



MANUEL QUALITE INSTITUTS DE FORMATION CENTRE HOSPITALIER DU VAL D'ARIEGE

MAJ : 02/03/2017
Version 2



Rédaction	Version	Validation	Conformité
Direction Pilotes	V0 15/05/2014 V1 15/05/2015 V2 01/09/2015	Direction 	Responsable qualité 

Table des matières

1.	OBJET ET GESTION DU DOCUMENT	1
2.	CHAMP D'APPLICATION.....	2
3.	PRESENTATION DES INSTITUTS DE FORMATION DU CHIVA	2
4.	SYSTEME DE MANAGEMENT DE LA QUALITE.....	3
	4.1 DYNAMIQUE DE PROCESSUS ET APPROCHE PARCOURS.....	3
	4.2 MAITRISE DOCUMENTAIRE	5
5.	DEMARCHE D'AMELIORATION CONTINUE DE LA QUALITE	7
	5.1 ENGAGEMENT DE LA DIRECTION DES INSTITUTS DANS LA DEMARCHE	7
	5.2 IMPLICATION DES APPRENANTS, USAGERS, PARTENAIRES	7
	5.3 POLITIQUE QUALITE	8
	5.4 PLANIFICATION DE LA QUALITE	8
	5.4.1 OBJECTIFS	9
	5.4.2 PLANIFICATION DU SYSTEME DE MANAGEMENT.....	9
	5.5 ORGANISATION ET RESPONSABILITES.....	9
	5.5.1 RESPONSABILITE DU PILOTAGE DU SMQ	11
	5.5.2 COMMUNICATION INTERNE	11
	5.6 REVUE DE DIRECTION ET REVUE DES PROCESSUS	11
6.	MANAGEMENT DES RESSOURCES.....	12
	6.1 MISE A DISPOSITION DES RESSOURCES	12
	6.2 PROCESSUS RESSOURCES HUMAINES.....	12
	6.3 INFRASTRUCTURES.....	12
	6.4 ENVIRONNEMENT DE TRAVAIL	13
7.	PROCESSUS DE REALISATION.....	14
	7.1 PLANIFICATION DE LA REALISATION DES PRESTATIONS	14
	7.2 PROCESSUS RELATIVE AUX APPRENANTS, USAGERS, PARTENAIRES	14
	7.2.1 DETERMINATION DES EXIGENCES	14
	7.2.2. COMMUNICATION AVEC LES APPRENANTS, USAGERS, PARTENAIRES.....	14
8.	MESURE ANALYSE ET AMELIORATION	15
	8.1 GENERALITES	15
	8.2 MESURE ET SURVEILLANCE	15
	8.2.1 SATISFACTION DES APPRENANTS, USAGERS, PARTENAIRES.....	15
	8.2.2 AUDITS INTERNES.....	16
	8.2.3 SURVEILLANCE ET MESURE DES PROCESSUS	17

8.2.4 EVALUATION DES PRATIQUES.....	17
8.3 MAITRISE DES PRESTATIONS	18
8.4 ANALYSE DES DONNEES	18
8.5 AMELIORATION.....	18
8.5.1 AMELIORATION CONTINUE	18
8.5.2 ACTION CORRECTIVE	18
8.5.3 ACTION PREVENTIVE.....	18
GLOSSAIRE	19

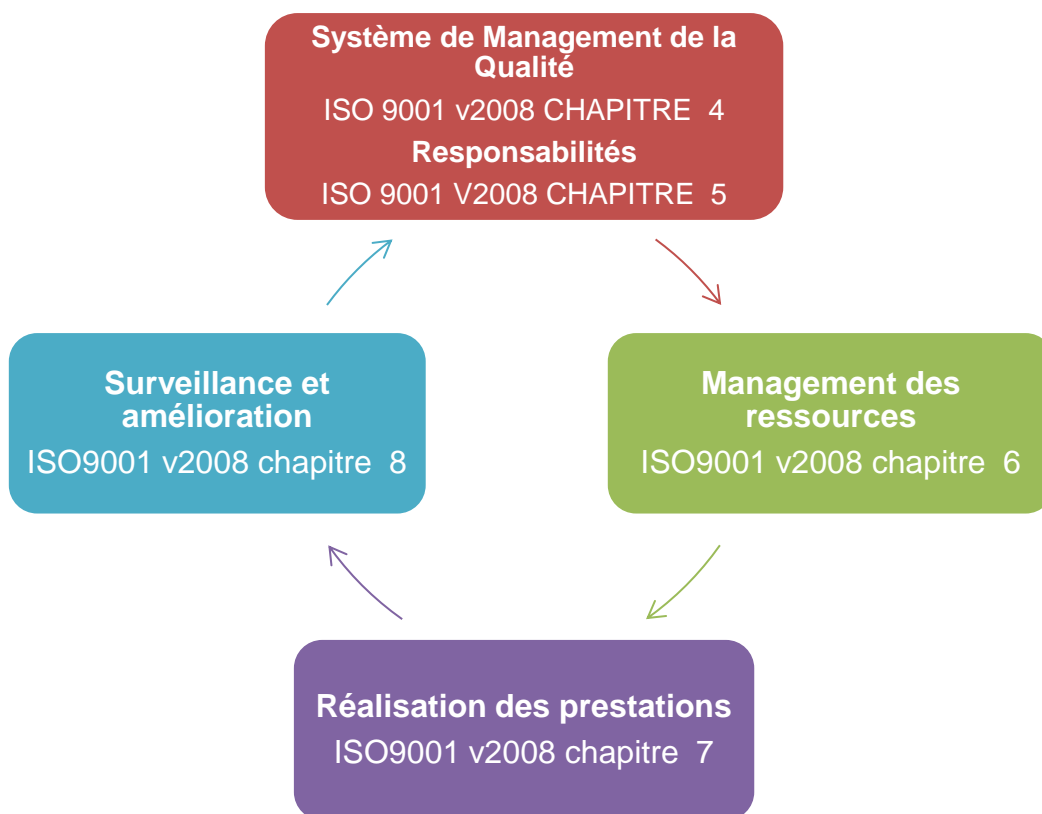
1. OBJET ET GESTION DU DOCUMENT

L'objet de ce document est de décrire la politique Qualité des Instituts de Formation du CHIVA et le système mis en œuvre pour assurer la qualité de nos prestations.

Le manuel Qualité doit permettre à l'ensemble des stagiaires, usagers, partenaires et à l'ensemble de l'équipe d'avoir une vision claire de notre organisation.

Le manuel Qualité s'applique à l'ensemble des acteurs impliqués dans les activités des Instituts. C'est un document évolutif soumis à vérification, approbation et révision selon les modalités déclinées dans notre procédure de gestion du manuel. Toute mise à jour tient compte des audits internes, enquêtes de satisfaction et de tout évènement nécessitant d'en modifier le contenu. Le responsable qualité met à jour le manuel si nécessaire et le soumet à validation à l'équipe de direction.

Le manuel qualité décrit toutes les dispositions prises par les Instituts du CHIVA pour satisfaire aux exigences de la norme ISO 9001 et permettre l'amélioration continue du système. Il est organisé selon les 5 chapitres déclinés dans la norme AFNOR.



