

# Projet d'Établissement 2021-2025

## Partie 3 : Politique qualité, Bientraitance & gestion des risques

**Version amendée novembre 2023**

**Résidences *Les Ligériennes***

Siège social : 3 rue Adrien Meslier  
49170 SAINT GEORGES SUR LOIRE  
[www.lesligeriennes.fr](http://www.lesligeriennes.fr) - Finess : 490002334

## **PARTIE 3 : POLITIQUE QUALITÉ, BIEN-ÊTRE & GESTION DES RISQUES**

### **Introduction :**

La qualité, ou politique d'amélioration de la qualité du service rendu, n'intervient pas directement dans l'accompagnement au quotidien des résidents, ni dans le fonctionnement de l'établissement, mais elle permet d'améliorer la vie des résidents, de leurs proches, et celle des professionnels en offrant aux premiers des moyens d'exprimer leurs attentes, satisfactions et insatisfactions, et aux seconds des outils pour évaluer, améliorer et adapter leurs pratiques.

La gestion des risques est l'ensemble des activités permettant d'identifier les risques encourus par les usagers, les professionnels, les structures elles-mêmes, de proposer et de mettre en œuvre des moyens de prévenir les « événements indésirables » ou de diminuer leur fréquence et/ou leur gravité, et d'organiser la continuité du service en cas de situation de crise.

La qualité et la gestion des risques ont à l'origine des objectifs différents, mais elles sont liées par des méthodologies proches, leur transversalité et les impacts générés par les actions de l'une sur l'autre : l'amélioration des pratiques concourt à limiter les risques, l'instauration d'un sentiment de sécurité favorise le bien-être et la satisfaction. Ces deux démarches sont donc indissociables.

La qualité et la gestion des risques, ou « QGDR », sont des démarches collectives portées par l'équipe de direction et impliquant l'ensemble des professionnels. Elles intègrent les valeurs et les principes d'intervention définis au sein des Résidences *Les Ligériennes*. Elles découlent des orientations stratégiques de l'établissement et supportent les objectifs fixés en matière d'accompagnement des résidents, de prise en soins et de qualité de vie au travail.



### **3.1. L'engagement de la direction et les moyens**

Dès 2008, les directeurs des EHPAD de Champtocé sur Loire, La Possonnière, Savennières et Montjean sur Loire ont fait le choix de renforcer leurs équipes pour la réalisation d'actions « qualité » en mutualisant un poste de qualicien avec l'hôpital local de Saint Georges sur Loire.

L'engagement de la direction à poursuivre une politique d'amélioration et de sécurisation a été confortée au fil des années à travers notamment :

- la nomination en 2012 d'une directrice adjointe déléguée aux ressources humaines et à la qualité ;
- le maintien d'un poste de responsable qualité gestion des risques malgré la transformation de l'hôpital local de Saint Georges sur Loire en EHPAD et la perte du financement associé ;

- la formation de tous les personnels à la philosophie de soins « Humanitude » engagée fin 2013, associée à la mise en place d'un comité de pilotage Humanitude et la tenue régulière de « Groupes Ressources Humanitude » sur les sites, ayant pour mission de piloter la mise œuvre sur le terrain des actions planifiées ;
- le renouvellement des objectifs qualité et gestion des risques après les Évaluations Internes et Externes et dans le Projet d'Établissement, et le suivi de ces objectifs par le comité de pilotage qualité et gestion des risques ;
- le maintien de l'adhésion à des réseaux supports, dont le réseau pour la qualité et la gestion des risques en santé des établissements des Pays de Loire (QualiRel Santé) et la structure d'appui locale pour la maîtrise du risque infectieux Anjou Éviction et Lutte contre les Infections Nosocomiales (Anjelin),
- la participation aux projets de l'association des centres hospitaliers locaux et EHPAD publics du Maine et Loire (ACEP 49), qui donne un cadre à des professionnels – dont les responsables qualité gestion des risques – pour échanger et collaborer avec des homologues d'autres établissements.

L'acquisition d'un logiciel (plateforme BlueKanGo) de gestion documentaire, gestion de la qualité et de la gestion des risques, déployé en 2021, constitue l'acte d'engagement le plus récent en faveur des démarches QGDR.

### 3.2. Le bilan 2015-2019

Les objectifs du volet qualité et gestion des risques du Projet d'Établissement 2015-2019 étaient construits autour de quatre grandes thématiques :

#### ► L'organisation de la qualité

- Des référents thématiques sont identifiés sur les sites et leurs missions sont définies sans être toujours formalisées. Les correspondants en santé orale ont établi un document précisant leur rôle. Les besoins des référents ont été pris en compte lors de l'établissement des plans de formation annuels dans les limites imposées par les budgets. Des temps dédiés ou « journées thématiques » sont alloués mais parfois annulés pour nécessité de service.
- Des groupes de travail intersites se sont progressivement mis en place, à l'initiative des cadres de santé et/ou des médecins coordonnateurs. Le partage d'informations entre les référents des sites et/ou les agents revenant de formation en est facilité.

#### ► La connaissance et l'harmonisation des bonnes pratiques professionnelles

- Les documents qualité et gestion des risques sont consultables depuis tout poste informatique connecté au serveur des *Ligériennes*. Un icône permanent a été ajouté sur les « bureaux » et des raccourcis créés pour faciliter la navigation. Des rappels ponctuels et informels ont été réalisés. Malgré les améliorations apportées, la moitié des agents interrogés lors des Évaluations Internes ont répondu se perdre dans l'arborescence du serveur informatique.



Depuis 2022, les documents sont sur la plateforme BlueKanGo, qui dispose d'un moteur de recherche par mots clés !

