



MANUEL QUALITE

Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
Route de Marseille – D 559 - 83270 SAINT-CYR-SUR-MER

Systeme QUALITE selon les référentiels
ISO 9001 Version 2008 - U.N.M.P.A.P.H. - NFX 50-058

Application – Novembre 2008



**Service des établissements d'hébergement
pour personnes âgées**

Cette marque prouve la conformité à la norme
NF X 50-058

et aux règles de certification NF386,
et garantit que le respect de l'éthique, la qualité
de l'accueil, l'information fournie, le cadre de vie,
le projet personnalisé

(garantissant l'accompagnement et le soin), les
qualification et formation du personnel, le
traitement des réclamations clients

et la prise en compte de la satisfaction clients
sont contrôlés régulièrement par AFNOR
Certification

11 rue Francis de Pressensé
93571 La Plaine Saint-Denis Cedex - France

Les dispositions relatives au Système de Management de la Qualité (SMQ) contenues dans ce document ont été établies en conformité avec la norme ISO 9001 version 2008, le référentiel U.N.M.P.A.P.H et la norme NFX 50-058.

Aucune exigence de la norme NFX 50-058 n'est exclue du SMQ de l'Etablissement d'Hébergement pour Personne Agées Dépendantes MGEN de Saint Cyr sur Mer.

Ce Manuel Qualité est enregistré et mis à jour dans la base de données « Qualité » informatique dont une copie est accessible sur le réseau informatique « commun » en format Pdf.

C'est la version originale informatisée en Pdf et/ou signée par la direction, qui fait foi.

Approuvé et garanti d'application par le Directeur de l'EHPAD, ce Manuel Qualité traduit l'engagement de l'ensemble du personnel dans la Politique Qualité de l'Etablissement.

Il est largement diffusé au sein des services et est à la disposition des résidents et de leurs familles, partenaires et institutionnels.

Son application effective démarre en septembre 2008.

Mr Christian JUNET

Directeur

Suivi des Modifications		
Edition	Date	Motif de mise à jour
A	17/11/2008	Création du Manuel Qualité
B	31/05/2009	Intégration des évolutions d'organisation, identification du référent qualité, politique qualité 2009
C	31/05/2010	Actualisation évolution organisation
D	08/09/2010	Intégration du cadre stratégique de la MGEN et actualisation directeur.
E	18/04/2011	Actualisation politique Qualité

Sommaire

Préambule – PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT

0 - INTRODUCTION

- 0.1 GENERALITES
- 0.2 GESTION DU MANUEL QUALITE
- 0.3 APPROCHE PROCESSUS

1 - DOMAINE D'APPLICATION

- 1.1 GENERALITES
- 1.2 PERIMETRE D'APPLICATION
- 1.3 REGLEMENTATION

2 - REFERENCES NORMATIVES

3 - TERMES ET DEFINITION

4 - SYSTEME DE MANAGEMENT DE LA QUALITE

- 4.1 EXIGENCES GENERALES
- 4.2 EXIGENCES RELATIVES A LA DOCUMENTATION
 - 4.2.1 Généralités
 - 4.2.2 Manuel qualité
 - 4.2.3 Maîtrise des documents
 - 4.2.4 Maîtrise des enregistrements relatifs à la qualité

5 - RESPONSABILITE DE LA DIRECTION

- 5.1 ENGAGEMENT DE LA DIRECTION
- 5.2 ECOUTE CLIENT
- 5.3 POLITIQUE QUALITE
- 5.4 PLANIFICATION
 - 5.4.1 Objectif qualité
 - 5.4.2 Planification du système de management de la qualité
- 5.5 RESPONSABILITE AUTORITE ET COMMUNICATION
 - 5.5.1 Responsabilité et autorité
 - 5.5.2 Représentant de la direction
 - 5.5.3 Communication interne
- 5.6 REVUE DE DIRECTION

6 - MANAGEMENT DES RESSOURCES

- 6.1 MISE A DISPOSITION DES RESSOURCES
- 6.2 RESSOURCES HUMAINES
 - 6.2.1 généralités

QUAL 009

6.2.2 compétence, sensibilisation et formation

6.3 INFRASTRUCTURE

6.4 ENVIRONNEMENT DE TRAVAIL

7 - REALISATION DE LA PRESTATION

7.1 PLANIFICATION DE LA REALISATION

7.2 PROCESSUS RELATIFS AU CLIENT

7.4 ACHATS

7.5 PRODUCTION ET PREPARATION DE LA PRESTATION

8 - MESURES ANALYSE ET AMELIORATION

8.1 ENGAGEMENT DE LA DIRECTION

8.2 SURVEILLANCE ET MESURES

8.2.1 satisfaction du client

8.2.2 audit interne

8.2.3 surveillance et mesure des processus

8.2.4 surveillance et mesure de la prestation

8.3 MAITRISE DES NON CONFORMITES

8.4 ANALYSE DES DONNEES

8.5 AMELIORATION

8.5.1 amélioration continue

8.5.2 actions correctives & actions préventives

Préambule – PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT

Origine et histoire de l'établissement

L'établissement MGEN de Saint-Cyr-sur-Mer a pu être édifié en grande partie grâce à la générosité d'une mutualiste. C'est en effet, Madame Françoise Djoukitch, Directrice honoraire de l'Ecole Normale de Brignoles, qui fit donation en 1962 à la MGEN d'une propriété de 27 hectares en bordure de la Méditerranée, dénommée « *Château-Cordion* ». L'origine agricole reste présente à ce jour dans l'établissement : plantations de vignes, oliviers plusieurs fois centenaires, pinède, « *enclos des chèvres* », sont autant de témoignages de cette activité passée.

Après plusieurs projets ébauchés, rejetés et quelques vicissitudes administratives, la construction du dernier établissement créé par la MGEN a pu voir le jour, grâce à l'engagement de plusieurs membres de son Bureau National. Il doit également beaucoup à l'inlassable activité sur le terrain, de 1962 à l'ouverture du chantier, de Antoine Taurand, instituteur et ardent militant mutualiste varois, dont la salle des fêtes de l'établissement porte le nom.

En juin 1986, l'établissement a été ouvert aux mutualistes. Jusqu'en fin 2005, il comprenait 80 lits de Soins Longue Durée et 52 lits de Maison de Retraite. Ces deux entités ont fusionné pour constituer un unique Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes dont la capacité a été portée à **139 lits**.

Plusieurs démarches qualité ont été initiées notamment pour répondre aux exigences régissant le secteur sanitaire et social puis pour répondre aux évolutions législatives induites par la loi du 2 janvier 2002 régissant le secteur social et médico social.

La situation géographique

Région : PROVENCE-ALPES-COTE D'AZUR
Département : VAR (83)
Commune : SAINT-CYR-SUR-MER (83270)

L'établissement est situé en bordure de la Mer Méditerranée (300 mètres environ à vol d'oiseau), près de la route Départementale 559 qui longe la côte de Marseille à Toulon, à la sortie de Saint-Cyr-sur-Mer, en direction de la ville de La Ciotat.

La limite entre les deux communes, qui est également la limite départementale entre le Var et les Bouches-du-Rhône, traverse la propriété.

L'EHPAD MGEN est à 2,5 km du centre ville, 3 km de la gare, 1 km du port et de la plage des Lecques, et à 6 km du Centre Hospitalier de La Ciotat. Toulon et Marseille sont respectivement distantes de 35 et 45 km. Il faut parcourir 60 km pour atteindre Aix-en-Provence.



Descriptif des locaux :

L'établissement est entièrement climatisé.

Tous les locaux sont accessibles aux fauteuils roulants. Ils sont répartis en trois bâtiments reliés par des galeries vitrées dont les différents niveaux sont desservis par des ascenseurs : *Les Mimosas* (53 chambres sur 3 niveaux, ancienne Maison de Retraite), *Les Oliviers* (ancienne Unité de Soins de

Longue Durée avec 86 chambres sur trois niveaux, salle d'ergo-kinésithérapie et restaurant) et *L'Administration* (bureaux, bibliothèque et salle des fêtes).



L'organigramme de l'EHPAD

TUTELLES ET ORGANISMES DE CONTROLE

La M.G.E.N. : St Cyr dépend de la M.G.E.N. Action Sanitaire et Sociale et de son Conseil d'Administration. En son sein est nommé un Bureau National en charge de l'administration et du fonctionnement au quotidien de la mutuelle. Plus spécialement, sont nos interlocuteurs élus :

Président

Secrétaire Général

Trésorier Général

Délégué National aux Etablissements

Vice-présidente déléguée

Vice-président

Vice-président

Thierry BEAUDET

Roland BERTHILIER

Fabrice HENRY

Marc TRANCHAT

Jackie FONFRIA

Jacques HORNEZ

Jean Philippe HUCHET

Le délégué national aux Etablissements est l'interlocuteur direct de l'établissement dans sa relation avec la M.G.E.N. Marc TRANCHAT est assisté de deux administrateurs délégués (Mme Dominique AUDRY et M. David CHAUVEAU).

Les missions et responsabilités du directeur pour tout établissement MGEN, s'exercent en lien avec le délégué national à l'action sanitaire et sociale, la Direction des établissements sous le contrôle du Conseil d'administration de Mgen Action sanitaire et sociale. Le Directeur des Etablissements est Philippe COTTARD et la directrice adjointe des Etablissements est Florence NEDELEC.

L'établissement rend compte de sa gestion et de son activité selon les modalités définies par les textes en vigueur, à L'Agence régionale de Santé PACA (ARS PACA) et au Conseil général du Var. Des commissions de suivi et de contrôle internes à la MGEN sont également mises en œuvre chaque année.

L'ORGANIGRAMME DE L'ETABLISSEMENT

Par délégation du conseil d'administration de la MGEN, le directeur est responsable de l'organisation et du fonctionnement de l'établissement. Il a autorité sur l'ensemble des personnels.

Il est assisté par :

- Un cadre administratif qui peut le suppléer, plus spécialement chargé des affaires économiques, financières et logistiques.
- un médecin coordonnateur responsable de la coordination des différents intervenants et de la qualité de la prise en charge gériatrique.
- un cadre de santé, responsable de l'équipe para médicale, de l'organisation de l'activité et de la qualité des services de soins infirmiers et de rééducation. En son absence, deux infirmières référentes assurent ses missions.

- Directeur :	Christian JUNET
- Cadre administratif :	Séverine BEMKA
- Médecin Coordonnateur :	Dr. Pierre PONTAUD
- Cadre Santé:	Eliane IVANOFF
- Infirmières référentes	Laurence AIMAR Mireille SANCHEZ

L'organigramme se compose à ce jour de 95,05 équivalents temps plein, dont pour les secteurs de soins :

9,5 postes d'Infirmières	34 Aides soignantes	19 Agents de soins
1 Kinésithérapeute	1 Ergothérapeute	1,75 Animatrices
1 Secrétaire médicale	1 Psychologue (quart temps)	



La démarche qualité conduite dans l'Etablissement



« Prendre soin du résident »

Notre EHPAD MGEN est certifié NFX 50 058 et suit les engagements prévus dans la charte U.N.M.P.A.P.H. Ces référentiels garantissent notamment nos engagements dans le respect de l'éthique, la qualité de l'accueil et de nos prestations, la mise en place de projet personnalisé des résidents accueillis grâce à des moyens matériels et du personnel qualifié et formé régulièrement.

En voulant mettre l'usager au cœur de ses préoccupations, l'établissement souhaite apporter une prise en charge efficace et efficiente de la personne âgée dépendante dans un environnement favorable à son bien être et à sa santé.

Notre secteur d'activité évolue dans un contexte de plus en plus exigeant qui nous amène à repenser notre organisation à l'échelle de notre environnement de proximité départementale et régionale. La politique qualité de l'établissement s'inscrit également dans le cadre du projet stratégique conduit par la MGEN.

