b>total</b>	<b>7</b>	<b>27</b>	<b>9</b>	<b>6</b>

**3. Depuis combien de temps travaillez vous en stérilisation ? n=49**

	< 1 an	1 an à 5 ans	5 ans à 10 ans	> 10 ans
	5 3	12 13	2 9	4 1
<b>total</b>	<b>8</b>	<b>25</b>	<b>11</b>	<b>5</b>

**4. Avez-vous travaillé dans d'autres services avant la stérilisation ? n=23**

OUI	NON
15	8

**5. Si oui dans quels secteurs d'activités ? n= 15 (plusieurs réponses/agents)**

Bloc opératoire	Chirurgie	Médecine	Soins a domicile	Extra hospitalier	Personnes âgées
2	4	6	1	7	6

### 4. Avez-vous travaillé dans d'autres stérilisations ? n=26

OUI	NON
13	13

### 5. Avant votre poste en stérilisation vous travailliez dans ? n= 26 (plusieurs réponses/agents)

Stérilisation		Industrie, commerce, restauration	Etudiant	Santé	ND
Hôpital/clinique	autres				
11	2	5	3	4	1

### 6. Votre prise de poste en stérilisation est le fait de : n= 23 (plusieurs réponses/agents)

choix personnel	volonté de la direction	nécessité au regard d'une restriction physique
17	5	3

### 7. aviez-vous des compétences ou formations particulièrement utiles en service de stérilisation à votre arrivée (qualité, hygiène...)? n=49

	OUI	NON
	13	10
	9	17
total	22	27

### Si oui, lesquelles n= 22

Formation initiale métier (AS, IBODE..)	Formation hygiène	BEP
4	5	2
1	6	2

### 8. Avez vous profité d'une formation agent de stérilisation ? n=49

oui	Non	ND
16	6	1
13	12	1

## Annexe VIII

9. Selon vous quels sont les objectifs majeurs d'une stérilisation pour l'établissement? (notez les 5 prioritaires selon vous avec un score de 1=peu important à 5= important++) n=44 (5 inexploitable)

satisfaction du chirurgien	le patient	reconnaissance du cadre de santé	rentabilité	nombre de boîtes stérilisées	l'hygiène	respect des procédures	s'adapter à la demande
64	104	42	37	47	108	105	83
47	79	25	9	17	88	84	44

10. A quel moment vous sont présentés les objectifs et priorités du service ? n=49

Réunions	Transmissions	Jamais	Evaluation annuelle	De façon informelle	accueil dans le service
10	22	0	7	4	10
12	16	3	8	2	4

11. Quelle est votre perception de la place et du rôle de la stérilisation au sein de votre établissement (au sein du système de santé)? (notez les par ordre d'importance : 1=peu important à 5=important++) n=44 (5 inexploitable)

partie du bloc	partenaire du bloc	organisation au service des patients	un prestataire	unité à part entière	organisation de la pharmacie	« unité usine »	entreprise commerciale	service hospitalier déporté
72		92	70	73	55	38		
	82	83	55				30	55

12. Pour vous personnellement la stérilisation représente :

Classez par ordre de priorité vos objectifs personnels (0 pas important, 5 primordial) n=44 (5 inexploitable)

Hygiène	Sécurité du patient	Qualité	Soins	Rentabilité	Normes
110	109	100	64	41	78
96	82	76	57	20	64

13. En un mot ou une phrase quel est votre objectif personnel majeur dans votre travail ? n=37/49

Qualité	Hygiène	Procédures	Patient	Evolution personnelle	Reconnaissance Personnelle	Aucune	Satisfaction client
5	5	2	4	4	3	0	2
8	2	2	2	5	1	1	1

**14. Pour vous le cadre de santé doit apporter :** cochez les 5 qui vous semblent les plus importantes **n= 49**

expertise en hygiène	9 12	Interlocuteur du fournisseur	1 0
références en qualité	9 13	reconnaissance	8 11
procédures structurantes	19 10	motivation individuelle	3 6
objectifs techniques clairs	4 7	fluidité du travail	2 11
sens commun à l'équipe	11 10	l'interlocuteur privilégié avec les unités clientes	4 1
Gestion des conflits	8 4	veiller à l'adaptation du produit aux besoins du client	2 7
formations	10 18	garantie de sécurité au travail	5 8
gestion efficace du matériel	3 12	Gestion des plannings	10 1
		Autres	1x respect

**15. Vous travaillez en stérilisation, souhaiteriez vous travailler dans un autre service (en milieu hospitalier) n=49**

OUI	NON
10 12	13 14

si oui pourquoi ?

Evolution de statut/carrière	Manque de reconnaissance	Autre stérilisation	Changement pour raison personnelle	Relation avec le patient	NR
5 3	2 1	2	1 1	3 1	1 5

**16. Avez vous le sentiment d'appartenir à : n =49**

	équipe	service	établissement
oui	22 20	22 9	17 16
non	0 4	0 7	4 1
NR	1 2	1 10	2 9

### Entretiens auprès des cadres de santé des services de soins.

Cet entretien s'effectue dans le cadre de mon mémoire d'IFCS, faisant fonction cadre de santé en stérilisation pendant trois ans, mon sujet est donc axé sur :

Quel type de management pour un service de stérilisation, quelle valeur commune pour fédérer une équipe pluridisciplinaire en stérilisation : la qualité, l'aspect commerciale, le sens du soins ?

1-Vous êtes cadre de santé depuis combien de temps ?

2-Quelle était votre formation initiale ?

3-Pourriez-vous me décrire rapidement votre équipe et le service dans lequel vous travaillez aujourd'hui ? : Nombre ? Qualification ? Issu de milieu hospitalier ?

4-De quelles formations vos équipes bénéficient lors de leur intégration pour acquérir les connaissances nécessaires au travail en stérilisation ?

5-Quelle place donnez vous à la « qualité » dans votre management de proximité ?

6-Quelle place donnez vous à l'aspect commercial dans votre management au quotidien ?

7-Quelle place donnez vous à la notion de soin dans votre management ?

8-Comment sont transmis les objectifs et politique de l'entreprise auprès des agents ?

9-Quels sont pour vous les objectifs majeurs et la politique que vous pensez transmettre à votre équipe ?

10-Pour vous quelles sont les attentes principales de votre équipe ? (Référence qualité ? , référence hygiène ?, aspect commercial avec transmission de données factuelles ?, aspect soin avec un sens au travail ?.....)

## Compte rendu entretien cadre de proximité stérilisation hospitalière n° 1

1-Vous êtes cadre de santé depuis combien de temps ?

FF Cadre de santé depuis 2 ans et en stérilisation depuis 9 mois

2-Quelle était votre formation initiale ?