- Des Recommandations de Bonnes Pratiques applicables dans l'établissement sont consultables par les professionnels dans le logiciel NETSOINS. Leur exhaustivité et la satisfaction des personnels quant à leur accessibilité n'ont pas été évaluées. Leur promotion n'a pas été faite. Les responsabilités en matière de veille ne sont pas définies.

### ► La dynamique d'évaluation et d'amélioration continue

- Ont été réalisées entre 2015 et 2019 les enquêtes ponctuelles suivantes :

Les enquêtes de satisfaction des résidents, des proches et des personnels ont été renouvelées en 2022 !

- une enquête globale de satisfaction auprès des résidents communicants,
- une enquête croisée « Bienveillance » auprès des résidents et à l'attention des personnels,
- une enquête globale de satisfaction à l'attention des proches,
- un baromètre qualité de vie au travail à l'attention de tous les personnels,
- une enquête globale auprès des partenaires libéraux et bénévoles.

Ont été mises en place depuis 2015 les enquêtes permanentes suivantes :

- enquête « Accueil » auprès des nouveaux résidents,
- enquête « Décès » à l'attention des proches venant de perdre leur parent,
- enquête « Accueil » à l'attention des nouveaux personnels.

Le projet de former une équipe d'auditeurs intersites pour les Résidences *Les Ligériennes* a été abandonné au profit d'un projet de l'ACEP 49 : les qualitiens des structures affiliées constituent une équipe d'auditeurs inter-établissements. Le programme pluriannuel d'audits internes n'est pas établi.

L'autodiagnostic sur la maîtrise du risque infectieux en EHPAD et l'audit relatif au circuit du médicament en EHPAD sans pharmacie à usage interne ont été renouvelés en 2017 pour tous les sites.

Le circuit du médicament a été réaudit en 2021 sur tous les sites !

Les évaluations des pratiques professionnelles (EPP) relatives à la dénutrition et à la douleur ont été renouvelées mais aucun autre thème n'a été évalué.

- Des résidents et des bénévoles volontaires, les représentants des usagers au Conseil de la Vie Sociale (CVS) et des professionnels libéraux ont participé aux groupes d'échanges réunis lors des Évaluations Internes de 2017 et 2018.
- Le signalement et le traitement des événements indésirables (EI) ont été informatisés et la procédure liée actualisée, cependant la gestion dans le logiciel NETSOINS n'est pas optimum.

Le signalement et le traitement des EI ont basculé sur BlueKanGo en 2022.

La procédure de traitement des réclamations est formalisée et la présentation en CVS est effective.

Un bilan statistique des EI est intégré au rapport d'activité annuel. Il n'y a pas eu de sessions d'information sur la définition et le bilan des événements indésirables à l'attention des personnels.

Le traitement des réclamations écrites est effectif. Ses modalités ne sont pas formalisées. Les réclamations orales sont rarement transmises au service qualité. Un bilan statistique des réclamations est intégré au rapport d'activité annuel mais leur contenu en lui-même n'est pas présenté en CVS.

- La liste exhaustive des indicateurs exigés par l'ARS et l'ANESM n'a pas été établie : l'établissement renseigne les enquêtes exigées par les organismes officiels (enquête Flash de l'ARS, enquête ANAP...) et dispose d'indicateurs suffisants parmi ceux recommandés par l'ANESM pour les Évaluations Internes et ceux du référentiel ASSHUMEVIE. Des indicateurs qualité et gestion des risques ont été intégrés au rapport d'activité annuel. Un affichage trimestriel a été mis en place en 2016 mais n'a pas été pérenne.
- Les modalités d'appréciation de l'efficacité des actions menées n'ont pas été définies.

► **La politique de prévention et de gestion des risques**

- La prévention du risque de maltraitance est déployée à travers la philosophie « Humanitude », le développement de l'écoute des usagers (réponses aux réclamations, réunions du Conseil de la Vie Sociale...) et l'harmonisation des pratiques entre les sites. Afin de faciliter cette dernière, des protocoles communs intégrant des notions de bientraitance ont été rédigés ou actualisés. La formalisation des pratiques est à poursuivre.
- Afin d'améliorer la maîtrise du risque infectieux, une équipe opérationnelle d'hygiène (EOH) a été constituée. Elle est coordonnée par un cadre de santé et réunit des agents référents pour chaque site, un médecin coordonnateur et le responsable gestion des risques.
- La formation « RABC », relative aux règles d'hygiène et de marche en avant pour le traitement du linge en collectivité, n'a pas été dispensée entre 2015 et 2019, mais l'établissement prévoit de former deux agents par an à compter de 2020 (inscription effective pour l'année 2020).
- Les carnets relatifs à la sécurité de l'eau chaude sanitaire sont tenus par l'équipe technique. Leur contenu évolue au fil des années sous la responsabilité d'un agent technique référent qui prend conseil, quand nécessaire, auprès de l'ingénieur « Légionnelles » partagé par les établissements membres de l'ACEP 49.
- Un nouveau plan de maîtrise sanitaire (PMS) a été élaboré lors de la mise en place de la cuisine centrale au 1<sup>er</sup> semestre 2017. Un logiciel de traçabilité spécifique à la restauration collective a été acquis et déployé la même année. Des actions complémentaires restent à mettre en place au niveau des hôtelleries sur tous les sites.
- Les plans de prévention et de gestion en situation de crise, dits « Plans Bleus », des sites de La Possonnière, Savennières et Saint Georges sur Loire ont été fusionnés et révisés en 2015. Les éléments du Plan Bleu de l'EHPAD de Montjean sur Loire ont été intégrés au Plan Bleu unique des Résidences *Les Ligériennes* entre 2018 et 2020. L'intégration du plan de sécurisation d'établissement (PSE) est à poursuivre.
- Des actions ont été menées concernant l'amélioration des conditions de travail. Le bilan est réalisé dans le Projet social (*cf. partie 5 du Projet d'Établissement 2021-2025*).
- La cartographie des risques existants sur l'ensemble des sites n'a pas été établie. Le choix de l'outil reste à faire.