Notre politique qualité 2011 reprend cette dynamique aux travers de ses engagements et des objectifs partagés qui seront consolidés avec nos tutelles :

- Le respect de la personne soignée et accompagnée
- La Compétence et la motivation de l'ensemble du personnel
- Une organisation orientée processus pour favoriser l'efficacité de l'ensemble.
- Le respect du référentiel NFX 50 058
- La mise en place d'un plan d'actions validées par notre siège et nos tutelles dans le cadre du renouvellement de notre convention tripartite.
- L'accompagnement de nos salariés dans l'évolution de nos pratiques et dans la mise en œuvre du projet d'établissement 2011-2016.

Le personnel a un rôle **essentiel** dans ce projet tout comme les familles et les bénévoles. Au-delà de l'approche soin, c'est le maintien du lien social et affectif qui contribue au bien être du résident.

Ce projet Qualité ne vaut que parce qu'il est partagé par tous.

Ensemble construisons les conditions de sécurité et de bien être de nos chers résidents qui nous honorent de leur confiance.

Séverine BEMKA

Cadre Administratif

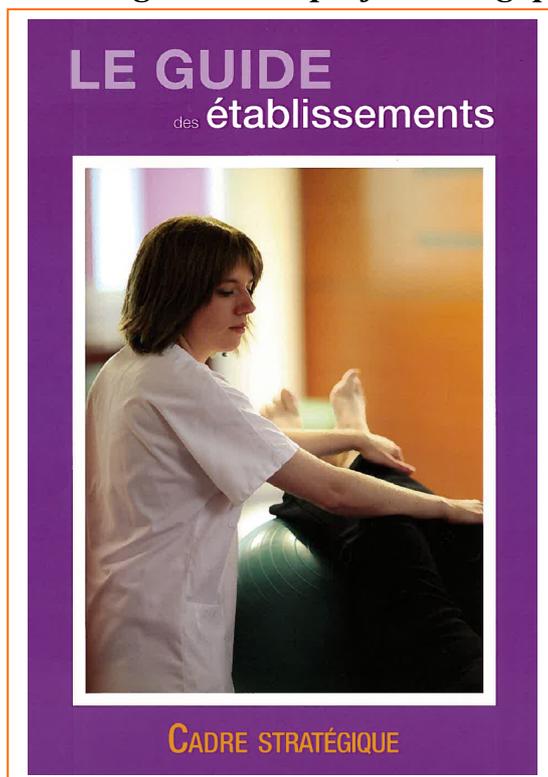
Christian JUNET

Directeur.

EHPAD MGEN de SAINT CYR SUR MER (diffusion Avril/ Mai 2008 à l'ensemble du personnel)

M.G.E.N Action Sanitaire et Sociale, N° 441 921 913, mutuelle soumise aux dispositions du livre III du code de la mutualité

La démarche qualité s'intègre dans le projet stratégique de la MGEN



La diffusion du support « du cadre stratégique de la MGEN » à l'ensemble du personnel de l'établissement permettra d'informer chacun sur les grands axes de développement de nos établissements.

Nos établissements : une ressource irremplaçable

Le choix que nous avons fait, il y a 60 ans, de nous doter de notre propre réseau d'établissements pour répondre, notamment, aux exigences d'humanité et de qualité dans la prise en charge des patients, est plus que jamais d'actualité.

Nos établissements se situent au premier rang de nos atouts et de nos points forts. Équité sociale, équilibre économique durable, impacts maîtrisés sur l'environnement, sont des valeurs et des pratiques mutualistes portées par nos établissements sanitaires et médico-sociaux.

Avec près de 3300 lits et places d'hospitalisation et d'hébergement, les établissements de la MGEN s'inscrivent dans des réseaux de santé, offrent des compétences médicales pluridisciplinaires et une continuité dans les soins, innovent en proposant des programmes de prévention et apportent des réponses originales en matière de prise en charge de la santé mentale et du handicap.

Investis dans une politique de qualité au travers des dispositifs de certification et de labellisation, nos établissements constituent, pour la MGEN, une ressource irremplaçable en matière de culture sanitaire, de connaissance et d'expérience en santé.

Thierry Beudet
Président de la MGEN

0 - Introduction

0.1. GENERALITES

Ce manuel a pour objet de décrire le système de management de la qualité en vigueur au sein de l'EHPAD MGEN de Saint Cyr sur Mer afin :

- D'Assurer la conformité de nos prestations et services aux exigences de nos clients et aux exigences légales et réglementaires,
- Accroître la satisfaction de nos résidents et de leurs familles par le fonctionnement efficace de notre SMQ (Système de Management de la Qualité) et son amélioration continue,
- Il est destiné aux usages internes et externes : présentation aux clients et aux fournisseurs, présentation à l'organisme certificateur ou de labellisation, présentation au personnel, présentation aux partenaires et institutionnels.

Le Manuel est organisé suivant les chapitres de la norme ISO 9001 version 2008. Il intègre également les exigences du référentiel U.N.M.P.A.P.H. et la norme NFX 50 – 058 « Etablissement d'Hébergement pour personnes âgées »

Le système de management de la qualité en vigueur est conforme à la norme NFX 50 – 058.

Par leur signature, le directeur et le directeur adjoint , approuvent ce manuel ainsi que la politique qualité et les objectifs qualité. Ils s'engagent à porter à la connaissance de chaque employé la politique qualité et les objectifs de chaque service.

Ils s'assurent que chaque responsable connaît et comprend les exigences définies dans ce manuel.

Séverine BEMKA
Cadre Administratif

Christian JUNET
Directeur

0.2. GESTION DU MANUEL QUALITE

La gestion du Manuel est réalisée par le Responsable Qualité (ou référent qualité) qui en assure la mise à jour (à chaque changement notable). Seul le responsable Qualité à l'accès pour modifier un élément du Manuel Qualité.

Les règles de gestion du manuel qualité sont les suivantes:

Rédaction & Approbation :

Le manuel qualité est établi et émis sous la responsabilité du Responsable Qualité et l'approbation est sous celle de la Direction.

Diffusion :

Le Responsable Qualité organise la diffusion du manuel qualité. Deux types de diffusion sont en vigueur :

- La diffusion contrôlée interne du Manuel Qualité se fait dans des points documentaires répartis dans notre établissement pour permettre l'accès à tout le personnel :

N°1 : Point documentaire 1 : Direction Générale

N°2 : Point documentaire 2 : secrétariat de Direction

N°3 : Point documentaire 3 : service du Personnel

N°4 : Point documentaire 4 : bureau du cadre de santé

N°5 : Point documentaire 5 : bureau du médecin coordonnateur

N°6 : Point documentaire 6 : Serveur informatique « COMMUN » - support en format PDF

Copie Originale : Référent qualité

Les destinataires reçoivent systématiquement les mises à jour par voie informatique.

- La diffusion non contrôlée en externe du Manuel Qualité, les destinataires ne reçoivent pas systématiquement les mises à jour. Le Référent Qualité tient à jour la liste des manuels qualité diffusés.

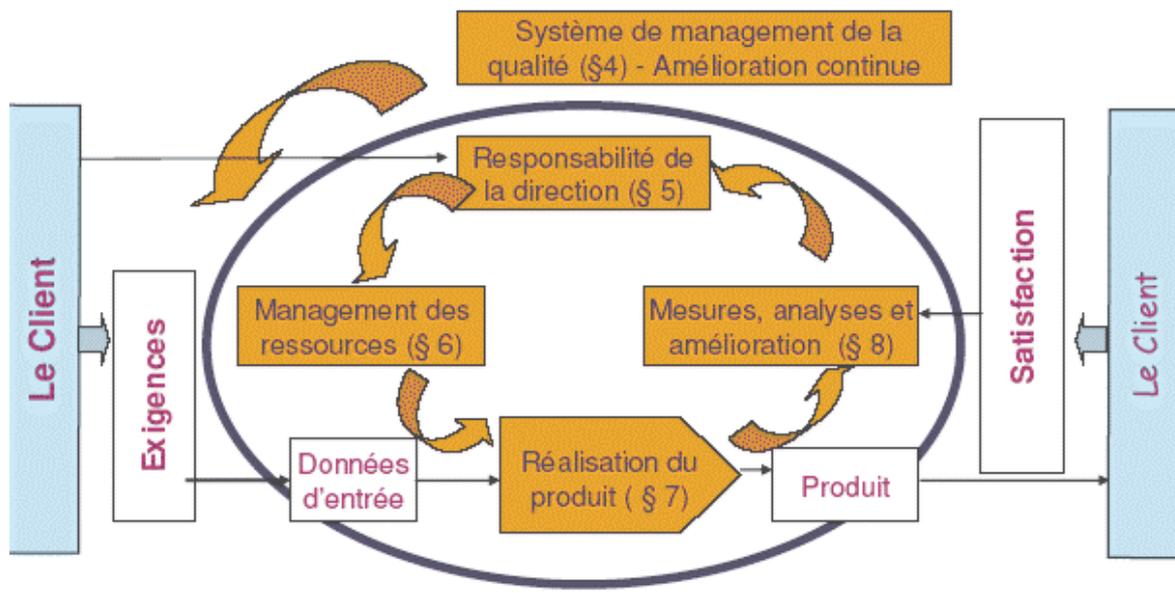
- **Revue et Mise à jour :** Le manuel qualité est revu au minimum une fois par an par le Référent Qualité pour déclencher si nécessaire sa mise à jour. Il est modifié suite à des modifications du SMQ (nouvelle disposition, changement organisation...)

Seuls les chapitres modifiés sont mis à jour. Les modifications sont vérifiées par le Référent Qualité puis ré-approuvées par la Direction.

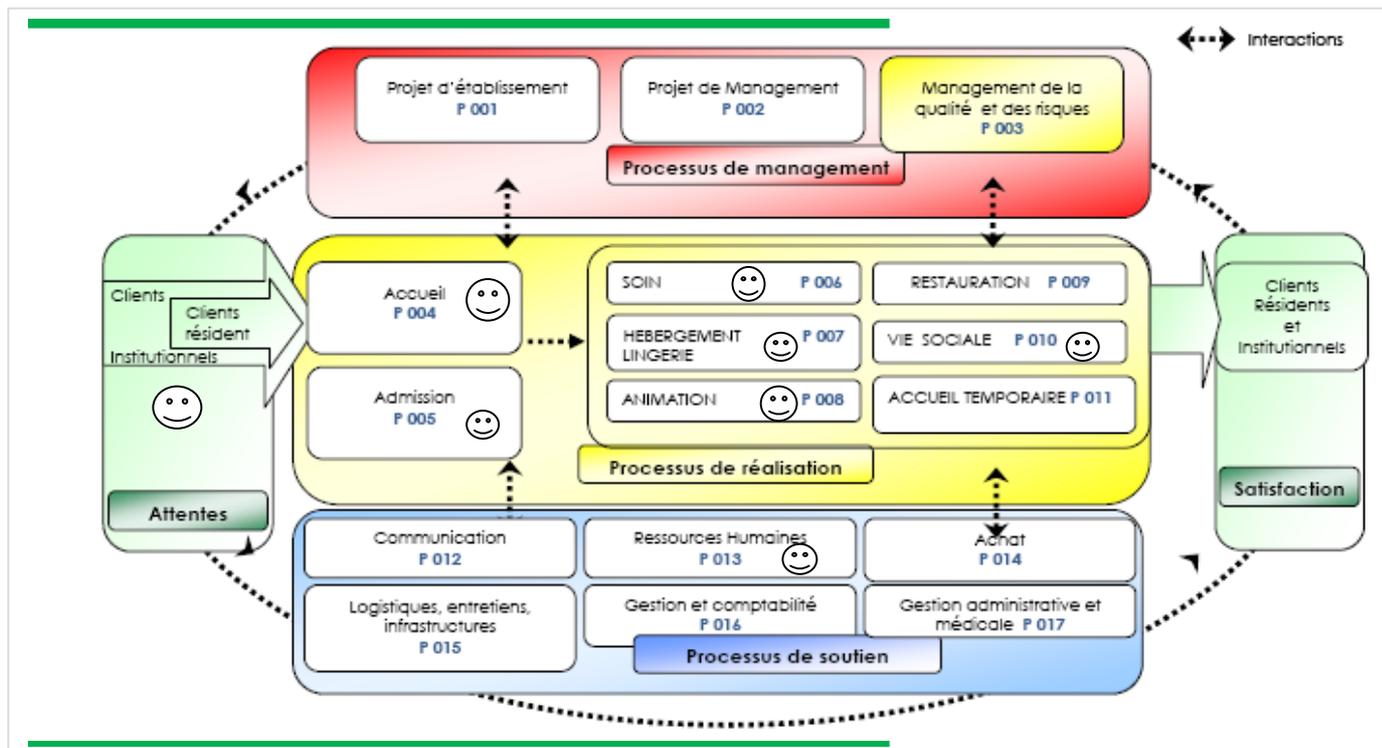
- **Archivage :** Les chapitres périmés sont retournés au Référent Qualité pour destruction sauf la copie originale, celle-ci est renseignée « Edition périmée » puis archivée pour 2 ans. Cette disposition s'appliquera dès 2009 sur la version B du Manuel.

