|  |
| --- |
| Résidence XXX |
| LE PROJET QUALITE |
| 2019-2023 |

EHPAD XXXX

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Rédaction** | **Validation** | **Approbation** |
| Nom : | Nom : | Nom : |
| Date : | Date : | Date : |
| Signature(s) :  | Signature(s) :  | Signature(s) :  |

# OBJET :

Ce manuel a pour objet de décrire le système de management de la qualité en vigueur au sein de l’EHPAD Résidence XXX

Ce document se décline en 7 parties et précise le fonctionnement concernant la démarche qualité ainsi que les actions à mettre en place pour les 5 années à venir.

# DESTINATAIRES :

Ce document s’adresse à l’ensemble des professionnels de l’établissement.

# REFERENCES ET RECOMMANDATIONS :

Loi 2002

Norme ISO 9001

# DEFINITIONS ET ABREVIATIONS :

Ci-dessous

# ACTION ET METHODE

Sommaire

[1. Préambule 3](#_Toc6935491)

[4. L’Engagement de la direction 3](#_Toc6935494)

[5. Gestion du manuel qualité 4](#_Toc6935495)

[6. L’organisation de la démarche qualité 4](#_Toc6935496)

[A. Vue d’ensemble 4](#_Toc6935497)

[B. Les missions et responsabilités 5](#_Toc6935498)

[7. Le système de management de la qualite 8](#_Toc6935499)

[A. La cartographie des processus 8](#_Toc6935500)

[B. La gestion documentaire 10](#_Toc6935501)

[C. Les outils de mesure au service de la qualité 17](#_Toc6935502)

[D. La gestion des risques à priori et à postériori 19](#_Toc6935503)

[8. Le plan d’Amelioration continue de la qualite 22](#_Toc6935504)

[9. Nos perspectives a 5 ans sur la demarche qualite 22](#_Toc6935505)

[10. Annexes 24](#_Toc6935506)

## Préambule

L’adaptation des structures à l’évolution des besoins, du service rendu, de la législation et l’évolution des pratiques amènent à s’engager dans une démarche qualité.

La démarche qualité se définit comme le résultat des dispositions prises par l’établissement pour satisfaire les besoins exprimés ou implicites de la personne accueillie (ISO 9001).

L’amélioration de la démarche qualité est un processus continuel et dynamique. Elle peut être représentée par la roue de Deming : planifier les actions, faire les actions, les vérifier et les ajuster si besoin.

L’objectif est de faire en sorte que cette roue tourne en permanence.

La mise en œuvre de cette démarche, nous permet de s’assurer un accompagnement adapté aux résidents.

Les enjeux de la démarche qualité sont :

* Le respect des règles éthiques des droits et libertés,
* La satisfaction des besoins de tous : agents, résidents, familles…
* L’amélioration des ressources humaines,
* Une image positive de l’établissement,
* Une maîtrise des organisations pour améliorer la sécurité.

## L’Engagement de la direction

La direction s’engage dans la démarche qualité par :

* L’écoute, la participation adaptée et la satisfaction des personnes accompagnées ;
* La mise en œuvre d’une politique qualité adéquate et cohérente ;
* La participation de l’ensemble du personnel à cette démarche, à travers le comité de pilotage, les commissions, les groupes de travail et tout autre support favorisant l’amélioration continue de la qualité ;
* La nomination de deux référentes qualité ;
* La formation en interne et en externe selon les besoins identifiés ;
* Une lisibilité suffisamment claire de la démarche, pour qu’elle soit comprise et assimilée par le personnel ;
* La diffusion et l’accessibilité des documents afférents au système qualité.

## Gestion du manuel qualité

Le projet qualité est géré par la responsable qualité qui en assure la mise à jour. Il est validé par la direction et approuvé par le comité de pilotage.

Il est diffusé sur le réseau informatique ainsi que le logiciel qualité AGEVAL par la responsable qualité.

Sa mise à jour dépend de l’évolution du système qualité de l’établissement.

La révision sera réalisée tous les ans.