Le PMS a été revu en 2023 afin d'intégrer la production et la livraison des repas de l'EHPAD de Champtocé.

Le Plan Bleu a été mis à jour en 2020 dans le cadre de la crise Covid. Une nouvelle actualisation est en cours en 2023, avec inclusion des éléments du site de Champtocé.

### 3.3. Les orientations 2021-2025

La politique qualité et gestion des risques 2021-2025 découlent des orientations stratégiques définies par la direction, du bilan 2015-2019 présenté ci-avant et des constats effectués lors des Évaluations Internes de 2017 et 2018.

Quatre orientations ont été retenues pour les années à venir :

- Développer la culture qualité et gestion des risques au sein de l'établissement ;
- Accompagner les démarches visant à prévenir les risques dans l'établissement ;
- Promouvoir la bientraitance et prévenir les maltraitances ;
- Renforcer la dynamique d'évaluation et d'amélioration continue.

← NOUVEL AXE 2023

#### 3.3.1. Développer la culture qualité et gestion des risques

En philosophie, le mot culture désigne ce qui est différent de la nature. En sociologie, la culture est définie de façon plus étroite comme « ce qui est commun à un groupe d'individus » et « ce qui le soude », c'est-à-dire ce qui est appris, transmis, produit et créé<sup>10</sup>. Dans une déclaration de la Conférence mondiale sur les politiques culturelles à Mexico City en 1982, l'UNESCO<sup>11</sup> l'a présentée en ces termes : « Dans son sens le plus large, la culture peut aujourd'hui être considérée comme l'ensemble des traits distinctifs, spirituels, matériels, intellectuels et affectifs, qui caractérisent une société ou un groupe social. Elle englobe, outre les arts, les lettres et les sciences, les modes de vie, les lois, les systèmes de valeurs, les traditions et les croyances ».

Développer une culture de la qualité et de la gestion des risques au sein de l'établissement, c'est souder l'ensemble des professionnels autour d'une même vision, des mêmes valeurs, des mêmes objectifs pour les résidents, les personnels et l'établissement, afin de faire véritablement de l'amélioration continue de la qualité du service rendu et de la prévention et la gestion des risques des démarches collectives – dont tous les professionnels sont les acteurs – et pérennes.

Trois éléments sont indispensables pour instaurer durablement la culture de la qualité et de la gestion des risques dans l'établissement : une réelle volonté de la direction, l'adhésion totale de l'équipe d'encadrement et l'implication permanente des professionnels.

#### L'état des lieux :

L'équipe de direction a montré son engagement à travers notamment :

- les moyens évoqués en point 3.1.,
- son objectif affiché d'obtenir à moyen terme le label « Humanitude » (cf. point 3.3.3.),
- les efforts déployés pour la prévention des risques professionnels et le bien-être des personnels (cf. partie 5 du Projet d'Établissement 2021-2025 : Projet social).

Concernant l'encadrement et les personnels de soins, la qualité et la gestion des risques ont d'abord été assimilées à des contraintes de formalisation et de traçabilité, des réponses à des exigences réglementaires, devant donc être dissociées des démarches d'amélioration et de prévention propres aux services. La perception de l'encadrement a cependant évolué en quelques années, comme en témoignent les changements survenus au niveau du pilotage (cf. schéma page suivante).

<sup>10</sup> Source : [https://fr.wikipedia.org/wiki/Culture#Organisations,\\_administrations,\\_agences](https://fr.wikipedia.org/wiki/Culture#Organisations,_administrations,_agences).

<sup>11</sup> Organisation des Nations unies pour l'éducation, la science et la culture.

**Fin 2013 :**

Poursuite des démarches qualité et gestion des risques.  
Maintien du comité de pilotage qualité et gestion des risques.

Lancement des formations Humanitude.  
Constitution du comité de pilotage Humanitude, sans intégration de la responsable qualité.

**Fin 2016 / Début 2017 :**

Proposition de la direction de fusionner les comités de pilotage Humanitude et QGDR : refusée par l'encadrement, mais intégration de la responsable qualité au comité Humanitude.

**Fin 2017 :**

Le choix du référentiel Humanitude pour les Évaluations Internes et l'objectif du label confortent l'idée que **la démarche Humanitude est une démarche de qualité et de prévention des risques**  
↓  
Fusion des comités de pilotage Humanitude et QGDR

Les responsables de services logistiques, sensibilisés aux règles d'hygiène et de sécurité, connaissent à leurs niveaux les enjeux de la démarche de gestion des risques. L'adhésion de la responsable du pôle administratif s'est développée grâce à une formation d'adaptation à l'emploi.

Les personnels s'impliquent dans les projets propres à leurs métiers mais ne sont pas toujours conscients des actions mises en œuvre dans les services voisins. Ils n'ont pas une vision globale des démarches qualité et gestion des risques. Ceci peut s'expliquer par un manque de curiosité, des difficultés pour trouver les informations, des difficultés pour comprendre les informations, des difficultés à se projeter dans un processus plutôt que dans un service. Les causes peuvent en être un défaut pour susciter l'intérêt, un manque de clarté du système d'information, un défaut d'explication du langage qualité et gestion des risques, l'absence d'approche processus et de définition du terme processus en lui-même.

**Les nouveaux objectifs pour 2021-2025 :**

Définition de l'objectif :	Moyens / Fiche actions :
Promouvoir la qualité et la gestion des risques auprès des professionnels.	⇒ Fiche actions PE-301
Faciliter l'accès aux documents et informations qualité et gestion des risques.	
Développer l'approche « processus ».	

