

**MANUEL
QUALITE DE
L'INSTITUT
DE
FORMATION
EN SOINS
INFIRMIERS,
AIDES-
SOIGNANTS
ET
FORMATION
CONTINUE**



Démarche **Qualité**

Tous concernés !

Table des matières

| | |
|--|----|
| 1. INTRODUCTION | 2 |
| 2. LETTRE D'ENGAGEMENT QUALITE | 3 |
| 3. FINALITE ET GESTION DU MANUEL QUALITE | 4 |
| 4. DECLARATION DE POLITIQUE QUALITE | 5 |
| 5. ORGANISATION ET RESPONSABILITES..... | 6 |
| 5.1 Organigramme..... | 6 |
| 5.2 Textes fondamentaux..... | 6 |
| 6. ORGANISATION DU SYSTEME DE MANAGEMENT DE LA QUALITE | 7 |
| 6.1 Le comité de pilotage | 7 |
| 6.2 La cellule qualité..... | 7 |
| 6.3 L'approche par processus..... | 7 |
| 6.4 La cartographie des processus | 7 |
| 7. DESCRIPTION DES PROCESSUS | 9 |
| 7.1 Processus de management | 9 |
| 7.2 Processus de réalisation | 11 |
| 7.3 Processus support | 11 |
| 7.4 Processus externalisés..... | 11 |
| 8. PLAN D'AMELIORATION DE LA QUALITE | 11 |
| 9. INDICATEURS QUALITE | 11 |

1. INTRODUCTION

Les Instituts de formation en santé du Centre hospitalier de Saverne ont pour missions :

- ✓ La formation initiale des infirmiers(ères)
- ✓ La formation initiale des aides-soignants(tes)
- ✓ La formation continue des professionnels de santé
- ✓ Le développement de la recherche en soins infirmiers

Les Instituts de formation remplissent leurs missions dans le respect de la réglementation en accord avec les exigences des métiers des secteurs sanitaires et médico-sociaux.

2. LETTRE D'ENGAGEMENT QUALITE



LETTRE D'ENGAGEMENT QUALITE

L'Institut de formation en soins infirmiers et aides-soignants du Centre hospitalier de Saverne ayant pour activité la formation initiale infirmière, aide-soignante et la formation continue s'est inscrit depuis quelques années dans une démarche organisationnelle visant la satisfaction des apprenants et des partenaires pour répondre à leurs exigences et attentes dans le respect du cadre réglementaire en vigueur.

Pour accomplir efficacement sa mission, l'institut met progressivement en place un Système de Management de la Qualité et gestion des risques selon la norme ISO 9001. L'amélioration permanente de la qualité de la formation est un élément majeur de la politique de l'institut et de son projet pédagogique.

Les axes prioritaires de sa politique sont :

- La formalisation des procédures de travail
- Le développement de l'écoute client
- L'évaluation globale du système de management de la qualité

La mise en œuvre de ces différents axes doit concourir à l'amélioration continue de nos prestations. Ainsi, chaque collaborateur doit être conscient de l'importance de sa contribution et s'impliquer dans la définition et la mise en œuvre des actions.

Nos valeurs reposent notamment sur les compétences et l'expertise des hommes et les femmes qui composent l'institut. S'appuyant sur une dynamique d'équipe et de réussite, l'équipe pédagogique met l'apprenant en situation d'acteur et l'accompagne dans la construction de son processus individuel de professionnalisation.

Les personnels pédagogique et administratif favorisent le développement des missions de l'IFSI en maintenant une stratégie d'ouverture et de partenariat.

L'institut souhaite faire de la qualité plus qu'une démarche mais une philosophie d'amélioration continue.