IADE de formation depuis 15 ans j'ai pu appréhender les difficultés et les obligations d'un bloc opératoire avant ma prise de poste en stérilisation. C'est donc bien consciente des enjeux du partenariat de ces deux services que je suis arrivée en stérilisation.

3-Pourriez-vous me décrire rapidement votre équipe et le service dans lequel vous travaillez aujourd'hui ? : Nombre ? Qualification ? Issu de milieu hospitalier ?

Encadrement :

- Pharmacienne
- Moi FF cadre IBODE
- Une IBODE et un préparateur en pharmacie, responsables de l'accompagnement technique des agents ainsi que des relations avec le bloc
- 12 ASH
- 8 AS
- 2 IDE

Le recrutement se fait sur des critères de qualification autant que possibles en accord avec le cadre et la pharmacienne. Aujourd'hui rares sont les agents imposés en stérilisation par la direction ou la médecine du travail car le métier est devenu plus complexe et technique mais aussi physiquement éprouvant.

4-De quelles formations vos équipes bénéficient lors de leur intégration pour acquérir les connaissances nécessaires au travail en stérilisation ?

Les nouveaux agents de stérilisation bénéficient d'une **formation bonnes pratiques** en stérilisation, organisée en groupe une fois par an, elle est assurée par **une société extérieure** mais nous essayons qu'elle se passe sur l'hôpital. Les agents évalués par la pharmacienne (en collaboration avec la CDS) comme aptes à travailler sur les autoclaves reçoivent une **formation « conducteur d'autoclave »** soit effectuée par une **société extérieure** (en même temps que les bonnes pratiques si un nb d'agent minimum existe) sinon par la **pharmacienne** elle même.

Les nouveaux ASH dans l'établissement bénéficient de façon obligatoire d'une **formation hygiène** à leur intégration.

Il n'existe **pas de parcours de formation** pour le moment, il s'effectue au cas par cas.

La formation spécifique d'agent de stérilisation se fait sur la **base du tutorat** et d'une période où les agents sont doublés sur chaque secteur, évalués avant d'être considérés comme ayant les compétences nécessaires au poste.

**Des visites au bloc** sont organisées pour sensibiliser les agents aux contraintes de chacun.

Enfin, certaines formations spécifiques en recombinaison des PO sont accordées en fonction du plan de formation, et un agent par an assiste au congrès de stérilisation

### 5-Quelle place donnez vous à la « qualité » dans votre management de proximité ?

Le management par la **qualité est primordial, le contrôle, la traçabilité c'est le plus important.**

Je suis intransigeante à ce sujet, j'utilise donc le critère qualité et le management qualité au quotidien. Je **m'appuie dessus de façon journalière** aussi bien lorsque j'effectue le tour des secteurs que lorsqu'il y a des difficultés ou des erreurs lors des transmissions.

Mais je ne suis pas certaine que tout le monde soit « sensibilisable » à la qualité en stérilisation, selon moi il faut réfléchir au mode de recrutement **car le système qualité actuel nécessite des compétences accrues.**

### 6-Quelle place donnez vous à l'aspect commercial dans votre management au quotidien ?

Nous sommes un **prestataire de service**, nous **avons des clients**, d'autant plus que nous gérons la sous-traitance d'un autre établissement, nous nous devons **d'honorer nos engagements et les commandes passées avec les clients.**

C'est dans ces termes que j'utilise l'aspect commercial dans mon management, la pharmacienne elle aussi vient appuyer cette démarche et joue un rôle sur la sensibilisation des agents sur les **coûts de production** (gaspillage de produits, consommables...)

Je m'appuie souvent sur la **comparaison avec le commerce pour donner du sens à cet aspect commercial.**

A ce jour, je n'utilise **pas de suivi de productivité individuel.**

### è-Quelle place donnez vous à la notion de soin dans votre management ?

Etant IADE de formation j'ai la **volonté de garder cette notion de patient au cœur des débats.** Je leur dis que c'est **pour le patient avant tout** même si celui ci est invisible en stérilisation.

Il me paraît nécessaire de viser le zéro défaut pour **garantir la sécurité des patients** et j'essaie de leur transmettre ces valeurs, **les visites du bloc sont un outil, à mon sens, efficace** dans cette perspective.



8-Comment sont transmis les objectifs et politique de l'entreprise auprès des agents ?

C'est lors des **transmissions au quotidien, des réunions d'information** mais aussi de **façon plus informelle tous les jours** à travers les discussions que je fais passer ces différents critères.

Les formations sont aussi un lieu différent pour appuyer ces critères et ont l'avantage d'être prodiguées par une personne extérieure, ce qui peut avoir son importance dans l'esprit des agents.

9-Quels sont pour vous les objectifs majeurs et la politique que vous pensez transmettre à votre équipe ?

Pour moi la qualité reste principale, mais elle n'a qu'un seul but au final c'est le zéro défaut et donc la sécurité des patients.

En second plan, nous essayons de sensibiliser les agents à l'efficacité et surtout au non gaspillage.

10-Pour vous quelles sont les attentes principales de votre équipe ? (Référence qualité ? , référence hygiène ? , aspect commercial avec transmission de données factuelles ? , aspect soin avec un sens au travail ?.....)

L'équipe est surtout demandeuse d'un **cadre porte parole** à la fois auprès de la direction pour une **meilleure reconnaissance**, mais aussi auprès des différents partenaires et clients.

Ils attendent aussi une **gestion des plannings équitable et une gestion des conflits**.

## Compte rendu entretien cadre de proximité stérilisation hospitalière n° 2

1-Vous êtes cadre de santé depuis combien de temps ?

FF Cadre de santé de stérilisation depuis 7 mois

2-Quelle était votre formation initiale ?

IBODE, j'ai toujours travaillé dans cet établissement, tout d'abord en tant que FF IBODE pendant 12 ans puis IBODE pendant douze ans.

3-Pourriez-vous me décrire rapidement votre équipe et le service dans lequel vous travaillez aujourd'hui ? : Nombre ? Qualification ? Issu de milieu hospitalier ?

Encadrement :

- Pharmacienne et un assistant
- Moi FF cadre IBODE
- Un responsable de bonne exécution préparateur en pharmacie, référent de l'aspect technique de l'équipe
- 10 ASH en grande majorité recrutés spécifiquement pour ce service, ils ne prennent pas en charge la recomposition des plateaux opératoires.
- 1 IBODE et 1 AS rattachés aux blocs opératoires qui viennent effectuer la recomposition des PO en stérilisation, l'AS étant nominatif, les IBODE venant à tour de rôle.

4-De quelles formations vos équipes bénéficient lors de leur intégration pour acquérir les connaissances nécessaires au travail en stérilisation ?

