

MANUEL ASSURANCE QUALITÉ

IFAS PRADES – Version 3



Rédaction	Validation	Vérification - Normalisation	Codification	Approbation
<u>Fonction</u> : Directrice de l’Institut de Formation de Prades et RAQ <u>Nom</u> : ARMERO Corinne et MOREIRAS Lise <u>Date</u> : 09/04/2025 <u>Visa</u> : ORIGINAL SIGNE	<u>Fonction</u> : Directrice de l’Institut de Formation de Prades <u>Nom</u> : ARMERO Corinne <u>Date</u> : 09/04/2025 <u>Visa</u> : ORIGINAL SIGNE	<u>Fonction</u> : Responsable assurance qualité (RAQ) <u>Nom</u> : MOREIRAS Lise <u>Date</u> : 09/04/2025 <u>Visa</u> : ORIGINAL SIGNE	<u>Fonction</u> : référent Gestion documentaire qualité <u>Nom</u> : COURRECH Hélène <u>Date</u> : 25/05/2022 <u>Visa</u> : ORIGINAL SIGNE	<u>Fonction</u> : Directrice de l’Institut de Formation de Prades <u>Nom</u> : ARMERO Corinne <u>Date</u> : 09/04/2025 <u>Visa</u> : ORIGINAL SIGNE
<u>Emetteur</u> : Responsable Assurance Qualité (RAQ) – L. MOREIRAS				

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 16
7. COMMUNICATION INTERNE	PAGE 16
8. ÉVALUATION DU DISPOSITIF	PAGE 16
9. RÉFÉRENCE QUALITÉ SUPPORT	PAGE 17

INTRODUCTION

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

Aujourd'hui, la démarche qualité est obligatoire. Elle s'appuie sur le référentiel National Qualité mentionné à l'article L.6316-3 du code du travail, qui s'inscrit dans le cadre de la loi n°2018-771 du 05 septembre 2018, pour la liberté de choisir son avenir professionnel.

Au quotidien, nous sommes sollicités pour répondre à différentes demandes émanant de nos différents interlocuteurs. Ces derniers, exigent un suivi rigoureux de la qualité des formations dispensées :

- 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.
- La certification Qualiopi, certification unique du ministère du travail, obligatoire pour accéder aux financements publics et mutualisés (OPCO, CPF, pôle emploie...) exigée pour les instituts de formations paramédicales qui développent notamment l'apprentissage.
- 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'Evaluation 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. OBJET DU MANUEL QUALITÉ

La version 2 du manuel qualité présente de façon synthétique l'évolution de la politique qualité mise en place, depuis septembre 2021, dans la centralisation du système management qualité, en lien avec la direction commune des instituts, devenu depuis septembre 2023 l'IMFMS (l'Institut Méditerranéen de Formation aux métiers de la santé de Perpignan).

Pour répondre aux enjeux de la qualité, la direction a décidé de mettre en place un Système de Management Qualité Intégré (SMQI), c'est-à-dire une approche organisationnelle ayant pour but

d'améliorer les systèmes de management, tout en simplifiant le travail en centralisant le système de management dans l'objectif de :

- 1- Affirmer la mise en place d'une véritable dynamique d'amélioration continue de la qualité sur l'ensemble des processus de l'Institut : Managements, formations et support, c'est-à-dire la mise en place d'un pilotage stratégique de l'institut.
- 2- Rendre visible et porteuse de sens, pour tous les personnels, tutelles, partenaires, la politique qualité et gestion des risques mise en œuvre au sein de l'institut.
- 3- Favoriser l'adhésion des collaborateurs internes, facteur de performance de l'institut.
- 4- Optimiser les ressources allouées par mutualisation.
- 5- Maximiser la satisfaction des apprenants, des tutelles et des partenaires.
- 6- Renforcer la cohérence des stratégies, décisions et des actions grâce à une vision globale.

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.

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

L'Institut de Formation Aides-Soignants (IFAS) de Prades, forme des apprenants conduisant à la délivrance de DEAS (Diplôme d'Etat Aide-Soignant).