Steve WERLE
Directeur du CH Saverne



CENTRE HOSPITALIER DE SVERNE
INSTITUT DE FORMATION
SAVERNE CEDEX

Odile TURKO
Directrice de l'institut



Centre Hospitalier de Saverne
Institut de Formation
en Soins Infirmiers
SAVERNE CEDEX

3. FINALITE ET GESTION DU MANUEL QUALITE

Le manuel qualité a pour objet de décrire le système de management de la qualité afin d'assurer :

- ✓ la conformité des dispositifs de formation en référence aux textes réglementaires,
- ✓ la satisfaction des parties par son fonctionnement et son amélioration continue.

Il est destiné à :

- une communication interne auprès des formateurs et du personnel administratif des Instituts de Formation
- une communication externe auprès des différentes catégories de clients des Instituts de Formation : apprenants en formation initiale, stagiaires en formation continue, intervenants extérieurs, professionnels de terrain, tutelles et financeurs.

Les règles de gestion du manuel qualité :

- Rédaction et approbation : le manuel qualité est rédigé et validé par le COPIL
- Diffusion : le référent qualité organise la diffusion interne du manuel qualité. Il est rendu public sur le site internet de l'Institut de formation.
- Revue et mise à jour : il est revu au minimum 1 fois par an et actualisé si besoin.

4. DECLARATION DE POLITIQUE QUALITE

Notre équipe de l'Institut de formation du Centre hospitalier de Saverne s'est engagée depuis septembre 2013 dans une démarche qualité interne concernant nos trois missions principales : la formation initiale des futurs infirmier(e)s et aides-soignant(e)s, la formation continue des professionnels soignants et la recherche.

Une première période, s'échelonnant de 2013 à 2015 nous a permis de développer une culture qualité au sein de notre équipe et de structurer et mettre en oeuvre un système de management de la qualité basé sur une approche processus.

La politique qualité pour la période 2015-2020 est élaborée à partir des projets pédagogiques de l'IFSI et de l'IFAS construits autour des valeurs d'altérité, de qualité et d'humanité.

Notre politique s'articule autour de trois axes essentiels :

- La finalisation de la formalisation de nos procédures de travail : l'objectif est d'aboutir à la description et à la mise en oeuvre de tous les processus décrits dans notre cartographie
- Le développement de notre « écoute client », tant au niveau des apprenants, que de nos partenaires : financeurs, employeurs et professionnels. Il s'agit d'objectiver et d'utiliser ces informations pour évaluer nos pratiques.
- Une première évaluation globale de notre système de management de la qualité

