

MANUEL ASSURANCE QUALITÉ

IFAS PRADES



Rédaction	Validation	Vérification - Normalisation	Codification	Approbation
<u>Fonction</u> : Directrice de l'Institut de Formation de Prades <u>Nom</u> : ARMERO Corinne <u>Date</u> : 29/04/2022 Visa : ORIGINAL SIGNE	<u>Fonction</u> : Directrice de l'Institut de Formation de Prades <u>Nom</u> : ARMERO Corinne <u>Date</u> : 25/05/2022 Visa : ORIGINAL SIGNE	<u>Fonction</u> : Référent qualité <u>Nom</u> : CARMONA Lise <u>Date</u> : 25/05/2022 Visa : ORIGINAL SIGNE	<u>Fonction</u> : référent Gestion documentaire qualité <u>Nom</u> : COURRECH Hélène <u>Date</u> : 25/05/2022 Visa : ORIGINAL SIGNE	<u>Fonction</u> : Directrice de l'Institut de Formation de Prades <u>Nom</u> : ARMERO Corinne <u>Date</u> : 25/05/2022 Visa : ORIGINAL SIGNE
<u>Emetteur</u> : Référent Qualité – L. CARMONA				

SOMMAIRE

INTRODUCTION	PAGE 3
1. OBJET DU MANUEL QUALITÉ	PAGE 4
2. DOMAINE D'APPLICATION	PAGE 4
3. PRÉSENTATION DE L'INSTITUT DE FORMATION DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ	PAGE 4
4. ENGAGEMENT DE LA DIRECTION	PAGE 6
5. SYSTÈME MANAGEMENT DE LA QUALITÉ/POLITIQUE QUALITÉ	PAGE 6
- 5.1 La Politique qualité	PAGE 7
- 5.2 Cartographie des processus	PAGE 7
- 5.3 Les acteurs et responsabilités	PAGE 11
6. GESTION DOCUMENTAIRE	PAGE 12
7. COMMUNICATION INTERNE	PAGE 12
8. REVUE DE DIRECTION ET REVUE DE PROCESSUS	PAGE 13
9. ÉVALUATION DU DISPOSITIF	PAGE 13
10. RÉFÉRENCE QUALITÉ SUPPORT	PAGE 13

INTRODUCTION

L'évaluation de la qualité en formation s'est déroulée jusqu'à présent de façon diversifiée dans les Instituts de Formation Paramédicaux. La démarche qualité est obligatoire.

Au quotidien, nous sommes sollicités pour répondre à différentes demandes émanant de nos différents interlocuteurs.

Les Régions qui financent les Instituts attendent de la qualité en retour. Il en est de même avec tous les OPCO en lien avec l'application du décret n°2015-790 du 30 juin 2015 relatif à la qualité des actions de la formation professionnelle continue.

La Haute Autorité en Santé (HAS) définit également les critères de qualité relatifs à la qualité des dispositifs de formation clinique pour l'encadrement des étudiants et élèves paramédicaux en stage.

Et enfin, les Instituts eux-mêmes qui souhaitent valoriser leurs compétences et leurs manières de former en adéquation avec la réingénierie des formations.

Depuis 2005, les Régions ont compétence pour autoriser l'ouverture des Instituts de formation paramédicaux, renouveler leur autorisation et agréer leur Directeur¹. Dans le dossier de demande d'autorisation, il est précisé que l'Institut doit prouver l'engagement de l'Établissement dans une démarche qualité des dispositifs des formations professionnelles supérieures. C'est en 2009 que la notion d'évaluation du dispositif de formation apparaît plus clairement avec la mise en place du référentiel de formation infirmière et la réingénierie de la formation infirmière dans le cadre de l'universitarisation. Deux circulaires posent le cadre².