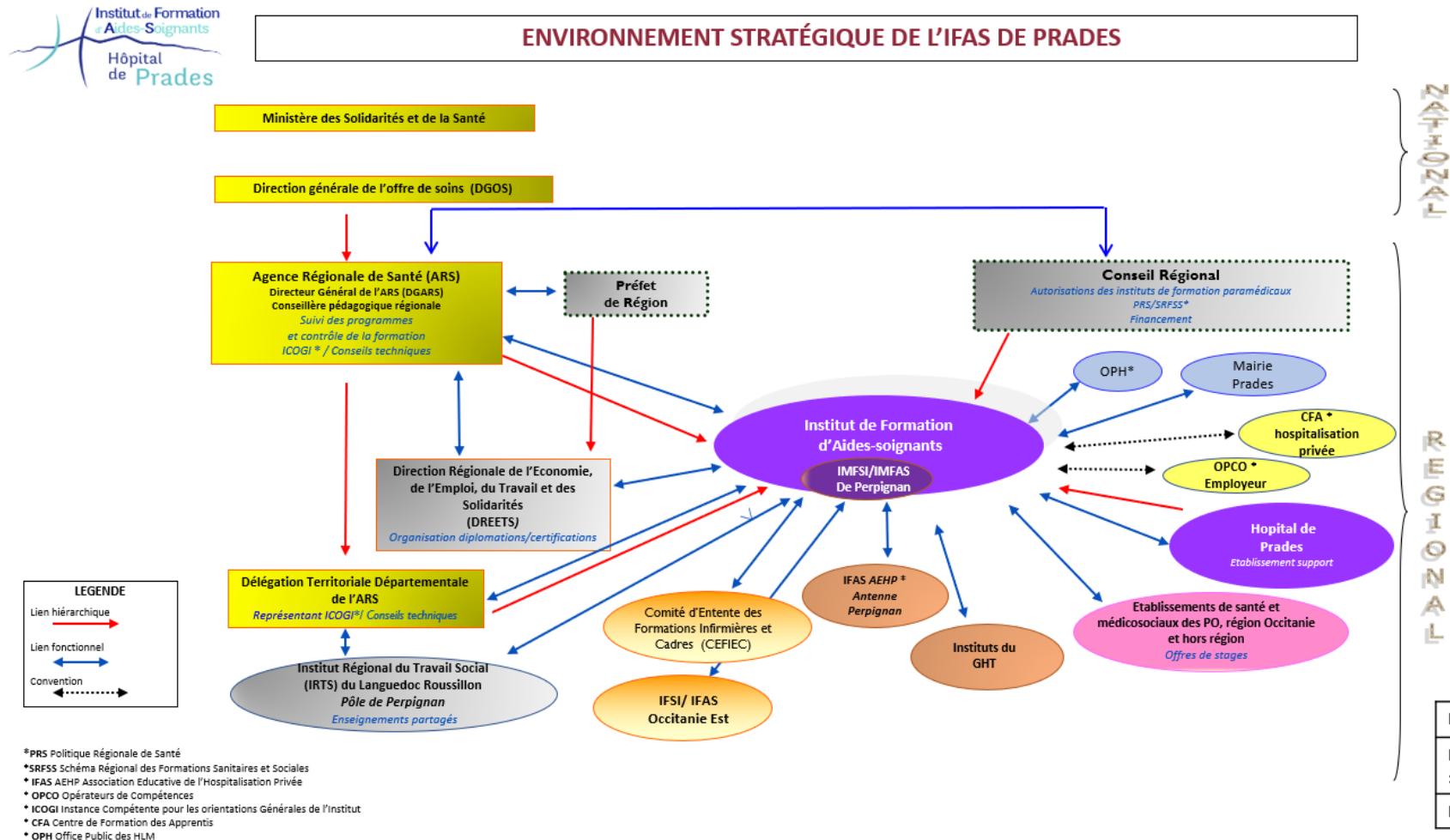
¹ Arrêté du 31 juillet 2009 modifié par l'Arrêté du 23 janvier 2020 relatif aux autorisations des Instituts de formation préparant au Diplôme d'Etat d'Infirmier, infirmier de bloc opératoire, infirmier anesthésiste, puéricultrice, masseur-kinésithérapeute, pédicure-podologue, ergothérapeute, manipulateur 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 ospitalière, dans le cadre des Agences Régionales de Santé et des Directions Régionales de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale.

(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 (PFI) :

- 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.

