



Manuel

Qualité

Association Mutualiste Agricole de Boissor
I.M.E E.S.A.T FOYERS S.A.V.S. de Boissor
46140 Luzech

AMAB BOISSOR	Manuel Qualité	MNQ 1.3
Domaine de Boissor 46140 Luzech	Etablissements de Boissor	Version 3 01/07/11 1/40
<u>Rédaction</u> AQ	<u>Vérification</u> DIR	<u>Validation</u> DIR
<u>Destinataires</u> : Tout le personnel de l'établissement		

Version	Date	Description des changements	VALIDATION
1	14/06/05	Création	DIR JP Evin
2	06/07/05	Simplifications	DIR JP Evin
3	01/07/11	Remise à plat en fonction du SQ	DIR C Caudriller

Ce manuel a pour objet de décrire l'organisation du système mis en place pour réaliser la démarche qualité dans les établissements de Boissor.

Ce manuel est consultable dans la salle de synthèse et sur l'intranet de l'établissement.

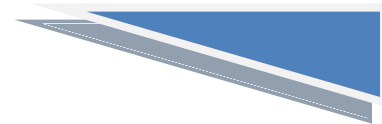
Le comité de pilotage vérifie annuellement l'opportunité de l'évolution de ce manuel.

L'animateur qualité est responsable de l'archivage des versions antérieures à la version en cours.

Le présent manuel qualité peut être mis à disposition de l'ensemble de nos partenaires.

MNQ = Manuel Qualité – SQ = Système Qualité – AQ = Animateur Qualité – VER = Vérification- DIR = Direction - ETS = Etablissement – Val =Validation - DIR= Direction – RED = Rédaction – DEST = destinataire – rév = Révision.

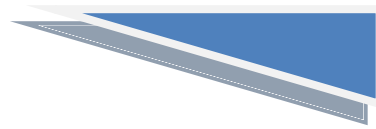
SQ Boissor	RED	VER	Val	Date création	Nature	Dest	Date rév.	version	Page
	AQ	DIR	DIR	14/06/05	MNQ 1.3	ETS	01/07/11	3	2/39



Sommaire

1)	Avant propos	4
2)	Engagement de la direction.....	5
3)	Gestion du manuel de progrès.....	5
4)	Notre organisation qualité.....	6
	4.1) Vue d'ensemble.....	6
	4.2) Les missions et les responsabilités.....	11
	4.3) Le champ et le périmètre du système qualité	12
5)	Le système de management de la qualité.....	12
	5.1) L'animateur qualité.....	12
	5.2) Le référent qualité.....	12
	5.3) La cartographie générale des processus.....	13
	5.4) Les pilotes de processus.....	15
	5.5) La gestion documentaire.....	16
	5.6) L'évaluation interne.....	22
	5.7) Le plan pluriannuel de la qualité.....	26
	5.8) Les revues de la démarche.....	27
	5.9) les tableaux de bord.....	27
6)	L'auditeur qualité.....	28
7)	L'audit externe.....	28
8)	Comparaisons (Le Benchmarking)	29
9)	Amélioration continue de la qualité.....	29
10)	Actions d'informations.....	32
11)	Actions de formation.....	32
12)	Communication.....	32
13)	Abréviations.....	33
14)	Annexes	35

SQ	RED	VER	Val	Date création	Nature	Dest	Date rév.	version	Page
Boissor	AQ	DIR	DIR	14/06/05	MNQ 1.3	ETS	01/07/11	3	3/39



1) Avant propos

Le souci d'adaptation des structures à l'évolution des besoins, l'évaluation des actions entreprises, l'amélioration du service rendu aux personnes accompagnées, la nécessité d'expliquer nos pratiques, la législation, amènent à s'engager dans une démarche qualité.

La démarche qualité se définit comme le résultat des dispositions prises par la structure pour satisfaire les besoins exprimés ou implicites de la personne accompagnée.

La question de la démarche qualité dans le travail social, même si elle soulève des réactions, est devenue une réalité.

Tenter de mieux cerner nos processus d'aide à la personne en difficulté en termes d'outils est incontournable.

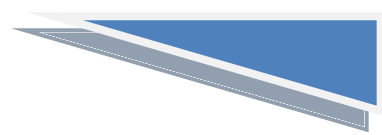
En quoi consiste-t-elle ?

La démarche qualité est basée sur la communication. Elle a une fonction transversale. C'est un système vivant. Il faut se poser des questions en termes d'organisation, de conception, de recherche, de formation, d'évaluation d'optimisation...

Nous proposons une démarche alternative qui prenne en compte l'abord humain sans négliger l'aspect quantitatif.

C'est une démarche réflexive toujours tendue vers le respect des droits de la personne.

SQ	RED	VER	Val	Date création	Nature	Dest	Date rév.	version	Page
Boissor	AQ	DIR	DIR	14/06/05	MNQ 1.3	ETS	01/07/11	3	4/39



2) Engagements de la direction

La direction s'engage résolument dans la démarche qualité par :

- L'écoute, la participation adaptée et la satisfaction des personnes accompagnées ;
- la mise en œuvre d'une politique qualité adéquate et cohérente;
- la participation de l'ensemble du personnel à cette démarche, à travers le comité de pilotage, les commissions, les groupes projets, les groupes de suivis, et tout autre support favorisant l'amélioration continue de la qualité;
- la nomination d'un animateur qualité;
- la formation en interne et en externe selon les besoins identifiés;
- une lisibilité suffisamment claire de la démarche, pour qu'elle soit comprise et assimilée par le personnel;
- la diffusion et l'accessibilité des documents afférents au système qualité;

3) Gestion de manuel de progrès

Le manuel de progrès est géré par l'animateur qualité ; il est approuvé par la direction de l'établissement.

Le manuel de progrès est diffusé sur l'intranet de l'établissement et mis à disposition en interne et en externe à nos partenaires.

La mise à jour du manuel dépend de l'évolution du système qualité.

