



**Le MANUEL  
3-EN-1 de  
Saint-Joseph**

Le temps de la sérénité

*Projet associatif*

*Projet d'établissement*

*Manuel qualité ISO 9001*

# MANUEL 3 EN 1

## PROJET ASSOCIATIF PROJET D'ÉTABLISSEMENT MANUEL QUALITÉ



MQ N°	30
Indice :	21

	FONCTION	VISA	DATE
Rédaction, validation qualité	Animatrice qualité		31/03/2023
Vérification, validation technique	Directeur		31/03/2023
Approbation et applicable :	Directeur		01/04/2023

## SOMMAIRE

<b>CHAPITRE 1 : POLITIQUE ASSOCIATIVE ET SES PROJETS.....</b>	<b>3</b>
1.1 INTRODUCTION DU PRÉSIDENT DE L'ASSOCIATION GALIBERT-FERRET.....	3
1.2 PRÉLIMINAIRE.....	4
1.3 DÉCLARATION DU PRÉSIDENT.....	6
1.4 DÉCLARATION DE LA DIRECTRICE.....	7
1.5 PRÉSENTATION GÉNÉRALE ET HISTORIQUE.....	8
<b>CHAPITRE 2 : LES GRANDES LIGNES DU PROJET D'ÉTABLISSEMENT.....</b>	<b>10</b>
2.2 LES COMPÉTENCES OFFERTES ET LES PRATIQUES PROFESSIONNELLES.....	13
2.3 RESPECT DES DROITS FONDAMENTAUX ET LIBERTÉS INDIVIDUELLES.....	13
2.4 COORDINATION DU PARCOURS ET PARTENARIATS.....	15
2.5 ENJEUX DE DÉVELOPPEMENT DURABLE (RSE).....	16
2.6 OBJECTIFS CPOM.....	16
<b>CHAPITRE 3 : LE SYSTÈME DE MANAGEMENT QUALITÉ (SMQ).....</b>	<b>17</b>
3.1 PÉRIMÈTRE DU SYSTÈME QUALITÉ.....	17
3.2 TERMES ET DÉFINITIONS QUALITÉ (ISO9001).....	18
3.3 STRUCTURE DU SYSTÈME QUALITÉ DE L'ÉTABLISSEMENT.....	20
3.4 PROCÉDURE DE MAÎTRISE DES DOCUMENTS ET ENREGISTREMENTS DU SYSTÈME QUALITÉ.....	20
<b>CHAPITRE 4 : RESPONSABILITÉ DE LA DIRECTION, RESSOURCES.....</b>	<b>21</b>
4.1 ENGAGEMENT DE LA DIRECTION.....	21
4.2 RESPONSABILITÉ, AUTORITÉ ET COMMUNICATION.....	21
4.3 REVUES DE DIRECTION ET AUTRES RÉUNIONS.....	21
4.4 MANAGEMENT DES RESSOURCES.....	22
<b>CHAPITRE 5 : RÉALISATION DU PRODUIT.....</b>	<b>23</b>
5.1 PLANIFICATION DE LA RÉALISATION DES ACTIVITÉS.....	23
5.2 PROCESSUS RELATIFS AUX CLIENTS .....	23
5.3 CONCEPTION ET DÉVELOPPEMENT.....	23
5.4 ACHATS.....	23
5.5 PRÉPARATIONS ET ACTIVITÉS.....	24
5.6 MAÎTRISE DES DISPOSITIFS DE SURVEILLANCE ET DE MESURE.....	24
<b>CHAPITRE 6 : MESURE, ANALYSE ET AMÉLIORATION.....</b>	<b>26</b>
6.1 SURVEILLANCE ET MESURE.....	26
<i>A/ Satisfaction du client.....</i>	<i>26</i>
6.2 PROCÉDURE DE MAÎTRISE DES NON-CONFORMITÉS.....	26
6.3 ANALYSE ET AMÉLIORATION.....	27

### Annexes :

- Cartographie des processus.
- Listing des documents qualités. **(La diffusion de ce document est non contrôlée ; s'assurer auprès du service qualité qu'il s'agit de la dernière version.)**
- Pyramide : les outils de notre système qualité.
- Contribution axes de la politique qualité / objectifs qualités.

**(NB : les annexes sont modifiables indépendamment du contenu du manuel qualité).**

MQ N°	30			
Indice :	21			
		FONCTION	VISA	DATE
Rédaction, validation qualité		Animatrice qualité		31/03/2023
Vérification, validation technique		Directeur		31/03/2023
Approbation et applicable :		Directeur		01/04/2023

# Chapitre 1 : Politique associative et ses projets

## 1.1 Introduction du Président de l'Association Galibert-Ferret

« *L'avenir ne se prévoit pas, il se prépare* ». Cet adage illustre la complexité grandissante de l'environnement. Il introduit l'intérêt d'une démarche qualité.

Certes, la certification qualité, c'est-à-dire, en somme, l'assurance que l'on veut bien se donner, (en la faisant vérifier par un organisme certificateur) de concevoir, de promouvoir et de diffuser le mieux possible son service ou son produit, n'est sans doute pas la potion magique qui résoudrait tous les problèmes des entreprises. Cela se saurait.

Mais aucun entrepreneur, qu'il appartienne au secteur marchand, associatif ou public, ne saurait éluder l'obligation de progresser dans ses façons de diriger et d'agir, afin d'améliorer en permanence l'efficacité de son management pour aller à la rencontre des exigences de ses clients et partenaires, et de conforter sa place sur des marchés toujours plus ouverts aux grands vents de la concurrence.

Nul ne peut se soustraire à la nécessité d'aller vers l'excellence.

La nécessité de s'assurer que l'on agit le mieux possible, on en a ici, plus qu'ailleurs, l'intime conviction.

C'est bien l'objectif de ce manuel qualité, et de notre certification qualité ISO 9001.

Ce manuel qualité s'adresse à nos chers clients, résidents, usagers, familles, bénévoles, amis de la maison, adhérents, pouvoirs publics, financeurs, administrateurs, partenaires, fournisseurs, salariés.

Il vise à donner les clefs permettant la compréhension de l'Association Galibert-Ferret. Il décrit ses valeurs et son identité, son organisation, les services rendus, ses objectifs permanent d'amélioration, son écoute client.

Je vous en souhaite une bonne lecture,

Le Président  
Association Galibert-Ferret  
Michel CAMANES



MQ N°	30
Indice :	21

	FONCTION	VISA	DATE
Rédaction, validation qualité	Animatrice qualité		31/03/2023
Vérification, validation technique	Directeur		31/03/2023
Approbation et applicable :	Directeur		01/04/2023

## 1.2 Préliminaire

On ne saurait aborder la maison Saint Joseph et l'Association Galibert-Ferret sans évoquer l'impact de la nature associative sans but lucratif de cet établissement et son histoire locale. Il s'agit d'une association loi de 1901 sans but lucratif.

A la fin du 19<sup>o</sup> siècle, de généreux bienfaiteurs se sont engagés en faveur des plus démunis, par attachement à ce territoire du sud du Tarn, caractérisé par la présence d'importantes entreprises textiles et par le triomphe de l'industrie du délainage. La Maison Saint Joseph de l'Association Galibert-Ferret eut une existence officielle en 1924, par la déclaration qui en fut faite auprès de la Préfecture. C'est un héritage précieux. Les fondateurs de l'époque ont montré que l'histoire n'était pas écrite et qu'il nous appartient de lui donner sens. C'est assurément un devoir, et celui-ci suppose un engagement actif tendant à l'orienter en direction du progrès. Le progrès ne doit pas être considéré comme une fatalité, mais comme un idéal moral assigné à notre liberté conditionnée par les différentes époques. Cet idéal, cet engagement moral actif porté par les premiers membres de la maison Saint Joseph, se sont réalisés dans le souci de secourir les plus défavorisés.

Certes, l'Association Galibert-Ferret n'était pas seule à construire et inciter des actions auparavant désignées comme « œuvres d'hospitalisation, cliniques, maisons de convalescence ou œuvres de formation, d'hébergement et d'éducation d'enfants et jeunes filles ». Mais, fidèle à sa culture entrepreneuriale solidement établie, attachée à cette terre du sud du Tarn, sensible à la vulnérabilité de l'être humain, l'Association Galibert-Ferret souhaitait déjà affirmer quelques principes qui gouvernent encore son existence : la sollicitude pour les plus démunis, la liberté d'entreprendre localement et de s'associer, l'intérêt de la diversité dans la mise en œuvre des politiques publiques et des actions de charité, personne n'ayant le monopole du cœur...

En 1924, Madame Galibert-Ferret fait don à l'association du même nom d'un ensemble immobilier permettant à la Congrégation des Sœurs de Gethsemani d'œuvrer pour les plus démunis. L'association est déclarée officiellement à cette même date, sous le régime de la Loi 1901, sans but lucratif.

Telles sont les grandes lignes de cette histoire, caractérisée par l'initiative d'acteurs du secteur économique, affirmant leur droit d'entreprendre, manifestant leur attachement au sud du Tarn et leur sensibilité à la vulnérabilité de l'être humain, s'appuyant sur la Congrégation des Sœurs de Gethsemani, le bénévolat, les dons, et sur le « fait associatif ».

Les fondateurs de l'Association Galibert-Ferret ont rapidement manifesté leur volonté d'entreprendre et d'agir pour les plus démunis, d'exprimer leur sensibilité à la vulnérabilité de l'être humain, leur attachement à un territoire dont ils ont ainsi influencé l'avenir. Ils ont successivement participé, aux côtés de la Congrégation des Sœurs de Gethsemani, à de nombreuses entreprises parmi lesquelles on peut citer un orphelinat, une école, une maternité, un foyer d'accueil, et le dispensaire Saint-Joseph. Ce dernier qui assurait avec largesse des soins médicaux se transforma peu à peu, (grâce à l'apport de plusieurs immeubles par Madame Galibert-Ferret) en Polyclinique puis en Maison de Retraite médicalisée.

Certes, le législateur avait admis pour les associations « Loi 1901 » une certaine activité économique mais dont le rôle était auxiliaire ou complémentaire de services publics, tel un contre-pouvoir économique (association de locataires, de consommateurs, d'actionnaires). Il n'avait pas envisagé que les associations deviennent des acteurs directs de la vie économique, distribuant des biens et services à ses membres mais aussi à des personnes extérieures, dans les conditions de celles du marché. Cependant, « à s'en tenir aux seules entreprises associatives, on observera qu'elles conservent une certaine particularité : il n'y a pas d'apport en capital, le nombre de voix aux assemblées n'est pas réparti en fonction des apports, le partage des bénéfices entre les membres est toujours impossible ». De plus, l'association peut permettre à des acteurs locaux de rester « auteurs et acteurs » sur leur territoire de vie.