Le manuel est disponible sur les réseaux informatiques des Instituts.

Les versions antérieures du manuel sont archivées.

Un exemplaire est remis au directeur du CHIVA, au Conseil Régional de Midi Pyrénées et à l'ARS. Un format synthétique du manuel est diffusé à tous nos partenaires.

2. CHAMP D'APPLICATION

Ce document est applicable à l'ensemble des activités et processus relevant de la formation initiale en Soins Infirmiers (IFSI) et Aides Soignants (IFAS) des Instituts de Formation du CHIVA.

Il s'agit donc des formations sanitaires dont la responsabilité a été transférée aux Conseils Régionaux dans le champ de la loi n° 2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales, ces formations sont listées dans l'article 73 de cette loi.

Sont exclues à ce jour de ce manuel toutes les activités de formation continue mises en œuvre par les Instituts et non intégrées aux formations régies par la loi n° 2004-809 du 13 août 2004.

3. PRESENTATION DES INSTITUTS DE FORMATION DU CHIVA

Les instituts de formation du centre hospitalier du val d'Ariège sont établis à Pamiers.

Ils sont composés d'un IFSI (Institut de formation en soins infirmiers) et d'un IFAS (Institut de formation d'aide-soignant). L'IFAS possède une antenne à Saint-Girons, hébergée par le Centre Hospitalier Ariège-Couserans.

L'ensemble de l'offre de formation des instituts s'inscrit dans le domaine sanitaire et médico- social et permet de dispenser des formations initiales sanitaires

L'objectif du projet de formation des instituts du centre hospitalier du val d'Ariège est de garantir l'évolution des compétences des professionnels de santé aux enjeux qualité, sécurité des établissements et aux orientations prioritaires nationales et régionales en matière de santé.

Les missions des instituts de formation du CHIVA se déclinent en référence aux textes régissant les formations sanitaires et le fonctionnement des instituts de formation en soins infirmiers et visent « l'acquisition de compétences pour répondre aux besoins de santé des personnes dans le cadre d'une pluri professionnalité. »¹

Toute l'équipe des instituts de formation du centre hospitalier du val d'Ariège est engagée dans une démarche continue d'amélioration de la qualité visant à former des soignants autonomes, responsables et réflexifs et à impliquer les apprenants dans la mise en œuvre de la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins tout au long de leur parcours.

Fondé sur les valeurs fondamentales de respect, de rigueur et de solidarité, le projet pédagogique des instituts du CHIVA intègre des méthodes interactives et innovantes permettant aux apprenants de construire les compétences requises en lien avec les professionnels des établissements et structures partenaires.

¹ http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/arrete_du_31_juillet_2009_annexe_3.pdf

4. SYSTEME DE MANAGEMENT DE LA QUALITE

Il s'agit de déployer un projet de management par la qualité des processus à la fois

- ✓ de réalisation,
- ✓ de management,
- ✓ supports.

Au niveau institutionnel, des enjeux de notre démarche s'inscrivent dans une politique globale d'amélioration de la qualité de la formation, ils sont en cohérence avec les objectifs de développement de la culture qualité, sécurité inscrits dans le projet des Instituts 2014-2017.

Il s'agit de renforcer l'Implication des professionnels des Instituts de Formation dans la démarche qualité, d'Impulser une dynamique d'autoévaluation dans la pratique quotidienne.

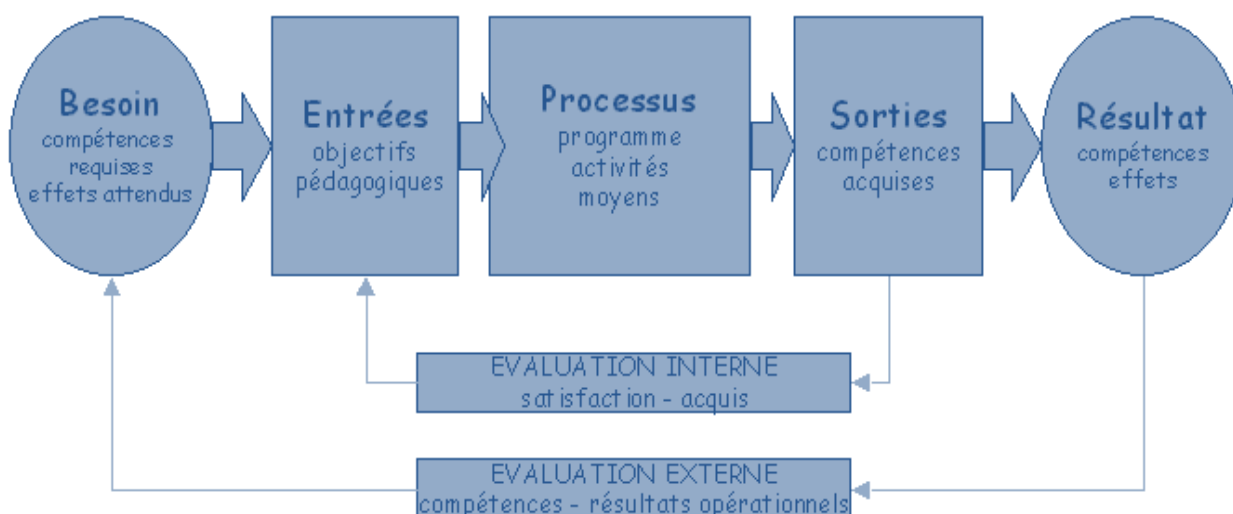
Les principes sur lesquels nous nous appuyons sont les suivants :

- L'écoute et implication des apprenants et des usagers
- L'implication de toute l'équipe
- L'implication des partenaires
- L'approche processus
- L'approche système
- La démarche d'amélioration continue des processus et des pratiques

Dans le cadre de la démarche de certification dans lequel l'établissement s'engage, tous ces principes sont en cohérence avec la norme ISO 9001.

4.1 Dynamique de processus et approche parcours

Dans une volonté de cohérence avec les approches développées au sein des établissements de santé, le projet des Instituts 2014-2017 vise à l'amélioration de la qualité des parcours de formation des apprenants selon une approche processus.