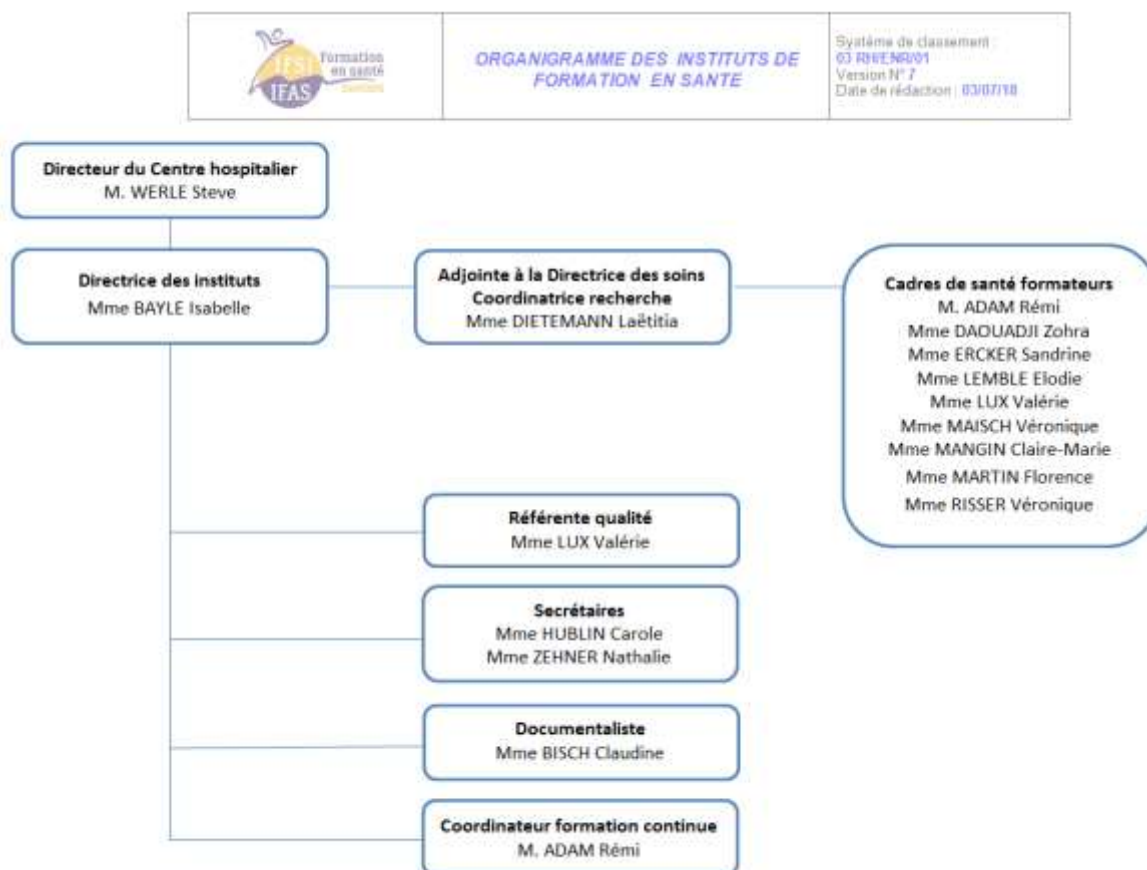
Cette politique qualité a été élaborée le 04 avril 2016 par le Comité de Pilotage constitué de :

- Mme Odile Turko, directrice par intérim
- Mme Isabelle Bayle, directrice adjointe
- Mme Laëtitia Dietemann, coordinatrice pédagogique
- Mme Valérie Lux-Tsoukas, formatrice référente qualité
- Mme Véronique Maisch, formatrice
- Mme Carole Hublin, secrétaire
- M Rémi Adam, formateur

Elle a été présentée le 25 avril 2016 à l'ensemble de l'équipe qui s'est engagée à y adhérer et y participer activement.

5. ORGANISATION ET RESPONSABILITES

5.1 Organigramme



5.2 Textes fondamentaux

Formation IDE

- ✓ Arrêté du 31 juillet 2009 modifié par l'arrêté du 26 septembre 2014 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier.

Formation AS

- ✓ Arrêté du 22 octobre 2005 modifié relatif à la formation conduisant au diplôme d'Etat d'aide-soignant.
- ✓ Articles D. 4391-1 et R. 4311-4 du Code de la santé publique

6. ORGANISATION DU SYSTEME DE MANAGEMENT DE LA QUALITE

6.1 Le comité de pilotage

La démarche qualité est coordonnée par un comité de pilotage (COPIL) dont la composition est la suivante :

- Directrice(s)
- Référent qualité
- Coordinatrice pédagogique
- Un formateur de chaque formation
- Une secrétaire

Le COPIL a pour mission de :

- ✓ définir la politique qualité et ses axes stratégiques pour une période de 5 ans
- ✓ réaliser et actualiser annuellement la cartographie des processus
- ✓ fixer les objectifs annuels de la cellule qualité
- ✓ évaluer semestriellement l'état d'avancement des actions et les résultats de la démarche qualité
- ✓ définir les modalités de l'écoute client
- ✓ valider les documents qualité de la structure
- ✓ rédiger et diffuser le manuel qualité

6.2 La cellule qualité

L'ensemble du personnel de l'Institut de formation fait partie de la cellule qualité dont les missions sont de :