En 2010, un décret³ précise que les Instituts de formation font l'objet d'une évaluation nationale par l'AERES (remplacé aujourd'hui par la HCERES – Haut Conseil de l'Évaluation de la Recherche et de l'Enseignement Supérieur). De plus, l'instruction ministérielle du 11 juin 2010⁴ renforce les compétences des ARS sur le contrôle et le suivi des programmes et de la qualité de la formation.

¹ Arrêté du 31 juillet 2009 modifié par l'Arrêté du 23 janvier 2020 relatif aux autorisations des Instituts de formation préparant au Diplôme d'Etat d'Infirmier, infirmier de bloc opératoire, infirmier anesthésiste, puéricultrice, masseur-kinésithérapeute, pédicure-podologue, ergothérapeute, manipulateur d'électroradiologie médicale, aide-soignant, auxiliaire de puériculture, ambulancier, technicien de laboratoire d'analyses médicales, cadre de santé et aux agréments de leur Directeur.

² Circulaire du 26 juin 2009 relative à l'AERES et circulaire du 9 juillet 2009 relative au parcours LMD

³ Décret 2010-1123 du 23 septembre 2009 relatif à la délivrance du grade de licence aux titulaires de certains titres ou diplômes relevant du livre III de la quatrième partie du Code de la Santé Publique

⁴ Instruction ministérielle – instruction DGOS/RH1 n°210-228 du 11 juin 2010 relative à la répartition des missions relatives à la formation initiale et à l'exercice des professionnels de santé et de certaines missions relevant de la fonction publique

1. OBJET DU MANUEL QUALITÉ

Ce manuel qualité présente de façon synthétique la politique qualité mise en place au sein de l'Institut de Formation d'Aides-Soignants de Prades.

Cette politique vise à travers le système de management de la qualité initié depuis 2021 :

- À affirmer la mise en place d'une véritable dynamique d'amélioration continue de la qualité au sein de l'IFAS de Prades.
- À rendre lisible par tous la politique qualité et gestion des risques mise en œuvre.

Le manuel qualité est disponible à l'Institut et est consultable par l'ensemble des parties prenantes sur le site de l'Établissement. Il fera également l'objet d'une diffusion auprès de tous nos partenaires.

Le manuel qualité est géré par la Direction, responsable du management de la qualité et le comité stratégique.

