



EHPAD PUBLIC

de

BEAUMONT DE LOMAGNE

Politique

Qualité

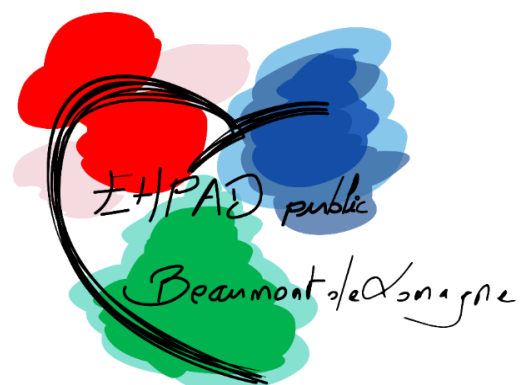
et gestion des risques

Version 1

Avis favorable du Conseil de la vie sociale réuni le 14 05 2025

Avis favorable du Comité social d'établissement réuni le 15 05 2025

Délibération du Conseil d'administration réuni le 15 04 2025



Sommaire

Introduction	3
Nos modes d'actions	4
Les personnes ressources	5
1. LA DIRECTION	5
2. LA REFERENTE QUALITE	5
3. L'ENCADREMENT	5
4. LES REFERENTS	5
5. LES PARTENAIRES EXTERNES	5
Nos outils de démarche qualité	6
1. LES INSTANCES	6
a. Le Comité social d'établissement (CSE)	6
b. Le Conseil de la vie sociale (CVS)	6
2. LES LOGICIELS	6
3. LES PROCEDURES	7
4. LES EVENEMENTS INDESIRABLES	8
5. LES PUBLICATIONS	8
6. LES REUNIONS THEMATIQUES	8
a. La cellule technique et sécurité (CT)	8
b. La revue opérationnelle d'événements indésirables (ROEI)	9
c. La cellule restauration (CR)	9
d. La réunion gestion de projet HAS (GP HAS)	9
f. Le comité de retour d'expérience (CREX)	10
7. LES FICHES D'AMELIORATION DE LA QUALITE	10
La mise à jour de la politique qualité	11
Annexes	12
Charte de confiance	12
Notre calendrier qualité	13

Introduction

Le présent document a pour objet de décrire la politique de la qualité et de la gestion des risques ambitionnée par l'Ehpad public de Beaumont de Lomagne.

La formalisation de la politique qualité est une étape essentielle à la mise en œuvre d'une démarche dynamique d'amélioration continue du service rendu aux usagers de l'établissement et des services à domicile qu'il gère.

Les enjeux d'une politique qualité sont divers. Elle répond d'abord à une exigence réglementaire. En effet, le déploiement d'une démarche qualité au sein des établissements médico-sociaux est rendu obligatoire par la loi. Mais au-delà de ces considérations légales, l'Ehpad public est convaincu qu'une démarche qualité sincère et volontaire permet :

- d'améliorer la qualité et la sécurité du service rendu aux résidents et aux usagers des services à domicile ;
- de créer des conditions de travail favorables et sécurisées pour les agents ;
- d'interroger régulièrement les organisations ;
- de se conformer à la réglementation en vigueur.