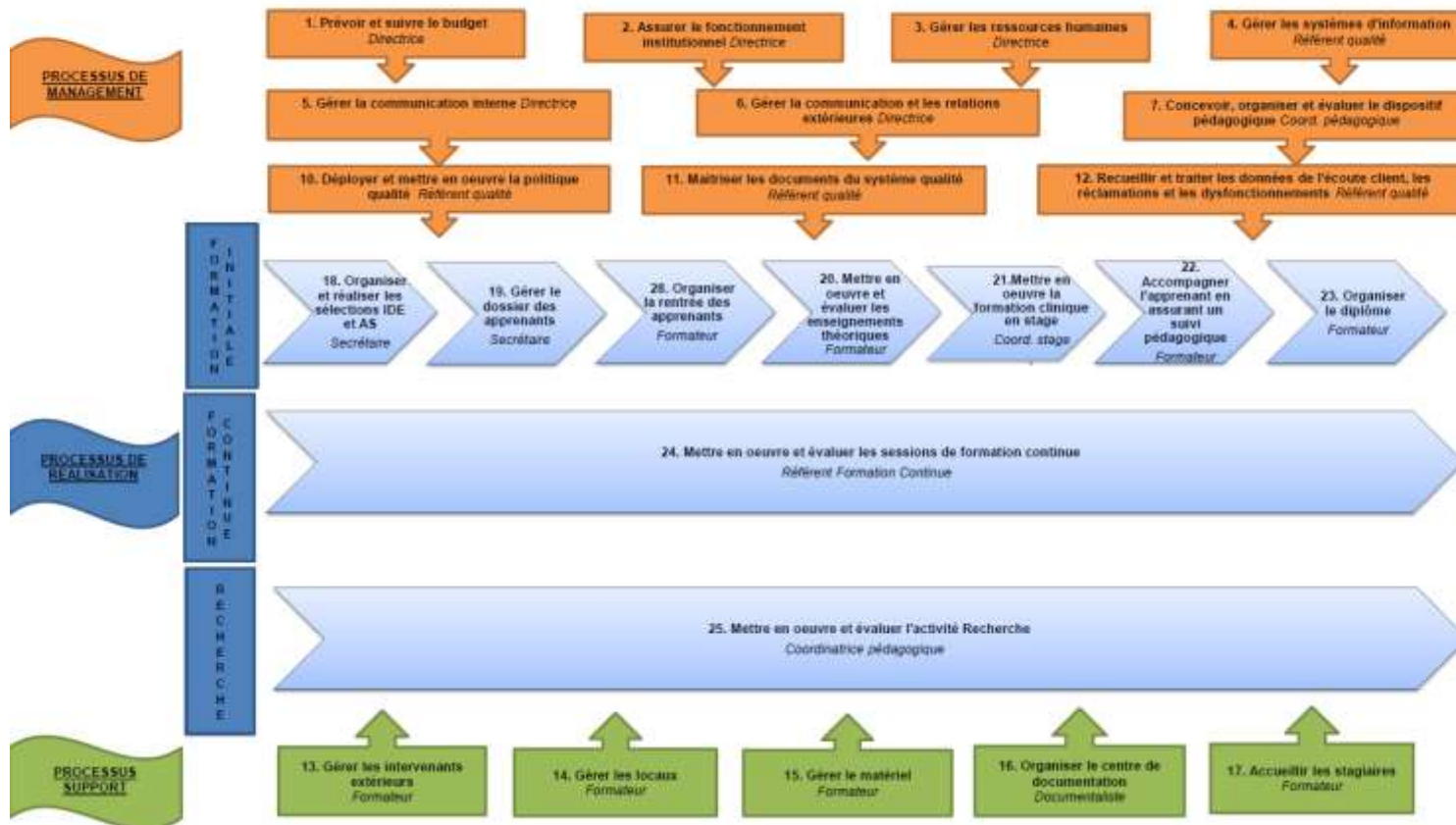
- ✓ organiser et formaliser les processus identifiés dans la cartographie
- ✓ créer et diffuser les outils nécessaires à la mise en œuvre des processus
- ✓ faire valider par le COPIL les documents qualité créés
- ✓ définir et mettre en œuvre les actions nécessaires pour répondre aux objectifs annuels définis par le COPIL
- ✓ évaluer les processus par la création et la mise en œuvre d'indicateurs de suivi
- ✓ participer à l'écoute client selon les modalités définies par le COPIL

