

Maëlle GALLON

En quoi les procédures et la Gestion Electronique Documentaire contribuent au management d'un établissement médico-social ?

- *Enquête dans les Etablissements Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) du littoral du Pas-de Calais -*

Sous la direction de Danièle CARON

Mémoire de fin d'études de la 2^{ème} année de Master Management Sectoriel parcours Management des établissements médico-sociaux

Composition du jury :

Président de jury : Monsieur Stanislas WOCH, *Maître de conférence associé à l'ILIS.*

Directeur de mémoire : Madame Danièle CARON, *Responsable des soins au centre de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) Marc Sautelet à Villeneuve d'Ascq.*

3^{ème} membre de jury : Madame Nadège GROSJEAN, *Chargée de mission qualité évaluation à l'Association des Papillons Blancs de Dunkerque.*

Date de soutenance : Le 1^{er} Octobre 2018

REMERCIEMENTS

Tout d'abord, je remercie **Monsieur Stanislas WOCH**, *Maître de conférence associé à l'ILIS*, pour la présidence du jury, pour ses enseignements, ses conseils, son encadrement dans la méthodologie d'élaboration du mémoire.

Je remercie également Madame Danièle CARON, *Directrice des soins de l'établissement Marc Sautelet à Villeneuve d'Ascq*, pour m'avoir soutenue tout au long de ce mémoire en tant que directrice de mémoire. Un grand merci pour vos pistes de réflexions et votre disponibilité.

Je remercie vivement **Madame Nadège GROSJEAN**, *Chargée de mission qualité évaluation à l'Association des Papillons Blancs de Dunkerque*, d'avoir accepté d'être mon troisième membre de jury et ainsi, d'apporter un regard critique extérieur au travail accompli. Un merci tout particulier pour sa gentillesse et ses conseils avisés en tant que maître de stage.

Je souhaite par ailleurs, remercier **l'ensemble de l'équipe DAPH** du siège des papillons blancs de Dunkerque pour leur confiance et leur accueil au sein de leur service lors de mon stage de Master 2^{ème} année. Ce stage m'a permis de découvrir les multiples enjeux que représente la qualité dans les établissements médico-sociaux et m'a grandement inspirée pour ce mémoire.

Je tiens à remercier l'ensemble des **personnes ayant participé aux enquêtes** et l'ensemble des personnes **m'ayant accordée des entretiens**, pour les informations recueillies et les échanges enrichissants sans lesquels mon mémoire n'aurait pu voir le jour.

Je souhaite remercier **Madame Chantal CHABERT**, Documentaliste de la Bibliothèque Universitaire de Lille - Santé, pour m'avoir guidée vers des lectures en lien avec mon sujet et pour m'avoir soutenue tout au long de l'avancée du mémoire.

Je témoigne ma reconnaissance à **l'ensemble des intervenants** de la Faculté Lilloise d'Ingénierie et Management de la Santé (ILIS), pour les enseignements de qualités dispensés au cours de ma formation.

Un grand merci à **ma famille et mes proches** qui m'ont accompagnée, soutenue, et encouragée durant la réalisation de ce mémoire, en particulier à Marie-Anne, Colin, Marion, Marie-France, Eglantine et ma Maman pour leurs relectures et leurs conseils.

Enfin, je tiens exprimer ma plus sincère gratitude à **mon mari**, pour son soutien indéfectible depuis ma reprise d'études il y a deux ans. Toujours à mes côtés et compréhensif pendant ces années d'études, tu m'as permis de réaliser ce master en prenant le relais de l'intendance à la maison, en m'encourageant quand j'en avais besoin et tellement plus encore.... Merci.

Un dernier merci et pas des moindres à mes deux amours de garçons, **Esteban et Terrence**, qui ont fait de ces années un vrai challenge entre ma vie d'étudiante et ma vie de maman, mais dont chaque sourire m'a aidé à tenir.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	1
PARTIE I : Définition des termes et contexte historique	3
A. Histoire du management	3
B. L'évolution de la démarche qualité.....	8
C. La certification des établissements de santé.....	14
D. L'évaluation des établissements médico sociaux.....	16
E. Deux outils de la qualité : la GED et les Procédures.....	21
PARTIE II : Enquête auprès des Etablissements Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) du littoral du Pas-de-Calais	35
A. Contexte.....	35
B. Méthodologie	37
C. Les résultats de l'enquête	41
D. Mise en perspective	55
CONCLUSION	60
BIBLIOGRAPHIE	63
TABLE DES MATIERES	67
TABLE DES ANNEXES	70
GLOSSAIRE	108

INTRODUCTION

Lorsque j'ai débuté mon insertion professionnelle dans le secteur médico-social, j'ai tout de suite constaté qu'il existait un grand nombre de procédures écrites au sein des EHPAD¹.

Le plus surprenant était de voir que ces mêmes procédures se trouvaient dans d'énormes classeurs, dont le personnel ne savait apparemment pas toujours précisément ce qu'ils contenaient.

En approfondissant mes recherches, je m'apercevais même que certaines de ces procédures dataient de plusieurs années. De ce fait, une question me venait tout de suite à l'esprit : Ces procédures étaient-elles encore d'actualité ?

En posant la question au personnel sur la connaissance des procédures et leur utilisation, les réponses convergeaient dans le sens qu'ils connaissaient les procédures mais n'utilisaient pas le classeur dans lesquelles elles étaient répertoriées.

Cette expérience m'a amenée à me poser les questions suivantes :

- Pourquoi ce classeur est-il mis en place ?
- Le personnel connaît-il vraiment toutes les procédures contenues dans le classeur et les utilise-t-il ?
- Devons-nous forcément écrire et formaliser ces pratiques ? A quel moment avons-nous l'utilité de nous servir de ce classeur ?
- Y a-t-il une obligation réglementaire derrière cet usage et si oui laquelle ?
- Les établissements possèdent-ils tous autant de procédures ?
- Les professionnels participent-ils à l'élaboration de ces procédures ?
- Comment les professionnels perçoivent-ils cette formalisation ?

Autant de points qui m'ont donné envie de faire une recherche sur les raisons de cette pratique afin d'en comprendre le sens.

Ces différentes interrogations m'ont donc amenée à la problématique suivante :

« En quoi les procédures et la Gestion Électronique Documentaire contribuent au management d'un établissement médico-social ? »

¹ Etablissement Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes

L'hypothèse serait que « *les procédures et la Gestion Electronique Documentaire (GED) sont nécessaires, mais elles doivent être connues du personnel et utilisées à bon escient par les managers pour être efficaces* ».

L'objectif de ce mémoire est de répondre à notre problématique et de confirmer ou infirmer l'hypothèse.

L'enjeu serait de faire de ces procédures un véritable outil de management participatif.

La construction de ce mémoire a été faite à partir de recherches bibliographiques et d'informations recueillies lors d'une enquête réalisée auprès de professionnels d'EHPAD du littoral du Pas-de-Calais.

L'enquête s'est déroulée sous forme d'auto-questionnaire en ligne, diffusée dans les 48 établissements du territoire, auprès des personnels d'EHPAD. Des questionnaires en format papier ont également été distribués dans les établissements qui en ont fait la demande.

En parallèle du questionnaire, des entretiens ont été menés avec les encadrants de la démarche qualité dans les EHPAD afin de recueillir des données plus qualitatives.

Cela devait permettre de croiser les regards entre la volonté des managers d'une part et la perception du personnel d'autre part.

Dans un premier temps, nous présenterons les termes de notre problématique et plus particulièrement : l'histoire du management et l'évolution de la démarche qualité, les étapes d'élaboration de la GED et des procédures ainsi que les raisons pour lesquelles ces outils peuvent servir le management.

Dans un second temps, nous étudierons les résultats de l'enquête réalisée auprès de professionnels d'EHPAD du littoral du Pas-de-Calais. Ces résultats, mis en corrélation avec nos recherches bibliographiques confirmeront ou non l'hypothèse.

PARTIE I : Définition des termes et contexte historique

A. Histoire du management

1) Définition du Management

La première origine étymologique du mot manager vient du latin « manus », « la main ». En effet, la main a toujours été le premier outil de travail de l'homme. Le travail s'accomplit sous forme de gestes bien qu'aujourd'hui avec l'essor des métiers de service et l'outil informatique, l'importance du geste dans le travail ne soit plus aussi prédominant. Le geste du manager c'est celui qui traduit sa mission sous forme d'actes concrets et observables. C'est l'art de conduire une équipe pour la mener aux objectifs fixés. « Le management est un processus qui consiste à définir des objectifs et coordonner les efforts des membres d'un groupe pour pouvoir atteindre ces objectifs » [1].

Pour définir le management aujourd'hui, il apparaît essentiel de voir son évolution au cours du siècle passé.

2) Les grandes étapes de l'évolution du Management

C'est tout d'abord en Grande-Bretagne en 1870 qu'apparaît pour la première fois le terme de « management » puis aux Etats unis en 1910 avec l'organisation scientifique du travail : « the scientific management ».

C'est l'aire du Taylorisme, provenant de son inventeur, **Frederick Winslow TAYLOR**(1856-1915), ingénieur américain.

Le taylorisme préconise une analyse détaillée et rigoureuse des techniques de production (gestes, rythmes, cadences, etc.) afin de déterminer la « meilleure façon » (the one best way) de produire.

On suppose alors que la seule motivation du salarié est la rémunération.

Pour **Elton MAYO** (1880-1949), psychologue et sociologue australien, cette conception ne correspond pas à la réalité du fonctionnement humain et provoque des troubles physiques et psychologiques chez les salariés car le travail est rendu abrutissant et transforme les salariés en simples accessoires de la machine.

[1] Cours Fonction d'encadrement de Yannick BERTON, Directeur Adjoint de Stratélys, Enseignant à l'université ILIS

Il décrit dans ses recherches que les salariés sont plus efficaces lorsqu'ils se sentent valorisés et reconnus dans leur travail. D'après lui en négligeant la dimension humaine, le taylorisme s'expose à des limites.

C'est une enquête menée de 1927 à 1932, à l'usine Hawthorne de la Western Electric Company, qui fournit à MAYO l'occasion de fonder ses conceptions sur une démonstration empirique des mérites de la coopération sociale. Elle lui fait découvrir, contre toute attente, que les ouvriers sont plus sensibles à l'attention dont ils sont l'objet qu'à la modification de leurs conditions de travail.

La principale conclusion qui a été tirée de cette expérience formule le principe que porter intérêt aux salariés les incite à se surpasser.

Abraham MASLOW (1908-1970), psychologue américain, explique quant à lui, la motivation par la hiérarchie des besoins, souvent représentée par la suite sous la forme d'une pyramide.

Il décrit que les besoins élémentaires (physiologiques et de sécurité) doivent être satisfaits pour que la personne cherche ensuite à satisfaire les autres besoins d'ordre supérieur de façon à alimenter sans cesse les motivations.

Les différents besoins sont explicités ci-après dans la pyramide de MASLOW (cf. fig. 1).

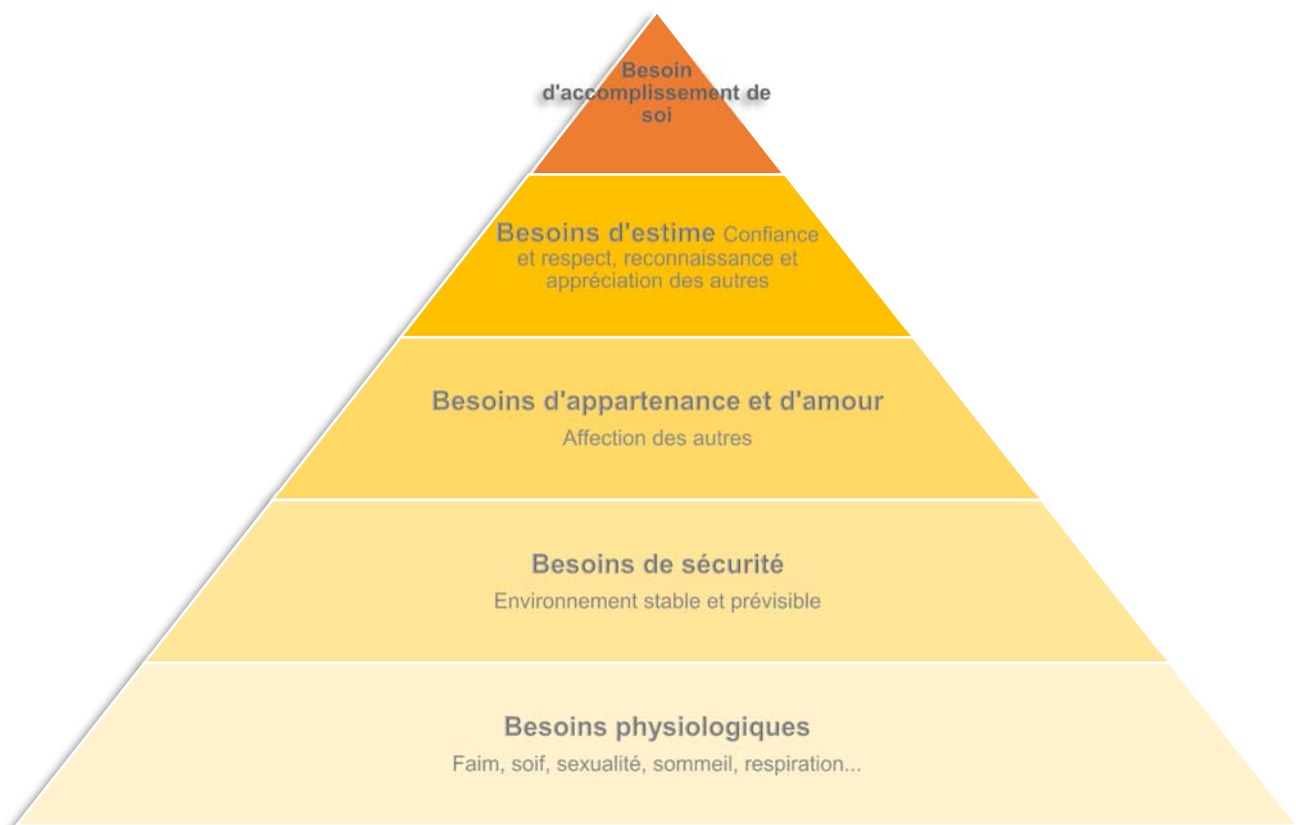


Figure 1 : La pyramide des besoins selon Abraham MASLOW (M. GALLON - 2018)

Un besoin d'ordre supérieur ne peut être satisfait que si les précédents le sont. Ainsi, pour appliquer ce modèle au monde professionnel, il faut d'abord une sécurité de l'emploi avec des salaires suffisants avant d'espérer motiver ses salariés par la reconnaissance.

MASLOW tient finalement un discours où les salariés sont considérés comme des êtres humains plutôt que comme des machines.

Il considère effectivement qu'il est possible que les salariés puissent se réaliser dans leur travail, pourvu que le management soit participatif comme le préconise également **Douglas Murray McGREGOR**, psycho-sociologue américain (1906-1964).

McGREGOR énonce en effet une théorie basée sur deux conceptions de l'autorité et du contrôle : la théorie X (management autoritaire) et la théorie Y (management participatif).

La théorie X repose sur le postulat selon lequel l'employé n'aime pas travailler. Il est improductif s'il n'est pas surveillé. Il ne travaille que sous la contrainte, voir la menace.

La théorie Y repose sur le postulat selon lequel l'employé aime travailler. Il a besoin d'autonomie, et sa créativité doit être libérée et suscitée.

Ainsi, McGREGOR partage l'idée avec MASLOW que la manière dont une organisation est dirigée résulte directement de la conviction de ses dirigeants

Dans le même esprit, **Peter Ferdinand DRUCKER** (1909-2005), professeur consultant Autrichien naturalisé Américain en 1943, éprouve la plus grande méfiance envers les théories macroéconomiques fondées sur la seule analyse des chiffres. Il a l'intuition que la dimension humaine joue un rôle essentiel. Devenu consultant, il ne cessera d'affirmer que les seuls facteurs qui font progresser une entreprise sont les hommes, de l'ouvrier au directeur.

C'est le premier à parler de Direction Par Objectif (DPO). La DPO consiste à fixer des objectifs quantitatifs et/ou qualitatifs, à atteindre au terme d'une période déterminée.

Voici comment DRUCKER envisage la fonction du manager :

Les 5 tâches fondamentales du manager	Contenu de l'objectif
Fixer les objectifs à atteindre	Par secteur et les communiquer à ceux dont la participation est essentielle.
Analyser les activités à organiser	Définir la structure de l'entreprise et sélectionner les responsables.

Motiver et communiquer	Le responsable doit le faire par son attitude, ses décisions, ses relations avec ses collègues, subordonnés et supérieurs.
Mesurer par des normes	Le directeur s'assure de disposer de mesures permettant d'apprécier la performance de toute l'organisation : il analyse, évalue, interprète les performances et communique ces informations.
Former le personnel	Responsabilité de se former et former les autres membres du personnel.

Figure 2 : Les 5 tâches fondamentales du manager selon DRUCKER ³

Pour motiver encore davantage les salariés, il convient de fixer avec eux des objectifs à atteindre plutôt que de leur assigner de manière directive des tâches d'exécution.

C'est ainsi que la DPO évoluera dans les années 1970 en Direction Participative par Objectif (DPPO) afin que les salariés soient invités à la détermination de leur objectif. Cela limite le risque d'établir de manière unilatérale, des objectifs irréalistes et/ou non motivants.

La négociation et la concertation portent à la fois sur la nature et le niveau des objectifs à atteindre, mais aussi et surtout sur les méthodes pour y parvenir.

Au XXI^e siècle, le management évolue encore. Après avoir pris en compte les salariés, c'est l'environnement qui est intégré au système de management.

Paul HERSEY (1931-2012), économiste, spécialiste en management et auteur américain, a développé la théorie dite du leadership situationnel (ou management situationnel).

Cette théorie met en avant qu'il n'existe pas de « bon » style de leadership mais qu'un leader doit adopter le style le plus adapté à la situation.

Il précise que l'objectif d'un leader consiste à accroître progressivement le niveau de maturité de ses collaborateurs afin de développer leur autonomie dans le travail. Il entend alors l'autonomie comme le croisement de la compétence (le collaborateur sait ou ne sait pas faire) et de la motivation (le collaborateur veut ou ne veut pas faire).

Ainsi quatre styles de leadership peuvent être utilisés en fonction de la situation : Directif ; Persuasif ; Participatif ou Délégatif.

³ Source : www.droit-compta-gestion.fr

Enfin, le dernier courant que nous aborderons pour situer le management de nos jours est celui de la théorie de la contingence structurelle portée par **Paul LAWRENCE** (1922-2011), sociologue américain et son assistant **Jay William LORSCH** (1932 -).

Ensemble ils étudient l'environnement comme une contrainte déterminante sur la structure et les performances d'une organisation.

Pour eux, la structure dépend également des buts que se fixent les dirigeants. Il n'y a donc pas de structure universelle s'adaptant à toutes les situations.

Ainsi, ils ont analysé l'incertitude de l'environnement d'une organisation et sa structure interne : « Plus le degré de certitude d'un sous environnement est fort, plus la structure devra être formalisée ».

C'est alors qu'il faudra prévoir des mécanismes d'intégration, c'est-à-dire des procédures qui coordonnent l'action.

D'une façon générale, la différence entre les sous environnements génère des structures différentes, comme l'illustre le tableau ci-dessous :

Complexité de l'environnement

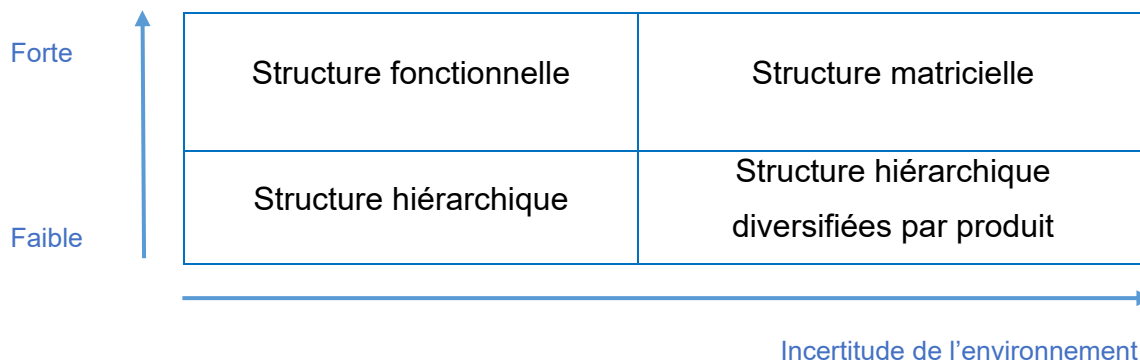


Figure 3 : Théorie de la contingence structurelle ⁴

Nous voyons qu'au fil des années, nous tendons vers le concept de management stratégique qui met en avant les conditions permettant aux entreprises de s'adapter à un environnement de plus en plus instable. C'est un style de management dans lequel les dimensions technico-économiques, organisationnelles et politiques sont prises en compte pour la réflexion, la décision et la mise en oeuvre.

⁴ Source : www.performancezoom.com



Figure 4 : Chronologie et évolution dans le management (M. GALLON - 2018)

Le management moderne d'une entreprise impose désormais d'évoluer dans un système complexe.

C'est un management de la confiance où le personnel peut trouver la force de se surpasser dès lors qu'il se sent participer au destin collectif.

Mais c'est aussi un management dans une entreprise qui constitue un système ouvert vivant en osmose avec son environnement externe et interne.

En synthèse de cette évolution du mot management au cours des XIX^e, XX^e et XI^e siècles, je terminerai par la définition de Rémi ENGELBRECHT dont j'ai particulièrement apprécié l'ouvrage qui met en parallèle le métier de guide de haute montagne et celui de manager : « manager c'est l'art de prendre soin de son équipe pour produire des résultats de manière durable » [2].

B. L'évolution de la démarche qualité

Intéressons-nous à présent à l'évolution de la démarche qualité qui fait écho à l'évolution du management que nous venons de développer.

Dans la figure ci-dessous, nous représentons l'évolution de la démarche qualité au cours du dernier siècle :



Figure 5 : Chronologie de l'histoire de la qualité (M. GALLON - 2018)

1) Contrôle qualité

L'évolution du concept Qualité est directement liée à l'évolution du monde industriel ainsi qu'à l'accroissement des exigences des clients.

[2] ENGELBRECHT R., 2008. *Faire la Trace*, PEARSON EDUCATION France, Paris.

Au départ, la qualité a émergé d'un besoin de référence, de normes.

Cela commence à l'ère industrielle où les Contrôles Qualité ont constitué le premier pas des démarches qualités.

De la même manière qu'aux Etats-Unis avec le Taylorisme, comme vu précédemment, en France, c'est **Henri FAYOL**, pionnier du management, qui explique en 1916 les principes de la gestion globale de l'entreprise dans un ouvrage « Administrer, c'est prévoir organiser et contrôler ».

Ainsi, la notion de contrôle existe déjà, y compris au sein de l'administration.

Pour en revenir au monde industriel, des vérifications a posteriori sont faites, afin de mettre sur le marché des produits avec zéro défaut. C'est le contrôle qualité.

A partir de 1941, la demande très forte de production auprès de l'industrie américaine va engendrer une amélioration des méthodes de contrôles et une généralisation des techniques de contrôles statistiques.

Avec cette méthode, la qualité des produits livrés est en hausse, mais la quantité de rebuts demeure élevée.

2) Assurance qualité

Suite à cette période, pour limiter les pertes, les contrôles sont désormais effectués en cours de fabrication afin de permettre d'adopter des actions correctives, dès que des écarts par rapport aux objectifs sont décelés. C'est la qualité par prévention.

Cette période correspond à celle de la recherche de la maîtrise des processus de production.

Une version simplifiée de la démarche qualité est élaborée et diffusée sous le nom d'Assurance qualité.

Il s'agit de prévenir et de détecter les problèmes de non qualité et de démontrer l'efficacité des mesures prises afin d'inspirer confiance au client par rapport à ses exigences.

En parallèle, vingt huit pays se réunissent à Londres pour évoquer la création d'une organisation internationale de normalisation afin de réfléchir à la manière d'unifier et rendre accessible la compréhension des normes par tous. Le 23 février 1947, l'ISO (Organisation Internationale de Normalisation), fait officiellement son apparition.

Au Japon, après la Deuxième Guerre mondiale et dans le cadre de la reconstruction de leur économie, l'amélioration de la qualité est un impératif.

Willam Edwards DEMING (1900-1993), professeur américain, participe à cette reconstruction et propose une méthodologie qui repose sur l'idée que la qualité peut être continuellement améliorée.

Ainsi, DEMING propose une méthode de quatre étapes, chacune entraînant l'autre, et visant à établir un cercle vertueux.

Il s'agit de la méthode PDCA (cf. fig. 6) :

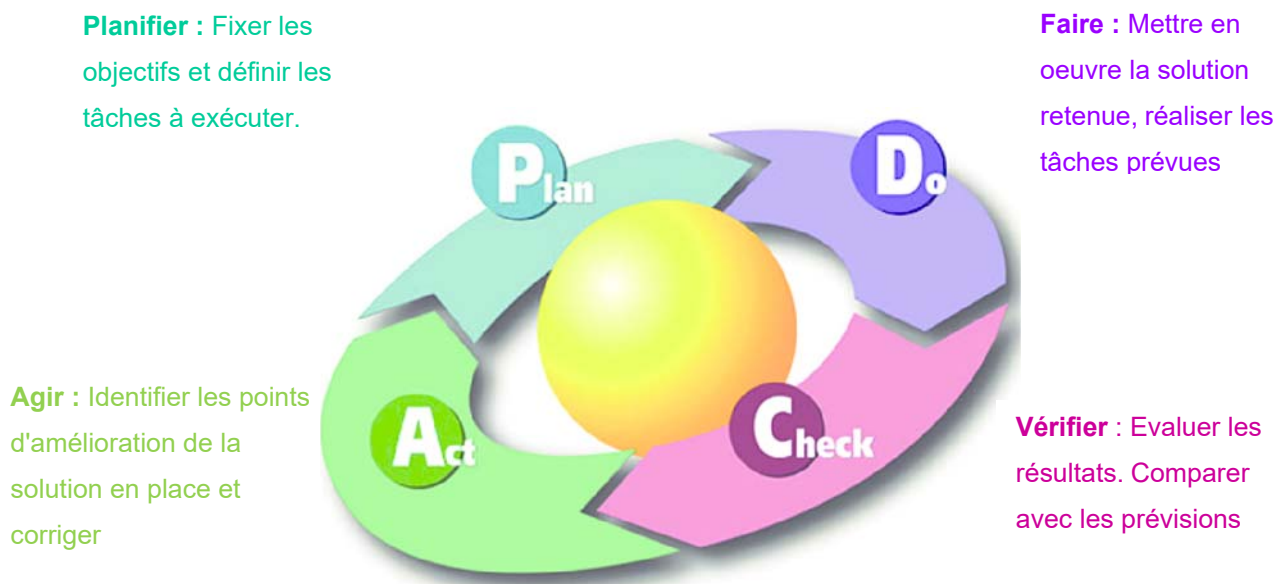


Figure 6 : La roue de Deming ⁶

Par ailleurs, le 3^{ème} point des 14 recommandations⁷ de DEMING, précise qu'il faut faire en sorte que la qualité des produits ne demande qu'un minimum de contrôle. Il faut intégrer la qualité dès la conception.

Inspiré, donc, des travaux de DEMING, Taiichi ONO, directeur de production chez Toyota développe en 1970 le Toyota Production System (TPS) pour répondre à la situation de pénurie de ressources et de clients de l'époque.

⁶ Source : www.webstrat.fr

⁷ Annexe I : Les 14 points de DEMING.

C'est également à cette période qu'apparaissent les cercles de qualité. Au sein des entreprises, en plein accord avec les décideurs, des groupes transversaux et pluriprofessionnels, sont constitués pour analyser et traiter les problèmes rencontrés. Cette approche s'est peu à peu structurée et institutionnalisée sous le terme d'amélioration continue de la qualité. Ce concept correspond à une démarche qualité progressive incluant un management participatif

En France, le déploiement de la démarche qualité a été tardif.