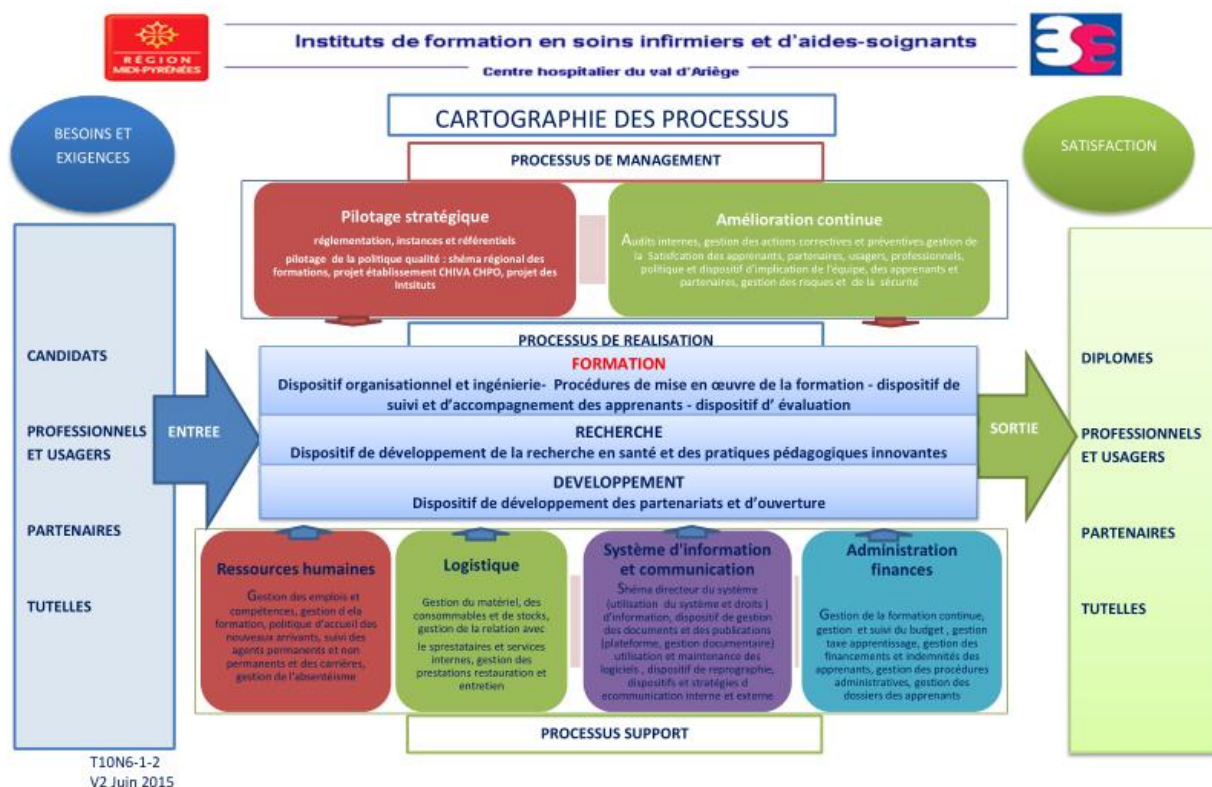


L'approche processus permet de développer une culture qualité basée sur l'analyse et l'évaluation des activités et des prestations fournies. L'ingénierie des parcours va permettre de travailler sur la cohérence des étapes, la transversalité, l'efficacité opérationnelle des activités et la performance des acteurs.

Il a été identifié 9 processus qui permettent de cadrer les activités et missions des Instituts. Les processus sont décrits dans des fiches processus et sont gérés par un pilote et copilote issus de l'équipe.

La liste des pilotes par processus est diffusée à l'équipe et archivée en T10N6-18.

Les processus sont identifiés dans la cartographie ci-dessous :



La cartographie des processus a été réalisée et réactualisée en lien avec le nouveau projet des Instituts 2014-2017. Elle est affichée au sein des instituts et archivée en T10N6-1-2 et mise en annexe 1 de ce manuel.

Les 9 processus retenus

➤ Processus management

Le processus pilotage stratégique a pour mission de piloter et de diriger les Instituts en termes de stratégie, sur la base du plan du projet des Instituts quadriennal

Le processus amélioration continue va contribuer à l'amélioration de tous les processus. Son but principal est de satisfaire les clients. Pour cela, les missions de ce processus sont la surveillance et la mesure des autres processus.

➤ **Processus réalisation**

Le processus formation décrit les étapes permettant de satisfaire aux exigences en matière de formation tout au long des parcours des apprenants

Le processus recherche permet de développer la Recherche en tenant compte de la réglementation, des orientations pédagogiques et institutionnelles, des projets territoriaux. Il permet de décliner les activités de valorisation de la recherche et ainsi de contribuer à la qualité de la formation.

Le processus développement décrit les projets et axes de développement de l'activité et des partenariats des Instituts

➤ **Processus supports**

Le processus gestion administrative et comptable permet de piloter les activités administratives et financières en lien avec la réglementation des formations délivrées, les exigences qualité et les orientations stratégiques des Instituts.

Le processus ressources humaines permet de piloter les Ressources Humaines en tenant compte des orientations stratégiques, des évolutions des métiers et des compétences et des besoins du territoire. Il permet de gérer les besoins en ressources humaines et compétences actuels et futurs en respectant le cadre réglementaire et institutionnel.

Le processus logistique décrit la gestion des ressources matérielles et de l'infrastructure nécessaire pour garantir les performances de tous les processus et des flux d'approvisionnement en lien avec ces processus.

L'infrastructure comprend les bâtiments, le matériel, la restauration, l'entretien des locaux.

Le processus système d'information et communication a pour objet 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 et sa mise en œuvre.

Le pilotage prévu vise à surveiller l'efficacité et l'efficience de chaque processus par rapport aux besoins et attentes des usagers du système de formation de manière à améliorer en permanence leur qualité.

Il existe un plan annuel d'amélioration de la qualité, révisé chaque année en revue de direction.

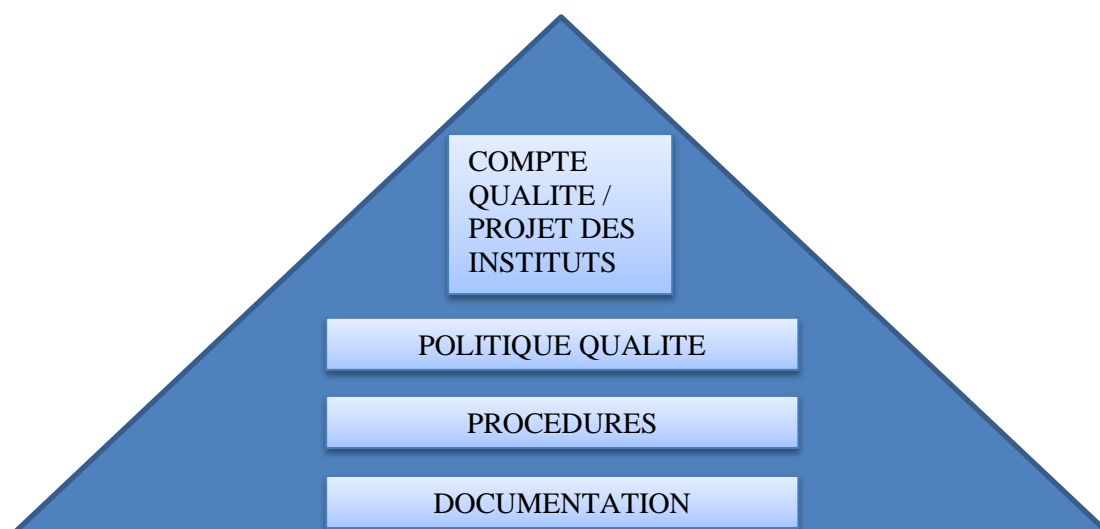
L'orientation stratégique de cette approche est d'impliquer les apprenants dans la démarche qualité des instituts de formation et de prendre en compte leurs attentes pour chaque parcours examiné.