6.3 L'approche par processus

Le système de management de la qualité mis en œuvre par l'Institut de Formation est fondé sur l'approche par processus et inclut l'ensemble de ses activités. Comme le montre la cartographie page suivante, les processus de management, de réalisation et de support ont été identifiés puis décrits sous la responsabilité d'un pilote.

6.4 La cartographie des processus

CARTOGRAPHIE DES PROCESSUS



7. DESCRIPTION DES PROCESSUS

7.1 Processus de management

Les processus de management réunissent les processus de décision et d'amélioration continue de la qualité.

PM 01 Prévoir et suivre le budget

Le budget des Instituts de Formation est élaboré et suivi avec la Direction des Affaires Financières du Centre hospitalier de Saverne.

PM 02 Assurer le fonctionnement institutionnel

Le fonctionnement des Instituts de Formation est soumis à un agrément attribué par l'Agence Régionale de Santé pour une durée de 5 ans. La structure assure la réunion des instances définies par les textes règlementaires des formations infirmières et aides-soignantes. Les règles de fonctionnement sont décrites dans un règlement intérieur.

PM 03 Gérer les ressources humaines

Chaque fonction ou mission spécifique est décrite dans une fiche de poste ou de mission. Un entretien annuel de l'ensemble des membres du personnel est réalisé.

PM 04 Gérer les systèmes d'information

Les principaux outils informatiques utilisés au sein de la structure sont :

- Logiciels Winlfsi et WinHebdo pour la scolarité des apprenants
- Logiciel Alexandrie pour le centre de documentation

PM 05 Gérer la communication interne

La communication interne est principalement organisée autour de staffs d'information, de réunions pédagogiques, du partage d'informations via un serveur informatique commun accessible par l'ensemble de l'équipe et d'affichages.

PM 06 Gérer la communication externe et les relations extérieures

Un site internet sert de support à la communication des informations relatives aux inscriptions et à l'organisation des formations. Les Instituts de Formation participent régulièrement à des événements professionnels locaux, régionaux et nationaux.

PM 07 Concevoir, organiser et évaluer le dispositif pédagogique

Un projet pédagogique est élaboré tous les 5 ans pour définir les valeurs et conceptions de la formation. Le projet pédagogique actuel s'articule autour des valeurs d'Altérité, de Qualité et d'Humanité. Le dispositif pédagogique est l'ensemble des ressources, stratégies, méthodes et acteurs interagissant pour atteindre des objectifs d'apprentissages. Il comprend l'ensemble des projets de formation proposé par les Instituts de formation, à savoir :

- La formation initiale en soins infirmiers et aide-soignante

- La formation continue : l'institut de formation développe son axe de Formation continue à destination des professionnels de santé sur les thèmes en lien avec l'activité professionnelle ; il construit des programmes de formation sur mesure en réponse à des demandes spécifiques émanant d'établissements sanitaires ou médico-sociaux.
- L'activité recherche : l'équipe pédagogique est inscrite dans une démarche de recherche en soins infirmiers à travers des parcours universitaires, des publications écrites, des communications orales à des rencontres professionnelles.