La démarche est perçue comme trop procédurière et l'importance de l'implication de la direction a été sous-estimée. Il faudra attendre les années 90 avant que la France se l'approprie.

Le TPS n'a cessé d'évoluer et le Lean management s'en est grandement inspiré. Le Lean management est une méthode de gestion de la production, qui se concentre sur l'amélioration continue et l'élimination des gaspillages, afin d'améliorer la valeur globale pour le client.

Il ne s'agit plus seulement d'assurer au client un certain niveau de qualité mais de lui promettre un futur meilleur pour l'amélioration continue du système.

Nous avons vu que si au départ, l'exigence de description des process semblait ne devoir s'appliquer qu'à l'automobile, l'application de la norme a été élargie à toute l'industrie et aujourd'hui également à la production de services.

3) Management de la qualité

A partir de 1990-2000, on parle de management de la qualité. C'est un mode de management centré sur la qualité, basé sur la participation de tous ses membres et visant au succès à long terme de l'organisme.

Le principal objectif est de satisfaire aux exigences des clients et de s'efforcer d'aller au-delà de leurs attentes.

C'est ce que propose la norme ISO 9001 : 2015 - *Management de la qualité* qui repose notamment sur les 7 principes suivants [3] :

[3] Site internet www.iso.org

- Orientation client (Répondre aux attentes des clients – et les dépasser)
- Leadership (vision claire portée par la direction)
- Implication du personnel
- Approche processus (Concevoir les activités comme des processus interdépendants)
- Amélioration (rechercher constamment les possibilités d'amélioration)
- Prise de décision fondée sur des preuves (évaluer et analyser les données)
- Management des relations avec les parties intéressées (tisser un réseau de relation notamment avec ses partenaires)

Les dirigeants établissent la finalité et les orientations, et créent des conditions dans lesquelles tout le personnel est impliqué, à tous les niveaux, pour atteindre les objectifs qualité de l'organisme.

Il faut tout d'abord identifier quels processus sont cruciaux au sein de l'organisme pour réaliser ses objectifs et répondre aux besoins de ses clients.

Chaque processus est étudié pour s'assurer que les exigences du client soient prises en compte et satisfaites.

Nous mettons en parallèle, dans la figure ci-dessous, l'histoire du management et celle de la qualité.

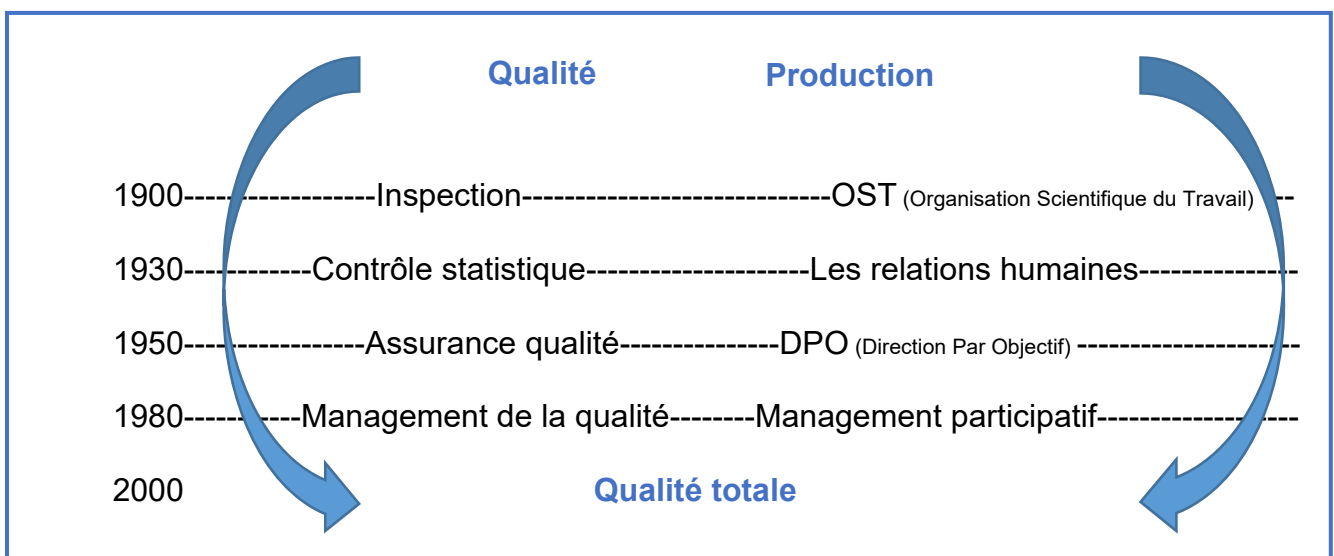


Figure 7 : L'histoire de la qualité s'inscrit dans l'histoire du management (M. GALLON - 2018)

Pour autant, le lien entre les exigences du client et sa satisfaction comporte une part de subjectivité et implique de distinguer plusieurs types de qualité selon le point de vue du client et celui des professionnels :

- la qualité attendue par le client se construit autour de ses besoins mais aussi de son expérience antérieure du produit ou du service ;
- la qualité perçue est celle qu'expérimente le client.
- la qualité prévue est formulée par l'entreprise sous forme de critères explicites à partir desquels il est possible d'apprécier la conformité de la qualité délivrée ;
- la qualité fournie est celle que reçoit réellement le client.

Entre ces quatre dimensions, des écarts existent. La démarche qualité vise à réduire ces écarts, afin d'obtenir le meilleur niveau de satisfaction des différentes parties prenantes.

L'écoute des clients doit permettre de réduire l'écart de conception (qualité attendue - qualité prévue), l'écart de perception (qualité perçue - qualité fournie) et l'écart de satisfaction (qualité perçue - qualité attendue).

L'écart de délivrance (qualité fournie - qualité prévue) est du domaine de la recherche de conformité assurée par les démarches d'amélioration des processus [4] .

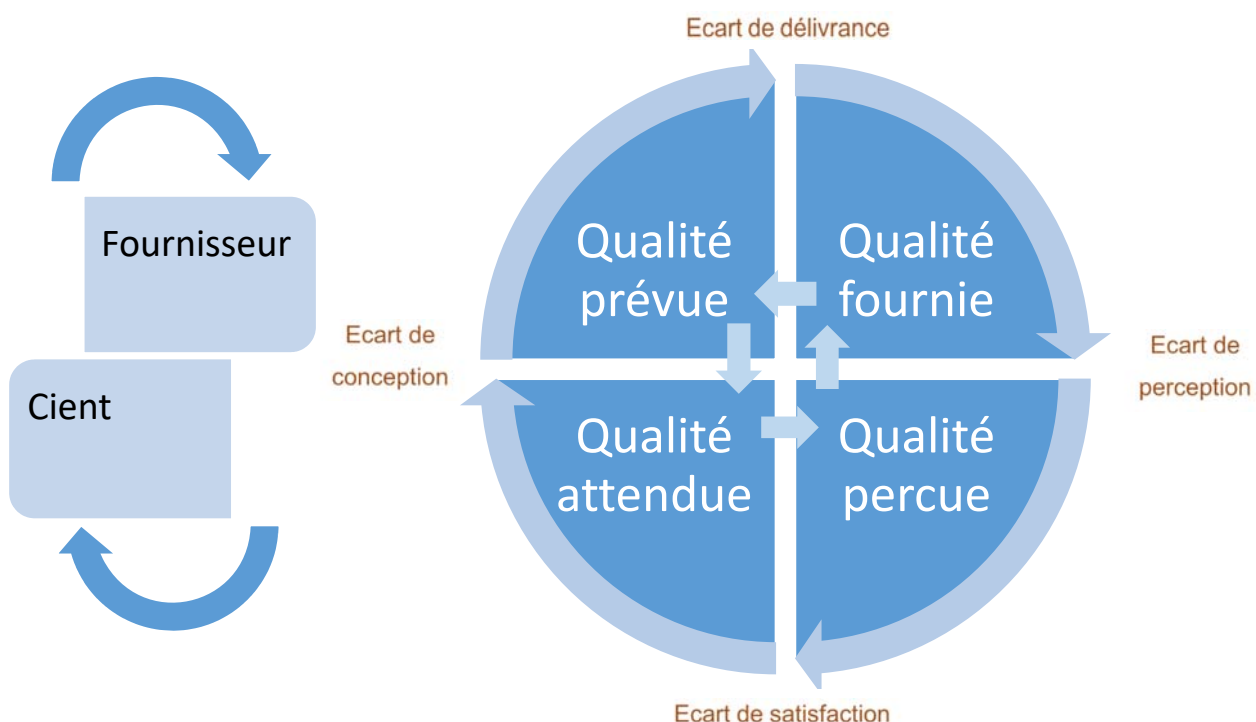


Figure 8 : Représentation des visions de la qualité du point de vu de l'entreprise et du consommateur

(M. GALLON - 2018)

[4] ANAES : Principes de mise en œuvre d'une démarche qualité en établissement de Santé - Avril 2002.

Le management de la qualité, signifie que l'entreprise met en arrière-plan de toute ses activités, cette dimension de prise en compte collective d'objectifs qualitatifs [5].

Raisonnement de cette façon revient à raisonner non pas de façon verticale (fonction par fonction), comme nous en avons l'habitude mais de manière transversale avec une orientation client.

La qualité constitue une des bases de la réussite des entreprises compétitives.

Pour faire aboutir une démarche de mise en œuvre de la qualité, il est indispensable d'avoir des équipes motivées, menées par un leader. Le leadership étant la personne qui fixe des buts à un groupe de personnes et les mobilise dans une action commune.

C. La certification des établissements de santé

Après cette introduction sur la définition du management et l'historique du concept de la qualité, faisons un point sur les possibilités de certification visant justement à améliorer la qualité.

La certification des établissements de santé (Hôpitaux et cliniques) est rendu obligatoire dès 1996 avec l'ordonnance no 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée dite « l'ordonnance Juppé »

En effet, l'article L. 6113-5 du Code de la santé publique stipule qu'« afin d'assurer l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, tous les établissements de santé publics et privés doivent faire l'objet d'une procédure externe d'évaluation dénommée accréditation ¹¹ ».

L'objectif clairement défini est d'améliorer la qualité et la sécurité des soins dans les établissements de santé par le biais d'une appréciation indépendante.

Dans cet objectif, l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) est créée. Elle sera rattachée à la Haute Autorité de Santé (HAS), autorité publique indépendante à caractère scientifique en 2004¹².

C'est elle désormais qui formule la certification des établissements de santé.

[5] BELLAÏCHE M., 2008. *Manager vraiment par la qualité*, AFNOR, La Plaine St-Denis.

¹¹ « Accréditation » : terme utilisé jusqu'à la création de l'HAS en 2004, puis transformé en « certification ».

¹² Loi du 13 août 2004 relative à l'Assurance maladie.

Cela signifie donc que l'État s'appuie sur la procédure de certification pour encadrer et contrôler la qualité de la prise en charge fournie par les établissements de santé.

La procédure de certification s'est adaptée aux exigences en matière de qualité et de sécurité des soins au fil du temps [6].

- La première procédure d'accréditation date de juin 1999. Cette première version est appelée V1 et son but était de promouvoir la mise en œuvre de la démarche.
- La deuxième version de la certification, appelée V2 est mise en place en 2005.

Elle va développer l'Evaluation des Pratiques Professionnelles (EPP).

- En 2010, la troisième itération introduit les Pratiques Exigibles Prioritaires (PEP).

Le critère 5c du manuel de certification V2010¹⁴ stipule qu'un dispositif de Gestion documentaire doit être mis en place, qu'il doit être connu par les professionnels, que ces derniers ont accès aux documents qui les concernent et que le système de mise à jour des documents est opérationnel. Ce dispositif doit être évalué et faire l'objet d'actions d'amélioration.

- La V2014 est la quatrième version de la procédure de certification. Son objectif est la maîtrise des risques. Elle utilise de nouvelles méthodes, notamment celles du « patient traceur » et de l'audit de processus.

Avec la V2014 apparaît également un nouvel outil nommé « compte qualité ». Grâce à cet outil, les établissements de santé envoient à la HAS un ensemble d'informations de façon dématérialisée. Le compte qualité est actualisable régulièrement et sa mise à jour est prévue au moins tous les deux ans.

- Bien que la V2014 soit encore utilisée actuellement, la cinquième version de la certification est déjà en cours d'élaboration et une phase de concertation avec les usagers et les professionnels est engagée. Les objectifs de la V2020 sont :
 - Médicaliser et mieux prendre en compte les résultats de la prise en charge en renforçant le travail en équipe et en tenant compte la pertinence des soins grâce au Programme d'Amélioration Continue du Travail en Equipe (PACTE) [7] ;

[6] Site de la Haute Autorité de Santé : www.has-sante.fr

¹⁴ Manuel de certification des établissements de santé V2010.

[7] PARIS HEALTHCARE WEEK 2018 – HOSPIMEDIA 30 MAI 2018, *La HAS va créer quinze groupes de travail spécifiques sur la certification V2020.*

- Simplifier l'ensemble du dispositif de certification ;
- S'adapter aux regroupements d'établissements publics et privés.

L'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins en établissements de santé va se poursuivre dans la région Hauts-de-France, grâce à la certification des établissements, comme le stipule le Schéma Régional de Santé (SRS) 2018-2023 adopté le 5 Juillet 2018 par arrêté¹⁶.

De la même manière que les établissements de santé sont soumis à la certification, les établissements sociaux et médico-sociaux sont soumis à une évaluation.

C'est ce que nous allons détailler à présent.

D. L'évaluation des établissements médico sociaux

Selon la Loi n° 97-60 du 24 janvier 1997, par l'introduction d'un nouvel article dans la Loi du 30 juin 1975¹⁷, les EHPAD doivent passer une convention pluriannuelle avec le Président du Conseil départemental et l'autorité compétente pour l'assurance maladie.

Ladite convention doit notamment, préciser « les objectifs d'évaluation de l'établissement et les modalités de son évaluation ».

Le cahier des charges détaillé dans l'arrêté du 26 Avril 1999 constitue alors la référence de base **[8]** .

Puis, la Loi du 2002-2 du 2 Janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale souhaite renforcer les droits des usagers. Elle rend obligatoire des documents, des instances, des procédures d'évaluation et crée pour cela une palette de dispositifs, visant à permettre une meilleure prise en compte de l'utilisateur, de ses besoins et de ses attentes.

Parmi les outils déployés, (Livret d'accueil ; Contrat de séjour ; Règlement de fonctionnement ; Conseil de vie social ; Charte des droits et de liberté ; Possibilité de recours à un médiateur), c'est « l'obligation d'évaluation » qui nous intéresse et que nous allons développer ci-après.

¹⁶ Quatrième orientation stratégique du Schéma Régional de Santé (SRS) Hauts de France 2018-2023 : « *augmenter le taux d'établissements de santé certifiés par l'HAS en A ou en B* ».

¹⁷ article 5-1 dans la loi du 30 juin 1975.

[8] Arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévue à l'article 5-1 de la loi N° 75-535 modifiée du 30 Juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales.

1) L'évaluation interne et externe

a) Contexte réglementaire

Tout comme pour le secteur sanitaire, pour obtenir une autorisation, la législation impose aux Etablissements Sociaux et Médico-sociaux (ESMS) deux types d'évaluations : interne et externe.

La première est menée par l'établissement lui-même, alors que l'évaluation externe est réalisée par des organismes habilités par l'Agence Nationale de l'Evaluation de la qualité des établissements et Services sociaux et Médicosociaux (ANESM).

En effet les Etablissements Sociaux et Médico-sociaux doivent pratiquer et transmettre à l'autorité ayant délivré l'autorisation, une auto-évaluation tous les 5 ans.

Ce délai peut être porté à la date de la révision de leur contrat pour les ESMS qui ont conclu un contrat pluriannuel [9].

Une évaluation externe doit être réalisée tous les 7 ans.

L'ANESM, créée en 2007 par la Loi de financement de la sécurité sociale, avait deux grandes missions

- Produire des recommandations de bonnes pratiques professionnelles
- Habilitier les organismes réalisant l'évaluation externe des ESMS

L'évaluation interne repose sur une démarche continue retracée dans le rapport d'activité des établissements.

A la suite de l'évaluation interne, les EHPAD²⁰ sont tenus de procéder à deux évaluations externes entre la date de l'autorisation et le renouvellement de celle-ci (art. L312-8 du CASF).

Pour fournir des repères, aux professionnels des EHPAD chargés de conduire ou de participer aux démarches d'évaluation interne, l'ANESM produit notamment, à titre d'appui, la recommandation de bonnes pratiques suivante : « *L'évaluation interne : repères pour les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes* ».

L'objectif de ce livret est d'apporter des précisions méthodologiques qui permettront d'enrichir les démarches engagées et d'aider les professionnels.

[9] art. 312-8 du CASF.

²⁰ Comme tous les autres établissements et services mentionnés à l'article L.312-1 du CASF.

Si au départ chaque établissement a dû construire sa propre grille d'analyse, comme l'énonce Philippe JOURDY, secrétaire général de la Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne privés non lucratifs (FEHAP) « *ce premier essai a eu un côté pédagogique incontestable, il a permis aux uns et aux autres de s'emparer de la démarche d'amélioration continue de la qualité* » [10].

Qu'elle soit externe ou interne, l'évaluation a pour but de mesurer à intervalles réguliers et à l'aide d'un référentiel, le niveau d'atteinte des objectifs que l'établissement s'est fixé.

Les deux types d'évaluations (interne et externe) portent sur les mêmes champs afin d'assurer la complémentarité des analyses portées sur un même établissement et de fait, pouvoir apprécier les évolutions et les effets des mesures prises pour l'amélioration continue du service rendu.

La raison pour laquelle nous parlons ici de l'évaluation des ESMS est que c'est souvent à cette occasion que les preuves documentaires, et notamment les procédures, sont demandées comme nous le verrons ultérieurement.

b) De l'Anesm à la HAS

Le 1^{er} Avril 2018, la fusion de l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (Anesm) et de la Haute Autorité de Santé (HAS) est validée [11].

Le premier enjeu est d'améliorer l'articulation entre le social, le médico-social et le sanitaire. Au mois de juin 2018, deux décrets d'application précisent les modalités de fonctionnement de la commission de l'évaluation et de l'amélioration de la qualité des établissements et services médico-sociaux et les officialisent :

- Le Décret n° 2018-467 du 11 juin 2018 : Ce décret prévoit notamment de retirer du Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF) toutes références à l'Anesm dans les activités des ESMS et de les remplacer par la mention HAS [12].

[10] ASH, 30 mars 2018 : *évaluation et qualité : les nouvelles ambitions de la HAS*, Actualité Sociale Hebdomadaire n° 3054.

[11] art. 72 de la LOI n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018.

[12] Décret n° 2018-467 du 11 juin 2018 relatif à l'intégration de l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM) au sein de la Haute Autorité de santé (HAS).

- Le Décret n° 2018-465 du 11 juin 2018 : Ce décret fixe les modalités d'organisation de la nouvelle commission réglementée de la HAS relative à l'évaluation et à l'amélioration de la qualité dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux. Elle se compose de 25 membres titulaires et doit établir ou diffuser les procédures, références ou recommandations de bonnes pratiques pour les ESMS [13].

Le champs de la Haute Autorité de santé s'élargit donc aux champs sociaux et médico-sociaux et envisage ainsi la santé dans sa globalité.

La fusion des deux organismes était en préparation depuis longtemps puisqu'un rapport de l'Inspection Générale des Finances (IGF) de 2012 avait déjà souligné des missions communes et avait dégagé des propositions de mutualisation.

Une mission d'étude du dispositif d'évaluation interne et externe avait également été commandée aux inspecteurs généraux des affaires sociales (Igas) en 2016 [14].

Les conclusions de cette étude mentionnaient que s'il était important de conserver le dispositif d'évaluation interne et externe instauré par la loi de 2002, il fallait également le faire évoluer. A ce titre et parmi une douzaine de recommandations, l'Igas évoque un cadre minimum commun de référence pour l'évaluation interne adapté à chaque catégorie d'établissements.

Suite à ce constat, en 2018, Véronique GHADI, nommée à la tête de la nouvelle direction de la qualité de l'accompagnement social et médico-social (Diqasm), annonce qu'il y aura un référentiel commun aux ESMS. Un nouveau dispositif est envisagé pour 2020, en articulation avec la certification des établissements de santé [15].

De ce fait, la démarche en elle-même semble être bien appropriée maintenant.

[13] Décret n° 2018-465 du 11 juin 2018 relatif à la commission mentionnée à l'article L. 312-8 du code de l'action sociale et des familles.

[14] HOSPIMEDIA – 12 Juillet 2017 : *L'Igas conforte le dispositif d'évaluation externe et interne des ESSMS avec modifications.*

[15] PARIS HEALTHCARE WEEK 2018 – HOSPIMEDIA :

- 31 Mai 2018, *La HAS est en capacité de répondre "dans la continuité et sans rupture" aux missions de l'Anesm.*
- 05 Avril 2018 *Véronique Ghadi pilote la nouvelle direction sociale et médico-sociale au sein de la HAS*

La prochaine harmonisation des référentiels permettra quant à elle de mieux évaluer chaque structure. Le nouveau référentiel est prévu pour comprendre un socle commun à toutes les structures médico-sociales et des volets spécifiques pour chaque type d'établissement ou service

Il faudra par ailleurs garder à l'esprit les spécificités des structures médico-sociales car une transposition du dispositif sanitaire serait inappropriée.

2) La certification par l'ISO dans le secteur sanitaire et médico-social

L'ISO (Organisation Internationale de normalisation) est une organisation internationale, indépendante composée de 161 pays membres.

Plus de 22 136 Normes²⁷ internationales d'application volontaire, sont publiées dans presque tous les domaines et servent de base de référence pour assurer la qualité voulue.

La norme qui nous intéresse particulièrement est celle relative au management de la qualité. La première norme à ce sujet qui paraît en 1987, est connue pour son caractère procédurier : "on écrit ce que l'on fait et on fait ce que l'on écrit".

Aujourd'hui, cette notion est dépassée et d'ailleurs la norme ISO 9001 a été réexaminée à plusieurs reprises afin d'évoluer pour aboutir à sa 5^{ème} version : la norme 9001 : 2015

On est ainsi passé d'une norme papier dans des classeurs à une aide au pilotage de l'organisation pour gagner en efficacité et en productivité.

La norme ISO 9001 : 2015 aide les entreprises et organismes à gagner en efficacité et à accroître la satisfaction de leurs clients.

La certification permet d'attester de l'efficacité d'une organisation et permet de gagner la confiance non seulement des usagers et des autorités de contrôle, mais aussi du personnel. Le décret du 30 Janvier 2012 précise que l'organisme qui procède à l'évaluation externe peut prendre en compte la certification obtenue par l'établissement, sous réserve d'un certains nombres de conditions **[16]**.

Pour autant, l'établissement n'est pas dispensé de ses obligations prévues à l'article L312-8 comme vu précédemment.

²⁷ www.iso.org

[16] Décret n° 2012-147 du 30 janvier 2012 relatif aux conditions de prise en compte de la certification dans le cadre de l'évaluation externe des établissements et services sociaux et médico-sociaux.

Ainsi une certification ISO sera prise en compte dans l'évaluation externe mais en aucun cas ne pourra la remplacer.

Parmi les points qui ne manqueront pas d'être évalués, nous pouvons citer la maîtrise des informations documentées comme le stipule l'article 7.5.3 de la norme ISO 9001 : 2015.

Nous allons à présent développer plus en détail cet aspect.

E. Deux outils de la qualité : la GED et les Procédures

Afin de mieux appréhender notre sujet, il est essentiel de définir les mots clefs de notre problématique : Gestion Electronique Documentaire et Procédures.

1) La Gestion Electronique des Documents (GED)

a) Définition de la Gestion Electronique Documentaire

Chaque entreprise dispose de très nombreux documents. Il est parfois difficile de mettre de l'ordre dans ces dossiers et de les tenir à jour. La Gestion électronique documentaire permet de gérer cet aspect de manière automatique dès lors que le système a été paramétré. Elle permet d'organiser et gérer des informations au sein d'une organisation.

En effet, la Gestion Electronique des Documents permet de gérer les flux de documents qui entrent, sortent ou circulent au sein de l'entreprise.

Dans le cadre de la maîtrise documentaire attendue par la norme ISO 9001, l'entreprise doit définir et respecter les modalités d'élaboration, de codification, de diffusion, de gestion des versions périmées des documents ainsi que les modalités de conservation (accessibilité, durée, lieux) des enregistrements.

En 2013, les archives de l'Etat de Genève ont publié une politique de gouvernance des documents électroniques dans laquelle on trouve une définition intéressante : la GED est un « *terme qui désigne une application visant à organiser et gérer des documents numériques au sein d'un organisme à travers des fonctions de gestion des métadonnées, de classement, de stockage, d'accès (navigation et recherche) et de consultation. Elle peut également prendre en compte les durées d'utilité légale et administrative ainsi que le sort final (destruction ou transfert aux archives définitives) du document, ce qui facilite la gestion de celui-ci durant son cycle de vie* » [17].

Selon le dictionnaire de l'informatique et d'internet, la GED est un logiciel qui assure l'intégration de documents issus de sources diverses, leur identification (indexation), leur

[17] Site des archives de l'Etat de Genève.

archivage (stockage), leur restitution (consultation), leur administration (diffusion et supervision) et leur sécurité (physique et niveaux de confidentialité) » **[18]** .

Nous voyons bien à travers ces différentes définitions que les mêmes notions ressortent.

La Gestion documentaire (généralement électronique) est un moyen de coordonner la mise au point, la révision, le contrôle et la diffusion de documents qualité, sécurité ou environnement tout au long de leur cycle de vie **[19]**.

La norme ISO 9001 : 2015 prévoit qu'il faut « Inclure les informations documentées et choisir les informations documentées jugées nécessaires pour l'efficacité du Système de Management de la Qualité ³² ». Cela signifie que les informations documentées doivent être maîtrisées. Il s'agit notamment d'être en mesure d'utiliser des informations ou des documents à jour et lorsque ceux ci doivent être conservés (enregistrés), de définir quelles sont les modalités de conservation (durée, lieu, ...)

	7.5.2	Création et mise à jour	début
110	7.5.2 a	Créer, identifier et décrire les informations documentées	Codification, titre, auteur, sujet, produit
111	7.5.2 b	Choisir le format et le support des informations documentées	Langue, figure ; papier, électronique
112	7.5.2 c	Passer en revue et approuver la pertinence des informations documentées	Qui écrit, codifie, qui approuve

Figure 9 : Extrait du plan de la norme ISO 9001 : 2015 - Management de la qualité

En théorie, tout document peut intégrer le système documentaire de l'établissement.

Certains documents doivent obligatoirement exister (aspects légaux). Ces documents devraient également intégrer le système documentaire.

Voici quelques exemples de documents qu'il serait intéressant d'intégrer au système documentaire d'un EHPAD :

- Projet d'établissement
- Règlement de fonctionnement
- Politique qualité
- Rapport annuel d'activité de l'établissement
- Procédures
- Rapport d'Evaluation interne
- Documents RH
- Traitement des dysfonctionnements...

[18] Site du dictionnaire de l'informatique et d'internet.

[19] BOUTOU O., 2009. *100 Questions pour comprendre et agir Gestion Documentaire*, AFNOR, La Plaine St-Denis.

³² Norme ISO 9001 : 2015 : article 7.5.2 Création et mise à jour des informations documentées.

b) Historique de la Gestion Electronique Documentaire (GED)

La Gestion Electronique de Documents est apparue en même temps que les imprimantes virtuelles en 1985 dans le but de gérer les archives.

Créé en 1995, un premier progiciel avait été développé pour simplifier la gestion de documents techniques.

Par la suite, dû à l'inflation documentaire importante et l'évolution des modes de travail dans les entreprises, cet outil a évolué.