**3.3.2. Accompagner les démarches visant à prévenir les risques**

Les risques existants dans un établissement accueillant et hébergeant du public sont multiples, à la fois pour les résidents, les visiteurs, les personnels, les bâtiments eux-mêmes ou le matériel. Nous pouvons citer à titre d'exemples :

- *pour les résidents* : les actes de maltraitance ou défaut de bienveillance, les violences entre les résidents, les risques liés à leurs habitudes ou leur état de santé (chutes, dénutrition...), les risques liés aux soins pratiqués (douleur, infections, erreur médicamenteuse...), les risques saisonniers (canicule, grippe hivernale...), etc.,
- *pour les personnels* : les accidents survenus au cours d'une activité liée au travail, les pathologies développées dans le cadre de l'activité professionnelle, les violences, la fatigue professionnelle...

- *pour l'établissement* : les risques financiers, environnementaux, tous les risques entraînant des conséquences à la fois pour la structure et les personnes (dégradations, vols, incendies, qualité ou défaut d'approvisionnement en eau, en électricité, en chauffage...).

**L'état des lieux :**

La cartographie des risques encourus dans et par l'établissement n'est pas établie, cependant des actions de prévention et de gestion des risques sont mises en œuvre. Le bilan 2015-2019 en partie 3.2. en fait état. Sont relevés également les éléments suivants :

- le signalement des évènements indésirables est en place, cependant il n'existe pas de réel bilan des actions correctives mises en place ni de cellule d'analyse et de retour d'expérience ;
- les rencontres entre référents thématiques, la formalisation des protocoles, les évaluations et audits permettent d'améliorer et harmoniser les pratiques sur tous les sites. Pérenniser ces actions aidera à atteindre les objectifs déclinés dans le Projet de vie, d'accompagnement et de soins (*cf. partie 4*) ;
- les protocoles liés à l'hygiène des soins et des locaux sont anciens ou non formalisés. Le format des actions de sensibilisation est à diversifier pour toucher plus de personnes ;
- des prélèvements microbiologiques sont réalisés périodiquement sur tous les sites. La formalisation de l'analyse et des actions correctives en cas de non-conformité n'est pas toujours effective ;
- outre la tenue des carnets sanitaires, le service technique effectue un suivi continu des équipements permettant de prévenir le risque incendie (vérification et maintenance des systèmes, formation des personnels), les risques liés à l'usage de l'eau (maintenance des réseaux, contrôles de potabilité, recherches de légionnelles), les coupures d'électricité, de chauffage... L'équipe qualité intervient à la demande en tant que support rédactionnel : cette organisation est à maintenir.

Les risques liés à la nature et au fonctionnement de l'établissement, tels que les risques financiers, sont étudiés et pris en compte par l'équipe de direction.

Les risques liés à l'usage des outils informatiques sont étudiés par le responsable informatique. Les objectifs associés pour 2021-2025 sont déclinés dans le volet « Orientations stratégiques & Système d'information » en partie 2 du présent Projet d'Établissement.

**Les nouveaux objectifs pour 2021-2025 :**

Définition de l'objectif :	Moyens / Fiche actions :
Favoriser l'harmonisation des pratiques entre les sites et dans le respect des recommandations de bonnes pratiques professionnelles.	⇒ Fiche actions PE-302
Utiliser les évènements indésirables et les réclamations pour améliorer les pratiques.	
Faciliter la rédaction et simplifier la validation et la diffusion des protocoles.	
Prévenir les risques professionnels ( <i>cf. Projet social, axe 4 : Renforcer la qualité de vie au travail</i> ).	⇒ Fiche actions PE-504
Maitriser le risque infectieux.	⇒ Fiche actions PE-303
Anticiper et gérer les situations de crise.	

### 3.3.3. Promouvoir la bientraitance et prévenir les maltraitements

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), en 2017, une personne âgée de plus de 60 ans sur six dans le monde étaient victime de maltraitements aux formes multiples, à domicile ou en institution. En France, une politique de lutte contre les maltraitements, portée par le Ministère des Solidarités et de la Santé, est engagée depuis deux décennies, et les établissements accueillant des personnes en situation de vulnérabilité se doivent de mettre en œuvre des actions visant à prévenir ce risque.

La notion de bientraitance puise ses fondements dans les textes relatifs aux droits de l'homme, repris notamment dans la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. Cette approche positive valorise le respect de la personne, de ses besoins, ses demandes et ses choix. Elle s'exprime par des attentions, des attitudes, un savoir-être et un savoir-faire respectueux des valeurs, de la culture, des croyances, du parcours de vie et des droits et libertés des personnes.

La lutte contre les maltraitements, pour être efficace, ne peut passer que par la promotion de la bientraitance, qui devient un élément central de la politique de qualité et de sécurité des soins, et de l'accompagnement des personnes. Promouvoir la bientraitance aide également à préserver le sens du travail des professionnels, ce qui contribue à améliorer la qualité de vie au travail.

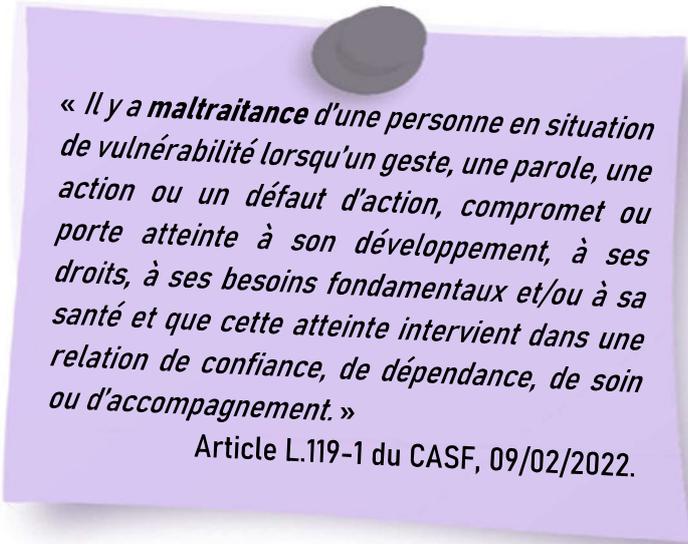
Le plan de promotion de la bientraitance et de prévention des maltraitements développé ci-après est le fruit d'une réflexion conjointe de représentants du Conseil de la Vie Sociale et de membres des groupes ressources Humanitude. Il a reçu l'avis favorable du Conseil de la Vie Sociale le 07/11/2023.