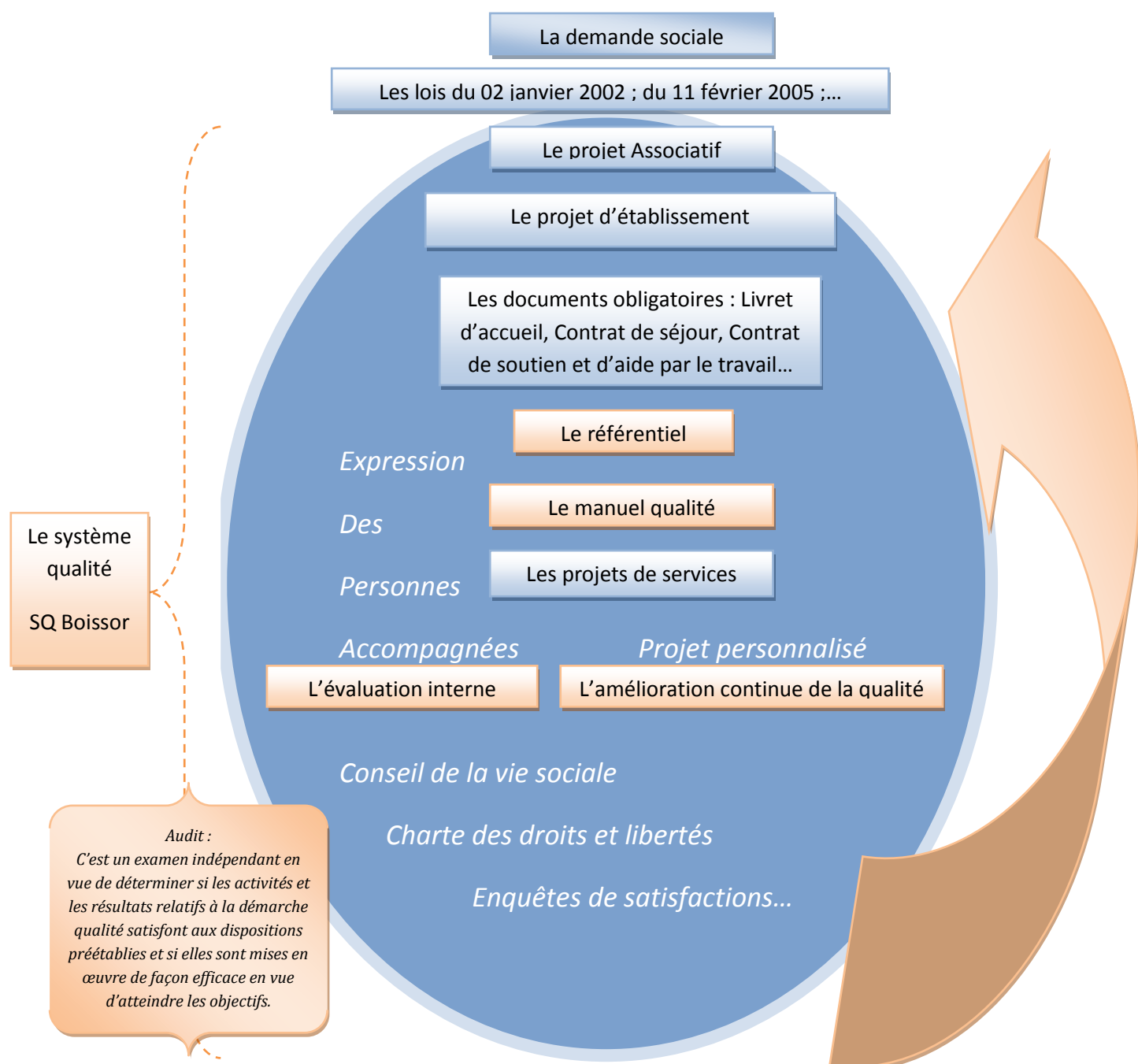
La révision à minima est annuelle.

SQ	RED	VER	Val	Date création	Nature	Dest	Date rév.	version	Page
Boissor	AQ	DIR	DIR	14/06/05	MNQ 1.3	ETS	01/07/11	3	5/39

4) Notre organisation qualité

4.1) Vue d'ensemble

Pour comprendre ce qui nous amène à mettre en œuvre une politique qualité adéquate et cohérente, nous allons essayer d'expliquer comment notre établissement se situe par rapport à cette démarche initiée dès 2003.



SQ Boissor	RED	VER	Val	Date création	Nature	Dest	Date rév.	version	Page
	AQ	DIR	DIR	14/06/05	MNQ 1.3	ETS	01/07/11	3	6/39

La demande sociale

La demande sociale est explicite ou implicite comme tout besoin. Elle peut être devancée, relayée ou ignorée par les instances politiques. Quand elle est prise en compte elle peut être déclinée sous forme de lois votées par les assemblées.

Les lois du 2 janvier 2002 et du 11 février 2005.

En ce qui concerne notre secteur nous sommes régis par la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. Cette loi, qui réforme celle du 30 juin 1975 sur les institutions sociales et médico-sociales, fixe les règles relatives notamment aux droits des personnes, à la création et au financement des établissements et services sociaux et médico-sociaux.

La loi renforce le droit des personnes dans les établissements et services. Elle converge en cela avec la loi du 4 mars 2002 sur les droits des malades. Des articulations sont donc à faire, notamment en ce qui concerne l'accès à l'information des personnes accompagnées. La volonté que les établissements et services s'engagent dans des démarches d'évaluation des prestations délivrées est énoncée par la loi. Les établissements et les services sociaux et médico-sociaux doivent régulièrement procéder à l'évaluation de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent au regard de procédures, de références et de recommandations de bonnes pratiques professionnelles. La loi invite les acteurs de terrain à construire des référentiels et à les soumettre ensuite pour validation.

La loi n° 2005-102 du 11 février 2005 concerne l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. Elle concerne entre autres une définition légale du handicap, le principe de non discrimination, le travail protégé, la création des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) et de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH).

Des circulaires et des décrets ont suivi la promulgation des ces lois.

Vous trouverez dans les annexes les références des textes officiels sur les établissements spécialisés. Le cadre législatif et notamment la loi du 2 janvier 2002 a permis aux associations, malgré quelques réticences, de favoriser l'expression de leurs spécificités. Dans ce cadre, le projet associatif devient indispensable en amont pour mettre en œuvre la loi et construire le projet d'établissement.

SQ Boissor	RED	VER	Val	Date création	Nature	Dest	Date rév.	version	Page
	AQ	DIR	DIR	14/06/05	MNQ 1.3	ETS	01/07/11	3	7/39

Le projet Associatif

Régulièrement réactualisé par les administrateurs il restitue l'œuvre des fondateurs ; souvent ils ont devancé la loi. Il montre le chemin, indique les idées forces, les visées, l'utopie créatrice.

L'enjeu pour les associations est de garantir un projet d'établissement en harmonie avec le projet associatif.

Le projet d'établissement

Le projet d'établissement s'enracine dans notre histoire, il définit les objectifs généraux de l'établissement sur 5 ans, ainsi que ses modalités d'organisation et de fonctionnement. Il précise notre stratégie de développement et de progrès et notre plan d'action, tout ceci dans le cadre de la loi du 2 janvier 2002.

C'est la politique générale des établissements de Boissor. Il précise la réponse institutionnelle aux besoins des personnes accompagnées dans un cadre où les valeurs sont clairement définies.

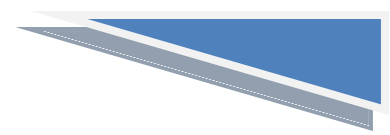
Les documents obligatoires

Pour que le projet d'établissement puisse passer dans les actes et la réalité des pratiques il doit s'appuyer sur plusieurs éléments, dont les documents obligatoires :

Le livret d'accueil, la charte des droits et libertés de la personne accueillie, le règlement de fonctionnement, le contrat de séjour, le contrat de soutien et d'aide par le travail, le document individuel de prise en charge (DIPC).

Le livret d'accueil est remis à toute personne accompagnée. Il s'agit de donner un certain nombre de repères à la personne qui est admise. Il contient toute information nécessaire à la personne accueillie : les coordonnées de l'établissement, l'organisation générale de l'établissement, l'organisation de la vie quotidienne, les interlocuteurs...

SQ Boissor	RED	VER	Val	Date création	Nature	Dest	Date rév.	version	Page
	AQ	DIR	DIR	14/06/05	MNQ 1.3	ETS	01/07/11	3	8/39



La charte des droits et libertés de la personne accueillie est jointe obligatoirement au livret d'accueil. L'un des objectifs prioritaire de cette obligation légale est d'éviter la maltraitance.

Le règlement de fonctionnement définit les principes qui régissent la vie collective.