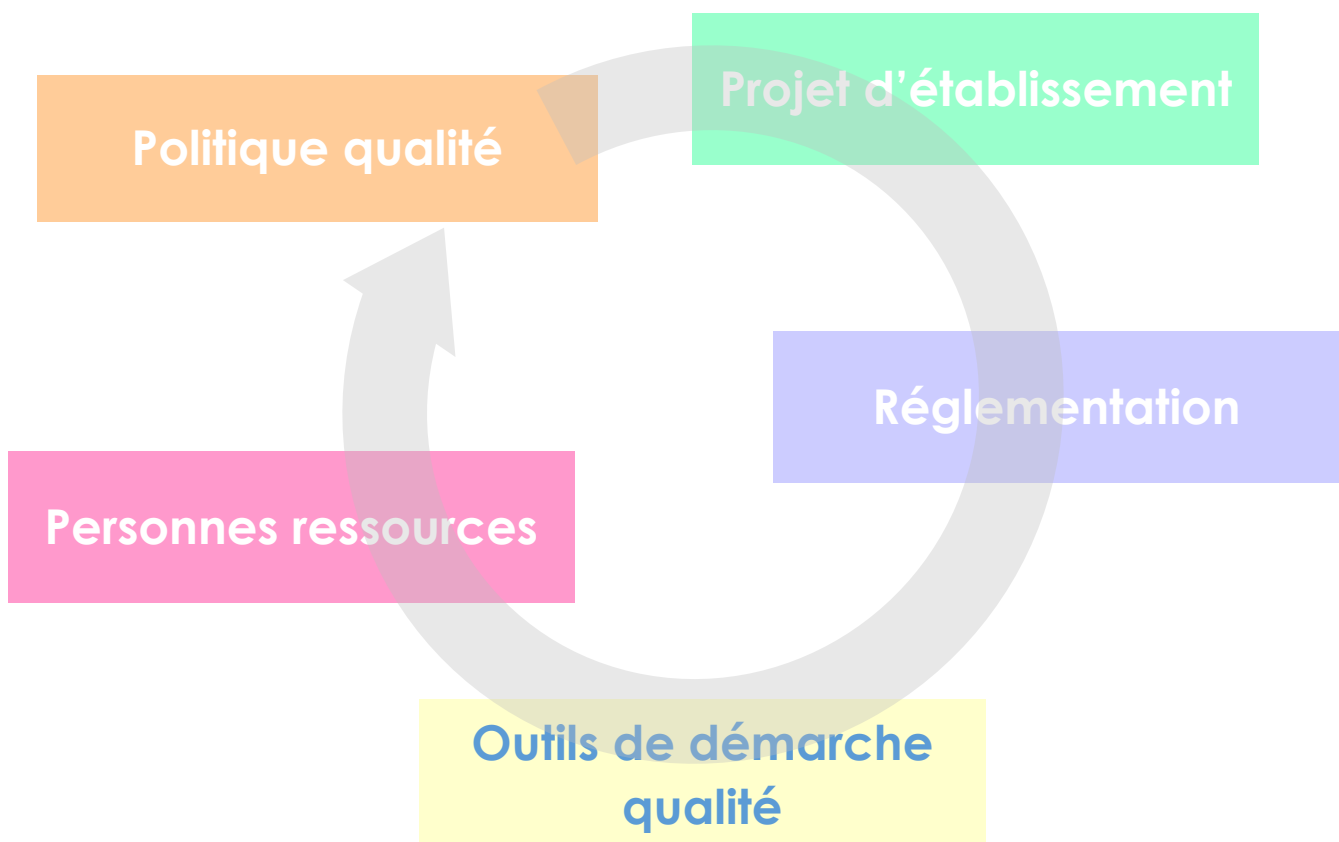
Le cœur d'activité de l'établissement est l'accueil et l'hébergement de personnes âgées ainsi que l'accompagnement et les soins à domicile. La politique qualité peut à ce titre paraître accessoire. Pourtant, cette discipline embrasse l'ensemble des activités de l'établissement. Son impact sur les quotidiens de toutes les parties prenantes est donc potentiellement très fort. Le bénéfice du temps investi dans la démarche qualité sur notre activité quotidienne est difficilement mesurable. Mais nous sommes convaincus que le rapport est très largement positif.

La politique qualité et gestion des risques est mise à jour au moins une fois par an.

