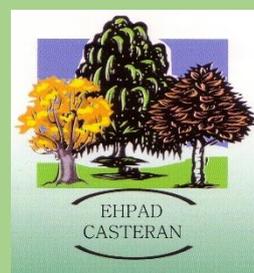


**Version  
2024**

# **Manuel Qualité et Sécurité**



**EHPAD Casteran**  
**18 rue du Docteur Poirrier**  
**53370 SAINT PIERRE-DES-NIDS**

## Table des matières

<b>MOT DE LA DIRECTION.....</b>	<b>3</b>
<b>1. PRESENTATION GENERALE.....</b>	<b>4</b>
1.1. Situation géographique et cadre environnemental .....	4
1.2. Historique de l'établissement.....	5
1.3. Mission générale et statut juridique de l'établissement .....	6
1.4. Conseil d'administration .....	6
1.5. Le mode d'accueil offert par l'établissement .....	6
<b>2 POLITIQUE QUALITE EVALUATION ET GESTION DES RISQUES .....</b>	<b>7</b>
2.1 L'ancrage de la démarche qualité dans toutes les approches des processus.....	7
2.2 La maîtrise des risques pour pérenniser une culture forte de sécurité .....	7
2.3 L'analyse des pratiques pour améliorer la prise en soin et le service rendu au résident et garantir leur sécurité.....	7
2.4 L'implication et la prise en compte des attentes des usagers dans les démarches d'amélioration de la qualité.....	7
<b>3 GESTION DU MANUEL QUALITE .....</b>	<b>8</b>
3.1 Les règles de gestion du manuel.....	8
<b>4 HISTORIQUE DE LA DEMARCHE QUALITE .....</b>	<b>10</b>
<b>5 ORGANISATION DE LA DEMARCHE QUALITE ET SECURITE .....</b>	<b>10</b>
5.1 L'instance de pilotage Qualité et Gestion des risques.....	10
<b>6 OBJECTIFS QUALITE ET DOMAINE D'APPLICATION DU MANUEL QUALITE .....</b>	<b>12</b>
<b>7 APPROCHE PROCESSUS .....</b>	<b>13</b>
<b>8 PILOTAGE DES PROCESSUS .....</b>	<b>14</b>
<b>9 CARTOGRAPHIE DES PROCESSUS DE L'ETABLISSEMENT.....</b>	<b>15</b>
<b>10 GESTION DOCUMENTAIRE .....</b>	<b>15</b>

## MOT DE LA DIRECTION

Ce manuel qualité est un document destiné à réaffirmer la politique qualité de l'établissement et à décrire de façon synthétique l'ensemble du système qualité.

Afin de promouvoir, développer et garantir la qualité des soins et la sécurité des résidents, l'établissement Casteran s'attache à détailler toutes les mesures d'assurance qualité de ses processus dans ce manuel.

Nous nous engageons à maîtriser et réduire les risques associés à la prise en charge des résidents et à répondre à leurs attentes et besoins en :

- Définissant la politique qualité et sécurité
- Fixant des objectifs de qualité et de sécurité des soins
- Sensibilisant l'ensemble du personnel à la démarche qualité et sécurité des résidents
- Évaluant le système de management de la qualité en fonction des besoins
- Fournissant les ressources humaines et matérielles nécessaires au management de la qualité et de la sécurité

Nous veillerons à ce que chaque collaborateur participe à la mise en œuvre et à l'application de la politique qualité et sécurité des soins, afin d'atteindre les objectifs fixés.

Ce document est disponible sur le site de l'établissement et dans le logiciel qualité.

La direction

# 1. PRESENTATION GENERALE

## 1.1. Situation géographique et cadre environnemental



L'EHPAD (Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes) Casteran se situe au cœur du parc régional Normandie Maine, à ST PIERRE-DES-NIDS. Pour autant, la commune de Saint Pierre-des-Nids appartient à la région Pays de Loire. En effet, Saint Pierre-des-Nids a comme particularité d'être à la croisée de deux régions (Les Pays de Loire et la Normandie) et trois départements (La Mayenne, La Sarthe distante de 8 km et L'Orne distant de 5km). Ce village se niche à l'extrême limite nord-est du département de la Mayenne. Le paysage avec ses vallonnements marqués donne l'inattendue impression d'un pays de montagnes. Au nord s'élève en effet le point culminant de tout l'ouest de la France, le Mont des Avaloirs (417m). Au sud, s'étend une autre région accidentée : les Alpes Mancelles. Saint Pierre-des-Nids fait partie de la communauté de communes du Mont des Avaloirs et donc du Canton de Villaines-la-Juhel qui regroupe 26 communes.