Le contrat de séjour et le DIPC ont vocation à déterminer les éléments indispensables de la prise en charge.

Le contrat de soutien et d'aide par le travail prend en compte l'expression des besoins et des attentes du travailleur handicapé.

Le référentiel

Le référentiel est l'émanation du projet d'établissement. Il va concrétiser les engagements de la direction et permettre une évaluation des actions entreprises, que ce soit dans l'amélioration continue de l'activité ou dans le cadre de l'évaluation interne. Il fait partie intégrante du système qualité. Il précise les caractéristiques du service à rendre aux personnes accompagnées.

Le manuel qualité

Ce manuel a pour objet de décrire l'organisation du système mis en place pour réaliser la démarche qualité dans les établissements de Boissor.

SQ Boissor	RED	VER	Val	Date création	Nature	Dest	Date rév.	version	Page
	AQ	DIR	DIR	14/06/05	MNQ 1.3	ETS	01/07/11	3	9/39

Les projets de services

Les projets de services vont venir concrétiser les engagements de la direction sur le terrain et répondre aux attentes des différents processus.

Il va falloir expliciter nos pratiques et rendre lisibles nos actions.

C'est une démarche participative, réflexive, toujours tendue vers le respect des droits de la personne accompagnée et du projet personnalisé.

Les projets doivent prendre en compte la dimension éthique et le développement durable.

Sont concernés :

les ESAT ; les foyers ; l'IME ; le service de protection des majeurs ; le SAVS ; le service social ; les services généraux ; le médical / paramédical / psychologie ; le service administratif et gestion ; le système qualité.

L'évaluation interne

C'est une revue complète et méthodique des activités et des résultats de l'établissement au regard du référentiel.

Cette auto-évaluation fournit une vision globale de notre démarche. Elle contribue à identifier les domaines nécessitant des améliorations et à définir des priorités.

L'amélioration continue de la qualité

L'objet de l'amélioration continue d'une démarche qualité est d'augmenter la probabilité de satisfaire les besoins des personnes accompagnées et de nos partenaires.

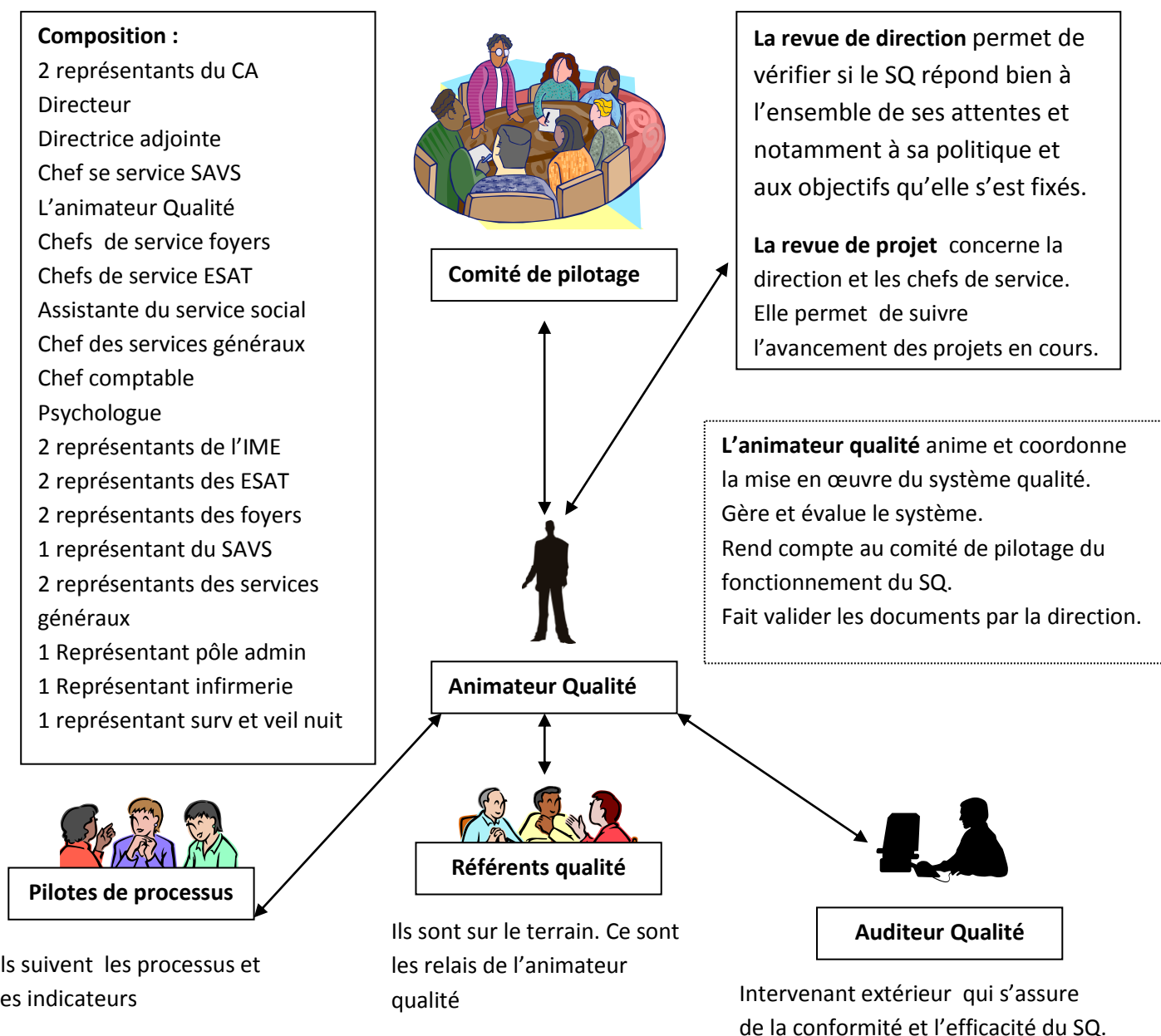
Les résultats des actions d'amélioration sont revus régulièrement pour déterminer d'autres opportunités d'amélioration.

SQ Boissor	RED	VER	Val	Date création	Nature	Dest	Date rév.	version	Page
	AQ	DIR	DIR	14/06/05	MNQ 1.3	ETS	01/07/11	3	10/39

4.2) Les missions et les responsabilités

Sous l'impulsion de la direction a été créé le comité de pilotage qualité, instance de pilotage de la démarche. Il évalue l'efficacité du SQ (Système Qualité). Il a pour rôle de suivre et d'accompagner :

- L'organisation et le suivi de l'évaluation interne ;
- Le suivi des axes d'améliorations ;
- La création des commissions / des groupes projets / des groupes suivis ;



SQ	RED	VER	Val	Date création	Nature	Dest	Date rév.	version	Page
Boissor	AQ	DIR	DIR	14/06/05	MNQ 1.3	ETS	01/07/11	3	11/39



4.3) Le champ et le périmètre du système qualité

Le champ du système qualité s'identifie à la cartographie générale des processus.

Les autres champs d'interventions dépendent de la direction de l'établissement et des chefs de services concernés.

Pour qu'un nouveau processus soit déterminé, il faut l'aval de la direction et la consultation du comité de pilotage.

5) Le système de management de la qualité

Le système qualité est un organisme vivant et participatif.

Il faut donc, au delà de l'outil, créer les conditions d'une appropriation de la démarche et l'intégrer dans la culture de l'établissement.