PM10 Déployer et mettre en œuvre la politique qualité

La politique et les objectifs qualité fixés par l'Institut, les retours d'information concernant les apprenants, l'efficacité des processus, l'état des actions correctives et préventives, les réclamations et dysfonctionnements, les changements pouvant affecter le Système de Management de la Qualité (SMQ) ainsi que les axes d'amélioration continue sont traités par le comité de pilotage qualité (COPIL)

PM 11 Maitriser les documents du système qualité

La documentation qualité est gérée par le référent qualité de l'Institut qui conserve toutes les versions des documents qualité. Ceux-ci sont diffusés en interne sur une banque de données informatiques.

Chaque processus est géré par un pilote de processus qui assure l'organisation, la mise à jour, l'information, le suivi et la vérification de l'efficacité de son processus.

Afin de favoriser l'utilisation des documents qualité dans leur version actualisée, aucun document qualité n'est stocké ou archivé dans sa version papier hormis chez le référent qualité. La sauvegarde des données informatiques est effectuée toutes les 2 heures par le service informatique.

PM 12 Recueillir et traiter les données de l'écoute client, les réclamations et les dysfonctionnements

Les apprenants participent au processus en participant :

- aux bilans d'année et/ou de semestre
- aux instances de l'Institut de formation

Une fiche d'amélioration du système qualité permet à toutes les parties de signaler les dysfonctionnements.

7.2 Processus de réalisation

Les processus de réalisation décrivent le cœur de métier des Instituts de Formation sur ses 3 champs d'activité :

- La formation initiale des infirmier(e)s et aides-soignant(e)s pour lesquelles 7 processus formalisent le parcours de l'apprenant de l'organisation de la sélection à l'obtention du diplôme
- La formation continue
- La recherche

7.3 Processus support

Les processus support concourent au succès des processus de réalisation en leur fournissant les moyens de leur bon déroulement : gestion des intervenants extérieurs, des locaux, du matériel, du centre de documentation et accueil des stagiaires.

7.4 Processus externalisés

Le Centre hospitalier de Saverne assure les prestations dans les domaines des :

- Direction des affaires financières, du système d'information et de la clientèle
- Direction des achats, des projets, des investissements et de la logistique

8. PLAN D'AMELIORATION DE LA QUALITE

Chaque fin d'année, le COPIL fixe les objectifs qualité à atteindre pour l'année suivante, en tenant compte de la politique qualité en cours, du projet pédagogique, des résultats des indicateurs qualité, de l'écoute client.

Le référent qualité trace ces objectifs qualité annuels dans le plan d'amélioration de la qualité (PAQ) ainsi que les actions qualité et leurs pilotes définis lors des réunions du COPIL et des analyses des fiches d'amélioration du système qualité (FASQ).

9. INDICATEURS QUALITE

Au fur et à mesure de leur définition, les indicateurs qualité sont décrits (pages suivantes) et leurs résultats sont tracés dans un tableau de bord annuel.