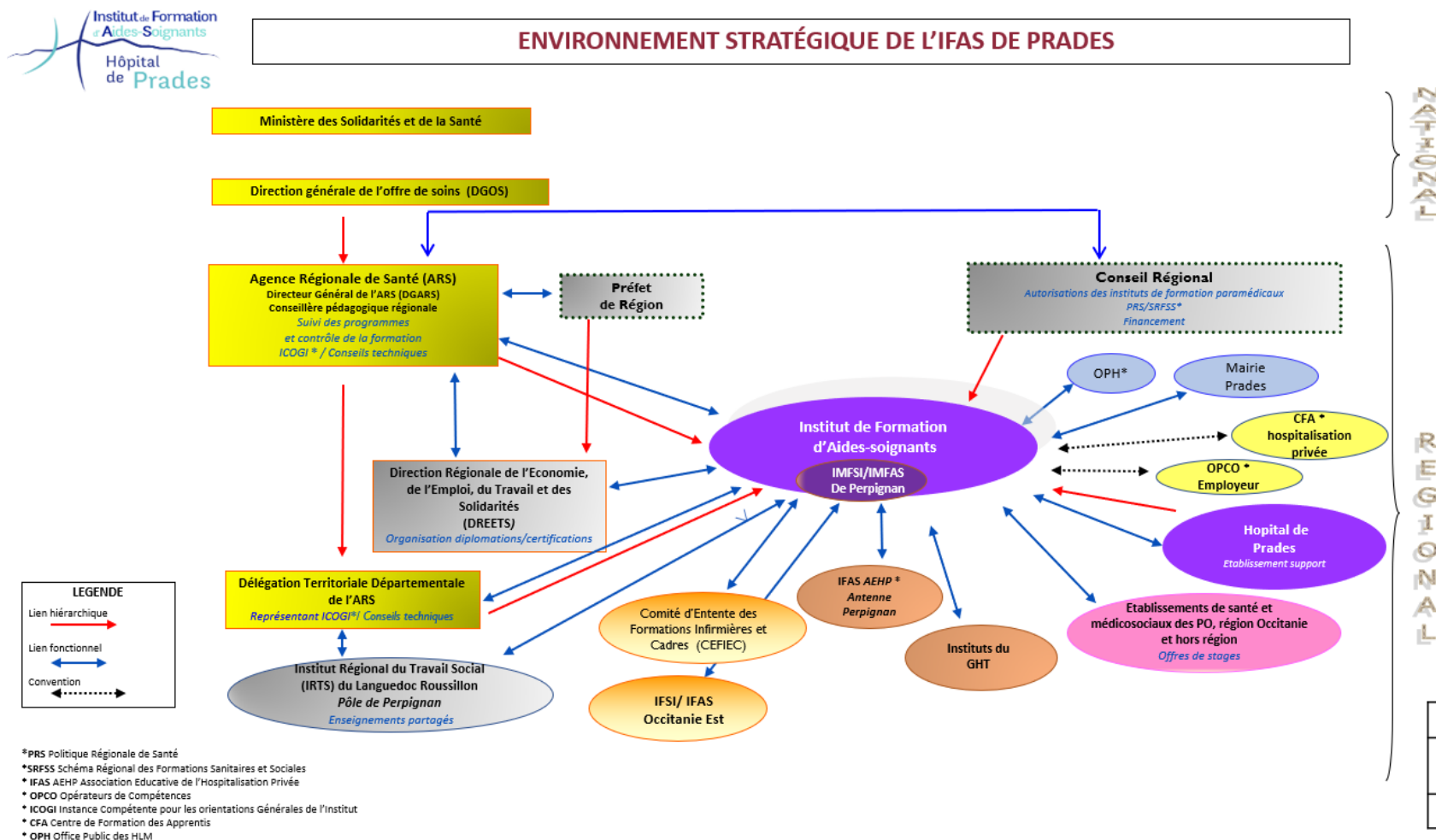
Le manuel sera actualisé régulièrement en regard du plan d'actions annuel.

2. DOMAINE D'APPLICATION

Le système de management de la qualité mis en place au sein de l'IFAS de Prades couvre les activités en lien avec les formations conduisant au diplôme d'État d'Aide-soignant.

3. PRÉSENTATION DE L'INSTITUT DE FORMATION DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

(Figure 1)



4. ENGAGEMENT DE LA DIRECTION

Dans le cadre de la démarche qualité, la Direction de l'IFAS de Prades s'engage à :

- Mettre en œuvre le système décrit dans le manuel qualité
- Soutenir ses collaborateurs dans leur recherche d'amélioration continue des prestations tant en formation initiale qu'en formation continue
- Favoriser le développement des compétences individuelles et collectives de l'équipe
- Maintenir l'évaluation régulière de nos pratiques professionnelles et le réajustement de nos actions, dans le cadre de la gestion des risques et amélioration de la qualité
- Mobiliser ses partenaires autour de la gestion de l'alternance en renforçant l'accompagnement et l'encadrement des apprenants
- Revoir le plan d'actions annuel à l'occasion des réunions de Direction
- Respecter les exigences réglementaires en vigueur

De par ces engagements, l'Institut de formation de Prades souhaite :

- Améliorer la satisfaction des apprenants et de ses partenaires, en les intégrant dans l'évaluation de la démarche qualité mise en œuvre
- Former des aides-soignants réflexifs et responsables pour répondre aux besoins de santé dans le cadre d'une pluridisciplinarité et capables de s'adapter aux mutations du système de santé
- Promouvoir la qualité et la sécurité des soins par la contribution à la formation continue des professionnels de santé.