## L’organisation de la démarche qualité

### Vue d’ensemble

Cellule opérationnelle

Groupes de travail

### Les missions et responsabilités

**Le comité de pilotage**

1. MISSIONS DU COMITE DE PILOTAGE QUALITE
* Déterminer la politique générale de la qualité
* Prévoir et suivre la mise en place des groupes de travail
* Fixe les objectifs de la démarche qualité et détermine les priorités (audits, FEI etc..) 🡺 instance de validation des projets
* Suivre et mettre à jour du plan d’actions de la qualité
* Validation des outils et des résultats (audits, rapports)
1. COMPOSITION
* Direction – Mme XXX
* Médecin coordonnateur – Mme XXX
* Responsable qualité – Mme XXX
* Infirmière référente qualité - Mme XXX
* Psychologue – Mme XXX
* Animatrice – Mme XXX
* Responsable hôtelière - Mme XXX
* DRH – Mme XXX
* Cadre de santé - Mme XXX

Le Comité de Pilotage peut inviter des personnes de ressources extérieures au Comité de Pilotage autant que de besoin. Ces intervenants extérieurs donnent ponctuellement un avis d’expertise ou de conseil sur un ou plusieurs points nécessitant des compétences techniques ou méthodologiques. La participation aux réunions du Comité de Pilotage de membres extérieurs à ce comité doit être approuvée de tous les membres du Comité de Pilotage.

Le comité de pilotage peut être amené à se réunir en cas d’urgence (exemple : gestion de crise).

1. LES PRINCIPES DU COMITE DE PILOTAGE

Le rôle des membres du Comité de Pilotage implique :

**La confidentialité →** Ce qui est dit au sein du groupe doit rester la propriété du groupe.

**L’engagement**→ Chacun s’engage au sein du groupe, car chacun est utile aux autres par son expérience, son savoir et son savoir être.

**La présence et la ponctualité**→ L’engagement implique une présence régulière aux réunions, ainsi que la ponctualité de chacun.

**Le respect de chacun**→ Il est important de ne pas porter de jugement de valeur sur ce qui sera exprimé

1. FONCTIONNEMENT
	* + Le comité de pilotage se réunit tous les 3 mois, voire plus (autant que besoin).
		+ Le responsable qualité et l’infirmière référente assistent aux réunions
		+ Il est animé par la directrice et/ou la responsable qualité, assistée de l’infirmière référente.
		+ La responsable qualité rédige le compte-rendu. Il est soumis à la direction qui le valide et diffusé par la responsable qualité aux membres du COPIL.

A la fin de chaque comité, l’ordre du jour suivant et la date est déterminé pour la prochaine séance

* + - L’ordre du jour du comité est systématiquement le suivant :
			* Introduction du Directeur
			* Evolutions réglementaires importantes, Recommandations de bonnes pratiques, actualités importantes
			* Plaintes et réclamations entre 2 réunions
			* Résultats des questionnaires
			* Résultats d’audit interne / externe
			* Evènements indésirables signalés spécifiques
			* Suivi des actions du projet d’établissement
			* Suivi évaluation interne et externe
			* Suivi des résultats des groupes de travail
			* Questions diverses
			* Rappel de la prochaine date de réunion

Chaque ordre du jour est envoyé 1 semaine avant la réunion aux membres du COPIL.

Un compte rendu est systématiquement établi par la responsable qualité, en plus du déroulement de la réunion il fait apparaître de façon claire les décisions prises par le comité de pilotage.

Ce compte-rendu sera diffusé aux membres du COPIL. Des informations spécifiques pourront être adressées aux professionnels.

**La cellule opérationnelle**

Composition : infirmière référente qualité, la responsable qualité et la responsable hôtelière

Objectif : coordination de la démarche qualité à un niveau opérationnel.

Exemple de travaux à réaliser :

* + - Construction d’audits
		- Réalisation d’enquête de satisfaction
		- Rédaction de procédures, protocoles et modes opératoires
		- Autres travaux nécessitant l’expertise de ces 3 personnes

**Rôle des responsables qualité**

Cf fiches de poste en annexes

## Le système de management de la qualite

### La cartographie des processus

Le système de management de la qualité mis en œuvre est fondé sur l’approche processus.

Définitions :

Un **processus** : Un ensemble de sous-processus (exemple : l’accompagnement d’un bénéficiaire

Un **sous processus**: Un ensemble d’activités (exemple : l’accueil)

Une **activité** : Un ensemble de tâches (exemple : le jour d’entrée)

Une **tâche** : une action concrète limitée dans le temps (exemple : répondre au téléphone)

La cartographie des processus permet d’identifier et découper le fonctionnement de l’établissement afin d’en avoir une représentation visuelle.