MQ N°	30			
Indice :	21			
		FONCTION	VISA	DATE
Rédaction, validation qualité		Animatrice qualité		31/03/2023
Vérification, validation technique		Directeur		31/03/2023
Approbation et applicable :		Directeur		01/04/2023

La convergence des regards sur le « fait associatif » n'est pas aujourd'hui atteinte, et le contexte européen participe à cet état de fait. Certains s'interrogent et voient dans le fait associatif gérant des établissements et services médico-sociaux, le prolongement du service public, mais bénéficiant d'une certaine indépendance et souplesse de gestion. D'autres les considèrent comme des entreprises ayant la spécificité d'une « clientèle » constituée par un public en difficulté qu'il faut à la fois protéger et accompagner. Enfin, ceux qui « pratiquent » y voient un espace où il est possible de faire des dons financiers ou en nature, ou de simplement donner un peu de leur temps, tout en ayant la garantie que ces dons ne pourront pas (grâce aux contraintes du statut associatif sans but lucratif) servir un autre intérêt.

L'histoire témoigne que l'évolution vers le « marché » n'allait pas de soi et comportait des risques. Historiquement, laisser davantage de place au marché risquait de distendre, voire de rompre, ces liens au profit des biens, et d'introduire une logique individuelle là où prévalait une logique collective. C'était donc prendre le risque de mettre en péril la cohérence de la société elle-même, sa capacité de faire face aux épreuves.

Nous pourrions dire que c'est de l'histoire ancienne, et que les relations marchandes auraient maintenant un rôle principal dans les sociétés contemporaines. Selon certains ce serait une erreur. Certes le marché joue un rôle central aujourd'hui, au moins dans la partie du monde qui se dit développée, mais dominant ne signifie pas unique. Certains économistes font remarquer que toute société humaine relève, à côté du principe de l'intérêt (qui débouche sur le marché), de deux autres principes d'organisation : celui de la redistribution et celui de la réciprocité.

La « redistribution » relève du pouvoir politique, la « réciprocité » relève des relations privées. La première est assurée à travers des règles en général contraignantes ; la seconde est produite par un réseau croisé de liens personnels, qui se traduisent par des dons croisés. Or, la redistribution a pris une importance inégalée dans les sociétés contemporaines, que ce soit à travers la protection sociale ou par l'accès aux biens collectifs. Une part importante de la croissance des économies développées depuis des siècles est liée à l'entrée dans la sphère de l'économie monétaire de fonctions qui n'en relevaient pas dans les sociétés traditionnelles. Mais cette entrée dans l'économie monétaire s'est faite souvent sur une base non marchande : c'est le cas particulier de la santé, et de l'éducation, ou encore de la prise en charge des personnes âgées qui cessent de travailler.

Quant au don, nos sociétés marchandes l'ont en apparence marginalisé. L'essayiste québécois Jacques Godbout et le sociologue Alain Caillé ont montré à quel point cette forme de lien constitue une donnée fondamentale de l'existence humaine dans nos sociétés contemporaines : relation de voisinage, cadeaux de fêtes ou d'anniversaire, don du sang, bénévolat... contribuent à tisser des liens sociaux basés sur la réciprocité. Il ne s'agit pas d'un échange comme le prétendent certains : certes, il faut rendre, mais aucune règle ne détermine la nature ou l'ampleur du « contredon » et aucun délai n'est fixé. D'autant plus que si le paiement marque la fin de l'échange marchand, le « contredon » ne clôt pas la relation, il l'entretient et la fait durer.

*Ces quelques lignes décrivent un aspect essentiel de l'héritage de l'Association Galibert-Ferret. Il est nécessaire de le garder à l'esprit lorsque l'on approche les réalisations et les activités de l'association Galibert-Ferret.*

**En définitive, l'Association Galibert-Ferret, et ses réalisations, sont à l'intersection du**

- **monde marchand (le marché),**
- **du monde des services publics accompagnant les publics à protéger (redistribution),**
- **du monde des bénévoles, particulièrement sensibles à celui qui est aujourd'hui en difficulté (réciprocité) à cause de la maladie, d'un événement dramatique, de l'âge, de sa situation sociale etc...**

MQ N°	30			
Indice :	21			
		FONCTION	VISA	DATE
Rédaction, validation qualité		Animatrice qualité		31/03/2023
Vérification, validation technique		Directeur		31/03/2023
Approbation et applicable :		Directeur		01/04/2023

### 1.3 Déclaration du Président

Chers amis, partenaires, clients, bénévoles, financeurs, salariés,

- ✓ Afin de permettre à ce territoire du Sud du Tarn de continuer à être à la fois « auteur et acteur » de son avenir,
- ✓ Afin de porter secours à ceux qui sont dans la difficulté, la souffrance et le besoin,

↳ L'Association Galibert-Ferret s'engage selon les axes définis ci-après :

- **Garantir une gouvernance et une gestion responsable de l'association Galibert-Ferret**

L'association Galibert-Ferret le traduit :

- ◆ en s'assurant annuellement que toutes ses réalisations sont conformes à son objet et ses valeurs, notamment chrétiennes (le souci des plus démunis, la liberté d'entreprendre et de s'associer, l'intérêt de la diversité des acteurs, l'action locale),
- ◆ en s'assurant que son organisation et ses modes de fonctionnement, en cohérence avec les valeurs du réseau UNIOPSS / URIOPSS, garantissent le désintéressement, la confidentialité, la transparence, l'accès à l'information, l'absence de conflit d'intérêt, la lutte contre toutes les formes de discrimination

- **Accompagner, au-delà de la simple relation commerciale, un public défavorisé, ou exclu, en répondant notamment aux attentes des politiques publiques.**

Il s'agit :

- ◆ de développer toutes actions à destination des personnes à protéger,
- ◆ de répondre aux attentes des pouvoirs publics en matière de soins et d'accompagnement,
- ◆ d'œuvrer pour une « bientraitance »,
- ◆ de respecter les guides de bonnes pratiques.

- **Démontrer sa capacité à relever les défis s'imposant à tout acteur du monde de l'entreprise,**

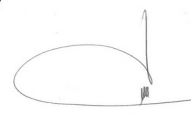
Les préoccupations du monde de l'entreprise obligent l'Association Galibert-Ferret, à rechercher pour chacune de ses réalisations :

- ◆ la performance,
- ◆ le moindre coût,
- ◆ la qualité,
- ◆ la protection de l'environnement,
- ◆ la sécurité pour tous et la gestion des risques.

Je charge la Direction d'établir le champ d'application, le périmètre ainsi que les objectifs-qualité respectant ces actes généraux et de les mettre en œuvre. Ces objectifs doivent se traduire dans le cadre du système qualité comme devant être conforme à la norme ISO 9001.

La Direction veillera à l'efficacité du système qualité et m'en rendra compte annuellement.

Le Président  
Association Galibert-Ferret  
Michel CAMANES



MQ N°	30
Indice :	21

	FONCTION	VISA	DATE
Rédaction, validation qualité	Animatrice qualité		31/03/2023
Vérification, validation technique	Directeur		31/03/2023
Approbation et applicable :	Directeur		01/04/2023

## 1.4 Déclaration de la Directrice

Madame, Monsieur, chers collaborateurs, personnes accueillies et leur entourage,

En conformité avec l'histoire et les valeurs fondatrices de la Maison Saint Joseph, les statuts loi 1901 « sans but lucratif » de l'Association Galibert-Ferret garantissent depuis 1924 à toutes personnes accueillies, partenaires, bénévoles, clients, ... :

- une indépendance, et une liberté d'entreprendre ;
- un attachement aux valeurs chrétiennes d'espérance, de respect des différences et de partage ;
- une transparence du fonctionnement et des modes d'organisation ;
- une vigilance accrue concernant les besoins non satisfaits des personnes en difficultés ;
- un militantisme relatif à la défense des droits des plus démunis ;
- un désintéressement et une utilisation optimale des ressources exclusivement destinées au profit de l'objet désintéressé de l'association ;
- un dynamisme pour anticiper les enjeux et défis de demain.

C'est dans le respect de cette ligne directrice que le projet d'établissement est réalisé. Il est intimement lié :

- **d'une part à notre système qualité dont découle notre mission** : « Accompagner le vieillissement : Soigner, Accueillir, Restaurer, Animer, Aider, Héberger », désignée par l'acronyme SARA AH qui définit l'ensemble du système de management qualité (SMQ) qui est certifié ISO 9001 depuis 2003 ;
- **d'autre part aux objectifs définis dans le cadre du contrat pluriannuel d'objectifs et de Moyens (CPOM) signé fin 2018 pour la période « 2019 -2023/2024 »** qui déterminent les objectifs à atteindre et les moyens alloués pour y arriver et définis ainsi les dotations financières octroyées par nos autorités de tarification (forfait Soins versé par le ministère de la Santé, forfait dépendance versé par le département du Tarn et Tarif journalier Hébergement déterminé par le Conseil Départemental du Tarn).

Ce projet d'établissement comprend la définition de l'aide apportée, de l'offre de service telle que définit dans la cartographie de l'établissement (CA019 à récupérer au service « Qualité » ou Intranet).

Voilà en quelques lignes, les services principaux rendus :

- => Évaluation des attentes et des besoins, orientation, admissions éventuelles ;
- => Offre d'animations, de culte, d'activités occupationnelles et de spectacles ;
- => Accompagnement administratif et social simple ;
- => Offre de soins infirmiers et paramédicaux et un accompagnement psychologique ;
- => Unités Alzheimer : Accompagner les personnes en déficits cognitifs
- => Résidence Saint Joseph : Maintenir en priorité la vie sociale et l'autonomie
- => Unité Gauguin, Van Gogh et Hostalet : Assurer une réponse à des besoins polyvalents.
- => Hébergement temporaire : répondre à un besoin temporaire d'hébergement et de soins, et soutenir les aidants et familles.