4.2 Maitrise documentaire

La gestion du Système de Management de la Qualité (SMQ) s'appuie sur un système documentaire qui comprend :

- La documentation qualité
- La documentation de travail qui est structurée en fonction des processus et de leurs activités, structuré selon un système d'archivage utilisé par les différents instituts de la région.

La maîtrise de la documentation est définie par la procédure T10N2-2-3 « Maitrise des documents » référencée dans le système SEO.



Nous nous appuyons sur

Le manuel Qualité : document essentiel de description du système de gestion de la qualité, il reflète la politique des Instituts de Formation du CHIVA

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 fiches techniques : 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 (arrêté ministériel ; conventions ; contrats...)

Les enregistrements de la qualité qui conservent la trace écrite de la mise en œuvre des procédures; de l'évolution constante du système qualité et des décisions prises (PROCEDURE « maitrise des enregistrements » T10N2-2-4)

Tableau récapitulatif des documents qualité

Responsable	Documents et enregistrements	Utilisateurs	Système Gestion
Direction	CHARTRE D'EQUIPE POLITIQUE QUALITE CARTOGRAPHIE	Usagers apprenants Professionnels	SEO T10 AFFICHAGE
Direction	MANUEL QUALITE	Usagers apprenants Professionnels	SEO T10 Support information
Responsable qualité	PROCEDURES OBLIGATOIRES ✓ Maitrise des documents ✓ Maitrise des enregistrements ✓ Maitrise des évènements non conformes ✓ Procédure Audits ✓ Procédure actions correctives ✓ Procédure actions préventives	Professionnels	SEO T10 N2
Pilotes	FICHES PROCESSUS	Professionnels	SEO T10 N6
Direction	FICHES DE POSTE	Professionnels	SEO T1N11-5
Pilotes	ENREGISTREMENTS	Professionnels	SEO T10 (voir procédure T10N2-2-4)

5. DEMARCHE D'AMELIORATION CONTINUE DE LA QUALITE

5.1 Engagement de la direction des instituts dans la démarche

Nous définissons notre engagement à travers le principe suivant : **Une formation de qualité pour des professionnels de qualité**

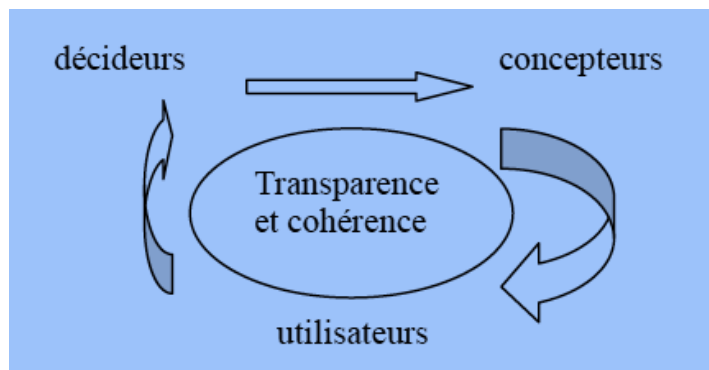
La direction des Instituts s'engage dans la démarche Qualité à :

- mettre en œuvre le système décrit dans le Manuel Qualité.
- soutenir les collaborateurs dans leur recherche d'amélioration continue des prestations.
- mobiliser les partenaires autour de nos objectifs qualité.
- revoir annuellement le système décrit dans le Manuel Qualité à l'occasion des revues de direction.
- respecter les exigences légales et réglementaires en vigueur.

Cet engagement précise les moyens matériels et humains mis en œuvre et rappelle le nécessaire engagement de tout le personnel dans la démarche.

5.2 Implication des apprenants, usagers, partenaires

Le Projet des Instituts de Formation du CHIVA développe une approche constructiviste et participative pour conduire tous les acteurs du système à s'engager dans une dynamique collaborative et confronter leurs conceptions de la qualité.



La réflexion doit se développer et les actions se préparer en cohérence avec notre vision de la relation avec nos partenaires et les usagers du système de formation:

- Cohérence dans le comportement,
- Cohérence dans le projet,
- Cohérence dans la fixation des objectifs,
- Cohérence dans les choix et les décisions.

Notre priorité est de rendre notre démarche qualité transparente et lisible auprès de tous les acteurs concernés.

5.3 Politique qualité

Pour s'adapter à l'évolution des besoins des usagers du système de santé, garantir la qualité de son enseignement et optimiser les conditions de formation, la direction des Instituts de Formation du Centre Hospitalier du Val d'Ariège décline une politique qualité autour de 3 axes :

- Amélioration continue de la qualité de nos prestations et de nos pratiques selon une approche processus
- Implication et écoute des personnes en formation et des partenaires
- Prévention et gestion des risques en lien avec nos activités

Afin de proposer une formation attractive de qualité, d'améliorer l'offre et d'en accroître la pertinence vis-à-vis des besoins des apprenants, les programmes de formation et les enseignements sont évalués à partir d'indicateurs qualités référencés.

L'application de cette politique est directement liée aux compétences des professionnels engagés dans le projet. Une organisation rigoureuse est nécessaire pour garantir en permanence la fiabilité de nos services.

Notre politique qualité fait l'objet d'un affichage institutionnel (affiche archivée T10N6-16), elle fait l'objet d'une révision annuelle lors de la revue de direction de juillet.

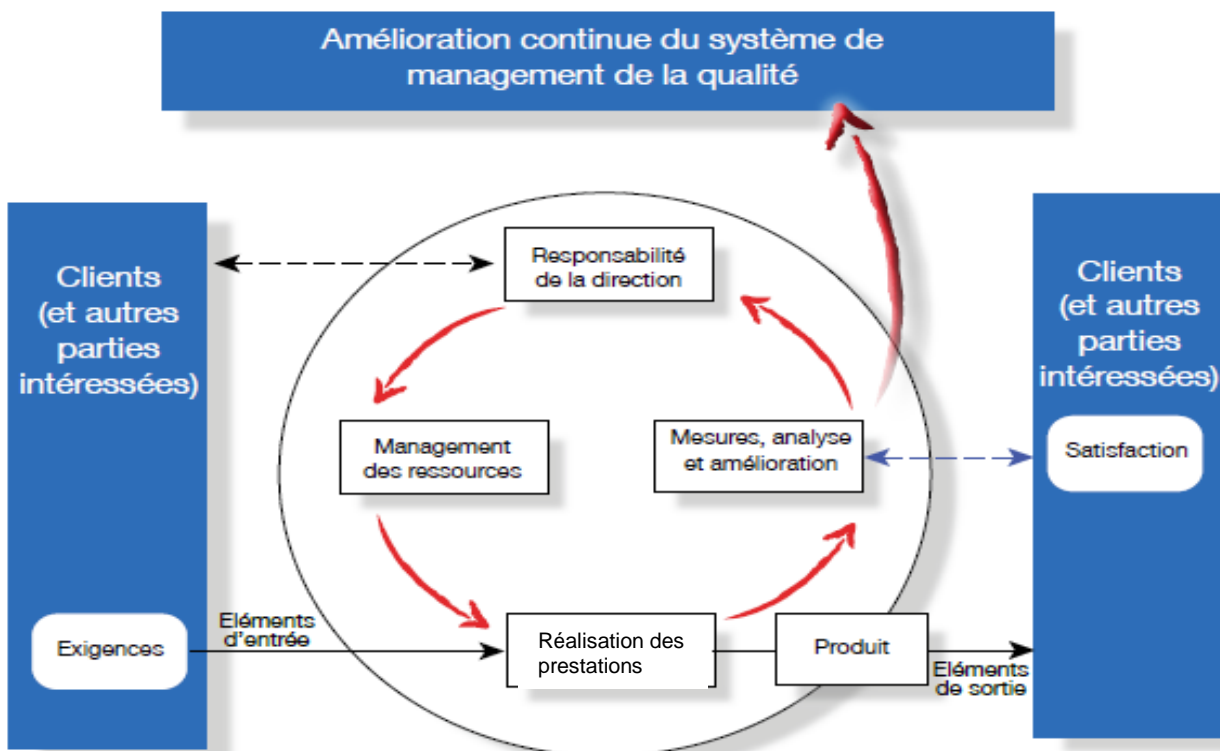
Les professionnels en charge du déploiement de la démarche au sein des instituts de formation : Tous les professionnels de l'équipe des Instituts de Formation dont