Les nouveaux agents de stérilisation bénéficient **d'une formation assurance qualité ainsi que bonnes pratiques**, elles sont dispensées à l'extérieur par un **organisme de formation**.

La formation obligatoire de **conducteur d'autoclave s'effectue in situ par une société extérieure**.

Il existe un **parcours de formation** avec un encadrement à charge du responsable de bonne exécution. Des phases d'évaluations théoriques et techniques sont organisées par la pharmacienne en collaboration avec la cadre de santé et/ou le responsable de bonne exécution. Ces **évaluations sont des passages obligatoires** et nécessaires pour continuer la formation sur les différents postes et peuvent amener au départ du service s'ils ne sont pas validés.

La cadre de santé a aussi mis en place une formation/**visite au sein du bloc opératoire** pour chaque agent. Dans un objectif de découverte et de sensibilisation de la finalité des DM mais aussi des conditions d'une opération et une compréhension des non conformités.

### 5-Quelle place donnez-vous à la « qualité » dans votre management de proximité ?

Le management par la **qualité est le principal**, les suivis et les contrôles sont omniprésents, un suivi des indicateurs qualité est effectué de façon rigoureuse. Mais je pense que la qualité va plus loin que simplement remplir des indicateurs c'est réellement le fondement de ce service. peut importe où va le DM pour qui et pourquoi ce qui compte c'est que l'on puisse garantir qu'il est stérile en sortant de notre service.

De plus, le système qualité et les procédures rigoureuses permettent d'être rassuré et de travailler en confiance.

### 6-Quelle place donnez-vous à l'aspect commercial dans votre management au quotidien ?

C'est plus le pharmacien qui gère cet aspect mais on tient compte dans le quotidien de cet aspect et rapidement la question se pose en cas de baisse d'activité des blocs, notre activité diminuant en conséquence. Au final, nous allons bien lorsqu'il y a du travail car de cela dépend l'équilibre d'un service comme le nôtre.

Nous essayons de sensibiliser l'équipe à ces critères, pour autant à ce jour nous ne faisons pas de suivi individuel de la production.

### 7-Quelle place donnez vous à la notion de soin dans votre management ?

Le patient pour moi IBODE **reste dans le cœur de mes préoccupations**, c'est à la fois lors des programmations du bloc qu'il apparaît puisque je vérifie la cohérence des programmes opératoires avec le parc d'instrumentations ainsi qu'avec la capacité de traitement de notre service. Nous intervenons si besoin pour déplacer des patients et/ou prioriser certains DM dans notre production, dans un souci de **sécurité du patient**.

C'est aussi à travers **mon expertise IBODE que je transmets cette notion de patient et de soin** auprès de l'équipe lors d'explications sur l'utilisation des DM et lors d'explications sur le déroulement de certaines opérations.

### 8-Comment sont transmis les objectifs et politique de l'entreprise auprès des agents ?

C'est lors des staff quotidiens que nous transmettons les différentes informations, il existe aussi des réunions ponctuelles plus spécifiques sur des sujets nécessitant des explications, un recadrage, une nouveauté....

### 9-Quels sont pour vous les objectifs majeurs et la politique que vous pensez transmettre à votre équipe ?

## Annexe X

Pour moi la **qualité reste principale**, mon cursus IBODE me permet cependant de garder un **aspect soignant** et donc de le transmettre à l'équipe, pour autant dans notre stérilisation avec les processus et procédures existantes, je me pose la question de la nécessité de mon expertise qui au final n'a que peu de place pour s'épanouir. Un cadre administratif ne suffirait-il pas ?

10-Pour vous quelles sont les attentes principales de votre équipe ? (Référence qualité ? , référence hygiène ?, aspect commercial avec transmission de données factuelles ?, aspect soin avec un sens au travail ?.....)

Les équipes attendent de moi que je fasse **remonter les informations, gestion des plannings**, ils sont très demandeurs de **formations** et d'explications plus « soins » leur permettant de ne pas se sentir « enfermés » en stérilisation. Ils attendent de moi que j'aide à **l'amélioration des conditions de travail et de leur bien être**, et enfin une **ouverture vers d'autres secteurs** ou d'autres sté avec des visites dans d'autres stérilisations.

Le 02/05/2012

### Compte rendu entretien cadre de proximité stérilisation n°3

1-Vous êtes cadre de santé depuis combien de temps ?

Cadre de santé de bloc pendant huit ans et avant IBODE.

Cadre en stérilisation depuis plus de cinq ans.

2-Quelle était votre formation initiale ?

IBODE, j'ai donc connu l'organisation des stérilisations où c'était nous les IBODE qui descendions en stérilisation pour recomposer les boîtes et faire les réappro de consommables (vis, implants...), mais lorsque j'étais cadre j'avais notion que l'on pouvait donner les boîtes à refaire à des AS en leur fournissant les supports adaptés dans certaines stérilisations. Avec des listes justes et adaptées, ici maintenant c'est le rôle des coordinateurs.

3-Pourriez-vous me décrire rapidement votre équipe et le service dans lequel vous travaillez aujourd'hui ? : Nombre ? Qualification ? Issu de milieu hospitalier ?

Encadrement :

- Pharmacienne directeur de site
- Moi cadre IBODE
- Un adjoint qui vient de l'industrie, s'occupe des suivis des machines entre autres ce qui nous rend complémentaires
- Quatre chefs d'équipes
- 2 référents techniques, opérateurs plus qualifiés qui viennent de l'hospitalier et qui connaissent bien les blocs et le matériel

Quarante opérateurs sur les trois huit, la plupart ont été formés par nos soins à 100%, j'essaie de recruter des personnes qui ont déjà par exemple des notions de salles blanches (industrie micro informatique).

4-De quelles formations vos équipes bénéficient lors de leur intégration pour acquérir les connaissances nécessaires au travail en stérilisation ?

Je suis pour la polyvalence, je souhaite que les agents puissent travailler sur les deux zones : Tri et reconstitution, la troisième zone d'expédition ce sont des agents encadrement qualité (en général bac+2 dans des filières scientifiques) car ils sont responsables d'un certain nombre de contrôles (eau air etc )

Sur les postes de jour ils sont polyvalents, sur la nuit nous sommes en train de rendre polyvalent les différents agents.

Il existe un **parcours de formation** avec un livret de formation à leur arrivée, la **pharmacienne** leur fait une formation **théorique sur l'hygiène**, données générales de sté

Après nous pratiquons les *tutorats*, ils sont donc mis en binôme avec un ancien.

Puis des formations extérieures, avec des centres de formation pour une **partie théorique et une pratique** avec la manipulation des boîtes, **la conduite d'autoclave** et des notions de la manipulation des DM lors des interventions afin de permettre une meilleure **compréhension** et une meilleure **implication**.

De plus, ils ont des supports avec les logiciels comprenant beaucoup de photos.