0.3 APPROCHE PROCESSUS

Les processus décrits dans ce manuel sont conformes au modèle ci-dessous de la norme ISO 9001 version 2008.



La cartographie des processus de l'EHPAD MGEN et ses interactions sont présentés ainsi



1 – Domaine d’application

1.1 - Généralités

Le système Qualité ainsi décrit dans ce présent manuel s’applique à l’ensemble des prestations fournies à nos clients, dans le souci permanent de leur satisfaction et de démontrer ainsi notre aptitude à les respecter.

On entend par clients - **les usagers** (les résidents, les familles, les représentants des résidents) et les **clients institutionnels** qui nous missionnent pour la réalisation de notre activité de prise en charge de la dépendance.

1.2 – Périmètre d’application

Les chapitres 7.3, 7.5.2, 7.5.3, 7.5.5 et 7.6 ne s’appliquent pas à notre établissement.

Le système de management de la Qualité mis en place au sein de l’établissement prend en compte les exigences de la norme ISO 9001 version 2008 sur l’ensemble de ses activités ainsi que le référentiel UNMPAPH et la norme NFX 50 -058.

Le Centre de Saint-Cyr-Sur-Mer est un **établissement privé à but non lucratif**, réservé de préférence aux personnes originaires du VAR ou des départements de la Région Provence Alpes Côte d’Azur (PACA).

L’établissement reçoit des personnes dépendantes d’au moins 60 ans. Ces personnes âgées en perte d’autonomie pouvant être atteintes d’affections chroniques stabilisées, sont classées en groupes iso ressources (GIR) de 1 à 6, selon les mêmes critères que pour l’Allocation Personnalisée d’Autonomie (APA) que les personnes peuvent percevoir du Conseil Général dont elles relèvent, pour celles classées dans les GIR 1 à 4.

1.3 REGLEMENTATION

L’établissement évolue dans un secteur où la réglementation a évolué considérablement ces dernières années :

L’évolution du contexte légal et réglementaire depuis 2004

- Certains décrets de la loi de janvier 2002
- Loi Solidarité et Autonomie du 30 juin 2004
- Loi de Santé Publique du 9/08/04
- La loi n° 2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales

- Loi de modernisation de la sécurité civile du 13 août 2004
- Loi du 11 février 2005 (création de la CNSA, PRIAC)
- Loi du 26 juillet 2005 sur les services à la personne (loi Borloo)
- Loi n° 2007-290 du 5 mars 2007 instituant le droit au logement opposable : reconnaissance de l'utilisation de l'outil Pathos pour la modulation des tarifs de soins des EHPAD
- Circulaire du 15 mai 2007 (sécurité incendie)
- Décret n°2005-768 du 7 juillet 2005 : définitions des conditions techniques minimales de fonctionnement des EHPA « les EHPA sont tenus d'intégrer dans leur projet d'établissement un plan bleu détaillant les modalités d'organisation à mettre en œuvre en cas de crise sanitaire ou climatique »
- Le code de l'action sociale et des familles, notamment les articles L.314-1 à L.314-7 et R.314-4 à R.314-146 ;
- Les articles L.312-I.6° et L.313-12 du code de l'action sociale et des familles ;
- Les articles R.314-1 à R.314-204 du code de l'action sociale et des familles relatifs aux dispositions financières ;
- Les articles D 312-156 à D 312-161 du code de l'action sociale et des familles ;
- L'arrêté ministériel du 26 février 2009 fixant les règles de calcul des tarifs plafonds et de mise en œuvre de la convergence tarifaire, modifié par l'arrêté du 27 août 2010 fixant les valeurs du point des tarifs plafonds ;
- La loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients à la santé et aux territoires ;
- La loi n° 2009-1646 du 24 décembre 2009 de financement de la sécurité sociale pour 2010 ;
- L'ordonnance n° 2010-177 du 23 février 2010 de coordination pour la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires ;
- L'arrêté du directeur général de l'ARS PACA n° 2011DG/02/11 du 25 février 2011 portant délégation de signature à Madame Florence AYACHE, en tant que déléguée territoriale du département du Var de l'Agence régionale de sante (ARS) de Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA) ;
- La circulaire interministérielle n° DGCS/5C/DSS/1A/2010/179 du 31 mai 2010 relative aux orientations de l'exercice 2010 pour la campagne budgétaire des établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes âgées et des personnes handicapées ;

- L'instruction du 14 juin 2010 de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) relative à la fixation des enveloppes régionales limitatives pour 2010, et anticipées pour 2011, 2012, 2013 des établissements et services médico-sociaux pour les personnes âgées ;
- La décision du 18 juin 2010, parue au J.O du 29 juin 2010, du directeur de la CNSA fixant pour 2010 les dotations régionales limitatives ;
- Le rapport d'orientations budgétaires du 2 juillet 2010 établi par le directeur général de l'ARS ;
- La convention tripartite du 29 septembre 2005 passée entre la MGEN, représentée par son président, le président du Conseil général du Var et le préfet du Var ;
- Les instructions de la CNSA en date du 3 décembre 2010 allouant un complément de mesures nouvelles PATHOS permettant seulement de couvrir les engagements antérieurs au 30 juin 2010 ;

La mise en place des Agences Régionales de Santé (ARS)

Ouverte début avril 2010, l'Agence régionale de santé (ARS) de PACA met en œuvre la politique régionale de santé, en coordination avec les partenaires et en tenant compte des spécificités de la région et de ses territoires. Ses actions visent à améliorer la santé de la population et à rendre le système de santé plus efficace.

Elle est la clef de voûte de la nouvelle organisation prévue par la Loi « Hôpital Patients Santé Territoires » du 21 juillet 2009 (article 118).

L'ARS est un établissement public autonome au niveau administratif et financier. Elle assure une véritable coordination entre les services de l'Etat et l'Assurance Maladie en regroupant d'anciennes structures traitant de la santé publique et de l'organisation des soins (Direction régionale des affaires sanitaires et sociales (Drass), Agence régionale de l'hospitalisation (ARH), Union régionale des caisses d'assurance maladie (Urcam), Groupement régional de santé publique (GRSP), Mission régionale de santé (MRS) en totalité, et Directions départementales des affaires sanitaires et sociales (Ddass), Caisse régionale d'assurance maladie (Cram), Direction régionale du service médical (DRSM), Mutualité sociale agricole (MSA), Régime social des indépendants (RSI) en partie).

2 – Références normatives

- **ISO 9001 Version 2008** : Norme internationale *Système de Management de la Qualité*
- **NFX 50-058** : norme française pour les établissements d'hébergement pour personnes Agées
- **Le référentiel U.N.M.P.A.P.H.** : référentiel qualité mis place par l'Union Nationale Mutualiste pour Personnes Agées et Personnes Handicapées.

Les référentiels **U.N.M.P.A.P.H et NFX 50-058** ont été utilisés pour l'optimisation des processus clés de l'EHPAD MGEN.

3. – Définitions terminologie et abréviations

La norme ISO 9000 (principes essentiels et vocabulaires) a servi de référence pour la plupart des termes utilisés dans ce manuel.

Le référentiel NFX 50 058 a été utilisé sur les termes et définitions suivantes :

Activités : moments particuliers de la journée, regroupant les résidents à l'intérieur ou à l'extérieur, de manière ponctuelle ou régulière, autour de thèmes définis.

Animation : mettre de la vie dans tous les aspects de la vie quotidienne, de jour comme de nuit, pour mettre la vie dans tous les aspects de la vie quotidienne : repas, activité, toilette, etc..

Entourage : famille et/ou personne proche de la personne âgée.

Espace Collectif : espace où se déroulent les activités collectives. Ces espaces comprennent les espaces de vie collective et les espaces de circulation.

Espace privatif : espace de vie propre au résident.

Etablissement : entité juridique ayant pour objectif l'accueil et l'accompagnement permanent ou temporaire de personnes âgées.

Hébergement temporaire : forme d'accueil visant l'hébergement à durée déterminée ou séquentielle des personnes âgées dont le maintien à domicile se trouve précarisé pour une absence temporaire des aidants, par le besoin de répit de ces aidants ou qui souhaitent bénéficier de séjours de vacances adaptés à leurs besoins ou qui ont besoin de séjour de transmission ou de réadaptation à la vie quotidienne à l'issue d'une hospitalisation.

Instance décisionnaire : instance légalement définie et reconnue qui prend les décisions intéressant les actes de gestion de l'établissement.

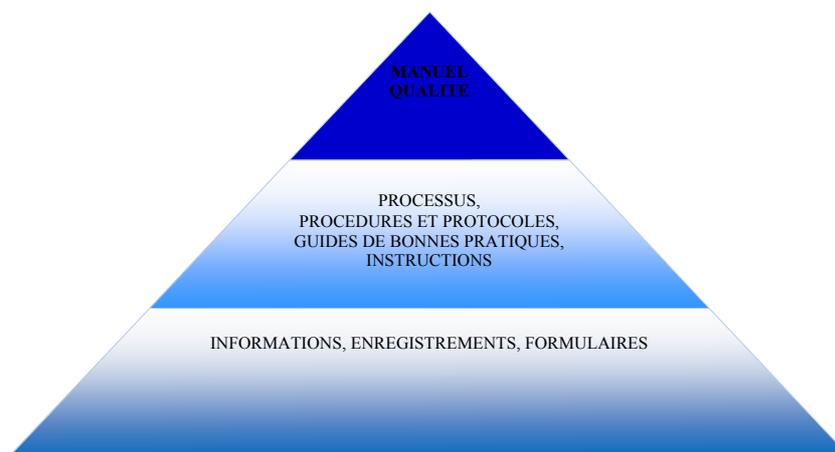
Résident : personne accueillie, cliente et destinataire des services offerts par les établissements hébergeant des personnes âgées.

Référent : personne de l'établissement, chargée de l'intégration du résident tout au long du séjour, de son écoute, de veiller à son bien être et de transmettre ses attentes, ses besoins et ses demandes aux personnes compétentes.

4.- Management de la qualité

4.1 EXIGENCES GENERALES

Le système de management de la qualité s'appuie sur un manuel ainsi que des processus, procédures, protocoles, informations et des enregistrements selon le mode pyramidal suivant:



Le système de management de la qualité se caractérise par une organisation structurée en processus et documentée qui prend en compte les exigences de la norme ISO 9001, version 2008.

Pour stabiliser les méthodes de travail, des protocoles, procédures et guides de bonnes pratiques sont établis et des formations sont programmées.