#### Le vocabulaire partagé :

Avant d'effectuer l'état des lieux et de définir nos objectifs en matière de promotion de la bientraitance et de lutte contre les maltraitements, il était important que chacun leur donne les mêmes sens. Les Résidences *Les Ligériennes* adoptent les définitions proposées par la Haute Autorité en Santé pour la bientraitance, et par la loi du 7 février 2022 pour la maltraitance :



« La **Bientraitance** est une culture inspirant les actions individuelles et les relations collectives au sein d'un établissement ou d'un service. Elle vise à promouvoir le bien-être du résident en gardant présent à l'esprit le risque de maltraitance. »  
Anesm, janvier 2012.



« Il y a **maltraitance** d'une personne en situation de vulnérabilité lorsqu'un geste, une parole, une action ou un défaut d'action, compromet ou porte atteinte à son développement, à ses droits, à ses besoins fondamentaux et/ou à sa santé et que cette atteinte intervient dans une relation de confiance, de dépendance, de soin ou d'accompagnement. »

Article L.119-1 du CASF, 09/02/2022.

L'article L.119-1 du CASF précise également que « Les situations de maltraitance peuvent être ponctuelles ou durables, intentionnelles ou non. Leur origine peut être individuelle, collective ou institutionnelle. Les violences et les négligences peuvent revêtir des formes multiples et associées au sein de ces situations. »

Au-delà d'une définition, *Les Ligériennes* souhaitent adopter une représentation de la bientraitance :

- à travers des mots clés qui doivent être partagés par tous,
 

*L'Écoute (dans les deux sens et pour tous les acteurs, qui implique « entendre » et aussi « comprendre »), l'Empathie, le Respect, la Disponibilité, le Bien-Être, la Bienveillance, la Liberté, l'Autonomie et l'Indépendance (respect des souhaits et des désirs tout en tenant compte des capacités), la Sécurité, l'Engagement, les Compétences, la Reconnaissance, la Confiance, la Communication (qui doit être adaptée à la personne), l'Humanité.*
- qui replace le résident au centre des attentions,
- en prenant en compte l'impact de son entourage, proches ou professionnels.



Le bien-être de chacun dépend de la qualité de vie de tous.

Cette représentation, qui a vocation à être partagée et comprise par tous, trouvera sa place sur les murs et dans les livrets d'accueil des résidents et des nouveaux professionnels.

**L'état des lieux :**

Les Résidences *Les Ligériennes* mettent déjà en œuvre des actions en faveur de la bientraitance et contre la maltraitance qu'il convient de poursuivre, développer, pérenniser et/ou maintenir (nos atouts), d'autres sont identifiées comme axe d'amélioration.

**NOS ATOUTS**

- 👉 Les professionnels sont formés en continu à la philosophie de soins Humanité dont les principes sont basés sur le respect des droits des résidents et la personnalisation de l'accompagnement.
- 👉 L'élaboration des projets d'accompagnement personnalisés (PAP) est mise en œuvre. Le logiciel de soins permet leur intégration au dossier informatisé du résident.
- 👉 Un référent soignant est désigné pour chaque résident.
- 👉 Une rencontre bilan d'intégration est organisée entre le nouveau résident, son référent familial et des représentants de l'équipe pluridisciplinaire 4 à 6 semaines après l'entrée.
- 👉 L'établissement facilite le maintien du lien social : diffusion des plannings d'animations, repas des familles, heures de visites libres, possibilité pour les proches de déjeuner dans la résidence, prêt de salles pour des évènements familiaux...
- 👉 Des temps d'animation existent, collectifs et individuels. Des sorties à l'extérieur sont proposées, y compris pour les résidents des UPAD.

**NOS AXES D'AMÉLIORATION**

- 👉 La validation et la réévaluation des PAP doivent devenir systématiques pour tous les résidents.
- 👉 L'identité et le rôle du référent soignant ne sont pas toujours connus du résident et de ses proches.
- 👉 Les animations individuelles pourraient être développées. Une réflexion est à mener pour proposer 30 minutes de sortie chaque semaine.

**NOS ATOUTS**

- 👉 Le recueil des satisfactions et insatisfactions des résidents et de leurs proches est effectif, à travers les échanges avec les membres du CVS, la gestion des fiches de communication, le traitement des réclamations et leur présentation en CVS, les rencontres entre résidents organisées par les animateurs, la réalisation d'enquêtes...
- 👉 La communication et le dialogue avec les familles sont instaurés : tenue d'une réunion annuelle d'échanges et d'informations sur tous les sites, mise en place d'un journal semestriel, rencontres entre représentants des familles aux CVS, création d'une adresse mail redirigeant vers les représentants des familles, création de supports de communication relatifs au CVS, diffusion des procès-verbaux et de leurs synthèses...
- 👉 L'accueil des nouveaux personnels est protocolisé, avec doublure par un professionnel qualifié et transmission de supports de communication (livret d'accueil, guide Humanitude...).
- 👉 Le plan de formation continu des personnels permet une veille des connaissances et un développement des compétences avec la proposition de formations diplômantes.
- 👉 Des actions sont menées en faveur du bien-être des personnels et de la qualité de vie au travail (« Mois pour moi », déclaration des « évènements appréciables », diffusion des remerciements, enquêtes auprès des personnels...).
- 👉 Le signalement des évènements indésirables est effectif.
- 👉 Des mini-formations internes ou sensibilisations sont organisées pour les personnels (Humanitude, troubles cognitifs, escape game sur les évènements indésirables, jeu d'enquête sur la bientraitance...).