La période de formation est opérateur dépendante, certains vont être capables de faire de la recomposition de boîtes simples de façon autonome au bout de trois mois, d'autres plus longtemps, on fonctionne par étapes.

Je les évalue, avec l'aide de certains de mes collaborateurs et chefs d'équipe, je leur délivre alors le badge pour être autonomes.

Les opérateurs sont envoyés en **stage au bloc**, pour les sensibiliser sur la **qualité** et le contexte d'une salle d'opération, afin de visualiser ce qu'il se passe dans un bloc opératoire.

Ça montre ainsi les risques et les difficultés pour les opérateurs lors d'erreurs dans les boîtes.

C'est souvent d'ailleurs quelque chose qui leur plait.

### 5-Quelle place donnez vous à la « qualité » dans votre management de proximité ?

Le management par la **qualité est l'essentiel**, nous avons une **qualité de service à assurer** et je m'appuie sur cela dans mon management. Cela commence dès le tri avec des procédures de signalement des manquants ou défectueux et jusqu'à la livraison, ce **principe de qualité reste primordial**. **D'ailleurs, l'aspect commercial et la sécurité du patient sont complètement dépendants des critères qualité que nous appliquons.**

Le système qualité permet d'uniformiser le plus possible nos pratiques et ainsi de **limiter les imprévus et donc de garantir un résultat uniforme.**

### 6-Quelle place donnez vous à l'aspect commercial dans votre management au quotidien ?

**L'aspect commercial intervient lors des difficultés** afin de prioriser les livraisons en accord avec les clients.

Ils sont **informés des aspects commerciaux**, ils ont des primes d'intéressement, s'ils font une erreur dans une boîte et qu'elle n'est pas conforme je dois alors rembourser le client et j'informe donc l'agent incriminé du coût de son erreur. Dans ces cas là, **je m'appuie en effet sur l'aspect**

**commercial afin qu'ils soient sensibilisés** que c'est l'entreprise qui les paie et que s'il n'y a pas de bénéfice il va forcément y avoir un problème.

**L'aspect commercial est un appui supplémentaire** si besoin surtout en cas d'erreur.

C'est une des différences avec les stérilisations d'hôpitaux car l'aspect économique est en jeu alors que à l'hôpital les erreurs au final sont plus des enjeux de pouvoir puisqu'ils finissent de toute façon tous dans le même compte, alors que nous **nous devons assumer financièrement directement nos erreurs** le cas échéant et ne pas assumer celles qui sont du fait des blocs opératoires. Nous n'effectuons **pas de suivi des productions individuelles**.

7-Quelle place donnez vous à la notion de soin dans votre management ?

En cas de problème **c'est le patient en premier**, on priorise alors les boîtes qui sont nécessaires pour l'intervention. Etant donné ma formation initiale **je suis forcément plus que sensible à la place du patient dans mon encadrement**.

Nous avons d'ailleurs fait des tentatives de positionner des personnes issues du milieu industriel comme encadrant et cela s'est avéré **peu efficace s'ils n'ont pas eux mêmes été, un certain temps avant sensibilisés aux valeurs du patient et des soins**.

**La notion de soins permet une meilleure adaptabilité et une meilleure compréhension du travail effectué.**

La stérilisation est différente d'une usine car il y a de l'imprévu tous les jours, en effet, les arrivées sont toutes différentes tous les jours et **la notion du soin et la compréhension du bloc permet de mieux s'adapter à cet imprévu afin de garantir la sécurité des patient en assurant des DM stériles**.

8-Comment sont transmis les objectifs et politique de l'entreprise auprès des agents ?

Lors **des réunions du service et lors d'erreurs** je vois alors les agents en entretien et si cela se reproduit une lettre d'observation, j'effectue alors une sensibilisation à ces valeurs.

9-Quels sont pour vous les objectifs majeurs et la politique que vous pensez transmettre à votre équipe ?

**Pour moi, la qualité et le patient sont les priorités mais il faut aussi que la société vive**. Pour moi ces deux valeurs **vont de pairs**. Nous sommes à mon sens **prestataires mais aussi partenaires de soin**. Je reste dans ma **logique soignante** et dans la logique des valeurs véhiculées par l'entreprise même s'il me faut conserver à l'esprit l'aspect commercial.

Le 19/04/12

## Annexe 28 : Programme de formation : connaissances théoriques de base en stérilisation

Thèmes	Objectifs
<b>GÉNÉRALITES SUR L'ORGANISATION DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ</b>	
Organisation des établissements de santé, publics et privés  Etablissements de soins publics : fonctionnement, organisation en pôles Etablissements de soins privés : structures	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Situer les établissements de soins (ES) dans l'organisation du système de santé : échelon départemental, régional, national : ARH, DDASS, DRASS, DHOS.</li> <li>◆ Connaître les différentes catégories d'établissements : CHR, CHU, CH, HL, CHS, établissements privés, lucratifs, non lucratifs, participant au service public...</li> <li>◆ Connaître les instances de décision et les instances représentatives et consultatives dans un ES : Directeur, CA, CME, CTE, CLINILS, CHSCT, COMEDIMS et leurs rôles respectifs.</li> </ul>
Financement des établissements de soins : dotations globales de fonctionnement, T2A Budget des ES : recettes – dépenses – investissement, fonctionnement	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Connaître les règles générales d'attribution des budgets suite à l'expression des besoins ; Etre sensibilisé au respect des moyens alloués ;</li> <li>◆ Acquérir des notions sur le coût des opérations de stérilisation.</li> </ul>
Certification des établissements de santé Rôle de la Haute Autorité de Santé	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Connaître la notion d'amélioration continue de la qualité des soins ;</li> <li>◆ Acquérir des notions générales sur les étapes de la certification (auto-évaluation, visite, rapport, recommandations et réserves...).</li> </ul>
Prévention du risque infectieux associé aux soins : objectifs nationaux, évaluation, indicateurs de qualité des établissements de soins : ICALIN.....	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Connaître le principe du suivi et les indicateurs pris en compte (par exemple consommation solutions hydro-alcooliques).</li> </ul>
Risque sanitaire, organisation des vigilances au sein des établissements de santé Pharmacovigilance Hémovigilance Matériovigilance	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Connaître l'organisation au sein des établissements et les responsabilités des professionnels en matière de déclaration ;</li> <li>◆ Connaître le système de déclaration des événements indésirables.</li> </ul>
Ressources humaines dans les établissements de santé publics, privés Métiers, fonctions et grades Personnels affectés dans les PUI Définition des fonctions : fiches de poste, responsabilités, délégations, habilitations  Formation  Secret professionnel, confidentialité	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Connaître les différents métiers, grades et statuts dans les ES ;</li> <li>◆ Connaître les catégories de personnel pouvant exercer dans une PUI, dans un service de stérilisation ;</li> <li>◆ Savoir comprendre un organigramme, une fiche de poste, une fiche de fonction ;</li> <li>◆ Connaître les droits et les devoirs de tout agent concernant la formation continue, son organisation dans les ES ;</li> <li>◆ Connaître les règles applicables à tout agent travaillant dans un établissement de soins.</li> </ul>
Risques professionnels, prévention et sécurité : - Risque biologique : accidents d'exposition au sang (AES)  - Risque chimique : toxicité aiguë, chronique, allergie  - Risque lié à l'utilisation d'appareils à pression de vapeur - Risques physiques : troubles musculo-squelettiques (TMS), bruit - Risque incendie	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Identifier les risques dans le contexte de l'activité de stérilisation et savoir se protéger ;</li> <li>◆ Connaître les vaccinations obligatoires et la conduite à tenir en cas d'AES ;</li> <li>◆ Connaître les équipements individuels de protection et savoir les utiliser : gants, masques, lunettes... ;</li> <li>◆ Connaître les règles d'utilisation et d'élimination des produits chimiques ;</li> <li>◆ Identifier les règles de sécurité concernant les stérilisateurs ;</li> <li>◆ Connaître les principes de prévention des TMS ;</li> <li>◆ Connaître les risques et la conduite à tenir.</li> </ul>