**REGLEMENTATION**

**QUALITE ET GESTION DES RISQUES**

**SOINS**

**ANIMATION**

**ACCUEIL**

**INSTANCES**

**PROJET DE VIE PERSONNALISE**

**PARTENARIATS**

**RESSOURCES HUMAINES**

**HOTELLERIE**

*
* **TECHNIQUE**

PROCESSUS D’ACCOMPAGNEMENT

PROCESSUS DE MANAGEMENT

PROCESSUS SUPPORTS

### La gestion documentaire

La pyramide documentaire

.

Manuel qualité : Document unique décrivant le système de Management de la Qualité d’un établissement ou service

Procédure (PROC) : couvre plusieurs fonctions, activités et/ou plusieurs postes. Elle doit décrire l’organisation d’une ou plusieurs activités. Elle ne détaille pas COMMENT le faire mais comment nous sommes organisé pour le faire et fait référence à des documents complémentaires (des renvois à d’autres documents (protocoles, etc….)

Exemple : procédure sur le circuit du médicament, projet de vie individualisé…

Protocole (PROTO) : décrit le comment doit être effectuée une tâche donnée à un poste déterminé (on détaille les étapes).

Exemple : protocole sur la prescription du médicament, protocole sur la réunion de synthèse du projet de vie

Mode opératoire (MOD) : décrit un mode d’emploi simplifié (notice d’utilisation).

Exemple : mode opératoire de l’utilisation de la monobrosse ou de l’imprimante, mode opératoire sur le remplissage du recueil des habitudes de vie

Enregistrement (ENREG): permet de fournir la preuve qu’une action a été réalisée ou un acte exécuté (objectif : traçabilité et historique)

Exemple : projet de vie signé, référentiel complété, feuille de traçabilité sur l’administration du médicament…

Documentation diverse (DOC) : Tous les autres documents qui ne sont pas des procédures, protocoles, modes opératoires ou enregistrements. Il s’agit de documents crées en interne mais n’ayant pas d’incidence sur la sécurité ou la qualité, de documents provenant de l’extérieur, documents informatifs.

Exemple : recueil des habitudes de vie vierge, contrat de séjour vierge, textes de loi…

1. **Règles de présentation du document**

Chaque document qualité fera l’objet d’une présentation systématique, à savoir :

* Un sommaire
* Objet (but recherché)
* Destinataires du document : à qui s’adresse le document
* Référence et recommandations : législation, réglementation, documentation sur laquelle s’appuyer pour rédiger le document
* Définitions et abréviations : défini la nature et l’objet des notions visées
* Actions et méthodes : précise les étapes et actions nécessaires pour atteindre l’objectif. Il répond notamment au QQOQCCP (qui, quoi, où, quand, comment, combien, pourquoi).
* Un cartouche en en-tête, sur chaque page

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| EHPAD Public autonome XXX | **Titre du document**  | Date de création :  |
| Codification : | Version 1 Page **11** sur **24** |
| Modification depuis la version précédente :  |

Date de création : jour J de la rédaction de la procédure

* Un cartouche sur la première page :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Rédaction** | **Validation** | **Approbation** |
| Nom : | Nom : | Nom : |
| Date : | Date : | Date : |
| Signature(s) :  | Signature(s) :  | Signature(s) :  |

* Un cartouche sur les documents associés (en dernière page) :

Ce cartouche liste les documents qualité associées ainsi que leur nomenclature (codification).

|  |  |
| --- | --- |
| **Documents associés :**  | **Codification :** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

* La réalisation des logigrammes

Le logigramme permet de visualiser, sous forme de schéma, l’enchainement chronologique d’actions simples menant à̀ la réalisation de l’activité. Si besoin, le logigramme peut s’accompagner de commentaires (explication littérale).

Avant de bâtir le logigramme, il est important d’avoir défini l’objectif du document et l’activité́ à analyser. Un logigramme peut se présenter sous forme d’un tableau avec 3 colonnes.

- **Qui** => les acteurs concernés qui réalisent l’action.