L'EHPAD se trouve à la sortie de Saint Pierre-des-Nids, sur la route de Gesvres, à 20 kilomètres d'Alençon, 15Kms de Villaines-la-Juhel, 11Kms de Pré-en-Pail, 5Kms de Saint Céneri-le-Gérei.

## 1.2. Historique de l'établissement

1931

•Le Docteur Casteran lègue à la commune de Saint-Pierre-Des-Nids des bâtiments et terrains pour la réalisation d'un refuge ou d'un hôpital pour les malades pauvres ou infirmes de la commune.

1932

•Le bureau de bienfaisance fait la démarche pour la construction d'un hôpital hospice.

1934

•Ouverture de l'hôpital hospice.

1960

•L'hospice s'agrandit afin d'avoir 18 chambres supplémentaires (à l'époque chaque chambre était composée de 3 ou 4 lits).

1977

•Des travaux d'humanisation sont entrepris (salon et bureaux).

1996

•Le bâtiment n'étant plus aux normes, décision est prise de construire une nouvelle maison de retraite.

1998

•En janvier, la nouvelle maison de retraite ouvre et se nomme : Maison de retraite Casteran en hommage au médecin donateur;

2006

•La maison de retraite signe sa première convention tripartie. Ainsi certifié, l'établissement devient l'EHPAD Casteran.

2024

•Création d'une direction commune avec l'EHPAD de Javron-Les-Chapelles. Cette initiative novatrice témoigne de la volonté des deux établissements de renforcer leur collaboration et de mutualiser leurs ressources dans le but d'optimiser la qualité des services proposés aux résidents.

### 1.3. Mission générale et statut juridique de l'établissement

L'EHPAD Casteran est un établissement médico-social public géré par le CCAS de Saint Pierre-des-Nids représenté par son Directeur M. Raguideau. A ce titre, il accueille des personnes âgées pour un accompagnement permanent. Il est agréé par la Caisse d'Allocation Familiale et est habilité à recevoir des bénéficiaires de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) et de l'aide sociale le cas échéant. Il répond aux normes d'attribution de l'allocation logement.

### 1.4. Conseil d'administration

L'EHPAD Casteran, affilié au Centre Communal d'Action Social (CCAS) de Saint-Pierre-des-Nids, incarne l'engagement ancestral dans la lutte contre la pauvreté et le soutien aux personnes en difficulté. De la charité chrétienne aux premiers bureaux de bienfaisance, jusqu'à l'évolution des bureaux d'aide sociale en Centres Communaux d'Action Sociale en 1986, l'action sociale, l'action sociale s'est continuellement structurée.

Le passage des bureaux d'aide sociale au CCAS a octroyé à ces derniers une compétence élargie dans le domaine de l'action sociale et médico-sociale, délégué par l'État, conformément aux dispositions de la loi n°86-17 du 6 janvier 1986 relative à l'action sociale et aux libertés individuelles. Présidé de plein droit par le maire de la commune, le CCAS bénéficie d'un conseil d'administration constitué de manière paritaire, réunissant des élus locaux désignés par le conseil communal et des professionnels qualifiés de l'action sociale, en conformité avec l'article L123-5 du Code de l'action sociale et des familles.

Cette parité favorise des synergies constructives entre les représentants élus et le tissu associatif local, en accord avec les principes énoncés par l'article L123-6 du Code de l'action sociale et des familles. Le CCAS joue un rôle pivot en animant une action préventive et sociale dans la commune, en collaboration avec les institutions publiques et privées, comme prévu par l'article L123-4 du Code de l'action sociale et des familles. Il représente ainsi l'instance locale prééminente en matière d'action sociale.

À ce titre, le CCAS assure diverses activités et missions, tant légales que facultatives, en vertu des articles L123-1 et suivants du Code de l'action sociale et des familles. Il peut notamment gérer des structures et des services essentiels tels que les EHPAD (Établissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes), conformément aux dispositions de l'article L312-1 du Code de l'action sociale et des familles. En assumant ses responsabilités, l'EHPAD Casteran, sous l'égide du CCAS, s'inscrit pleinement dans une démarche d'accompagnement social et médico-social de qualité, répondant aux besoins essentiels de nos aînés dépendants.

### 1.5. Le mode d'accueil offert par l'établissement

L'EHPAD Casteran propose un accueil permanent avec 35 chambres individuelles 21m2 réparties sur 3 niveaux. Toutes les chambres sont accessibles en fauteuil roulant et équipée d'une salle de douche.