Au regard de cette volonté, une démarche de mesure de performance est organisée régulièrement au travers de des outils d'auto-évaluation (Angélique puis U.N.M.P.A.P.H sur 2007 & 2008 et depuis 2009 selon [l'outil d'auto-évaluation GERIAPA](#)) et des différents supports d'audit mis en place dans l'établissement afin de mettre en évidence les améliorations possibles et les optimisations nécessaires pour la pleine satisfaction des résidents et de leurs familles. Le renouvellement de notre convention tripartite nous amène à intégrer les évolutions structurelles et à évaluer les impacts organisationnels, financiers et qualitatifs sur les années à venir. L'approche qualité intégrera progressivement les référentiels et les critères du développement durable de notre établissement dans son environnement. En 2011, en amont de la signature de l'avenant à la convention tripartite n°1, nous avons procédé à une évaluation selon le référentiel Angélique.

4.2 – Exigences relatives à la documentation

4.2.1 Exigences générales

La documentation du système Qualité est composée de l'expression documentée de la politique Qualité et des objectifs, du présent Manuel Qualité et des procédures décrites dans le tableau ci-dessous (celles-ci pour des raisons d'organisation peuvent être augmentées, liste non exhaustive). Leur Gestion est décrite dans Les instructions qualité et dans les check list des documents nécessaires à la bonne gestion du système Qualité.

4.2.2.- Manuel (M.O.)

Le présent manuel est la pièce maîtresse du système de management de la qualité.
La gestion du Manuel Qualité est décrite dans le chapitre §0.2.

4.2.3.- Maîtrise des documents

Tous les documents relatifs aux exigences du système de management de la qualité ISO 9001 version 2008 sont maîtrisés par l'établissement selon la procédure Référencée [PRO QUAL 01 - PROCEDURE MAITRISE DES DOCUMENTS](#).

Les documents d'origine externe sont maîtrisés en fonction de la source de diffusion (Ministère, Coclín, DRASS,...) et de l'appréciation du personnel de direction et d'encadrement quant à leur application et utilisation au sein de l'établissement. Cela concerne notamment les bonnes pratiques professionnelles, les directives ministérielles, les supports diffusés par la FEHAP, la F.N.M.F., la MGEN ...

Les documents relatifs au système de management de la qualité peuvent être présentés sur papier ou sur support informatique. La documentation en vigueur prend en compte le fait que l'ensemble du personnel possède les compétences requises pour l'exécution des tâches.

4.2.4.- Maîtrise des enregistrements

Tous les enregistrements relatifs à la qualité sont archivés et conservés de façon à ce que l'on puisse les retrouver rapidement et dans des conditions satisfaisantes afin de minimiser les détériorations ou endommagements et d'éviter les pertes.

Ces enregistrements sont maîtrisés selon la procédure Référencée [PRO QUAL 02 - PROCEDURE MAITRISE DES ENREGISTREMENTS](#).

Les enregistrements relatifs au système qualité sont lisibles, stockés et conservés de façon à être retrouvés dans des installations qui offrent un environnement approprié afin d'éviter les détériorations, les endommagements ou les pertes. La durée de conservation des enregistrements est définie et enregistrée.

Liste des procédures Qualité mises en place dans le système Qualité

CHAPITRE DE LA NORME	NOM DE LA PROCEDURE	Références
4.2.3	Maîtrise des documents	PRO QUAL 00 PRO QUAL 01
4.2.4	Maîtrise des enregistrements	PRO QUAL 02
8.2.2	Audit interne	PRO QUAL 03
8.3	Maîtrise des non conformités	PRO QUAL 04
8.5.2 – 8.5.3	Action corrective et préventive	PRO QUAL 05
5.6	Revue de direction	PRO QUAL 06
8.2.1	Gestion des réclamations	PRO QUAL 07
8.2.1	Mesure de la satisfaction	PRO QUAL 08

La liste des procédures mises en place est reprise dans l'architecture documentaire définie par l'établissement selon une approche processus.

5.- Responsabilité de la direction

5.1.- Engagement de la Direction



Notre engagement est basé sur le respect de la charte Qualité diffusée par la Mutualité Française dont les principaux thèmes sont (dans la version courte de la charte):

1- Vous accueillir et vous respecter

Notre rôle est de vous accueillir sereinement. Nous garantissons la bienveillance et la compréhension de tous à votre égard. Quel que soit votre état de santé ou d'autonomie, nous vous écoutons et respectons votre dignité, votre liberté de choix et votre intimité.

2- Maintenir votre autonomie

Faire avec vous plutôt que faire à votre place, telle est notre philosophie de l'accompagnement. C'est pourquoi, en lien avec vos proches et à l'écoute de vos préoccupations, nous définissons ensemble des actions qui vous permettront de préserver votre autonomie.

3- Vous donner la parole

Votre qualité de vie est au coeur de nos préoccupations. Pour évaluer et ainsi améliorer la qualité de nos services, nous nous engageons à recueillir votre avis régulièrement.

4- Préserver votre vie sociale

Tout en respectant votre liberté, nous vous aidons à poursuivre une vie sociale et citoyenne. Pour cela nous vous proposons des activités et des rencontres avec l'extérieur. De façon générale, votre accompagnement est organisé avec vous et vos proches si vous le désirez.

5- Vous garantir notre savoir-faire

Ecoute, sécurité, qualité des soins et des services : c'est l'affaire d'un personnel qualifié et régulièrement formé. Pour mieux vous accompagner, nous veillons à ce que tous les professionnels qui agissent autour de vous, aient le même niveau d'information vous concernant, dans le respect du secret médical.

La définition de la politique et des objectifs qualité sur une base annuelle a été établie en respect des directives données au directeur de l'établissement par l'instance Nationale MGEN. Le passage en revue de la politique et des objectifs qualité sera réalisé lors de la revue de direction programmée annuellement.

Notre engagement et notre démarche qualité intègrent le respect de la norme NFX 50 058. Nous sommes certifiés depuis 2009.



5.2.- Ecoute client

Les clients identifiés par l'établissement se distinguent en deux catégories.

‡ Les clients institutionnels dont les engagements sont définis dans la convention tripartite et les textes et règlements qui découlent de l'activité d'hébergement pour personne âgées dépendantes. L'écoute est assurée au quotidien par une veille juridique conduite localement et nationalement et par une réponse appropriée systématique aux demandes des différents acteurs du territoire.

‡ Les clients « résident » qui comprennent la personne accueillie et sa famille et pour lesquelles l'écoute client est assurée en amont du séjour dans l'établissement puis jusqu'à la sortie définitive de l'EHPHAD.

Des questionnaires de satisfaction et des fiches réclamations et suggestions permettent également d'être régulièrement à l'écoute du résident pour améliorer en continu nos prestations.

5.3.- Politique Qualité

La politique Qualité est définie en tenant compte du Projet Etablissement et des préconisations des instances officielles nationales qui définissent les orientations et les critères qualité à apprécier dans notre activité « EHPAD ».

Elle est revue annuellement et communiquée au personnel. Elle donne lieu à un affichage interne.

5.4.- Planification

5.4.1.- Objectifs

La Direction fixe les objectifs qualité, d'une façon générale qui sont principalement de respecter une grande rigueur dans la mise en place du système de gestion de management de la qualité et la gestion des tâches journalières.

- Avoir en nombre et en qualité, les effectifs suffisants pour garantir la bonne exécution des missions confiées et assurer le confort et le bien être des résidents.
- Assurer une formation aux intervenants en adéquation avec les besoins et les exigences du résident et de l'évolution des pratiques professionnelles dans le secteur médico-social.
- Obtenir un taux de satisfaction maximale de la part de nos résidents.

L'ensemble des objectifs qualité est défini lors de réunions formelles et informelles et lors des Revues de Direction, suivant les statistiques mises en place pour déceler les améliorations possibles.

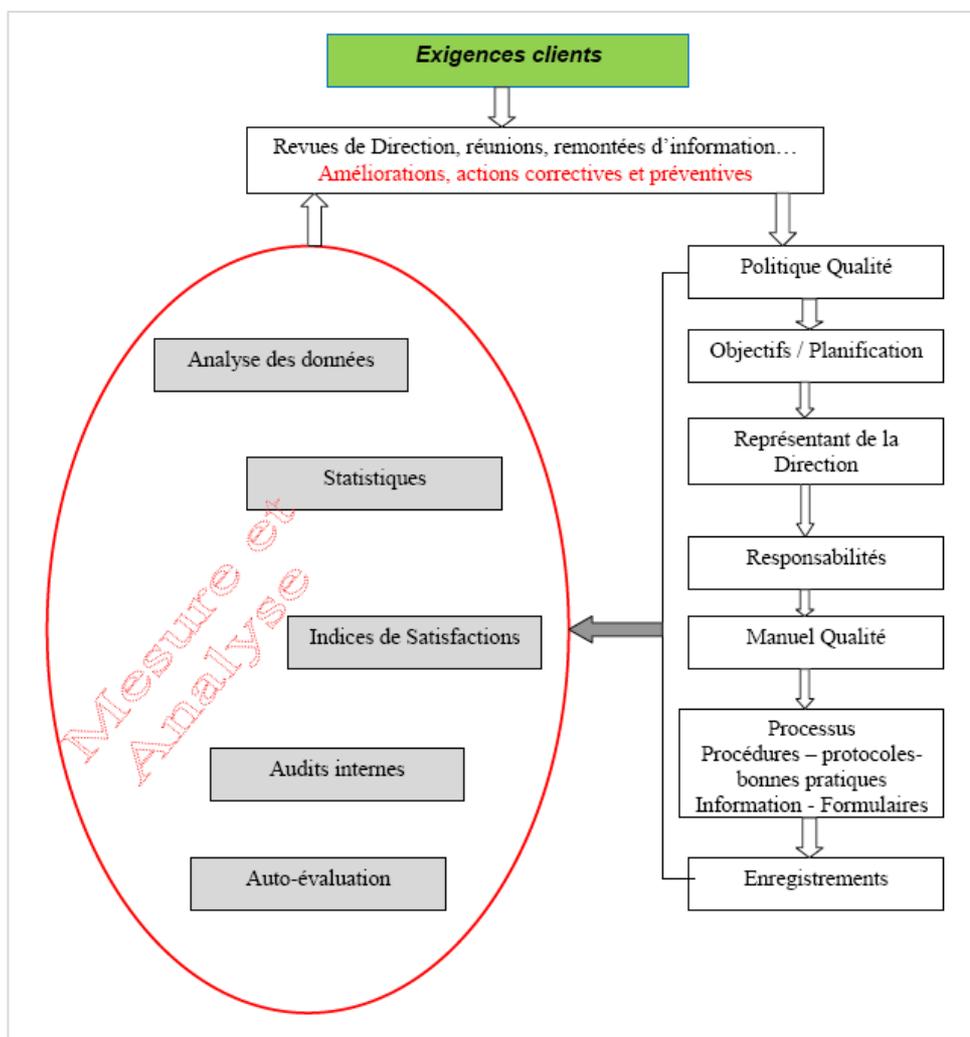
5.4.2 – Planification de la qualité :

La planification de la qualité est décidée et mise en place lors des Revues de Direction, des réunions et suite à tout élément survenu et nécessitant un plan d'amélioration de la Qualité.

Deux indicateurs qualité sont suivis dans l'établissement :

**-Le taux de satisfaction réalisé à travers l'étude des questionnaires annuels
-Le taux de fracture dans l'établissement, établi à partir des fiches de déclaration de chute et le nombre de fractures.**

D'autres indicateurs qualité sont développées en lien avec le siège MGEN. L'approche économique est également un enjeu important pour l'établissement et des tableaux de bord de pilotage stratégiques ont été mis en place en 2010. De nouveaux indicateurs seront définis avec nos tutelles au moment du renouvellement de notre convention tripartite.



5.5.- Responsabilité, autorité et communication

5.5.1 Responsabilité et autorité

Un organigramme fonctionnel est mise en place au sein de l'établissement et définit les niveaux de responsabilités au sein de l'établissement.