Aujourd'hui, ces types de logiciels se sont implantés dans de nombreuses entreprises et institutions, que ce soit les banques, les cabinets d'assurance, les transports ou encore les hôpitaux.

Les établissements médico-sociaux n'échappent pas à l'accroissement du volume d'informations et parallèlement à la nécessité d'organisation de ces informations.

Dans un monde où l'information est omniprésente, un des défis les plus importants pour un directeur est de gérer cette information au sein de son organisation. Il lui faut donc mettre en place et développer un système d'information pour mettre en forme, permettre les accès, diffuser, stocker, réviser et archiver les documents.

Cet outil de travail permet de s'assurer d'avoir des documents à jour mais pas seulement car les objectifs de la GED sont nombreux :

- Dématérialisation des documents et des flux d'échanges ;
- Centralisation des données en rendant accessible les documents aux salariés ;
- Classement de chaque document, soigneusement indexé ;
- Formalisation par écrit les règles de fonctionnement et les pratiques professionnelles ;
- Sauvegarde du savoir-faire ;
- Harmonisation des pratiques entre les différents acteurs réalisant entièrement ou partiellement une même tâche ou activité ;
- Prévention des risques et les dysfonctionnements ;
- Aide à la formation des nouveaux arrivants : Tout nouvel arrivant doit être capable de savoir où trouver les documents qualité qui le concerne et connaître le circuit de validation d'un document qualité.

c) *La Gestion documentaire à la base de la démarche qualité.*

La Norme AFNORD³³ FD S 99-31 stipule qu'un « système documentaire est un ensemble structuré et organisé de documents de natures différentes ».

L'ensemble de ces documents et supports d'informations permettent de comprendre le fonctionnement d'une organisation.

La logique de construction de l'architecture documentaire est de type arborescente, c'est-à-dire qu'elle part du général vers le détail.

Dans l'ISO 9001 nous pouvons lire « ...un organisme doit démontrer son aptitude à fournir régulièrement un produit conforme aux exigences des clients et aux exigences réglementaires applicables ... ».

De fait, les exigences réglementaires sont à prendre en compte obligatoirement et sont en conséquence des données d'entrée du système de management [20].

d) *La mise en place d'un système documentaire*

Avant de mettre en place un système de gestion électronique documentaire, il est indispensable de s'assurer de l'appui de la direction.

En effet, il est primordial qu'une personne en position d'autorité soit convaincue du rôle essentiel de cette activité.

Par ailleurs, un document de synthèse approuvé par la direction contribuera à encadrer le mandat relatif à la gestion documentaire, à lui fournir des assises solides et à mieux le faire connaître.

Le document doit être le plus simple et concis possible de façon à être compris par tous et surtout lu et appliqué.

Détaillons ci-après les étapes de la mise en place d'un système documentaire [21] :

1) Identifier la nature de la documentation :

- ↳ Il s'agit d'un recensement exhaustif des documents que l'on peut trouver au sein de l'établissement. Ce recensement permet d'apprécier la nature (interne, externe, contractuel, technique...) et le volume de documents existants.

³³ Organisme Français de normalisation.

[20] FAUCHER S., 2006. *Système intégré de management- Qualité Sécurité Environnement*, AFNOR, La Plaine St-Denis.

[21] ILIS - Cours « Gestion des systèmes documentaire » - Pr. Isabelle BRICOUT.

2) Etablir un programme de gestion documentaire avec :

- ↳ Les besoins en matière de recherche, d'utilisation et de transmission des documents entre les utilisateurs
- ↳ Les risques attachés à la non disponibilité des documents probants pour une activité
- ↳ Les exigences légales et réglementaires (notamment avec actuellement le Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD [22])).

3) Définir les modalités de gestion documentaire (ex : procédure des procédures)

- ↳ Il est indispensable de prévoir un mécanisme formalisé d'identification des documents pour assurer l'efficacité du contrôle de la documentation.

4) Sensibiliser et responsabiliser les professionnels :

- ↳ Un système documentaire n'est viable que s'il est compris et respecté par tous.
- ↳ Le responsable de la documentation doit avoir des fonctions définies : responsable de la bonne mise en œuvre (ou de l'adaptation) et du respect des exigences concernant la maîtrise de la documentation.
- ↳ L'équipe encadrante a la responsabilité de s'assurer que les équipes créent et gardent les documents comme une part intégrante de leur travail et en accord avec le programme de gestion documentaire.

Il faut d'autre part s'assurer de la disponibilité des ressources technologiques : les ordinateurs, les logiciels, les serveurs...

e) Le cycle de vie d'un document qualité

On distingue 6 étapes dans le cycle de vie d'un document qualité :

- Etape 1 : L'identification :

Pour répondre aux exigences de la norme ISO 9000 relatives à la documentation du système qualité, les documents qualité devraient être structurés en faisant figurer pour chacun :

- Le titre du document
- L'identifiant (n° de référence comprenant le plus souvent le type du document)

[22] LOI n° 2018-493 du 20 juin 2018 relative à la protection des données personnelles.

- L'état du document
- La date de publication (le cas échéant date et indice de révision)
- La pagination et l'indication du nombre total de pages
- L'unité émettrice
- Les destinataires : personnel concerné par son application (pour sa diffusion)
- Le circuit de validation (nom et fonction du rédacteur, vérificateur, approbateur)
- La mise en évidence des différentes modifications précédemment effectuées (la version)

- Etape 2 : La validation :

Pour leur donner une validité, les documents qualité doivent suivre un circuit de validation précis et être approuvés dans leur forme définitive avant même d'être diffusés.

Classiquement, le circuit de validation est le suivant :

- Le rédacteur : c'est le responsable de la qualité technique du contenu et de son adaptation aux besoins des destinataires
- Le vérificateur : il est le garant de la qualité du document et de la cohérence avec le fond documentaire existant. Il assure le contrôle de la qualité de la présentation du document et de la cohérence avec les règles documentaires générales
- L'approbateur : Il a autorité pour l'application du document qualité et il approuve sa diffusion.

- Etape 3 : La diffusion :

En ce qui concerne la diffusion proprement dite, l'entreprise peut faire le choix de diffuser les documents à tous les membres de l'entreprise ou aux seules personnes concernées par les dits documents.

Dans tous les cas, il s'agit de s'assurer que tous les acteurs concernés :

- Soient informés de l'existence du document et de ses modalités d'accès ;
- Disposent directement de l'information qui leur est nécessaire pour mener à bien leurs tâches et que cette information soit mise à jour en cohérence avec leurs besoins.

Ces mécanismes de diffusion et de circulation sont ainsi définis pour garantir l'utilisation d'une même version de document par tous les membres du projet donné.

LOGO	Type de document	Code du document (ex. PR DRH 01)	
Date	Titre du document	Indice de révision	
		N° de la page / nombre total de pages	

	Rédigé par :	Vérifié par :	Approuvé par :
Date			
Signature			

Liste des destinataires :

Figure 10 : Exemple d'un cartouche de document qualité avec codification (M. GALLON 2018)

- Etape 4 : Le classement :

L'unicité de la gestion des informations induit une facilité de mise à jour.

- Etape 5 : La gestion des versions :

Un des premiers points pour définir le fonctionnement d'un organisme, concerne la conformité réglementaire. Pour cela il est important de mettre en œuvre un processus de veille réglementaire. La veille est indispensable et doit entraîner l'actualisation des documents qualité.

L'évolution d'un document qualité peut également provenir de l'évolution de l'organisation de l'établissement.

Chaque nouvelle version doit suivre le processus : identification, validation, diffusion puis classement.

- Etape 6 : L'archivage et la destruction :

Il convient de prévoir la durée de conservation des différents documents et leur élimination une fois la durée de rétention écoulée.

Les aspects réglementaires sont à prendre en compte puisque parfois, pour des raisons juridiques, il est indispensable de garder une trace (exemple : obligation de conservation des dossiers médicaux pendant 20 ans³⁷).

La destruction des documents a pour but de limiter leur volume et de conserver les seuls documents utiles à l'entreprise. Cela permet d'éviter de créer un système documentaire qui deviendrait incontrôlable du fait de sa taille.

³⁷ Article R1112-7 du code de la santé public.

Nous constatons donc que la gestion des documents est une activité compliquée.

Ainsi, les différents logiciels existants ont pour objet de faciliter la mise en œuvre d'un tel système et doivent présenter les fonctionnalités suivantes :

- Classement des documents selon une structure préétablie (structures de dossiers)
- Accès à tous les documents pour toutes les fonctions dans l'entreprise ou accès limité à certains documents par fonction (Gestion des droits utilisateurs)
- Recherche d'un document par différents critères et par mot clé
- Validation d'un document de manière électronique (workflow de validation)

La mise en œuvre d'un tel outil montre rapidement les bénéfices sur la gestion, la conservation, les recherches des documents mais également sur les flux d'approbation et de validation ainsi que sur la traçabilité.

La gestion électronique de documents devient un élément essentiel et primordial pour gérer de manière efficace les documents en général et les documents qualité en particulier.

C'est le système qui permet de simplifier et de diminuer le nombre de documents, d'harmoniser les pratiques et de communiquer de façon claire.

f) L'évaluation du système documentaire

Comme pour tout processus, le système de gestion documentaire doit être évalué à périodicité déterminée.

Le système documentaire doit être évalué tant sur le fond (application des documents qualité) que sur la forme (évaluation des outils relatifs à la gestion documentaire).

Les modalités de cette évaluation peuvent apparaître dans le document d'encadrement du système documentaire.

Différents outils peuvent être utilisés pour évaluer l'efficacité du système documentaire et notamment les indicateurs.

En cas de résultats insatisfaisants par rapport aux objectifs fixés, un plan d'actions doit être élaboré.

Mais pour offrir une assurance qualité, il faut bien maîtriser les processus et pour maîtriser un processus, il faut une façon de faire contrôlable et reproductible qui permette lorsque c'est nécessaire une traçabilité.

C'est ce que permet la procédure comme nous allons l'expliquer à présent.

2) La Procédure

a) Définition de la Procédure

Une des définitions donnée par le dictionnaire Larousse concernant la procédure est la suivante : « Marche à suivre, ensemble de formalités, de démarches à accomplir pour obtenir tel ou tel résultat »

Cela représente donc la succession d'opérations à accomplir dans le but d'une tâche déterminée.

Dans les normes ISO (l'Organisation Internationale de Normalisation), l'ISO 9000 définit la procédure comme la « manière spécifiée d'effectuer une activité ou un processus » [23].

Il est également précisé que « les procédures peuvent ou non faire l'objet de documents ». C'est l'ensemble des règles écrites ou non propres à une activité.

La procédure est donc une manière de procéder pour arriver à un certain résultat. Cela peut être traduit comme :

- Un enchaînement de tâches élémentaires standardisées,
- Des actions déclenchées en amont par l'expression d'un besoin quelconque,
- Des actions limitées en aval par l'obtention d'un résultat attendu [24].

La procédure explique, pour une situation précise, qui sont les acteurs devant intervenir, pour effectuer quelles tâches, à quel moment et à l'aide de quels outils.

Les procédures documentées formalisent « *qui fait quoi et comment ?* ».

Elle vise à décrire le fonctionnement de l'organisation d'une entreprise. Cela peut être très utile lors d'un changement de personnel par exemple. Ainsi, le nouvel arrivant peut prendre connaissance des règles en les consultant.

Dans le contexte de la recherche d'une qualité irréprochable, la procédure peut aussi servir de « check-list » afin de s'assurer que toutes les étapes d'un processus ont bien été accomplies et qu'il n'y a pas eu d'oubli. Elle peut être représentée comme une aide à l'autocontrôle.

[23] LECLET H, VILCOT C., 2007. *Qualité en santé, 150 questions pour agir* - éditions AFNOR, 1999.

[24] HENRY A., MONKAM-DAVERAT I, 1999. *Rédiger les procédures de l'entreprise- guide pratique*, 2^{ème} édition, 2^{ème} tirage, EDITIONS D'ORGANISATION, Paris.

Les procédures ne sont pas immuables car certaines choses évoluent, que ce soit en fonction des actions, de la législation ou des connaissances que nous avons à un moment donné. C'est pourquoi les procédures doivent également évoluer et s'adapter à l'action sans l'entraver **[25]**.

Dans sa version actuelle, l'Iso 9001 : 2015, ne parle plus de procédures mais d'informations documentées ⁴⁰.

Rappelons que la procédure n'est pas nécessairement formalisée par un document écrit. Comme nous l'avons vu précédemment, c'est avant tout une manière déterminée d'exercer une activité.

Contrairement à ce que l'on a pu croire dans le passé, il n'est pas forcément nécessaire d'écrire des instructions et procédures pour toutes les activités.

Cela serait fastidieux et souvent inutile. De plus, chaque document créé alourdit le système et oblige à gérer les mises à jour, les versions, etc.

D'autre part, même quand le travail est encadré par un certain nombre de procédures, en raison d'impondérables et d'événements imprédictibles, nous ne pouvons pas toujours suivre exactement ce qui est indiqué.

C'est pour cela qu'il est essentiel, comme le préconise Christophe DEJOURS⁴¹, de cultiver le vivre-ensemble et la convivialité **[26]**.

En effet, en stimulant la coopération entre les salariés, l'équipe pourra trouver une réponse collective aux situations imprévisibles. Ce travail collectif va établir des règles de travail co-construites.

De ce fait, il est difficile de trouver un bon équilibre entre écrit et non écrit **[27]**.

[25] LOUBAT J-R., 2015. *La démarche qualité en action sociale et médico-sociale*, 2^{ème} édition, DUNOD, Paris.

⁴⁰ § 7.5 de la norme ISO 9001 : 2015

⁴¹ Auteur de « souffrir au travail n'est pas une fatalité » (Ed. Bayard 2015).

[26] ASH, 27 mars 2015 : *la coopération est un élément décisif de la qualité, de la productivité et de la compétitivité*. Actualité Sociale Hebdomadaire n°2903.

[27] BELLAÏCHE M., 2016. *100 Questions pour comprendre et agir – la qualité ISO 9001 : 2015*, AFNOR, La Plaine St-Denis.

b) Dans quel cas écrire des procédures ?

Bien souvent, c'est la réglementation qui est à l'origine de la mise en place d'une procédure mais cela peut aussi être dû à une volonté interne d'éviter des erreurs, de prévenir les oublis, d'empêcher la récurrence d'anomalies.

La rédaction d'un document qualité doit répondre à des besoins particuliers :

- Exigence réglementaire (ex : confidentialité des dossiers médicaux)
- Situation à risque (ex : accident d'exposition au sang)
- Situation nécessitant la coordination entre plusieurs services / pôles (ex : admission)

L'avantage d'un document écrit est qu'il permet de fournir une preuve de la mise en place d'un système qualité.

Cela permet également d'assurer la répétitivité des processus et d'assurer la transmission d'un savoir-faire. Une procédure efficace est une procédure où une personne nouvellement embauchée comprend seule à sa simple lecture.

La forme doit permettre de trouver facilement ce que l'on cherche et les personnes concernées doivent former un consensus sur son contenu.

Il est important de porter une attention particulière à la forme du document. Un document visuellement attractif a plus de chance d'être lu que celui qui demandera un effort.

C'est bien la forme qui provoque notre premier intérêt et qui va retenir l'attention du lecteur. Encore faut-il que ces documents soient connus, lus et appliqués ou encore écrire seulement ce qui est nécessaire pour des documents utiles, utilisables et utilisés ⁴⁴ :

- Utile : Par exemple il permet d'éliminer un danger ou de le réduire à un niveau acceptable.
- Utilisable : C'est-à-dire qu'il est compréhensible et adapté à la structure.
- Utilisé : On entend par là que le document soit connu est accessible. C'est là que réside également l'intérêt d'impliquer les équipes dans la rédaction des procédures. Elles s'en serviront plus facilement par la suite.

La première des procédures à mettre en place est peut-être la procédure des procédures. C'est elle qui permet d'harmoniser l'identification le classement, l'archivage et la destruction de procédures. C'est elle qui permet également de définir le système de gestion documentaire comme vu au précédent chapitre.

⁴⁴ Principe des 3 « U »

c) *Comment élaborer une procédure ?*

Si tout justifie l'écriture d'une procédure, il est alors recommandé que la procédure ait une présentation synthétique.

Tout d'abord il faut s'interroger sur la raison de mettre en place une procédure. Quelle est la finalité recherchée ?

Ensuite, il faut déterminer quel est le domaine d'application de la procédure. A qui la procédure s'applique-t-elle ?

Qu'est ce qui a été à l'origine de la création de la procédure et ce qu'elle va permettre.

A partir de ces questions/réponses, nous pouvons construire un logigramme en respectant le code suivant **[28]** :

- Un rectangle arrondi pour définir le début ou la fin de la procédure;
- Un rectangle pour symboliser une action;
- Un losange pour indiquer de la présence d'une question ou la prise d'une décision nécessitant la réponse « oui », « non »

Pour chaque étape, la fonction du responsable doit être déterminée (Qui ? Quoi ? Comment ?).

d) *Les acteurs intervenant dans la création d'une procédure*

Lors de la création d'une procédure, il y a tout d'abord les personnes qui détectent un besoin et qui décident de créer la procédure.

Dans l'idéal, ils vont se réunir en équipe, pour rédiger la procédure ensemble, au cours de groupe de travail.

En effet, ce qu'on n'a pas écrit, réfléchi et élaboré ne nous appartient pas. Pour éviter cette distance, il est donc important d'impliquer les équipes

Pour contrôler si le document est conforme aux standards, la procédure va ensuite être transmise à un « vérificateur ». Il vérifie que le document correspond bien aux règles fixées en interne pour la gestion des documents, et vérifie la qualité de la présentation du document.

[28] FROMAN B., 2013. *Du manuel qualité au manuel de management- l'Outil stratégique*, AFNOR, La Plaine St-Denis.

Enfin la procédure passera par l'approbateur. C'est lui qui autorisera la diffusion du document pour application.

Pour résumer les étapes de la vie d'une procédure, nous vous proposons un logigramme. (Cf. Annexe II : Logigramme « La vie d'un document »).

CONCLUSION DE LA PARTIE I

Nous avons pu voir que la démarche qualité tout comme les principes de management ont grandement évolués au cours du siècle dernier.

La participation des salariés dans les orientations de l'entreprise, de même que leur implication dans la démarche d'amélioration continue de la qualité, se sont amplifiées.

En parallèle, le secteur médico-social a été transformé par la loi 2002-2 rénovant l'action sociale et médico-sociale notamment en instaurant l'obligation d'évaluation de ses services. Véritable outil de management lorsque sa conception intègre le personnel, la procédure permet, en fournissant des preuves, de mener à bien ces évaluations. La GED, quant à elle, permet une meilleure gestion de l'information.

Autrement dit, la GED et les procédures sont des outils de management car :

- En intégrant les professionnels dans la démarche d'élaboration d'une procédure, on s'assure que les équipes connaîtront et utiliseront la procédure et même seront en mesure de déclencher l'alerte en cas d'évolution des pratiques afin de modifier la procédure et la mettre à jour. La procédure est un outil de déclinaison de la stratégie au niveau opérationnel.
- En intégrant les professionnels dans la démarche de mise en œuvre de la GED, ils participent à la création d'un système d'information qui sera accessible et compréhensible par tous.

Cette présentation du contexte a permis de poser les différentes bases nécessaires à la bonne compréhension du mémoire. En effet, les principaux termes apparaissant dans la problématique de départ ont été définis et expliqués en détail.

Afin de disposer des éléments nécessaires pour répondre à notre problématique, il s'agit maintenant de faire un état des lieux de la conception et de la mise en œuvre des procédures et de la GED dans les EHPAD du littoral du Pas-de-Calais.

PARTIE II : Enquête auprès des Etablissements Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) du littoral du Pas-de-Calais

A. Contexte

1) Objectif de l'enquête

Dans le but d'examiner en quoi les procédures et la Gestion Electronique Documentaire contribuent au management dans un établissement médico-social, une enquête a été réalisée auprès d'EHPAD du territoire littoral du Pas-de-Calais.

L'enquête a été faite sous forme de questionnaire, diffusée auprès du personnel des EHPAD⁴⁶.

En parallèle du questionnaire, des entretiens ont été menés, auprès des personnes en charge de la bonne utilisation des procédures et de la mise en place de la gestion des documents, à l'aide d'une grille semi-directive.

Les résultats complets de ces entretiens sont disponibles en annexes ⁴⁷.

Le choix fait de réaliser des enquêtes auprès du personnel de terrain et auprès du personnel d'encadrement permet de croiser des regards sur une même thématique.

De la même manière, le fait de récolter des données qualitatives en plus des données quantitatives permet d'apporter des explications et un éclairage complémentaire aux résultats

Dans un premier temps, nous aborderons la méthodologie utilisée pour la création du questionnaire et sa diffusion et celle pour mener les entretiens.

Dans un deuxième temps, nous exposerons l'analyse des résultats de notre étude.

Enfin, nous envisagerons des pistes d'amélioration en formulant des préconisations.

⁴⁶ Annexe III : Enquête en ligne réalisée auprès des professionnels des EHPAD du Pas-de-Calais

⁴⁷ Annexes V à X : Résultats des entretiens (I à VI)

2) Détermination de l'échantillon

Le questionnaire sur les procédures et la GED a été diffusé à tous les EHPAD du territoire littoral du Pas-de-Calais, tous statuts juridiques confondus, soit 48 EHPAD⁴⁸ dont 21 établissements publics, 16 établissements privés à but non lucratif et 11 établissements privés à but lucratif.

L'échantillon est donc constitué de :

- 44% Des EHPAD Publics
- 33% des EHPAD Privés à but non lucratif
- 23% des EHPAD Privés à but commercial

Le Questionnaire était à destination de toutes les personnes susceptibles d'avoir à utiliser des procédures dans l'établissement, toutes fonctions confondues. Compte tenu d'une capacité moyenne de 85 résidents par établissement, nous estimons à 1 400 salariés le nombre de répondants potentiels.

En ce qui concerne les entretiens, nous voulions interroger des personnes de différentes structures pour avoir un panel représentatif du territoire. L'étude n'est intéressante que si les individus interrogés ont suffisamment de ressemblance dans leurs faits observés pour définir une attitude de groupe.

Nous avons obtenu des entretiens auprès des 3 types de structures (privée à but lucratif, public et privée à but non lucratif).

Concernant les entretiens et afin que ce soit plus pertinent, nous souhaitions rencontrer les personnes en charge de la qualité dans l'établissement. En effet, il était nécessaire d'avoir des réponses concrètes sur comment la GED et les procédures étaient mises en œuvre dans les établissements. Pour des raisons de distance géographique, certains entretiens se sont déroulés par téléphone. Au total, nous avons réalisé six entretiens.

⁴⁸ Annexe XI : Echantillon utilisé pour l'enquête : 48 EHPAD

B. Méthodologie

1) Le Questionnaire

a) *La construction du Questionnaire*

L'objectif du questionnaire était d'identifier l'impact des procédures sur le management en EHPAD, de valider des hypothèses dans un but de généralisation.

Pour cela, le questionnaire se compose de six parties :

- Présentation et objectif de l'enquête,
- Caractéristiques des répondants,
- Etat des lieux de ce qui existe dans la structure,
- L'Intégration des procédures,
- Perception de la procédure par l'utilisateur,
- Remerciement

Ainsi, le questionnaire réalisé représente 34 questions.

Nous avons veillé à ce que le questionnaire soit facile à remplir et rapide (moins de 6 minutes) afin de ne pas décourager les répondants.

Le Questionnaire a été réalisé essentiellement avec des questions fermées ou à courtes réponses.

Cela permet d'obtenir certains renseignements factuels, de recenser les moyens mis en place afin d'atteindre les objectifs, de recueillir des opinions...

L'avantage des réponses fermées est la facilité du dépouillement et, par conséquent, l'analyse. Toutefois, il peut y avoir un risque que la réponse soit dictée, ce qui fausserait toute l'analyse. Nous avons donc été vigilant sur ce point lors de la construction du questionnaire en veillant à proposer un panel de réponses assez large.

Nous avons également inclus des réponses avec des variables, avec la mise en place d'une échelle de réponse graduée à cinq modalités.... Cela permettant de rompre la monotonie du remplissage.

À la fin du questionnaire, un champ libre destiné à recevoir tout commentaire a été mis à disposition, bien qu'il ait été peu utilisé.

Les parties ont été construites de la manière suivante :

1^{ère} partie : Présentation et Objectif de l'enquête

La première partie du questionnaire a pour objectif de donner le contexte de l'enquête, en indiquant :

- La cible, c'est-à-dire les EHPAD,
- Les destinataires, c'est-à-dire l'ensemble du personnel
- L'objectif de l'enquête, c'est-à-dire la problématique et l'hypothèse que nous souhaitons démontrer.

La garantie de l'anonymat a été rappelée à cet endroit du questionnaire.

2^e Partie : Caractéristiques des répondants

La seconde partie permet d'avoir des renseignements sur les répondants :

- Dans quel établissement travaillent-ils ?
- Quel est le statut juridique de l'établissement dans lequel ils travaillent ?
- Quelle profession exercent-ils ?
- Sous quelle forme de contrat ?
- Quelle est leur ancienneté ?

Ces indications, à priori insignifiantes, sont très importantes car elles peuvent influencer les réponses de la suite du questionnaire.

En effet, bien que nous testions des attitudes individuelles, s'il existe un "effet établissement", il est important de le repérer

3^e partie : Etat des lieux de ce qui existe dans votre structure

Cette troisième partie permet d'introduire la notion de qualité et de vérifier si le personnel a connaissance des outils existants (ou non) dans leur structure. Elle permet aussi de constater s'ils savent vers qui se tourner en cas de besoin.

4^e partie : L'intégration des procédures

Après avoir recueilli des informations sur les répondants et introduit la notion de qualité, nous passons à la partie concernant l'intégration des procédures.

Cette partie permet de savoir :

- Combien de procédures ils connaissent ou utilisent régulièrement
- S'ils participent à la rédaction des procédures
- S'ils savent où et sous quelles formes ils peuvent trouver les procédures en lien avec leur mission
- Si d'après eux, ils disposent d'assez de temps pour intégrer les procédures
- Si lors de leur intégration, on leur a expliqué quelles procédures concernaient leur poste
- S'ils ont déjà eu des évaluations sur leur connaissance des procédures

- Si oui, qui les a évalués
- S'ils disposent de formations régulières sur le respect des procédures

Ces éléments de réponse permettent de prendre connaissance de la démarche qualité dans les structures et les manières d'impliquer les professionnels dans la démarche.

5^e partie : Perception de la procédure par l'utilisateur

Cette partie permet de connaître le ressenti des salariés quant à la procédure avec des questions telles que :

- D'après vous, combien de procédures sont utiles ?
- Pensez-vous qu'il serait nécessaire de créer des procédures supplémentaires ?
- Diriez-vous que les procédures sont des outils facilitants dans votre travail ?

La question de l'intérêt des équipes autour des procédures a également été abordée, car il apparaît évident que c'est le moteur de toute démarche.

Mais elle permet également de démontrer – ou non - l'hypothèse présentée au début de l'étude. Cette partie est donc essentielle pour répondre à la problématique de ce mémoire.

6^e partie : Remerciements

Pour terminer, les répondants sont remerciés d'avoir répondu au questionnaire

Le projet de questionnaire a été testé auprès de plusieurs personnes de métiers différents afin d'en vérifier la bonne compréhension et la cohérence des réponses.

Suite à cela, le questionnaire a bénéficié de certains aménagements prenant en compte les remarques de tous (précision de formulation, ordre des questions...).

b) La diffusion du questionnaire

Pour faciliter sa diffusion et le traitement des résultats, le questionnaire a été réalisé avec l'application « Google Forms ».

L'enquête avait pour objectif de recueillir des informations sur la connaissance, l'intégration et la perception des procédures par le personnel des EHPAD du Pas-de-Calais. C'est pourquoi les personnes les plus appropriées pour y répondre étaient le personnel de terrain.

Une fois le questionnaire validé, chaque directeur d'établissement a d'abord été contacté pour être averti de la démarche. C'était également l'occasion de déterminer avec lui le meilleur moyen de diffusion au sein de l'établissement.