## 2 POLITIQUE QUALITE EVALUATION ET GESTION DES RISQUES

La Politique Qualité Evaluations et Gestion des Risques est intégrée au projet d'établissement 2024-2029.

Cette politique se décline en 4 axes :

### 2.1 L'ancrage de la démarche qualité dans toutes les approches des processus

Cette démarche qualité est pensée comme un processus d'amélioration continue qui prend en compte les résultats et le bilan des actions menées dans le cadre du programme qualité. Ce programme qualité porté par la Direction, le Conseil de Vie Social et les professionnels est bâti autour des thématiques retenus par la Haute Autorité de Santé :

Management stratégique gouvernance,  
Management de la santé et du parcours de soin du résident,  
Management de l'accompagnement des résidents,  
Management processus logistiques.

Cette démarche est complétée par le renforcement des actions d'évaluation, le déploiement, la mise en place et le suivi d'indicateurs.

### 2.2 La maîtrise des risques pour pérenniser une culture forte de sécurité

- Identifier, analyser les risques et mettre en place les actions de prévention,
- Promouvoir une culture du signalement des événements indésirables et en organiser l'identification, l'analyse et la gestion en recourant aux méthodes d'analyse de risques,
- Garantir la sécurité des soins prodigués aux résidents,
- Garantir la gestion des situations de crise.

### 2.3 L'analyse des pratiques pour améliorer la prise en soin et le service rendu au résident et garantir leur sécurité

- Maitriser les risques en établissements médico-sociaux,
- Piloter la mise en œuvre opérationnelle des actions définies,
- Renforcer et contribuer au partage des bonnes pratiques en lien avec le maillage territorial,
- Poursuivre le déploiement des démarches d'évaluation et notamment d'évaluation des pratiques professionnelles,
- Optimiser le pilotage interne de l'établissement en développant et en organisant le suivi et l'analyse des indicateurs de qualité et de performance.

### 2.4 L'implication et la prise en compte des attentes des usagers dans les démarches d'amélioration de la qualité

- Favoriser l'implication des usagers dans les démarches d'amélioration de la qualité,
- Garantir le fonctionnement du conseil de vie social et promouvoir son implication dans les projets développés dans l'établissement,
- Faciliter l'accueil et l'implication des associations de bénévoles,

- Garantir l'information des résidents,
- Poursuivre la mise en œuvre et le suivi de l'efficacité du dispositif de gestion des plaintes et des réclamations.

#### Les moyens consentis :

Afin de promouvoir le développement de la politique qualité, l'établissement s'est doté de moyens :

- Un responsable qualité en charge de la politique qualité, de l'évaluation et de la gestion des risques,
- La gestion documentaire est informatisée et permet la mise à disposition des documents qualité pour l'ensemble du personnel en temps réel,
- La mise à disposition des documents supports (procédures, protocoles, formulaires, document d'information, ...) normés et uniformisés dans leur présentation facilitant leur utilisation,
- Des supports de communication : internet, le logiciel qualité permettant d'informer régulièrement et périodiquement les professionnels sur le suivi de notre politique qualité/évaluation/gestion des risques et l'avancement de notre programme qualité,
- La démarche de déclaration des événements indésirables est formalisée. La fiche de déclaration des événements indésirables est informatisée et permet de déclarer tout incident ou dysfonctionnement, en vue de mettre en place des actions d'amélioration en évitant ainsi que l'évènement indésirable ne se reproduise. Cette démarche est complétée par des analyses systémiques « CREX »,
- Les tableaux de bord et les indicateurs,
- La formation permet à l'ensemble des professionnels de soins de maîtriser la démarche qualité et les outils qualité et gestion des risque.

## 3 GESTION DU MANUEL QUALITE

### 3.1 Les règles de gestion du manuel

#### La rédaction et validation :

Le responsable Qualité / Gestionnaire des risques s'entoure de toutes les personnes nécessaires à la rédaction du manuel qualité et sécurité et notamment du coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins. Il est validé par la Direction de l'établissement.

#### La révision :

La mise à jour du manuel est assurée par le responsable Qualité et Gestion des risques.

Le Manuel Qualité est relu et révisé tous les quatre ans.

Il est possible de réviser ce manuel, suite à évènement : Il est possible de réaliser des modifications sur des articles particuliers du manuel de manière ponctuelle si l'on constate une inadéquation entre le document et le système qualité existant ou entre le document et les textes réglementaires. Les révisions peuvent également provenir de constats faits par le personnel l'utilisant ou après la mise en place d'actions d'améliorations ou de modifications consécutives au changement d'organisation d'un des services.