## Annexe 28 : Programme de formation : connaissances théoriques de base en stérilisation (suite)

Thèmes	Objectifs
<p>Objectifs et rôles de l'unité de stérilisation dans l'établissement de soins</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Notion de stérilisation centrale</li> </ul> <p>Prestations en interne, prestations effectuées pour des établissements tiers</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Relations fonctionnelles du service de stérilisation avec les autres services</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Identifier les principaux services et leurs exigences respectives :</li> <li>- prestataires de la stérilisation : direction des ressources humaines, direction des soins, affaires économiques, service technique, biomédical, service informatique...</li> <li>- clients de la stérilisation: blocs opératoires, services de soins...</li> </ul>
<p>Réglementation des activités de préparation des dispositifs médicaux stériles (DMS)</p> <p>Décret du 26 décembre 2000</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Missions obligatoires de la Pharmacie à Usage Intérieur</li> <li>- Missions optionnelles soumises à autorisation : stérilisation</li> </ul> <p>Inspection, autorisation de l'activité par l'ARH</p> <p>Bonnes Pratiques de Pharmacie Hospitalière (BPPH) – Arrêté du 22 juin 2001 – Ligne Directrice particulière n°1</p> <p>Décret du 23 avril 2002 - Système permettant d'assurer la qualité de la Préparation des DMS</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Connaître les principaux textes réglementaires concernant l'activité de stérilisation ;</li> <li>◆ Identifier le responsable du système qualité de la stérilisation.</li> </ul>
LES LOCAUX DU SERVICE DE STÉRILISATION	
<p><b>Organisation architecturale</b></p> <p>Principe de la marche en avant pour les dispositifs médicaux</p> <p>Circuit interne et externe, circulations</p> <p>Répartition des zones de production :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- zone «sale»</li> <li>- zones «propres»</li> </ul> <p>Zones annexes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Zones tertiaires</li> <li>- Zones sociales</li> <li>- Zones de stockage</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Décrire et commenter les circuits sur un plan du service de stérilisation ;</li> <li>◆ Décrire l'organisation des flux de personnes et matières ;</li> <li>◆ Comprendre les règles d'hygiène selon les zones.</li> </ul>
<p><b>Air</b> : caractéristiques attendues selon les zones. Contamination particulière et microbiologique</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Connaître la notion de zone protégée ;</li> <li>◆ Connaître les cascades de pression et les facteurs intervenant dans la qualité de l'air.</li> </ul>
<p><b>Eau</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Connaître les différentes qualités d'eau distribuées dans le service et leurs utilisations ;</li> <li>◆ Connaître les principes des systèmes de traitement d'eau.</li> </ul>
<p>Qualification des installations, maintenance, contrôles</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Connaître le principe des contrôles périodiques</li> </ul>
NOTIONS GÉNÉRALES D'ASSURANCE QUALITÉ	
<p>Système qualité</p> <p>Définitions concernant la qualité, notion d'assurance de la qualité</p> <p>Notion de processus</p> <p>Notion de «procédé spécial»</p> <p>Système documentaire et manuel qualité</p> <p>Conformité- Non conformité</p> <p>Action corrective</p> <p>Action préventive</p> <p>Enregistrements, traçabilité</p> <p>Indicateurs Qualité, amélioration continue de la qualité</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Connaître les documents du service, supports de traçabilité (papier, informatique...)</li> <li>◆ Comprendre une procédure, un mode opératoire... ;</li> <li>◆ Comprendre un logigramme ;</li> <li>◆ Savoir déclarer une non conformité repérée ;</li> <li>◆ Distinguer action curative, corrective et préventive ;</li> <li>◆ Connaître et mettre en oeuvre les documents et enregistrements ;</li> <li>◆ Comprendre un tableau d'indicateurs qualité.</li> </ul>

Annexe 28 : Programme de formation : connaissances théoriques de base en stérilisation (suite)