- **Quoi** => les actions et taches successives à mener (logigramme)

- **Comment, où, quand** => les éléments nécessaires pour mener à bien cette action (où, quand, comment, avec quoi - Faire référence aux documents : protocole, document opérationnel, enregistrement, etc.)

|  |  |
| --- | --- |
| **Symboles** | **Fonctions** |
|  | **Début et fin** de processus (donnée d’entrées, et donnée de sortie). |
|  | **Tâche à réaliser / action à effectuer**  |
|  | Passage d’une tâche vers la **suivante**  |
| NonOui | Test logique => **question posée** entraînant deux réponses possibles : Oui / Non et donc des traitements différenciés selon les réponses |
|  | **Document**  |

1. **Rédaction**

Le rédacteur élabore le fond du document. Ce peut être une personne ou un groupe de travail concerné par ce qui est à écrire.

Exemple : protocole sur l’hygiène des mains > groupe de travail avec une IDE, AS, responsable qualité ou infirmière référente qualité.

1. **Codification**

La codification se nourrit de la cartographie des processus.

Cette cartographie intègre les grands processus de l’établissement et vient découper les activités. Ainsi, cela permet de faciliter le rangement des documents qualité en différente catégorie.

Règles de codification : **TYPE DE DOCUMENT – ACTIVITE – NUMERO DU DOCUMENT**

* **La codification par type de document :**

|  |  |
| --- | --- |
| PROCEDURE  | PROC |
| PROTOCOLE  | PROTO |
| MODE OPERATOIRE  | MOD |
| ENREGISTREMENT | ENREG |
| DOCUMENTATION DIVERSE  | DOC |

* **La codification par type d’activité :**

|  |  |
| --- | --- |
| * **REGLEMENTATION**
 | * REG- PE- 01-a
 |
| * **QUALITE ET GESTION DES RISQUES**
 | * QUALI
 |
| * **INSTANCES**
 | * INST
 |
| * **ACCUEIL**
 | * ACC
 |
| * **SOINS**
	+ - MEDICAMENT
		- FIN DE VIE
		- PREVENTION DES RISQUES :
		- NURSING
		- APPAREILS
 | * SOIN
* MED
* FVD
* PREV
* NURS
* APP
 |
| * **PROJET DE VIE**
 | * PVP
 |
| * **ANIMATION**
 | ANIM |
| * **PARTENARIATS**
 | * PART
 |
| * **RESSOURCES HUMAINES**
* Formations
* Risques professionnels
* Paie
* Comptabilité
* Contrats de travail
* Fiches de postes
 | * RH
* FORM
* RISQPRO
* PAIE
* COMPTA
* CONT
* FP
 |
| * **HÔTELLERIE**
 | * HOT
 |
| * ENTRETIEN DES LOCAUX
* RESTAURATION
* BLANCHISSERIE
 | * ENT
* REST
* BLAN
 |
| **TECHNIQUE*** INFORMATIQUE
* SECURITE
* MAINTENANCE
 | * TECH
* INFO
* SECU
* MAINT
 |

**Chaque fichier doit être nommé sous sa codification.**

1. **Validation**

Objectif : Vérifier la faisabilité des dispositions prévues dans le document

Qui : « Effectuée par un supérieur hiérarchique du rédacteur. Juge le contenu technique « le fond ».

Doit être effectuée par une personne qui exerce dans le même secteur d’activité et qui connaît bien l’activité décrite – « l’expert ».

Le comité de pilotage peut valider certaines procédures.

1. **Approbation**

Objectif : s’assurer de la **cohérence** du document au sein du système documentaire (raison d’être, conforme dans la forme, validé…)

Qui : Effectuée par la responsable qualité ou la directrice.

L’approbation déclenche « **la libération** » du document : LA DIFFUSION

1. **La diffusion**

Tous les documents qualité seront dans une base documentaire sur le réseau (à la base). Ils seront intégrés sur Ageval sous PDF dans l’onglet « Gestion documentaire » - EHPAD la Méridienne.

Les protocoles seront diffusés sur Netsoins par la responsable qualité.

Pour les professionnels n’ayant pas accès à Netsoins, un classeur sera disponible dans chaque service avec l’ensemble des protocoles.

Une réunion sera organisée à chaque nouveau protocole ou procédure. Une feuille d’émargement sera distribuée (objectif : connaissance de l’information).