La Directrice  
Karine DERLYN



MQ N°	30
Indice :	21

	FONCTION	VISA	DATE
Rédaction, validation qualité	Animatrice qualité		31/03/2023
Vérification, validation technique	Directeur		31/03/2023
Approbation et applicable :	Directeur		01/04/2023

## 1.5 Présentation générale et historique

### ▪ FINALITÉ DE L'ASSOCIATION GALIBERT-FERRET

Extraits des statuts : L'Association Galibert-Ferret a pour but : « la création et le développement d'œuvres d'hospitalisation d'inspiration chrétienne, de cliniques, de maisons, de convalescence ou de repos dans la région de Mazamet et de contribuer quand il y aura lieu à la création et au développement d'œuvres de formation, préservation et hospitalisation des enfants et jeunes filles de la région. Ses moyens d'action consistent principalement dans la formation et l'entretien d'établissements concourant à son but par l'éducation, l'apprentissage, les œuvres post-scolaires, le foyer de jeunes ouvrières, les colonies de vacances, les loisirs et sports, en un mot, toutes les œuvres de jeunesse, et aussi par l'hospitalisation, étant précisés que les services hospitalières pourront recevoir des personnes de tout âge.

### ▪ SITUATION GÉOGRAPHIQUE DE LA MAISON SAINT-JOSEPH

Situé dans une agglomération de 25000 habitants environ, dans le centre de la ville de Mazamet, l'EHPAD Saint Joseph jouit d'une situation privilégiée puisqu'il se trouve également près de la mairie, des commerces, du marché... Dans 5000 m<sup>2</sup> d'espaces verts, des bâtiments neufs ou rénovés, ou en cours de rénovation proposent « un chez soi dans un chez nous » à 119 résidents en chambre individuelle ou à 2 lits.

### ▪ HISTORIQUE

- \* **Fin 1911** : Début de traitements orthopédiques sur des enfants.
- \* **Mai 1924** : Déclaration à la sous-préfecture de Castres de l'Association Galibert Ferret.
- \* **Mars 1961** : transformation de la clinique chirurgicale Saint Joseph en clinique médicale comprenant 26 lits.
- \* **Septembre 1983** : Construction de la résidence Saint Joseph en lieu et place de l'ancienne école Notre Dame.
- \* **Décembre 1985** : Polyclinique Saint Joseph arrête son activité et laisse place à la Maison Saint Joseph. Elle débute son activité le 1<sup>er</sup> janvier 1986.
- \* **Fin 1995** : travaux de mise aux normes « détection incendie ».
- \* **1999** : démarrage des travaux d'humanisation et de mise en sécurité incendie pour l'établissement.
- \* **Mars 2001** : Fin des travaux de la première tranche : ancienne école (bâtiment situé rue des Alfiés).
- \* **2002** : Transformation de la maison de retraite Saint Joseph en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), convention tripartite, nouvelle tarification, démarche qualité.
- \* **2003** : Certification NF EN ISO 9001 : 2000 attribuée à l'association Galibert Ferret par BVQI. Domaine d'activité : Prise en charge du vieillissement : accueil, soins, accompagnement.
- \* **2006** : Renouvellement de la certification NF EN ISO 9001 : 2000 attribuée à l'association Galibert Ferret par Bureau Véritas. Domaine d'activité : Accompagner le vieillissement : Soigner, Accueillir, Restaurer, Animer, Aider, Héberger. (SARAAH).
- \* **2008** : Renouvellement convention tripartite EHPAD Saint Joseph.
- \* **2011** : Construction nouvelle unité Alzheimer dite UPAD Saint Joseph et renouvellement de la certification NF EN ISO 9001 : 2008 par Bureau Véritas.
- \* **Juin 2012** : Ouverture UPAD en 06/2012.
- \* **2012** : Autorisation de 5 places d'hébergement temporaire avec projet de service spécifique dont un pour l'accueil d'urgence et réaménagement du jardin / parc.
- \* **Décembre 2012** : Évaluation interne.
- \* **Novembre 2013** : Évaluation externe.
- \* **2014 /2015** : Création du service de blanchisserie interne, d'une salle activité gymnique, ré-aménagement de locaux et rénovation des peintures des bâtiments...

MQ N°	30			
Indice :	21			
		FONCTION	VISA	DATE
Rédaction, validation qualité		Animatrice qualité		31/03/2023
Vérification, validation technique		Directeur		31/03/2023
Approbation et applicable :		Directeur		01/04/2023



- \* **2016/2018** : Réflexion sur projet de rénovation architecturale et de fin humanisation et mise aux normes et recherche financement.
- \* **2017** : Renouvellement de l'autorisation EHPAD pour 15 ans.
- \* **2019** : Autorisation de 5 logements en "Résidence Autonomie" suite appel à candidature ARS / CD 81 et signature du CPOM 2019-2023 + autorisation 14 places PASA.
- \* **2020** : Autorisation ARS « dispositif d'accompagnement relais pour personnes âgées Dépendantes avec diminution du reste à charge ».
- \* **2020/2024 ...** : Projet Hostalet : phase 1 PASA, phase 2 construction d'une nouvelle unité de 29 logements, phase 3 fin humanisation zone 5 et 6 bâtiment principal avec création de lieux de vie côté parc – Retard suite crise sanitaire Covid19 puis crise « Ukraine »
- \* **2020/2025...** : Projet Résidence Autonomie (5 logements autorisés) sur bâtiment SENES avec transfert bureaux et vestiaires EHPAD et agrandissement salle à manger bâtiment Résidence.

## ▪ VALEURS

L'association Galibert-Ferret est adhérente au réseau URIOPSS Occitanie / UNIOPSS. A ce titre, elle adhère aux principes fondateurs du réseau, faisant d'elle une véritable association de solidarité.

### Principe de liberté

C'est une organisation qui dit NON aux seuls pouvoirs politiques et administratifs et NON aux seuls critères économiques, sans toutefois rejeter ces pouvoirs. Elle est en perpétuelle recherche d'équilibre entre ces deux pôles. Elle exerce, en toute liberté, son devoir de vigilance concernant les plus fragiles et les plus démunis. La gestion d'établissement lui permet d'apprécier les difficultés de la mise en œuvre des politiques publiques, et la qualité réelle apportée aux plus démunis et au plus fragiles.

### Principe d'égalité

L'association de solidarité vise la satisfaction de l'intérêt général. Ses vocations sont l'appui aux plus fragiles, et la préservation du tissu social, conformément à notre constitution française notamment la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen de 1789 et le Préambule de la constitution du 27 octobre 1946. Elle exerce ici son devoir de dire.

### Principe de fraternité

Le principe de fraternité s'exerce

- En favorisant le bénévolat
- En suscitant les vocations professionnelles
- En étant présent auprès des citoyens

Elle exerce ici son devoir de restaurer la parole et son devoir de faire.

MQ N°	30			
Indice :	21			
		FONCTION	VISA	DATE
Rédaction, validation qualité		Animatrice qualité		31/03/2023
Vérification, validation technique		Directeur		31/03/2023
Approbation et applicable :		Directeur		01/04/2023

## Chapitre 2 : les grandes lignes du projet d'établissement

### Voici les lignes directrices de notre projet d'établissement médico-social participant à répondre aux attentes de notre association gestionnaire :

- Améliorer l'offre architecturale pour améliorer l'offre de service et mieux répondre à l'évolution des besoins des personnes accueillies en proposant un accompagnement personnalisé dans de petites unités de vie (logement adapté, sécurité, qualité de vie et de soins et ambiance familiale) ;
- Améliorer les compétences offertes par la formation continue du personnel, le recrutement de personnels formés et en nombre suffisant et l'augmentation progressive du taux d'encadrement pour garantir la progression de la bienveillance dans nos pratiques professionnelles ;
- Contribuer à l'exercice des droits fondamentaux et des libertés individuelles de la personne accompagnée ;
- Développer les partenariats nécessaires pour améliorer la qualité et la continuité des soins et faciliter la coordination des parcours de nos personnes accueillies ou à accueillir ;
- Réfléchir aux enjeux de demain notamment sur le volet « développement durable » en optimisant le fonctionnement quotidien et en recherchant des pistes d'économies pérennes et respectueuses de l'environnement.
- Objectifs CPOM 2019/2023 définis avec nos autorités de tarification et de contrôle (ARS, CD 81) :
  - Axe 1 => Droits, libertés et participation des usagers
  - Axe 2 => Contribution au parcours et à la réponse aux besoins territoriaux
  - Axe 3 => Amélioration de l'efficacité et du pilotage interne
  - Axe 4 => Prévention, qualité et gestion des risques

### 2.1 L'offre architecturale et offre de service

D'une façon générale, cet établissement et ses différentes unités et services constituent un lieu de vie et de soins qui s'est donné pour mission d'accompagner les personnes dans leur vie quotidienne et de répondre le mieux possible à leurs besoins.

L'établissement s'emploie à garantir, dans les limites de ses moyens disponibles, le droit à la protection, à la sécurité, y compris sanitaire et alimentaire, à la santé et aux soins et le droit à un suivi médical adapté.

L'établissement s'emploie, dans l'ensemble des actions qu'il met en œuvre, à maintenir le plus haut niveau d'autonomie possible de chacun des résidents. Dans cet esprit, le personnel aide les résidents à accomplir les gestes essentiels quotidiens concernant la toilette, les autres soins quotidiens du corps (coiffage, rasage...), l'alimentation, l'habillement, les déplacements dans l'enceinte de l'établissement et toutes les mesures favorisant le maintien de l'autonomie plutôt que de se substituer à eux et de « faire à leur place ». De plus, il favorise la vie sociale du résident au travers d'un processus « animation ».

L'établissement s'est donné pour objectif de permettre aux résidents de demeurer dans leur logement le plus longtemps possible. Ce principe ne porte pas atteinte aux possibilités de départ volontaire à l'initiative du résident, ni aux cas de résiliations mentionnés dans le contrat de séjour.

MQ N°	30		
Indice :	21		
	FONCTION	VISA	DATE
Rédaction, validation qualité	Animatrice qualité		31/03/2023
Vérification, validation technique	Directeur		31/03/2023
Approbation et applicable :	Directeur		01/04/2023

La personne se voit proposer un accompagnement individualisé et le plus adapté possible à ses besoins, dans la continuité des interventions. Elle dispose du libre choix entre les prestations adaptées qui lui sont offertes dans le cadre des dispositions réglementaires en vigueur. Son consentement éclairé est à chaque fois recherché en l'informant, par tous les moyens possibles, des conditions et conséquences de l'accompagnement et en veillant à sa compréhension. Le respect de ses choix est ainsi favorisé.