**NOS AXES D'AMÉLIORATION**

- 👉 Les résidents participent peu aux commissions et réunions.
- 👉 Le journal des familles n'est pas diffusé aux résidents.
- 👉 Un projet d'analyse de pratiques à l'attention des professionnels doit être mis en place fin 2023.
- 👉 L'analyse en équipe des réclamations et des évènements indésirables est à développer.
- 👉 Les sensibilisations sont à développer pour les professionnels (par exemple un thème pendant 15 minutes chaque trimestre) et à instaurer pour les résidents (par exemple sur les troubles du comportement, afin de favoriser la compréhension et prévenir les violences).

**Les objectifs pour 2023-2025 :**

Définition de l'objectif :	Moyens / Fiche actions :
Mettre en œuvre les actions définies dans les différents volets du Projet d'Établissement favorisant la bientraitance et la prévention des maltraitances.	<ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ Fiche actions PE-205</li> <li>⇒ Fiches actions PE-301 et 302</li> <li>⇒ Fiches actions PE-401 et 402</li> <li>⇒ Fiches actions PE-502 et 505</li> <li>⇒ Fiche actions PE-505</li> <li>⇒ Projet d'animation</li> </ul>
Développer la communication et l'information autour des actions de promotion de la bientraitance et de lutte contre les maltraitances.	⇒ Fiche actions PE-305
Mener une réflexion sur la prévention et la lutte contre les violences.	
Structurer la réflexion éthique.	

### 3.3.4. Renforcer la dynamique d'évaluation et d'amélioration continue

La démarche d'amélioration continue de la qualité et de la gestion des risques est schématisée par la « roue de Deming », aussi appelée « PDCA » :



La planification des actions (P) est réalisée à travers l'élaboration du Projet d'Établissement et du plan d'actions pluriannuel. La mise en œuvre (D) est suivie par le comité de pilotage Humanitude & Qualité. Le contrôle (C), que nous préférons nommer « évaluation », intègre toutes les sources utilisées par l'établissement pour mesurer l'atteinte des objectifs définis et l'impact sur nos pratiques et sur les résidents. Les résultats des évaluations permettent d'apprécier l'efficacité des actions mises en œuvre (pertinence et rapport entre les ressources déployées et l'impact réel). Leur prise en compte amène à ajuster (A) les objectifs et les actions, ce qui entraîne une nouvelle planification et l'entraînement permanent de la roue. La dynamique d'évaluation est donc un élément important dans la démarche d'amélioration continue.

#### L'état des lieux :

Le bilan 2015-2019 en partie 3.2. fait état de la dynamique d'évaluation existante. Cependant, les objectifs définis n'ont pas tous été atteints : la fréquence des enquêtes de satisfaction notamment était trop ambitieuse au regard des ressources et moyens disponibles. Par ailleurs, l'établissement sous-exploite les outils existants au niveau des réseaux dont il fait partie.

L'établissement n'a pas validé les droits d'accès au référentiel Humanitude (ASSHUMEVIE) depuis le basculement de ce dernier sur une plateforme Internet. Les modalités de son renseignement ne sont pas non plus définies. Le suivi continu des indicateurs n'est pas effectif.

#### Les nouveaux objectifs pour 2021-2025 :

Définition de l'objectif :	Moyens / Fiche actions :
Poursuivre la réalisation d'enquêtes auprès des usagers et des professionnels.	⇒ Fiche actions PE-304
Développer la réalisation d'audits internes et d'évaluations des pratiques professionnelles.	
Réaliser l'Évaluation des EHPAD selon le nouveau dispositif de la HAS.	
Exploiter les données qualité et gestion des risques.	

**FICHE ACTIONS PE-301**
**DÉVELOPPER LA CULTURE QUALITÉ & GESTION DES RISQUES**

<b>Objectifs principaux :</b>	Promouvoir la qualité et la gestion des risques auprès des professionnels. Faciliter l'accès aux documents et informations qualité et gestion des risques. Développer l'approche « processus ».
<b>Rattachement :</b>	Politique qualité et gestion des risques 2021-2025 Orientations stratégiques & Système d'information 2021-2025
<b>Pilote(s) :</b>	Directeur adjoint à la qualité, responsable qualité
<b>Groupe(s) projet / de travail :</b>	Comité de pilotage Humanitude & Qualité
<b>Professionnels, services concernés :</b>	L'ensemble des professionnels de l'établissement
<b>Moyens et ressources à mettre en œuvre :</b>	<input type="checkbox"/> Plateforme BlueKanGo <input type="checkbox"/> Temps de qualitiens <input type="checkbox"/> Temps d'attaché d'administration (coadministrateur BlueKanGo) <input type="checkbox"/> Temps dédiés à la participation aux sessions d'information