Nos modes d'actions

La politique qualité et gestion des risques de l'établissement est animée par plusieurs modes d'actions :

- **Les retours d'expérience** : la politique qualité est en majorité fondée sur les retours d'expérience de toutes les parties prenantes, qu'il s'agisse des résidents, des agents, des familles ou des visiteurs. L'établissement met à disposition des outils de déclaration permettant de recueillir ces retours d'expérience.
- **La pluridisciplinarité** : Considérant que chacun dispose d'une compétence et d'une expérience propre, toutes les parties prenantes doivent être associés à la démarche qualité.
- **La communication** : Eu égard à la charge de travail, au renouvellement des équipes et des résidents et aux modifications réglementaires, l'établissement doit trouver les bons moyens de communication pour diffuser la politique qualité et les actions qui en découlent.
- **La traçabilité** : Les organisations et métiers se complexifient. Chacune des étapes de nos processus de travail doivent désormais être tracées. Outre le fait de pouvoir justifier que telle action a bien été réalisée, cette traçabilité permet également de reconstituer un processus et de corriger et d'améliorer les étapes qui le nécessitent.



Les personnes ressources

1. LA DIRECTION

La direction de l'établissement est responsable de la définition et de la mise en œuvre de la politique qualité de l'établissement. Elle s'appuie sur les ressources humaines internes et externes ainsi que sur les outils mis en place.

2. LA REFERENTE QUALITE

La référente qualité exerce à temps plein. Elle est chargée de l'animation de la politique qualité de l'établissement. Elle favorise le développement d'une culture qualité auprès des agents.

Elle assure la diffusion et l'archivage (gestion documentaire) de l'ensemble des publications institutionnelles et techniques. Elle apporte son appui méthodologique et technique aux agents dans leur exercice quotidien et pour la rédaction de protocoles et procédures.

Elle enregistre, transfère et suit les événements indésirables et les fiches d'amélioration de la qualité.

Elle assure une veille et sollicite les partenaires extérieurs (Equipe mobile d'hygiène par exemple).

Elle coordonne les réunions thématiques de son champ de compétences (voir ci-après « Les réunions thématiques »). A ce titre, elle suit et met à jour les différents plans d'action qualité.

3. L'ENCADREMENT

Les cadres de l'établissement contribuent à la diffusion de la politique qualité de l'établissement. Elles veillent à l'utilisation par les agents des différents outils de démarche qualité. Elles participent, dans leur domaine de compétence, à la rédaction de procédures en lien avec la référente qualité.

4. LES REFERENTS

Les référents sont des agents volontaires pour assurer le suivi sur une ou plusieurs thématiques. Ils collectent des informations, alertent l'encadrement sur d'éventuels dysfonctionnements et proposent des améliorations. Ils contribuent à la mise en œuvre de la politique qualité.

5. LES PARTENAIRES EXTERNES

L'établissement a noué des partenariats avec des organismes extérieurs pouvant être sollicités pour des expertises spécifiques. Une cartographie des partenariats a été élaborée par l'établissement.

Nos outils de démarche qualité

1. LES INSTANCES

a. Le Comité social d'établissement (CSE)

Le CSE est l'instance représentative des agents de l'établissement. Les représentants du personnel font remonter les questions et suggestions des agents qui sont étudiées à l'occasion des séances.

b. Le Conseil de la vie sociale (CVS)

Le CVS est l'instance représentative des résidents et des familles. Il se réunit au moins quatre fois par an. Sa compétence est très large. Il peut se saisir et rendre un avis de tout sujet relatif à l'accompagnement des résidents.

La direction doit solliciter l'avis du CVS avant chaque projet modifiant de façon importante l'organisation de l'établissement, son fonctionnement, ses fournisseurs, etc...

2. LES LOGICIELS

a. IJTRACE

La démarche qualité s'appuie sur un logiciel qualité nommé IJTRACE, lequel contient des modules permettant d'en optimiser la gestion.

Il est accessible à l'ensemble des professionnels sur PC, tablette ou smartphone. Un code personnalisé est attribué à chaque agent lors de son arrivée dans l'établissement.