Une équipe multidisciplinaire, pivot de l'accompagnement, se réunit hebdomadairement, sous le pilotage du médecin coordonnateur de l'établissement, comprenant l'infirmière coordinatrice, la géronto-psychologue, le personnel infirmier & autres professionnels paramédicaux selon les besoins. Elle évalue la situation, les incapacités et potentialités de la personne, ses difficultés, son vécu, son histoire et elle va proposer un projet de vie spécifique, tout en s'appuyant sur son réseau naturel et son médecin traitant (directeur du traitement médical). Cette équipe est force de proposition pour tous, mais assume aussi ce suivi vigilant pour garantir l'intérêt et le bien être de la personne. Elle oriente et adapte les différents plans : plan de soins, plan d'aide aux gestes quotidiens de la vie, choix de l'unité, propositions d'activités thérapeutiques et/ou d'animations...

La capacité d'accueil de l'ensemble de l'établissement est de 119 résidents en hébergement sans limitation de durée, et de 5 places d'hébergement temporaire et/ou d'urgence.

Pour garantir une dimension humaine, tout en bénéficiant de services fonctionnels transversaux efficaces grâce à la taille de l'établissement (service infirmier, soutien psychologique, animation...), l'établissement est organisé en milieux de vie d'une vingtaine de places. Chaque unité comprend, en général, sa zone de restauration climatisée, son personnel affecté durablement avec une responsable d'unité et certaines spécificités architecturales. Chaque milieu de vie développe et pilote son projet d'accueil et d'accompagnement, affirme son caractère particulier, en cohérence avec l'ensemble de l'établissement. L'objectif est d'offrir un service à dimension humaine et familiale particulièrement adapté aux besoins et attentes des personnes accueillies.

En cas d'évolution importante de la maladie, l'unité peut devenir inadaptée pour répondre efficacement aux attentes de la personne et à l'évolution de sa pathologie : il s'agira alors d'organiser un transfert. Il est nécessaire d'attirer l'attention qu'une détérioration de l'état de santé peut dépasser les moyens humains, techniques et architecturaux de l'unité. Après analyse et délibération de l'équipe multidisciplinaire, associant la personne et son environnement familial, il sera décidé un transfert dans l'unité la plus adaptée.

La sécurité, le suivi de l'état de santé et la continuité des soins et de l'accompagnement sont réalisés par la présence infirmière, de 7h à 21h et la surveillance la nuit (présence de personnel soignant et astreintes infirmières mutualisées sous pilotage de l'Hôpital du Pays d'Autan - HPA).

La psychologue spécialisée en gériatrie est présente pour vous écouter, soutenir, et permettre au résident et sa famille de « mettre des mots sur des maux ».

**Voilà en quelques lignes ci-dessous, la description de la spécificité des unités de vie :**

**\* Milieu de vie « Résidence » : Projet spécifique « Maintenir en priorité la vie sociale et l'autonomie » :**

L'objectif principal est un accompagnement, si besoin, au maintien du rôle social, au travers d'une aide quotidienne légère à moyenne. Les moyens de cette unité ne sont pas suffisants pour accompagner une personne présentant des troubles cognitifs et/ou une dépendance importante. Ce bâtiment comprend 22 places avec balcon. Ce service comprend au rez-de-chaussée, un espace d'activité climatisé avec bibliothèque, TV, cuisine thérapeutique et une salle de restaurant donnant sur le jardin clôturé.

MQ N°	30			
Indice :	21			
		FONCTION	VISA	DATE
Rédaction, validation qualité		Animatrice qualité		31/03/2023
Vérification, validation technique		Directeur		31/03/2023
Approbation et applicable :		Directeur		01/04/2023

**\* Milieu de vie «Hostalet» :** Projet spécifique « Assurer une réponse à des besoins polyvalents » :

Cette unité de vie nouvellement construite dans un bâtiment indépendant dispose de 29 grandes chambres individuelles adaptées avec salle de bain et TV. Elle accueille des résidents qui nécessitent un accompagnement modéré dont l'objectif est d'apporter une aide pour compenser, dans la limite des moyens disponibles, la perte d'autonomie due à la maladie et à l'âge et de bénéficier d'un projet architectural favorisant le lien social. Cette unité, sur 3 niveaux, dispose en rez-de-chaussée d'une salle d'activité et d'une grande zone de restauration commune à l'EHPAD.

**\* Milieu de vie « Gauguin » :** Projet spécifique « Assurer une réponse à des besoins polyvalents » :

L'objectif est d'apporter une aide pour compenser, dans la limite des moyens disponibles, la perte d'autonomie due à la maladie et l'âge. Cette unité, située au 1<sup>er</sup> étage du bâtiment principal comprend des chambres individuelles ou à deux lits, adaptées avec salle de bain (une partie de l'unité sera rénovée en 2023/2024).

**\* Milieu de vie « Van Gogh » :** Projet spécifique « Assurer une réponse à des besoins polyvalents » :

L'objectif est d'apporter une aide pour compenser, dans la limite des moyens disponibles, la perte d'autonomie due à la maladie et l'âge. Cette unité, située au 2<sup>ème</sup> étage du bâtiment principal comprend des chambres individuelles ou à deux lits, adaptées avec salle de bain (une partie de l'unité sera rénovée en 2023/2024).

**\* Milieu de vie « Toulouse-Lautrec » :** Projet spécifique « Accompagner la personne atteinte de la maladie Alzheimer, stade sévère » :

L'objectif principal est d'apporter un environnement et une aide spécifique, dans la limite des moyens disponibles alloués par les pouvoirs publics, pour accompagner la personne atteinte d'une forme évoluée de la maladie d'Alzheimer ou démences apparentées, marquée par des troubles cognitifs importants et une diminution des capacités physiques. Cette petite unité de vie située au 3<sup>ème</sup> étage du bâtiment principal avec un accès sécurisé comprend des chambres individuelles ou à deux lits, adaptées avec salle de bain et dispose d'un lieu de vie climatisé avec vue sur le parc intérieur (une partie de l'unité sera rénovée en 2023/2024).

**\* Milieu de vie dit « Unité Alzheimer UPAD » :** Projet spécifique « Accompagner la personne atteinte de la maladie Alzheimer (déambulants, fugueurs) » :

La personne présente des troubles de l'orientation, du comportement et déambulation (diagnostic confirmé par un médecin) avec un risque de sortie à l'insu du service... Cette unité comprend 23 chambres individuelles adaptées avec salle de bain et TV. Elle accueille des résidents qui nécessitent une prise en charge spécifique au quotidien. Ce bâtiment indépendant a été conçu pour limiter les risques, il présente des secteurs de déambulation intérieur et extérieur. Les proches et en particulier l'aidant principal sont des acteurs majeurs de cette prise en charge, ils sont à ce titre sollicités en tant qu'acteur de l'accompagnement.

Par ailleurs, un accueil spécifique est aussi réservé aux religieuses dite « **Sœurs aînées** ». Historiquement, l'ensemble immobilier Saint Joseph a toujours accueilli des religieuses, et il témoigne de leurs contributions pour construire une aide pour les plus démunis. Leur rôle a été varié : administratrices, religieuses, salariées, résidentes, donatrices. Les sœurs vieillissantes, quelle que soit la congrégation, trouvent ici une réponse à leur engagement spirituel, ainsi qu'à leurs problèmes de santé et de handicap. Les sœurs accueillies sont hébergées dans les différentes unités, selon leurs attentes et leurs besoins. Une chapelle située au rez-de-chaussée du bâtiment principal est ouverte à tous, 24 h/24h. Elle est destinée au recueillement, à la célébration de messes hebdomadaires et à toutes les fêtes chrétiennes.

Enfin, pour répondre aux besoins de demain et notamment à celui de « continuer à vivre chez soi », une autorisation de création de cinq logement en Résidence Autonomie a été octroyé en 10/2019 et l'ouverture ce service spécifique devrait intervenir fin 2024 selon avancement des travaux d'aménagement du bâtiment Sènes.

MQ N°	30			
Indice :	21			
		FONCTION	VISA	DATE
Rédaction, validation qualité		Animatrice qualité		31/03/2023
Vérification, validation technique		Directeur		31/03/2023
Approbation et applicable :		Directeur		01/04/2023

## 2.2 Les compétences offertes et les pratiques professionnelles

Un plan pluriannuel de développement des compétences est établi avec mise à jour annuelle et comprend les thématiques de :

- manutention des personnes
- bonnes pratiques professionnelles et bientraitance (avec simulateur de vieillesse)
- mise à jour des compétences (nouveau diplôme DEAS, VAE pour les ASH, DU technique pour les infirmiers, certification ASG, sécurité incendie, SST...)
- évaluation de la douleur
- fin de vie
- prise en charge des personnes démentes et maladie d'Alzheimer...

Un réunion pluridisciplinaire est organisée chaque semaine en lien avec le suivi des projets personnalisés et l'évaluation des personnes accueillies. Une réunion IDE / équipes soignante est programmé une fois par semaine dans les unités de vie pour le suivi du plan d'accompagnement. Une réunion qualité a lieu pour le suivi des réclamations et des processus qualité et des actions d'amélioration.

Une géronto-psychologue est présente pour la relation soignant / personne accueillie / famille.

## 2.3 Respect des droits fondamentaux et libertés individuelles

L'accueil et le séjour dans l'établissement s'inscrivent dans le respect des principes et valeurs définies par la charte des droits et libertés de la personne accueillie ainsi que par la charte des droits et libertés de la personne dépendante (DQ 237). Ces chartes sont affichées au sein de l'établissement et remises au moment de l'admission. Elles sont aussi disponibles sur l'Intranet ou au service « Qualité ».

La personne accueillie est une personne qui a droit au respect de ses libertés fondamentales qui s'expriment dans le respect réciproque :

- ◆ du personnel;
- ◆ des intervenants extérieurs;
- ◆ des autres résidents;
- ◆ de leurs proches.

### Ces libertés fondamentales sont les suivantes :

- ◆ le respect de la dignité et de l'intégrité,
- ◆ le respect de la vie privée et de l'intimité,
- ◆ la liberté d'opinion, de croyance et de culte,
- ◆ la liberté d'aller et venir,
- ◆ le droit à l'image, à l'information et à la confidentialité des données recueillies,
- ◆ le droit à la participation et à l'exercice des droits citoyens,
- ◆ le droit aux visites et aux activités permettant de maintenir le lien social,
- ◆ le droit à un projet de soins et d'accompagnement personnalisé et réévaluer,
- ◆ le droit à la sécurité (sécurité des biens et des personnes avec plan de continuité d'activité).