Concernant les activités de soins les responsabilités sont définies dans les fiches de poste et les textes de droit régissant l'activité de soin.

5.5.2.- Représentant de la Direction

Le cadre administratif assure la maîtrise du système documentaire et la bonne application de la politique et des objectifs qualité définis au niveau de la direction. Sur l'actualisation du système documentaire et le suivi opérationnel de la qualité la direction nomme un référent qualité dont les missions sont clairement définies.

Le référent qualité a l'autorité de la direction pour s'assurer que le Système de management de la qualité est défini, mis en œuvre et entretenu conformément aux exigences de la norme internationale ISO 9001 version 2008 et le référentiel NFX 50 058.

Il doit rendre compte du fonctionnement du Système Qualité à la direction afin de pouvoir en faire la revue et servir de base à l'amélioration du système qualité de l'EHPAD.

De même, il doit s'assurer de plus, que la sensibilisation aux exigences du client « institutionnel et résident » dans l'établissement est encouragée.

5.5.3.- Communication interne

La communication interne se fait lors des réunions formelles ou informelles, des revues de direction, de la diffusion des comptes rendus de réunions et d'une communication par messagerie électronique permanente. Des notes de service sont également diffusées sur toute l'année et les affichages sont actualisés.

Le processus communication est actualisé dès que nécessaire et les moyens dédiés mis en œuvre par la direction.

5.6.- Revue de direction

5.6.1 – Généralités

Afin de s'assurer de la pérennité du système Qualité nous organisons au minimum 1 fois par an une Revue de Direction à laquelle sont conviés les membres du comité de pilotage qualité ainsi que toute personne pouvant traiter d'un sujet mis à l'ordre du jour. Certaines revues ponctuelles peuvent être déclenchées à tout moment et ne traiter que certaines données d'entrées.

5.6.2 – Données d'entrée de la Revue de Direction

Ces revues dont le fonctionnement est décrit ci-après, comprennent la comparaison et l'évaluation des données d'entrée suivantes :

- a) résultat d'audits des divers éléments du Système
- b) les retours (*réclamations et la satisfaction*) d'information du client « institutionnel ou résident » et les traitements appropriés
- c) le fonctionnement des processus et les analyses de conformité des prestations
- d) L'état des actions correctives, préventives, et d'amélioration (examen des plans d'amélioration de la qualité)
- e) Suivi des actions issues de revues précédentes
- f) Modifications pouvant affecter le système de management de la qualité
- g) Examen du suivi de l'analyse des risques
- h) Besoins en formation (plan prévisionnel)

5.6.3 – Données de sortie de la Revue de Direction

Les données de sortie de la revue de direction comprennent l'état d'avancement ou la révision des plans d'action relatifs à :

- a) l'amélioration du système de management de la qualité
- b) aux besoins en ressources
- c) à la politique qualité et aux objectifs qualité puis détermine alors les Objectifs Qualité à atteindre pour la période suivante
- d) détermination et fixation des audits nécessaires au suivi du système
- e) des actions d'améliorations aux analyses de risques
- f) attribution des ressources humaines, financières ou d'investissements en lien avec le projet d'établissement et le contenu de la convention tripartite et des directives nationales de la MGEN.

Une procédure [PRO QUAL 06](#) reprend ces éléments.

6.- Management des ressources

6.1.- Mise à disposition des ressources

La Direction détermine les ressources nécessaires pour mettre en place et entretenir le système de management de la qualité :

- Nomination d'un responsable qualité / d'un référent Qualité
- investissements nécessaires,
- formation, qualification, compétence et sensibilisation du personnel,
- mise à disposition des informations nécessaires,
- mise à disposition d'un environnement de travail favorable à la qualité.

Le budget est préparé par la Direction à partir des éléments issus de la convention tripartite, du projet d'établissement et des directives nationales, puis présenté à au conseil d'administration pour validation.

Au cours de la revue de direction, l'adéquation des ressources est examinée. Il s'agit de vérifier qu'elles sont suffisantes pour le système de management de la qualité et la satisfaction des exigences des clients. Ces éléments sont portés à l'attention des instances MGEN Nationales qui arbitrent les choix stratégiques ayant des conséquences financières.

6.2 RESSOURCES HUMAINES

Comprenant la norme NFX 50 058 (6.2 Compétences requises liées aux fonctions - 6.2.1 Les compétences générales pour l'ensemble des fonctions - 6.2.2 Les compétences particulières liées aux fonctions)

6.2.1 généralités

Le personnel effectuant un travail ayant une incidence sur la conformité aux exigences relatives à nos activités doit être compétent sur la base de la formation initiale et professionnelle, du savoir-faire et de l'expérience. Cette exigence comprend les éléments de la norme NFX 50 058 concernant les compétences requises liées aux fonctions.

L'établissement :

- évalue les moyens en personnel en adéquation avec le projet de vie de l'établissement et négocie les ajustements nécessaires avec les autorités tarifaires parties prenantes de la démarche qualité dans sa globalité.
- Sélectionne le personnel en fonction de son aptitude à répondre aux critères requis pour sa fonction ;
- S'assure de la bonne compréhension des tâches à accomplir, des objectifs à atteindre et de leur incidence sur la qualité de service.
- Détermine avec le personnel des objectifs d'action privilégiant l'intérêt des résidents
- Evalue les besoins de formation du personnel au moins une fois par an et met en place les actions de formations adaptées.

6.2.2 compétence, sensibilisation et formation

L'EHPAD MGEN de Saint Cyr sur Mer

- a) détermine les compétences nécessaires pour le personnel effectuant un travail ayant une incidence sur la conformité aux exigences imposées à l'EHPAD ;
- b) de façon adaptée, pourvoit à la formation ou entreprend d'autres actions pour acquérir les compétences nécessaires;
- c) évalue l'efficacité des actions entreprises;
- d) assure que les membres de son personnel ont conscience de la pertinence et de l'importance de leurs activités et de la manière dont ils contribuent à la réalisation des objectifs qualité ;
- e) conserve les enregistrements appropriés concernant la formation initiale et professionnelle, le savoir-faire et l'expérience (voir 4.2.4).

Des fiches de postes sont établies et communiquées au personnel.

Elles sont accessibles dans les unités de travail dans des classeurs qui regroupent les fiches de poste de l'ensemble des fonctions de l'établissement. Les textes régissant les emplois, sont indiqués clairement sur les documents.

La convention collective FEHAP s'applique dans notre établissement ainsi que le règlement intérieur de la MGEN.

Des réunions d'information et des notes d'information permettent à l'ensemble du personnel d'avoir une information sur la constitution du plan de formation et sur le recensement de leurs besoins.

Les plans de formation, la traçabilité des formations et des réunions font parties des enregistrements qualité.

La qualité de service de l'établissement repose sur l'ensemble du personnel qui doit avoir la capacité de

- Accepter le projet institutionnel
- Participer au projet de vie de l'établissement
- Avoir une connaissance de l'offre de service de l'établissement
- Connaitre les particularités de la population accueillie
- Maîtriser les techniques liées à son activité et les textes réglementaires liés à la fonction.
- Assurer la traçabilité de son activité et participer à la transmission des informations pertinentes concernant la prise en charge globale du résident.
- Disposer du diplôme requis pour exercer sa fonction
- Savoir prendre des initiatives et des responsabilités en cohérence avec l'organisation préétablie et en rendre compte
- Etre force de proposition des les actions d'amélioration des services

6.3 INFRASTRUCTURE

L'EHPAD MGEN de Saint Cyr sur Mer détermine, fournit et entretient les infrastructures nécessaires pour obtenir la conformité aux prestations offertes aux résidents. Cette prise en compte des entretiens se matérialise par des audits commandés par les instances nationales sur les travaux et aménagements.

Les infrastructures comprennent :

- a) les bâtiments, les espaces de travail et les installations associées;
- b) les équipements (tant logiciels que matériels) associés aux activités ;
- c) les services support de communication ou système d'information

a) les bâtiments, les espaces de travail et les installations associées;

L'établissement est entièrement climatisé.

- Tous les locaux sont accessibles aux fauteuils roulants. Ils sont répartis en trois bâtiments reliés par des galeries vitrées dont les différents niveaux sont desservis par des ascenseurs : Les Mimosas (53 chambres sur 3 niveaux, ancienne Maison de Retraite), Les Oliviers (ancienne Unité de Soins de Longue Durée avec 86 chambres sur trois niveaux, salle d'ergo-kinésithérapie et restaurant) et L'Administration (bureaux, bibliothèque et salle des fêtes).

LOCAUX DE SOINS

- **Infirmieries:** Les 4 secteurs d'hébergement et de soins sont tous équipés d'une infirmerie.
- **Cabinets médicaux:** Chaque médecin dispose d'un bureau où il peut recevoir les résidents et les familles en entretien individuel.
- **Salle de soins externes :** Cette salle est mise à disposition des intervenants extérieurs : dentiste, dermatologue, autres médecins spécialistes, pédicure. Elle accueille également l'activité de l'esthéticienne.
- **Salle de kinésithérapie et de rééducation :** Cette salle comprend du matériel de kinésithérapie. Une partie de la salle est dédiée aux soins d'ergothérapie.

LOCAUX D'HEBERGEMENT

- **Chambres** : Les 139 chambres sont toutes individuelles et disposent d'un équipement sanitaire complet (lavabo, douche et toilettes). Elles sont réparties sur deux bâtiments : Les Mimosas (53) et Les Oliviers (86). 133 chambres disposent d'un accès sur l'extérieur, soit sur terrasse, soit sur balcon.
- **Cuisine** : La cuisine est réalisée sur place. Cette « cuisine centrale » dessert par l'intermédiaire de chariots mixtes de maintien en température (chaud-froid) les offices d'étage.
- **Salles à manger** : Une vaste salle de restaurant (300 m2) avec vue panoramique sur la baie des Lecques reçoit les résidents suffisamment autonomes pour pouvoir y accéder et prendre leurs repas sans aide. Pour les autres résidents, il existe au sein de chaque unité une salle à manger (dite « d'étage ») qui permet de réunir les résidents dépendants au moment du repas.
- **Offices** : Les 4 unités disposent d'un office qui sert à la préparation des petits déjeuners (distribués en chambre) et des goûters.
- **Salon de coiffure** : Une convention a été passée avec deux coiffeurs locaux. Le salon est ouvert un jour et demi par semaine.
- **Salon d'esthétique** : Une convention a été passée avec une esthéticienne locale. Elle exerce en salle de soins externes une demi-journée par semaine.
- **LOCAUX D'ANIMATION** :
- **Salle des fêtes** : La salle Antoine Taurand (155 m2) permet la présentation de spectacles, l'organisation de rencontres et de grandes réunions. Elle est équipée d'une sonorisation et d'un vidéo-projecteur à grand écran.
- **Bibliothèque** : La bibliothèque (52 m2), tenue par des résidents, est équipée de rayonnages supportant des ouvrages très variés. Cette pièce est également utilisée pour des conférences ou l'activité d'écoute musicale en groupes réduits (15 à 20 personnes).
- **Boutique** : La boutique (7 m2), placée sous la responsabilité de l'animatrice, permet aux résidents d'effectuer sur place de petits achats nécessaires à la vie courante (eaux de source ou minérales, produits de toilette, douceurs...). Jouxant le salon de coiffure, elle est régulièrement ouverte une demi-journée par semaine.
- **Salles à manger d'étage** : Les salles à manger d'étage, équipées d'un téléviseur et d'une chaîne haute-fidélité, sont également des lieux de convivialité qui permettent le déroulement de petites animations entre les temps de repas

Pour gérer quotidiennement l'ensemble de ses infrastructures, un service logistique assure les travaux d'entretien. Des fiches demande d'intervention sont venues remplacer les cahiers entretien et permettent ainsi une traçabilité de l'intervention des agents logistiques et un délai de réponse compris entre 48H et 72H selon la planification des entretiens journaliers.

b) les équipements (tant logiciels que matériels) associés aux activités ;

Des accords nationaux sont établis concernant les actualisations des logiciels standardisés et le matériel informatique sur l'ensemble des établissements MGEN. Les logiciels utilisés sont :

- GERIA (dossier informatisé patient)
- MAMY (dossier informatisé administratif suivi des résidents)
- HESTIA (logiciel restaurant résident)
- QUALIAC : logiciel de comptabilité
- PECULE : logiciel pour la gestion des fonds des résidents
- HR ACCESS : logiciel RH

L'application MAMY est en lien avec GERIA, HESTIA qui permet le suivi financier et le suivi de la prise en charge des résidents.

c) les services support de communication ou système d'information

l'EHPAD bénéficie du portail MGEN (intranet) avec l'information continue sur les actualités de la MGEN. Concernant le volet Ressources humaines, une base de données HR PRO fournit tous les renseignements RH et l'Info Hebdo diffuse toutes les circulaires.