#### L'archivage :

L'historique des différentes versions du manuel qualité est conservé au service Qualité. Cet archivage peut être papier ou informatique.

### La diffusion :

Le manuel est à la disposition de l'ensemble du personnel de l'établissement sur internet. Un exemplaire papier est disponible : au service qualité.

Ces exemplaires sont à disposition des professionnels de l'établissement.

### Les références normatives et réglementaires (exigences spécifiées) :

Références normatives Norme ISO 9001 : Système de Management de la Qualité

#### Références réglementaires

- Circulaire N°2004-176 du 29 mars 2014 relative aux recommandations pour l'élaboration et la mise en œuvre d'un programme de gestion des risques dans les établissements de soins. - Loi HPST n°2009-879 du 21 juillet 2009

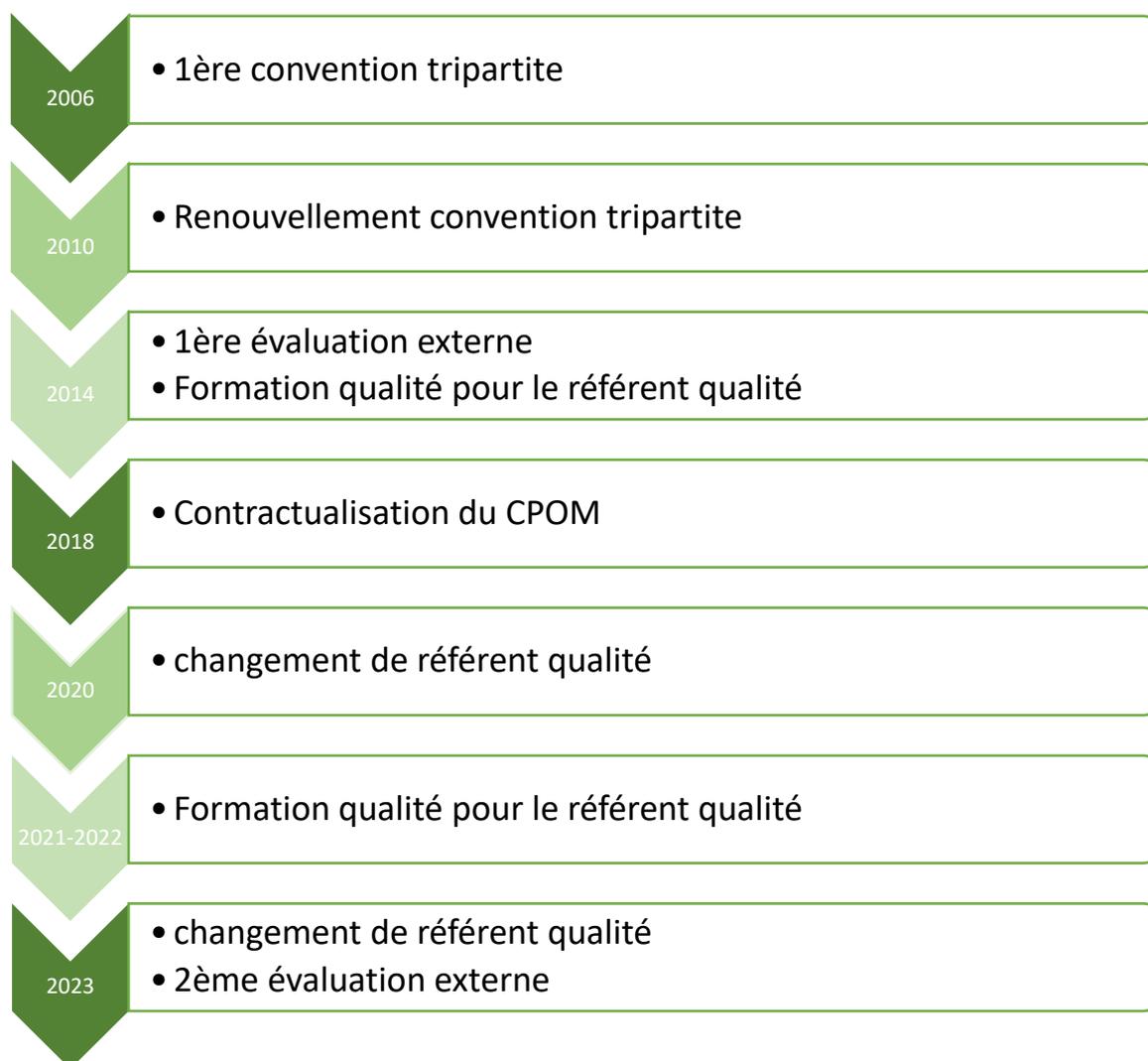
- Décret n°2010-1408 du 12 novembre 2010 relatif à la lutte contre les événements indésirables associés aux soins dans les établissements de santé