<b>ACTIONS À INSCRIRE AU PLAN PLURIANNUEL</b>	2021	2022	2023	2024	2025
Paramétrer, alimenter la plateforme BlueKanGo et former les professionnels à son utilisation.		✓			
Inclure les objectifs annuels qualité et gestion des risques et le tableau de bord (indicateurs) au mur d'accueil (BlueWall) de BlueKanGo.					
Intégrer la présentation des éléments importants des démarches QGDR (personnes ressources, instances, accès aux documents internes et RBPP, signalement des EI, PS/PC) et une évaluation à chaud aux sessions d'information à destination des nouveaux agents (cf. Fiche actions PE-502).					
Animer tous les 4 mois des informations thématiques et/ou ludiques à l'attention des personnels.					
Rédiger régulièrement des articles pour le journal des personnels.					
Formaliser, diffuser et expliciter la cartographie des processus.					
Désigner des pilotes de processus.					
Rédiger un manuel qualité basé sur l'approche processus.					
<b>Évaluation de l'atteinte des objectifs / Indicateurs :</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Taux de personnels formés à l'utilisation de BlueKanGo.</li> <li>➤ Analyse des évaluations à chaud des sessions d'information à destination des nouveaux personnels.</li> <li>➤ Analyse des données relatives au sentiment d'implication lors des enquêtes menées auprès des personnels (baromètre QVT ou autre).</li> </ul>				
<b>Analyse globale :</b>	Suivi du plan d'actions pluriannuel et rapport annuel d'activité.				

**FICHE ACTIONS PE-302**
**PRÉVENIR LES RISQUES INHÉRENTS À LA VULNERABILITÉ DES RÉSIDENTS**

<b>Objectifs principaux :</b>	Favoriser l'harmonisation des pratiques entre les sites et dans le respect des Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles. Utiliser les évènements indésirables et les réclamations pour améliorer les pratiques. Faciliter la rédaction et simplifier la validation et la diffusion des protocoles.
<b>Rattachement :</b>	Politique qualité et gestion des risques 2021-2025 Orientations stratégiques & Système d'information 2021-2025
<b>Pilote(s) :</b>	Directeur adjoint à la qualité, responsable qualité
<b>Groupe(s) projet / de travail :</b>	Équipe qualité et encadrement
<b>Professionnels, services concernés :</b>	L'ensemble des professionnels de l'établissement
<b>Moyens et ressources à mettre en œuvre :</b>	<input type="checkbox"/> Plateforme BlueKanGo <input type="checkbox"/> Temps de qualitiens <input type="checkbox"/> Temps dédiés à la participation aux groupes

<b>ACTIONS À INSCRIRE AU PLAN PLURIANNUEL</b>	2021	2022	2023	2024	2025
Pérenniser la tenue de groupes de travail intersites et l'organisation de rencontres entre les référents thématiques. Créer des groupes selon les besoins sur la plateforme BlueKanGo.					
Développer les temps de travail entre les acteurs (pilotes de processus, référents thématiques, utilisateurs principaux) et l'équipe qualité.					
Rendre opérationnelle la validation électronique des documents dans BlueKanGo.	✓				
Étudier la possibilité pour les pilotes de processus de rédiger des documents à partir de modèles validés sur la plateforme BlueKanGo.					
Rendre opérationnelle la déclaration et le traitement des évènements indésirables sur la plateforme BlueKanGo.		✓			
Mettre en place des groupes d'analyse des évènements indésirables.					
Redéfinir et formaliser l'organisation du recueil et du traitement des plaintes et réclamations.		✓	✓		
Présenter en CVS les plaintes, réclamations et remerciements.		✓	✓		
[AJOUT] Mettre en place des groupes d'analyse des plaintes et réclamations.					
<b>Évaluation de l'atteinte des objectifs / Indicateurs :</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Suivi des évènements indésirables liés aux soins.</li> <li>➤ Nombre de groupes de travail intersites.</li> </ul>				
<b>Analyse globale :</b>	Suivi du plan d'actions pluriannuel et rapport annuel d'activité.				

### FICHE ACTIONS PE-303

#### PRÉVENIR ET GÉRER LES SITUATIONS DE CRISE

<b>Objectifs principaux :</b>	Maitriser le risque infectieux. Anticiper et gérer les situations de crise.
<b>Rattachement :</b>	Politique qualité et gestion des risques 2021-2025
<b>Pilote(s) :</b>	Cadre coordonnateur de l'EOH, directeur adjoint à la qualité, responsable qualité
<b>Groupe(s) projet / de travail :</b>	Équipe opérationnelle d'hygiène (EOH), équipe qualité
<b>Professionnels, services concernés :</b>	L'ensemble des professionnels de l'établissement
<b>Moyens et ressources à mettre en œuvre :</b>	<input type="checkbox"/> Adhésion au réseau ANJELIN et participation aux rencontres des correspondants <input type="checkbox"/> Temps dédiés aux réunions et actions de l'EOH <input type="checkbox"/> Temps de qualitiens <input type="checkbox"/> Outil de cartographie des risques (BlueKanGo ou autre)

ACTIONS À INSCRIRE AU PLAN PLURIANNUEL	2021	2022	2023	2024	2025
Pérenniser l'Équipe Opérationnelle d'Hygiène : maintien d'au moins un correspondant soignant par site et de deux rencontres par an.	✓	✓	✓		
Inscrire les correspondants hygiène aux journées annuelles pour la maitrise du risque infectieux (ANJELIN et CEPIAS).					
Inscrire les correspondants hygiène à la formation correspondants ANJELIN de niveau II.					
Intégrer la commission « Hygiène des locaux » du réseau ANJELIN.					
Organiser au moins une action de l'EOH par an auprès des professionnels.	✓	✓	✓		
Organiser au moins une action de l'EOH par an auprès des usagers et/ou des intervenants extérieurs.					
Mettre en place le suivi effectif de la consommation réelle de produits hydroalcoolique sur chaque site.	✓				
Actualiser annuellement les DARI et mettre en œuvre les actions d'amélioration nécessaires.					
Mettre à jour le Plan Bleu : finaliser l'intégration du PSE et intégrer le site de Champtocé/Loire.					
Établir la cartographie des risques existants sur tous les sites.					
<b>Évaluation de l'atteinte des objectifs / Indicateurs :</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Rapport d'activité annuel de l'Équipe Opérationnelle d'Hygiène.</li> <li>➤ Évolution de la consommation en produit hydroalcoolique.</li> <li>➤ Analyse du contenu du Plan Bleu.</li> </ul>				
<b>Analyse globale :</b>	Suivi du plan d'actions pluriannuel et rapport annuel d'activité.				