Le logiciel permet :

- ✓ L'accès à un intranet ;
- ✓ Le pilotage de la GED avec la diffusion aux fonctions concernées des versions actualisées des documents ;
- ✓ Le pilotage de la gestion des risques avec la déclaration et le suivi des événements indésirables et des plaintes /réclamations et l'actualisation de la cartographie des risques. Une notification de rédaction d'un EI est générée par le logiciel et envoyée au pilote en charge de son traitement ;
- ✓ Le pilotage du DUERP avec l'actualisation de la cartographie des risques ;
- ✓ Le pilotage du suivi des plans d'actions ;
- ✓ La gestion des enquêtes d'opinion ;
- ✓ La gestion du plan de maintenance ainsi que la saisie et le suivi des demandes de réparation ;
- ✓ La gestion du plan de nettoyage ainsi que la saisie et le suivi de la traçabilité de l'entretien des chambres, des locaux communs et des purges des points d'eau peu utilisés ;
- ✓ La gestion des commandes des repas des agents.

b. NetSoins

La gestion des soins est assurée par le logiciel Netsoins.

Ce logiciel permet la gestion des soins infirmiers et le suivi médical des résidents. Il permet la planification des soins de façon quotidienne et d'accéder, en fonction des droits d'accès accordés, aux informations de santé des résidents.

Il prend en charge la traçabilité des soins des patients, ainsi que les suivis des activités des professionnels de santé. Il permet l'extraction d'indicateurs de suivi des soins (chutes, contention, douleur...)

Toutes les informations nécessaires à l'accompagnement global et au suivi des résidents sont centralisées :

- ✓ Le dossier administratif du résident ;
- ✓ Le dossier médical et paramédical.

Le logiciel est installé sur des tablettes afin d'assurer la traçabilité des soins médicaux ou paramédicaux au plus près du résident.

c. ANISEN

La valorisation de la vie sociale s'appuie sur le logiciel ANISEN.

Il permet d'améliorer la coordination de la vie sociale des résidents.

Il propose des activités interactives et ludiques comme des jeux de mémoire, des quizz culturels et des exercices de stimulation cognitive dans le but de maintenir l'autonomie et le bien être des résidents.

Son fonctionnement repose sur une interface simple permettant aux animateurs et aux soignants d'organiser des séances ludiques ou apaisantes en fonction du profil du résident. Installé sur des tablettes il est accessible facilement autant pour les soignants que pour les résidents qui peuvent s'en servir en toute autonomie.

Il permet la planification et l'édition d'un programme d'animation.

3. LES PROCEDURES

L'établissement élabore et diffuse des procédures afin de formaliser et coordonner l'exécution d'actions dans tous ses domaines d'activité. La rédaction de procédures favorise :

- La réalisation des tâches dans le respect de l'ensemble des règles juridiques, et des bonnes pratiques morales et éthiques qui s'imposent à notre exercice professionnel ;
- La réaction rapide et coordonnée à une situation d'urgence ;
- L'accueil et l'adaptation des nouveaux résidents ;
- L'accueil et l'intégration des nouveaux agents ;

Les agents prennent connaissance des procédures à chaque mise à jour.

Elles sont publiées sur les logiciels Netsoins et IJtrace.

En un coup d'œil !	
IJ trace	Netsoins
Vous y trouverez l'ensemble des procédures techniques, des documents institutionnels et publications.	Vous y trouverez l'ensemble des procédures liées aux soins
	Dans Netsoins cliquez sur Autres > Protocoles > [Taper des mots clés dans la barre de recherche]

4. LES EVENEMENTS INDESIRABLES

La déclaration d'événement indésirable constitue l'une des principales sources d'amélioration de la qualité de l'établissement. Les agents sont fréquemment incités à déclarer l'ensemble des événements indésirables dont ils ont connaissance.

Afin de renforcer les déclarations, la direction s'est engagée, au travers d'une « Charte de confiance relative à la déclaration des événements indésirables » (voir en Annexe), « à ne pas entreprendre d'action disciplinaire ou administrative à l'encontre d'un agent impliqué dans la survenue d'un incident, d'un dysfonctionnement ou d'une erreur signalée spontanément et sans délai ».