6.4 ENVIRONNEMENT DE TRAVAIL

L'établissement détermine et gère l'environnement de travail nécessaire pour obtenir la conformité aux prestations proposées. Un plan de contrôle des installations est défini annuellement. (QUAL 303)

Les conditions physiques, environnementales et d'autres facteurs (comme le bruit, la température, l'humidité, l'éclairage ou les conditions climatiques) sont prises en compte dans la mise en place des actions d'amélioration.

7 - REALISATION DE LA PRESTATION

Comprenant la norme NFX 50 058 (4 Les fondements du service - 4.1 Cadre éthique - 4.2 Principes généraux de la qualité du service -

L'établissement respecte les fondamentaux du service définis dans la norme NFX 50 058.

Le cadre éthique vise essentiellement à l'affirmation des droits fondamentaux des personnes accueillies et à l'engagement de les respecter, notamment grâce à l'information et à la sensibilisation des personnes âgées, de leur entourage mais également des acteurs professionnels intervenant dans l'établissement.

La charte de la personne accueillie est affichée dans l'établissement. Elle est remise au résident dès la constitution de son dossier administratif dans l'établissement.

Notre EHPAD permet au résident de recréer un « Chez soi » en mettant à sa disposition un espace privatif personnalisé, respectant sa vie privée, ses libertés individuelles, sa sécurité et celle de ses biens personnels ainsi qu'un environnement lui permettant de maintenir et développer son autonomie.

L'établissement garantit à chaque résident, le respect de ses droits fondamentaux :

- l'expression et le recueil de son consentement éclairé et libre pour entrer en établissement,
- le droit d'être reconnu apte à prendre des décisions en son nom propre (sauf en cas de protection juridique)
- le respect de sa liberté de se faire accompagner par un membre de son entourage pour être conseillé, notamment au moment de prendre les décisions qu'imposent sa situation. L'établissement doit éviter de conférer à ce tiers une fonction de « tuteur de fait ».
- L'aide dans l'expression de ses désirs et de son projet de vie.
- La prise en compte de l'évolution de sa situation et de ses demandes éventuelles d'adaptation du service dans la limite des prestations offertes par l'établissement ;
- L'accès aux soins médicaux et paramédicaux nécessaires à son bien être ;
- Le respect et la prise en compte de son mode de vie ; de sa culture, de ses convictions (religieuses, politiques, philosophiques, etc...) de ses liens familiaux et amicaux au sein de la vie collective
- Sa liberté d'opinion et d'expression, dans les limites imposées par la réglementation ;
- La liberté d'entretenir et de nouer à son gré des relations familiales, sociales et amicales ;
- La liberté de se déplacer et de participer à la vie sociale et culturelle, dans l'établissement et à l'extérieur ;
- La libre disposition de ses ressources et biens personnels (excepté pour les personnes faisant l'objet de protection juridique)

Toute personne âgée doit pouvoir profiter de l'autonomie permise par ses capacités physiques et mentales tout en l'informant des risques que ses choix peuvent lui faire encourir. L'établissement s'engage à informer la personne âgée de ces risques et au besoin de prévenir son entourage. L'établissement s'engage sur l'intervention désintéressée des personnels.

Les principes généraux de la qualité de service sont issus de la norme NFX 50 058 :

- Une qualité relationnelle fondée sur l'amabilité, le respect, la courtoisie, la convivialité, la discrétion et la disponibilité,
- La continuité du service
- La compétence du personnel
- La formalisation d'un ensemble de projets et plan d'action.
- La coopération et la coordination avec divers partenaires au sein de réseau.

7.1 PLANIFICATION DE LA REALISATION

Comprenant la norme NFX 50 058 (4 Les fondements du service - 4.2.1 Le projet institutionnel - 4.2.2 Le projet de vie de l'établissement - 4.2.3 Le projet de vie personnalisé - 4.2.4 Modes d'action appropriés)

Le projet institutionnel de la MGEN définit le cadre de références philosophiques, morales et humaines qui inspire les missions et choix stratégiques de l'établissement. Ce projet intègre les besoins et souhaits des résidents et répond aux attentes de l'environnement et des partenaires.

Le projet institutionnel est régulièrement évalué et révisé de manière à être cohérent avec les exigences qualité. Cette démarche permet de définir :

- a) les objectifs qualité et les exigences relatives aux prestations proposées ;
- b) la nécessité de mettre en place des processus, d'établir des documents et d'affecter les ressources
- c) de définir les activités requises de vérification, validation, surveillance, mesure, contrôle
- d) les enregistrements nécessaires pour apporter la preuve que les processus de réalisation satisfont aux exigences (voir 4.2.4).

Le projet d'établissement est l'enregistrement qualité qui matérialise la planification des actions sur 5 ans. L'établissement définit et met en place les moyens humains, matériels et organisationnels nécessaires à la sécurisation, à l'accompagnement et aux soins des personnes âgées.

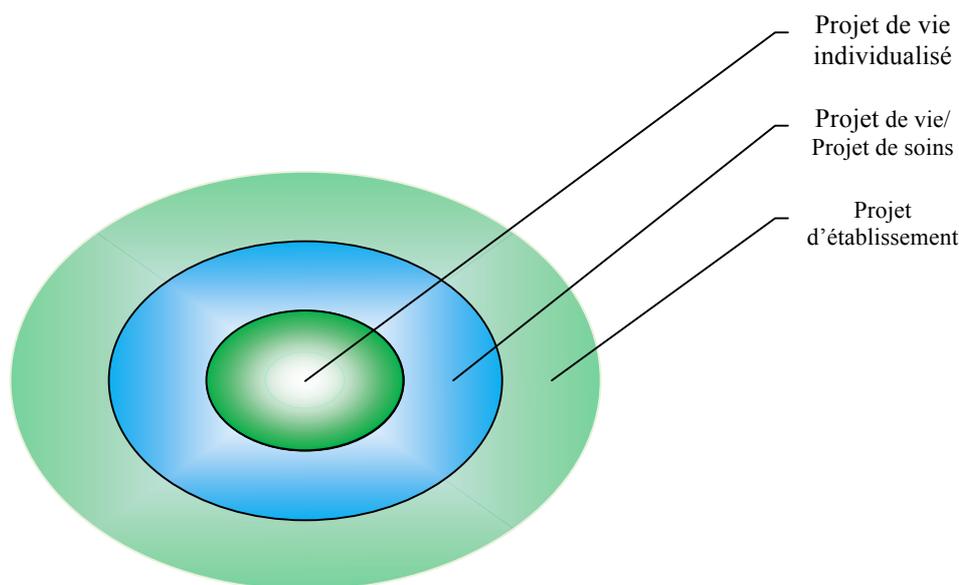
Le projet de vie de l'établissement est une démarche interne à l'établissement qui implique l'ensemble des partenaires. Il découle des orientations du projet institutionnel et met en place des dispositifs d'action concernant notamment le cadre éthique, l'expression des résidents, les relations avec son entourage, l'intégration dans la vie locale, la gestion des ressources humaines, l'organisation de la vie quotidienne et le cadre architectural. Le projet de vie est régulièrement évalué et révisé.

☞ **Sa déclinaison opérationnelle est traduite :**

- Dans toutes les composantes de la vie des résidents telles qu'ils pouvaient les décliner à leur domicile
- Dans les relations entre résidents, entre résidents et le personnel, entre résidents et les personnes extérieures à l'établissement (famille, bénévoles, intervenants,...)
- Dans la mise en œuvre de la citoyenneté
- Dans les activités internes et externes, notamment celles ayant trait à la vie quotidienne et à l'animation.

☞ **Les modalités** selon lesquelles l'établissement peut assurer les soins (projet de soins) requis par l'état de santé et le niveau d'autonomie des résidents s'intègrent dans le projet de vie du résident. Le projet de soin prend en considération tant la prévention de la perte d'autonomie ou de son aggravation, que les affections les plus fréquentes chez les résidents :

- La prévention des chutes
- Les escarres
- La perte de mobilité
- L'altération des fonctions cognitives
- La prise en charge de la douleur
- La prise en charge de l'incontinence
- Les situations de fin de vie.



Le projet de vie personnalisé de chaque résident est établi quant à lui dès la phase de pré-admission. Ce projet tient compte du passé, du présent et anticipe le futur quel qu'il soit jusqu'à la mort. Il intègre également la possibilité d'un départ volontaire.

Il s'appuie sur l'expression des attentes, des craintes, des désirs et des goûts de chaque personne et prend en compte les besoins physiques, psychiques, sociaux et les désirs affectifs, relationnels et spirituels. Le projet de vie est établi en concertation avec le résident et/ou avec la famille. Il est évalué et ajusté régulièrement, au minimum une fois par an ; il comprend également le plan de soins et d'aide personnalisé qui est une déclinaison à l'échelle individuelle du projet de soins. Le plan de soin et d'aide est évalué et ajusté régulièrement.

Plusieurs enregistrements qualité matérialisent la prise en charge individualisée du résident :

- Dossier d'admission – histoire de Vie (Réf : [RESD 004.1](#)) – optionnel
- Dossier pré-admission – dossier Médical (Réf : [RESD 008.1](#))
- Dossier des soins individualisés – dossier Médical (Réf : [RESD 011](#))
- Fiche consommateur - (Réf : [RESD 013](#))
- Projet de vie Individualisé du résident – animation et qualité de vie (Réf : [RESD 018](#))
- Projet de vie Individualisé du résident (Réf : [RESD 011.19](#))
- Etat des lieux contradictoire ([Réf : RESD 016](#))
- Formulaire désignation de la personne de confiance ([RESD 029](#))
- Formulaire actualisation des coordonnées ([RESD 029.2](#))
- Formulaire information et consentement ([RESD 029.3](#) – [RESD 029.4](#))

Les grandes étapes de la prise en charge du résident

L'ACCUEIL DU FUTUR RESIDENT DANS UNE CONTINUITE DE PRISE EN CHARGE

L'accueil du résident constitue un élément déterminant dans lequel l'ensemble de l'équipe doit jouer un rôle fondamental. Ce rôle est plus primordial car l'accueil du résident traduit ce passage du domicile à l'institution et le degré d'intensité d'une réelle rupture tant physique, géographique que psychologique pour le sujet âgé.

La perte de tous ces repères sont souvent facteurs de perturbations physiques (malaises/chutes, ulcères, incontinence, perte de l'appétit, etc.), de perturbations psychiques (détérioration mentale, grabatisation, infantilisation, isolement, etc.) qui fragilisent la personne âgée et la rendent encore plus vulnérable à l'apparition de pathologies diverses.

Les lieux d'accueil expriment clairement le sens et l'importance donnés par l'institution à cette fonction. Si l'entrée du nouveau résident a été correctement prévue, organisée, pensée, l'accueil du premier jour devrait s'effectuer dans une angoisse moindre et l'intégration du sujet à la vie de l'établissement aurait plus de chance de réussite.