Le questionnaire a été adressé à la totalité des EHPAD du Pas-de-Calais sauf un qui n'a pas souhaité participer.

Cela représente un total de 48 établissements.

Nous avons également demandé aux directeurs, lorsque nous les avons au téléphone, s'ils étaient ouverts pour un petit entretien par la suite dans le cadre du mémoire. De cette façon, nous avons pu savoir directement qui contacter lorsque nous réaliserions nos entretiens.

Le questionnaire a ensuite été transmis par mail aux directeurs ou aux secrétariats en fonction de ce qui avait été convenu téléphoniquement afin qu'ils le transmettent à leurs équipes.

5 établissements ont souhaité recevoir le questionnaire en format papier et il leur a donc été envoyé par la Poste.

1 établissement n'a pas souhaité participer du tout.

Le questionnaire a été diffusé par mail pendant un mois entre le 23 Mai et le 25 Juin 2018. La date de clôture pour le recueil des données était fixée entre le 15 juin pour les premiers établissements contactés et le 30 Juin pour les derniers.

Entre temps et afin d'avoir un maximum de réponses, deux relances par mail ont été effectuées.

Les établissements qui avaient souhaité recevoir des formats papier ont été rappelés le 13 juin 2018 pour savoir si les questionnaires avaient été remplis et le cas échéant prévoir leur collecte.

2) L'entretien semi directif

Cet outil a été choisi pour compléter le questionnaire transmis aux membres du personnel. L'entretien semi-directif a pour objectif de recueillir davantage de renseignements sur l'organisation des EHPAD et d'apporter un éclairage complémentaire sur le fonctionnement.

En ce qui concerne les entretiens une nouvelle grille de questions a été élaborée. La grille compte 13 questions ouvertes.

La durée annoncée de l'entretien était de 30 minutes afin de rassurer les personnes sur le temps qu'elles allaient y consacrer. Bien souvent, les personnes avaient finalement plus de choses à exprimer et l'entretien allait au-delà du temps imparti.

En effet, lors d'un entretien et pour ne pas donner l'impression d'un interrogatoire, le principe des questions ouvertes est utilisé. Les questions ouvertes présentent l'avantage d'obtenir des perspectives d'informations beaucoup plus grandes.

Néanmoins, les informations obtenues peuvent être trop dispersées. C'est pourquoi, il convient de s'assurer de la qualité des réponses en ciblant précisément ces dernières.

La réalisation de quelques entretiens présente l'avantage de laisser à l'interviewé une grande liberté d'expression sur ses impressions et ses réactions face à diverses thématiques. Ces réactions et perceptions sont recueillies grâce au guide d'entretien préparé au préalable. La personne menant l'entretien ne pose pas forcément les questions dans l'ordre choisi sur sa grille ni sous leur formulation exacte. L'interviewé a donc la possibilité de parler ouvertement et librement, ce qui permet d'avoir plus d'informations.

Pour la programmation des entretiens, nous avons envoyé nos demandes de rendez-vous par mail avec les personnes qui nous avaient signifié leur accord lors de notre première prise de contact.

Lorsque la proximité géographique le permettait, les entretiens se déroulaient en face à face. Dans le cas contraire, l'entretien avait lieu par téléphone.

La prise de notes a été réalisée de façon manuscrite pour minimiser la barrière que peut représenter un écran lors d'une conversation et maintenir une fluidité dans l'échange.

Les entretiens étaient immédiatement retranscrits sur support informatique à la suite des rendez-vous pour conserver une mémoire encore fraîche des éléments échangés.

Les grilles d'entretien ont été transmises par mail pour validation et correction auprès des différents interlocuteurs de façon respective.

C. Les résultats de l'enquête

1) Résultats du questionnaire

Afin d'analyser les résultats, nous avons repris dans un premier temps les résultats générés par l'application « Google forms » et nous avons pu extraire aussi la feuille de calcul. L'extraction de la feuille de calcul sous Excel permet une analyse plus fine, puisqu'elle permet de vérifier qu'est ce qui a été répondu et par qui, et ainsi de dégager des tendances.

60 personnes ont répondu au questionnaire, réparties sur 13 EHPAD :

- EHPAD MGEN – Site Gabrielle Hielle
- EHPAD Eugène Sarazin (Institut Départemental Albert Calmette)

- EHPAD La Domaniale
- Résidence de la Lys
- Résidence Château du bois
- EHPAD La Lorraine
- Résidence Les terrasses de la mer à Coquelles
- EHPAD Avé Maria
- Résidence de la Haute porte
- EHPAD La Roselière
- EHPAD La Fontaine Medicis
- EHPAD Raymond Dufay
- EHPAD Les Hauts de France

Parmi ces établissements, 4 ont un statut juridique public, 3 un statut juridique privé à but non lucratif et 6 établissements ont un statut juridique privé commercial.

En résumé, 27 % de notre échantillon d'EHPAD a au moins répondu une fois au questionnaire.

Au vu de la démarche de prise de contact individuelle avec chaque directeur suivi d'un mail personnalisé, ce taux de retour est malgré tout assez faible.

Comme nous l'ont confié les directeurs, cela pourrait-il confirmer le manque d'accès à l'outil informatique du personnel de terrain ?

Les résultats complets de ces enquêtes sont disponibles en annexes ⁴⁹.

a) Profil : Caractéristiques des répondants

Q1 : Dans quel type de structure travaillez-vous ?

Parmi les salariés des 14 EHPAD ayant répondu :

- 46 % travaillent dans le secteur privé à but lucratif
- 31% travaillent dans le secteur public
- 23 % travaillent dans des Etablissement de santé privé d'intérêt collectif (ESPIC)

Nous remarquons que la majorité des réponses obtenues viennent du secteur pourtant le moins représenté du territoire. En effet, 46% des répondants émanent du secteur privé à but lucratif alors que ce secteur ne représente que 23% des EHPAD du littoral du Pas-de-

⁴⁹ Annexe IV : Les résultats de l'enquête réalisée auprès des professionnels des EHPAD du Pas-de-Calais

Calais. Ainsi, nous pouvons émettre des réserves sur les résultats de cette étude quant à sa représentativité.

Q2 : Quelle est votre fonction dans l'établissement ?

Parmi les répondants, on trouve : 29.8% d'infirmières, 26.3% d'aides-soignantes ou aides médico-psychologique, 17.5% d'agents de service hôtelier, 5.4% de cadres de santé et 5.3% d'Agents administratifs.

Les 15.7% restant sont répartis entre ergothérapeutes, animatrices, psychomotriciennes, comptables, psychologues, médecin coordonnateurs, directrices.

Ainsi nous pouvons en déduire que c'est essentiellement le personnel soignant qui a répondu.

Q3 : Sous quel type de contrat êtes-vous embauchés ?

Pour 85% d'entre eux, ils bénéficient d'un poste de titulaire ou d'un contrat à durée indéterminée. 13.3% sont embauchés comme contractuels ou en contrat à durée déterminée et 1 personne bénéficie d'un contrat d'avenir.

Ce sont donc des personnels ayant une sécurité de l'emploi.

Q4 : Votre ancienneté dans l'établissement ?

La majorité bénéficie d'une ancienneté d'entre 1 et 5 ans (36.7%) ou entre 5 et 10 ans (33.3%).

16.7% des répondants sont dans l'établissement depuis plus de 10 ans et 13.3% sont arrivés il y a moins d'un an.

La plupart des salariés interrogés a donc intégré l'établissement il y a plus d'un an.

b) *L'existant : Etat des lieux de ce qui existe dans votre structure*

Q5 : Avez-vous un(e) référent(e) qualité dans l'établissement ?

A 70%, ils déclarent avoir une référente qualité dans l'établissement. 15% disent ne pas en avoir et 15% ne savent pas.

Q6 : A la question « Si votre établissement dépend d'un groupe ou d'une association, avez-vous un service qualité au siège », les 45 répondants concernés ont indiqué :

- OUI (34 répondants),
- NON (1 répondant)
- Ne sais pas (10 répondants)

Q7 : Votre établissement dispose-t-il d'une Gestion Electronique Documentaire ?

Quand on leur demande si leur établissement dispose d'une Gestion Electronique Documentaire, 56.9% des répondants déclarent que « oui », 32.8% disent que « non » et 10.3% « ne savent pas ».

Q8 : Existe-t-il des procédures liées aux soins dans votre établissement ?

Concernant la question sur l'existence des procédures liées aux soins dans l'établissement, les réponses sont unanimes à 98.3% pour dire que « oui ».

1 seule personne ne sait pas. Grâce à l'extraction de la feuille de calcul Excel, on constate que cette personne est une infirmière embauchée en CDD depuis moins d'un an. Ayant répondu à plusieurs reprises « je ne sais pas », on peut imaginer qu'elle vient tout juste d'intégrer l'établissement.

Q9 : Si oui, à combien estimez-vous le nombre de procédures liées aux soins ?

Sur l'estimation de la quantité de procédures liées aux soins les réponses sont :

- Entre 10 et 40 pour 61.7% des personnes ayant répondu
- Plus de 40 pour 26.7% des personnes ayant répondu
- Entre 1 et 10 pour 11.7% des personnes ayant répondu

Q10 : Existe-t-il des procédures administratives dans votre établissement ?

Concernant la question sur l'existence des procédures administratives dans l'établissement, les réponses sont déjà moins unanimes puisque 85% des répondants ont déclaré que « oui », 13.3% « ne savent pas » et une personne a répondu « non ».

Nous constatons donc que les salariés ont une moins bonne connaissance de l'existence des procédures administratives que des procédures liées aux soins.

Nous devons aussi modérer ce constat puisque, comme nous l'avons vu en début d'enquête, plus de 60% des répondants font partie du personnel soignant. Du même fait et de par leur fonction, ils ont tout naturellement une meilleure connaissance des procédures liées aux soins.

Q11 : Si oui, à combien estimez-vous le nombre de procédures administratives ?

Concernant l'estimation du nombre de procédures administratives dans l'établissement, les réponses données sont :

- Entre 1 et 10 pour 25% des personnes ayant répondu
- Entre 10 et 40 pour 58.8% des personnes ayant répondu

- Plus de 40 pour 19.2% des personnes ayant répondu

Là encore, en terme de volume, nous voyons que les salariés estiment avoir moins de procédures liées à l'administratif qu'aux soins.

Q12 : Existe-t-il des procédures pour les autres activités de l'établissement ?

Concernant la question sur l'existence d'autres procédures dans l'établissement, 86.7% des répondants déclarent que « oui » et 13.3% disent « ne pas savoir ».

Q13 : Si oui, pour quelle activité ?

Les autres activités, ayant des procédures, citées sont :

- L'entretien du linge (pour 96.2%)
- La restauration (pour 92.3%)
- La sécurité et maintenance (pour 90.4%)
- Le bio-nettoyage (pour 84.6%)
- La gestion des déchets (pour 82.7%)
- L'animation (pour 57.7%)
- Le bien-être (pour 1.9%)

Nous constatons que les procédures interviennent dans de nombreux domaines et touchent à peu près tous les services d'un EHPAD.

c) *L'intégration des procédures*

Q14 : A la question « Combien de procédures connaissez-vous ou utilisez-vous régulièrement ? », l'échantillon a répondu :

- Entre 1 et 10 pour 50% des personnes
- Entre 10 et 40 pour 40% des personnes
- Plus de 40 pour 6.7% des personnes
- Aucune pour 3.3% des personnes

Nous remarquons, alors qu'environ 60% des personnes interrogées estiment qu'il y a entre 10 et 40 procédures (liées aux soins ou à l'administratif indifféremment), seul 40% des personnes disent les connaître ou les utiliser régulièrement.

Q15 : Participez-vous à la rédaction des procédures ?

Lorsqu'on demande aux salariés s'ils participent à la rédaction des procédures, 80% répondent « Jamais » ou « Parfois ». Seule 11.7% répondent « souvent » et 8.3% répondent « toujours ».

L'implication des équipes dans la rédaction des procédures apparaît nettement insuffisante.

Q16 : Savez-vous où et sous quelle forme vous pouvez trouver les procédures en lien avec vos missions ?

En interrogeant le personnel, 51.7% répondent « savoir sous forme informatique et en format papier »

40% des répondants « savent où les trouver soit sous forme informatique soit sous forme papier ».

6.7% seulement ne savent pas.

Bien que chacun devrait savoir, sans exception, où trouver les documents en lien avec ses missions, ce chiffre reste relativement faible et n'est donc pas inquiétant.

Q17 : Selon vous, disposez-vous d'un temps suffisant pour intégrer les procédures ? En revanche, à cette question, 57.6% estiment que « non » contre 42.4% seulement estimant que « oui ».

Ce qui veut dire que plus de la moitié estime ne pas avoir suffisamment de temps pour s'approprier la procédure.

Q18 : De la même manière, à la question « Lors de votre intégration, vous a-t-on expliqué quelles procédures concernaient votre poste ? », 41.7% disent que « non ».

En tenant compte du fait que la majorité des répondants sont présents dans l'entreprise depuis plus d'un an, cela démontre un problème sur l'intégration même d'un nouveau salarié dans l'équipe. Si on fait le choix d'avoir des procédures documentées, il est important de les présenter et de les expliquer à chaque nouvelle prise de poste.

Q19 : Avez-vous déjà eu des évaluations sur votre connaissance des procédures ?

Concernant l'évaluation des connaissances des procédures il semble que cela ne soit pas une pratique très régulière puisque 56.7% des répondants disent n'avoir « jamais été évalués ». 31.7% disent avoir été « évalués au moins une fois » et 11.7% disent être « évalués souvent ».

Q20 : Si oui, qui était en charge de l'évaluation ?

Pour les personnes ayant bénéficié d'évaluation de leur connaissance, c'est pour la majeure partie du temps l'IDEC (29.6%) ou le responsable qualité (18.5%) qui sont en charge de cette évaluation.

Les autres personnes citées qui peuvent intervenir sont :

- La gouvernante
- Les infirmières
- L'adjoint(e) de Direction
- Le cadre de santé
- Des personnes extérieures à l'entreprise (audit, évaluation externe, commissaire aux comptes)

Q21 : Disposez-vous de formations régulières sur le respect des procédures ?

Enfin, 69.5% des personnes interrogées disent ne pas avoir de formations régulières sur le respect des procédures.

d) *La perception*

Q22 : D'après vous, combien de procédures sont utiles ?

S'agissant de l'utilité des procédures, les répondants estiment à 50% qu'elles sont « pratiquement toutes » utiles. 33.3% d'entre eux pensent que « quelques-unes sont utiles » alors que 16.7% disent qu'elles sont toutes utiles « sans exception ».

Nous pouvons constater que personne n'a répondu « aucune » et que plus de la moitié des personnes interrogées admettent que les procédures sont utiles.

Q23 : Que pensez-vous de cette affirmation : Les procédures sont nécessaires pour bien accomplir mon travail ?

La majorité des répondants (83.3%) pensent également que « les procédures sont nécessaires pour bien accomplir leur travail ».

Q24 : A la question « Vous avez l'impression de suivre des procédures pour ... ? », voici les réponses qui ont été plébiscitées :

- Répondre aux exigences de votre métier (73.3%)
- Satisfaire une obligation légale (68.3%)
- Ma pratique correspond de toute façon à la procédure (36.7%)

Là encore nous voyons d'un côté la force obligatoire de la procédure et le fait que la procédure vient simplement formaliser une pratique.

Q25 : Dans le cadre de vos missions, respectez-vous toujours toutes les procédures ?

78.3% des répondants expriment respecter « souvent » toutes les procédures et 16.7% les respectent « systématiquement ».

D'après l'échantillon, les procédures sont donc bien suivies.

Q26 : S'il vous arrive de ne pas respecter les procédures, vous diriez que c'est plutôt lié aux éléments suivants (réponses à choix multiple) :

Les cas où il peut arriver que les salariés ne respectent pas la procédure sont lors de :

- Temps insuffisant (35 répondants)
- Manque de formation du personnel (20 répondants)
- Information insuffisante (15 répondants)
- Situation de sous-effectif (12 répondants)
- Moyens matériels insuffisants ou dysfonctionnants (11 répondants)
- Situation de sous-effectif (12 répondants)
- Procédure inadaptée (9 répondants)
- Aucune raison (4 répondants)
- Personne n'a le sentiment de contrôle régulier

Nous constatons nettement que les salariés sont en demande de temps, de formations et d'informations en matière de procédures.

Q27 : Diriez-vous que les procédures sont des outils facilitants dans votre travail ?

Concernant la perception des utilisateurs des procédures comme un outil facilitant dans leur travail, ils sont 75% à penser que c'est le cas

Sur cette question, la procédure est donc à nouveau plébiscitée.

Q28 : Pensez-vous qu'il serait nécessaire de créer des procédures supplémentaires ?

Paradoxalement, une majorité de répondants (36.7%) ne pense pas qu'il serait nécessaire de créer des procédures supplémentaires. A peine 3.3% pensent que ce serait « indispensable » tandis que 60% ne « savent pas » ou émettent un « oui, pourquoi pas »

Q29 : Si oui pour quel type de sujet par exemple ?

D'après les personnes interrogées, les sujets pour lesquels il serait nécessaire de créer une nouvelle procédure sont :

- « accueil de la personne âgée » ; « accueil résident »
- « procédures administratives » ; « administratives »
- « accueil stagiaire »
- « organisation des sorties »
- « projet de vie »

Sur cette question ouverte où habituellement les personnes sont le moins enclins à répondre, nous voyons néanmoins que deux sujets reviennent et démontrent peut-être un manque dans ce domaine :

- L'accueil du futur résident
- Les procédures administratives

Q30 : Si non, pourquoi ?

Pour les personnes ayant répondues qu'il ne fallait pas créer de nouvelles procédures voici les raisons les plus souvent évoquées :

- Il y en a trop (citée à 8 reprises)
- Il y en a suffisamment (citée à 5 reprises)
- Procédure adéquate, à jour (citée à 2 reprises)
- Pas de temps (citée une fois)
- Intégrer celles déjà existantes (citée une fois)

Q31 : Pensez-vous que les procédures améliorent la prise en charge des résidents ?

Pourtant à 81.3%, les répondants estiment que la procédure améliore la prise en charge des résidents.

Q32 : A la question « Pour vous une procédure c'est ... ? », voici les réponses qui ont été plébiscitées :

- Utile (48 répondants)
- Un outil de la qualité (32 répondants)
- Une formalisation de vos pratiques quotidiennes (30 répondants)
- Indispensable (17 répondants)
- Lourd et contraignant (8 répondants)

- De la paperasse (7 répondants)

Cette question vient confirmer les constations précédentes visant à démontrer que les salariés estiment que la procédure est utile et qu'elle correspond à leur pratique quotidienne.

Q33 : Si vous souhaitez ajouter un commentaire, vous pouvez les faire ci-dessous :

La dernière question qui visait à recueillir des commentaires complémentaires si la personne souhaitait s'exprimer a reçu des commentaires en faveur des procédures que nous citons ci-dessous :

- « Les procédures sont nécessaires au bon fonctionnement d'un EHPAD ». (ASH⁵⁰)
- « Je pense que les procédures cadrent notre travail et nous protègent légalement ». (IDE⁵¹)
- « Il faut formaliser les procédures et les mettre en application rapidement et informer le personnel de l'existence de ces procédures ». (IDE)

2) Résultats des entretiens semi directifs

Nous avons réalisé les 6 entretiens suivants :

- Entretien n°1 – entretien physique : Directrice de la Résidence les Terrasses de Coquelles (*Etablissement privé à but non lucratif*)
- Entretien n°2 – entretien physique : Infirmière Diplômée d'Etat Coordinatrice (IDEC) et Gouvernante de la Résidence Château du bois à Oye-plage (*Etablissement privé à but lucratif*)
- Entretien n°3 - entretien physique : Ingénieur Qualité des EHPAD La Roselière et le Château des Dunes - CH de Calais (*Etablissement Public*)
- Entretien n°4 – entretien téléphonique : Responsable qualité du Groupe COLISEE (*Etablissement privé à but lucratif*)
- Entretien n°5 – entretien téléphonique : IDEC Maison de famille l'Ave Maria (*Etablissement privé à but lucratif*)
- Entretien n°6 – entretien téléphonique : IDEC Résidence de la Lys - CH d'Aire-sur-la-Lys (*Etablissement public*)

Nous développons ci-dessous l'analyse que nous pouvons faire des résultats obtenus.

⁵⁰ Agent de Service Hôtelier

⁵¹ Infirmier(e) Diplômé(e) d'Etat

a) Ce qui est mis en place dans les établissements

La direction de l'établissement a-t-elle désigné un(e) référent(e) qualité ?

Compte tenu des réponses des établissements, nous constatons qu'ils ont tous un service qualité auquel ils peuvent faire appel, que ce soit au siège en service support ou centralisé dans les Centres Hospitaliers (CH).

Chaque Service qualité a un relais dans les établissements.

Pour trois d'entre eux, le référent qualité est issu du personnel (infirmière, attachée d'administration, hôtesse d'accueil) et pour les autres, ce sont les cadres et la direction qui prennent le relais.

Un seul établissement dit ne pas avoir désigné de référent qualité au sein de son EHPAD et passer directement par le siège en cas de besoin.

Le/la responsable qualité dispose-t-il/elle de l'autorité et des responsabilités pour garantir le fonctionnement, la performance et l'amélioration du système de management ? Comment est-ce matérialisé ?

Pour la plupart, la mission de référent qualité n'a pas été matérialisée mais les personnes en charge de la qualité sont, malgré tout, identifiées par les membres du personnel. Pour trois d'entre eux, les missions de qualité font partie de leur fiche de poste.

Un seul établissement dit avoir matérialisé la fonction de référent qualité en remettant une lettre de mission et en organisant une formation au siège.

Existe-t-il encore des documents en format papier ?

Les établissements issus du médico-social uniquement fonctionnent encore tous avec du papier.

Ils justifient cela par le fait que les équipes ne maîtrisent pas l'outil informatique.

D'après eux, cela permet aussi de rassurer le personnel.

Ils évoquent aussi la possibilité de toujours avoir accès aux procédures en cas de panne informatique.

Enfin, cela permettrait de transmettre plus facilement certains documents aux résidents et à leurs familles qui sont plus coutumiers du format papier.

Les EHPAD au sein des deux CH interrogés, tendent vers le zéro papier afin notamment de limiter les risques d'utilisation de documents obsolètes.

b) La Gestion Electronique Documentaire

L'établissement dispose-t-il d'une GED ? La GED est-elle mise à jour dès que besoin ?

Les établissements interrogés sont unanimes sur cette question, puisqu'ils disposent tous d'une Gestion électronique de documents, et elle est mise à jour dès que besoin.

Les professionnels ont-ils tous accès à la GED ?

Dans l'ensemble des établissements, les professionnels ont accès à la GED grâce à des logins par profil. La consultation se fait en mode lecture sauf pour certains utilisateurs qui peuvent la modifier.

Enfin, dans deux établissements au moins, certains personnels n'utilisent pas cet outil parce qu'il reste compliqué pour eux, comme nous le confient les encadrants.

L'organisme a-t-il défini un système d'enregistrement des documents (identification, stockage, durée de conservation et élimination) ? Pouvez-vous le décrire succinctement ?

Quatre établissements annoncent avoir un système d'identification des documents (indexation, codification, référence).

Le cinquième évoque se fier au système d'identification du siège sans avoir de codification interne.

Pour deux d'entre eux, le numéro d'identification est généré automatiquement par le logiciel.

Les différents champs d'un document qui ont été cités sont :

- Le titre (cité une fois)
- La référence (cité une fois)
- La date (cité trois fois)
- Le circuit de validation (cité quatre fois)
- Le type de document (cité deux fois)
- Les destinataires (cité une fois)
- La confidentialité (cité une fois)
- Le classement par thème (cité une fois)

Un seul établissement dit réviser ses documents à échéance précise (au minimum tous les 3 ans).

En revanche, ils ont tous fait la même réponse concernant la conservation et l'élimination des documents obsolètes : Les documents sont archivés sans règles d'élimination fixées.

Trouvez-vous facilement le document que vous cherchez dans la GED ?

Dans l'ensemble, les professionnels arrivent à trouver ce qu'ils cherchent dans la GED.

La recherche par mots clefs est citée par quatre établissements. Autant de fois que la recherche dans l'arborescence.

Pour trois établissements au moins, le besoin d'améliorer l'organisation pour que les recherches soient plus simples est évoqué.

A quelle périodicité la GED est-elle évaluée ? Avec quels outils ?

Compte tenu de la diversité des réponses, nous pouvons noter que l'évaluation de la GED ne fait pas partie des réflexes des organismes :

- « Une fois par an » avec des indicateurs extraits automatiquement du logiciel (nombre de consultations des documents, nombre de connexions)
- « Il n'y a pas vraiment d'évaluation », plutôt une prise en compte des commentaires des utilisateurs
- « Une fois nous avons fait une évaluation avec un audit qualité »
- « Au minimum tous les 4 ans pour la certification »
- « Je ne sais pas si nous évaluons la GED mais sûrement, tout est évalué »

c) Les Procédures

Quand est-ce que vous décidez de rédiger une procédure ?

En majorité, les établissements décident de rédiger une procédure suite à un avis externe (préconisation de la HAS, recommandation de bonnes pratiques, inspection ARS, réglementation, évaluation externe, audit)

Il arrive néanmoins fréquemment qu'une procédure soit rédigée suite à un constat en interne (à la suite d'un événement indésirable, d'un besoin particulier, si la procédure ancienne, pour rappeler au personnel de « faire », suite à une réclamation ou lors d'une nouvelle organisation).

Qui rédige les procédures dans votre établissement ?

Nous nous apercevons que c'est souvent l'encadrement qui rédige les procédures (service qualité du groupe, cadre de santé, direction, responsables d'instances).

La consultation des équipes n'arrive pas spontanément en première intention même si en creusant un peu on peut avoir cette réponse

Deux établissements ont néanmoins exprimé :

- « les procédures sont toujours rédigées dans le cadre d'un groupe de travail avec aval du responsable qualité et validation du supérieur hiérarchique ».
- « les procédures sont rédigées avec les professionnels en groupe de travail pluridisciplinaire ».

Comment ? pouvez-vous me décrire le mode opératoire ? (rédacteur, approbateur vérificateur)

Le circuit de validation avec les signatures des « rédacteur », « approbateur » et « vérificateur » est bien intégré, puisqu'il est spontanément cité par l'ensemble des établissements, sauf un puisque c'est le siège qui gère cet aspect.

Y'a-t-il une procédure des procédures ?

De la même manière l'ensemble des établissements annoncent avoir un système pour déterminer le format à respecter pour les documents qualité.

Trois établissements ont une procédure des procédures alors que la politique qualité ou le manuel qualité sont aussi mentionné comme remplissant ce rôle dans les autres établissements.

Comment communiquez-vous la création d'une nouvelle procédure ?

Les nouvelles procédures sont principalement communiquées par email, puisque cinq établissements sur six citent ce moyen de communication.

Les réunions arrivent en seconde place, avec 3 établissements qui utilisent ce moyen.

Le cahier de transmissions est également un moyen utilisé par 2 établissements.

Parmi les autres moyens cités il y a :

- L'édition de l'établissement
- Une alerte dans le logiciel
- Le réseau social d'entreprise
- La newsletter
- L'affichage de note de service
- Les rappels de façon informelle

Notons tout de même que la notion de traçabilité revient, puisqu'au moins trois établissements admettent faire émarger le personnel pour attester qu'il a bien eu l'information (pendant les réunions ou sur le cahier de transmissions).

D. Mise en perspective

Suite à l'analyse de l'enquête et à travers les différentes bibliographies étudiées, voici les principaux constats mis en évidence :

- Les référents qualité mis en place dans les établissements ne sont pas toujours identifiés par le personnel.
- La GED, bien que déployée dans les établissements, est un outil encore trop peu utilisé.
- Les professionnels ne participent pas à l'élaboration des procédures.
- Il n'y a pas de présentation des procédures aux nouveaux embauchés.
- Il n'y a pas de formation ni d'évaluation sur la connaissance des procédures.
- Les procédures sont considérées comme trop nombreuses.