La déclaration des événements indésirables est dématérialisée. Elle est réalisée sur IJTrace, pour les événements liés au matériel et aux risques professionnels ; sur Netsoins pour les événements liés aux soins et à l'accompagnement des résidents.

5. LES PUBLICATIONS

L'établissement diffuse sa politique qualité grâce à des publications internes.

« Le petit Q » est le journal « Info flash qualité de l'Ehpad public de Beaumont de Lomagne ». Il est préparé par la référente qualité et publié sur IJtrace dès validation par la direction. L'encadrement diffuse le journal pour le porter à la connaissance d'un maximum d'agents.



L'Ehpad public publie également un journal d'information plus généraliste : « La Pie Pelette ». Il est destiné aux résidents, aux agents, aux familles et au grand public. Il peut servir de support à des informations relatives à la politique qualité.

La Pie pelette
Le journal d'information de l'Ehpad public de Beaumont de Lomagne

6. LES REUNIONS THEMATIQUES

Des réunions thématiques sont organisées tout au long de l'année. Elles font l'objet d'une programmation prévisionnelle annuelle à la fin de l'année n-1. Chaque participant est tenu d'émarguer la feuille prévue à cet effet qui sera archivée par la référente qualité. Les pilotes des réunions sont chargés de rédiger un compte-rendu et de le diffuser après validation de la direction.

a. La cellule technique et sécurité (CT)

La CT a pour objet de coordonner le travail de la référente qualité et du service technique sur les chantiers et opérations redondants du plan d'action qualité, liés à la sécurité sanitaire, technique ou encore incendie. Les prestataires extérieurs peuvent être contactés à cette occasion.

Elle se réunit au moins 4 fois par an. Avant chaque réunion, la référente qualité adresse le compte-rendu de la précédente. Les participants peuvent ajouter des points à l'ordre du jour.

En un coup d'œil !				
Sigle	Nom développé	Nature et objectifs généraux	Pilote	Agents conviés (en italique figurent les agents pouvant être conviés selon l'ordre du jour)
	Cellule technique et sécurité	Faire le point sur les sujets liés à la sécurité de l'établissement (incendie, sanitaire, ...), aux interventions du service technique et aux travaux en cours. Relancer les prestataires.	Référente qualité	Direction, référente qualité, responsable du service technique, <i>prestataires, agents du service technique</i>

b. La revue opérationnelle d'événements indésirables (ROEI)

La ROEI traite les événements indésirables qui n'ont pas été clôturés sur la période concernée, ceux qui sont redondants ou qui nécessitent une expertise pluridisciplinaire. Elle est opérationnelle en ce que chaque participant réalise les démarches durant le temps de la réunion (relances de prestataires, mise à jour de documents, ...)

Elle se réunit au moins 7 fois par an. Avant chaque réunion, la référente qualité adresse aux participants les événements indésirables qui seront traités.

En un coup d'œil !				
Sigle	Nom développé	Nature et objectifs généraux	Pilote	Agents conviés (en italique figurent les agents pouvant être conviés selon l'ordre du jour)
ROEI	Revue opérationnelle des événements indésirables	Assurer le suivi de la prise en compte des FEI. Compléter si besoin les actions mises en place. S'assurer qu'une réponse a été apportée au déclarant.	Référente qualité	Direction, référente qualité, cadre de santé, <i>agent dont la présence est rendue nécessaire par le type de FEI à traiter</i>

c. La cellule restauration (CR)

La CR traite l'ensemble des sujets liés à l'organisation de la restauration, de la préparation des menus au traitement des déchets, en passant par la distribution des repas ou encore leur transport. Les menus peuvent être mis à jour en fonction des retours des résidents.

Elle se réunit au minimum 3 fois par an. Le diététicien adresse l'ordre du jour aux participants et rédige le compte rendu.