L'ensemble de la procédure d'accueil (le temps passé auprès des familles et du futur résident, les différentes mises au point, le recueil des informations : contrat de séjour, livret d'accueil, règlement intérieur...) contribue à la clarification de la situation et évite les malentendus dès l'entrée en Institution. Il ne sera que plus facile d'aborder toutes les questions qui se poseront à l'avenir. Telles sont les conditions pour un accueil réussi, mais aussi pour une séparation réussie.

L'ACCUEIL DU FUTUR RESIDENT

objectif	Proposition de prise en charge	Documents formalisés ou prise en charge en prévision
Pré-admission	La remise d'informations est dispensée 24h/24 par le personnel présent par l'intermédiaire du livret d'accueil et la notice de renseignement	Procédures accueil
Qualité du 1er contact	<p>Prise de contact assurée par l'administration</p> <ul style="list-style-type: none"> - par téléphone - à l'accueil <p>Information sur le demandeur</p> <ul style="list-style-type: none"> - administratives et médicales <p>Information sur l'Etablissement</p> <ul style="list-style-type: none"> - services proposés - prix de journée, frais de séjour - hébergement proposé - pathologies prises en charge - proposition de rendez-vous avec : direction, médecin, infirmière - Proposer une pré-inscription 	
Suivi des pré inscriptions	<p>Inscription sur la liste d'attente (gestion des priorités)</p> <p>Récupération du dossier médical (pathologies, degré d'autonomie, comportement)</p> <p>Administratif : Ressources, Assurance, Trousseau</p>	<p>Livret d'accueil</p> <p>Contrat de séjour</p> <p>Liste d'objets personnels</p>
Validation de la pertinence de l'Etablissement par rapport aux besoins du futur résident	<p>Réflexion sur la possibilité de rencontrer la personne âgée dans l'institution avant l'inscription sur la liste d'attente (lorsque le projet d'entrer en EHPAD existe)</p> <p>Objectifs de cette rencontre : établir un premier contact, s'imprégner de l'environnement et des habitudes de vie du futur résident, de son histoire ; présenter l'EHPAD, ses avantages et ses contraintes aussi afin de générer de la confiance et faire en sorte que ce premier contact préfigure la relation future en institution.</p>	

Validation de l'inscription	La personne s'inscrit et son inscription est maintenue dans la liste d'attente	Tableau de suivi
Visite préalable chaque fois que cela est possible	Inviter chaque fois les résidents et les familles à venir visiter l'EHPAD afin de se familiariser avec les locaux, avec le personnel et comprendre mieux le règlement intérieur et le contrat de séjour	
Respect du droit aux choix	Vérifier l'adhésion du futur résident à son admission en EHPAD. Signature du contrat de séjour par le résident, s'il en a la capacité	Signature du contrat par le résident ou par une personne habilitée.
Un accueil préparé	Rencontrer, chaque fois qu'il est possible, le résident, hors la présence de sa famille (rencontre avec le Directeur ou son représentant)	Identification du Directeur et du médecin coordonnateur
Une démarche d'accueil formalisée	Un rendez-vous effectif avec le résident et/ou sa famille Avec le médecin de l'établissement afin de réactualiser le dossier médical	
Préparer la structure et l'équipe à l'accueil du futur résident	Le jour et l'heure d'arrivée seront définis à l'avance Pas d'admission le week-end La chambre est prête lors de l'arrivée du résident Lit - chevet - placard - fauteuil - table + petit mobilier apporté par le résident	Etat des lieux technique Etat des lieux d'entrée
Formaliser l'arrivée du résident	Dès l'arrivée du futur résident l'administration informe l'infirmière, l'aide soignante ou l'ASH qui prend le relais et accompagnera la personne âgée à sa chambre Un temps d'installation est laissé au résident et à sa famille, puis l'accueillant donne un rappel des informations pratiques - sonnette, heure des repas, situation de la salle à manger - goûter + boisson au résident et à sa famille Toute nouvelle entrée amène la présentation progressive des professionnels de l'Institution	Prise en charge par référent résident TABLEAU annonçant les entrées et les sorties à l'accueil et affichage unité

Développer la collaboration avec les familles et les proches du résident

- Optimiser le 1er contact avec la famille
 - impliquer les familles dans la démarche d'accueil
 - préparation de la chambre
 - petit mobilier, objets personnels
 - évoquer la notion de contrat avec la famille
- Solliciter la famille et les proches à venir dans l'établissement
- Encourager les sorties en famille selon les possibilités

LA PERSONNE AGEE DANS L'INSTITUTION

Les comportements et attitudes professionnels sont conformes à la Charte des Droits des Personnes Agées en institution ainsi qu'à la déontologie et à la philosophie du travail mené auprès des résidents.

L'établissement est respectueux des droits des personnes accueillies. Il devient le domicile du résident et la personne âgée doit pouvoir y vivre avec ses désirs, ses goûts et ses habitudes.

L'ensemble du personnel est attentif à ces valeurs.

Les goûts sont respectés : goûts alimentaires et goûts vestimentaires, loisirs

Les habitudes sont respectées : Habitudes de vie, rythmes de vie (veille, sommeil, repas), Habitudes sociales.

Les désirs sont respectés : Les souhaits de la personne, Ce qu'elle veut et ne veut pas, Comment les susciter ? Comment y répondre ?

Même si, lors de son admission en EHPAD, les réalités de la vie collective lui imposent certaines règles, le résident doit trouver un espace physique et social lui permettant de continuer sa vie et la réalisation de ses projets, aussi simples soient-ils.

L'EHPAD doit permettre, le moment venu, l'accompagnement à la fin de vie. Jusqu'à la fin de sa vie, l'être humain est un être en devenir et l'Institution doit lui permettre de devenir ce qu'il souhaite être.

En effet, si l'on considère la personne comme un être en devenir, on ne doit pas oublier la « finitude » de la vie humaine. Il faut que chacun soit capable de parler de la mort de façon à pouvoir accompagner la vie jusqu'à la fin.

Objectif

Considérer la personne âgée comme un sujet ayant des besoins, des désirs, des projets, des responsabilités

Proposition de prise en charge

- Etre vigilant à respecter la vie privée et l'intimité du résident
- Utiliser systématiquement le vouvoiement.
- Eviter les termes / les actes qui infantilisent le résident.

Documents formalisés ou prise en charge

Accueillir et prendre en charge la personne dans sa globalité

Analyse des pratiques

Adapter une approche conviviale et professionnelle afin d'éviter les confusions.

Importance de la démarche d'accueil

Recueil des données sur les habitudes de vie.

Repérer les besoins, les attentes, les désirs.

Permanence du questionnement sur le bien-être physique et moral du résident

L'entrée en institution devra être le moins traumatisant possible

Donner une place importante à la parole du résident

Charte des droits des personnes âgées en institution

L'espace privatif : la chambre

Le respect de la personne

Respect de la citoyenneté de la personne

Respecter le choix de faire ou de ne pas faire

Maintenir les liens familiaux et sociaux

Projet individualisé adapté (autonomie, dépendance, déficiences mentales

Mener une réflexion qui nous amène à proposer une prise en charge en fonction de la situation des résidents

Formation

- relation d'aide

. autonomie, dépendance, soins, démences

- Projet des personnes atteintes de démence

Le rapport au résident se fait en fonction des droits et des devoirs réciproques

Faire connaître et afficher la charte des droits des personnes âgées hébergées en institution

Charte

- règlement de fonctionnement

Elaboration des règles de vie communes dans l'établissement

- contrat de séjour

L'établissement met en place les moyens humains, matériels et organisationnels nécessaires à la sécurisation, à l'accompagnement et aux soins des personnes âgées souffrant d'incapacité altérant leur état physique ou leurs facultés intellectuelles.

Les ajustements des moyens se fait à partir des prescriptions du médecin traitant et des préconisations du plan d'aide et de soins élaboré par les équipes pluridisciplinaires, en concertation étroite avec le résident et son entourage.

7.2 PROCESSUS RELATIFS AU CLIENT

Comprenant la norme NFX 50 058 (5 Les engagements de service - 5.1 Accueil et admission - 5.1.1 Accueil - 5.1.2 Information préalable - 5.1.3 Inscription sur liste d'attente - 5.1.4 Admission - 5.1.5 Phase d'adaptation et d'intégration - 5.2 L'environnement et le cadre de vie - 5.3 Prendre soin - 5.3.3 Maintien et développement de l'autonomie 5.3.4 Soins - 5.4 La restauration - 5.5 La vie sociale - 5.6 Hébergement temporaire- 5.7 Départ de l'établissement)

L'établissement détermine dans ses modalités de prise en charge du résident :

- a) les exigences spécifiées par le client (résident, institutionnels, convention tripartite)
- b) les exigences non formulées par le client mais nécessaires pour une prise en charge de qualité
- c) les exigences légales et réglementaires applicables (procédures légales, mesures de protections particulières,...)

L'établissement respecte ses engagements de service à toutes les étapes importantes de la prise en charge du résident dans l'établissement, notamment au moment de :

-  L'accueil et l'admission
-  L'information préalable
-  L'inscription sur liste d'attente
-  L'admission
-  La phase d'adaptation et d'intégration
-  Prendre soin
-  Du maintien et développement de l'autonomie
-  La réalisation des soins
-  L'organisation de la restauration et des services logistiques
-  La vie sociale
-  L'hébergement temporaire
-  Du départ de l'établissement.

L'établissement assure l'entretien de l'environnement et du cadre de vie permettant de favoriser une qualité de vie dans l'établissement.

Différents enregistrements qualité matérialisent ses étapes et les engagements associés.

Une grille de contrôle [RESD_004](#) – reprend les éléments de mesure des étapes de la prise en charge du résident.

Les informations portées à l'attention du résident sont actualisées dès que nécessaire et offrent des informations relatives aux prestations de l'établissement et précisent les modalités de contractualisation et de prise en charge au sein de l'établissement.

Le logiciel MAMY regroupe l'ensemble des informations administratives des résidents présents dans l'établissement.

Le logiciel GERIA regroupe l'ensemble des informations médicales des résidents présents dans l'établissement.

Le logiciel HESTIA regroupe l'ensemble des informations « consommateur/restaurant » des résidents présents dans l'établissement avec les dispositifs particuliers des régimes alimentaires.

Au moment de l'admission, le personnel dédié assure la prise en charge du nouvel entrant : c'est le référent résident.

Sa mission principale est de :

- Faciliter l'intégration du résident dans son nouveau lieu de vie
- Etre l'interlocuteur privilégié du résident et de sa famille tout au long de séjour

Un livret d'accueil (Réf : [RES 017](#)) reprend la procédure à suivre et comprend une lettre d'information qui est remis le jour de l'arrivée ainsi qu'une check-list de suivi.

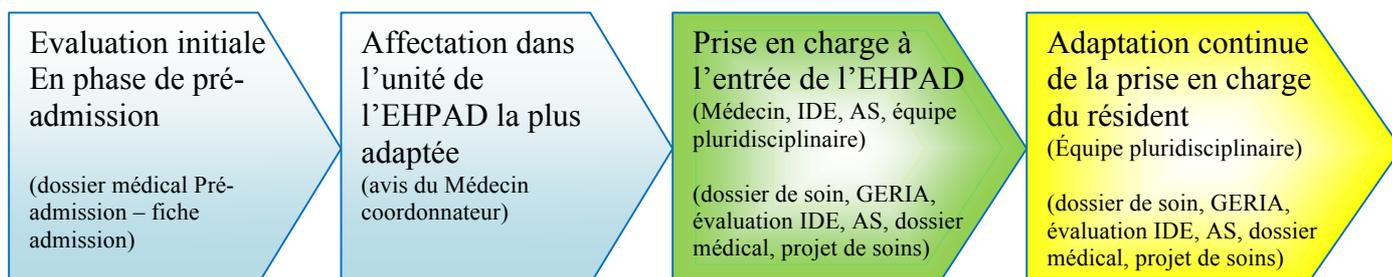
La procédure [PRO QUAL 010](#) – l'accueil du résident - les missions du référent résident définit l'organisation mise en œuvre.