Le projet associatif; l'engagement de la direction ; le projet d'établissement ; les documents obligatoires ; le référentiel; la gestion documentaire; la méthodologie de l'évaluation interne... existent ... maintenant il faut partager, transmettre, évaluer, améliorer...

Pour que ce soit possible il faut s'appuyer sur :

5.1) L'animateur qualité

Il a pour mission principale l'animation et la coordination du Système Qualité. Il assiste les pilotes de processus dans la mise en place des actions correctives et préventives. Il gère les documents afférents au système.

5.2) Les référents qualité

L'amélioration continue de la qualité dans les établissements sanitaires et médico-sociaux constitue un défi à relever au quotidien. Afin d'en favoriser la réalisation, la mise en place de référents qualité au sein de chaque pôle ou service est un atout. Pour assumer cette mission, les référents qualité doivent justifier d'une bonne connaissance des méthodes et outils qualité ainsi que maîtriser les techniques de communication.

SQ	RED	VER	Val	Date création	Nature	Dest	Date rév.	version	Page
Boissor	AQ	DIR	DIR	14/06/05	MNQ 1.3	ETS	01/07/11	3	12/39

5.3) La cartographie générale des processus

Les grands processus émanent du projet d'établissement. Ils font partie intégrante de notre référentiel. Nous devons retrouver dans les grands processus le cœur de notre action avec des objectifs précis à réaliser, des moyens et la traçabilité qui nous permet d'établir que nous faisons ce que nous avons écrit.

Le référentiel décrit les grands processus. Un processus consiste en un ensemble d'activités réalisées par le personnel et à l'aide de moyens, en vue d'une finalité. Les processus vont nous permettre de décliner des éléments concrets en termes de moyens et de traçabilité :

Cartographie des processus :

Exemple : DOMAINE 1		
Les droits et la participation des personnes accompagnées / La promotion de la citoyenneté		
ELEMENTS 1	Le respect des droits de la personne accompagnée	
Critères	Moyens mis en œuvre	Vérification
C1 Les documents destinés aux personnes accompagnées mentionnent leurs droits	<i>Commissions / groupes de projets / groupes de suivis.</i>	<i>Enregistrements dans les différents groupes de travail.</i>
C2 L'établissement organise l'expression des personnes accompagnées	<i>Les enquêtes de satisfaction / Les réunions avec les usagers / la présence d'éducateurs chargés de mission référents / les conseils de la vie sociale / L'Association Bol d'air/ CIME / ABCL/ Assemblée générale annuelle de l'AMAB.</i>	<i>Existence des enquêtes / Enregistrements des réunions / Liste des référents et des usagers/ les comptes rendus des CVS / les PV de l'association Bol d'air. PV de l'association.</i>
C3...		

SQ	RED	VER	Val	Date création	Nature	Dest	Date rév.	version	Page
Boissor	AQ	DIR	DIR	14/06/05	MNQ 1.3	ETS	01/07/11	3	13/39

Ces processus serviront de base à l'évaluation interne.

Les droits et la participation des personnes accompagnées

Un accompagnement et un parcours personnalisé

Le projet d'établissement et sa mise en œuvre

L'établissement dans son environnement

L'organisation interne de l'établissement

Les services généraux

Management et ressources humaines

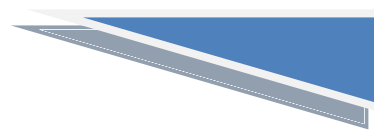
Gestion et administration

Médical – paramédical – Psychologie

Politique d'amélioration continue de la qualité

La sécurité et le développement durable sont des notions transverses, elles concernent l'ensemble des processus.

SQ Boissor	RED	VER	Val	Date création	Nature	Dest	Date rév.	version	Page
	AQ	DIR	DIR	14/06/05	MNQ 1.3	ETS	01/07/11	3	14/39



5.4) les pilotes de processus

Ce sont des binômes constitués de membres de l'encadrement et d'autres salariés de l'établissement.

Les pilotes suivent les processus et les indicateurs de manière à ce que ces derniers fonctionnent et vivent au quotidien. Ils conduisent, avec tous les acteurs concernés, les actions d'amélioration et de reconstruction pour que les processus soient efficaces et efficients.

Prenons l'exemple du processus :

Les droits et la participation des personnes accompagnées.

Un binôme, pilote de ce processus, va être chargé d'un rôle de veille. Ils auront connaissance du processus.

*Si l'on prend **C1** :*

Les documents destinés aux personnes accompagnées mentionnent leurs droits.

Moyens mis en œuvre

Commissions / groupes de projets / groupes de suivis.

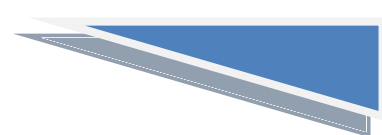
Vérification

Enregistrements dans les différents groupes de travail.

Ils devront, avec l'aide de l'animateur qualité, mettre en place les indicateurs pour être entièrement impliqués dans cette démarche.

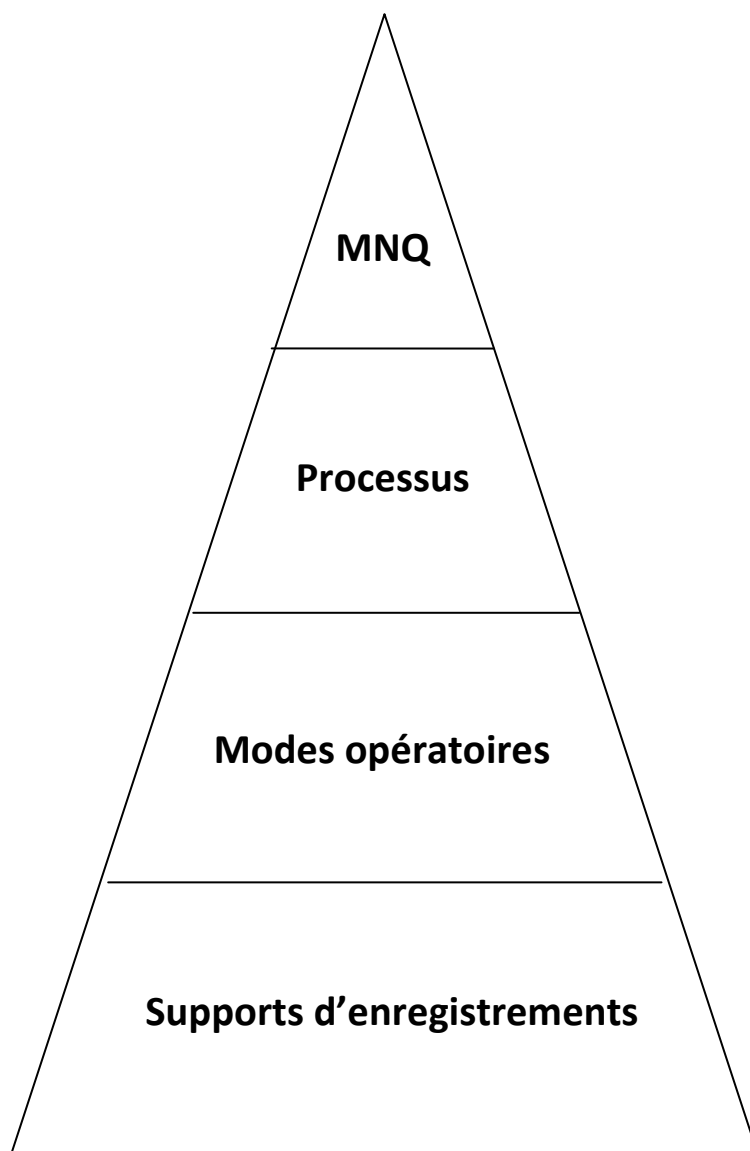
Dans l'exemple ci-dessus les enregistrements, émargements, la fréquence des rencontres donneront des éléments d'analyse permettant de suivre mise en œuvre du processus.