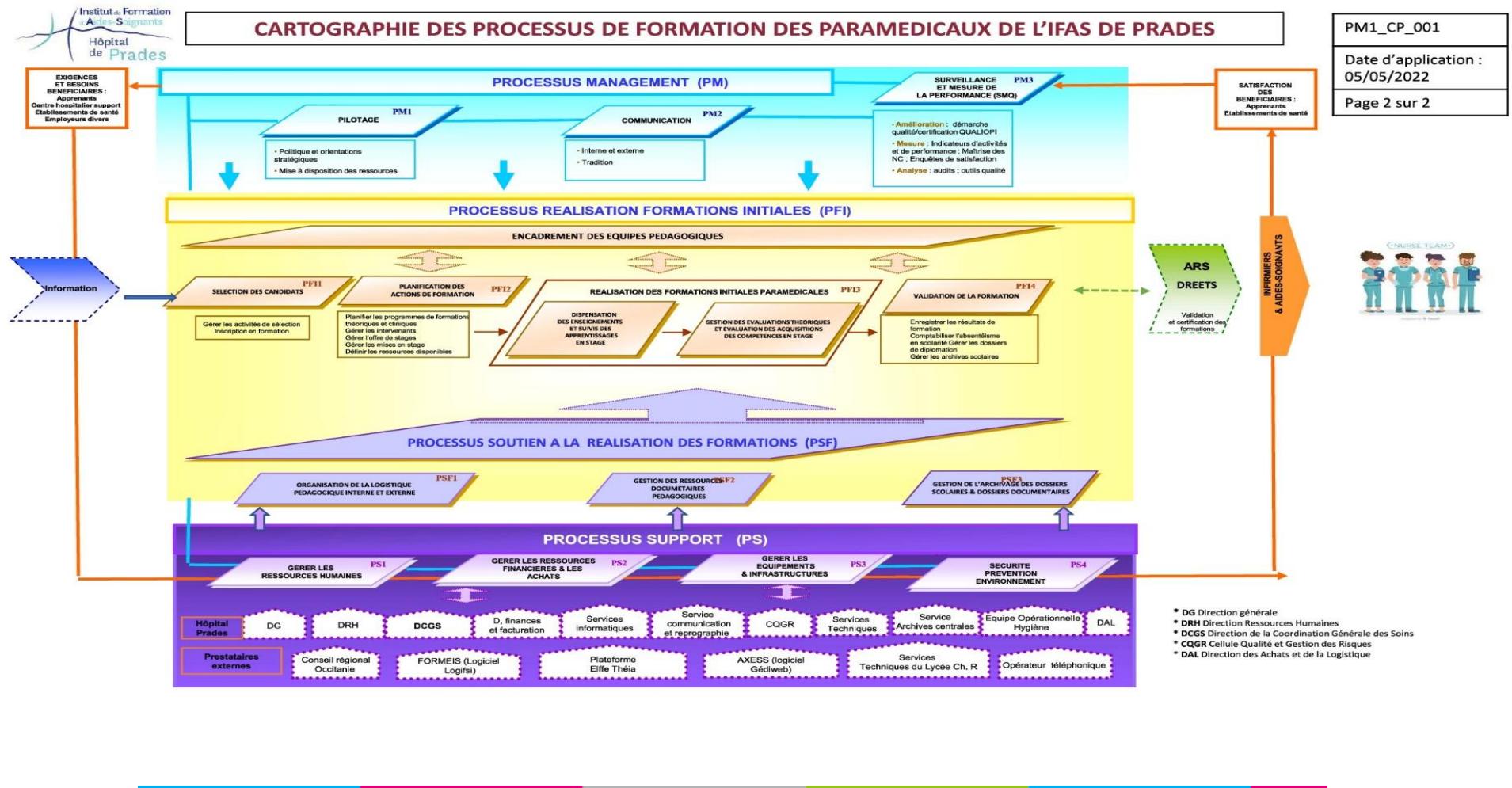
Le Processus soutien à la Réalisation des Formations (PSF)

- 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, en collaboration avec le SMQI (Système Management Qualité Intégré) de Perpignan. Notre organisation passe par une définition des responsabilités de chacun au sein du SMQI (Système Management Qualité Intégré).