- Décret n°2010-439 du 30 avril 2010 relatif à la Commission Médicale d'Etablissement dans les établissements publics de santé

- Décret n°2013-841 du 20 septembre 2013 modifiant les dispositions relatives à la Commission Médicale d'Etablissement et aux transformations des établissements publics de santé à la politique du médicament dans les établissements de santé

- Manuel de certification des établissements sociaux et médico-sociaux (HAS).

## 4 HISTORIQUE DE LA DEMARCHE QUALITE



## 5 ORGANISATION DE LA DEMARCHE QUALITE ET SECURITE

### 5.1 L'instance de pilotage Qualité et Gestion des risques

#### LE COMITE DE PILOTAGE

Il constitue la structure décisionnelle de la Démarche continue de la Qualité et de la Sécurité. Elle rend compte du travail effectué au conseil d'administration et des résultats obtenus par le biais du responsable Qualité ou de la direction.

#### Composition :

- Directeur de l'établissement,
- Directrice adjointe,
- Responsable qualité GDR,

### Les missions :

Le Comité De Pilotage Politique Qualité Et Sécurité des Soins de l'établissement a pour mission de :

- Assurer, avec le responsable qualité, la mise en place du dispositif de la démarche qualité,
- Suivre l'avancement de la démarche et ses diffusions,
- Valider les documents du système qualité,
- Valider un programme annuel d'amélioration de la qualité et de la sécurisation des soins,
- Effectuer un suivi du programme,
- Définir les moyens nécessaires et prendre les décisions relatives à son évolution,
- Réaliser un bilan annuel des activités de qualité et sécurité des soins.

Le comité de pilotage se réunira régulièrement sur convocation de la direction.

### CELLULE QUALITE COMITE VIGILANCES ET DES RISQUES

#### Composition :

- Directeur de l'établissement,
- Directrice adjointe,
- Responsable qualité gestion des risques,
- Le médecin coordinateur,
- L'infirmier coordonnateur.

#### Missions :

La cellule qualité a pour mission de :

- Prendre en charge la composante opérationnelle de la qualité,
- Proposer au Comité de pilotage un programme de travail, un calendrier,
- Collaborer à la formalisation et à l'harmonisation des pratiques,
- Mettre en place et gérer le système documentaire.

La cellule qualité se réunit au moins trois fois par an sur convocation du comité de pilotage.

### LE RESPONSABLE QUALITE / GESTION DES RISQUES :

Le responsable Qualité / Gestion des Risques est nommé par le Directeur. Il dispose de l'indépendance et de l'autorité nécessaire pour construire, animer et faire évoluer le système qualité en accord avec les orientations de l'établissement, les décisions du comité de pilotage Qualité et les besoins de l'établissement.

#### Missions de management de la Qualité :

- Contribuer à définir la politique Qualité et Gestion des Risques,
- Contribuer à la définition du programme qualité et sécurité des soins et le décliner en plan d'actions par secteurs,
- Apporter une aide méthodologique à la mise en place et au suivi de la démarche qualité gestion des risques de l'établissement,
- Animer la démarche qualité et gestion des risques,
- Contribuer au développement de la culture qualité,

- Mettre en place et gérer le système documentaire,

#### Missions de management des risques :

- Organiser la démarche de gestion rétrospective des risques (événements indésirables, analyse de risques...),
- Organiser la démarche de gestion prédictive des risques (cartographie des risques...),
- Contribuer au développement de la culture de gestion des risques,
- Apporter un soutien pour la mise en œuvre des plans d'actions de sécurisation des organisations et pratiques.

### LE COMITE DES VIGILANCES ET DES RISQUES (COVIRIS)

#### Composition :

- Directeur de l'établissement,
- Directrice adjointe,
- Responsable qualité gestion des risques,
- Le médecin coordonnateur,
- L'infirmier coordonnateur,
- Un infirmier,
- Un représentant soignant,
- Un représentant des services logistiques.

#### Missions :

Le COVIRIS a pour mission de :

- Elaborer une politique de gestion de risques structurée et coordonnée,
- Veiller à la mise en œuvre d'un plan d'actions,
- Organiser le signalement des événements indésirables en lien avec l'utilisation des produits de santé et les risques inhérents au fonctionnement de l'établissement,
- Analyser les résultats.