Les outils de la loi 2002-02 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale ont permis de créer 7 documents indispensables au fonctionnement de l'EHPAD et d'assurer aux personnes accueillies le respect de leurs droits et libertés fondamentales en application des articles du Code de l'Action Sociale et des Familles :

- **Le livret d'accueil (DQ320)** qui donne des repères à la personne accueillie en présentant la Maison Saint Joseph et garantit l'exercice effectif des droits. C'est aussi un outil de prévention de la maltraitance incluant :

MQ N°	30		
Indice :	21		
	FONCTION	VISA	DATE
Rédaction, validation qualité	Animatrice qualité		31/03/2023
Vérification, validation technique	Directeur		31/03/2023
Approbation et applicable :	Directeur		01/04/2023

- la charte des droits et des libertés de la personne accueillie (DQ237),
  - le règlement de fonctionnement de l'établissement (DQ390),
  - la liste des personnes qualifiées (DQ600).
- **La charte des droits et libertés de la personne accueillie (DQ237)** qui pose les principes de non-discrimination, de droit à un accompagnement adapté, de droit à l'information, du principe du consentement éclairé et du libre choix, du droit à la renonciation ; du droit au respect des liens familiaux, du droit à la protection, du droit à l'autonomie, du principe de prévention, du droit à l'exercice des droits civiques, du droit à la pratique religieuse et du respect de la dignité.
  - **Le contrat de séjour (DQ027) et son DIPC (DQ098)** qui déterminent les objectifs, la nature de l'accompagnement et les détails de prestations proposées. Il comprend le projet personnalisé de soins et d'accompagnement précisant les objectifs et prestations adaptées à la personne.
  - **La personne qualifiée (DQ600)** qui intervient en cas de conflit non résolu entre la personne accueillie, sa famille / entourage et l'établissement (liste fixée par le Préfet et le Président du Conseil Départemental)
  - **Le Conseil de la Vie Sociale (CVS)** qui est composé de représentants de l'organisme gestionnaire et la direction, de professionnels de l'établissement et l'équipe médico-sociale et de représentants des personnes accueillies, familles, proches aidants, représentants légaux... Il donne son avis et peut faire des propositions sur toute question intéressant le fonctionnement de l'établissement notamment :
    - Les droits et libertés des personnes accompagnées,
    - L'organisation intérieure de la vie quotidienne,
    - Les activités, l'animation socioculturelle et les prestations proposées par l'établissement,
    - Les projets de travaux et d'équipements,
    - La nature et le prix des services rendus,
    - L'affectation des locaux collectifs,
    - L'entretien des locaux,
    - Les relogements prévus en cas de travaux ou de fermeture,
    - L'animation de la vie institutionnelle,
    - Les modifications substantielles touchant aux conditions de prise en charge,
    - le règlement de fonctionnement.
  - **Le règlement de fonctionnement (DQ390)** institué par décret, il s'adresse aux personnes âgées et aux acteurs de l'établissement et définit les règles générales et permanentes d'organisation et de fonctionnement de l'établissement dans le respect des droits et des libertés de chacun. A ce titre, il fixe les droits de la personne accueillie ainsi que les obligations et les devoirs inhérents au respect des règles de vie collective au sein de la structure. Conformément à ce que prévoit le Code de l'Action Sociale et des Familles dans ses articles R 311-33 et suivants, ce règlement précise notamment :
    - l'organisation et l'affectation à usage collectif ou privé des locaux et bâtiments ;
    - les services offerts par l'établissement ;
    - le respect des décisions de prise en charge, des termes du contrat de séjour ou du document individuel de prise en charge ;
    - le respect des rythmes collectifs et organisation de la vie collective ;
    - le respect des droits des personnes accueillies ;
    - le respect des biens et des équipements collectifs ;
    - les mesures relatives à la sûreté des personnes et des biens ;
    - les mesures à prendre en cas d'urgence ou de situations exceptionnelles.

MQ N°	30
Indice :	21

	FONCTION	VISA	DATE
Rédaction, validation qualité	Animatrice qualité		31/03/2023
Vérification, validation technique	Directeur		31/03/2023
Approbation et applicable :	Directeur		01/04/2023

- **Le projet d'établissement ou de service (MQ030)** qui définit les droits et obligations des personnes accueillies et explicite les axes principaux de l'organisation institutionnelle.

## 2.4 Coordination du parcours et partenariats

Un médecin coordonnateur est présent à temps partiel dans l'établissement. Une infirmière coordinatrice à temps plein (diplômée IPA) assure, en soutien, la coordination interne des soins, en lien avec le médecin coordonnateur, les médecins traitants et l'équipe infirmière de l'EHPAD. Des partenariats sont développés avec les services de l'HPA et la filière gériatrique (EMH, EMER, bucco-dentaire, UCC...) et de RESOPALID.

Le personnel infirmier doit réaliser des soins infirmiers (sur prescription médicale ou en application de son rôle propre), préventifs, curatifs ou palliatifs, qui intègrent qualité technique (en tenant compte des évolutions de la technique) et qualité de la relation avec la personne. Le personnel infirmier assure une surveillance de 7h à 21h toute la semaine et passe le relais ensuite à l'équipe soignante de nuit qui peut recourir à un système d'astreinte infirmière multi-établissement géré par l'Hôpital du Pays de l'Autan. L'absence de personnel infirmier la nuit rend impossible la réalisation de certains actes médicaux notamment lors des retours d'hospitalisations qui ne pourront intervenir si de tels soins sont nécessaires ou nécessiteront l'intervention formalisée de l'HAD.

Sur prescription médicale pour les intervenants externes et/ou sur prescription de la commission pluridisciplinaire pour les prestations internes, des soins de rééducation spécifiques peuvent être proposés :

- soins de kinésithérapie,
- soins d'orthophonie,
- soins de psychomotricité ,
- soins d'ergothérapie,
- activités physiques adaptées,
- activités thérapeutiques non médicamenteuses (PASA)
- stimulation cognitive...

Ces activités paramédicales doivent faire l'objet d'une prescription, d'une programmation puis d'un suivi (avec traçabilité Netsoins) de chaque séance et d'une évaluation finale de leur bénéfice auprès de la personne accueillie. L'EHPAD dispose d'un **Pôle d'Activités et de Soins Adaptés (PASA)** qui propose durant la journée des activités individuelles ou collectives qui concourent au maintien ou à la réhabilitation des capacités fonctionnelles restantes et des fonctions cognitives, à la mobilisation des fonctions sensorielles ainsi qu'au maintien du lien social de ces personnes. La finalité de cet accompagnement est d'améliorer les troubles du comportement modérés, associés à un syndrome démentiel, par un accueil et des activités thérapeutiques individuelles et collectives adaptées. Un personnel dédié et formé Assistant de Soins en Gériologie (ASG) y intervient en complémentarité du personnel paramédical ou psychologue détaché pour les activités thérapeutiques.

Une géronto-psychologue est présente dans l'établissement. Ce professionnel a pour rôle de travailler auprès de la personne âgée . La psychologue est appelée à concevoir et mettre en œuvre les actions préventives et curatives en lien avec la prise en charge globale des personnes accueillies. Elle réalise une évaluation psychique et un suivi de la personne accueillie en recueillant ses souhaits et en analysant ses comportements individuels et collectifs afin d'établir un projet de vie personnalisé. Elle manage aussi la démarche éthique.

Le suivi de l'état de santé, et les résultats des actions, sont assurés par une réunion hebdomadaire pluridisciplinaire, en présence du médecin coordonnateur, de l'infirmière coordinatrice, de la géronto-psychologue, des infirmiers/ières, et selon la nature des problèmes soulevés des référents de services,... Des protocoles standards sont établis, mais l'infirmière a le pouvoir d'y déroger selon le contexte et la situation particulière.

MQ N°	30			
Indice :	21			
		FONCTION	VISA	DATE
Rédaction, validation qualité		Animatrice qualité		31/03/2023
Vérification, validation technique		Directeur		31/03/2023
Approbation et applicable :		Directeur		01/04/2023

## 2.5 Enjeux de développement durable (RSE)

Dans le cadre des analyses préparatoires aux différents projets des travaux en cours et du diagnostic préalable aux recueils des données nécessaires pour compléter le décret tertiaire, un état des lieux a été réalisé en terme de confort thermique et de consommations énergétiques. C'est dans cette optique que l'EHPAD a choisi :

- de démolir le bâtiment « Sœurs Aînées » afin de construire une nouvelle unité Hostalet aux normes RT 2012 incluant une étude de confort thermique et d'économie d'énergie à savoir climatisation des salles communes et des circulations de l'unité, mise en place d'un chauffage centralisé basse consommation, éclairage par LED basse consommation, VMC centralisée double flux ;
- d'initier dès 2020, des opérations spécifique pour baisser la consommation :
  - mise en place de la production des panneaux solaires existants,
  - mise en place d'une nouvelle chaudière à gaz basse consommation qui gère aussi l'eau chaude sanitaire en complément du dispositif solaire,
  - réflexion sur la progression du remplacement des anciens luminaires par des LEDs (UPAD fait, HOSTALET Fait, Bâtiment principal en cours sur certaines zones),
  - réflexion sur l'isolation thermique des toitures anciennes,
  - réflexion sur centralisation VMC double flux avec récupération d'énergie
  - diminution de la température d'hiver (22° en chambre et 19° dans les locaux sans résident)
  - mise en place d'un système de climatisation centralisé des circulations des 1<sup>er</sup> et 2<sup>ème</sup> étage du bâtiment principal zones 3 / 4 / exposées Sud pour un meilleure confort d'été sans utiliser d'appareils individuels très énergivore,
  - projet de toit photovoltaïque en auto-consommation sur toiture Résidence et Sènes.

## 2.6 Objectifs CPOM

Les objectifs du CPOM 2019/2023-2024 ont été définis avec nos autorités de tarification et de contrôle (ARS, CD 81) dans le cadre du contrat pluriannuel d'objectifs et de Moyens (CPOM) signé fin 2018 pour la période « 2019 -2023 » puis prorogé d'une année jusqu'à fin 2024 suite à la crise sanitaire et autres (2020 et 2022...) .

Les grands axes du CPOM sont les suivants :

- **Axe 1 => Droits, libertés et participation des usagers**

Il concerne l'actualisation des outils de la loi 2002 garantissant les droits et libertés des personnes accueillies, l'écriture des projets de service spécifique (PASA, HT, RA...), le maintien de la participation des usagers (CVS, revues qualités, commission menu...) et la formalisation de la démarche éthique.