En un coup d'œil !				
Sigle	Nom développé	Nature et objectifs généraux	Pilote	Agents conviés (en italique figurent les agents pouvant être conviés selon l'ordre du jour)
CR	Cellule restauration	Informar les équipes sur les projets liés à la cuisine et à l'hôtellerie, recueillir les besoins des équipes cuisine et hôtellerie, traiter les demandes individuelles et collectives des résidents s'agissant de la restauration	Diététicien	Direction, gestionnaire de cuisine, responsable de production, diététicien, responsable cadre de vie, cadres de santé, hôtelières (1 de chaque site), soignantes (1 de chaque site), <i>référente qualité</i>

d. La réunion gestion de projet HAS (GP HAS)

Le GP HAS coordonne la préparation à l'évaluation qualité de l'établissement. La fréquence des réunions dépend du calendrier de l'évaluation. La référente qualité adresse à chaque participant (individuellement ou de façon groupé), l'état d'avancement du plan d'action.

En un coup d'œil !				
Sigle	Nom développé	Nature et objectifs généraux	Pilote	Agents conviés (en italique figurent les agents pouvant être conviés selon l'ordre du jour)
GP HAS	Gestion de projet évaluation HAS	Assurer le suivi de la réalisation du plan d'action relatif à l'évaluation HAS de 2025	Référente qualité	Direction, référente qualité, cadre de santé, psychologue, responsable animation et vie sociale, responsable cadre de vie, <i>agent dont la présence est rendue nécessaire par le plan d'action</i>

e. La réunion de coordination de vie sociale (CO VS)

La réunion CO VS réunit l'ensemble des parties prenantes de la vie sociale de l'établissement. Elle vise à faire un point sur la vie sociale des résidences et à coordonner les actions tendant à la dynamiser. Des retours sont faits sur les événements ou actions organisés. Des points spécifiques sur des accompagnements individuels sont réalisés.

En un coup d'œil !				
Sigle	Nom développé	Nature et objectifs généraux	Pilote	Agents conviés (en italique figurent les agents pouvant être conviés selon l'ordre du jour)
CO VS	Réunion de coordination de vie sociale	Informar les équipes sur les projets d'animation et de vie sociale, organiser des événements, partager des retours d'expérience, échanger sur l'ambiance générale et la vie sociale des résidences et des services. Réaliser des focus sur des situations et des résidents.	Olivier Guizot	Direction, cadres de santé, responsable cadre de vie, Accueil de jour, PASA, coordinatrice d'accompagnement, gestionnaire de cuisine, référente qualité, psychologue, animation et vie sociale, <i>ressources humaines, responsable du service technique.</i>

f. Le comité de retour d'expérience (CREX)

Le CREX a pour objet de valoriser l'expérience d'un événement indésirable grave en cherchant à en tirer toutes les causes d'un point de vue institutionnel, organisationnel ou individuel. Il se réunit après la survenue de chaque EIG et à la demande de la direction.

En un coup d'œil !				
Sigle	Nom développé	Nature et objectifs généraux	Pilote	Agents conviés (en italique figurent les agents pouvant être conviés selon l'ordre du jour)
CREX	Comité de retour d'expérience		Direction	

7. LES FICHES D'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ

Des fiches d'amélioration de la qualité sont mises à la disposition de tous en format papier ou dématérialisé. Elles s'adressent principalement aux résidents et aux familles. Elles permettent à chacun de faire remonter une information, un dysfonctionnement, une suggestion ou des remerciements.

Ces fiches sont disponibles sur les meubles à linge des deux sites. Une fois renseignées, elles peuvent être glissées dans la boîte à lettres fixée sur le meuble à linge. Ces boîtes sont régulièrement relevées. Une réponse est systématiquement apportée au déclarant.

En un coup d'œil !	
Résidence	Où ?
Les Cordeliers	Rez-de-chaussée, en haut des escaliers de la lingerie
Daudignon	Rez-de-chaussée, en face de l'ascenseur central.

8. LES ENQUETES D'OPINION

Dans le cadre de la démarche d'amélioration continue il est important de connaître le ressenti des résidents et des familles concernant le service rendu.

Ainsi, tous les ans, une enquête d'opinion est effectuée auprès des familles et des résidents afin de leur permettre de s'exprimer sur la prestation d'accompagnement proposée.