### LES INSTANCES ET GROUPES DE TRAVAIL

Les instances règlementaires de l'établissement contribuent au développement de la démarche qualité et sécurité dans leur domaine de compétence respectif.

Ces instances peuvent être chargées de la mise en œuvre ou du suivi de certaines actions du programme qualité et gestion des risques.

Des groupes de travail peuvent être constitués ponctuellement en fonction des besoins de la démarche qualité. Ces groupes sont généralement pluridisciplinaires et constitués sur appel à candidature (groupes de travail sur une thématique précise...).

## 6 OBJECTIFS QUALITE ET DOMAINE D'APPLICATION DU MANUEL QUALITE

Le présent manuel expose les orientations retenues et l'organisation mise en place au sein de l'établissement en matière de système de management de la qualité et gestion des risques pour satisfaire les exigences réglementaires, normatives et améliorer la sécurité des résidents.

Ce manuel identifie, structure et organise les méthodes et ressources mises en œuvre pour assurer la qualité de la prise en charge et la sécurité des résidents de l'établissement. L'objectif est d'orienter et de contrôler l'organisation des processus afin de fournir régulièrement des prestations conformes aux attentes des résidents et de leurs proches dans le respect des exigences réglementaires applicables.

## 7 APPROCHE PROCESSUS

L'identification des processus se traduit par une cartographie des macro-processus. Les processus sont répartis en trois catégories et chaque catégorie contient un nombre variable de processus :

### Management stratégique gouvernance :

Ils regroupent toutes les activités conçues pour agir sur le fonctionnement de l'établissement et sa dynamique. Ces processus sont sous la responsabilité directe de l'équipe dirigeante. Ils permettent la définition de la politique et le déploiement des objectifs.

- ✓ Gestion des ressources humaines,
- ✓ Gestion des ressources financières,
- ✓ Qualité de vie au travail,
- ✓ Management qualité et risques.

### Management de la santé et du parcours de soin du résident :

Ils définissent les activités de prise en charge des résidents. Ces processus ont un impact direct sur la prise en soin.

- ✓ Management de la prise en charge médicamenteuse du résident,
- ✓ L'accompagnement à l'autonomie,
- ✓ Prise en charge de la douleur,
- ✓ Prise en charge et droits des résidents en fin de vie,
- ✓ Gestion du risque infectieux,
- ✓ Parcours du résident,
- ✓ Dossier résident,
- ✓ Identification du résident.

### Management de l'accompagnement des résidents :

Ils décrivent la vie et de leurs proches

- ✓ Droits des résidents,
- ✓ La bientraitance et l'éthique,
- ✓ L'expression et la participation de la personne accompagnée,
- ✓ La co-construction et personnalisation du projet d'accompagnement,
- ✓ L'animation et la participation à la vie en société,
- ✓ La communication et le droit à l'expression.

### Management processus logistiques :

Ils décrivent l'ensemble des activités nécessaires à la mise en œuvre du processus de prise en charge globale

- ✓ Gestion du système d'information,
- ✓ Processus logistiques,

- ✓ RSE et développement durable.

## 8 PILOTAGE DES PROCESSUS

La cellule qualité propose au COmité de PILotage des noms de pilote de processus en fonction de leur savoir et de leur fonction. Les pilotes sont responsables de la démarche qualité du processus dont ils ont la charge.