Ainsi, des piste d'actions peuvent être proposées et des préconisations peuvent être formulées :

- **Le rôle du référent qualité**

L'enquête révèle que tous les établissements ont soit un référent qualité au sein même de la structure, soit un service qualité en fonction support.

Mais environ 15% des professionnels interrogés n'ont pas identifié ni le service qualité, ni le référent qualité. Ce chiffre est important, surtout dans des organisations à taille humaine où chacun peut facilement se repérer facilement dans l'organisation.

Il faudrait donc **matérialiser la mission du référent qualité et officialiser le rôle du référent** par une communication interne adaptée.

- **La mise en œuvre de la GED**

La majorité des réponses au questionnaire fait apparaître que la démarche de mise en place de la GED dans les EHPAD du littoral du Pas-de-Calais est bien engagée.

D'après les encadrants les six établissements interrogés disposent d'une GED et les professionnels y ont accès par des logins par profil.

Néanmoins, nous pouvons remarquer que plus du tiers des répondants ne sait pas s'il en existe une.

En parallèle, si on croise cette question avec la Question 16 « Savez-vous où et sous quelle forme vous pouvez trouver les procédures en lien avec vos missions ? », nous nous

apercevons que 70% des répondants savent où trouver les procédures sous format informatique alors même qu'ils ne savent pas ce qu'est une GED.

Cet écart s'explique très certainement par le fait que les personnes interrogées ne savent pas ce qu'est la GED ou alors que d'autres systèmes de classement informatique existent au sein des structures.

Peut-être utilisent-ils la GED sans le savoir parce qu'elle porte un nom spécifique dans leur établissement (ex. : DOCOLISEE chez Colisée), ou peut-être est-ce tout simplement un outil trop compliqué, comme l'ont énoncé les encadrants de deux structures et de ce fait, les personnels n'y portent pas d'intérêt.

Quelle que soit l'hypothèse, là encore, il apparaît qu'il y a vraisemblablement un problème de communication. En effet, les professionnels devraient connaître l'existence de la GED et savoir comment l'utiliser.

Il faudrait donc des **temps de formation pour expliquer à quoi sert le logiciel et comment il fonctionne**.

Sur la même thématique, la moitié des établissements interrogés lors des entretiens disent qu'ils ont besoin **d'améliorer l'organisation de la GED** pour que les recherches soient plus simples. Il y a donc également un effort à fournir à ce niveau-là.

Lors de la mise en place d'un tel système, il est primordial que les documents qui y figurent soient à jour.

En effet, un seul établissement interrogé lors des entretiens dit réviser ses documents à échéance précise. Qu'en est-il pour les autres ?

Cela nous paraît difficile à aborder dans un questionnaire en ligne mais par effet de cascade, il serait intéressant de poser cette question au personnel :

- Les procédures que vous utilisez sont-elles à jour ?

- **La mise en œuvre des procédures**

Concernant les procédures, nous avons pu relever l'application de nombreuses bonnes pratiques.

Nous pouvons citer, par exemple que le personnel sait trouver la procédure documentée soit en format papier, soit en format informatique ou les deux. De plus, les équipes disent connaître et utiliser les procédures.

La perception de la procédure par les salariés est plutôt positive et ils la jugent utile et considèrent même qu'elle est nécessaire pour bien accomplir leur travail.

Nous pouvons également souligner le travail de communication réalisé auprès des équipes particulièrement lors de la mise en ligne d'une nouvelle procédure. Autant de points positifs parmi d'autres qui méritent d'être mis en avant.

Cependant, nous pouvons également relever différents manquements.

- Il n'y a pas ou peu de formation et d'évaluation sur la connaissance des procédures

Les personnes interrogées ont déclaré connaître les procédures mais comme il y a très peu d'évaluations sur la connaissance des procédures, cette information n'est pas objective.

Plus de la moitié des personnes interrogées estime ne pas avoir suffisamment de temps pour s'approprier la procédure.

De la même manière, les salariés expriment manquer de temps, de formations et d'informations pour respecter systématiquement les procédures.

Des temps de formations et d'informations sont donc essentiels.

Des évaluations régulières peuvent également servir à vérifier que les procédures sont suivies et, si ce n'est pas le cas, imposer leur utilisation. L'évaluation des pratiques doit servir à vérifier que les bons gestes sont effectués mais aussi à valoriser le savoir-faire des équipes.

Là encore, il faut faire évoluer les mentalités et ne pas envisager le contrôle comme une sanction mais bien comme un levier d'amélioration.

Pour reprendre les constations du sociologue E. MAYO, souvent, les équipes sont sensibles à l'intérêt que l'on porte à leur travail.

- Il n'y a pas toujours de présentation aux nouveaux embauchés.

Les procédures ne sont pas systématiquement présentées à la prise d'un nouveau poste. Cela peut s'expliquer par le fort turn-over que connaissent les EHPAD. Néanmoins, les encadrants doivent s'assurer que les nouveaux employés sont formés de manière à suivre les procédures qui s'appliquent à leurs tâches. Il faudrait, **à l'arrivée d'un nouvel embauché, prévoir un temps pour parcourir les procédures principales et indiquer où trouver l'ensemble des documents.**

Le personnel cible doit savoir que le document existe et savoir où il se trouve.

- Les professionnels ne participent pas à l'élaboration des procédures

L'information doit parvenir aux équipes mais il faut également veiller à l'appropriation de la procédure. Pour cela, il nous semble essentiel d'impliquer les équipes dès la phase de rédaction des procédures.

En effet, concernant la rédaction des procédures, nous notons une très faible implication du personnel. Cette information est confirmée spontanément lors des entretiens directifs.

Il faudrait systématiquement rédiger les procédures en concertation avec les professionnels concernés lors de groupes de travail.

Dans la même lignée, concernant la rédaction des procédures et d'après les encadrants interviewés, il arrive qu'une procédure soit rédigée pour rappeler au personnel de « faire » ou « suite à une réclamation ».

Nous nous interrogeons sur l'utilité de ce type de procédure. Permettront-elles de réduire le risque à un niveau acceptable ? N'est-ce pas plutôt le rôle du cadre de rappeler au personnel de « faire » et n'est-ce pas le rôle de la direction de gérer les réclamations ?

Les mentalités vis-à-vis des procédures ont encore besoin d'évoluer et il est important de rappeler **qu'il n'est pas forcément nécessaire d'écrire des procédures pour toutes les activités.**

Comme le confirme D. GENELOT dans son ouvrage « Toute organisation a besoin de dispositifs et de structures pour fonctionner. Mais si ces organes prennent progressivement une place prépondérante, ils deviennent une fin au lieu de rester des moyens au service d'un projet » [29].

Les autorités de contrôle ont également leur rôle à jouer car ce sont elles qui formulent aussi des remarques sur une procédure non formalisée comme nous le confie les encadrants interrogés.

- Les procédures sont considérées comme trop nombreuses

Malgré la bonne perception que les professionnels disent avoir des procédures, pour la majorité ils ne souhaitent pas avoir plus de procédures car ils pensent qu'il y en a déjà beaucoup.

[29] GENELOT D., 2011. *Manager dans la complexité : réflexions à l'usage des dirigeants*, 4^e édition, Insep Consulting Editions, Paris.

Nous nous interrogeons sur l'écart de déclaration qu'il y a de la part des professionnels qui affirment trouver la procédure utile et facilitante dans leur travail et pourtant estimant qu'« il y en a déjà trop ».

En effet, c'est la réponse qui a le plus souvent été apportée à la question : « Pourquoi pensez-vous qu'il ne serait pas nécessaire de créer des procédures supplémentaires ? ».

Si les réponses convergentes ont facilité l'interprétation des verbatim, ces réponses nous amènent aussi à de nouvelles interrogations :

Que veut dire ce « il y en a déjà trop » ? D'où provient ce sentiment général ?

Nous pouvons simplement imaginer que malgré leur bonne perception de la procédure il doit y avoir une difficulté de mise en œuvre.

Cela démontre les limites du questionnaire en ligne sur les aspects qualitatifs.

Le fait de poser une question ouverte encourage des réponses, des opinions et des solutions différentes de ce à quoi nous aurions pu penser mais de ce fait, en fonction des réponses obtenues, nous aimerions poursuivre le questionnement.

En revanche, pour ceux qui ont répondu qu'il serait souhaitable de créer plus de procédures, ils ont une idée précise de ce qu'il manque dans leur établissement. Par exemple, ils souhaiteraient des procédures pour l'accueil de la personne âgée, l'accueil des stagiaires, l'accueil des résidents ou encore plus de procédures administratives.

Cela nous rappelle que souvent ce sont les équipes qui sont sur le terrain qui sont le plus à même de détecter l'émergence d'un besoin. Cela nous apprend qu'il faut **être à l'écoute de ses équipes** car elles ont souvent des choses pertinentes à dire.

La majorité des professionnels pense que la procédure est un outil de la qualité qui améliore la prise en charge des résidents.

C'est sur cette vision positive que les salariés ont de la procédure que nous devons nous appuyer. En effet, l'amélioration de la prise en charge des résidents et bien notre objectif commun tous.

CONCLUSION

Ce mémoire avait pour objectif de répondre à la problématique suivante : « **En quoi les procédures et la Gestion électronique Documentaire contribuent au management d'un établissement médico-social ?** »

Pour répondre à cette problématique, une enquête a été menée auprès de professionnels d'EHPAD du littoral du Pas-de Calais afin d'étudier leur implication dans l'utilisation de ces outils.

Il était également nécessaire d'échanger directement avec les encadrants, gardien de la mise en œuvre de la démarche qualité dans les EHPAD du Pas-de-Calais pour pousser plus avant la réflexion et développer davantage les réponses. C'est pourquoi, une série d'entretiens a été conduite en complément,.

Les résultats de cette enquête montrent que la GED est un outil largement déployé dans les établissements du littoral du Pas-de-Calais et que les procédures bénéficient d'un avis favorable des personnels.

Cependant, des améliorations restent à apporter quant à l'utilisation de ces deux outils afin d'en faire de véritables outils de management et notamment :

- Faire participer les personnels à leur mise en œuvre
- Limiter le nombre de procédures écrites

En effet, bien que les recommandations de bonnes pratiques préconisent de mobiliser l'ensemble du personnel pour s'interroger sur « les apports de leur pratique aux objectifs de l'accompagnement », le personnel reste encore insuffisamment sollicité aujourd'hui [30].

Or, il est primordial que les professionnels de terrain soient positionnés au cœur des démarches d'amélioration continue de la qualité car ceux sont eux qui pourront faire évoluer les pratiques afin d'améliorer la satisfaction des usagers.

L'accès des équipes à une Gestion Electronique Documentaire tenue à jour leur permettra de disposer du bon document, au bon moment et au bon endroit.

[30] RBPP Anesm : *La conduite de l'évaluation interne dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux*.

Nous pouvons également assurer que la participation des professionnels aux démarches d'élaboration des procédures leur permettra de se sentir valoriser et de donner du sens à leur activité professionnelle.

C'est souvent grâce à la réflexion de ceux qui mettent en oeuvre les processus au quotidien que nous pouvons identifier des actions d'amélioration pertinentes et les mettre oeuvre.

Comme l'explique Jean-Louis DESHAIES, consultant et évaluateur externe : « Plus les professionnels sont associés à la conduite du changement, plus la démarche qualité devient naturelle. Et plus ils se sentent reconnus, plus ils deviennent actifs » [31].

L'adhésion à la théorie « Y » de Mc GREGOR, que nous avons évoqué en première partie de mémoire, encourage à responsabiliser le personnel puisqu'on suppose qu'il est compétent et impliqué.

Quelqu'un qui aime son travail et à qui on fait confiance est d'autant plus motivé à le réaliser. Les travailleurs ont besoin de savoir que leur activité est utile et de donner du sens et de l'intérêt à la réaliser de telle ou telle manière. Chacun doit savoir à quoi il participe en effectuant sa tâche [32].

Nous avons vu également qu'il était primordial de limiter le nombre de procédures pour privilégier l'exercice du métier des salariés plutôt que la bureaucratie.

Ainsi, si les organismes de tutelles ou la loi n'obligent pas à écrire la procédure, il faut le faire avec parcimonie.

Dans un métier de service à la personne, il n'est pas envisageable de standardiser ses relations. Bien au contraire, il faut encourager la personnalisation en laissant une marge de manœuvre au personnel tout en s'assurant de leur bonne compréhension quant à la finalité de leur travail [33].

[31] DIRECTION[S] Le mensuel des directeurs du secteur social et médico-social, Juin 2016: *Démarche qualité : une dynamique à pérenniser*, n°143.

[32] Cours de fonction d'encadrement - Antoine COCHEZ, Enseignant à l'université ILIS.

[33] AVIET I., MOUGIN Y., 2011. *Les services à la personne- Amour et management - Les secrets de la qualité*, AFNOR EDITIONS, La Plaine St-Denis.

Ce cheminement a ainsi permis de confirmer l'hypothèse *que les procédures et la Gestion électronique Documentaire sont nécessaires mais elles doivent être connues du personnel et utilisées à bon escient par les managers pour être efficaces.*

Ces deux outils, GED et procédure, contribuent largement au management d'un établissement médico-social à condition qu'elles restent bien des moyens et non une finalité.

Nous concluons par cette citation bien connue de W. Edwards DEMING qui nous rappelle que tous les niveaux hiérarchiques doivent être impliqués dans l'amélioration continue de la démarche qualité :

« La qualité est la responsabilité de tous ».

BIBLIOGRAPHIE

OUVRAGES

- [2] ENGELBRECHT R., 2008. *Faire la Trace*, Pearson Education France, Paris.
- [4] ANAES : *Principes de mise en œuvre d'une démarche qualité en établissement de Santé* - Avril 2002. Disponible en ligne : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/demarche_qualite_2006_10_06_10_16_43_41.pdf
- [5] BELLAÏCHE M., 2008. *Manager vraiment par la qualité*, AFNOR, La Plaine St-Denis.
- [19] BOUTOU O., 2009. *100 Questions pour comprendre et agir - Gestion Documentaire*, AFNOR, La Plaine St-Denis.
- [20] FAUCHER S., 2006. *Système intégré de management - Qualité Sécurité Environnement*, AFNOR, La Plaine St-Denis.
- [23] LECLET H., VILCOT C., 2007. *Qualité en santé, 150 questions pour agir* - éditions AFNOR, 1999.
- [24] HENRY A., MONKAM-DAVERAT I., 1999. *Rédiger les procédures de l'entreprise-guide pratique*, 2^{ème} édition, 2^{ème} tirage, éditions d'Organisation, Paris.
- [25] LOUBAT J-R., 2015. *La démarche qualité en action sociale et médico-sociale*, 2^{ème} édition, DUNOD, Paris.
- [27] BELLAÏCHE M., 2016. *100 Questions pour comprendre et agir – la qualité ISO 9001 : 2015*, AFNOR, La Plaine St-Denis.
- [28] FROMAN B., 2013. *Du manuel qualité au manuel de management - l'Outil stratégique*, AFNOR, La Plaine St-Denis.
- [29] GENELOT D., 2011. *Manager dans la complexité : réflexions à l'usage des dirigeants*, 4e édition, Insep Consulting Editions, Paris.
- [33] AVIET I., MOUGIN Y., 2011. *Les services à la personne- Amour et management - Les secrets de la qualité*, AFNOR, La Plaine St-Denis.

RECOMMANDATIONS de BONNES PRATIQUES

[30] RBPP Anesm : *La conduite de l'évaluation interne dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux*.

ENSEIGNEMENT ILIS

[1] Cours Fonction d'encadrement - Yannick BERTON, Directeur Adjoint de Stratélys, Enseignant à l'université ILIS.

[21] Cours « Gestion des systèmes documentaires » - Pr. Isabelle BRICOUT, Enseignant à l'université ILIS.

[32] Cours Fonction d'encadrement - Antoine COCHEZ, Enseignant à l'université ILIS.

TEXTES LEGISLATIFS ET REGLEMENTAIRES

[8] Obligation d'une convention pluriannuelle dans les EHPAD: Arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévue à l'article 5-1 de la loi N° 75-535 modifiée du 30 Juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales. [Disponible sur internet] : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000395786&categorieLien=id>

[9] Calendrier des évaluations : art. L 312-8 du CASF. [Disponible sur internet] : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006074069&idArticle=LEGIARTI000006797421&dateTexte=&categorieLien=cid>

[11] Fusion de l'Anesm et de la HAS : art. 72 de la LOI n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018. [Disponible sur internet] : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000036339090>

[12] Fusion de l'Anesm et de la HAS : Décret n° 2018-467 du 11 juin 2018 relatif à l'intégration de l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM) au sein de la Haute Autorité de santé (HAS). [Disponible sur internet] : <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2018/6/11/SSAA1808827D/jo/texte>

[13] Fusion de l'Anesm et de la HAS : Décret n° 2018-465 du 11 juin 2018 relatif à la commission mentionnée à l'article L. 312-8 du code de l'action sociale et des familles.

[Disponible sur internet] :

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000037047116&categorieLien=id>

[16] Prise en compte de la certification lors de l'évaluation externe : Décret n° 2012-147 du 30 janvier 2012 relatif aux conditions de prise en compte de la certification dans le cadre de l'évaluation externe des établissements et services sociaux et médico-sociaux. [Disponible sur internet] :

<https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2012/1/30/SCSA1134578D/jo/texte>

[22] Règlement européen sur la protection des données personnelles : LOI n° 2018-493 du 20 juin 2018 relative à la protection des données personnelles. [Disponible sur internet] : <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2018/6/20/JUSC1732261L/jo/texte>

ARTICLES

[7] PARIS HEALTHCARE WEEK 2018 – HOSPIMEDIA 30 MAI 2018, *La HAS va créer quinze groupes de travail spécifiques sur la certification V2020.*

[10] ASH, 30 mars 2018 : *évaluation et qualité : les nouvelles ambitions de l'HAS*, Actualité Sociale Hebdomadaire n° 3054.

[14] HOSPIMEDIA – 12 Juillet 2017 : *L'lgas conforte le dispositif d'évaluation externe et interne des ESSMS avec modifications.*

[15] PARIS HEALTHCARE WEEK 2018 – HOSPIMEDIA :

- 31 Mai 2018, *La HAS est en capacité de répondre "dans la continuité et sans rupture" aux missions de l'Anesm.*
- 05 Avril 2018 *Véronique Ghadi pilote la nouvelle direction sociale et médico-sociale au sein de l'HAS.*

[26] ASH, 27 mars 2015 : *la coopération est un élément décisif de la qualité, de la productivité et de la compétitivité.* Actualité Sociale Hebdomadaire n°2903.

[31] DIRECTION[S] Le mensuel des directeurs du secteur social et médico-social, Juin 2016 : *Démarche qualité : une dynamique à pérenniser*, n°143

SITES INTERNETS

[3] Site internet Iso : www.iso.org

[6] Site de la Haute Autorité de Santé : www.has-sante.fr

[17] Site des Archives d'Etat de Genève : <http://ge.ch/archives/gerer-archives/politique-de-gouvernance-documents-electroniques>

[18] Site du dictionnaire de l'informatique et d'internet : <http://www.dicofr.com>

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	1
PARTIE I : Définition des termes et contexte historique	3
A. Histoire du management	3
1) Définition du Management.....	3
2) Les grandes étapes de l'évolution du Management	3
B. L'évolution de la démarche qualité.....	8
1) Contrôle qualité	8
2) Assurance qualité	9
3) Management de la qualité	11
C. La certification des établissements de santé.....	14
D. L'évaluation des établissements médico sociaux.....	16
1) L'évaluation interne et externe	17
a) Contexte réglementaire	17
b) De l'Anesm à la HAS.....	18
2) La certification par l'ISO dans le secteur sanitaire et médico-social	20
E. Deux outils de la qualité : la GED et les Procédures.....	21
1) La Gestion Electronique des Documents (GED)	21
a) Définition de la Gestion Electronique Documentaire	21
b) Historique de la Gestion Electronique Documentaire (GED).....	23
c) La Gestion documentaire à la base de la démarche qualité.	24
d) La mise en place d'un système documentaire	24
e) Le cycle de vie d'un document qualité	25
f) L'évaluation du système documentaire	28
2) La Procédure.....	29
a) Définition de la Procédure	29
b) Dans quel cas écrire des procédures ?	31

c) Comment élaborer une procédure ?	32
d) Les acteurs intervenant dans la création d'une procédure	32
PARTIE II : Enquête auprès des Etablissements Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) du littoral du Pas-de-Calais	35
A. Contexte	35
1) Objectif de l'enquête	35
2) Détermination de l'échantillon	36
B. Méthodologie	37
1) Le Questionnaire	37
a) La construction du Questionnaire	37
b) La diffusion du questionnaire	39
2) L'entretien semi directif	40
C. Les résultats de l'enquête	41
1) Résultats du questionnaire	41
a) Profil : Caractéristiques des répondants	42
b) L'existant : Etat des lieux de ce qui existe dans votre structure	43
c) L'intégration des procédures	45
d) La perception	47
2) Résultats des entretiens semi directifs	50
a) Ce qui est mis en place dans les établissements	51
b) La Gestion Electronique Documentaire	52
c) Les Procédures	53
D. Mise en perspective	55
CONCLUSION	60
BIBLIOGRAPHIE	63
TABLE DES MATIERES	67
TABLE DES ANNEXES	70
ANNEXE I : Les 14 points de Deming	71
ANNEXE II : Logigramme « La vie d'un document »	72

ANNEXE III : Enquête en ligne réalisée auprès des professionnels des EHPAD	73
ANNEXE IV : Les résultats de l'enquête réalisée auprès des professionnels des EHPAD	80
ANNEXE V : Entretien n° I	89
ANNEXE VI : Entretien n° II	92
ANNEXE VII : Entretien n° III	95
ANNEXE VIII : Entretien n° IV	98
ANNEXE IX : Entretien n° V	101
ANNEXE X : Entretien n° VI	104
ANNEXE XI : Echantillon utilisé pour l'enquête :	107
GLOSSAIRE	108

TABLE DES ANNEXES

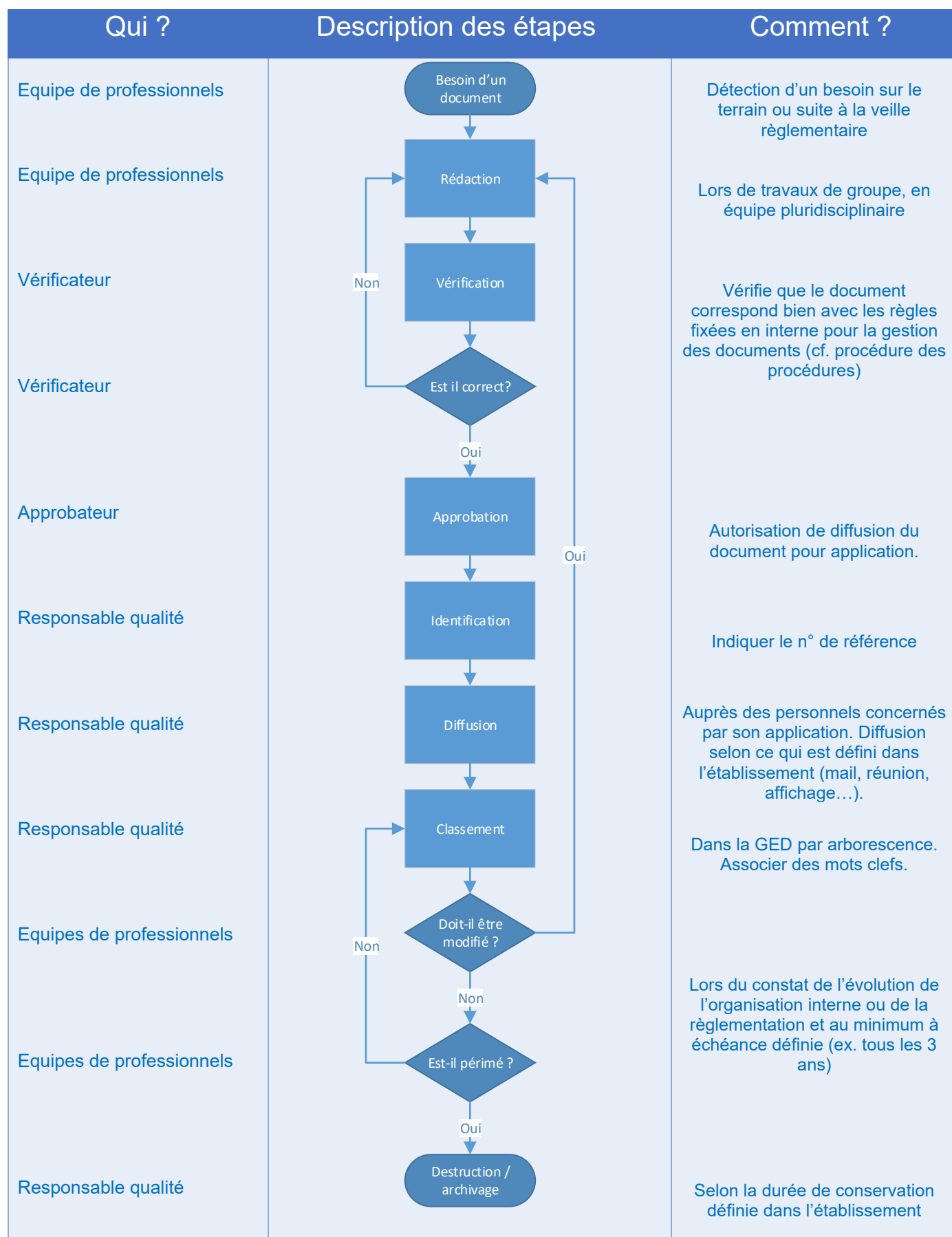
ANNEXE I : Les 14 points de Deming	71
ANNEXE II : Logigramme « La vie d'un document »	72
ANNEXE III : Enquête en ligne	73
ANNEXE IV : Les résultats de l'enquête	80
ANNEXE V : Entretien n° I	89
ANNEXE VI : Entretien n° II	92
ANNEXE VII : Entretien n° III	95
ANNEXE VIII : Entretien n° IV	98
ANNEXE IX : Entretien n° V	101
ANNEXE X : Entretien n° VI	104
ANNEXE XI : Echantillon utilisé pour l'enquête : 48 EHPAD	107

ANNEXE I : Les 14 points de Deming ⁵⁷

- 1- Gardez le cap de votre mission en améliorant constamment les produits et les services. Le but d'une entreprise est d'être compétitive, d'attirer des clients et de donner du travail.
- 2- Adoptez la nouvelle philosophie. Nous sommes dans un nouvel âge économique. Les dirigeants occidentaux doivent s'informer de leurs nouvelles responsabilités et conduire le changement.
- 3- Faites en sorte que la qualité des produits ne demande qu'un minimum de contrôles et de vérifications. Intégrez la qualité au produit 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 professionnelle permanente.
- 7- Instituez le leadership, nouvelle manière pour chacun d'exercer son autorité. Le but du leadership est d'aider les hommes et les machines à mieux travailler. Révisez la façon de commander.
- 8- Chassez la crainte, afin que tout le monde puisse contribuer au succès de l'entreprise.
- 9- Détruisez les barrières entre les services. Le travail dans un esprit d'équipe évitera que des problèmes apparaissent au cours de l'élaboration et de l'utilisation des produits.
- 10- Supprimez les exhortations et les formules qui demandent aux employés d'atteindre le zéro défaut pour augmenter la productivité. Elles ne font que créer des situations conflictuelles.
- 11- Supprimez les quotas de production, ainsi que toutes les formes de management par objectifs. Ces méthodes seront remplacées par le leadership.
- 12- Supprimez les obstacles qui empêchent les employés, les ingénieurs et les cadres d'être fiers de leur travail, ce qui implique l'abolition du salaire au mérite et du management par objectifs.
- 13- Instituez un programme énergique d'éducation et d'amélioration personnelle
- 14- Mobilisez tout le personnel de l'entreprise pour accomplir la transformation.