SQ	RED	VER	Val	Date création	Nature	Dest	Date rév.	version	Page
Boissor	AQ	DIR	DIR	14/06/05	MNQ 1.3	ETS	01/07/11	3	15/39

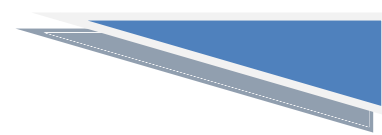


5.5) la gestion documentaire

La gestion documentaire va permettre à travers le manuel qualité (MNQ) d'avoir une synthèse du système qualité ; aux travers des processus de connaître nos objectifs ; aux travers des modes opératoires de savoir comment on fait ; aux travers des supports d'enregistrements de garder la trace de ce que l'on fait.



SQ	RED	VER	Val	Date création	Nature	Dest	Date rév.	version	Page
Boissor	AQ	DIR	DIR	14/06/05	MNQ 1.3	ETS	01/07/11	3	16/39



Nous avons peu parlé jusqu'à présent des procédures pour ne pas rendre la tâche plus complexe.

Le nombre de procédures est volontairement limité pour ne pas confondre un logigramme, une instruction, des consignes avec une procédure.

Les procédures seront donc limités à un document qui décrit et formalise les tâches à accomplir pour mettre en œuvre un processus ; ici la gestion documentaire.

La gestion documentaire répond à des règles et méthodes bien précises. Les écrits sont indispensables à la démarche qualité et doivent être intégrés à un système documentaire.

Pour être efficace elle doit être :

Gérable – applicable et appliquée – actualisée en permanence.

Ses objectifs : Maîtriser en permanence les documents et les données – se prémunir contre les risques d'application de documents périmés.

Les moyens : Système d'identification des documents – état à jour des documents – système de diffusion opérationnel. La gestion documentaire permet de faire respecter le cycle de vie des documents qui sont en circulation dans l'établissement. La gestion documentaire va chercher à garantir la cohérence entre les différents documents. Elle doit permettre le partage des documents pour les acteurs concernés. Il faut que chaque document soit référencé.

On doit pouvoir connaître immédiatement l'origine du document. La référence, la version, la pagination, qui est l'auteur, qui valide...

Une seule personne apporte les modifications et gère la diffusion des documents au format PDF ou papier.

Son objet :

Maîtriser l'identification, la rédaction, l'approbation, la diffusion, le stockage, l'archivage, la destruction après archivage des documents qualité liés au SQ :

Les documents de référence :

Le référentiel d'engagements qualité-service (pour les activités sociales (JLJ)) ;

Procédure générale Polytech ;

Le manuel qualité et notamment le chapitre relatif à la maîtrise des documents.

La norme ISO 9001 :2000.

SQ Boissor	RED	VER	Val	Date création	Nature	Dest	Date rév.	version	Page
	AQ	DIR	DIR	14/06/05	MNQ 1.3	ETS	01/07/11	3	17/39

Sigles et abréviations utilisés :

Voir en annexe.

Domaine d'application :

Projets

Manuel Qualité

Documents obligatoires

Référentiel

Procédures / Protocoles / Chartes

Modes opératoires

Enregistrements

et tout autre document inscrit dans le système qualité.

Réalisation d'un document :

Pour chaque type de document on trouve une page de garde suivie de la page de références. Les documents sont créés ou modifiés pour répondre à un besoin réel (Décrire une procédure, un processus, répondre à une exigence réglementaire,...). La création ou la demande de modification d'un document peut être sollicitée par toute personne de l'établissement ayant les compétences requises, en accord avec les personnes concernées par ce document.

Dans le cas d'une création de procédure ou d'un manuel, les différentes étapes à effectuer doivent être formalisées sous forme de texte ou de schéma.

Le document doit être codifié, vérifié, approuvé avant d'être diffusé. Le document doit ensuite être communiqué sous forme papier aux différents intéressés.

L'entête : Quand on ouvre un document il comporte un cartouche d'en-tête

AMAB BOISSOR	PROCEDURE générale	Code= PRO GD 1.3 N° Version = 3 Date de rédaction = 01/05/2011 Pagination 1/8
Domaine de Boissor 46140 Luzech	Gestion documentaire	
<u>Rédaction</u> Fonction = AQ	<u>Vérification</u> DIR	<u>Validation</u> DIR

SQ Boissor	RED	VER	Val	Date création	Nature	Dest	Date rév.	version	Page
	AQ	DIR	DIR	14/06/05	MNQ 1.3	ETS	01/07/11	3	18/39



Le numéro de version doit toujours apparaître sur le document, ainsi que la date de la dernière mise à jour.

Dans la case en haut à gauche nous retrouvons le logo de l'association et au milieu le type de document (Procédure, Référentiel, Instruction...).

A droite : le code spécifique, ici PRO GD 1 ; seule cette procédure a ce numéro.

PRO GD 1.3 = Procédure générale de Gestion Documentaire ;

Le numéro de version .3 ; la date de rédaction du présent document ;

la pagination 1/8.

Sous le logo de l'association est inscrite l'adresse de la structure.

La case centrale identifie le document en complément du type.

La case rédaction : cette partie désigne la personne qui a rédigé le document.

La case vérification : Le vérificateur est la personne compétente dans le domaine concerné.

La case validation : elle concerne la direction.

La ligne destinataires est à remplir avec le nom des personnes concernées.

Destinataires : Tout le personnel de l'établissement

Le cartouche ci-dessous permet de retracer l'historique du document.

Version	Date	Description des changements	Approbation
1	01/09/04	Création GD dans MNQ	DIR JP Evin
2	06/07/05	Révision complète GD dans MNQ	DIR JP Evin
3	01/05/11	Création de la procédure GD	DIR C Caudrillier

SQ	RED	VER	Val	Date création	Nature	Dest	Date rév.	version	Page
Boissor	AQ	DIR	DIR	14/06/05	MNQ 1.3	ETS	01/07/11	3	19/39

Le pied de page reprend l'essentiel du cartouche d'en-tête pour utiliser moins d'espace sur les pages du document.

SQ = Système Qualité – AQ = Animateur Qualité – VER = Vérification- DIR = Direction - ETS = Etablissement – Val =Validation - RED = Rédaction – DEST = destinataire – rév = Révision

SQ Boissor	RED	VER	Val	Date Création	Nature	Dest	Date rév.	version	Page
	AQ	DIR	DIR	01/09/04	PRO GD 1.3	ETS	01/05/11	3	20/7

Gestion des documents :

Tous les documents sont consultables sous version informatique sur **intranet SQ** et sur papier dans la salle de synthèse. Cependant, chaque service dispose des dernières versions papiers des documents le concernant.