Les membres de l'équipe de Direction

Le responsable qualité en charge de la supervision du déploiement de la démarche

Les pilotes et copilotes des processus

5.4 Planification de la qualité



5.4.1- Objectifs

Les objectifs Qualité sont validés en Revue de Direction sur la base des résultats des années passées et en fonction de la Politique Qualité.

Les pilotes proposent ces objectifs à la direction dans le tableau de bord Qualité (T10N6-19)

5.4.2 – Planification du système de management

Les éléments de la planification du système (fonctionnement, résultats des processus, opportunités d'amélioration) sont examinés lors des réunions annuelles de Revues de Direction et peuvent faire l'objet d'une révision en cours d'année, sur demande d'un pilote de processus.

La planification du pilotage du système est accessible par toute l'équipe au niveau du T10N4-6.

5.5 Organisation et responsabilités

Notre organisation passe par une définition claire des responsabilités de chacun afin d'assurer la meilleure qualité et lisibilité de service à nos usagers, apprenants et partenaires.

Ces différentes responsabilités sont définies dans un document regroupant toutes les fiches de poste des professionnels avec une description des objectifs et les missions pour chaque fonction.

La gestion des Ressources humaines s'inscrit en cohérence avec la politique des ressources humaines et de Gestion Prévisionnelle des Emplois et Compétences définie dans le projet Social de notre établissement support.

Concernant le système qualité, on peut distinguer :

L'équipe de direction des Instituts composée de la directrice et son adjointe, elle pour mission de :

Définir la stratégie générale, la politique et les objectifs qualité

Participer à la définition et à la promotion du système qualité

Définir en réunion projet le programme qualité et sa planification

Animer les revues de direction et approuver et valider les évolutions des documents

Le responsable qualité : il s'agit de la directrice des instituts du CHIVA , elle a pour mission de

Superviser la démarche qualité

Promouvoir et animer la démarche qualité

Piloter le système d'assurance qualité

Garantir la conformité du système de management de la qualité, des documents et actions mises en œuvre dans les différents processus

Les professionnels de l'équipe des Instituts de Formation, ils ont pour mission

Participer à la prévention et à la gestion des risques liés aux activités et missions

Participer au déploiement et à la promotion de la démarche qualité au sein des différents projets

Développer et mettre en œuvre les procédures qualité au sein des Instituts

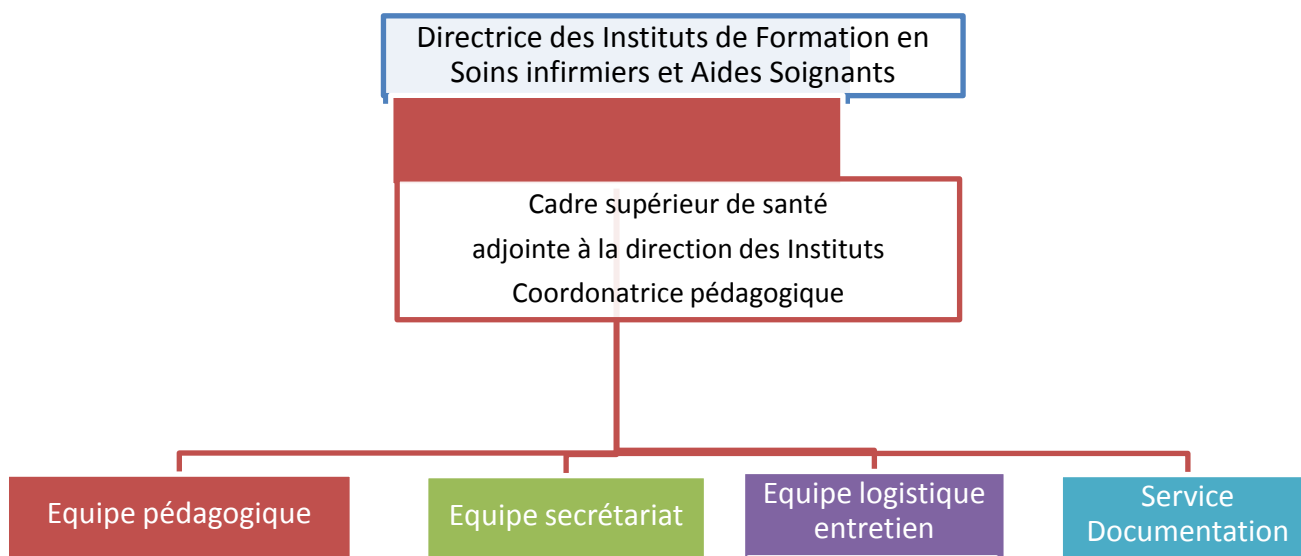
Identifier et enregistrer toute réclamation usager ou tout problème relatif aux prestations offertes ou au système Qualité

Les pilotes et copilotes des processus (issus de l'équipe des instituts)

Chaque pilote a la responsabilité de veiller à la maîtrise et à l'efficacité du processus. Il joue le rôle d'animateur lors de réunions en lien avec le processus qu'il gère. Il facilite le travail des acteurs du processus, favorise les synergies, à partir des outils et méthodes définis avec la direction (Chaque processus est décrit dans une fiche type). Il évalue et rend compte de la maturité du processus qu'il gère lors de chaque revue de direction annuelle.

Pour chaque processus, un copilote peut être identifié, il secondera le pilote dans la gestion du processus.

L'ORGANIGRAMME des INSTITUTS DE FORMATION



L'organigramme nominatif est archivé au niveau du T1N11-1. Il est révisé annuellement en fonction des mouvements internes du personnel.

5.5.1 – Responsabilité du pilotage du SMQ

Les missions des acteurs essentiels du processus « pilotage stratégique » sont précisées dans la fiche processus (T10N6-12-1)

Le Responsable qualité est le directeur des Instituts. Il travaille en coordination avec le pilote du processus d'amélioration continue. Il s'assure que le Système de Management est établi, mis en œuvre et entretenu en cohérence avec la politique qualité.