La diffusion des protocoles peut s’effectuée en transmissions ou réunions pluridisciplinaires par différents professionnels compétents :

* Médicaux : médecin coordonnateur
* Soins : infirmière référente qualité / cadre de santé
* Bio-nettoyage, linge, services techniques : responsable hôtelière
* Risque infectieux : l’infirmière hygiéniste
* Transverses : responsable qualité.
1. **Evaluation**

L’évaluation des protocoles peut s’effectuer par le biais de petit quizz dédiés aux professionnels pour vérifier la bonne connaissance et l’application des protocoles.

1. **Mise à jour**

Chaque document n'ayant pas fait l'objet de modification depuis 2 ans doit systématiquement faire l'objet d'une revue afin de s'assurer qu'il n'est pas obsolète, sauf évolution des recommandations.

La personne ayant validé la revue s’assure de l’examen du document.

Pour certains documents, ils pourront faire l’objet d’une évaluation groupe de travail ou en comité de pilotage.

1. **Modifications**

La responsable qualité intègre les modifications (effectuées au préalable par les personnes évaluant la procédure).

Lors d’un changement ou modification, la version n°1 devient version n°2 (V1 > V2). La date de modification sera à intégrer dans la cartouche de début.

Les documents seront à actualiser sur Ageval et par voie papier le cas échéant.

Pour des modifications majeures, certaines procédures pourront exiger de rédiger à nouveau la procédure (nouveau nom de rédacteur à intégrer dans la V2).

1. **Archivage**

Concerne les anciennes versions de documents (V2 au lieu de V1).

Au bout de 5 ans, un document, quel qu’il soit sera revu et archivé (dans le classeur papier de la responsable qualité, et dans un dossier spécifique « archive » dans Ageval et dans l’arborescence de base).

### Les outils de mesure au service de la qualité

**Les audits internes**

Définition : Un audit qualité est un processus méthodique, indépendant et documenté permettant d’obtenir des preuves d’audit et de les évaluer de manière objective pour déterminer dans quelle mesure les critères d’audit Qualité sont satisfaits (ISO 19011).

* Evalue une situation donnée par rapport à des exigences internes (protocoles) ou externes (normes, réglementation).
* Vérifie la conformité par rapport à ces exigences,
* Détecte les pistes d’amélioration éventuelles.

Les principes s’appliquant aux auditeurs :

* + Déontologie : confiance, intégrité, discrétion.
	+ Impartialité : les divers documents produits par l’auditeur doivent refléter de manière honnête et précise les activités.
	+ Conscience professionnelle : les auditeurs doivent avoir les compétences et l’expérience requise.
	+ Indépendance : les auditeurs sont totalement indépendants et doivent agir en toute objectivité.
	+ Preuve : les preuves d’audit doivent être vérifiables.

**Les étapes de l’audit au sein de l’établissement** :

Le déclenchement / la planification :

* Planification de l’audit par la responsable qualité et validée par la direction
* Information au comité de pilotage par la responsable qualité
* Information et note de service aux professionnels

Préparation de l’audit

* Définition du protocole d’audit et élaboration de la grille en cellule opérationnelle avec personnes ressources si besoin
* Validation de la grille par le comité de pilotage ou la directrice.

Les protocoles d’audit seront classés dans le dossier « GESTION QUALITE ».

Réalisation de l’audit

* Une communication sera effectuée pendant la démarche
* L’audit peut s’effectuer de 3 manières différentes :
	+ L’observation de pratique (une pratique à la fois)
	+ La revue de document
	+ L’entretien (informations à recueillir en binôme si possible)
* Les audits seront toujours réalisés par les référents qualité

Réunion de synthèse

Les résultats recueillis seront analysés par la cellule opérationnelle ou le groupe de travail ayant construit le plan d’audit.

Les résultats seront présentés au comité de pilotage et diffusés aux professionnels et autre public si besoin.

Rapport et clôture de l’audit

Le rapport sera rédigé et formalisé par la responsable qualité.

Le plan d’actions résultant de l’audit sera intégré au plan d’actions centralisant toutes les démarches (évaluation interne, projet d’établissement..) sur AGEVAL par la responsable qualité.

Suivi de l’audit

Pour vérifier la bonne application des mesures correctives à l’issue du premier audit, un deuxième audit identique pourra être réalisé à environ 2 ans d’intervalle.