- **Axe 2 => Contribution au parcours et à la réponse aux besoins territoriaux**

Il concerne la contribution aux parcours de prise en charge, le renforcement du partenariat avec l'HAD, la mise en place de la télémédecine et la réponse de l'EHPAD aux besoins territoriaux (PASA, APA...).

- **Axe 3 => Amélioration de l'efficience et du pilotage interne**

Il concerne l'avancement du projet architectural HOSTALET , la poursuite des réflexions en terme de partenariat (RDJ,...) et le volet gestion des ressources humaines.

- **Axe 4 => Prévention, qualité et gestion des risques**

Il concerne le développement de l'astreinte infirmière de nuit mise en place avec d'autres EHPAD sous pilotage HPA et de la prise en charge des soins palliatifs avec RESOPALID.

MQ N°	30			
Indice :	21			
		FONCTION	VISA	DATE
Rédaction, validation qualité		Animatrice qualité		31/03/2023
Vérification, validation technique		Directeur		31/03/2023
Approbation et applicable :		Directeur		01/04/2023



## Chapitre 3 : Le Système de Management Qualité (SMQ)

### 3.1 Périmètre du système qualité

Le champ d'application prévu concerne sept activités clefs de l'établissement :

- Le processus : « Évaluer, orienter, admettre »
- Le processus : « Offrir des animations, culte, activités occupationnelles, spectacles »
- Le processus : « Offrir des soins »
- Le processus : « Accompagner la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer, stade sévère : (Toulouse-Lautrec) »
- Le processus : « Maintenir en priorité la vie sociale et l'autonomie : (Résidence) »
- Le processus : « Assurer une réponse à des besoins polyvalents » (Hostalet, Gauguin et Van Gogh) »
- Le processus : « Accompagner la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer (déambulants, fugeurs) (UPAD) »

Le périmètre est constitué de l'ensemble des sites de l'EHPAD Saint Joseph (Bâtiment Résidence, Bâtiment Principal avec les unités Gauguin 1<sup>er</sup> étage, Van Gogh 2<sup>ème</sup> étage et Toulouse Lautrec 3<sup>ème</sup> étage, Bâtiment UPAD et Bâtiment Hostalet, Bâtiment Sènes pour les projets à venir et local poubelle).

**Le système de management de la qualité de l'établissement se réfère à la norme internationale ISO 9001 : 2015.**

**Le domaine d'activité certifié : Accompagner le vieillissement : Soigner, Accueillir, Restaurer, Animer, Aider, Héberger connu sous l'acronyme SARA AH.**

Accompagner le vieillissement :  
Soigner, Accueillir, Restaurer, Animer, Aider, Héberger. (SARA AH)

voir Cartographie des processus citée en annexe : [DQ\\_19](#)

La réalisation d'un de nos processus a été confiée à un sous-traitant : la réalisation des repas servis à nos résidents. Ce processus est suivi et maîtrisé au travers du processus « Gérer les achats ». Cf. [FPRO 206](#).

La prestation de blanchisserie est réalisée en partie en externe (linge d'hôtellerie) et en partie en interne (linge de corps).

Concernant la fourniture et entretien du linge plat, cette prestation est réalisée en externe par l'AGAPEI dans le cadre d'un contrat de prestation de service avec un établissement de service et d'aide par le travail pour des personnes handicapées « ESAT Chantecler ». Les personnes adultes handicapées y exercent une activité professionnelle dans un cadre de travail adapté à leur situation, elles bénéficient d'un accompagnement professionnel individualisé et de formation au poste de travail. Elles sont accompagnées par du personnel compétent tant dans le domaine technique que dans l'adaptation vers l'emploi. Cette prestation permet à l'EHPAD de remplir une partie de son obligation d'emploi de travailleurs handicapés (OETH).

MQ N°	30			
Indice :	21			
		FONCTION	VISA	DATE
Rédaction, validation qualité		Animatrice qualité		31/03/2023
Vérification, validation technique		Directeur		31/03/2023
Approbation et applicable :		Directeur		01/04/2023

### 3.2 Termes et définitions Qualité (ISO9001)

#### **ACTION CORRECTIVE**

Action visant à éliminer la cause d'une non-conformité ou d'une autre situation indésirable détectée.

#### **ACTION PREVENTIVE**

Action visant à éliminer la cause d'une non-conformité potentielle ou d'une autre situation potentielle indésirable

#### **ASSURANCE DE LA QUALITE**

Partie du management de la qualité visant à donner confiance en ce que les exigences pour la qualité seront satisfaites

#### **AUDIT**

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 sont satisfaits

*NOTE : Les audits internes, appelés parfois «audits première partie» sont réalisés par, ou au nom de l'organisme lui-même pour des raisons internes et peuvent constituer la base d'une auto déclaration de conformité. Les audits externes comprennent ce que l'on appelle généralement les audits seconde ou tierce partie». Les audits seconde partie sont réalisés par des parties, telles que des clients, ayant un intérêt dans l'organisme, ou par d'autres personnes en leur nom. Les audits tierce partie sont réalisés par des organismes externes indépendants. De tels organismes fournissent l'enregistrement ou la certification de conformité à des exigences comme celles de l'ISO 9001 et de l'ISO 14001.*

#### **CHAMP DE CERTIFICATION :**

Représente l'ensemble des activités proposées par l'organisme pour la certification et couverte par le système qualité à certifier et se traduit dans le libellé. Exemple : accueil et admission, le processus soins infirmiers...

#### **CLIENT**

Organisme ou personne qui reçoit un service. C'est à dire les personnes âgées, leur famille.

#### **COMPETENCE**

Aptitude démontrée à mettre en œuvre des connaissances et savoir-faire

#### **CONTROLE**

Évaluation de la conformité par observation et jugement accompagné si nécessaire de mesures, d'essais ou de calibrage

#### **CORRECTION**

Action visant à éliminer une non-conformité détectée

#### **CRITERES D'AUDIT**

Ensemble de politiques, procédures ou exigences utilisées comme référence

#### **DEFAULT**

Non satisfaction d'une exigence relative à une utilisation prévue ou spécifiée

#### **DOCUMENT**

Support d'information et l'information qu'il contient

#### **ENREGISTREMENT**

Document faisant état de résultats obtenus ou apportant la preuve de la réalisation d'une activité

MQ N°	30			
Indice :	21			
		FONCTION	VISA	DATE
Rédaction, validation qualité		Animatrice qualité		31/03/2023
Vérification, validation technique		Directeur		31/03/2023
Approbation et applicable :		Directeur		01/04/2023

## ENVIRONNEMENT DE TRAVAIL

Ensemble des conditions dans lesquelles le travail est effectué

## EXIGENCE

Besoin ou attente formulés ou habituellement implicites ou imposés

## INFRASTRUCTURES

Système des installations, équipements et services nécessaires pour le fonctionnement d'un organisme

## NON CONFORMITE

Non satisfaction d'une exigence

## OBJECTIF QUALITE

Ce qui est recherché ou visé, relatif à la qualité

## PERIMETRE DE CERTIFICATION :

Couvre tous les sites géographiques ou entités organisationnelles concernés partiellement ou en totalité par le champ de certification pour un certificat donné. Exemple : la Résidence...

## PLAN QUALITE

Document spécifiant quelles procédures et ressources associées doivent être appliquées par qui et quand, pour un projet, un produit, un processus ou un contrat particulier

## PLANIFICATION DE LA QUALITE

Partie du management de la qualité axée sur la définition des objectifs qualité et la spécification des processus opérationnels et des ressources afférentes, nécessaires pour atteindre les objectifs qualité

*NOTE : L'élaboration de plans qualité peut faire partie de la planification de la qualité.*

## PREUVES D'AUDIT

Enregistrements, énoncés de faits ou autres informations pertinents pour les critères d'audit et vérifiables

*NOTE : Les preuves d'audit peuvent être qualitatives ou quantitatives.*

## PROCEDURE / PROCESSUS

Manière spécifiée d'effectuer une activité ou un processus / Ensemble d'activités corrélées ou interactives qui transforme des éléments d'entrée en éléments de sortie

## POLITIQUE QUALITE

Orientations et intentions générales d'un organisme relatives à la qualité telles qu'elles sont officiellement formulées par la direction

## PRODUIT

Résultat d'un processus

## QUALITE

Aptitude d'un ensemble de caractéristiques intrinsèques à satisfaire des exigences

## SYSTEME DE MANAGEMENT

Système permettant d'établir une politique et des objectifs et d'atteindre ces objectifs

## SYSTEME DE MANAGEMENT DE LA QUALITE

Système de management permettant d'orienter et de contrôler un organisme en matière de qualité

MQ N°	30			
Indice :	21			
		FONCTION	VISA	DATE
Rédaction, validation qualité		Animatrice qualité		31/03/2023
Vérification, validation technique		Directeur		31/03/2023
Approbation et applicable :		Directeur		01/04/2023

### 3.3 Structure du système qualité de l'établissement

Le système qualité mis en œuvre par l'EHPAD Saint Joseph est en accord avec la version 2015 de la norme internationale ISO 9001. Le système management qualité est décrit par le manuel qualité.

La documentation du système de management de la qualité de l'EHPAD Saint Joseph comprend :

- un manuel qualité.
- des fiches de processus avec des fiches d'indicateurs
- des processus et des procédures
- les procédures documentées exigées par la norme ISO 9001 version 2008.
- des fiches d'instruction
- des modèles
- des documents « qualité » divers.

Voir Les outils de notre système qualité, et leur fonction : [MOD 105](#) « pyramide : les outils de notre système qualité » (Notes : Les interactions entre processus sont mis en évidence par les Fiches de processus)

La gestion du manuel qualité est sous la responsabilité de l'animatrice qualité qui en assure la mise à jour, la vérification, la diffusion interne ou externe. Ces mises à jour interviennent à chaque fois qu'un chapitre identifié est remis en cause par un changement organisationnel. En dehors des évolutions pour modification, le manuel sera revu tous les 3 ans pour s'assurer de son adéquation avec le système mis en place lors d'une revue de direction et/ou lors du renouvellement de la certification. Les diffusions internes sont contrôlées, et font l'objet des mises à jour régulières. La dernière version du MQ est consultable sur le site intranet qualité. Les diffusions externes sont non contrôlées, car elles ne font pas l'objet de mises à jour. Les versions périmées du MQ sont conservées et archivées par l'animatrice qualité. A chaque nouvelle version du MQ, la date et le numéro de version sont changés sur toutes les pages du MQ et celui-ci est de nouveau approuvé par la Directrice. L'original de chaque version est conservé aux archives.