Thèmes	Objectifs
<b>RISQUE INFECTIEUX - HYGIENE</b>	
Microbiologie	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Connaître les différentes familles de microorganismes, et quelques germes impliqués dans des infections humaines : SARM, <i>aspergillus</i>, <i>pseudomonas</i>, VHB, VHC... ;</li> </ul>
Risque infectieux associé aux soins et principales sources de contamination : personnel, actes, patient lui-même, environnement, eau, dispositifs médicaux, mobilier, linge, déchets	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Connaître la définition d'infection associée aux soins et les facteurs de risques ;</li> <li>◆ Connaître la notion de réservoir et de vecteur.</li> </ul>
Risque lié aux agents transmissibles non conventionnels (ATNC) : nature, transmission, résistance aux procédés de traitement Circulaire n° 138 du 14 mars 2001	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Connaître le principe de l'inactivation des ATNC et les différentes procédures à appliquer selon l'évaluation du risque lié au patient et du risque lié à l'acte.</li> </ul>
Procédés de destruction des germes	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Connaître les principales méthodes de destruction des germes : méthodes physiques, chimiques ;</li> <li>◆ Connaître la résistance des germes aux différents procédés de destruction ou d'élimination ;</li> </ul>
Désinfection – stérilisation, état stérile Notion de «procédé spécial»	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Connaître les définitions de «état stérile», Niveau d'Assurance de Stérilité (NAS), stérilisation et la différence avec la désinfection.</li> </ul>
Prévention du risque infectieux lié aux soins : précautions standard	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Connaître les recommandations à appliquer pour tous les soins et pour tous les patients : tenue professionnelle, port de gants, hygiène des mains, entretien conforme du matériel de soins, entretien des locaux, circuit du linge, circuit des déchets, vaccinations ;</li> </ul>
Niveau de traitement requis pour les dispositifs médicaux en fonction du risque infectieux	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Connaître la notion de DM critique, semi-critique et non critique et le niveau de traitement requis (désinfection, stérilisation).</li> </ul>
Hygiène : hygiène personnelle	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Connaître les contaminations au niveau corporel et les règles d'hygiène individuelle dans la vie quotidienne et au travail ;</li> </ul>
Tenue professionnelle : dans l'hôpital, dans le service de stérilisation, respect des zones et des circuits	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Connaître la tenue dans chaque secteur de la stérilisation, les consignes concernant le comportement et les circuits ;</li> <li>◆ Savoir protéger sa tenue : tablier, gants, lunettes, masque... ;</li> </ul>
Hygiène des mains : lavage, désinfection, solutions hydro-alcooliques	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Connaître les procédures d'hygiène des mains à appliquer selon les zones et les activités.</li> </ul>
Entretien des locaux : procédés, matériels, produits Calendrier d'entretien, enregistrements Contrôles d'environnement	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Connaître les règles concernant l'entretien et le matériel ;</li> <li>◆ Connaître les procédures en vigueur, les produits et savoir les utiliser.</li> </ul>
Elimination des déchets	Connaître les différentes filières de déchets : ménagers, DASRI et savoir les utiliser

## Annexe 28 : Programme de formation : connaissances théoriques de base en stérilisation (suite)

Thèmes	Objectifs
<b>DISPOSITIFS MEDICAUX (DM)</b>	
<p>Réglementation concernant les DM (directive 93/42 CE) : Marquage CE, informations du fournisseur</p> <p>Notions de DM à usage unique, DM réutilisable, DM stérile</p> <p>Principaux matériaux constituant les DM à stériliser : métaux (inox, titane, aluminium) – alliages – polymères</p> <p>Connaissances générales de l'instrumentation et autres dispositifs médicaux réutilisables</p> <p>Connaissances des différentes familles d'instruments</p> <p>Fonctionnalité des instruments, risques d'altération : corrosion</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Savoir identifier un DM à usage unique, comprendre l'étiquetage d'un DM ;</li> <li>◆ Connaître les compatibilités et incompatibilités des matériaux avec les procédés de traitement : produits chimiques, procédés de lavage, paramètres de stérilisation ;</li> <li>◆ Connaître les règles à appliquer lors de la manipulation des dispositifs pour un traitement efficace et le respect de la fonctionnalité : ouverture, démontage... ;</li> <li>◆ Connaître les caractéristiques principales attendues selon la fonction des instruments et les points de vérification de la fonctionnalité ;</li> <li>◆ Connaître les mécanismes et les principaux facteurs de risque de corrosion ; connaître la conduite à tenir si un instrument est altéré.</li> </ul>
<b>ETAPES DU PROCESSUS DE PREPARATION DES DM STERILES 1 PRÉ DÉSINFECTION</b>	
<p>Définition et objectifs, responsabilité</p> <p>Mise en oeuvre de la pré-désinfection : produits utilisés, réglementation, normes d'activité, critères de choix</p> <p>Etapas de la pré-désinfection</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- tri et préparation des DM à pré-désinfecter</li> <li>- durée du trempage</li> <li>- rinçage final</li> <li>- enregistrement</li> </ul> <p>Préparation au transport : bacs, documents d'accompagnement</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Connaître les objectifs de la pré-désinfection Situer cette étape dans le processus, savoir qui le fait et où ;</li> <li>◆ Connaître les produits utilisés, les règles de bonne utilisation, les précautions d'emploi. Distinguer les produits détergents, désinfectants ;</li> <li>◆ Connaître les règles à respecter (démontage, ouverture, brossage..) ainsi que les caractéristiques des matériels qui ne doivent pas être immergés ;</li> <li>◆ Connaître les facteurs de risques en cas de procédure non-conforme ;</li> <li>◆ Savoir utiliser la fiche de liaison bloc-stérilisation.</li> </ul>
<p>Collecte et transport des DM :</p> <p>Les circuits et les flux dans l'hôpital, organisation de la collecte et du transport des DM</p> <p>Protection du matériel souillé et du matériel stérile</p> <p>Matériels de transport : bacs, chariots et véhicules de transport</p> <p>Entretien de ces matériels</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Connaître l'organisation des flux dans l'établissement de santé ;</li> <li>◆ Connaître les règles de protection des DM pour le transport selon le risque ;</li> <li>◆ Connaître les modalités et les équipements pour l'entretien du matériel de transport.</li> </ul>
<b>ETAPES DU PROCESSUS DE PREPARATION DES DM STERILES 2 RECEPTION, TRI, NETTOYAGE</b>	
<p><b>Réception, tri des DM</b></p> <p>Contrôles des DM réceptionnés accompagnés du document de liaison entre client et stérilisation</p> <p>Conduite à tenir en cas de DM nouveau ou inconnu</p> <p>Conduite à tenir en cas de signalement «risque Prion»</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Connaître les critères de contrôle (qualitatifs, quantitatifs) des DM arrivant en stérilisation ;</li> <li>◆ Trouver les informations dans une fiche technique d'un dispositif ;</li> <li>◆ Connaître la procédure à suivre.</li> </ul>

## Annexe 28 : Programme de formation : connaissances théoriques de base en stérilisation (suite)

Thèmes	Objectifs
<p><b>Nettoyage des DM</b> Définitions, objectifs</p> <p>Produits utilisés, réglementation, normes Notions de détergence, nettoyage, lavage, propreté, souillures, contamination résiduelle</p> <p>Prise en charge des dispositifs délicats à nettoyer : DM creux, complexes, microchirurgie</p> <p>Nettoyage manuel : - indications, mise en œuvre - accessoires de lavage Ultra-sons</p> <p>Nettoyage automatisé en laveur-désinfecteur : - principe de fonctionnement, paramètres des cycles, notion de désinfection thermique, qualification, normes - mise en œuvre : différents supports, préparation de la charge, déchargement</p> <p>Contrôles de propreté et siccité des DM Enregistrement</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Connaître les objectifs, situer cette étape dans le processus ;</li> <li>◆ Connaître les produits utilisés, les règles de bonne utilisation, les précautions d'emploi ;</li> <li>◆ Connaître les modalités de prise en charge correcte, savoir trouver les informations dans la documentation mise à disposition ;</li> <li>◆ Connaître les accessoires à utiliser pour le prétraitement et le lavage et savoir les entretenir ;</li> <li>◆ Connaître le domaine d'application des ultra-sons et les limites ;</li> <li>◆ Connaître le fonctionnement des automates de lavage, les différentes phases des cycles, les contrôles à effectuer, les bonnes pratiques d'utilisation ;</li> <li>◆ Connaître les risques liés à cette étape.</li> </ul>