| Processus | Intitulé de l'indicateur | Relevé semestriel | Relevé annuel | Modalités de recueil | Support de traçabilité | Responsable du recueil | Mode de calcul | Résultat attendu |
|--|--|-------------------|--|--|------------------------------|--|--|------------------|
| PM 04 Systeme d'information | Nombre annuel de FASQ en lien avec le processus 04 « Gérer les systèmes d'information ». | | Janvier pour l'année civile N-1 | Relevé à partir du tableau de suivi des FASQ | % | Référent qualité | Comptage | Inférieur à 5 |
| PM 07 Pédagogie | Taux de présence des tableaux de bord (renseignés) des dispositifs pédagogiques initiaux, de la formation continue et de l'activité recherche. | | Septembre pour l'année scolaire écoulée | Relevé de la présence des documents complétés dans le serveur commun S:\07 PEDAGOGIE , dans le dossier de chaque pôle concerné | 07 Pédagogie/ ENR/06 | 1 membre du COPIL désigné par celui-ci | Pourcentage : <i>Nb de documents conformes retrouvés/ Nb de documents conformes attendus</i> | 100% |
| PM 10 Politique qualité | Taux annuel de réalisation des actions qualité | | Janvier pour l'année civile N-1 | Audit du plan d'actions qualité : pour chaque action, comparaison date d'échéance (délai prévu pour mener l'action) avec date de clôture (réalisation de l'action) | 10 Politique qualité/ ENR/04 | Référent qualité | Pourcentage : <i>Nb actions qualité clôturées dans le délai prévu/Nb actions qualité figurant dans le PAC</i> | 80 % ou + |
| PM 11 Documents qualité | Taux de conformité de l'audit annuel de tenue de la banque de données « DOCUMENTS QUALITE IFSI » | | 1 ^{er} trimestre pour l'année en cours | Audit : vérification de la concordance entre la banque de données informatique et le classeur « DOCUMENTS QUALITE IFSI » | 11 Document qualité/ ENR/02 | 1 membre du COPIL désigné par celui-ci | Pourcentage : <i>Nb documents figurant dans la banque de données dans leur version pertinente / Nb documents figurant dans le sommaire qualité</i> | 95 % ou + |
| PM 12 Ecoute client | N° 1 Taux de réalisation du recueil des indicateurs de suivi en lien avec la satisfaction client | | 2 ^{ème} trimestre pour l'année civile N-1 | Audit : vérification de la réalisation du recueil des indicateurs de suivi en lien avec la satisfaction client tels que prévus dans le descriptif du dispositif d'écoute client (12 Ecoute client/FT/01) | 12 Ecoute client/ENR/03 | Référent qualité | Pourcentage : <i>Nb d'indicateurs en lien avec la satisfaction client effectivement recueillis / Nb d'indicateurs en lien avec la satisfaction client prévus dans le descriptif du dispositif d'écoute client</i> | 95 % ou + |
| | N° 2 Taux de clôture des | | 1 ^{er} trimestre pour l'année | Relevé à partir du tableau de suivi des FASQ | 12 Ecoute client/ENR/04 | Référent qualité | Pourcentage : <i>Nb de FASQ clôturées dans</i> | 80 % ou + |

| Processus | Intitulé de l'indicateur | Relevé semestriel | Relevé annuel | Modalités de recueil | Support de traçabilité | Responsable du recueil | Mode de calcul | Résultat attendu |
|-------------------------------------|---|-------------------|--|---|--|--|---|------------------|
| | FASQ dans un délai inférieur à 3 mois | | civile N-1 | | | | <i>un délai inférieur à 3 mois / Nb de FASQ initiées depuis plus de 3 mois</i> | |
| PS 13 Intervenants | Taux de satisfaction des intervenants | | 1 ^{er} trimestre pour l'année N-1 | Envoi électronique de l'enquête de satisfaction (13 Intervenants/ENR/06) à un échantillonnage d'intervenants (1 intervenant par UE et module différent de l'année précédente) | Fichier Excel Google Forms dans S:\12 ECOUTE CLIENT\EVALUATION INTERVENANTS EXTERIEURS | Pilote processus 13 + Référent qualité | Pourcentage : <i>Nb intervenants ayant répondu « oui » à au moins 4 questions sur 6 / Nb intervenants interrogés</i> | 80% ou + |
| PS 14 Locaux | Nombre de FASQ en lien avec le processus 14 « Gérer les locaux » | | Janvier pour l'année civile N-1 | Relevé à partir de «tableau de suivi des fiches d'amélioration du système qualité » | % | Référent qualité | Comptage | Supérieur à 0 |
| PS 15 Matériel | Nombre de FASQ en lien avec le processus 15 « Gérer le matériel ». | | Janvier pour l'année civile N-1 | Relevé à partir de «tableau de suivi des fiches d'amélioration du système qualité » | % | Référent qualité | Comptage | Supérieur à 0 |
| PR 18 Sélection | Taux de traçabilité de l'évolution des épreuves de sélection | | 4 ^{ème} trimestre pour l'année en cours | Relevé de la traçabilité sur l'enregistrement 18 Sélection/ENR/19 dans le serveur commun S:\18 SELECTION\00 EVOLUTION SELECTION.xlsx | 18 Sélection/ENR /20 | 1 membre du COPIL désigné par celui-ci | Données incomplètes pour les 2 sélections = 0% Données complètes pour 1 des 2 sélections = 50% Données complètes pour les 2 sélections = 100% | 100 % |
| PR 19 Dossier | Taux de conformité de l'audit annuel de tenue du dossier de l'apprenant | | 4 ^{ème} trimestre pour l'année en cours | Choix arbitraire de 16 dossiers (4 par promotion) Relevé des documents manquants ou mal classés par rapport à la fiche technique « Composition des dossiers IDE et AS » 19 dossier/FT/03 | 19 Dossier/ ENR/03 | 1 membre du COPIL désigné par celui-ci | Pourcentage : <i>Nb documents retrouvés/nombre de documents attendus</i> | 95 % ou + |