La gestion du système qualité est assurée par l'animateur qualité et supervisée par la direction. C'est l'animateur qualité qui met les documents sur intranet en fichier PDF ou Word. Toute nouvelle version d'un document devra annuler et remplacer la version précédente, et ce pour tous les services concernés. Les versions antérieures sont archivées par l'animateur qualité. La seule version officielle d'un document est celle contenue dans le système informatique. En cas d'absence de l'animateur qualité la pérennité du système est assurée par le directeur de l'établissement.

Eléments d'explication :

Les processus consistent en un ensemble d'activités réalisées par le personnel avec et à l'aide de moyens en vue d'une finalité. C'est un service rendu.

Une procédure est un document qui décrit et formalise les tâches à accomplir pour mettre en œuvre le processus.

Les enregistrements (ENR) sont les éléments essentiels de la traçabilité. Ils servent à apporter la preuve de ce qui a été fait.

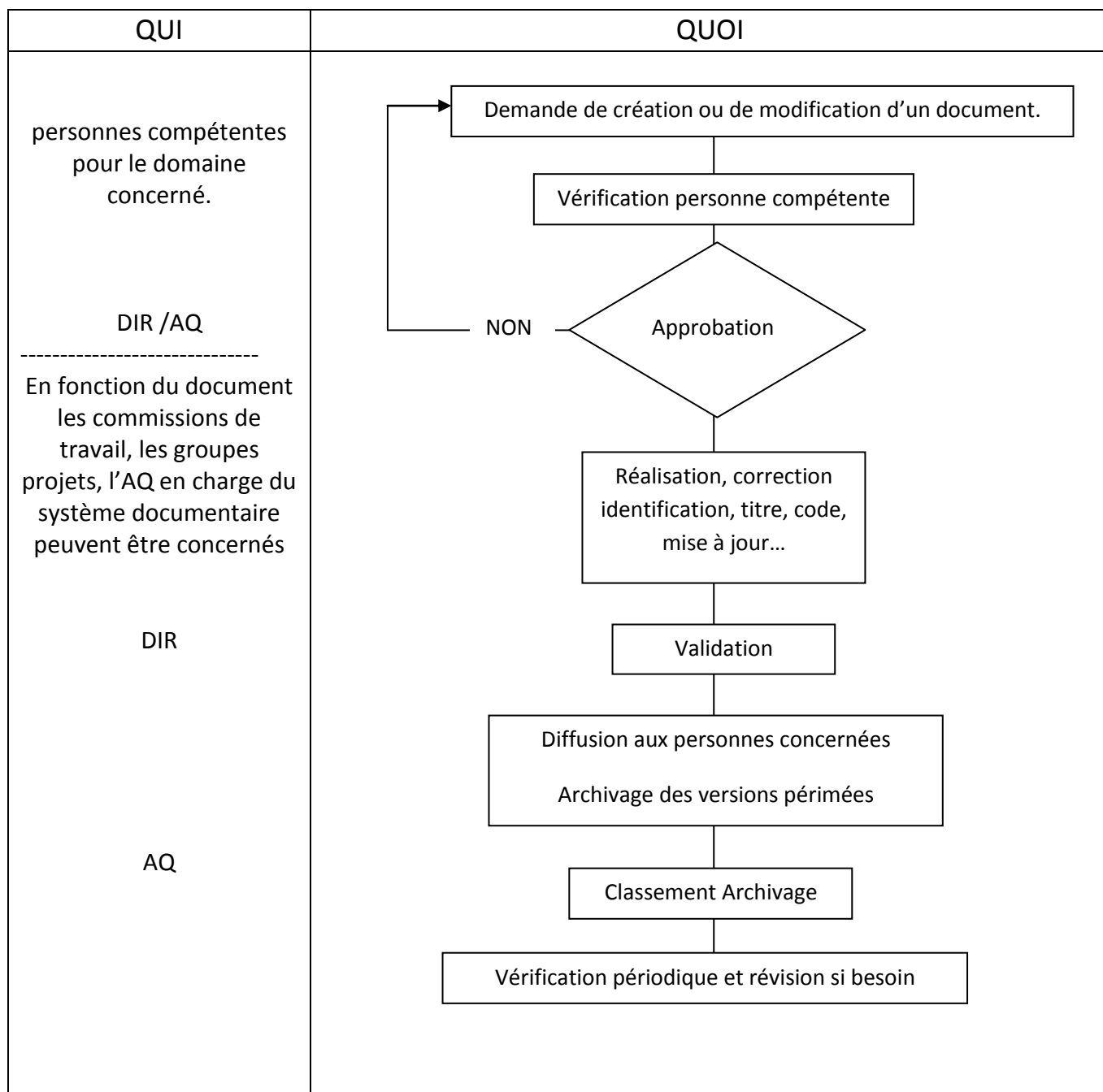
Les modes opératoires : Ce sont des guides (GUI), des instructions (INS), des modèles qui viennent, si nécessaire, expliquer, compléter certains points des processus, des procédures et de tout autre document, action qui en aurait besoin.

Le logigramme est un outil qui permet d'analyser un procédé. Son élaboration nécessite de fragmenter le procédé en plusieurs événements, activités ou tâches élémentaires et de montrer la relation logique qui les unit. Il est notamment utilisé pour la rédaction des procédures.

SQ Boissor	RED	VER	Val	Date création	Nature	Dest	Date rév.	version	Page
	AQ	DIR	DIR	14/06/05	MNQ 1.3	ETS	01/07/11	3	20/39

Le manuel qualité a pour objet de décrire l'organisation du système mis en place pour réaliser la démarche qualité dans les établissements de Boissor. Il contient toutes les définitions et terminologies.

Logigramme des documents créés ou modifiés en interne:



SQ Boissor	RED	VER	Val	Date création	Nature	Dest	Date rév.	version	Page
	AQ	DIR	DIR	14/06/05	MNQ 1.3	ETS	01/07/11	3	21/39



5.6) L'évaluation interne

C'est un moment clé de la vie institutionnelle par la mobilisation de l'ensemble du personnel, centré sur une visée évaluative.

Pour JB PATURET (Philosophe), il n'y a pas de doute, la question de l'évaluation est intimement liée à celle des valeurs. L'évaluation sans valeur n'est rien de plus qu'un contrôle au mieux une expertise.

La seule chose dont on soit sûr, c'est que nous sommes condamnés au sens.

JB Paturet insiste sur les notions de processus et de procédure, le processus englobant les procédures, les valeurs englobant elles mêmes les processus. Il est clair que l'évaluation est de l'ordre de la mesure...mais les valeurs doivent toujours être devant nous et jamais derrière.

L'évaluation interne permet de concevoir des axes de progrès.

L'évaluation va se dérouler en plusieurs phases :

- Reformuler le cadre des activités déployées ;
- Recueillir les informations qui décrivent les processus engagés et permettent de constater les réalisations, les changements et les écarts ;
- Pour ensuite analyser dans quelle mesure, avec quels moyens, par quels processus, les activités contribuent aux objectifs fixés ;
- En faire découler les axes d'améliorations ;
- Mettre en place un plan d'action en adéquation avec ces préconisations.

Déroulement de l'évaluation interne :

Le comité de pilotage va établir un référentiel d'évaluation qu'il devra valider.

Il va se servir du référentiel existant pour créer cet outil d'évaluation.

Un calendrier est établi avec l'accord de la direction.

Reprenons l'exemple du domaine 1, le processus : les droits des personnes accompagnées / La promotion de la citoyenneté.