### ETAPES DU PROCESSUS DE PRÉPARATION DES DM STÉRILES RECOMPOSITION DES PLATEAUX D'INSTRUMENTS DE CHIRURGIE

**NB : Cette partie concerne les agents en charge de la reconstitution des plateaux opératoires, en complément des autres thèmes**

<p><b>Contexte de l'activité chirurgicale</b> Les différents types de chirurgie Le bloc opératoire et ses acteurs Notion d'asepsie progressive au bloc opératoire</p> <p>Traçabilité au bloc opératoire</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Citer les différents types de chirurgies pratiquées aujourd'hui et les spécialités chirurgicales ;</li> <li>◆ Expliquer l'organisation d'une intervention chirurgicales (parcours du patient et rôle des différents acteurs) ;</li> <li>◆ Identifier le parcours du patient, du personnel et du matériel dans le bloc opératoire ;</li> <li>◆ Identifier les différentes catégories de matériel tracés et les contraintes qui en découlent.</li> </ul>
<p><b>Connaissance des instruments</b> Nomenclature, normes en vigueur Les différentes classes d'instruments et leurs fonctions Les moteurs chirurgicaux Les instruments de coelochirurgie Les ancillaires Les instruments de microchirurgie</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Reconnaître à quelle famille appartient un instrument générique ;</li> <li>◆ Connaître les caractéristiques fonctionnelles des différentes classes d'instruments et les points d'attention lors du remontage et de la vérification.</li> </ul>
<p><b>Organisation du travail de reconstitution</b> Principes de reconstitution Vérification de la propreté, de la fonctionnalité Tri par catégories Protection des instruments Rangement dans le panier ou le support</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Connaître les critères de vérification d'un instrument et la conduite à tenir en cas de défaut ;</li> <li>◆ Identifier les opérations de maintenance à effectuer : lubrification, vérification de la transmission de la lumière,... ;</li> <li>◆ Identifier les différentes étapes pour reconstituer une boîte ou un plateau selon les spécialités chirurgicales, savoir organiser son espace de travail.</li> </ul>
<p><b>Utilisation des supports d'aide à la reconstitution : logiciel informatique, traçabilité</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Connaître les principes de la traçabilité et savoir utiliser les outils informatiques mis à disposition.</li> </ul>

## Annexe 28 : Programme de formation : connaissances théoriques de base en stérilisation (suite)

Thèmes	Objectifs
<b>ETAPES DU PROCESSUS DE PRÉPARATION DES DM STÉRILES 3 CONDITIONNEMENT</b>	
<b>Définitions et objectifs du conditionnement</b> Définitions : système de barrière stérile, emballage de protection, emballage de transport Réglementation, normes	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Connaître le rôle du conditionnement ;</li> <li>◆ Situer cette étape dans le processus.</li> </ul>
<b>Les matériaux et systèmes d'emballage</b> - à usage unique (papier, non tissé, plastique, en feuilles ou sachets) - conteneurs réutilisables : description, caractéristiques, entretien, contrôles avant utilisation, maintenance Caractéristiques respectives, critères de choix  Recommandations de stockage des emballages avant mise en oeuvre	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Connaître les différents produits, les modalités d'utilisation et de stockage ;</li> <li>◆ Connaître les avantages et les inconvénients ;</li> <li>◆ Connaître les caractéristiques de DM à emballer ;</li> <li>◆ Connaître les critères de choix du type de conditionnement ;</li> <li>◆ Savoir trouver les informations du fournisseur sur les documents à disposition.</li> </ul>
<b>Mise en oeuvre du conditionnement</b> Techniques d'emballage à usage unique, réutilisable Fermeture de l'emballage : soudeuses, règles d'utilisation, entretien, maintenance  Contrôle de la fermeture de l'emballage  Etiquetage : règles, modalités Utilisation des logiciels de traçabilité Traçabilité, conduite à tenir devant la non conformité  Durée de péremption en fonction du mode de conditionnement, des moyens de transport et de stockage	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Connaître les risques liés au conditionnement ;</li> <li>◆ Connaître les consignes de mise en oeuvre ;</li> <li>◆ Connaître les règles d'utilisation des thermosoudeuses ;</li> <li>◆ Connaître les critères de conformité d'un emballage terminé ;</li> <li>◆ Connaître l'objectif et les mentions devant figurer sur l'étiquetage ;</li> <li>◆ Etre capable de calculer la date limite d'utilisation (DLU) en tenant compte d'un barème.</li> </ul>
<b>ETAPES DU PROCESSUS DE PRÉPARATION DES DM STÉRILES 4 STÉRILISATION À LA VAPEUR D'EAU</b>	
<b>Définition, principe</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Paramètres d'action sporicide</li> </ul> notion de valeur D, de valeur stérilisatrice	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Citer les objectifs de la stérilisation par la vapeur d'eau ;</li> <li>◆ Situer cette étape dans le processus.</li> </ul>
<b>Appareillage :</b> Principe de fonctionnement d'un stérilisateur, rôle des différents organes Notions sur la pression et la température Différents états de l'eau, échanges caloriques  Normes, réglementation Qualification des stérilisateurs, selon la norme NF EN 554 Cycles : caractéristiques selon les dispositifs à stériliser  Consignes de sécurité pour l'utilisateur et l'environnement Contrôles périodiques, maintenance, enregistrement	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Connaître le principe et le rôle des organes de fonctionnement d'un stérilisateur ;</li> <li>◆ Comprendre le déroulement des phases et les phénomènes physiques au cours d'un cycle de stérilisation ;</li> <li>◆ Connaître la notion de charge et diagramme de référence obtenus lors de la qualification ;</li> <li>◆ Maîtriser les risques liés à la conduite des stérilisateurs et être habilité à la conduite des autoclaves.</li> </ul>
<b>Chargement du stérilisateur et conduite d'un cycle en routine :</b> Vérification de la pénétration de la vapeur Charge : composition, volume, disposition Lancement d'un cycle et surveillance	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Connaître les contrôles préalables à la mise en route et leur périodicité ;</li> <li>◆ Connaître les règles de préparation des charges et les risques liés à cette étape ;</li> </ul>