| Processus | Intitulé de l'indicateur | Relevé semestriel | Relevé annuel | Modalités de recueil | Support de traçabilité | Responsable du recueil | Mode de calcul | Résultat attendu |
|--------------------------------|---|--|--|--|------------------------------|--|---|------------------|
| PR 20 Enseignement | N° 1 Taux de traçabilité des enseignements théoriques | | Juillet pour l'année scolaire clôturée | Relevé de la traçabilité des projets d'UE et module, projets d'évaluation, fiches pédagogiques, supports d'interventions | 20 Enseignement/ ENR/13 | 1 membre du COPIL désigné par celui-ci | Pourcentage : <i>Nb documents retrouvés/nombre de documents attendus</i> | 95 % ou + |
| | N° 2 Taux de satisfaction générale des apprenants concernant l'enseignement théorique | | Juillet pour l'année scolaire clôturée | Relevé du pourcentage d'ESI et d'EAS ayant attribué une note supérieure à 5 aux questions concernant le contenu et l'organisation des enseignements lors de l'évaluation annuelle de la formation | 20 Enseignement/ ENR/17 | Référent qualité | Pourcentage : % ESI 1 ^{ère} année + % ESI 2 ^{ème} année + % ESI 3 ^{ème} année + % EAS/4 | 80 % ou + |
| PR 21 Stage | Nombre de services ayant une qualité d'encadrement des étudiants infirmiers insuffisante | | 3 ^{ème} trimestre de l'année civile | Relevé du nombre de FASQ signalant une moyenne annuelle de qualité d'encadrement entre 0 et 4 en consultant le tableau de suivi des FASQ de l'année en cours, et du dernier trimestre de l'année N-1 | | Référent qualité | Comptage | 0 |
| | Nombre de services ayant une qualité d'encadrement des élèves aides-soignants insuffisante | | | | | | | |
| PR 22 Suivi pédagogique | Taux de traçabilité de la réalisation des entretiens de suivis pédagogiques individuels | IDE : février (semestres impairs) et juillet (semestres pairs) pour l'année en cours | AS : Juillet pour l'année en cours (promotion sortante) | Relevé de la traçabilité des entretiens de SPI dans le dossier Winifsi de chaque apprenant | 22 Suivi pédagogique/ ENR/04 | Formateurs responsables d'année | Pourcentage : <i>Nb apprenants pour lesquels la traçabilité d'entretien de SPI est conforme aux modalités prévues dans 22 Suivi pédagogique/FT/01 / Nb de dossiers consultés</i> <u>Semestre 1</u> : moyenne des résultats IDE <u>Semestre 2</u> : moyenne des résultats IDE et AS | 95 % ou + |



MANUEL QUALITE

Système de classement :
10 Politique qualité/FT/07
Version N° 5
Date de rédaction : **03/07/18**