⁵⁷ <http://www.fr-deming.org/>

ANNEXE II : Logigramme « La vie d'un document »



ANNEXE III : Enquête en ligne réalisée auprès des professionnels des EHPAD du Littoral Pas-de-Calais

Formulaire à destination du personnel d'EHPAD

Bonjour, je suis étudiante en management des établissements médico-sociaux à la Faculté Lilloise d'ingénierie et de management de la santé.

Ce questionnaire a été élaboré dans le cadre de mon mémoire de fin d'études pour lequel je souhaite évaluer l'impact des procédures sur le management en EHPAD.

Ce questionnaire est entièrement anonyme. Choisissez les réponses qui vous correspondent le mieux. Il n'y a pas de bonnes ou mauvaises réponses, soyez simplement sincère dans vos choix.

Cela ne prendra que quelques minutes et votre contribution en tant qu'acteur de terrain est essentielle.

J'apprécie le temps que vous voudrez bien y consacrer et je vous remercie par avance pour votre aide.

Caractéristiques des répondants

Dans quel type de structure travaillez-vous ?

- ☐ Public
- ☐ Privé lucratif
- ☐ Etablissement de santé privé d'intérêt collectif (ESPIC)

Quel est le nom de votre établissement ? (cette information ne sera pas diffusée)

Votre réponse _____

Quel est votre fonction dans l'établissement ?

- ☐ Infirmier(e) Diplômé(e) d'Etat (IDE)
- ☐ Aide soignant(e) (AS), AMP
- ☐ Agent de Service Hôtelier (ASH)
- ☐ Agent administratif
- ☐ Autre : _____

Vous êtes :

- ☐ Titulaire ou en CDI
- ☐ Contractuel(le) ou en CDD
- ☐ Stagiaire
- ☐ Autre : _____

Votre ancienneté dans l'établissement est de :

- ☐ Moins de 1 an
- ☐ Entre 1 et 5 ans
- ☐ Entre 5 et 10 ans
- ☐ Plus de 10 ans

Etat des lieux de ce qui existe dans votre structure

Avez vous un(e) référent(e) qualité dans l'établissement ?

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Ne sais pas

Si votre établissement dépend d'un groupe ou d'une association, avez vous un service qualité au siège ?

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Ne sais pas
- ☐ Mon établissement ne dépend pas d'un groupe ou d'une association

Votre établissement dispose-t-il d'une Gestion Electronique Documentaire (GED) ?

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Ne sais pas

Existe-t-il des procédures liées aux soins dans votre établissement ?

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Ne sais pas

Si oui, à combien estimez-vous le nombre de procédures liées aux soins ?

- ☐ Entre 1 et 10
- ☐ Entre 10 et 40
- ☐ Plus de 40

Existe-t-il des procédures administratives dans votre établissement ?

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Ne sais pas

Si oui, à combien estimez-vous le nombre de procédures administratives ?

- ☐ Entre 1 et 10
- ☐ Entre 10 et 40
- ☐ Plus de 40

Existe-t-il des procédures pour les autres activités de l'établissement ?

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Ne sais pas

Si Oui, pour quelle activité ? (plusieurs réponses possibles)

- ☐ Restauration
- ☐ Sécurité et maintenance
- ☐ Gestion des déchets
- ☐ Entretien du linge
- ☐ Bionettoyage
- ☐ Animation
- ☐ Autre : _____

L'intégration des procédures

Combien de procédures connaissez-vous ou utilisez-vous régulièrement ?

- ☐ Aucune
- ☐ Entre 1 et 10
- ☐ Entre 10 et 40
- ☐ Plus de 40

Participez-vous à la rédaction des procédures ?

- ☐ Toujours
- ☐ Souvent
- ☐ Parfois
- ☐ Jamais

Savez-vous où et sous quelle forme vous pouvez trouver les procédures en lien avec vos missions ?

- ☐ Oui je sais, sous forme informatique et en format papier
- ☐ Oui je sais, sous forme informatique seulement
- ☐ Oui je sais, en format papier seulement
- ☐ Non, je ne sais pas

Selon vous, disposez-vous d'un temps suffisant pour intégrer les procédures ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Lors de votre intégration, vous a-t-on expliqué quelles procédures concernaient votre poste ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Avez-vous déjà eu des évaluations sur votre connaissance des procédures ?

- ☐ Oui, souvent
- ☐ Oui, au moins une fois
- ☐ Non, jamais

Si Oui, qui était en charge de l'évaluation ?

- ☐ Responsable qualité
- ☐ Infirmier(e) Diplômé(e) d'Etat Coordinatrice (IDEC)
- ☐ IDE
- ☐ Adjoint(e) de Direction
- ☐ Gouvernant(e)
- ☐ Autre : _____

Disposez-vous de formations régulières sur le respect des procédures ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Perception de la procédure par l'utilisateur

D'après vous, combien de procédures sont utiles ?

- ☐ Aucune
- ☐ Quelques unes
- ☐ Pratiquement toutes
- ☐ Toutes sans exception

Que pensez-vous de cette affirmation : Les procédures sont nécessaires pour bien accomplir mon travail ?

	1	2	3	4	
Pas du tout d'accord	☐	☐	☐	☐	Tout à fait d'accord

Vous avez l'impression de suivre des procédures pour :
(plusieurs réponses possibles)

- ☐ Satisfaire une obligation légale
- ☐ Répondre aux exigences de votre métier
- ☐ Ma pratique correspond de toute façon à la procédure
- ☐ Pour faire plaisir à mon supérieur
- ☐ Je ne suis pas les procédures
- ☐ Autre : _____

Dans le cadre de vos missions, respectez -vous toujours toutes les procédures ?

- ☐ Oui, systématiquement
- ☐ Oui, souvent
- ☐ Non, pas souvent
- ☐ Non, jamais

Si il vous arrive de ne pas respecter les procédures, vous diriez que c'est plutôt lié aux éléments suivants (vous pouvez cocher plusieurs cases) :

- ☐ Temps insuffisant
- ☐ Manque de formation du personnel
- ☐ Information insuffisante
- ☐ Sentiment de contrôle régulier
- ☐ Situation de sous effectif
- ☐ Moyens matériels insuffisants ou dysfonctionnants
- ☐ Aucune raison
- ☐ Procédure inadaptée
- ☐ Autre : _____

Diriez-vous que les procédures sont des outils facilitants dans votre travail ?

	1	2	3	4	
non pas du tout	☐	☐	☐	☐	oui tout à fait

Pensez-vous qu'il serait nécessaire de créer des procédures supplémentaires ?

- ☐ Oui, c'est indispensable
- ☐ Oui, pourquoi pas
- ☐ Non, surtout pas
- ☐ Ne sais pas

Si Oui, pour quel type de sujet par exemple ?

Votre réponse _____

Si Non, pourquoi ?

Votre réponse _____

Pensez-vous que les procédures améliorent la prise en charge des résidents ?

	1	2	3	4	
Pas du tout d'accord	☐	☐	☐	☐	Tout à fait d'accord

Pour vous une procédure c'est : (plusieurs réponses possibles)

- ☐ Indispensable
- ☐ Utile
- ☐ Pas nécessaire
- ☐ Lourd et contraignant
- ☐ Un outil de la qualité
- ☐ Une formalisation de vos pratiques quotidiennes
- ☐ De la paperasse
- ☐ Autre : _____

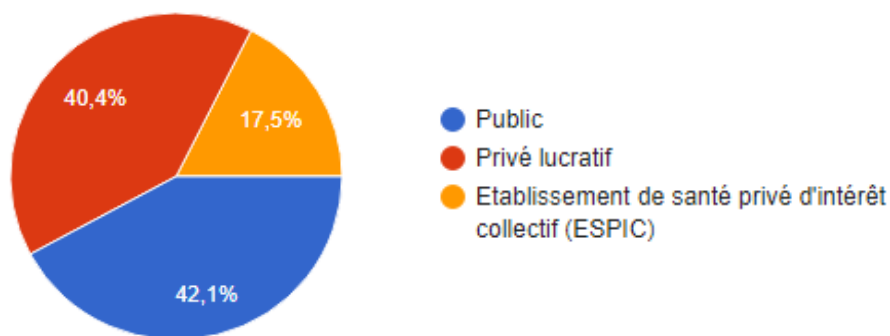
Si vous souhaitez ajouter un commentaire, vous pouvez le faire ci dessous :

Votre réponse _____

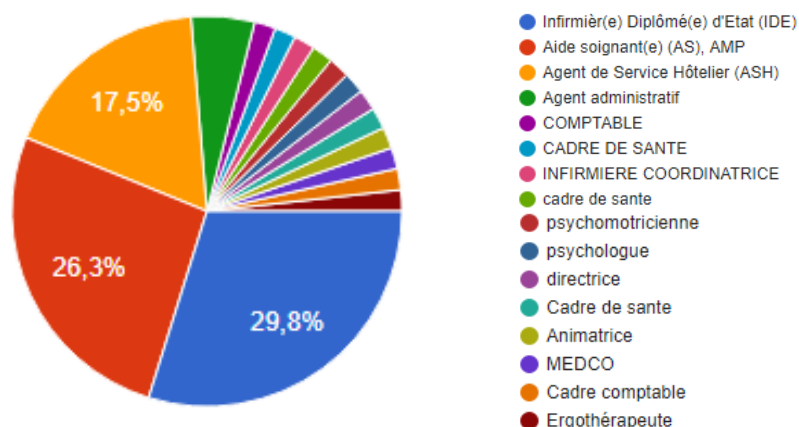
Ce questionnaire est à présent terminé. Nous vous remercions pour votre participation !

ANNEXE IV : Les résultats de l'enquête réalisée auprès des professionnels des EHPAD du Pas-de-Calais

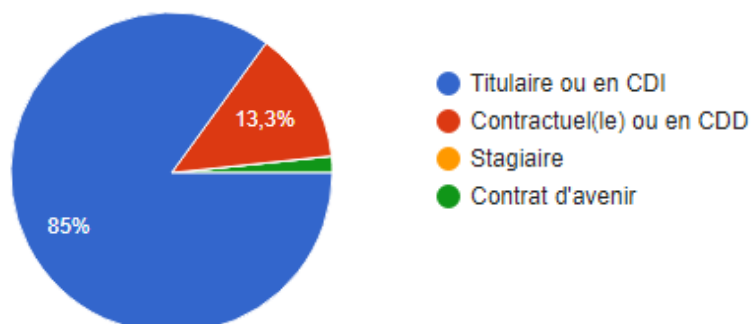
Q1 : Dans quel type de structure travaillez-vous ?



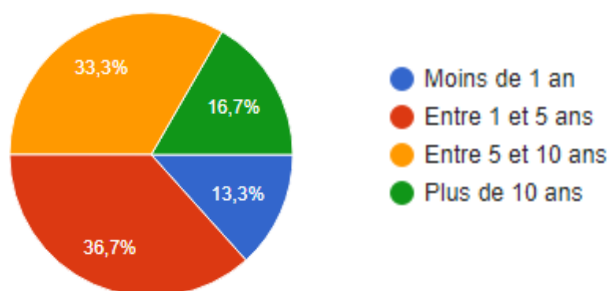
Q2 : Quelle est votre fonction dans l'établissement ?



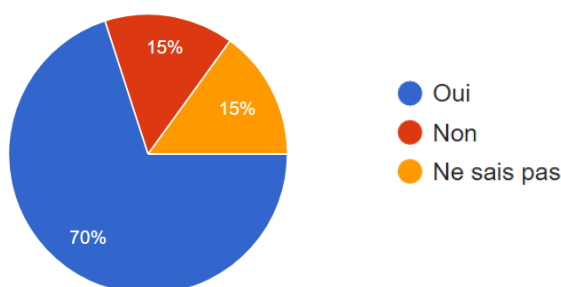
Q3 : Vous êtes ?



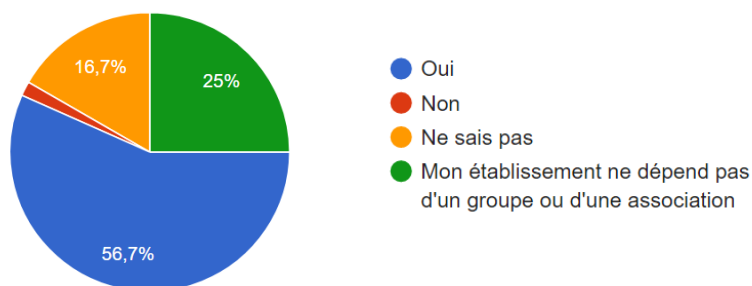
Q4 : Votre ancienneté dans l'établissement est de :



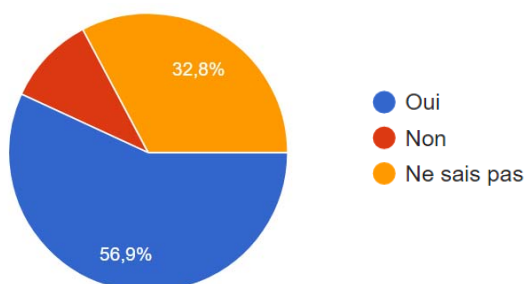
Q5 : Avez-vous un référent qualité dans l'établissement :



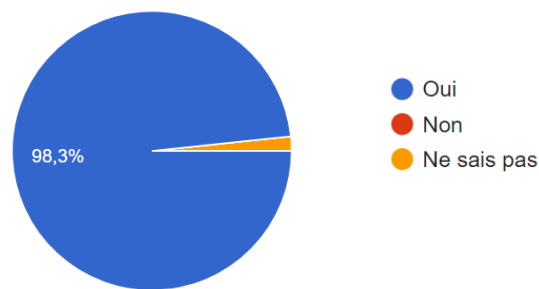
Q6 : Si votre établissement dépend d'un groupe ou d'une association, avez vous un service qualité au siège ?



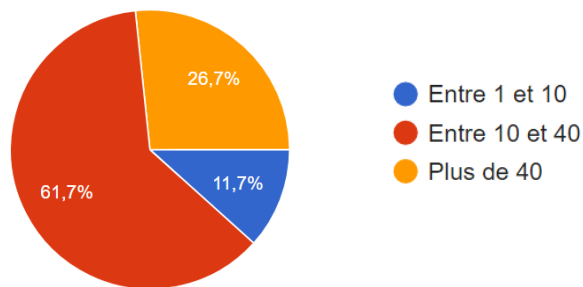
Q7 : Votre établissement dispose-t-il d'une Gestion Electronique Documentaire (GED) ?



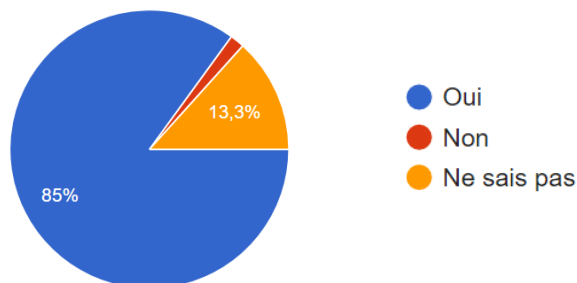
Q8 : Existe-t-il des procédures liées aux soins dans votre établissement ?



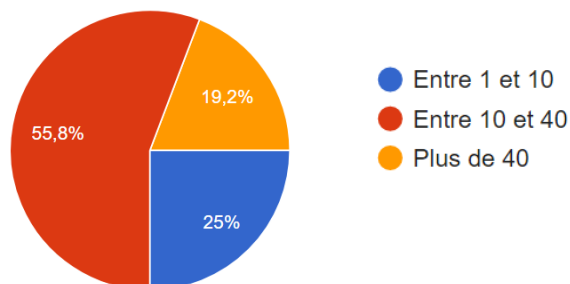
Q9 : Si oui, à combien estimez-vous le nombre de procédures liées aux soins ?



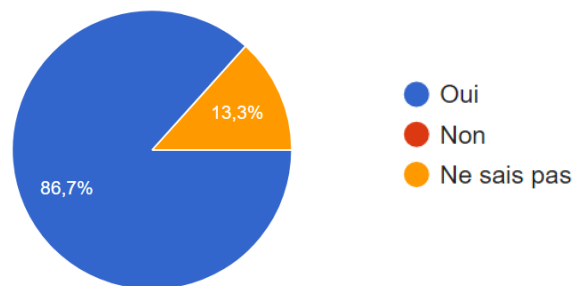
Q10 : Existe-t-il des procédures administratives dans votre établissement ?



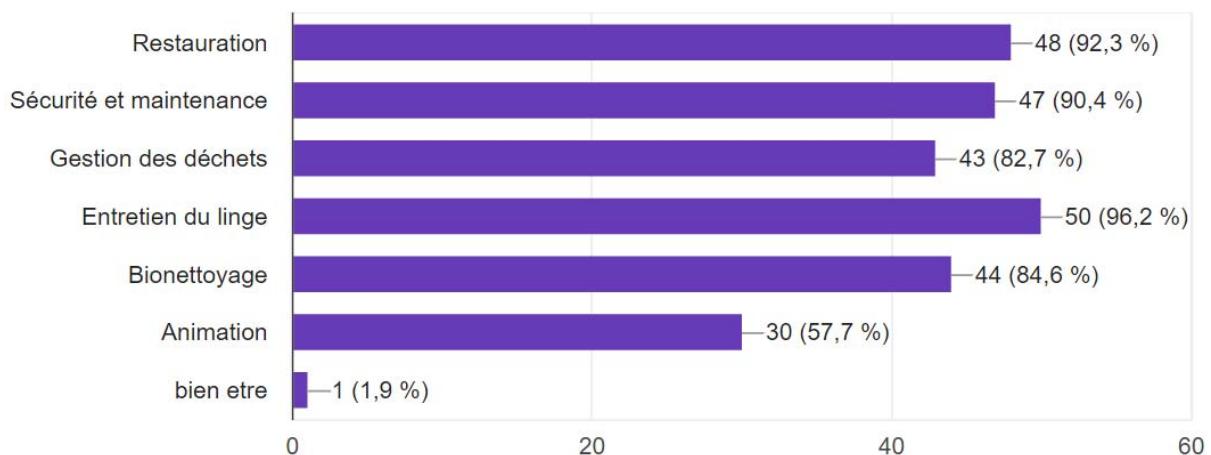
Q11 : Si oui, à combien estimez-vous le nombre de procédures administratives ?



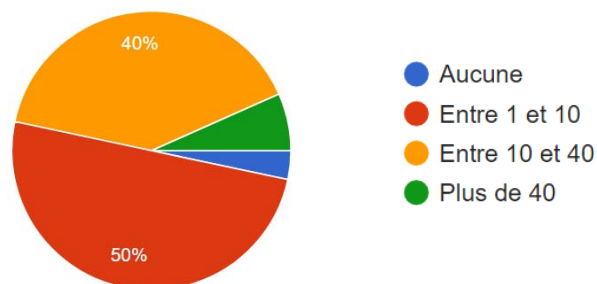
Q12 : Existe-t-il des procédures pour les autres activités de l'établissement ?



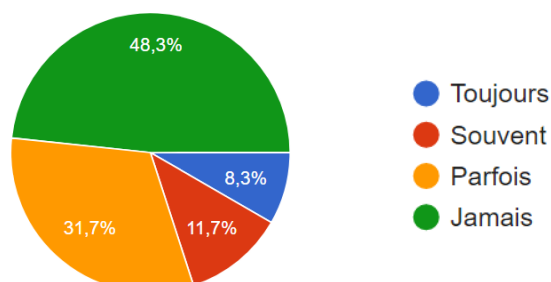
Q13 : Si Oui, pour quelle activité ? (plusieurs réponses possibles)



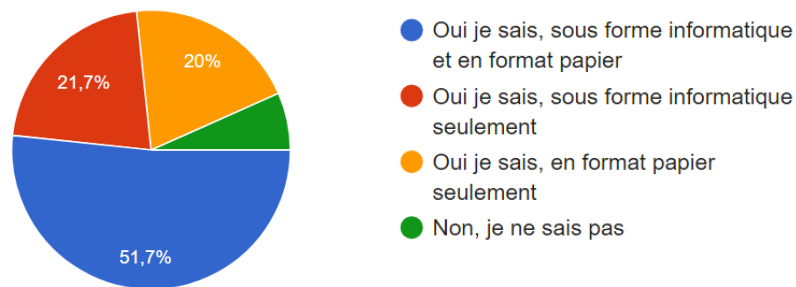
Q14 : Combien de procédures connaissez-vous ou utilisez-vous régulièrement ?



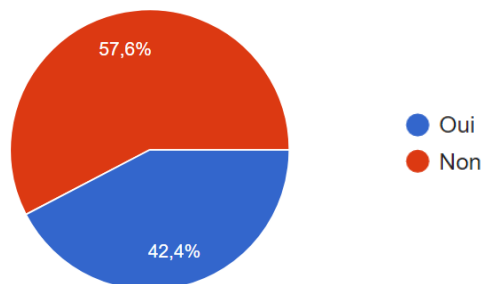
Q15 : Participez-vous à la rédaction des procédures ?



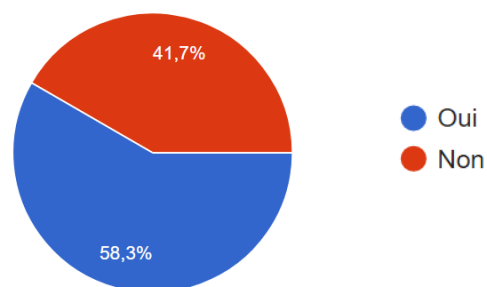
Q16 : Savez-vous où et sous quelle forme vous pouvez trouver les procédures en lien avec vos missions ?



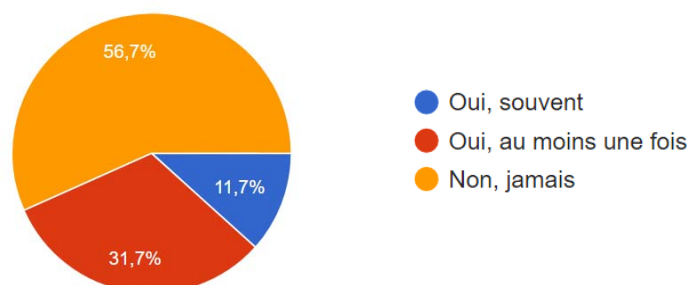
Q17 : Selon vous, disposez-vous d'un temps suffisant pour intégrer les procédures ?



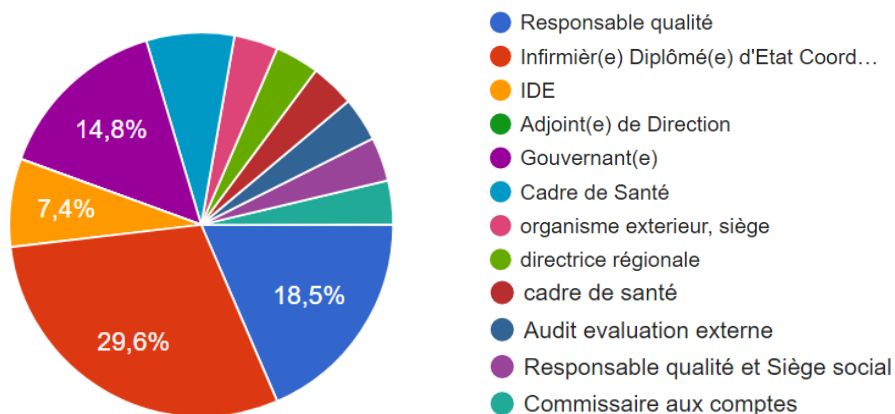
Q18 : Lors de votre intégration, vous a-t-on expliqué quelles procédures concernaient votre poste ?



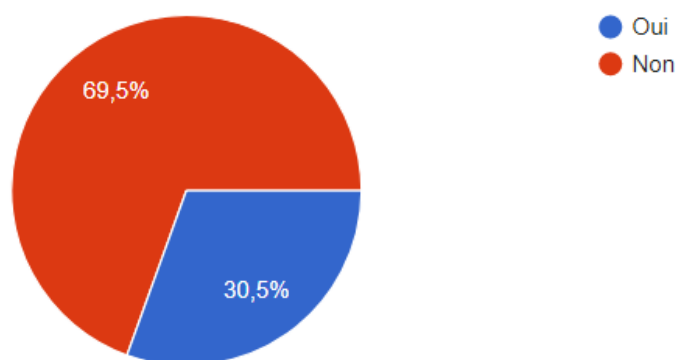
Q19 : Avez-vous déjà eu des évaluations sur votre connaissance des procédures ?



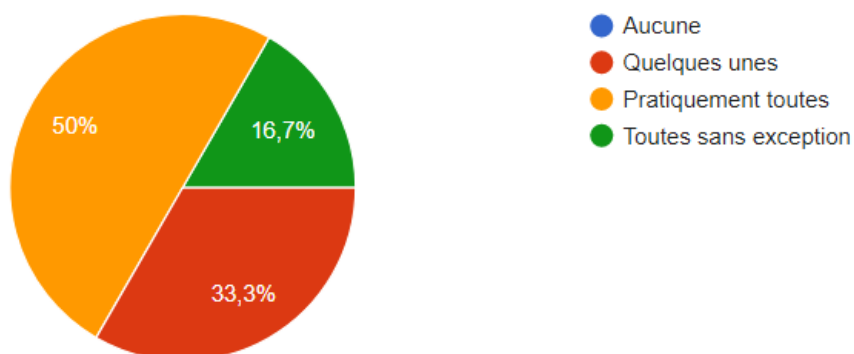
Q20 : Si Oui, qui était en charge de l'évaluation ?



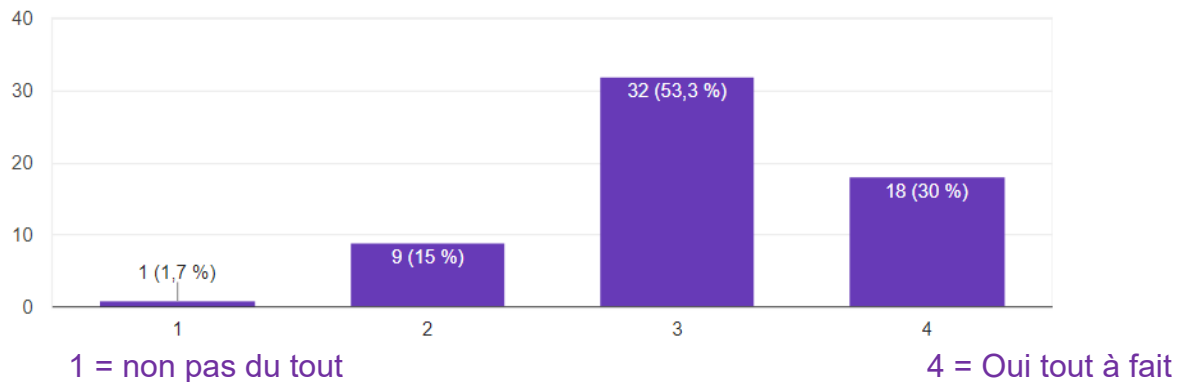
Q21 : Disposez-vous de formation régulières sur le respect des procédures ?



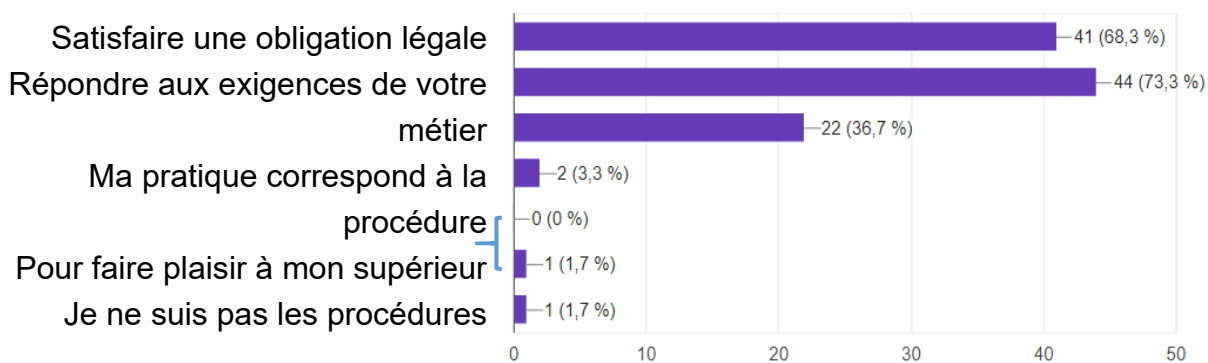
Q22 : D'après vous combien de procédures sont utiles ?