## Annexe 28 : Programme de formation : connaissances théoriques de base en stérilisation (suite)

Thèmes	Objectifs
<p>Moyens de contrôle et mise en oeuvre :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- caractéristiques des indicateurs physico-chimiques, normes</li> <li>- objectif et fréquence des contrôles</li> <li>- enregistrement des paramètres physiques</li> </ul> <p>Traitement d'une non-conformité pendant le cycle</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Connaître les consignes ;</li> <li>◆ Connaître les objectifs des moyens de contrôle et savoir les utiliser ;</li> <li>◆ Connaître la conduite à tenir en cas de problèmes.</li> </ul>
<p><b>Déchargement du stérilisateur :</b></p> <p>Consignes de sécurité à respecter Quarantaine et refroidissement de la charge</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Connaître les mesures de sécurité et les opérations à effectuer en attente de validation.</li> </ul>
<p><b>Validation de la charge :</b></p> <p>Paramètres critiques, interprétation des paramètres du cycle Vérification des emballages : siccité, intégrité Enregistrement des contrôles Notion de libération paramétrique Non-conformités : conduite à tenir</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Interpréter et enregistrer les contrôles, lire et interpréter un diagramme (température, pression, temps) ;</li> <li>◆ Connaître les critères d'acceptation des paramètres du ressort de l'agent de stérilisation et la conduite à tenir en cas de non-conformité.</li> </ul>
<p><b>Libération de la charge :</b></p> <p>Objectifs, procédure Délégation de responsabilité : habilitation Enregistrements, dossier de stérilisation, archivage Non conformités et mesures correctives</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Connaître la procédure d'habilitation à libérer les charges stériles ;</li> <li>◆ Maîtriser les étapes de validation et libération d'une charge ;</li> <li>◆ Connaître la conduite à tenir en cas de problème.</li> </ul>
<b>ETAPES DU PROCESSUS DE PRÉPARATION DES DM STÉRILES (DMS) 5 STOCKAGE ET DISTRIBUTION</b>	
<p>Bonnes pratiques de stockage : recommandations concernant les locaux et les équipements</p> <p>Règles de rangement, rotation des stocks de DMS, consignes pour la manutention des objets stériles</p> <p>Préparation des commandes des clients, enregistrement, traçabilité</p> <p>Protection des DMS pendant le transport : emballages de protection, bacs ; suivi des conditions de stockage chez les services clients Conduite à tenir pour un DM périmé</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Connaître et comprendre les risques concernant le maintien de l'intégrité des emballages ;</li> <li>◆ Connaître les équipements destinés au transport interne et externe ;</li> <li>◆ Connaître les conditions de maintien de l'état stérile pendant le transport et les risques liés à cette étape ;</li> <li>◆ Savoir utiliser le logiciel de traçabilité ;</li> <li>◆ Connaître les règles concernant la distribution et le transport des DM stériles ;</li> <li>◆ Connaître et utiliser la procédure de retraitement des DMS arrivant à péremption.</li> </ul>
<b>AUTRES PROCÉDÉS DE STÉRILISATION</b>	
<p><b>Oxyde d'éthylène :</b> Principe, paramètres d'efficacité, moyens de contrôle Réglementation, normes Domaine d'application, limites Toxicité, désorption</p> <p><b>Peroxyde d'hydrogène et phase plasma :</b> Principe, paramètres d'efficacité, moyens de contrôle Réglementation, normes Domaine d'application, limites Préparation des DM, emballage</p> <p><b>Irradiation :</b> Principe, paramètres d'efficacité, moyens de contrôle Réglementation, normes Domaine d'application, limites Préparation des DM, emballage</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Connaître le principe, le domaine d'application, les avantages et les inconvénients par rapport à la stérilisation à la vapeur.</li> <li>◆ Connaître le principe, le domaine d'application, les avantages et les inconvénients par rapport à la stérilisation à la vapeur.</li> <li>◆ Connaître le principe, le domaine d'application, les avantages et les inconvénients par rapport à la stérilisation à la vapeur.</li> </ul>



42, Bd Jourdan 75014 PARIS - Tél 01.56.61.68.60 Fax 01.56.61.68.59

## Diplôme de cadre de santé

DCS@11-12

Mémoire

### TITRE DU DOCUMENT

La stérilisation : entre qualité, prestation de service et patient invisible, quel sens donner au management du cadre de santé

### AUTEUR

Jérôme WUEST

### MOTS CLES

Cadre de santé, management par la qualité, management commercial, management par le sens, pluridisciplinarité, formation, cadre expert, stérilisation

### KEY WORDS

Health manager, Total Quality Management, Commercial Management, Sensemaking, multi-disciplinary approach, training, staff management, sterilization

### RESUME

Infirmier pendant 11 ans, c'est lors de ma prise de fonction de faisant fonction de **cadre de santé** que j'ai découvert le monde de la stérilisation. Véritable entreprise dans l'enceinte de l'hôpital, mais aussi acteur majeur d'hygiène et de **qualité**, la notion de soins me paraissait primordiale à maintenir dans le **management** que je menais.

Composé d'équipes souvent pluridisciplinaires se pose la question du sens commun à donner dans ce service.

L'objet de ma recherche est donc de comprendre et définir des approches managériales par la qualité, **commerciale**, et par le **sens**. Puis de les confronter aux attentes des équipes.

Après une période de lecture et de documentation, suivi de la rédaction des concepts, j'ai fait le choix de confronter les hypothèses issues du cadre conceptuel à des questionnaires et entretiens auprès de deux stérilisations hospitalières et d'une société sous-traitante externalisée.

Cette recherche a mis en avant une volonté et l'attente d'un management par la qualité mais avec des notions d'hygiène, de sécurité et de patient comme sens commun aux équipes.

La **pluridisciplinarité** des équipes est, quant à elle, un atout pour la créativité des services, mais nécessite un cursus de **formation** établi, connu et reconnu. Se pose alors la question de l'émergence d'un nouveau métier permettant la reconnaissance des compétences spécifiques de ces acteurs.

### ABSTRACT

As a hospital nurse for eleven years, it is when I became an acting **Health Manager** that I discovered the world of sterilization. It is a real industry within the hospital precincts but also a major player in hygiene and quality, therefore the notion of care appeared to me to be paramount to maintain the **management** that I led.

Composed of multidisciplinary teams, it poses the question of how to take a common approach to deliver the service.

The purpose of my research is consequently to understand and to define the types of Management required, centred on quality, the **commercial aspects**, and **sensemaking**, then to adjust them to the team's expectations.

After having studied the literature and documentation on the subject as well as written concepts, I made the choice to compare the hypotheses raised from the conceptual framework with questionnaires and interviews in two hospital sterilizations departments and one subcontracting external company.

This research has raised the expectations of a total Quality Management approach with added concepts of hygiene; safety and patient care along with leadership of the teams.

The **multidisciplinary** approach of the teams is, come to that, an asset for the service's creativity, but a training course needs to be established, known and recognized.

This then poses the question of the emergence of a new role and the recognition of specific skills by these Staff groups.