**Les indicateurs**

Définition : un indicateur est un énoncé explicite et observable, reconnu comme pertinent, qui sert à observer (mesurer) une situation réelle en vue de porter, ultérieurement, un jugement de valeur (décider) par rapport à une situation souhaitée.

Un indicateur doit être : réaliste, pertinent et simple à suivre dans le temps.

Les indicateurs seront générés sur AGEVAL par la responsable qualité et suivis par le comité de pilotage.

**Les enquêtes de satisfaction**

Définition : c’est une catégorie d’étude permettant de recueillir auprès des clients, **de manière rigoureuse et structurée**, leurs attentes et leur niveau de satisfaction.

Elaboration des enquêtes :

* Enquêtes globales : cellule opérationnelle et personnes ressources
* Enquêtes flash : responsable qualité ou IDER, responsable hôtelière, à faire valider par la responsable qualité et/ou la directrice

NB : Possibilité d’accompagner les agents pour la saisie des réponses sur Ageval par l’IDER et responsable qualité

Elaboration du questionnaire dans Ageval : responsable qualité

Analyse des résultats : réunion de la cellule opérationnelle pour analyser les grandes lignes / avec le comité de pilotage en fonction du thème pour une analyse plus fine

Proposition d’actions par la cellule opérationnelle et restitution des actions en comité de pilotage par la responsable qualité

Validation des actions : en comité de pilotage

Formalisation du plan d’actions et intégration dans le plan principal par responsable qualité

Modalités de diffusion des résultats aux professionnels (rapport synthétique) :

* Réunion plénière (enquêtes globales)
* Transmissions (pour les enquêtes de satisfaction ciblées) ou réunions d’équipe
* Affichage des résultats sur le panneau, journal interne de la Méridienne
* Site internet

Les enquêtes seront suivies tous les 2ans pour ainsi permettre de comparer et de suivre les évolutions.

### La gestion des risques à priori et à postériori

**Le DARI**

84,2% des actions réalisées

Concertation avec l’IDER, médecin coordonnateur, directrice, IDE hygiéniste, cadre de santé

Formalisation du document : responsable qualité

**Le DUERP**

Le DUERP sera intégré à Ageval par la responsable qualité. Sa mise à jour s’effectuera par le même biais.

La cellule opérationnelle se réunira pour impulser et mettre en place la démarche.

Des groupes de travail pourront être constitués en fonction des thèmes (découpage des unités).

* Groupes de travail organisés par l’infirmière référente qualité :
* Soins
* Hygiène
* Paramédical
* Groupes de travail organisés par la responsable hôtelière :
* Bio-nettoyage
* Blanchisserie
* Technique
* Groupes de travail organisés par la responsable qualité :
* Administration
* Animation
* Direction/encadrement
* Cuisine

La responsable qualité centralise les informations, met à jour les données dans Ageval, génère le rapport et l’intègre dans la base documentaire.

Le comité de pilotage ou CSE sera informé de la démarche et les résultats lui seront soumis.

Formalisation du document et garante du suivi : responsable qualité.

**Le plan bleu**

Le Plan Bleu est un plan de gestion de crise permettant à un établissement hébergeant des personnes âgées ou handicapés la mise en œuvre rapide et cohérente des moyens indispensables permettant **de faire face efficacement à une crise quelle qu’en soit sa nature** (exemple : feu de forêt, canicule, vent violent, grand froid..).

La responsable qualité se charge de mettre à jour et garantir le suivi du plan bleu.

La cellule de crise sera composée de :

* Le Directeur ou son représentant en cas d’absence :
* Le médecin coordonnateur de l’établissement
* La responsable qualité
* La responsable ressources humaines
* La responsable hôtelière
* L’infirmière référente qualité
* La cadre de santé
* La psychologue

Invitation des personnes ressources en cas de besoins.