Les résultats de ces enquêtes nous permettent de repérer nos points forts et nos points faibles afin d'améliorer en permanence la qualité de nos prestations. Ces résultats font l'objet d'une publication.

9. LA FORMATION

a. Le plan de formation

L'établissement détermine et met en œuvre un plan de formation visant à développer ou renforcer les compétences des professionnels pour assurer un accompagnement de qualité aux résidents.

Il permet d'améliorer la qualité des soins et de l'accompagnement mais aussi de renforcer la prévention des risques (chutes, escarres, troubles du comportement...) et de sensibiliser à l'éthique et à la bientraitance.

Le CSE est systématiquement associé à l'élaboration du plan de formation. Une réunion spécifiquement dédiée à cela est organisée avant la fin de l'année n-1.

b. Les formations flashes

Des formations flashes sont organisées pour diffuser des informations ou bonnes pratiques. Elles peuvent être réalisées par un agent sur une compétence propre (psychologue, référente qualité, psychologue, ...) ou acquise lors de formation (hygiène des mains, sensibilisation canicule...) ou

La mise à jour de la politique qualité

La politique qualité a vocation à évoluer afin de s'adapter aux enjeux. Elle doit faire l'objet d'une mise à jour au minimum annuelle et chaque fois qu'une modification substantielle de la réglementation ou de l'organisation de l'établissement la rend nécessaire.

Historique des modifications	
V1	11/03/2025
V2	2026

Annexes

Charte de confiance



Charte de confiance

Relative à la déclaration des événements indésirables

La présente charte a vocation à renforcer notre culture de la sécurité et notre vision de l'erreur positive, celle qui fait progresser.

Parce que bien vivre en Ehpad c'est aussi se sentir en sécurité, notre objectif est de tout mettre en œuvre pour offrir les meilleures conditions d'hébergement, d'accompagnement, de sécuriser la prise en charge des résidents et les pratiques des professionnels.

A ce titre, repérer et déclarer les événements indésirables est la préoccupation première et permanente de l'établissement. Il est important de déclarer tous les événements indésirables et ainsi être transparent. Les événements indésirables devront être considérés comme des opportunités d'améliorer notre niveau de qualité et de sécurité.

Ainsi nous sommes tous acteurs de la démarche d'amélioration continue de la qualité et du développement de la culture sécurité de l'établissement.

Par conséquent, il est de la responsabilité de chaque professionnel, quelle que soit sa fonction, de déclarer immédiatement tout événement indésirable. Cette démarche doit être factuelle et constructive : déclarer un événement indésirable traduit la démarche vertueuse d'un professionnel qui souhaite que des solutions soient trouvées ; elle n'est pas de mettre en cause des personnes, d'interpréter les faits ou de désigner des responsables. Il est important que chaque professionnel, quelle que soit sa fonction dans l'établissement, y compris dans l'encadrement, partage cette vision résiliente de l'erreur qui contribue à notre objectif d'amélioration progressive du niveau de qualité et de sécurité de notre accompagnement.