5.5.2 – Communication interne

La communication interne est décrite dans le projet des instituts axe « Communication » (T1N5-1-5-1) qui en définit au travers d'un plan de communication les sujets, responsables et les moyens de mise en œuvre. Ce plan comprend, au moins, les résultats de fonctionnement du Système et la Politique Qualité.

5.6 Revue de direction et revue des processus

Les revues de Direction sont préparées par les différents pilotes et présentées par la Direction. Deux revues de direction sont programmées annuellement (juillet et décembre). Ces revues sont animées par la direction, elles réunissent toute l'équipe des instituts, leur finalité est de vérifier à partir des données internes et externes que le système qualité est efficace et qu'il demeure pertinent et conforme aux exigences de la norme ISO 9001, à la politique et aux objectifs Qualité.

Des Réunions Qualité mensuelles préparées et présentées par le responsable qualité dans le cadre du processus « pilotage stratégique », permettent à la Direction Générale de suivre :

- l'évolution des objectifs
- l'état des actions correctives et préventives mises en œuvre pour atteindre les objectifs
- l'état d'avancement des audits internes.

Éléments d'entrée de la revue de direction

Les résultats des audits internes, enquêtes et groupes de travail

Les retours d'information des stagiaires, apprenants

Le bilan des Événements non conformes (Qualnet)

Le fonctionnement des processus

L'état des actions préventives et correctives en lien avec la gestion des risques

Les actions issues des revues de direction précédentes

Les changements pouvant affecter le système de management de la qualité

Les recommandations d'amélioration

Éléments de sortie de la revue de direction

L'amélioration de l'efficacité du système de management de la qualité et ses processus

L'amélioration des interventions pédagogiques en rapport avec les exigences des apprenants et des partenaires

Les besoins en ressources

Les axes de progrès déterminés et formalisés

Lors des revues de direction, une revue des processus est réalisée afin de déterminer la maturité de chaque processus en regard des critères ci-dessous :

➤ Critère « Efficacité » selon les niveaux suivants

- 0 Processus aléatoire
- 1 Processus avec visibilité limitée
- 2 Processus défini
- 3 Processus maîtrisé
- 4 Processus amélioré
- 5 Processus optimisé

6. MANAGEMENT DES RESSOURCES

6.1 Mise à disposition des ressources

La Direction assure la mise à disposition des ressources pour améliorer le Système de Management.

En cas de dysfonctionnement, elle décide des mesures à prendre et des ressources à mettre en œuvre

Les instituts font partie du CHIVA, à ce titre plusieurs activités supports sont externalisées. Le Conseil Régional à en charge le budget des instituts, à ce titre il valide et contrôle le respect du budget alloué.

6.2 Processus Ressources humaines

La gestion des ressources humaines est externalisée au service des ressources humaines pour la partie formation, gestion des contrats, gestion de la paye et des carrières, gestion de la notation. Le Directeur est en charge de maîtriser les points suivants :

Temps de travail : gestion des plannings agents par le logiciel OCTIME.

Compétences : La disponibilité des compétences est gérée à partir d'un tableau GPMC (T1N11-9) permettant un suivi des compétences des agents.

Formation : La gestion des besoins en formation s'effectue selon un plan annuel géré par le Service Formation du CHIVA, un recueil des besoins est réalisé par le directeur lors de l'entretien annuel d'évaluation.

Des enregistrements des formations sont tenus à jour suivant les règles définies par le CHIVA et elles sont également suivies dans le cadre du processus RH dans un tableau synoptique (T1N11-9)

La Direction des instituts a formalisé au travers de fiches de poste les activités de chaque personnel et s'assure qu'il a conscience de l'importance de son activité et qu'il contribue à la réalisation des objectifs Qualité et de la satisfaction des usagers et partenaires.

6.3 Infrastructures

Système d'information

Ce processus permet le suivi de la qualité fonctionnelle du parc informatique, du réseau et de la gestion l'ensemble du Système d'Information des instituts. Il est en partie externalisé avec le CHIVA et le service informatique est responsable du volet technique et est gestionnaire de la sécurité, maintenance et qualité du réseau.

Le service informatique du CHIVA assure la maintenance des programmes et ordinateurs installés

Le Service Informatique assure la sauvegarde des applications sous Windows (Bases litiges et sur les logiciels métiers ainsi que les données enregistrées sur les serveurs.

Des tickets utilisateurs permettent de tracer les demandes faites au CHIVA pour les problèmes techniques rencontrés par les usagers.

Gestion des achats

Ce processus est intégré dans le processus support logistique, la partie concernant la gestion budgétaire et le suivi des achats sont externalisés avec la direction des achats du CHIVA. Le directeur des Instituts est en charge de donner l'ordre de procéder aux achats, de vérifier la mise en œuvre effective par les services du CHIVA des achats. Un tableau de bord trimestriel permet de suivre les achats effectués au regard du budget alloué.

Gestion Contractuelle

Toute la gestion contractuelle est externalisée avec l'établissement support qui gère les études de marché après concertation avec la Direction des Instituts.

Les règles sont fixées par le CHIVA au regard du code des marchés de la fonction publique hospitalière. La cellule des marchés du CHIVA fixe les règles qui régissent le suivi de l'exécution des contrats clients de leur signature à leur clôture. Elle traite des tâches inhérentes à cette activité, à savoir la traçabilité et la vérification des clauses contractuelles, la gestion des contentieux et l'ouverture de la phase de facturation jusqu'au règlement par le client.

Une copie des marchés concernant les instituts est disponible sur le système de gestion documentaire et accessible à tous les professionnels des instituts.

La direction des Instituts est tenue de notifier toute problématique à la cellule des marchés du CHIVA par rapport à la réalisation des contrats. Par délégation du Directeur général du CHIVA, le directeur des instituts est responsable du déclenchement de la facturation intermédiaire ou finale et de l'acceptation préalable par le client du montant facturable. La phase de règlement des factures en lien avec les contrats est également externalisée et gérée par la direction des finances du CHIVA.

Gestion de la Comptabilité

La gestion de la comptabilité a été intégrée au système qualité afin de formaliser le suivi de la comptabilité générale conforme aux règles applicables. La comptabilité est une activité support externalisée qui est assurée par la direction des finances du CHIVA. Des tableaux de bord sont mis à disposition de la direction des instituts pour suivre l'état d'avancement du budget.

La direction des instituts s'est engagée à élaborer une supervision des éléments comptables avec le pilote du processus.

6.4 Environnement de travail

Les entretiens annuels d'évaluation des agents permettent de recueillir les éléments de qualité de vie au travail de chaque professionnel.

Les réunions d'équipe hebdomadaires permettent à la Direction de suivre les actions menées en matière d'environnement de travail (sécurité, ergonomie, environnement, ...).

Un recueil des besoins en matériel est établi chaque année et la gestion de ces commandes est externalisée au niveau du service achat logistique du CHIVA.

La qualité de l'environnement de travail fait l'objet d'un point d'enquête annuel auprès des apprenants et est analysé.