Différentes instances ont été créées. Des missions spécifiques pour chacune d'entre elles ont été définies :

- **Le comité stratégique (COSTRAT)** : Détermine la stratégie des instituts et le suivi de sa mise en œuvre au regard des exigences de son environnement (réglementaire, territoire d'implantation, tutelles, financeurs, partenaires, ...).
- **La revue de processus et de projets** : Evalue la performance des processus et de leurs activités. Identifie les données d'entrée de la revue de direction, des revues de gestion des risques, et des revues de dialogues de gestion.
- **La revue de direction** : Vérifie et évalue l'efficacité du SMQI :
 - L'avancée des actions préventives et correctives.
 - L'avancée des actions issues des précédentes revues de direction.
 - Met en œuvre des recommandations.
 - Prends des décisions et définie des actions à mettre en œuvre.
- **La Revue de gestion des risques** : Maitrise les risques à partir de la cartographie des risques identifiés.
- **La revue de dialogue de gestion**.
 - Clôture le budget de l'année N et évalue le budget prévisionnel année N+1.
 - Prépare la réunion contradictoire régionale.
 - Etudie le budget intermédiaire

Cette dernière, est soutenue par la sous commissions interne de suivi budgétaire, qui :

- Valide et entérine les besoins exprimés.
- Clôture le dossier du budget d'investissement avant transmission à la DAF (Direction des affaires financières) puis à la région.
- Évalue les priorités si besoin, selon l'enveloppe allouée à la réception de la convention de la région

Ces instances sont programmées annuellement selon une fréquence tenant compte du calendrier scolaire des offres de formations. Figure 3 : Tableau Récapitulatif des Instances et de l'organisation du SMQI.

Selon les instances, elles se composent des personnels suivants :

- L'Equipe de Direction : la Directrice, deux Cadres Supérieurs de Santé, et adjointe de Direction,
- Le Cadre de Santé Formateur Responsable qualité,
- La documentaliste, référente de la gestion documentaire qualité
- L'Attachée d'Administration Hospitalière, secrétaire de direction,
- La responsable finances,
- Les référentes handicap,
- La référente communication,
- La référente de l'amélioration des conditions de vie et de travail,
- Les coordonnateurs d'année de formations et de filières,
- Les pilotes de processus.

(Figure 3)



TABLEAU RECAPITULATIF DES COMITOLOGIES DU SMQI (Système Management Qualité Intégré)

- IMFMS PERPIGNAN - MULTISITES / IFAS PRADES / -
V4 – Simplifiée – Document Général

Instances du SMQI	Fréquence	Missions	Période	Dates (à fixer par année scolaire / Note de service)	Membres
1- COSTRAT	1 FOIS / AN	<ul style="list-style-type: none"> • Déterminer la stratégie des instituts et le suivi de sa mise en œuvre au regard des exigences de son environnement (réglementaire, territoire d'implantation, tutelles, financeurs, partenaires, ...). • Outil de pilotage de la Direction : 	- SEPT/OCT		<ul style="list-style-type: none"> • Les membres de la Direction de l'IMFMS de Perpignan et de l'IFAS de Prades. • Les responsables pédagogiques IMFMS et IFAS de Prades (qui sont : les CSS et pilotes de processus) • La Responsable d'Assurance Qualité, (RAQ) • La secrétaire de Direction, • La référente gestionnaire de la documentation qualité,
2- REVUE DE PROCESSUS ET DE PROJETS	2 FOIS PAR AN	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluer la performance des processus et de leurs activités. • Identifier les données d'entrée de la revue de direction, des revues de gestion des risques, et des revues de dialogues de gestion. 	1- NOV/DEC 2- AVRIL/MAI		<ul style="list-style-type: none"> • Les membres de la Direction de l'IMFMS de Perpignan et de l'IFAS de Prades. • La Responsable d'Assurance Qualité, (RAQ) • La secrétaire de Direction, • La référente gestionnaire de la documentation qualité, • Les coordinateurs d'années de formations et de filières, • La référente communication, • La référente handicap. • Le référent Qualité de Vie au Travail

Instances du SMQI	Fréquence	Missions	Période	Dates (à fixer par année scolaire / Note de service)	Membres
3- REVUE DE DIRECTION	1 FOIS / AN	<ul style="list-style-type: none"> • Vérifier et évaluer l'efficacité du SMQI : - L'avancée des actions préventives et correctives. - L'avancée des actions issues des précédentes revues de direction. • Mettre en œuvre des recommandations • Prendre des décisions et définir des actions à mettre en œuvre 	- Fin MAI		<ul style="list-style-type: none"> • Direction de l'IMFMS Perpignan et IFAS de Prades • Adjointe à la Directrice • Responsables pédagogiques de l'IMFMS Perpignan et IFAS de Padres • La Responsable d'Assurance Qualité, (RAQ) • La secrétaire de Direction • Accompagnés éventuellement d'un ou plusieurs experts en fonction du besoin.
4- REVUE GESTION DES RISQUES	2 FOIS / AN	<ul style="list-style-type: none"> • Maîtriser les risques à partir de la cartographie des risques identifiés. 	1- DECEMBRE 2- Fin JUIN		<ul style="list-style-type: none"> • Les membres de la Direction de l'IMFMS, • La Responsable d'Assurance Qualité, (RAQ) • La secrétaire de Direction • Accompagnés éventuellement d'un ou plusieurs experts en fonction du besoin