5. SYSTÈME MANAGEMENT DE LA QUALITÉ/POLITIQUE QUALITÉ

Le management de la qualité est devenu un élément majeur dans notre pratique au quotidien, dans lequel la performance est exigée et ce, dans un contexte socio-économique contraint voire concurrentiel, auquel les Institutions sont confrontées aujourd'hui.

Le but de cette démarche est d'entretenir et améliorer nos capacités et nos performances globales pour satisfaire et répondre aux besoins actuels et futurs des différentes parties prenantes ou différents acteurs engagés dans la formation (étudiants – élèves – professionnels de santé – tutelles – financeurs, partenaires divers, etc...). Pour ce faire, il est nécessaire d'identifier l'environnement stratégique de l'institut ainsi que les différents types de relations existantes entre les partenaires : relations hiérarchiques, fonctionnelles ou conventionnement. (**Figure 1**)

5.1 La politique qualité

La politique qualité concerne l'ensemble des activités de l'Institut de Formation, ses ressources et son fonctionnement. Elle se décline autour de trois axes principaux :

- Amélioration continue de la qualité de nos prestations et de nos pratiques selon une approche par processus
- Implication et écoute des différentes parties prenantes (employeurs, OPCO, apprenants, formateurs externes, ARS, Conseil Régional, Etablissements de santé partenaires pour les stages des élèves etc...)
- Prévention et gestion des risques en lien avec nos activités.

5.2 Cartographie des processus

L'approche par processus consiste à :

- Identifier les activités managériales, pédagogiques, administratives, et logistiques nécessaires au fonctionnement de l'institut et à la satisfaction de nos apprenants et de nos différents partenaires.
- Organiser ces activités par processus pour améliorer les organisations
- Evaluer leur efficacité
- Réajuster si nécessaire

La cartographie des processus retenus porte sur les processus de management, de réalisation et support (**Figure 2**).

Le Processus Management (PM) :

- Sous-processus Pilotage : Définition de la Politique et des orientations stratégiques de l'institut.
- Sous-processus Communication : Définition des activités de communication interne et externe de l'institut ainsi que des activités de tradition perpétrées au sein de l'institut (Ex : Baptêmes des promotions)
- Sous-processus Surveillance et Mesure de la Performance (SMQ) : va contribuer à l'amélioration de tous les processus. Son but principal est de répondre à la satisfaction de nos parties prenantes (clients). Les missions de ce processus sont de déployer la démarche qualité/certification, de mesurer la performance de l'institut par la surveillance des indicateurs d'activités et de performance/résultats, de maîtriser les

non-conformités et exploiter les enquêtes de satisfaction afin de réajuster les processus.

Le Processus de Réalisation des Formations Initiales (PRFI) :

- Sous-processus Sélection des candidats : gestion des activités de sélection et d'inscription en formation au regard de la réglementation en vigueur.
- Sous-processus Planification des actions de Formation : Planification des programmes de formation théoriques et cliniques, gestion des intervenants, gestion de l'offre de stage et des mises en stage et définition des ressources disponibles.
- Sous-processus Réalisation des Formations Initiales Paramédicales : Réalisation des enseignements et suivis des apprentissages en institut et en stage. Gestion des évaluations des acquis théoriques, techniques et des compétences. Gestion des apprentissages.
- Sous-processus Validation de la Formation : Enregistrement des résultats de la formation, comptabilisation de l'absentéisme en scolarité, gestion des dossiers de diplomation en lien avec la DREETS et gestion des archives scolaires selon la réglementation en vigueur.