Ses missions générales sont les suivantes pour établir les points de situation :

* Estimer la gravité de la situation ;
* Evaluer les besoins de l’établissement et les moyens disponibles existants ;
* Coordonner les actions nécessaires pour faire face à la crise, définir les choix stratégiques ;
* Vérifier le nombre de personnes présentes au sein de l’établissement (résidants et personnels) ;
* Déclencher le rappel du personnel, pour renfort, en fonction des besoins, et dresser le bilan des renforts (coordonnées figurant dans une enveloppe cachetée, à actualiser régulièrement) ;
* Détecter les situations à problèmes ;
* Informer et établir les liens avec les tutelles, les familles et les médias : déterminer d’emblée les modalités de communication (orale, écrite), les interlocuteurs et leurs coordonnées ;
* Tenir un journal de crise ;
* Mettre en place des actions "après-crise" (débriefing, soutien psychologique, retour d’expérience…).

**La gestion des événements indésirables**

Des fiches d’évènements indésirables papier pourront être remplies par les professionnels familles et/ou résidents.

Une notice d’utilisation est à disposition des personnes, au verso de la fiche d’évènement indésirable.

Points d’accès des fiches : tous les postes de soins, accueil

Réception et centralisation : dans la boîte aux lettres dans le hall par la responsable qualité ou la personne de l‘accueil

Retranscription des fiches et traitement sur Ageval : responsable qualité

Les fiches seront analysées par la responsable qualité concernant celles qui nécessitent une réponse facile et rapide.

Pour une fiche avec un degré de gravité plus important, la fiche est adressée à la direction.

Le COPIL sera sollicité pour le suivi des fiches d’évènements indésirables (tableaux, statistiques) : point d’étape et bilan. Il peut être sollicité pour des analyses profondes de certaines fiches.

Un bilan des évènements indésirables sera systématiquement présenté au CVS par la responsable qualité.

Une réponse sera systématiquement apportée au déclarant (si connaissance de son identité).

Chaque fiche clôturée seront classées et archivées dans un dossier dans le bureau de la responsable qualité.

## Le plan d’Amelioration continue de la qualite

Un plan d’action est centralisé et intègre les axes de progrès relatifs à l’évaluation interne et le projet d’établissement.

Il est représenté sous la forme d’un tableau de bord, géré par la responsable qualité.

Sa mise à jour et actualisation se réalisera par le comité de pilotage tous les ans.

## Nos perspectives a 5 ans sur la demarche qualite

Le plan d’actions :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Objectif**  | **Actions** | **Pilote/groupe de travail** | **Echéances**  |
| Organiser la gestion documentaire | Construire l’arborescence de la documentation qualité sur Ageval et sur le réseau  |  | Septembre 2019 |
| Disposer d’un classeur centralisé avec tous les documents dans le bureau de la responsable qualité |  | Fin 2021 |
| Mettre à jour la liste des protocoles  |  | Septembre 2020 |
| Mettre à jour l’ensemble des protocoles |  | Fin 2021 |
| Continuer à diffuser les RBPP (ANESM-HAS) et autres documents réglementaires |  | A pérenniser |
| Diffuser le règlement intérieur du comité de pilotage aux professionnels  |  | Septembre 2019 |
| Déployer les outils de la gestion des risques | Mettre à jour le plan bleu (et effectuer une revue documentaire de l’existant) |  | 1er janvier 2020 |
| Créer la cellule de crise  |  |  |
| Mettre à jour le DUERP et l’incorporer dans Ageval |  | 1er septembre 2019 |
| Mettre en place une charte de confiance et l’expliquer aux professionnels |  | Trim 1 2020 |
| Mettre à jour la fiche d’évènement indésirable et la mutualiser avec la fiche d’Ageval  |  | Juillet 2019 |
| Elaborer une procédure des évènements indésirables  | Trim 1 2020 |
| Expliquer le fonctionnement des évènements indésirables aux familles/résidents  | Trim 1 2020 |
| Systématiser les enquêtes de satisfaction tous les 2 ans |  |  |
| Relancer les enquêtes de satisfaction à destination des résidents |  | Trim 1 2020 |
| Elaborer une enquête dédiée aux professionnels  |  | Trim 3 2019 |
| Collecter les indicateurs sur Ageval |   | A pérenniser |
| Organiser le suivi périodique des indicateurs sur Ageval |  | A pérenniser |
| S’engager dans une culture de développement durable  | **Reprendre les actions du PE** |   |  |
| Piloter les démarches d’amélioration continue de la qualité | Signer le CPOM |   | 1er janvier 2020 |
| Préparer la démarche d’évaluation externe  | 2021 |

## Annexes

Fiche de poste responsable qualité

Fiche de poste infirmière référente qualité