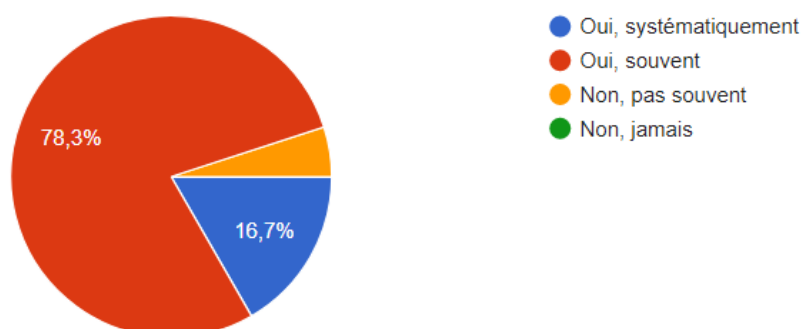
Q23 : Que pensez vous de cette affirmation : Les procédures sont nécessaires pour bien accomplir son travail



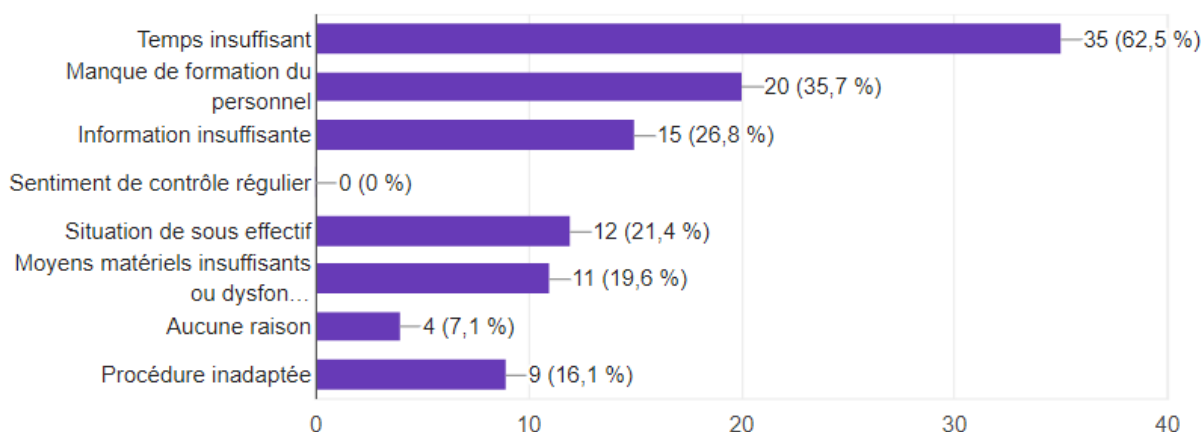
Q24 : Vous avez l'impression de suivre des procédures pour :



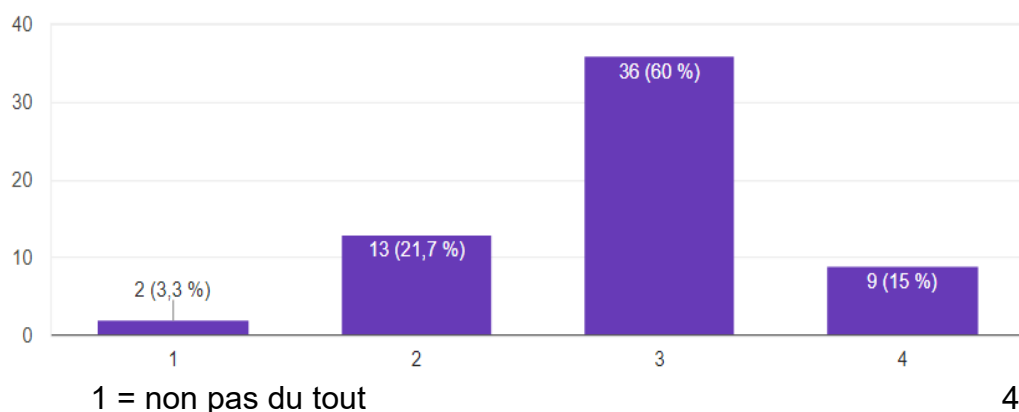
Q25 : Dans le cadre de vos missions, respectez vous toujours toutes les procédures :



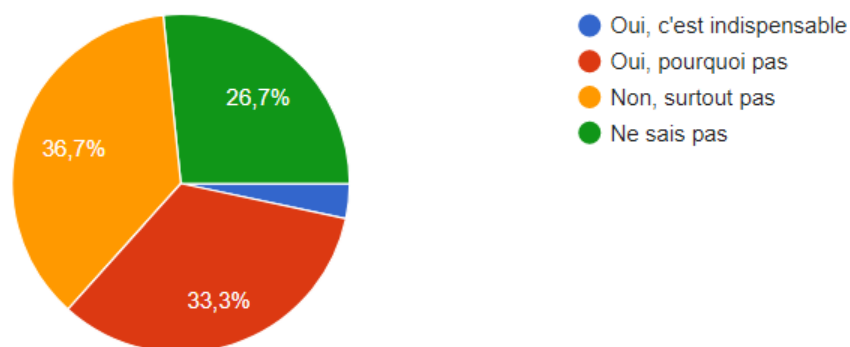
Q26 : S'il vous arrive de ne pas respecter les procédures, vous diriez que c'est plutôt lié aux éléments suivants :



Q27 : Diriez vous que les procédures sont des outils facilitants dans votre travail ?



Q28 : Pensez-vous qu'il serait nécessaire de créer des procédures supplémentaires ?



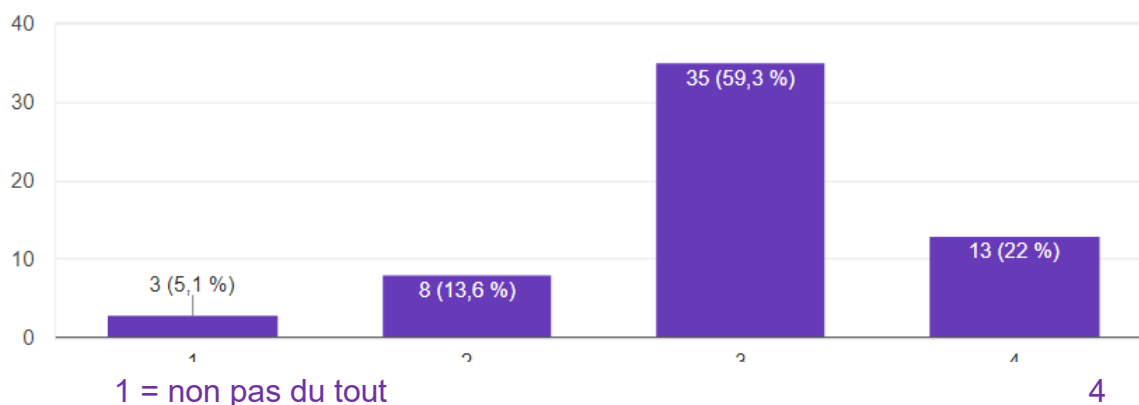
Q29 : Si oui pour quel type de sujet par exemple :

- Accueil de la personne âgée
- Procédures administratives
- Accueil stagiaire, accueil résident, organisation des sorties
- Administratives
- Projet de vie

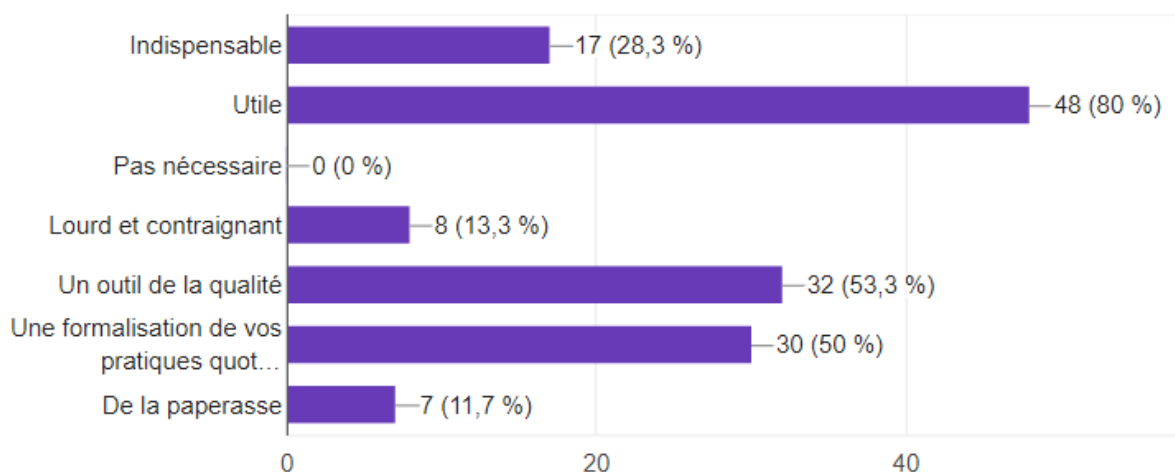
Q30 : Si non pourquoi :

- Il y en a déjà trop (x13)
- Intégrer celles déjà existantes
- Pas de temps

Q31 : Pensez vous que la procédure améliore la prise en charge des



Q32 : Pour vous une procédure c'est :



ANNEXE V : Entretien n° I

GRILLE D'ENTRETIEN

EHPAD de Coquelles – Résidence les terrasses de la mer

La Vie Active, Association loi 1901, reconnue d'utilité publique

Madame Véronique GHILLEBAERT, Directrice de l'établissement
Marjorie, Stagiaire Qualité en Lpro CFESMS

Mercredi 23 Mai 2018 à 10h

Cadre et objectif de l'entretien : Dans le cadre d'un Master II en Management Sectoriel à l'Institut Lillois d'Ingénierie de la Santé, réalisation d'un mémoire sur le thème de « l'impact des procédures et de la GED sur le management dans les EHPAD du Pas-de-Calais ». L'objectif de cette rencontre : définir ce qui est mis en place dans les établissements et évaluer le succès de la démarche.

Condition de diffusion : Cet entretien sera retranscrit dans le mémoire, lui-même diffusé dans le centre de documentation de l'université en version papier et numérique. Avant toute diffusion, la transcription de l'entretien sera communiquée aux personnes interviewées pour accord et toutes les demandes de modifications seront prises en compte.

ORGANISATION

La direction de l'établissement a-t-elle désigné un(e) Référent(e) qualité ?

Réponse : Oui, nous avons deux responsables qualité.
Il y a une Infirmière depuis trois mois et notre Responsable service Logistique depuis un an.

Le/la responsable qualité dispose-t-il/elle de l'autorité et des responsabilités pour garantir le fonctionnement, la performance et l'amélioration du système de management ? Comment est-ce matérialisé ?

Réponse : Ils ont chacun reçu une lettre de mission du siège et ont suivi une formation au siège.

Existe-t-il encore des documents en format papier ?

Réponse : Oui, le papier rassure. Les procédures sont imprimées et sont rangées dans un classeur au relais soin.

GED	L'établissement dispose d'une GED ? <u>Réponse</u> : Oui nous avons une plateforme documentaire
	La GED est-elle mise à jour dès que besoin ? <u>Réponse</u> : Oui, elle est gérée en interne par la Directrice, l'IDEC (Infirmière Diplômée d'Etat Coordinatrice) ou les stagiaires qualité.
	Les professionnels ont-ils tous accès à la GED ? <u>Réponse</u> : Chaque service a accès à la plateforme documentaire. Le personnel reçoit un mail en interne avec un accusé de lecture pour les avertir de la parution d'une nouvelle procédure.
	L'organisme a-t-il défini un système d'enregistrement des documents (identification, stockage, protection, accessibilité, durée de conservation et élimination) ? Pouvez-vous le décrire succinctement ? <u>Réponse</u> : Nous avons une codification interne et nous identifions nos documents avec son titre, sa référence, sa date de publication et son circuit de validation (rédacteur, vérificateur, approbateur). Les documents émanant du siège ont une codification siège. Les documents créés en interne ont une codification interne. Les anciennes procédures sont archivées mais il n'y a pas à ce jour de règles concernant la conservation et l'élimination.
	Trouvez-vous facilement le document que vous cherchez dans la GED ? <u>Réponse</u> : Nous sommes en train d'optimiser l'organisation pour que cela soit encore plus simple.
	A quelle périodicité la GED est-elle évaluée ? Avec quels outils ? <u>Réponse</u> : La Plateforme est gérée en interne par la Directrice et nous avons évalué notre plateforme avec un audit qualité.
PROCEDURES	Quand est-ce que vous décidez de rédiger une procédure ? <u>Réponse</u> : Il faut écrire pour rappeler au personnel de faire. Du coup nous faisons des procédures pour déterminer quelle action incombe à quelle personne et à quel moment (ex. nettoyage du filtre du lave-vaisselle ou nettoyage du micro-onde)
	Qui rédige les procédures dans votre établissement ? y-a-t-il une concertation en équipe ? <u>Réponse</u> : Les procédures associatives son rédigées par le service qualité au siège. Les procédures de l'établissement sont actuellement rédigées par la direction et sont validées en CODIR (Comité de Direction). Dès le mois de Septembre, nous souhaitons mettre en place un comité de pilotage pour créer les prochaines procédures. Il serait composé de l'Infirmière coordinatrice, du responsable qualité et de 2/3 des professionnels. Les procédures rédigées continueront à être validées en CODIR.

Comment ? pouvez-vous me décrire le mode opératoire ? (rédacteur, approbateur vérificateur)

Réponse : Les documents sont émis par le service qualité personnes âgées au siège. Ils sont ensuite transmis aux établissements qui peuvent les adapter. Actuellement, la directrice rédige et/ou adapte les procédures. En cas de modification, le document retourne au siège pour validation.

Y-a-t-il une procédure des procédures ?

Réponse : Non mais nous avons un manuel qualité.

Comment communiquez-vous la création d'une nouvelle procédure ?

Réponse : Outre les mails, nous faisons des réunions de services où nous présentons les procédures. Ces réunions ont toujours un ordre du jour et une feuille d'émargement pour garantir la traçabilité.

ANNEXE VI : Entretien n° II

GRILLE D'ENTRETIEN EHPAD Oye plage – Résidence Château du bois

Madame Elodie MERLIER, IDEC
Madame Anne-lise GAVOIS, Gouvernante
Mercredi 23 Mai 2018 à 14h

Cadre et objectif de l'entretien : Dans le cadre d'un Master II en Management Sectoriel à l'Institut Lillois d'Ingénierie de la Santé, réalisation d'un mémoire sur le thème de « l'impact des procédures et de la GED sur le management dans les EHPAD du Pas-de-Calais ». L'objectif de cette rencontre : définir ce qui est mis en place dans les établissements et évaluer le succès de la démarche.

Condition de diffusion : Cet entretien sera retranscrit dans le mémoire, lui-même diffusé dans le centre de documentation de l'université en version papier et numérique. Avant toute diffusion, la transcription de l'entretien sera communiquée aux personnes interviewées pour accord et toutes les demandes de modifications seront prises en compte.

ORGANISATION

La direction de l'établissement a-t-elle désigné un(e) Référent qualité ?

Réponse : Non, il n'y en a pas au sein de l'EHPAD. Notre référent qualité c'est le siège.

Existe-t-il encore des documents en format papier ?

Réponse : Oui, nous avons un classeur de procédures à l'infirmerie.

Nous y rangeons les procédures personnalisées à notre établissement pour qu'elles soient accessibles aux équipes.

Les procédures techniques sont rangées dans le bureau du responsable technique.

Les procédures administratives en format papier sont rangées dans un classeur dans le bureau administratif.

Les procédures concernant le soin et la partie hôtelière sont rangées dans des classeurs à l'infirmerie.

Il y a aussi un classeur de protocoles hôteliers par chariot.

Il y a également un classeur de protocoles pour les soins sur le chariot d'urgence.

GED	L'établissement dispose d'une GED ? <u>Réponse :</u> Oui, notre système s'appelle DOCOLISEE maintenant.
	La GED est-elle mise à jour dès que besoin ? <u>Réponse :</u> Oui, c'est le siège qui s'en occupe. En parallèle, il nous envoie des mails pour nous avertir lorsqu'une procédure a été créée ou modifiée.
	Les professionnels ont-ils tous accès à la GED ? <u>Réponse :</u> Le DOCOLISEE est accessible à ceux qui ont besoin de faire des procédures (accueil, gouvernante, IDEC...). Cet espace permet de voir les procédures mises à disposition par le siège. Les équipes n'y ont pas accès. Si besoin, je peux leur transmettre les documents mais ils n'ont pas de login. Par exemple, je peux transmettre les documents sur la douleur à notre IDE référente douleur. Il y a des droits d'accès qui permettent que chacun puisse accéder aux documents qui le concerne (ex. : la gouvernante a accès aux procédures hôtelières, l'IDEC à la partie soins, le directeur a accès à tout...)
	L'organisme a-t-il défini un système d'enregistrement des documents (identification, stockage, protection, accessibilité, durée de conservation et élimination) ? Pouvez-vous le décrire succinctement ? <u>Réponse :</u> Nous n'avons pas de système de codification en interne. Nous personnalisons les procédures transmises par le siège mais nous ne conservons pas de version informatique. Une fois personnalisée, nous imprimons la procédure et nous la rangeons dans notre classeur. Les anciennes versions sont conservées et archivées dans notre local à archives. A ce jour tout est gardé puisque nous devons conserver ce qui concerne le médical pendant 30 ans.
	Trouvez-vous facilement le document que vous cherchez dans la GED ? <u>Réponse :</u> Oui, il suffit d'entrer un mot clé donc c'est facile.
PROCEDURES	Qui rédige les procédures dans votre établissement ? y'a t-il une concertation en équipe ? <u>Réponse :</u> Toutes les procédures sont revues et mis à jour par les qualitiens du siège. Ils nous envoient les procédures et chaque établissement doit les personnaliser en fonction de sa propre organisation. Elles sont présentées aux équipes une fois finalisées. Les procédures obligatoires sont appliquées telles quelles. Les autres font l'objet d'une intervention des équipes sous forme de groupe de travail. Comme par exemple pour la méthode Montessori même si ce n'est pas une procédure, nous avons impliqué les équipes pour les motiver. En tant qu'établissement, nous avons aussi participé à l'élaboration des procédures du siège. Ils se sont inspirés de nos pratiques sur le terrain pour élaborer un document en commun à tout le groupe.

Comment ? pouvez-vous me décrire le mode opératoire ? (rédacteur, approbateur vérificateur)

Réponse : Les documents obligatoires sont sur DOCOLISEE

Sur les procédures du siège, il y a déjà un entête et une trame qui nous indique qui doit signer.

Il y a la signature du rédacteur et de celui qui approuve.

C'est souvent la direction ou le médecin.

Comment informez-vous le personnel des procédures les concernant ?

Réponse : Les nouveaux arrivants savent où sont les procédures et ils doivent en prendre connaissance au fil du temps. Ils sont guidés par les salariés plus anciens.

Les procédures sont présentées aux équipes pendant les grandes transmissions hebdomadaires où elles sont émargées par les équipes. En septembre dernier, nous avons eu l'évaluation externe et nous avons mis à jour toutes les procédures. Elles ont toutes été revues et nous les avons validées en même temps.

Parfois sur des points bien précis ; quand on voit que ça dérive, on fait des piqûres de rappel pendant les grandes transmissions. On le fait 2 semaines de suite pour que l'ensemble de l'équipe ait l'information. Récemment, par exemple, on l'a fait sur la communication.

ANNEXE VII : Entretien n° III

GRILLE D'ENTRETIEN

Centre Hospitalier de Calais

EHPAD La Roselière et EHPAD le Château des dunes

Madame Lucie VANNOBEL, Ingénieur Qualité

Mercredi 13 Juin à 14h

Cadre et objectif de l'entretien : Dans le cadre d'un Master II en Management Sectoriel à l'Institut Lillois d'Ingénierie de la Santé, réalisation d'un mémoire sur le thème de « l'impact des procédures et de la GED sur le management en EHPAD ». L'objectif de cette rencontre : définir ce qui est mis en place dans les établissements et évaluer le succès de la démarche.

Condition de diffusion : Cet entretien sera retranscrit dans le mémoire, lui-même diffusé dans le centre de documentation de l'université en version papier et numérique. Avant toute diffusion, la transcription de l'entretien sera communiquée aux personnes interviewées pour accord et toutes les demandes de modifications seront prises en compte.

ORGANISATION

La direction de l'établissement a-t-elle désigné un(e) Référent qualité ?

Réponse : Il y a une référente qualité sur l'EHPAD qui est plus sur le terrain et qui va gérer notamment l'évaluation interne et externe. Elle est attachée d'administration. Le cadre supérieur de l'EHPAD ainsi que les 4 cadres de santé sont également référents qualité. Ce groupe peut s'appuyer sur le service qualité de l'hôpital composé d'un Directeur qualité, un ingénieur qualité et une assistante qualité. Les EHPAD profitent de la dynamique sanitaire en terme de gestion des risques, Gestion documentaire, audits....

Le/la responsable qualité dispose-t-il/elle de l'autorité et des responsabilités pour garantir le fonctionnement, la performance et l'amélioration du système de management ? Comment est-ce matérialisé ?

Réponse : Les missions qualité font partie intégrante de leur poste. Il n'y a pas de matérialisation particulière.

Existe-t-il encore des documents en format papier ?

Réponse : Non. L'objectif est qu'il n'y ait plus de classeur de procédures dans les services afin de limiter le risque d'utilisation d'une procédure obsolète. Les acteurs doivent se référer à la GED et n'imprimer la procédure que pour une utilisation très ponctuelle.

L'établissement dispose-t-il d'une GED ?

Réponse : Oui. Elle existe depuis les années 2000 en format papier et depuis 2013 sous forme de logiciel informatique (Ennov).

La GED est-elle mise à jour dès que besoin ?

Réponse : Oui et au maximum tous les 5 ans, chaque document est revu afin d'en vérifier sa validité.

Les professionnels ont-ils tous accès à la GED ?

Réponse : Oui, tout le monde a accès à la GED, soit nominativement pour les personnes disposant d'identifiant personnel, soit avec un code générique. Rien n'est confidentiel et tout le monde doit pouvoir accéder aux documents.

La GED est consultable en version « lecture » uniquement. Seul le service qualité a un accès réservé pour modifier.

L'organisme a-t-il défini un système d'enregistrement des documents (identification, stockage, protection, accessibilité, durée de conservation et élimination) ? Pouvez-vous le décrire succinctement ?

Réponse : l'indexation se fait automatiquement par le logiciel qui génère un code par document.

Le logiciel permet de choisir le type de document à créer (procédure), gérer la confidentialité (aucune), la date d'application, d'effectuer un classement par service et par thème voir même par mot clefs supplémentaire au besoin.

A ce jour, tout est conservé et les documents qui ne sont plus en cours de validité sont archivés. La possibilité de détruire des archives n'a pas encore été établie.

Trouvez-vous facilement le document que vous cherchez dans la GED ?

Réponse : Oui, la recherche par mot clé est assez simple.

Il y a une arborescence et les 510 procédures au Centre hospitalier sont classées par thème.

A quelle périodicité la GED est-elle évaluée ? Avec quels outils ?

Réponse : Il n'y pas vraiment d'évaluation de la GED, on est plus sur de la satisfaction de logiciel parmi d'autres. Les insatisfactions ou les commentaires des utilisateurs sont remontés et pris en compte au fur et à mesure mais en règle général le personnel est satisfait du logiciel.

Quand est-ce que vous décidez de rédiger une procédure ?

Réponse : Une procédure peut être rédigée soit :

- suite à un dysfonctionnement
- suite à une nouvelle organisation ou la mise en place d'une nouvelle activité
- suite à la parution d'une nouvelle recommandation

Qui rédige les procédures dans votre établissement?

Réponse : Les procédures sont rédigées par les responsables d'instance (commission de lutte contre les infections, commission de lutte contre la douleur...), par les responsables de service ou la direction.

Il y a des discussions en groupe de travail puis les procédures élaborées sont validées par la direction en vérifiant qu'elles soient conformes aux recommandations.

Comment ? pouvez-vous me décrire le mode opératoire ? (rédacteur, approbateur vérificateur)

Réponse : Les procédures rédigées sont validées par le Directeur Général du Centre Hospitalier. L'approbateur est généralement le Chef du service qualité. Le service qualité se charge ensuite de diffuser à l'ensemble des acteurs concernés.

Les signatures sont apposées électroniquement et les documents sont datés.

Y'a-t-il une procédure des procédures ?

Réponse : Oui afin de veiller à l'harmonisation des documents qualité.

Comment communiquez-vous la création d'une nouvelle procédure ?

Réponse : Un email est envoyé à tout le personnel concerné. Il y a aussi un Edito qualité qui paraît tous les 2 mois et nous faisons des réunions d'information.

ANNEXE VIII : Entretien n° IV

GRILLE D'ENTRETIEN Groupe Colisée - Siège

Monsieur Fabien BOUCHET, Responsable qualité

Jeudi 21 Juin 2018 à 13h30

Cadre et objectif de l'entretien : Dans le cadre d'un Master II en Management Sectoriel à l'Institut Lillois d'Ingénierie de la Santé, réalisation d'un mémoire sur le thème de « l'impact des procédures et de la GED sur le management en EHPAD ». L'objectif de cette rencontre : définir ce qui est mis en place dans les établissements et évaluer le succès de la démarche.

Condition de diffusion : Cet entretien sera retranscrit dans le mémoire, lui-même diffusé dans le centre de documentation de l'université en version papier et numérique. Avant toute diffusion, la transcription de l'entretien sera communiquée aux personnes interviewées pour accord et toutes les demandes de modifications seront prises en compte.

ORGANISATION

La direction de l'établissement a-t-elle désigné un(e) Référent qualité ? fait-il/elle partie de l'encadrement ?

Réponse : Notre philosophie n'est pas d'avoir un unique référent. Les référents qualité sont les membres du CODIR formés à la qualité et à la gestion des risques par le responsable qualité. Ce travail est précisé dans leur fiche de mission et dans les rôles et missions des instances (CODIR, COPIL). Il y a donc plusieurs référents et le Directeur est notre interlocuteur privilégié. C'est lui qui insuffle et diffuse en interne la culture de la qualité.

Le/la responsable qualité dispose-t-il/elle de l'autorité et des responsabilités pour garantir le fonctionnement, la performance et l'amélioration du système de management ? Comment est-ce matérialisé ?

Réponse : Cela est précisé dans la fiche de mission du responsable qualité.

Existe-t-il encore des documents en format papier ?

Réponse : Oui il y aura toujours des documents en format papier. Par exemple les fiches d'événements indésirables seront toujours en format papier jusqu'à ce que les équipes soient sensibilisées à la déclaration informatique sur Docolisee. Certains sont plus à l'aise avec l'informatique ! Nous accompagnons les autres. Il y a également des affichages obligatoires qui sont imprimés ou certains documents à destination des familles ou des personnes âgées comme le projet d'établissement par exemple. Ce public est habitué à ce format-là. De plus, les procédures en mode "dégradé" en cas de panne informatique. C'est pratique !

L'établissement dispose d'une GED ?

Réponse : Oui l'établissement dispose d'une gestion documentaire. Il s'agit du logiciel BlueKango rebaptisé pour notre groupe en « DOCOLISEE ». C'est un logiciel métier dédié à la GED.

DOCOLISEE contient environ 2 000 documents à ce jour.

La GED est-elle mise à jour dès que besoin ?

Réponse : Oui.

Les professionnels ont-ils tous accès à la GED ?