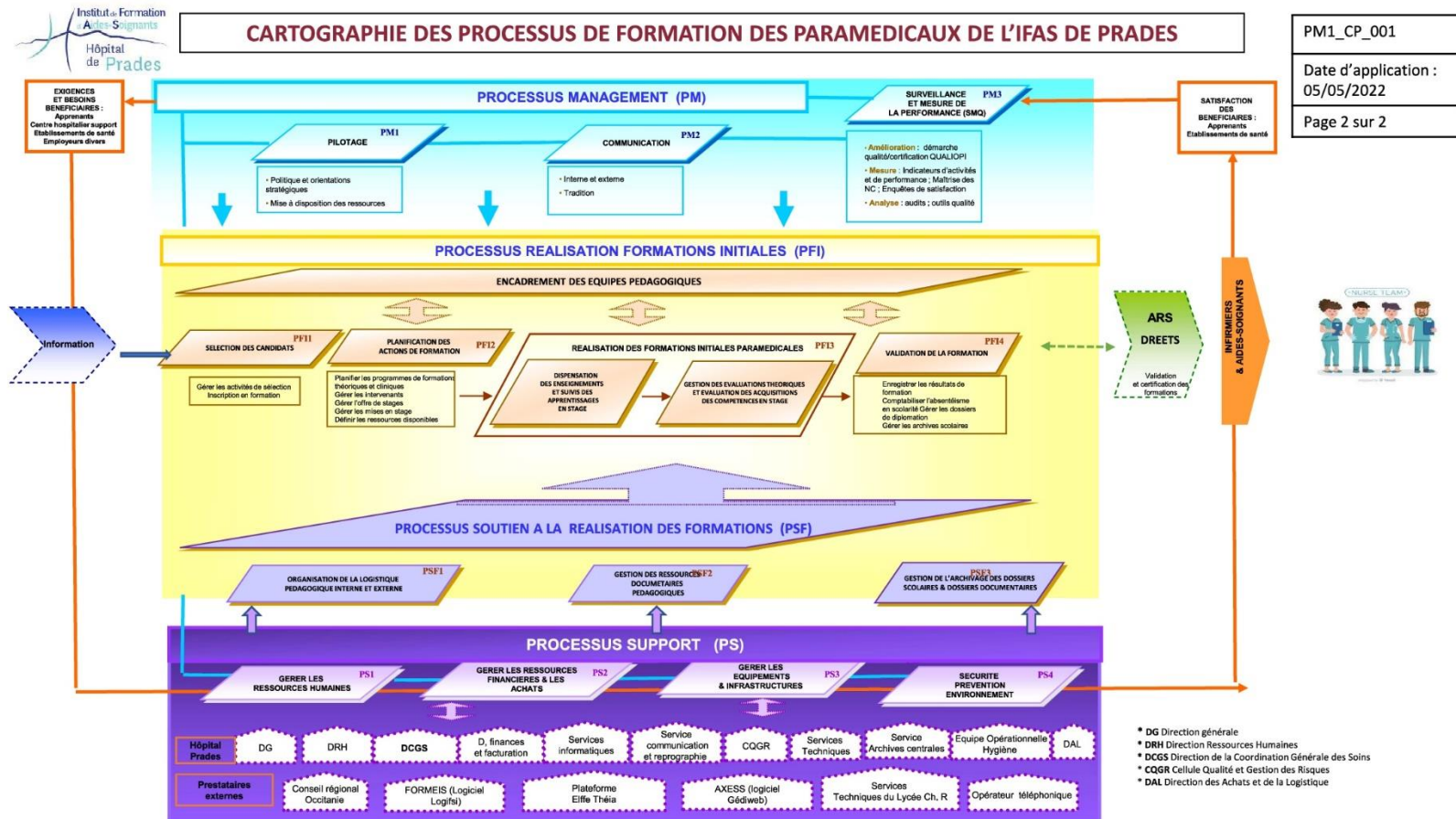
Le Processus soutien à la Réalisation des Formations (PSRF)