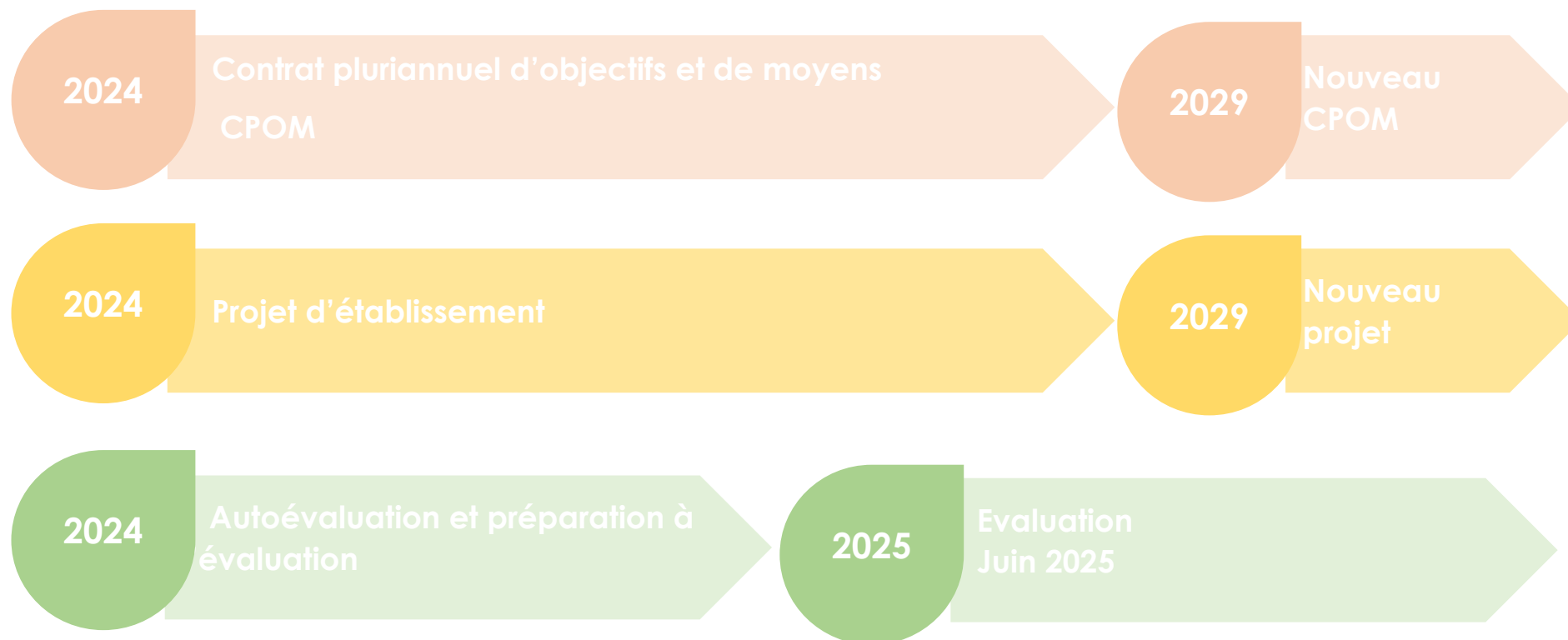
Afin de renforcer cette culture de sécurité au sein de l'établissement, je m'engage à ne pas entreprendre d'action disciplinaire ou administrative à l'encontre d'un agent impliqué dans la survenue d'un incident, d'un dysfonctionnement ou d'une erreur signalée spontanément et sans délai. Cette promesse ne s'applique toutefois pas à un professionnel qui serait responsable de manquements délibérés ou répétés aux règles de sécurité en vigueur, ces pratiques ne relevant pas de l'erreur humaine mais de la faute professionnelle.

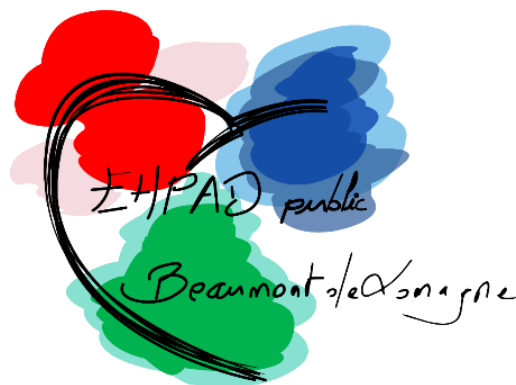
Thibault de Peyrecave
Directeur de l'Ehpap public de Beaumont de Lomagne



07/06/2023 V3

Notre calendrier qualité 2025 (dans les grandes lignes institutionnelles)





Ehpad public de Beaumont de Lomagne

BP 53

82 500 Beaumont de Lomagne

Les Cordeliers

10, rue Despeyrous

Daudignon

10 bis, rue Mauran

05 63 26 15 30

www.ehpad-public-beaumont.com