Le référent qualité vérifie l'application des engagements qualité.

Une check-list permet de reprendre les informations utiles à la prise en charge du résident. Elle a été revue en Mai 2010.

Le résident dispose d'une période d'essai d'un mois, qui lui permet de quitter l'établissement sans pénalité financière avec un règlement au prorata temporis des frais de séjour.

Le prendre soin, le maintien de l'autonomie, et la réalisation des soins s'apprécient à différentes étapes qui peuvent être représentées ainsi :



 **La première étape est l'évaluation initiale** qui permet de faire une évaluation de l'état physique, psychique et de la situation sociale du résident. Cette étape est essentielle pour apporter une réponse adaptée et personnalisée. Elle permet de vérifier l'adéquation entre la demande et les besoins exprimés du résident et/ou sa famille en tenant compte de l'état de maladies chroniques évolutives et les possibilités de l'établissement. Une information et une orientation vers d'autres structures plus adaptées peuvent également être envisagées à cette étape. Le consentement libre et éclairé de la personne est apprécié en fonction de l'état du résident. Une information adaptée est répétée au résident et/ou à sa famille (ou représentant légal).

 **La deuxième étape est l'affectation d'une chambre dans l'unité adaptée**

Le médecin coordonnateur s'assure de la disponibilité d'une chambre dans l'unité des Oliviers ou des Mimosas en fonction de l'évaluation du résident. Le service logistique assure régulièrement les travaux nécessaires pour garantir les prestations d'hébergement conformes aux engagements annoncés. Le secrétariat des résidents informe le demandeur de l'avis positif et des dates de possibilité d'accueil dans l'établissement. Le secrétariat des résidents et le secrétariat médical sont en charge des formalités administratives de prise en charge du résident.



La troisième étape est la prise en charge du résident dans l'établissement

L'ensemble du personnel s'implique dans le processus de prise en charge tant sur les fonctions logistiques (lingerie, restauration, hygiène,...) que sur les fonctions soins et prendre soins (gestion médicament, soins, toilette, adaptation de l'environnement de vie) dans le respect et la dignité de la personne accueillie (prise en compte des habitudes de vie, des goûts alimentaires et régimes particuliers, et du projet de vie dans l'établissement).



La quatrième étape est l'adaptation de la prise en charge du résident dans l'établissement

Les réunions pluridisciplinaires contribuent à l'actualisation de la prise en charge du résident en tenant compte du projet de vie du résident dans l'établissement et de ses dernières volontés.

A la rédaction de ce manuel qualité, certains résidents ont entre 10 et 20 ans d'ancienneté dans l'établissement.

7.4 ACHATS

7.4.1 Processus d'achat

L'EHPAD s'assure que les produits achetés et prestations sont conformes aux exigences d'achat spécifiées. Le type et l'étendue de la maîtrise appliquée au fournisseur et au produit acheté dépendent de l'incidence du produit/prestation acheté sur la prestation de l'établissement.

L'EHPAD évalue et sélectionne les fournisseurs en fonction de leur aptitude à fournir un produit/prestation conforme aux exigences de l'établissement. Les critères de sélection, d'évaluation et de réévaluation sont établis en fonction des achats.

La majorité des achats (produits et prestations) se font auprès de fournisseurs référencés par la MGEN. Le service Achat de la MGEN veille à ce que les fournisseurs offrent des produits et prestations conformes aux exigences spécifiques du secteur.

Les enregistrements des résultats des évaluations et de toutes les actions nécessaires résultant de l'évaluation sont conservées (voir 4.2.4).

7.4.2 Informations relatives aux achats

Les informations relatives aux achats décrivent le produit à acheter, y compris, selon le cas,

- a) les exigences pour l'approbation du produit/prestation, des procédures et des équipements;
- b) les exigences pour la qualification du personnel;
- c) les exigences relatives au système de management de la qualité.

7.4.3 Vérification du produit acheté

L'établissement établit et met en œuvre le contrôle ou autres activités nécessaires pour assurer que le produit/prestation acheté satisfait aux exigences d'achat spécifiées.

7.5 PRODUCTION ET PREPARATION DES PRESTATIONS

L'établissement planifie et réalise ses prestations dans des conditions maîtrisées. Ces conditions comprennent, selon le cas,

- a) la disponibilité des informations décrivant les caractéristiques des prestations (livret d'accueil, projet de vie de l'établissement, règlement de fonctionnement, ...)

- b) la disponibilité des instructions de travail nécessaires (procédures, protocoles, guides de bonnes pratiques) ;
- c) l'utilisation des équipements appropriés;
- d) la disponibilité et l'utilisation d'équipements de surveillance et de mesure ;
- e) la mise en œuvre des activités de surveillance et de mesure;

La traçabilité des actes est une exigence, et l'établissement maîtrise et conserve les enregistrements obligatoires et utiles au bon fonctionnement de l'EHPAD (voir 4.2.4).

L'établissement prend soin de la propriété du client lorsqu'elle se trouve sous son contrôle ou qu'il l'utilise. La propriété du client peut comprendre la propriété matérielle (meubles, argent, papiers,..) et les données personnelles (dossier de soins infirmiers, données confidentielles, dernières volontés..)

8 - MESURES ANALYSE ET AMELIORATION

8.1- Généralité

L'établissement MGEN de Saint Cyr sur Mer, organise et planifie les processus de surveillance, de mesure, d'analyse et d'amélioration nécessaires pour

- a) démontrer la conformité aux exigences relatives des prestations offertes;
- b) assurer la conformité du système de management de la qualité par rapport aux référentiels qualité ;
- c) améliorer en permanence l'efficacité du système de management de la qualité.

8.2 SURVEILLANCE ET MESURES

Comprenant la norme NFX 50 058 (7 Mesure et amélioration continue de la qualité de service - 7.1 Recueil et traitement des réclamations - 7.2.2 Questionnaire de satisfaction)

8.2.1 satisfaction du client

L'établissement MGEN de Saint Cyr sur Mer, évalue la satisfaction des résidents depuis plusieurs années en répondant aux différents référentiels qualité qui ont été suivis (Angélique, UNMPAPH, ISO 9001 version 2008, NFX 50 058).

L'évaluation de la satisfaction se traduit par une enquête annuelle de satisfaction ([QUAL 013](#)). Les résultats de cette enquête sont analysés et présentés aux membres du Conseil de la Vie Sociale et permettent ainsi de participer à la planification d'actions d'amélioration en tenant compte de la perception des usagers et des contraintes de l'établissement.

Une enquête à 8 jours est réalisée systématiquement depuis Mai 2008 afin de répondre aux exigences du référentiel UNMPAPH ([RESO 030.1](#)).

Une enquête sur les hébergements temporaires ([QUAL 013.1](#)) a également été mise en place en 2008.

La procédure [QUAL 08](#) précise l'organisation de la mesure de la satisfaction et les supports utilisés.

Le référent qualité assure l'exploitation de ces enquêtes et la restitution auprès de l'ensemble des parties intéressées. Les résultats sont exploités en réunion de direction et en Conseil de la Vie sociale. Les actions correctives et préventives sont mis en œuvre dès que nécessaire.

Le recueil et le traitement des réclamations est également assuré au sein de l'établissement et un cahier de réclamations est à la disposition des résidents à l'accueil de l'établissement.

Une procédure qualité définit les modalités de prise en charge des réclamations et suggestions

([PRO QUAL 007](#)).

Tous les moyens d'appréciation de la qualité sont mis en œuvre notamment à l'occasion des réunions dans les unités de travail, les entretiens d'évaluation, le conseil de la vie sociale,

8.2.2 Audit interne et Grilles d'auto-évaluation

L'établissement mène des audits internes sous la forme de grilles d'évaluation validées par la profession et les bonnes pratiques de l'ANESM.

Ces audits permettent de vérifier :

- a) la conformité aux exigences du système de management de la qualité établies (NFX 50 058)
- b) que le système de management de la qualité est mis en œuvre et entretenu de manière efficace.

Les enregistrements des audits et de leurs résultats sont conservés (voir 4.2.4).

Depuis 2007, la grille d'évaluation UNMPAPH est utilisée.

En 2009 c'est la grille d'évaluation GERIAPA qui intègre le référentiel UNMPAPH et la norme NFX 50 058 qui est appliquée dans l'établissement.

La grille audit dossiers de soin a été actualisée en 2008. [La méthodologie QUAL - 001](#) définit le cadre de ces audits.

8.2.3 surveillance et mesure des processus et 8.2.4 surveillance et mesure des prestations

L'organisation documentaire et l'organisation fonctionnelle permettent d'identifier les étapes et les moyens de suivi associés dans la prise en charge des résidents.

Des réunions de direction, des comités de pilotage qualité, des réunions pluridisciplinaires, les remontées d'information terrain, des contrôles, des audits, offrent les possibilités de suivre et de mesurer l'efficacité des processus et les respects des engagements qualité.

8.3 MAITRISE DU PRODUIT NON CONFORME 8.4 ANALYSE DES DONNEES

L'établissement recherche en permanence les solutions visant à améliorer le service.

Les dysfonctionnements détectés à partir du traitement des réclamations, des entretiens d'évaluation et des remontées d'informations sont enregistrés, analysés et donnent lieu à des actions correctives appropriées. Les actions correctives prennent en compte la nature du problème rencontré, son importance et ses conséquences.

Les enregistrements se font à partir de comptes rendus de réunion qui indiquent la nature du dysfonctionnement et le moyen mis en œuvre pour corriger le dysfonctionnement. Ils se font également à partir de fiches de non-conformité de fiches actions correctives et préventives. (Voir les procédures QUAL 04 et 05)

D'autres sources pertinentes sont également pris en compte pour maîtriser les non conformités et l'analyse des données notamment à travers d'informations sur

- a) la satisfaction du client (voir 8.2.1);
- b) la conformité aux exigences relatives aux prestations (voir 8.2.4);
- c) les caractéristiques et les évolutions des processus et des prestations, y compris les opportunités d'action préventive (voir 8.2.3 et 8.2.4);
- d) les fournisseurs (voir 7.4).

8.5 AMELIORATION

8.5.1 amélioration continue

L'établissement s'est engagé dans une démarche d'amélioration continue en utilisant la politique qualité, les objectifs qualité, les résultats d'audits et d'évaluation (internes, externes), l'analyse des données, les actions correctives et préventives ainsi que la revue de direction.



8.5.2 actions correctives & actions préventives

Comprenant la norme NFX 50 058 (7.3 Mise en place d'actions correctives et préventives)

L'établissement mène des actions pour éliminer les causes de non-conformités afin d'éviter qu'elles se reproduisent. Les actions correctives doivent être adaptées aux effets des non-conformités rencontrées.

Une procédure documentée permet de

- a) procéder à la revue des non-conformités (y compris les réclamations du client);
- b) déterminer les causes de non-conformités;
- c) évaluer le besoin d'entreprendre des actions pour que les non-conformités ne se reproduisent pas;
- d) déterminer et mettre en œuvre les actions nécessaires;
- e) enregistrer les résultats des actions mises en œuvre (voir 4.2.4);
- f) évaluer l'efficacité des actions correctives mises en œuvre.

8.5.3 Actions préventives

L'établissement détermine les actions permettant d'éliminer les causes de non-conformités potentielles afin d'éviter qu'elles ne surviennent. Les actions préventives doivent être adaptées aux effets des problèmes potentiels.

Une procédure documentée est établie afin de définir les exigences pour

- a) déterminer les non-conformités potentielles et leurs causes;
- b) évaluer le besoin d'entreprendre des actions pour éviter l'apparition de non-conformités;
- c) déterminer et mettre en œuvre les actions nécessaires;
- d) enregistrer les résultats des actions mises en œuvre (voir 4.2.4);
- e) évaluer l'efficacité des actions préventives mises en œuvre.