### 3.4 Procédure de maîtrise des documents et enregistrements du système qualité

La maîtrise des documents s'applique aux documents créés en interne pour répondre aux exigences du système qualité ISO 9001 version 2015 (Manuel qualité, procédures, processus, documents et fiches d'instruction) ainsi qu'aux documents de diverses origines externes. La gestion complète de la documentation créée en interne est effectuée par l'animatrice qualité : rédaction, diffusion, modification et archivage.

La maîtrise des documents externes concerne certains documents choisis par la Direction, sur propositions si besoin des pilotes de processus.

Voir fiche de processus de Veille à l'évolution du métier et de la législation – [FPRO221](#)

Voir procédure : Maîtrise des documents du système qualité - [PROCD 5](#)

Les Documents qualités dont la diffusion est réalisée (OUI dans le fichier de diffusion, à la colonne « diffusion ») sont des documents que l'on trouve ailleurs que dans le classeur des documents qualités vert (endroits spécifiés dans le fichier [DQ10](#)). Les Documents qualités dont la diffusion est maîtrisée (OUI dans le fichier de diffusion, à la colonne « assurance d'avoir le DQ à la dernière version ») sont des documents sur lesquels le service qualité garantit que le document est au bon indice, pour les endroits où l'on est sensé le trouver. Pour les copies de « documents qualités » délivrées par le service qualité, celui-ci tamponne le document afin d'indiquer qu'il est sensé évoluer et qu'il est nécessaire de s'assurer, auprès du service qualité, du bon indice de ce document.

L'EHPAD Saint Joseph dispose d'une procédure permettant d'identifier, de ranger, de récupérer et d'éliminer des enregistrements qualité. Voir procédure : Maîtrise des enregistrements qualité- [PROCD 11](#)

MQ N°	30			
Indice :	21			
		FONCTION	VISA	DATE
Rédaction, validation qualité		Animatrice qualité		31/03/2023
Vérification, validation technique		Directeur		31/03/2023
Approbation et applicable :		Directeur		01/04/2023

## Chapitre 4 : Responsabilité de la direction, Ressources

### 4.1 Engagement de la direction

Voir chapitre 1 : Déclaration du Président, déclaration du Directeur

La direction est en permanence à l'écoute des exigences des clients (personnes âgées, familles, acteurs internes et externes) et veille à la satisfaction des besoins et des attentes des résidents, sous réserve des moyens alloués par les pouvoirs publics, par divers moyens :

- par le biais d'une procédure pour réaliser les enquêtes clients : voir [PROCD 44](#)
- par la réalisation d'enquêtes de satisfaction : voir [DQ035](#) et [DQ356](#)
- par des procédures de recueil et traitement des réclamations clients : voir [PROCD004](#)

Le Président, en accord avec la direction, définit la politique qualité. La direction définit les objectifs de la politique qualité et leurs engagements. Voir chapitre 1 déclaration de la direction

A l'issue des revues de direction, les objectifs qualité, la politique qualité et les actions d'amélioration correspondantes sont décidées et consignées dans le compte-rendu des revues de direction. Voir Procédure de Revue de Direction : [PROCD15](#)

Les activités de planification comprennent le système de management de la qualité dans sa globalité et un logiciel de groupe de travail « Egroupware » accessible depuis son ordinateurs (sorte d'intranet qualité).

### 4.2 Responsabilité, autorité et communication

Sur délégation du Président, la direction décide des moyens nécessaires à la réussite de la démarche qualité de l'EHPAD Saint Joseph. Ces moyens sont cependant soumis à l'approbation des pouvoirs publics financeurs, et à leur décision.

Voir Organigramme hiérarchique de l'établissement : [DQ 49](#)

Voir fiche de fonction [MOD120](#)

La directrice en sa qualité de représentante de l'établissement est chargée de faire un point régulier du fonctionnement du système de management de la qualité et des besoins d'amélioration, à l'occasion des revues de direction, et des revues de processus et en assure par différents moyens appropriés la communication au sein de l'EHPAD Saint Joseph. Voir fiche de processus de communication – [FPRO 165](#)

### 4.3 Revues de direction et autres réunions

#### Reuves de direction :

Les revues de Direction sont préparées par l'animatrice qualité, animées et présidées par la Directrice, au minimum une fois par an et suivant un ordre du jour préétabli. Voir procédure : Revue de Direction - [PROCD 15](#).

#### Reuves de processus :

Les revues de Processus sont préparées par l'animatrice qualité, animées et présidées par le Pilote de processus, en présence de la direction au minimum une fois par an et suivant un ordre du jour préétabli. Voir procédure : Revue de Processus - [PROCD 259](#).

MQ N°	30			
Indice :	21			
		FONCTION	VISA	DATE
Rédaction, validation qualité		Animatrice qualité		31/03/2023
Vérification, validation technique		Directeur		31/03/2023
Approbation et applicable :		Directeur		01/04/2023

### **Réunion du comité pilotage qualité :**

Le comité directeur qualité se réunit une fois par semaine, avec la direction, l'animatrice qualité, l'infirmière coordinatrice, la géronto-psychologue. Il réalise une veille MICRO réglementaire et de métier, analyse les réclamations clients, les fiches de constats, étudie la planification des fiches d'actions correctives si besoin, et éventuellement des fiches d'actions préventives.

### **Réunion de la commission pluridisciplinaire :**

Elle est animée par l'infirmière référente et se réunit hebdomadairement. Elle rassemble les infirmiers, le médecin coordonnateur, la psychologue, l'ergothérapeute et/ou la psychomotricienne selon les problèmes à aborder et éventuellement la directrice. La commission pluridisciplinaire a pour mission de traiter les difficultés rencontrées, de planifier les actions d'amélioration concernant les soins, d'assurer le suivi des résidents. (Projet de vie individuel, évaluation, plan de soins, surveillance...).

### **Réunion de « gestion des risques » :**

Elle est animée par la directrice ou la directrice adjointe et se réunit hebdomadairement. Elle rassemble les membres de la direction, l'animatrice qualité, la géronto-psychologue, l'infirmière coordinatrice, le médecin coordonnateur, le service technique et le secrétariat. Elle a pour objectif de faire une analyse des risques de tous les processus (30 mn), de mutualiser les informations sur le suivi des activités du processus (45 mn) et de faire le suivi des objectifs d'améliorations (30 mn). L'exhaustivité ne doit être recherché mais l'urgence.

### **Réunion technique et informatique :**

Elle est animée par la directrice. Elle se compose de la directrice et le personnel du service technique. Il s'agit de repérer les problèmes urgents, de faire le suivi avec les classeurs fournisseurs et de faire le suivi de l'avancement des actions avec le précédent relevé de décision.

## **4.4 Management des ressources**

L'EHPAD Saint Joseph met à disposition des ressources, identifiées, disponibles, essentielles à la mise en œuvre de la stratégie et à la réalisation des objectifs qualité de l'organisme.

Les catégories de ressources essentielles pour le système de management de la qualité sont les suivantes :

- Moyens humains (qualitatif, quantitatif, formation, savoir-faire...)
- Fournisseurs, partenaires
- Installations, équipements, environnement de travail
- Critère de réalisation, objectifs...
- Documents qualités (procédures...),
- Lois et Décrets...

L'organisation des recrutements est définie par :

- Voir procédure de recrutement d'un CDD : [PROCD107](#)
- Voir procédure de recrutement d'un CDI: [PROCD 142](#)

Pour respecter les exigences de la norme ISO 9001, une procédure d'évaluation et formation du personnel est mise en place. Les enregistrements de ces formations se trouvent dans le dossier de chaque salarié. Voir *procédure d'évaluation et formation du personnel* : [PROCD 136](#)

Dans le cadre de son activité, l'EHPAD Saint Joseph utilise des biens matériels dont la logistique et la maintenance sont assurées par des procédures prévues à cet effet. Voir *fiche de processus de maintenance et de logistique* : [FPRO 203](#). Voir [PROCES286](#) *Gestion des déchets*.

La notion d'environnement de travail est notée sur chaque fiche processus [MOD 87](#)

Voir *fiche de processus « gérer la sécurité incendie »* [FPRO 197](#)

MQ N°	30			
Indice :	21			
		FONCTION	VISA	DATE
Rédaction, validation qualité		Animatrice qualité		31/03/2023
Vérification, validation technique		Directeur		31/03/2023
Approbation et applicable :		Directeur		01/04/2023

# Chapitre 5 : Réalisation du produit

## 5.1 Planification de la réalisation des activités

La planification et le développement des processus nécessaires à la réalisation du service sont assurés en cohérence avec le système qualité de l'EHPAD Saint Joseph et avec les exigences de la norme. Voir [MOD 88](#) et [MOD 89](#) (modèles de processus et procédures)

## 5.2 Processus relatifs aux clients

- Détermination des exigences relatives au produit

Elles sont définies par :Fiche de processus selon [modèle 87](#)

La planification est définie par : Processus selon [modèle 88](#), Procédure selon [modèle 89](#), Fiche d'instruction selon [modèle 111](#).

Le contrôle de la conformité du produit et du processus :Fiche INDIC selon [modèle 121](#).

- Revue des exigences relatives au produit

Elles sont définies notamment dans chaque « fiche de processus » et « processus » relatives au service concerné. D'autre part, l'EHPAD Saint Joseph s'engage à assurer une écoute client ([FPRO 159](#)) et à communiquer aux clients suite à leurs réclamations ([PROCD 18](#)).

## 5.3 Conception et Développement

A ce jour, nous n'avons pas d'activité de conception à l'EHPAD Saint Joseph. Cette exigence est considérée comme non applicable.

## 5.4 Achats

L'EHPAD Saint Joseph peut également faire appel à des partenaires extérieurs à l'établissement qui sont dûment habilités. Une liste de ces partenaires est établie et mise à jour annuellement.