7. PROCESSUS DE REALISATION

7.1 Planification de la réalisation des prestations

La réalisation des prestations et des missions des instituts de formation du CHIVA a été organisée autour de 3 processus :

- le processus formation
- le processus recherche
- le processus de développement

Chaque processus fait l'objet d'une fiche, d'une cartographie et d'éléments de mesure. Un tableau récapitule les indicateurs des processus de réalisation, ainsi que les objectifs associés, et les éléments d'efficacité retenus par les pilotes.

7.2 Processus relative aux apprenants, usagers, partenaires

7.2.1 détermination des exigences

Les différentes exigences font l'objet d'une formalisation décrite dans la fiche processus de chaque processus de réalisation.

Ces exigences sont en lien avec la réglementation en vigueur, les exigences spécifiées par les tutelles qui régissent les formations sanitaires et les exigences de la norme ISO 9001.

Les prestations de formation sont également soumises aux exigences de traçabilité que nous avons déclinées dans la procédure T10N2-4-4.

7.2.2. Communication avec les apprenants, usagers, partenaires

La communication avec les apprenants, usagers et partenaires est primordiale, tant au niveau de la détermination des exigences que lors de l'exécution de la formation.

La communication s'organise selon quatre modes en vue de mesurer et accroître leur satisfaction :

L'écoute client pour déterminer les exigences, les besoins et les attentes

Le traitement des réclamations

La mesure de la satisfaction de leurs exigences

La diffusion et l'échange d'informations par voie de presse, par mail, par voie d'affichage, par voie postale, par le biais de rencontre et de manifestations internes et externes

Ces échanges produisent des documents dont la circulation en interne est assurée par le système d'information. Les axes du projet des instituts volet communication sont déclinés dans un document formalisé diffusé à l'équipe (T1N5-1-5-1)

8. MESURE ANALYSE ET AMELIORATION

8.1 Généralités

La qualité de prestation de formation offerte aux apprenants est un véritable enjeu. La volonté institutionnelle d'adaptation aux changements stratégiques et à l'évolution du contexte de la formation structure le projet des Instituts et pose 2 exigences : la qualité de la formation délivrée (démarche de certification) et la formation des apprenants à la qualité attendue au niveau des établissements et structures.

Concernant la formation, l'amélioration constante du produit tient à l'analyse des parcours et des pratiques en équipe, avec les apprenants et avec nos partenaires. L'indicateur annuel d'amélioration de la formation concerne le nombre de processus qui ont été revus pour chaque parcours. L'adaptation de formation dispensée aux attentes et aux besoins des apprenants et partenaires.

Cette adaptation se mesure tant par la satisfaction des apprenants et des partenaires aux prestations que par le suivi des processus ou dans le cadre de projets collaboratifs que nous pouvons mener.

Dans le cadre de la démarche d'amélioration continue du système, la gestion des risques liés à des événements non conformes ou indésirables est décrite dans la procédure « Maitrise des événements non conformes et indésirables » (T10N2-1-1)

8.2 Mesure et surveillance

Le Responsable Qualité en collaboration étroite avec les pilotes veille à la bonne applicabilité des procédures et à l'atteinte des objectifs fixés. Ils déterminent ensemble les actions préventives et correctives nécessaires ainsi que des indicateurs traduisant la performance de leur processus.

Dans un souci d'implication dans la démarche, tous les membres du personnel peuvent signaler un dysfonctionnement ou proposer des axes d'améliorations du système de management de la qualité

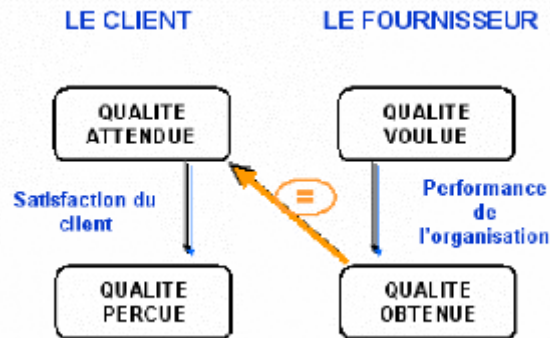
Les mesures et la surveillance s'effectuent par :

- la réalisation d'audits internes
- Les différentes mesures effectuées sur la satisfaction client
- Le suivi du plan d'action annuel et des indicateurs par processus
- Le suivi des événements non conformes

L'analyse de ces données se fait au fur et à mesure et sert de données d'entrée lors des revues de processus et de direction. Elle peut entraîner la mise en place d'actions d'amélioration, soit sur le produit lui-même, soit sur le SMQ.

8.2.1 Satisfaction des apprenants, usagers, partenaires

. La démarche qualité des Instituts de formation du CHIVA se situe dans une politique globale visant à impliquer chaque acteur du système. L'analyse de satisfaction des usagers, apprenants et des partenaires, la procédure de certification dans laquelle s'engage la Direction sont les éléments objectivant la dynamique qualité dans la structure. L'impératif managérial est de développer « une approche professionnelle fondée sur l'analyse des données de l'activité » selon une orientation « client- prestataire ».



Le niveau de satisfaction des apprenants, usagers et partenaires est surveillé tout au long de la phase de réalisation et obtenu par des méthodes définies dans des procédures d'enquête.

Les résultats des enquêtes font l'objet d'une analyse et sont examinés dans les processus concernés et lors de chaque revue de direction.

8.2.2 Audits internes

Une procédure d'audit interne est formalisée sous forme de charte et accessible à tous les professionnels de la structure (procédure charte T10N6-9)

Les audits permettent de s'assurer que le Système est conforme aux exigences de la Norme ISO 9001, aux exigences spécifiques du Système et que le Système est mis en œuvre correctement.

Le programme d'audits est proposé par Le pilote du processus d'amélioration continue à la direction et validé en Revue de Direction chaque année pour une période de 3 ans. La mise en œuvre des actions et la mesure de l'efficacité sont évaluées par la Direction en collaboration avec le pilote et copilote du processus d'amélioration continue.

Afin de garantir l'efficacité du SMQ, l'audit interne vérifie que ce SMQ est efficace et que les activités et les résultats sont conformes à ses dispositions. Ils interviennent dans le processus Management de la qualité. Leur réalisation est décrite dans la procédure charte audits internes.

Plan d'audit et formation

Un plan d'audit du SMQ est défini et approuvé par la revue de direction. Ce programme définit le calendrier général des audits internes, avec l'affectation des auditeurs qui les réaliseront. Les auditeurs internes sont formés à l'audit, ce qui leur permet d'être agréés pour effectuer ces audits. Le suivi des qualifications s'effectue en revue de direction, qui valide, au moins une fois par an, la liste des auditeurs internes.

Conduite de l'audit

Le ou les auditeurs désignés dans le plan ont toute liberté pour choisir la ou les dates de leur intervention, en accord avec la période prévue dans le plan. Ces dates et l'ordre du jour sont transmis au responsable des futurs audits. Celui-ci a la responsabilité d'en informer ses collaborateurs. L'audit interne est réalisé conformément aux techniques acquises en formation, selon la procédure Audits qualité internes. Un rapport d'audit est établi par le(s) auditeur(s) et signé par le responsable du service audité, qui conserve

l'exemplaire original et transmet une copie au pilote et membres du processus. A chaque écart, l'auditeur doit mentionner sa gravité, ainsi que le délai de réponse du service audité et les dates prévisionnelles de vérification de l'efficacité de l'action corrective. Un compte rendu des audits est présenté en revue de direction.