Elément 1 : le respect des droits de la personne accompagnée.

Critère 1 : les documents destinés aux personnes accompagnées mentionnent leurs droits.

SQ	RED	VER	Val	Date création	Nature	Dest	Date rév.	version	Page
Boissor	AQ	DIR	DIR	14/06/05	MNQ 1.3	ETS	01/07/11	3	22/39

Exemple : DOMAINE 1

Les droits et la participation des personnes accompagnées / La promotion de la citoyenneté

ELEMENTS 1	Le respect des droits de la personne accompagnée	
Critères	Moyens mis en œuvre	Vérification
C1 Les documents destinés aux personnes accompagnées mentionnent leurs droits	<i>Commissions / groupes de projets / groupes de suivis.</i>	<i>Enregistrements dans les différents groupes de travail.</i>
C2 L'établissement organise l'expression des personnes accompagnées	<i>Les enquêtes de satisfaction / Les réunions avec les usagers / la présence d'éducateurs chargés de mission référents / les conseils de la vie sociale / L'Association Bol d'air.</i>	<i>Existence des enquêtes / Enregistrements des réunions / Liste des référents et des usagers/ les comptes rendus des CVS / les PV de l'association Bol d'air.</i>
C3...		

En se servant de ce support nous allons poser des questions pour évaluer si la pratique est conforme au critère.

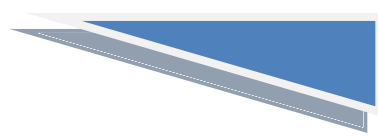
BOISSOR – REFERENTIEL / GUIDE D'AUTO-EVALUATION

Exemple : DOMAINE 1

Les droits et la participation des personnes accompagnées / La promotion de la citoyenneté

ELEMENTS 1	Le respect des droits de la personne accompagnée		
Critères	Faits observés	Vérification	Cotation
C1 Les documents destinés aux personnes accompagnées mentionnent-ils leurs droits ?			
C2 L'établissement organise –t-il l'expression des personnes accompagnées ?			

SQ	RED	VER	Val	Date création	Nature	Dest	Date rév.	version	Page
Boissor	AQ	DIR	DIR	14/06/05	MNQ 1.3	ETS	01/07/11	3	23/39



La cotation choisie est la suivante :

1 : Absence de pratique conforme au critère.

2 : Pratique non conforme au critère.

3 : Pratique conforme et formalisée.

4 : Pratique conforme, formalisée et mesurée.

L'ensemble du personnel va participer à cette auto-évaluation.

Le choix fait pour constituer les groupes est celui de l'appartenance à une même activité. Les services généraux par exemple sont scindés en plusieurs entités : Cuisine / Entretien / Agents de service, les foyers par foyer...

L'auto-évaluation est menée en binôme par des chefs de service :

Le responsable de la structure concernée et un autre chef de service.

Pour chacune des questions l'évaluation doit analyser les diverses pratiques, les manières de faire, de dire, d'agir par les professionnels dans le cadre de leur activité. On interroge les pratiques, les activités, les pertinences.

Les résultats de l'auto-évaluation, les enquêtes de satisfaction, convergent vers l'animateur qualité qui fait ressortir les points forts et les points faibles. Des axes d'amélioration vont pouvoir émerger et remonter au comité de pilotage. Le comité de pilotage va effectuer un tri des problématiques rencontrées et définir un calendrier de travail.

Les commissions

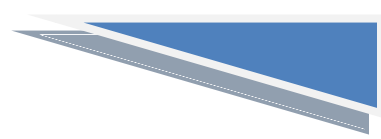
Une fois les problématiques repérées des commissions vont être créées.

Chaque commission aura pour co-animateur un membre du comité de pilotage et un membre du personnel coopté. Ce binôme sera chargé de s'entourer d'autres membres du personnel en accord avec les chefs de service. Ces commissions sont chargées de travailler sur un problème, de creuser la question pour faire des préconisations. Ce sont des propositions de solutions qui seront examinées par le comité de pilotage.

Le comité de pilotage a un rôle essentiel. Il orchestre la démarche et il est force de proposition. Il a un rôle fondamental dans la communication.

C'est le moteur de la démarche.

SQ	RED	VER	Val	Date création	Nature	Dest	Date rév.	version	Page
Boissor	AQ	DIR	DIR	14/06/05	MNQ 1.3	ETS	01/07/11	3	24/39



En résumé :

Les commissions :

- 1) Identifie la problématique et la clarifie. C'est un travail d'approfondissement.
- 2) Quelles sont les causes ?

Recherche de solutions. Les commissions proposent des objectifs à réaliser... elles ne les réalisent pas. Une commission peut estimer qu'il faudrait réaliser un guide... il ne s'agit pas pour la commission de le réaliser.

Les groupes projet

Les groupes projet vont mettre en œuvre les préconisations retenues par le comité de pilotage. Ils sont chargés de réaliser les objectifs. Il est constitué à minima d'un membre de la commission qui a proposé les préconisations et d'une autre personne, reconnue pour ses compétences dans le domaine à travailler.

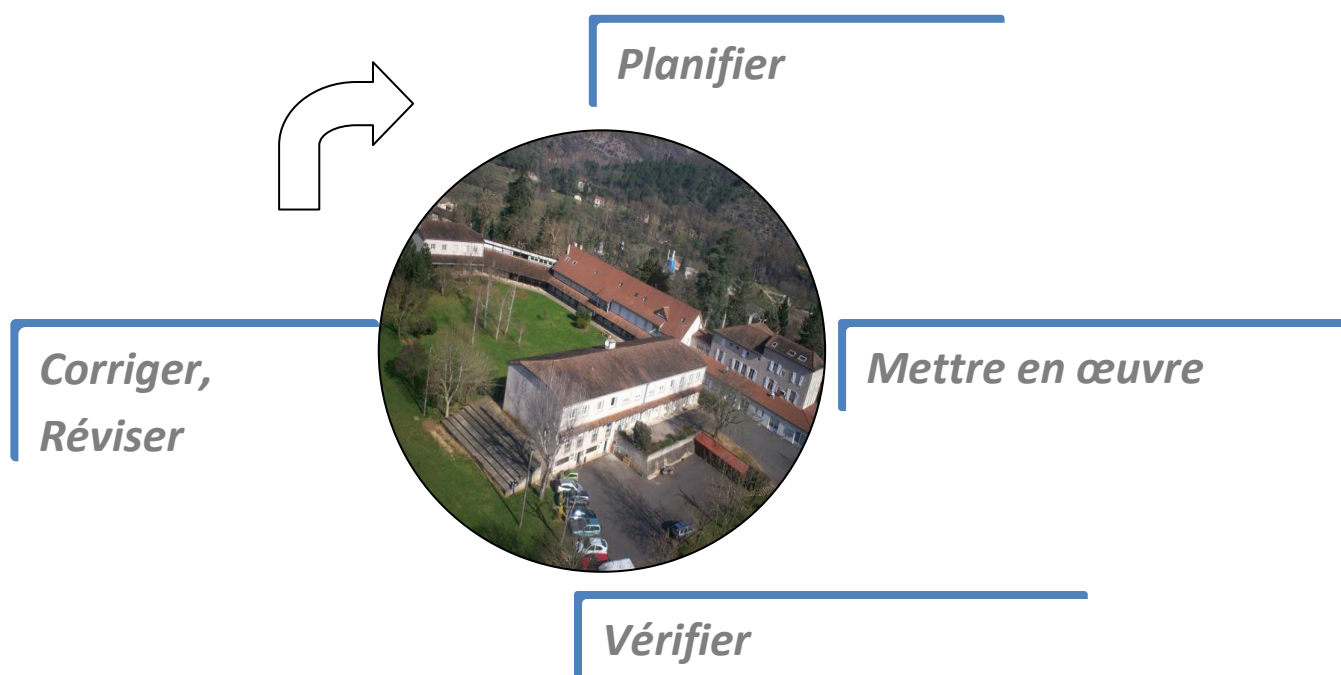
Les groupes suivis

Une fois les objectifs réalisés, un groupe de suivi peut être constitué.