Réponse : La GED est disponible en mode consultation à l'ensemble du personnel qui a accès à un poste informatique. Les personnes disposent d'un login personnel ou d'un login par profil. Ainsi, chacun a accès aux documents le concernant. Les documents RH ne sont accessibles qu'aux directeurs par exemple. Cela permet de cibler les bonnes personnes.

La GED est gérée au siège par moi-même mais chaque établissement à un dossier « GED » personnel où il peut aussi organiser ses propres documents.

L'organisme a-t-il défini un système d'enregistrement des documents (identification, stockage, protection, accessibilité, durée de conservation et élimination) ? Pouvez-vous le décrire succinctement ?

Réponse : Le référencement se fait par un numéro généré automatiquement par le logiciel. Il y a peu de risque de doublon.

Le logiciel permet d'indiquer le type de document, la date, les destinataires...

Le logiciel permet également de gérer la durée de conservation d'un document.

J'indique une date de révision au minimum à 3 ans pour tous les documents. Pour certains, la révision peut être programmée plus tôt mais dans tous les cas les documents doivent être revus tous les 3 ans pour s'assurer d'être à jour.

Les archives sont conservées mais ne sont plus consultables. Seul le gestionnaire de documents y a accès.

Trouvez-vous facilement le document que vous cherchez dans la GED ?

Réponse : Oui la GED a grandement facilité la recherche. Aujourd'hui il suffit soit de taper un mot-clef, soit de faire une recherche dans l'arborescence.

Il faut encore améliorer le référencement avec plus de mots-clefs. Par exemple avoir « PE » en mot-clef pour « Projet d'établissement ». C'est selon le langage spécifique des professionnels.

Lorsque quelqu'un m'appelle pour trouver un document, je suis très réactif et au besoin j'ajoute le mot-clef pour améliorer le système.

A quelle périodicité la GED est-elle évaluée ? Avec quels outils ?

Réponse : Nous évaluons notre GED 1 fois par an en vérifiant les indicateurs suivants :

- Documents les plus consultés

	- Documents les moins consultés - Nombre de connexions C'est le logiciel qui permet d'extraire automatiquement ces informations.
PROCEDURES	Quand est-ce que vous décidez de rédiger une procédure ? <u>Réponse :</u> La réglementation est un élément déclencheur pour la rédaction d'une procédure (nouvelle loi, communication de la HAS...). Une procédure peut être rédigée également suite à une inspection de l'ARS qui aurait une remarque sur une procédure non formalisée, une recommandation à faire suite à un événement indésirable ou encore suite à une réclamation. Les procédures peuvent également être rédigées pour l'évaluation interne/externe, les audits internes etc... La procédure est un élément de maîtrise et la GED est un outil structurant dans nos organisations. Qui rédige les procédures dans votre groupe? <u>Réponse :</u> Les procédures sont rédigées avec les professionnels en groupe de travail pluridisciplinaire. Comment ? pouvez-vous me décrire le mode opératoire ? (rédacteur, approbateur vérificateur) <u>Réponse :</u> Nous avons 2 types de procédures : - Les procédures « Siège » non modifiables. Elles sont validées, relues et approuvées au siège. Elles sont ensuite diffusées aux établissements et appliquées en l'état. - Les procédures « Siège » modifiables. Elles sont diffusées en format Word à l'ensemble des établissements qui peuvent se les approprier et les valider en interne en CODIR. Le circuit « validation », « relecture », « approbation » se fait alors dans les établissements. Y'a-t-il une procédure des procédures ? <u>Réponse :</u> Oui il y a une procédure des procédures afin de définir l'organisation. Comment communiquez-vous la création d'une nouvelle procédure ? <u>Réponse :</u> Les procédures sont diffusées à travers de nombreux canaux de communication : - Il y a une alerte dans le logiciel pour avertir de la parution d'une nouvelle procédure - Nous envoyons un mail ciblé - Nous communiquons également l'information dans workplace (notre réseau social d'entreprise) - Nous publions également dans notre Newsletter « Colisée et vous » où nous avons un encart réservé à la GED

ANNEXE IX : Entretien n° V

GRILLE D'ENTRETIEN Maison de famille l'Ave Maria

Madame Céline RYBKA, Infirmière Coordinatrice (IDEC)

Mercredi 27 Juin à 10h

Cadre et objectif de l'entretien : Dans le cadre d'un Master II en Management Sectoriel à l'Institut Lillois d'Ingénierie de la Santé, réalisation d'un mémoire sur le thème de « l'impact des procédures et de la GED sur le management en EHPAD ». L'objectif de cette rencontre : définir ce qui est mis en place dans les établissements et évaluer le succès de la démarche.

Condition de diffusion : Cet entretien sera retranscrit dans le mémoire, lui-même diffusé dans le centre de documentation de l'université en version papier et numérique. Avant toute diffusion, la transcription de l'entretien sera communiquée aux personnes interviewées pour accord et toutes les demandes de modifications seront prises en compte.

ORGANISATION

La direction de l'établissement a-t-elle désigné un(e) Référent qualité ?

Réponse : Nous sommes un groupe de 17 maisons et nous avons en effet une responsable qualité dans le groupe pour épauler les établissements (réunion annuelle, audit interne, procédures...).

Au sein de notre maison, c'est notre hôtesse d'accueil qui a été désignée référente qualité par notre directrice. Au départ, il y a 3-4 ans, elle a été nommée pour élaborer le projet d'établissement et suivre l'évaluation interne et depuis c'est elle qui est en charge des procédures, de la formation des équipes aux fiches d'événements indésirables...

Le/la responsable qualité dispose-t-il/elle de l'autorité et des responsabilités pour garantir le fonctionnement, la performance et l'amélioration du système de management ? Comment est-ce matérialisé ?

Réponse : Cela n'est pas formalisé mais les équipes l'ont bien identifiée comme référente qualité et elle bénéficie de l'appui de la direction dans sa mission.

Existe-t-il encore des documents en format papier ?

Réponse : Oui, nous avons un classeur de procédures en format papier pour chaque secteur d'activités (soin, hébergement, accueil, technique...). Les équipes ne maîtrisent pas toutes l'outil informatique.

GED	L'établissement dispose d'une GED ? <u>Réponse :</u> Oui, nous avons une GED sous forme informatique avec le logiciel BlueKanGo. On peut y gérer les procédures, les enquêtes, les fiches d'événements indésirables (FEI), les audits.... Ce logiciel est partagé avec les 17 maisons mais chaque maison a son interface personnelle.
	La GED est-elle mise à jour dès que besoin ? <u>Réponse :</u> Oui, c'est un outil du quotidien donc dès que quelque chose évolue on peut le modifier dans le logiciel.
	La GED est-elle disponible à l'ensemble du personnel concerné ? Les professionnels ont-il accès à la GED ? <u>Réponse :</u> Oui, tout le monde a accès à la GED pour saisir les FEI mais c'est compliqué pour certains (soignants, ASH...) bien qu'ils soient formés. Du coup, ils remplissent un format papier qu'ils remettent à la référente qualité qui le saisit en ligne. Chacun a un code utilisateur pour consulter la GED mais ils ne l'utilisent pas.
	Trouvez-vous facilement le document que vous cherchez dans la GED ? <u>Réponse :</u> Ce n'est pas des plus simple pour chercher mais l'écran d'accueil est facile. En cherchant par arborescence, il suffit de cliquer dessus et cela s'ouvre. Pour la gestion des FEI ce n'est pas très clair sur la façon dont on doit répondre, ni très intuitif. Il faut une pratique régulière pour bien maîtriser.
	A quelle périodicité la GED est-elle évaluée ? Avec quels outils ? <u>Réponse :</u> Je ne sais pas vraiment, il faudrait poser la question au siège mais à priori « oui ». Nous avons un suivi énorme sur la qualité tout est évalué.
PROCEDURES	Quand est-ce que vous décidez de rédiger une procédure ? <u>Réponse :</u> Une procédure peut être rédigée à la suite d'un souci mais en prenant appui sur les procédures du siège on a déjà quasi-tout. On suit les standards du siège qui correspondent aux recommandations de bonnes pratiques ou aux préconisations de la HAS donc tout est déjà « dans les clous ». La maison étant récente (ouverte il y a six ans), il n'y a pas besoin de changer ou d'évoluer. Dès le départ tout a été bien fait.
	Qui rédige les procédures dans votre établissement ? <u>Réponse :</u> Les procédures sont rédigées par la responsable qualité du groupe avec les acteurs concernés (médecin pour le soin par exemple). Elle envoie ensuite la procédure aux établissements qui peuvent soit l'appliquer en l'état soit l'adapter. A ce moment-là il y a une indication « à adapter » sur le document. On peut aussi rédiger des procédures en interne. A ce moment-là c'est l'IDEC, la directrice et le médecin coordonnateur qui la créent et la valident. Si besoin est, on peut la faire valider par le siège également. A la création de la procédure, souvent, on échange avec les équipes et les autres établissements du groupe.

Comment ? pouvez-vous me décrire le mode opératoire ? (rédacteur, approbateur vérificateur)

Réponse : Nous avons un cartouche « rédacteur », « vérificateur », « approbateur » rempli par l'IDEC, le médecin coordonnateur et la directrice. Nous avons également la possibilité d'indiquer la date de mise à jour.

Y'a-t-il une procédure des procédures ?

Réponse : A priori oui car tout est établi de la même façon mais il faudrait demander au siège.

Comment communiquez-vous la création d'une nouvelle procédure ?

Réponse : La directrice et la référente gèrent la GED en interne. Elles reçoivent des avertissements par mail pour dire qu'il y a eu des changements et elles la mettent à jour.

On modifie ensuite le classeur papier. Dans la mesure du possible, on fait une formation (à l'oral ou de façon ludique sous forme de quizz) et nous la traçons.

Nous faisons régulièrement des rappels de façon informelle.

Lorsque je manque de temps, j'insère la nouvelle procédure dans le cahier de transmissions avec une feuille d'émargement pour m'assurer que tout le monde en a pris connaissance.

ANNEXE X : Entretien n° VI

GRILLE D'ENTRETIEN Résidence de la Lys - CH Aire-sur-la-Lys

Madame Christine MOREL, Cadre de Santé

Mercredi 11 Juillet 2018 à 14h30

Cadre et objectif de l'entretien : Dans le cadre d'un Master II en Management Sectoriel à l'Institut Lillois d'Ingenierie de la Santé, réalisation d'un mémoire sur le thème de « l'impact des procédures et de la GED sur le management en EHPAD ». L'objectif de cette rencontre : définir ce qui est mis en place dans les établissements et évaluer le succès de la démarche.

Condition de diffusion : Cet entretien sera retranscrit dans le mémoire, lui-même diffusé dans le centre de documentation de l'université en version papier et numérique. Avant toute diffusion, la transcription de l'entretien sera communiquée aux personnes interviewées pour accord et toutes les demandes de modifications seront prises en compte.

ORGANISATION

La direction de l'établissement a-t-elle désigné un(e) Référent qualité ? fait-il/elle partie de l'encadrement ?

Réponse : Nous avons un Ingénieur qualité à plein temps au Centre Hospitalier qui gère 310 lits toutes unités confondues (Soins de suite et réadaptation, EHPAD, Foyer de vie, Unité de soins longue durée). Au sein de l'EHPAD, ceux sont les cadres de santé qui prennent le relais. Nous travaillons en groupe transversaux sur les différentes thématiques (douleur, continence, chute...).

Chaque groupe transversal est composé d'au moins un cadre, une infirmière et une aide-soignante.

Le/la responsable qualité dispose-t-il/elle de l'autorité et des responsabilités pour garantir le fonctionnement, la performance et l'amélioration du système de management ? Comment est-ce matérialisé ?

Réponse : La mission qualité des Cadres de santé fait partie de leur fiche de poste.

Existe-t-il encore des documents en format papier ?

Réponse : Nous avons de moins en moins de papier car les dossiers patients sont informatisés et les protocoles et procédures sont partagés sous forme informatique.

Des copies papier des documents sont conservées en cas de panne informatique par exemple. Elles sont rangées dans le bureau du secrétariat de direction et dans le bureau de l'ingénieur qualité.

GED	L'établissement dispose d'une GED ? <u>Réponse :</u> Nous disposons d'un système de documents partagés sur notre Intranet. Votre intranet est-il mis à jour dès que besoin ? <u>Réponse :</u> Oui. C'est l'ingénieur qualité qui s'occupe de la création ou de la mise à jour des procédures. Les pilotes qui gèrent les groupes transversaux peuvent également alimenter l'interface en y insérant leurs résultats d'audit, les comptes rendus de réunions.... Les professionnels ont-ils tous accès à l'intranet ? <u>Réponse :</u> L'interface est disponible en mode consultation à l'ensemble du personnel selon ses fonctions. Des droits d'accès sont ouverts par fonction. Tout le monde a accès à un poste informatique. Par exemple les équipes de soin ont accès au PC qui se trouve en salle de soins et ont accès aux procédures concernant le soin. Selon, ses fonctions, certaines personnes ont également des droits d'écriture. L'organisme a-t-il défini un système d'enregistrement des documents (identification, stockage, protection, accessibilité, durée de conservation et élimination) ? Pouvez-vous le décrire succinctement ? <u>Réponse :</u> Oui, je pense que c'est l'ingénieur qualité qui s'en charge car le format de nos documents est fixe. L'ingénieur qualité doit mettre les documents au format qualité avec la référence. L'archivage doit être déterminé dans notre politique qualité mais je ne connais pas les règles par cœur. Nous avons seulement accès aux dernières versions en vigueur en ligne. L'ingénieur qualité doit pouvoir avoir accès aux versions précédentes. Trouvez-vous facilement le document que vous cherchez dans vos documents partagés ? <u>Réponse :</u> Oui on cherche par mot clef dans l'arborescence est on trouve assez facilement. A quelle périodicité votre intranet est-il évalué ? Avec quels outils ? <u>Réponse :</u> Notre système de documents partagés est évalué régulièrement. Les documents sont mis à jour au maximum tous les 4 ans puisque nous avons le renouvellement de la certification à cette échéance mais ils peuvent être révisés avant et autant que nécessaire.
-----	--

Quand est-ce que vous décidez de rédiger une procédure ?

Réponse : En cas de besoin particulier, en fonction des injonctions, si une procédure est ancienne, selon les recommandations de la HAS ou selon les besoins du terrain

Qui rédige les procédures dans votre établissement ?

Réponse : Les procédures sont toujours rédigées dans le cadre d'un groupe de travail avec aval du responsable qualité et validation par le N+1.

**Comment ? pouvez-vous me décrire le mode opératoire ?
(rédacteur, approbateur vérificateur)**

Réponse : Les procédures sont d'abord rédigées en groupe de travail. Elles sont ensuite vérifiées soit par le cadre supérieur de santé, soit par le médecin coordonnateur, soit par le pharmacien. Enfin, elles passent par le Directeur ou le responsable qualité pour approbation. Nous avons toujours 3 validations.

Y'a-t-il une procédure des procédures ?

Réponse : Notre politique qualité détermine le plan et le format à respecter pour les documents qualité.

Comment communiquez-vous la création d'une nouvelle procédure ?

Réponse : Lorsqu'une nouvelle procédure est créée, nous recevons un mail ou une note de service de l'ingénieur qualité.

Nous affichons la note de service dans le service concerné et nous laissons un mot dans le cahier de transmissions pour avertir les équipes.

ANNEXE XI : Echantillon utilisé pour l'enquête : 48 EHPAD

NOM de l'ETABLISSEMENT	Zone de proximité ARS	Territoire de santé	Capacité	Nom du gestionnaire	VILLE	Adresse mail	Adresse mail 2	Téléphone	Privé	Public	Observation	réponse	Entretien
LITTORAL													
MONTREUILLOIS													
"Villa Sylvia"	MONTREUILLOIS	LITTORAL	79	SARL Villa Sylvia	BERCK-sur-MER			03 21 09 00 76	privé lucratif				
"Saint Albert"	MONTREUILLOIS	LITTORAL	68	asso Saint Albert	AUCHY les HESDIN			03 21 04 84 53	privé non lucratif				
Eugène Sarazin	MONTREUILLOIS	LITTORAL	62	Institut Départemental Albert Calmette	CAMIER			03 21 89 70 27/00		public			
Les Myosotis	MONTREUILLOIS	LITTORAL	90	CHAM	CAMPAGNE les HESDIN			03 21 90 19 04		public			
Les Opallines	MONTREUILLOIS	LITTORAL	20	CHAM	MONTREUIL			03 21 90 84 20		public			
"La Fontaine Médicis"	MONTREUILLOIS	LITTORAL	70	SARL Cucq	CUCQ TREPIED			03 21 84 19 83	privé lucratif				
"Les Eprioux"	MONTREUILLOIS	LITTORAL	120	AGDMRF	FRUGES			03 21 47 17 77	privé non lucratif				
Résidence Mahaut d'Artois	MONTREUILLOIS	LITTORAL	100	Centre Hospitalier	HESDIN			03 21 86 86 54		public			
Résidence Richelieu	MONTREUILLOIS	LITTORAL	70	Centre Hospitalier	HESDIN					public			
"Gabrielle Helle"	MONTREUILLOIS	LITTORAL	90	MGEN	HUBY St LEU			03 21 90 13 00	privé non lucratif				
"Les Oyats"	MONTREUILLOIS	LITTORAL	84	CHAM	BERCK-sur-MER			03 21 89 43 89					
"Les Piérides"	MONTREUILLOIS	LITTORAL	75	CHAM	CAMPAGNE les HESDIN			03 21 90 19 03		public			
"Saint Walloy"	MONTREUILLOIS	LITTORAL	120	CHAM	MONTREUIL			03 21 90 15 81		public			
SOUS TOTAL MONTREUILLOIS (14 étab)			1048										
AUDOMAROIS													
Résidence de la Lys	AUDOMAROIS	LITTORAL	80	Centre Hospitalier	AIRE-sur-la-LYS			03 21 93 08 08		public			
Résidence des Bâteliers	AUDOMAROIS	LITTORAL	130	Centre Hospitalier	AIRE-sur-la-LYS			03 21 39 00 65		public			
Résidence du fort gassion	AUDOMAROIS	LITTORAL		Centre Hospitalier	AIRE-sur-la-LYS			03 91 93 08 04		public			
Résidence des Fontinettes	AUDOMAROIS	LITTORAL	137	CA public autonome	ARQUES			03 21 12 27 61		public			
"Ste Marie"	AUDOMAROIS	LITTORAL	63	Temps de Vie	ECQUES			03 21 95 41 00	privé non lucratif				
Bernard Devulder	AUDOMAROIS	LITTORAL	60	Association Maison Départementale Bernard DEVULDER	ESQUERDES			03 21 95 26 98	privé non lucratif				
EHPAD Pavillon Arc en ciel	AUDOMAROIS	LITTORAL	70	Centre Hospitalier de la région de Saint-Omer	HELFAUT			03 21 88 72 00					
"Raymond Dufay"	AUDOMAROIS	LITTORAL	88	La Vie Active	LONGUENESSE			03 21 38 90 80	privé non lucratif				
"Arpage"	AUDOMAROIS	LITTORAL	70	ARPAD	St OMER			03 21 12 39 00	privé non lucratif				
"Saint Jean" - ORPEA	AUDOMAROIS	LITTORAL		SARL St Jean	St OMER			03 21 11 67 20	privé				
Résidence du Parc Ave Maria	AUDOMAROIS	LITTORAL	86	Groupe Maison de Famille	WARDRECQUES			03 66 38 85 00	privé lucratif				
SOUS TOTAL AUDOMAROIS (10 étab)			784										

NOM de l'ETABLISSEMENT	Zone de proximité ARS	Territoire de santé	Capacité	Nom du gestionnaire	VILLE	Adresse mail	Adresse mail 2	Téléphone	Privé	Public	Observation	réponse	Entretien
LITTORAL													
BOULONNAIS													
"La Domaniale"	BOULONNAIS	LITTORAL	48	SA La Domaniale	BELLE et HOULLEFORT			03 21 87 31 55	privé lucratif				
"La Caravelle"	BOULONNAIS	LITTORAL	60	Centre Hospitalier	BOULOGNE-sur-MER					public			
"La Fregate"	BOULONNAIS	LITTORAL	60	Centre Hospitalier	BOULOGNE-sur-MER			03 21 99 30 66		public			
"La Corvette"	BOULONNAIS	LITTORAL	60	Centre Hospitalier	BOULOGNE-sur-MER					public			
"L'Océane"	BOULONNAIS	LITTORAL	70	Centre Hospitalier	BOULOGNE-sur-MER			03 21 99 38 86		public			
"Jean François Souquet"	BOULONNAIS	LITTORAL	60	Centre Hospitalier	BOULOGNE-sur-MER			03 21 99 30 33		public			
"St Augustin"	BOULONNAIS	LITTORAL	74	Temps de Vie	BOULOGNE-sur-MER			03 91 18 10 00	privé non lucratif				
"Notre Dame de Boulogne"	BOULONNAIS	LITTORAL	104	Groupe Houzel	BOULOGNE-sur-MER			03 21 80 48 48	privé non lucratif				
"St Antoine"	BOULONNAIS	LITTORAL	126	Asso Gestion et Développement	DES VRES			03 21 99 65 65	privé non lucratif				
"La Catalane"	BOULONNAIS	LITTORAL	42	SARL La Catalane	HESDIN L'ABBE			03 21 83 64 33	privé lucratif				
"La Sainte Famille"	BOULONNAIS	LITTORAL	79	Groupe Houzel	MARQUISE			03 21 10 04 88	privé non lucratif				
"Résidence Belle Fontaine"	BOULONNAIS	LITTORAL	63	CCAS	NEUFCHÂTEL HARDELLOT			03 21 99 91 30		public			
"Les Mouettes"	BOULONNAIS	LITTORAL	63	Asso Nord de France et Mer	OUTREAU			03 21 10 17 30	privé non lucratif				
"Georges Honoré"	BOULONNAIS	LITTORAL	47	Asso Résidence George Honoré	St LEONARD			03 21 91 01 01	privé lucratif				
"Les Hauts de France"	BOULONNAIS	LITTORAL	32	SARL Les Hauts de France	St MARTIN-BOULOGNE			03 21 31 10 51	privé lucratif				
"Les Jardins d'Arcadie"	BOULONNAIS	LITTORAL	32	SARL Les Jardins d'Arcadie	St MARTIN-BOULOGNE			03 21 31 58 23	privé lucratif				
Résidence Guynemer	BOULONNAIS	LITTORAL	87	Les Sinopies	WIMEREUX			03 21 83 17 88	privé non lucratif				
SOUS TOTAL BOULONNAIS (17 étab)			1107										
CALAISIS													
Résidence Arnoul	CALAISIS	LITTORAL	54	CA public autonome	ARDRES			03 21 35 42 33		public			
Au Temps des Cerises	CALAISIS	LITTORAL	83	Temps de Vie	AUDRUICQ			03 21 17 72 72	privé non lucratif				
"Notre Dame des Campagnes"	CALAISIS	LITTORAL	108	Asso pour la Gestion et le Développement	CAFFIERS			03 21 46 51 51	privé non lucratif				
"Château des Dunes"	CALAISIS	LITTORAL	90	Centre Hospitalier	CALAIS			03 21 46 34 80		public			
La Roselière (ex Pierre de Coubertin)	CALAISIS	LITTORAL	175	Centre Hospitalier	CALAIS			03 62 61 51 01		public			
"les terrasses de Coquelles"	CALAISIS	LITTORAL	104	La Vie Active	COQUELLES			03 21 46 44 50	privé non lucratif				
Maisonnée la Lorraine	CALAISIS	LITTORAL	84	SARL Almago La Lorraine	CALAIS			03 21 17 18 00	privé lucratif				
"Résidence de la Haute Porte"	CALAISIS	LITTORAL	76	CA public autonome	GUINES			03 21 46 41 41		public			
Maison Dominicaine de Retraite	CALAISIS	LITTORAL	80	Temps de Vie	HARDINGHEN			03 21 85 00 78	privé non lucratif				
Résidence Château du Bois	CALAISIS	LITTORAL	78	SARL EHPAD Château du Bois	OYE PLAGE			03 21 17 85 00	privé lucratif				
Les Lilas	CALAISIS	LITTORAL	76	SAS Les Lilas	MARCK EN CALAISIS			03 59 70 32 32	privé lucratif				
SOUS TOTAL CALAISIS (12 étab)			1008										
TOTAL LITTORAL			2115										

GLOSSAIRE

ANESM : l'Agence Nationale de l'Evaluation de la qualité des établissements et Services sociaux et Médicosociaux

ARS : Agence Régionale de Santé

ASH : Agent de Service Hôtelier

CASF : Code de l'Action sociale et des Familles

CH : Centre Hospitalier

DIQASM : Direction de la Qualité de l'Accompagnement Social et Médico-social

DPO : Direction Par Objectif

DPPO : Direction Participative par Objectif

EHPAD : Etablissement Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes

EPP : Evaluation des Pratiques Professionnelles

ESMS : Etablissements Sociaux et Médico-sociaux

FEHAP : Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne privés non lucratifs

GED : Gestion Electronique Documentaire

HAS : Haute Autorité de Santé

IDE : Infirmière Diplômée d'Etat

IGAS : Inspecteurs Généraux des Affaires Sociales

IGF : Inspection Générale des Finances

ISO : Organisation Internationale de Normalisation

PACTE : Programme d'Amélioration Continue du Travail en Equipe

PEP : Pratiques Exigibles Prioritaires

RGPD : Règlement Général sur la Protection des Données

SMQ : Système de Management de la Qualité

SRS : Schéma Régional de Santé

TPS : Toyota Production System

RÉSUMÉ

En quoi les procédures et la Gestion Electronique Documentaire contribuent au management d'un établissement médico-social ?

- *Enquête dans les Etablissements Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) du littoral du Pas-de Calais -*

Les concepts de qualité et de **management** ont évolué simultanément au cours du siècle dernier.

En parallèle la Loi 2002-2 rénovant l'action sociale et médico-sociale du 2 Janvier 2002 impose désormais aux **EHPAD** d'instaurer une **démarche qualité** au travers des évaluations internes et externes. En ce sens, les **procédures** et la **Gestion Electronique Documentaire (GED)** constituent deux outils essentiels pour mener à bien cette démarche.

Une description détaillée explique comment mettre en œuvre ces outils de façon appropriée. Afin de savoir comment la **GED** et les **procédures** sont utilisées et perçues dans les **EHPAD** du littoral du Pas-de-Calais, une enquête a été menée.

L'enquête s'est déroulée d'une part sous forme d'auto-questionnaire en ligne pour les salariés afin de recueillir leur vision de terrain et d'autre part sous forme d'entretien semi-directifs auprès du personnel encadrant afin de déterminer ce qui est mis en place au sein des structures interrogées.

Les résultats de l'enquête ont permis de démontrer que la **GED** reste encore peu connue des professionnels et que si les **procédures** bénéficient d'un avis favorable du personnel, elles ne sont pas toujours utilisées de façon optimum par les managers.

L'enjeu est alors de savoir comment est-il possible de mettre en place un système pour que ces outils soient de véritables outils de **management** ?

Des recommandations adaptées ont été apportées.

Mots-clés : EHPAD – Procédure – GED – Démarche qualité – Management

The concepts of quality and management have evolved simultaneously through the last century.

Since the 2nd of January 2002, the law 200-2 has renewed social and medical social actions by imposing to the Retirement homes install a quality pathway within internal and external evaluation. Regarding this, procedures and Electronic Document Management are both essential tools to enable them to achieve this. A detailed description explains how to instate these tools effectively.

In order to know how Electronic Document Management and procedures are perceived up north in France, Pas-de-Calais, a survey has been elaborated and interviews have been carried out amongst professionals.

Both were able to demonstrate that Electronic Document Management is relatively unknown amongst professionals, and even if the procedures are received with a positive opinion from the staff, managers do unfortunately not optimise them. We can note especially that the workforce very rarely participate or are involved in the building of these procedures while their input could help them to implement them effectively.

The goal is to have the know how to put into place a system in order for these tools to become standardised within management.

Adapted recommendations are given to ensure this.

Key-words: Retirement home – Procedure – Electronic Document Management – Quality management – Management