Un suivi de la qualité des interventions de certains partenaires est réalisé lors des revues de direction, ou en revue de processus. Voir [DQ 123](#), [DQ124](#), [DQ 213](#),[DQ214](#),[DQ216](#),[DQ217](#), [DQ218](#)

La préparation des repas est confiée à un sous-traitant (cf. §1.2). Dans le cadre de la maîtrise de ce processus, une demande semestrielle est faite à notre sous-traitant afin d'obtenir les enregistrements de relevés de température à réception.Dans le cadre de ces activités, l'EHPAD Saint Joseph peut effectuer des achats de matériels et équipements nécessaires à la réalisation de ses activités. A cet effet, elle dispose d'une procédure appropriée. Voir fiche de processus « Gérer les achats » – [FPRO 206](#)

MQ N°	30			
Indice :	21			
		FONCTION	VISA	DATE
Rédaction, validation qualité		Animatrice qualité		31/03/2023
Vérification, validation technique		Directeur		31/03/2023
Approbation et applicable :		Directeur		01/04/2023

## 5.5 Préparations et activités

### A/ Maîtrise des activités

L'ensemble des processus, procédures, fiches d'instruction élaboré par l'EHPAD Saint Joseph permet au personnel de disposer de la marche à suivre pour une bonne exécution des prestations de services.

Voir [DQ 10](#) Fichier des documents qualité

### B/ Validation des processus

Les processus sont validés par les pilotes des processus les concernant. Les fiches de processus sont validées par le Directeur. Voir détail dans procédure de maîtrise des documents : [PROCD 5](#).

### C/ Identification et traçabilité

Afin de donner la réponse la plus pertinente aux exigences du client mais aussi de réaliser un suivi dans le temps de la qualité des activités réalisées, l'EHPAD Saint Joseph a mis au point un ensemble de processus et de procédures permettant :

- D'identifier toutes les phases de réalisation des activités, Modèle procédure et processus ([MOD 89, 88](#) et tous les documents qualité liés à une activité)
- De suivre l'évolution de la production du service offert (DQ servant d'enregistrement, voir [PROCD 11](#) – maîtrise des enregistrements)
- De pouvoir retrouver tous les enregistrements réalisés ([PROCD11](#) - maitrise des enregistrements).

### D/ Propriété du client

Les biens personnels amenés par les résidents, tous les documents et les informations confidentielles le concernant constituent la propriété du client. Celle-ci est identifiée. Un état des lieux est assuré à l'entrée. Les modalités de protection sont définies dans le contrat de séjour ainsi que dans le tableau de suivi des documents qualité. Voir Contrat de séjour [DQ N° 27](#); Voir Tableau de suivi des documents qualité [DQ N° 10](#)

### E/ Préservation du produit

Dans le cadre de la réalisation de ses prestations, l'EHPAD Saint Joseph assure le stockage et la gestion notamment des produits destinés aux services d'hygiène et soignants.

## 5.6 Maîtrise des dispositifs de surveillance et de mesure

Chaque activité du périmètre qualité de l'EHPAD Saint Joseph fait l'objet de procédés de surveillance et de mesure afin de respecter les différentes exigences déterminées préalablement. Voir fiche d'indicateur : « Fiche d'indicateurs et de pilotage des processus »- [MOD 121](#).

Certaines dispositions sont spécifiques et explicitées ci-après :

### **Température des résidents :**

Les outils de mesure destinés à l'appréciation de la prise de température des résidents ne produisent qu'une indication. Il est de la responsabilité des médecins et des infirmiers de procéder à une autre mesure en cas de doute.

### **Température d'ambiance :**

MQ N°	30			
Indice :	21			
		FONCTION	VISA	DATE
Rédaction, validation qualité		Animatrice qualité		31/03/2023
Vérification, validation technique		Directeur		31/03/2023
Approbation et applicable :		Directeur		01/04/2023



A- Tous les thermomètres d'ambiance ont une valeur d'indication. Toutes les chambres doivent comprendre un thermomètre mural, dans la mesure où le résident l'accepte, et que cela ne présente pas un risque de sécurité. Les lieux de vie comprennent aussi des thermomètres d'ambiance.

B- En cas de doute sur l'indication donnée, un contrôle du thermomètre est effectué par une mesure avec deux autres thermomètres, par le service technique. En cas de différence de température de plus de deux degrés, le thermomètre est changé.

### **Température des réfrigérateurs contenant des aliments :**

A - La température des réfrigérateurs est contrôlée quotidiennement, avec traçabilité.

B - Les thermomètres des réfrigérateurs contenant des aliments sont contrôlés tous les ans par le service technique. Dans le cas d'un écart de plus de 2°C, le thermomètre est changé, ou le dispositif erroné réparé ou mis hors d'usage.

C - Le thermomètre étalon servant au contrôle des thermomètres est étalonné à partir de trois thermomètres mesurant le même objet ou ambiance, cela avant le contrôle des thermomètres des réfrigérateurs.

### **Température des réfrigérateurs contenant des médicaments :**

A- la température des réfrigérateurs contenant des médicaments est contrôlée hebdomadairement par les infirmiers. La mesure est notée dans Netsoins. En cas de température supérieure à 6°C, alerter le service technique pour réparation immédiate.

B- les thermomètres sont contrôlés une fois par an, en même temps et selon la même procédure que les réfrigérateurs contenant des aliments, idem pour l'étalon

**En cas de défaillance du réfrigérateur ou du thermomètre :** Si la température du réfrigérateur est non-conforme, jeter les médicaments, trouver palliativement un autre réfrigérateur, réparer ou remplacer le réfrigérateur défaillant dans les plus bref délais. Dans cette situation, le médecin coordonnateur sera obligatoirement prévenu, ainsi que le directeur.

### **Température des réseaux d'eau :**

A- La température des réseaux d'eau est contrôlée hebdomadairement (*copies d'écran dans dossier communication/légionelle*) pour maîtriser le risque légionelle.

B- les thermomètres sont contrôlés une fois par an, en même temps et selon la même procédure que les réfrigérateurs contenant des aliments, idem pour l'étalon.

### **Poids :**

Les instruments de mesure du poids des résidents sont contrôlés par le service technique une fois par an avec des poids de référence. Ces mesures ne constituent qu'une indication, et ne servent pas pour l'attribution de médicaments dangereux. Comme pour les thermomètres, le contrôle des différents instruments de pesée nous permet de contrôler nos poids de référence. Seuls, les instruments identifiés par l'étiquette SETON sont valables. Il est de la responsabilité des médecins et des infirmiers de procéder à une autre mesure en cas de doute.

### **Tensiomètres :**

La prise de tension ne constitue qu'une indication. Il est de la responsabilité des infirmiers de procéder à une autre mesure en cas de doute concernant l'instrument de mesure.

### **Organisation générale :**

Les appareils sont identifiés par un numéro. Ils sont référencés dans la liste du matériel DQ 404. Cette liste est mise à jour par l'animatrice qualité sur demande des différents services.

Les vérifications (sauf réfrigérateurs médicaments ou servant à la réception des livraisons des plats) et entretiens sont planifiés dans le logiciel Netsoins. Les contrôles sont enregistrés sur le document en question.

MQ N°	30			
Indice :	21			
		FONCTION	VISA	DATE
Rédaction, validation qualité		Animatrice qualité		31/03/2023
Vérification, validation technique		Directeur		31/03/2023
Approbation et applicable :		Directeur		01/04/2023

## Chapitre 6 : Mesure, analyse et amélioration

L'outil de mesure et de surveillance concernant l'EHPAD Saint Joseph repose sur les activités principales suivantes :

- Procédure de maîtrise des non-conformités ([PROCD 4](#))
- Procédure de traitement des actions correctives et préventives ([PROCD 13](#))
- Procédure de planification et de réalisation des audits de qualité interne ([PROCD 16](#))
- Procédure de Revue de Direction ([PROCD 15](#))
- Réunions : comité directeur et comité de pilotage ([MOD 3, 12](#))
- Fiches d'indicateurs et de pilotage des processus ([MOD 121](#))

### 6.1 Surveillance et mesure

#### A/ Satisfaction du client

L'EHPAD Saint Joseph, afin de surveiller la perception du client sur le niveau de satisfaction des exigences, utilise des outils :

- [PROCES 134](#) « écoute client »
- Évaluation de la satisfaction par enquêtes auprès des clients : [PROCD 44](#)

#### B/ Procédure Audit interne

Des audits internes qui concernent l'ensemble du système qualité sont programmés par la Direction. Ces audits permettent de vérifier l'efficacité du système et d'engager éventuellement les actions correctives qui s'imposeraient. L'application et l'efficacité des actions correctives décidées par le directeur sont vérifiées par l'animatrice qualité. Voir détail dans la procédure de « Planification et réalisation des audits qualités internes » [PROCD16](#)

#### C/ Surveillance et mesure des processus

L'ensemble des processus fait l'objet de méthodes de surveillance et de mesure appropriées dans le but d'assurer le suivi des activités et de décider, le cas échéant, des actions correctives ou préventives. [Procédure 151](#) « Mesure et surveillance des processus »

#### D/ Surveillance et mesure du produit

Des indicateurs permettent de surveiller les services afin de vérifier que les exigences sont satisfaites. Lorsque les résultats planifiés ne sont pas atteints, des actions correctives sont entreprises.

Voir [modèle 121](#) fiches d'indicateurs et de pilotage des processus

### 6.2 Procédure de maîtrise des non-conformités

Les non-conformités appelées « fiches de constats » sont notées par le personnel de l'EHPAD Saint Joseph, les familles, les résidents, médecins... sur des fiches prévues à cet effet (fiche jaune). Le mode de traitement des non conformités fait l'objet d'une procédure particulière. Voir détail dans la procédure de « Maîtrise des non-conformités » [PROCD 4](#)

MQ N°	30			
Indice :	21			
		FONCTION	VISA	DATE
Rédaction, validation qualité		Animatrice qualité		31/03/2023
Vérification, validation technique		Directeur		31/03/2023
Approbation et applicable :		Directeur		01/04/2023

## 6.3 Analyse et amélioration

### A/ Analyse des données

L'EHPAD Saint Joseph utilise des graphiques et des statistiques simples sur un logiciel pour le suivi de ses objectifs qualités. Ces graphiques et ces statistiques sont préparés et analysés par l'animatrice qualité en revue de processus ou de direction.

### B/ Amélioration

Les non-conformités sont analysées à chaque réunion comité directeur qualité et en réunion de comité de pilotage qualité. Les causes d'apparition des anomalies sont systématiquement recherchées. Ensuite des actions correctives sont mises en œuvre. L'efficacité des solutions appliquées est vérifiée.

En outre, les risques de non qualité potentiels sont identifiés et font l'objet d'actions préventives.

Voir détail dans procédure «Traitement des actions correctives et préventives. [PROCD 13](#)

MQ N°	30			
Indice :	21			
		FONCTION	VISA	DATE
Rédaction, validation qualité		Animatrice qualité		31/03/2023
Vérification, validation technique		Directeur		31/03/2023
Approbation et applicable :		Directeur		01/04/2023