**FICHE ACTIONS PE-304**
**RENFORCER LA DYNAMIQUE D'ÉVALUATION ET D'AMÉLIORATION CONTINUE**

<b>Objectifs principaux :</b>	Poursuivre la réalisation d'enquêtes auprès des usagers et professionnels. Développer la réalisation d'audits internes et d'évaluations des pratiques professionnelles. Réaliser l'Évaluation des EHPAD selon le nouveau dispositif de la HAS. Exploiter les données qualité et gestion des risques.
<b>Rattachement :</b>	Politique qualité et gestion des risques 2021-2025
<b>Pilote(s) :</b>	Directeur adjoint à la qualité, responsable qualité
<b>Groupe(s) projet / de travail :</b>	Comité de pilotage Humanitude & Qualité
<b>Professionnels, services concernés :</b>	L'ensemble des professionnels de l'établissement
<b>Moyens et ressources à mettre en œuvre :</b>	<input type="checkbox"/> Temps de qualitiens et de psychologues <input type="checkbox"/> Adhésion aux réseaux QualiRel Santé et ANJELIN <input type="checkbox"/> Organisme habilité à la réalisation des visites d'évaluation HAS <input type="checkbox"/> Plateforme SYNAE et référentiel HAS <input type="checkbox"/> Temps dédiés à la participation aux groupes d'évaluation

<b>ACTIONS À INSCRIRE AU PLAN PLURIANNUEL</b>	2021	2022	2023	2024	2025
Maintenir les enquêtes ciblées menées en continu, définir et mettre en œuvre les actions correctives nécessaires.					
Lister les enquêtes clés en main, grilles d'audits et d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) disponibles auprès des réseaux qualité et gestion des risques (QualiRel Santé, Anjelin, ACEP 49, MiRH...).					
Établir un programme pluriannuel d'enquêtes globales et thématiques et le mettre en œuvre.					
Établir un programme pluriannuel d'audits internes et d'EPP en lien avec l'équipe d'encadrement et le mettre en œuvre. Intégrer les audits croisés du réseau qualité local (ACEP 49).					
<b>[Modifié]</b> Préparer l'Évaluation des ESSMS avec le nouveau dispositif HAS : communiquer, réaliser un état des lieux, définir et mettre en œuvre les actions prioritaires, choisir un prestataire.		✓	✓		
<b>[Modifié]</b> Réaliser l'Évaluation des ESSMS avec le nouveau dispositif HAS.					
<b>[Modifié]</b> Réévaluer régulièrement nos pratiques sur la base du référentiel national HAS et du référentiel ASSHUMEVIE, et mettre en œuvre les actions d'amélioration définies.					
Définir et mettre en œuvre une organisation permettant de suivre les indicateurs Humanitude.					
<b>Évaluation de l'atteinte des objectifs / Indicateurs :</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Rapport annuel Humanitude, qualité et gestion des risques.</li> <li>➤ Date de transmission du rapport d'Évaluation Externe.</li> </ul>				
<b>Analyse globale :</b>	Suivi du plan d'actions pluriannuel et rapport annuel d'activité.				

### FICHE ACTIONS PE-305

#### PROMOUVOIR LA BIENTRAITANCE ET LUTTER CONTRE LES MALTRAITANCES

**Nouvelle  
fiche !**

<b>Objectifs principaux :</b>	Développer la communication et l'information autour des actions de promotion de la bientraitance et de lutte contre les maltraitements. Mener une réflexion sur la prévention et la lutte contre les violences. Structurer la réflexion éthique.
<b>Rattachement :</b>	Politique qualité et gestion des risques 2021-2025 (version amendée)
<b>Pilote(s) :</b>	Directeur adjoint à la qualité et la communication, directeur adjoint en charge des relations avec les usagers, responsable du pôle qualité
<b>Groupe(s) projet / de travail :</b>	Conseil de la Vie Social Comité Humanité & Bientraitance
<b>Professionnels, services concernés :</b>	L'ensemble des professionnels de l'établissement
<b>Moyens et ressources à mettre en œuvre :</b>	<input type="checkbox"/> Groupes ressources Humanité <input type="checkbox"/> Temps dédié à la communication <input type="checkbox"/> Temps dédié aux groupes de travail

ACTIONS À INSCRIRE AU PLAN PLURIANNUEL		2023	2024	2025
Favoriser la présence des résidents aux diverses commissions (animation, restauration...) et intégrer davantage les proches.				
Informers les résidents et les proches des démarches menées en faveur de la bientraitance et contre les maltraitements.				
Afficher les valeurs de l'établissement et de la charte Humanité.				
Communiquer, sensibiliser les résidents à la reconnaissance de la maltraitance : création de faciles à lire et à comprendre (FALC/BD).				
Organiser une campagne d'information pour la journée mondiale de sensibilisation et de lutte contre les maltraitements (15 juin).				
Sensibiliser les résidents sur certaines thématiques (troubles cognitifs...) afin de favoriser la compréhension et prévenir les violences.				
Mener une réflexion sur la mise en place d'un groupe de réflexion éthique.				
<b>Évaluation de l'atteinte des objectifs / Indicateurs :</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Nombre de résidents ayant émergés aux commissions.</li> <li>➤ Rapport annuel d'activité du CVS.</li> <li>➤ Rapport annuel d'activité du CoPil Humanité &amp; Bientraitance.</li> </ul>			
<b>Analyse globale :</b>	Suivi du plan d'actions pluriannuel et rapport annuel d'activité.			