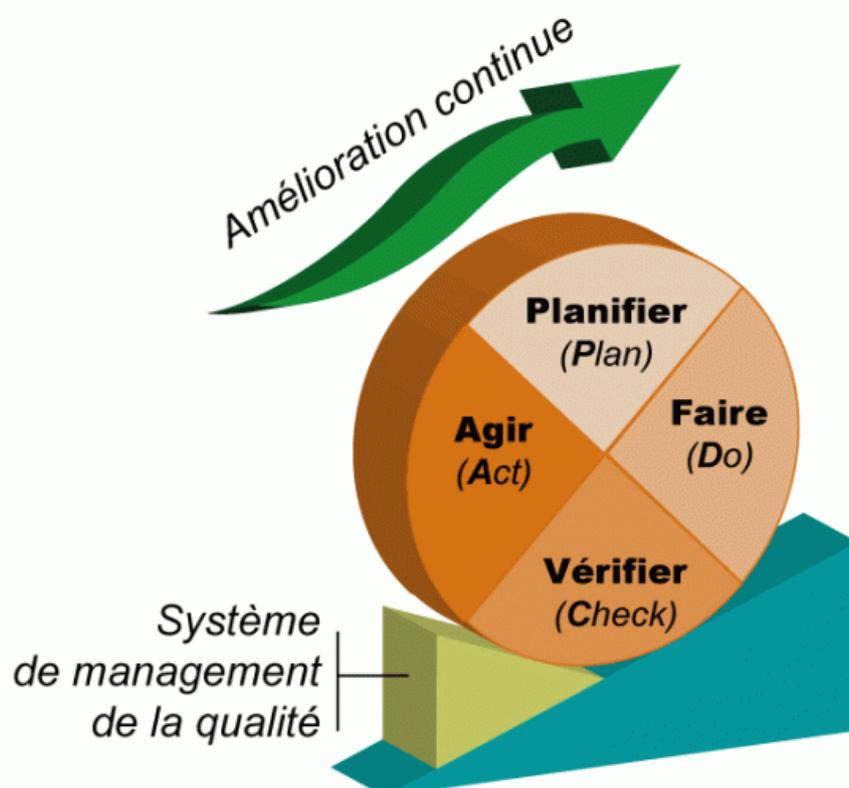
Leurs missions peuvent se définir au travers du cycle PDCA et se décliner de la façon suivante:  
**Planifier** : Participer à la description du processus, définir des indicateurs, fixer des objectifs. La Direction et les pilotes de processus définissent des objectifs en déclinaison du projet Qualité, Risques et Evaluations des pratiques professionnelles et de la politique Qualité et Sécurité des soins. La planification intègre également la rédaction de procédures et protocoles.

**Réaliser** : Les objectifs sont redéployés par les pilotes de processus et les responsables de service dans des plans d'actions par secteurs. Il s'agit également de mettre en œuvre les procédures et protocoles définis.

**Vérifier, mesurer** : Les tableaux de bord d'indicateurs et les évaluations permettent de vérifier l'application d'une ou plusieurs procédures et/ou de mesurer l'efficacité des actions entreprises.

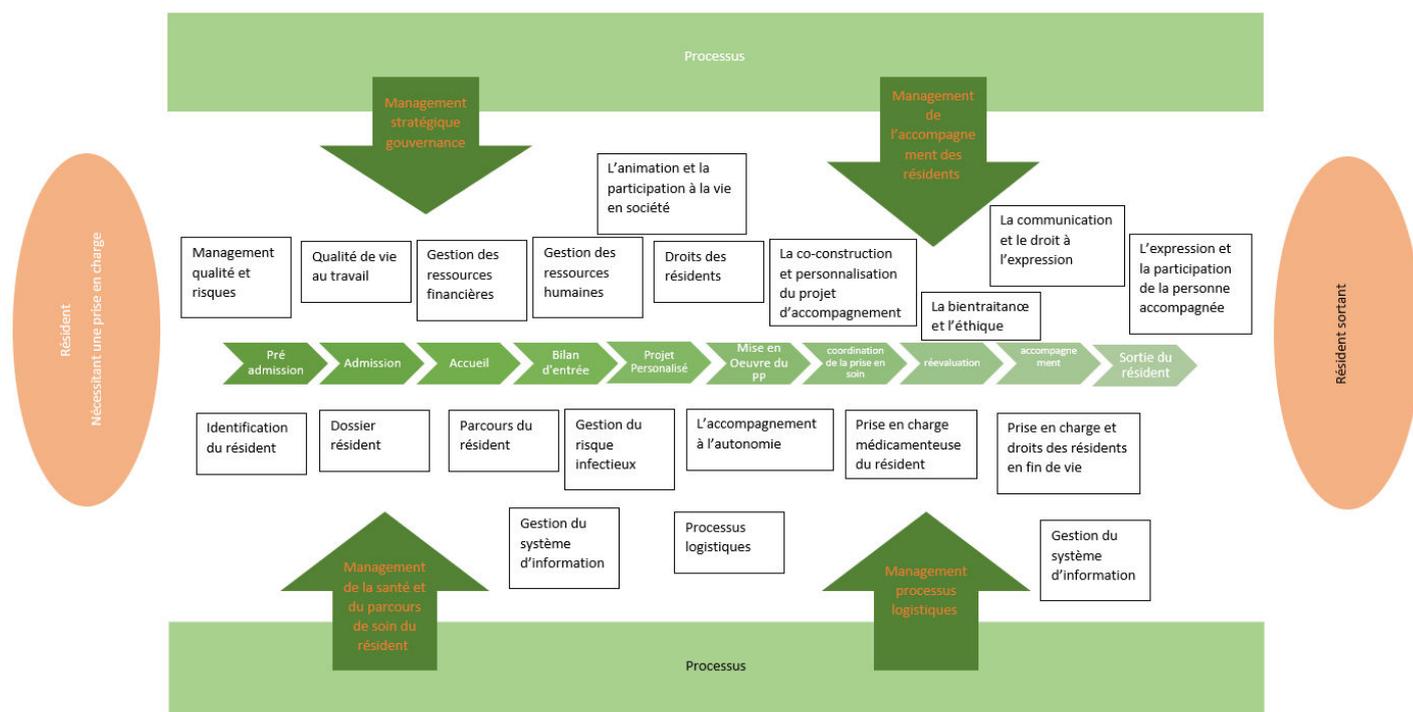
Les pilotes des processus sont chargés de définir les évaluations à mener, en lien avec les exigences règlementaires.