- Sous processus Organisation logistique pédagogique interne et externe : Il permet de mettre à disposition des formateurs internes et externes, les matériels nécessaires à la réalisation des prestations qu'il s'agisse du matériel pédagogique, informatique, de soins pour les TP, de consommation courante....
- Sous processus Gestion des ressources documentaires pédagogiques : Il permet de mettre à disposition des étudiants/élèves ou des formateurs internes ou externes les documents divers (ouvrages, revues, film...) en version papier et/ou numérique, nécessaires aux formations dispensées par l'institut, à la Recherche.... Ce sous-processus est à la charge du Centre de Recherche documentaire de l'institut de Perpignan (CRD) en lien avec l'IFAS de Prades.
- Sous processus Gestion de l'archivage dossiers scolaires et documentaires : Il permet de garantir l'archivage des dossiers et documents scolaires, en version papier et/ou dématérialisée, conformément à la réglementation en vigueur relative à l'archivage des instituts de formations paramédicales. Pour ce faire, un archiviste intervient périodiquement sur l'institut et une société privée (Forméis) est chargée de l'archivage des données scolaires du logiciel de gestion des scolarités.

Le Processus support (PS) :

- Sous processus Gestion des Ressources Humaines : il permet de disposer des ressources humaines (nombre de personnels, qualifications et compétences) adaptées aux orientations stratégiques et activités de l'institut dans le respect du cadre réglementaire et institutionnel. La DRH de l'Hôpital de Prades est support de l'institut.
- Sous processus Gestion des ressources financières et des achats : il permet de piloter les activités financières en lien avec la réglementation des formations délivrées, les exigences de notre tutelle financière (Conseil Régional), les exigences qualité et les orientations stratégiques de l'institut. Cela permet aussi de passer des contrats ou conventions avec des partenaires externes au CHP. La DFF (Direction des finances et de la Facturation) du Centre hospitalier de Prades est support de l'institut.
- Sous processus Gestion des équipements et infrastructures : il décrit la gestion des ressources matérielles et logistiques nécessaires pour garantir le déroulement des différents processus. Pour les ressources logistiques cela intègre les locaux, le matériel et l'entretien des locaux. Il permet aussi d'assurer l'efficacité du système d'information, du système informatique mais aussi de faciliter l'accès à ce système et aux ressources documentaires et de décliner la politique de communication interne et externe ainsi que sa mise en œuvre. La DAL (Direction des Affaires Logistiques), la DNSIH (Direction du Numérique et Système d'Information Hospitalier) et la DSTPD (Direction des Services Techniques et Plan Directeur) du Centre hospitalier de Prades sont supports de l'institut.

(Figure 2)



5.3 Les acteurs et responsabilités

Le déploiement de la démarche qualité au sein de l'IFAS de Prades est porté par tous les professionnels de l'Institut.

Notre organisation passe par une définition des responsabilités de chacun au sein de cette démarche d'assurance qualité afin de répondre aux besoins de nos parties prenantes.

➤ **La Direction** a pour mission de :

- Définir la stratégie générale, la politique et les objectifs en matière de qualité et gestion des risques
- Animer les réunions de direction, approuver et valider les documents qualité et gestion des risques

➤ **Les responsables qualité** ; la Directrice et un Cadre de Santé Formateur de l'IMFSI de Perpignan détaché à 100% de sa quotité de travail ont pour mission de :

- Piloter le système d'assurance qualité
- Superviser la démarche qualité
- Promouvoir et animer la démarche qualité
- Garantir la conformité du système de management de la qualité, des documents et actions mises en œuvre dans les différents processus
- Accompagner les pilotes de processus dans leurs missions

➤ **Le Comité Stratégique (COSTRAT)**

Un Comité qualité et gestion des risques a été mis en place. Il est composé à ce jour de :

- La Directrice et le cadre supérieur de santé de l'IMFSI de Perpignan, , adjointe à la directrice,
- Le Cadre de Santé Formateur Référent qualité de l'IMFSI de Perpignan,
- L'Attachée d'Administration Hospitalière, secrétaire de direction de l'IMFSI de Perpignan,
- Les deux formateurs de la filière aide-soignante de l'IFAS de Prades
- La secrétaire de l'IFAS de Prades
- Le coordonnateur pédagogique de l'IFAS de Prades.