Instances du SMQI	Fréquence	Missions	Période	Dates (à fixer par année scolaire / Note de service)	Membres
5- REVUE DIALOGUE DE GESTION	3 FOIS / AN	<ul style="list-style-type: none"> • 1) Clôturer le budget de l'année N et évaluer le budget prévisionnel année N+1. • 2) Préparer la réunion contradictoire régionale • 3) Etudier le budget intermédiaire 	1- NOVEMBRE 2- JANVIER/FEVRIER 3- JUIN		<ul style="list-style-type: none"> • La Directrice de l'institut, • Le cadre supérieur de Santé, Adjointe de Direction, • Le cadre Supérieur de santé de l'IFAS de Prades • Le responsable finances, de l'IMFMS • La Responsable d'Assurance Qualité, (RAQ) • La direction des affaires financière (DAF) du CHP + CH Prades.
5-Bis : SOUS-COMMISSIONS INTERNE DE SUIVI BUDGETAIRE	3 FOIS /AN	<ul style="list-style-type: none"> • 1) Valider et entériner les besoins exprimés • 2) Clôturer le dossier du budget d'investissement avant transmission à la DAF puis à la région. • Évaluer les priorités si besoin, selon l'enveloppe allouée à la réception de la convention de la région. 	1- NOVEMBRE 2- DECEMBRE 3- Fin MARS		<ul style="list-style-type: none"> • La Directrice • La secrétaire finance • L'adjointe de Direction
Audit de certification (QUALIOPI)	Tous les 3 ans sous réserve de l'audit de surveillance tous les 18 ou 20 mois. Pour les audits de renouvellement doivent être réalisé 4 mois avant la fin de la date de fin de validité du certificat de certification (Soit 4 mois avant les 3 ans révolus)	Réalisés par un organisme externe et indépendant qui octroie la certification de conformité aux exigences du référentiel national qualité "Qualiopi". V9.			<ul style="list-style-type: none"> • Les membres de la Direction de l'IMFMS de Perpignan et de l'IFAS de Prades. • La Responsable d'Assurance Qualité, (RAQ). • La secrétaire de Direction, • La référente gestionnaire de la documentation qualité, • La secrétaire des finances de l'IMFMS de perpignan, • Les pilotes de processus, • Les coordinateurs d'années de formations et de filières, • La référente communication, • La référente handicap.

➤ **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 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
- Centraliser et analyser les déclarations d'évènements 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 de Direction.

➤ **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 évènements indésirables).

6. GESTION DOCUMENTAIRE

La gestion du système de management de la qualité s'appuie sur un système documentaire partagé, 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. L’ÉVALUATION DU DISPOSITIF

Dans le cadre de notre démarche d’amélioration continue de la qualité, l’évaluation de nos actions de formations fait l’objet d’un axe prioritaire au sein de notre Institut.

Le suivi de la qualité des formations et de l’encadrement en stage des apprenants, toutes filières de formations confondues, est évalué annuellement.

Elle est définie par une procédure, qui permet le recueil du niveau d’appréciation et de satisfaction de l’ensemble de nos bénéficiaires apprenants, ainsi que des partenaires.

Des outils d'enquêtes de satisfaction, de déclaration, de traitements des événements indésirables et des tableaux de bord de suivi des indicateurs par processus, sont les leviers de suivi de la qualité de nos offres de formations.

Cette évaluation fait l'objet de mise en place d'actions correctives et/ou d'amélioration.

9. LE RÉFÉRENTIEL QUALITÉ SUPPORT

L'IFAS de Prades s'est inscrit depuis janvier 2022 dans la démarche de certification QUALIOPI. La certification a été obtenue en juillet 2022.

La démarche de certification enclenchée en 2022, se poursuit en collaboration avec l'IMFMS multisites et multifilières de Perpignan, dans le cadre de notre nouvelle organisation du SMQI (Système Management Qualité Intégré).

Elle se poursuivra par des audits de surveillances et des audits de renouvellement tous les 18 mois environ, pour permettre le maintien de la certification QUALIOPI de notre offre de formation.