**Améliorer** : L'efficacité des processus est analysée par les pilotes des processus, des actions d'ajustement sont planifiées puis mises en œuvre.



## 9 CARTOGRAPHIE DES PROCESSUS DE L'ETABLISSEMENT

La cartographie des processus offre une vue globale du fonctionnement de l'établissement. Elle permet de comprendre la (les) finalité(s) principale(s) des activités de l'établissement et elle schématise les interactions entre les processus pour y répondre. Ainsi, elle permet à chacun de comprendre son implication dans le bon fonctionnement de l'établissement.



## 10 GESTION DOCUMENTAIRE

Une procédure de gestion documentaire définit la manière dont sont élaborés, identifiés, validés, approuvés, diffusés, revus et modifiés, archivés et détruits les documents du système qualité de l'établissement.

Cette procédure s'applique à tous les documents qualité produits par l'établissement :

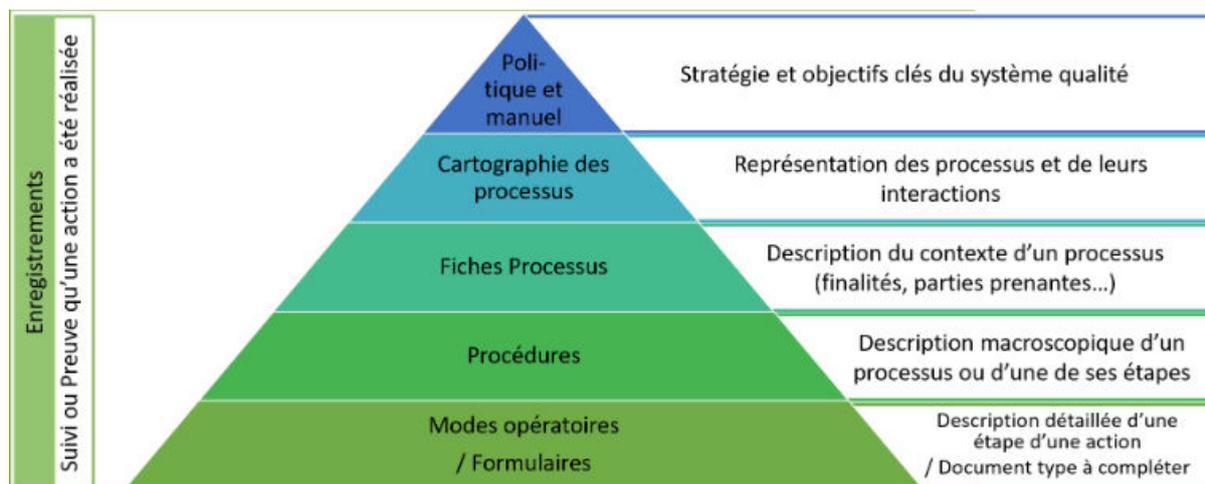
- Le manuel qualité et sécurité
- Les procédures (PC)
- Les protocoles (PT)
- Les fiches techniques (FE)
- Les formulaires (FORM)
- Les documents d'information (DI)

Le système documentaire joue un rôle essentiel pour :

- ✓ **Enoncer** et faire connaître la politique et les objectifs Qualité

- ✓ **Décrire** les éléments du système de management et faire connaître les responsabilités à tous les niveaux
- ✓ **Préciser** les manières de faire, de vérifier et d'améliorer ce qui a été fait
- ✓ **Pérenniser** les connaissances acquises

L'intégralité de la base documentaire du système qualité contenant tous les documents qualité approuvés et diffusés est mise informatiquement à disposition du personnel via le logiciel qualité.



Chaque service est équipé d'un ou plusieurs postes informatiques directement connecté au réseau. Il est donc possible d'aller directement consulter les documents au format pdf.