Ses missions sont les suivantes :

- Participer à la définition et à la mise en œuvre de la politique qualité
- Piloter la mise en œuvre des projets
- Elaborer des propositions en matière d'assurance qualité interne
- Centraliser et analyser les déclarations d'événements indésirables afin de mener des actions de prévention et d'amélioration concourant à réduire les risques.

➤ **Les pilotes de processus ont pour mission :**

- De veiller à la maîtrise et à l'efficacité du processus dont ils sont responsables avec le soutien du Responsable qualité de l'Institut

- D'animer les réunions en lien avec le processus dont ils sont responsables, selon la politique définie par le Comité Stratégique
- D'évaluer leur processus et de présenter la mesure des indicateurs d'activité et de performance de leur processus lors des réunions du Comité stratégique.

➤ **Les professionnels de l'Institut ont pour mission de :**

- Participer à la prévention et gestion des risques liés aux activités et missions de l'institut.
- Participer au déploiement et à la promotion de la démarche qualité au sein de l'Institut.
- Développer et mettre en œuvre les procédures qualité au sein de la structure
- Participer à la gestion des risques (déclaration des événements indésirables).

6. GESTION DOCUMENTAIRE

La gestion du système de management de la qualité s'appuie sur un système documentaire comprenant :

- La documentation qualité maîtrisée
- La documentation de travail qui est structurée en fonction des processus et de leurs activités.

Nous nous appuyons sur :

- Le manuel qualité : document essentiel de description du système de gestion de la qualité, il reflète la politique de l'Institut de Formation d'Aides-Soignants de Prades
- Les processus : ils détaillent les modalités d'organisation et de fonctionnement des principales tâches effectuées
- Les procédures : elles détaillent certaines actions présentées dans les processus et présentent un ensemble de règles qu'il faut observer
- Les modes opératoires : il s'agit de documents qui permettent de spécifier une conduite à tenir par rapport à certaines tâches
- Les documents externes : ils proviennent de services extérieurs (arrêtés ministériels, conventions, contrats, conventions, etc...).

7. LA COMMUNICATION INTERNE

Le déploiement de la démarche qualité fait l'objet de plusieurs réunions internes avec archivage des comptes-rendus :

- Réunion de COSTRAT (Comité Stratégique) : *une fois par mois*
- Réunions de l'ensemble des personnels de l'institut : *une fois par mois*
- Archivages des comptes rendus de ces différentes réunions (consultables par l'ensemble des participants)

Les actions de communication externes initiées par l'institut ou répondant aux sollicitations des partenaires externes de l'institut sont décrites annuellement par une note de service émanant de la direction.

8. LES REVUES DE DIRECTION ET REVUES DE PROCESSUS

Non mises en place à ce jour compte tenu de l'avancée du projet, il est prévu d'instaurer des Comités stratégiques mensuels incluant les revues de processus.

Ce Comité stratégique sera préparé par les différents pilotes de processus et présenté par la Direction. Il se réunira **trimestriellement** et aura pour finalité de vérifier, à partir des données internes et externes, l'efficacité du système qualité en lien avec la politique définie et les objectifs institutionnels fixés.

9. L'ÉVALUATION DU DISPOSITIF

Le suivi de la qualité de l'encadrement en stage des élèves aides-soignants est évalué annuellement. Cette évaluation est réalisée par les élèves au retour de chaque stage. Les résultats sont communiqués annuellement à tous les partenaires de l'institut accueillant les élèves en stage. Cette évaluation fait l'objet de mise en place d'actions correctives ou d'amélioration.

L'évaluation de nos actions est un axe prioritaire au sein de notre Institut. De nombreuses actions sont mises en place, cependant, le système d'évaluation n'est pas réellement déployé et efficient à ce jour.

Ce point fera l'objet d'une action prioritaire pour 2022/2023

10. LE RÉFÉRENTIEL QUALITÉ SUPPORT

L'IFAS de Prades s'est inscrit depuis janvier 2022 dans la démarche de certification QUALIOPI, et son audit de certification est programmé en juillet 2022.