Suivi de l'audit

En cas d'écart, le responsable du service audité doit proposer la ou les actions à entreprendre pour le réduire ou le supprimer dans le délai mentionné par le ou les auditeurs. Ce délai écoulé sans réponse du responsable, le Service qualité doit le relancer pour les obtenir. Le ou les auditeurs, en fonction des dates mentionnées sur le rapport, devront vérifier la mise en œuvre de l'action corrective et son efficacité. Après la réalisation de l'audit interne, des grilles d'appréciation sont transmises au service audité et aux auditeurs pour être complétées et renvoyées au service qualité. Elles seront ensuite analysées en revue de direction et en réunion d'audits internes.

8.2.3 Surveillance et mesure des processus

Les performances des processus sont mesurées par des indicateurs et suivis dans le tableau de bord Qualité. Ils sont examinés en réunion Qualité et en Revue de Direction. Ils donnent lieu si besoin à la mise en place d'actions correctives ou préventives.

8.2.4 Evaluation des pratiques

Les Evaluations des Pratiques Professionnelles (E.P.P) sont un élément fondamental de la démarche qualité. Elles s'inscrivent dans une dynamique formative et réflexive qui correspond à la politique qualité développée par les programmes de formation et les procédures de certification.

Le projet d'EPP concernant les pratiques des professionnels des Instituts de Formation est issu d'une réflexion sur la qualité de la formation dispensée.

La politique EPP des Instituts de Formation du CHIVA vise à améliorer et harmoniser les pratiques, garantir la qualité des prestations, réduire les risques d'évènements indésirables. Sachant que la mise en œuvre des évaluations de pratiques professionnelles est préconisée par la Haute Autorité de Santé, la direction des Instituts souhaite utiliser les EPP comme un levier de management de la qualité. La démarche engagée s'inscrit dans « *une approche professionnelle fondée sur l'analyse des données de l'activité* »²

Le choix des thèmes à travailler doit reposer sur différents critères qui ont été déclinés par l'HAS :

- « *La fréquence de la pratique évaluée*
- *La faisabilité de l'évaluation*
- *L'existence d'une marge d'amélioration possible pour le professionnel engagé* »³
- La méthode

Chaque EPP sera travaillée en sous-groupe par catégorie professionnelle.

Les missions de chaque sous -groupe seront les suivantes :

- Elaborer des outils de mesure, des indicateurs et des critères pour le thème choisi

³ Haute Autorité de Santé (HAS). Evaluation des pratiques professionnelles en établissement de santé : modalités pratiques d'organisation et de validation de l'EPP dans les établissements de soins publics et privés participant au service public hospitalier, HAS 2007

- Organiser la mise en œuvre de l'audit
- Gérer les données recueillies
- Participer au suivi des étapes du projet

La mise en œuvre de ces EPP est prévue au mois de mars de chaque année.

La communication autour du projet sera menée par le Directeur des Instituts auprès des membres de l'équipe lors d'une réunion.

8.3 Maitrise des prestations

Les non-conformités des prestations, du matériel ou du système qualité sont détectées par toute personne entrant dans la chaîne de qualité et peuvent être déclarées par tous les acteurs du système.

L'ensemble du personnel a pris connaissance et respecte les procédures de gestion des risques, de maîtrise des événements non conformes et de traitement des non conformités. Chacun est inscrit dans une démarche de détection d'une non-conformité conformément à la procédure (T10N2-1-1)

Toute non-conformité est signalée dans le logiciel QUALNET et fait l'objet d'une analyse des causes et d'une évaluation de la criticité. .

Dans une logique d'amélioration continue de la qualité, toute non-conformité est perçue comme une source d'amélioration. Ainsi, toutes les anomalies sont enregistrées sur des fiches de non-conformité qualnet qui seront traitées dans le cadre des actions correctives.

8.4 Analyse des données

Les données utilisées pour démontrer la pertinence et l'efficacité du SMQ, et évaluer les possibilités d'amélioration sont les suivantes :

- Evaluation de la satisfaction des usagers, apprenants et partenaires
- Suivi des événements non conformes
- Résultats d'audits internes
- Résultats des éléments de mesure des processus.

Les informations collectées sont présentées et analysées lors de la revue de direction.

8.5 Amélioration

8.5.1 Amélioration continue

Dans le cadre des revues de direction, les résultats des données recueillies sont analysés par rapport à la politique qualité et aux objectifs et débouchent sur la mise en œuvre d'actions d'amélioration (correctives ou préventives)

8.5.2 Action corrective

Suite au traitement des événements non conformes et des audits et revues, la procédure "Actions Correctives" (T10N2-1-3) décrit la définition d'une action corrective, la formalisation d'une action corrective, les modalités de mise en place et de suivi des actions correctives.

8.5.3 Action préventive

Au regard du suivi des processus et de leur maîtrise, la procédure "Actions Préventives"(T10N2-1-3) décrit les sources d'une action préventive, la formalisation d'une action préventive, les modalités de mise en place et de suivi des actions préventives.

Glossaire

Qualité :

La qualité est l'ensemble des caractéristiques d'une prestation ou d'un produit qui garantit la satisfaction des besoins exprimés et implicites.

Système qualité :

Le système qualité est l'ensemble de la structure organisationnelle, des responsabilités, des procédures, des processus ainsi que des ressources utilisés pour mettre en œuvre la gestion de la qualité.

Politique qualité :

La politique qualité définit les orientations et les objectifs généraux se rapportant à des éléments clés de la qualité comme l'aptitude à la fonction, les performances, la sécurité et la fiabilité, tels qu'ils sont exprimés par la direction.

Manuel qualité :

Le manuel qualité est un document de référence qui décrit la politique qualité et l'organisation mise en place pour respecter cette politique.

Procédure :

La procédure décrit la marche à suivre pour mettre en œuvre tout ou partie du processus d'élaboration d'un produit, d'un service ou d'une démarche. La procédure est représentée par une succession d'opérations.

Processus :

Le processus est une chaîne de valeurs fournissant un bien ou une prestation à un usager interne ou externe à l'établissement. Cette chaîne de valeurs est décrite par une séquence d'activités de transformation. Elle est mise en œuvre par des procédures.

Audit :

L'audit est la vérification et l'évaluation systématique et indépendante d'une unité (système, prestation, procédé, fournisseur, service, etc.). L'audit permet de contrôler l'efficacité et l'utilité de l'objet concerné. L'accent est mis sur la comparaison entre ce qui est défini et ce qui est mis en pratique.

Documentation qualité :

Les documents relatifs au système qualité d'un établissement comprennent le manuel de management qualité, les procédures, ainsi que les différents documents opérationnels de mise en œuvre du système qualité.

Enregistrements qualité :

Les enregistrements qualité sont constitués par toutes les informations écrites issues des activités décrites dans le système qualité. Ils doivent être conservés afin de prouver le bon fonctionnement du système qualité.