Il est chargé de suivre l'évolution des actions mises en place et de faire remonter au comité de pilotage les observations pouvant aller dans le sens d'une amélioration constante de la qualité.

SQ	RED	VER	Val	Date création	Nature	Dest	Date rév.	version	Page
<i>Boissor</i>	AQ	DIR	DIR	14/06/05	MNQ 1.3	ETS	01/07/11	3	25/39

5.7) Le plan d'amélioration pluriannuel de la qualité



« La roue de Deming ne peut pas tourner sans la participation de l'ensemble des salariés et des personnes accompagnées. »

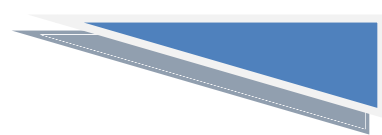
Le plan d'amélioration de la qualité qui émane comme nous l'avons vu de l'évaluation interne intègre d'autres objectifs stratégiques pour l'établissement. C'est une priorisation des objectifs d'amélioration à atteindre.

La direction, à partir de l'ensemble des constats et analyses réalisés précédemment élabore le **Plan Pluriannuel d'Amélioration de la Qualité** qui se déroulera sur 5 ans, jusqu'à la prochaine évaluation interne.

C'est le plan quinquennal d'amélioration.

Le plan doit prévoir les moyens humains, matériels et financiers nécessaires. Il doit stipuler clairement le calendrier et le tableau de bord de suivi de la mise en œuvre du plan d'amélioration avec des objectifs et des échéances intermédiaires.

SQ	RED	VER	Val	Date création	Nature	Dest	Date rév.	version	Page
Boissor	AQ	DIR	DIR	14/06/05	MNQ 1.3	ETS	01/07/11	3	26/39



5.8) Les revues de la démarche

La revue de direction est une réunion planifiée qui se déroule avec la direction pour faire le point sur le système qualité.

Il s'agit de l'un des rôles de l'animateur qualité qui doit réaliser des évaluations régulières, méthodiques et documentées de la pertinence, de l'adéquation, de l'efficacité et de l'efficience de la démarche qualité par rapport à la politique qualité et aux objectifs qualité.

La revue de projet se tient dans le cadre de la réunion chefs de service ; elle permet de suivre l'avancement des projets.

5.9) Les Tableaux de bord

Les tableaux de bord sont des outils utiles à la mise en œuvre d'une démarche de pilotage. Ils doivent former un ensemble adapté aux besoins de chacun et cohérent dans son orientation générale et dans son contenu, fournissant un langage commun de gestion aux différents acteurs de la collectivité. Le tableau de bord est un ensemble d'indicateurs peu nombreux conçus pour permettre aux gestionnaires de prendre connaissance de l'état et de l'évolution des systèmes qu'ils pilotent et d'identifier les tendances qui les influenceront sur un horizon cohérent avec la nature de leurs fonctions. C'est un outil de pilotage qui souligne l'état d'avancement dans lequel se trouve le processus afin de permettre au responsable de mettre en place des actions correctives.

Une bonne conception implique :

- une qualité des données ;
- une limitation à l'essentiel ; attention à ne pas se perdre dans trop de détails ;
- une présentation lisible et interprétable, accessible à ses destinataires qui ne sont pas forcément des techniciens des chiffres ;
- une mise à jour périodique régulière adaptée aux besoins ;
- qu'il soit évolutif c'est-à-dire qu'il prévoit des modalités d'actualisation ;

SQ	RED	VER	Val	Date création	Nature	Dest	Date rév.	version	Page
Boissor	AQ	DIR	DIR	14/06/05	MNQ 1.3	ETS	01/07/11	3	27/39

La construction des tableaux de bord peut se faire selon différentes méthodes, plus ou moins centralisées ou décentralisées :

Utilisé en tant que simple outil, l'intérêt du tableau de bord demeure limité ; il n'est qu'un moyen mais un moyen indispensable d'une démarche de pilotage. Il faut rechercher quels sont nos besoins de renseignements, le phénomène à observer. L'identifier.

Par exemple :

Le tableau de bord principal sert à suivre les grands processus, avec des indicateurs adaptés qui permettent de suivre, de vérifier si l'on respecte nos engagements.

Processus	Indicateurs	Prévisions	Cotation
Les droits et la participation des personnes accompagnées.	Expression des personnes accompagnées	Nb de réunions prévues dans l'établissement pour permettre aux usagers de s'exprimer, dans l'année de référence.	Nombre de réunions réalisé.

6) L'Auditeur qualité

Il paraît intéressant, avant que ne soit réalisé l'audit externe, effectué par un organisme extérieur indépendant, de pouvoir bénéficier des conseils d'un auditeur qualité qui pourra nous assurer de la conformité et de l'efficacité de notre système qualité.

7) L'Audit externe

L'audit externe va s'intéresser au projet d'établissement, au système documentaire, à l'évaluation interne, aux documents obligatoires, à la traçabilité, la place des usagers dans l'établissement... Les personnes chargés de l'audit nous poseront la question suivante : « Faites vous ce que vous dites ? »

SQ Boissor	RED	VER	Val	Date création	Nature	Dest	Date rév.	version	Page
	AQ	DIR	DIR	14/06/05	MNQ 1.3	ETS	01/07/11	3	28/39

8) Comparaisons (Benchmarking)

Le Benchmarking est une technique de gestion de la qualité qui consiste à étudier et analyser les modes d'organisation des autres entreprises afin de s'en inspirer et d'en tirer le meilleur.

Méthodologie du Benchmarking :

- Identifier les sujets ; Sélectionner les partenaires ; Partager, comparer ; Déterminer les écarts ; Communiquer les résultats ; Elaborer, si nécessaire un plan d'action ;

9) Retour aux partenaires

Dans cet esprit nous proposerons à nos partenaires des rencontres autour de la qualité.

Amélioration continue de la qualité

L'évaluation interne est un des éléments de l'amélioration de la qualité.

Pour que celle-ci soit continue il faut, dans l'esprit de la roue de DEMING, être en mouvement Planifier – Faire – Vérifier – Améliorer.

Il convient pour chaque salarié de pouvoir faire remonter des nouveaux axes d'amélioration.

Les fiches d'amélioration répondent à cette nécessité.

Elles concernent tout problème ayant un impact sur la personne accompagnée. C'est un outil de signalement des événements indésirables.

Il s'agit d'un document écrit référencé, sous forme de tableau, présentant une analyse d'une activité ou d'une tâche. Il permet d'identifier les dysfonctionnements ou aménagements possibles, indique les impacts de ces éléments ainsi que les solutions proposées.

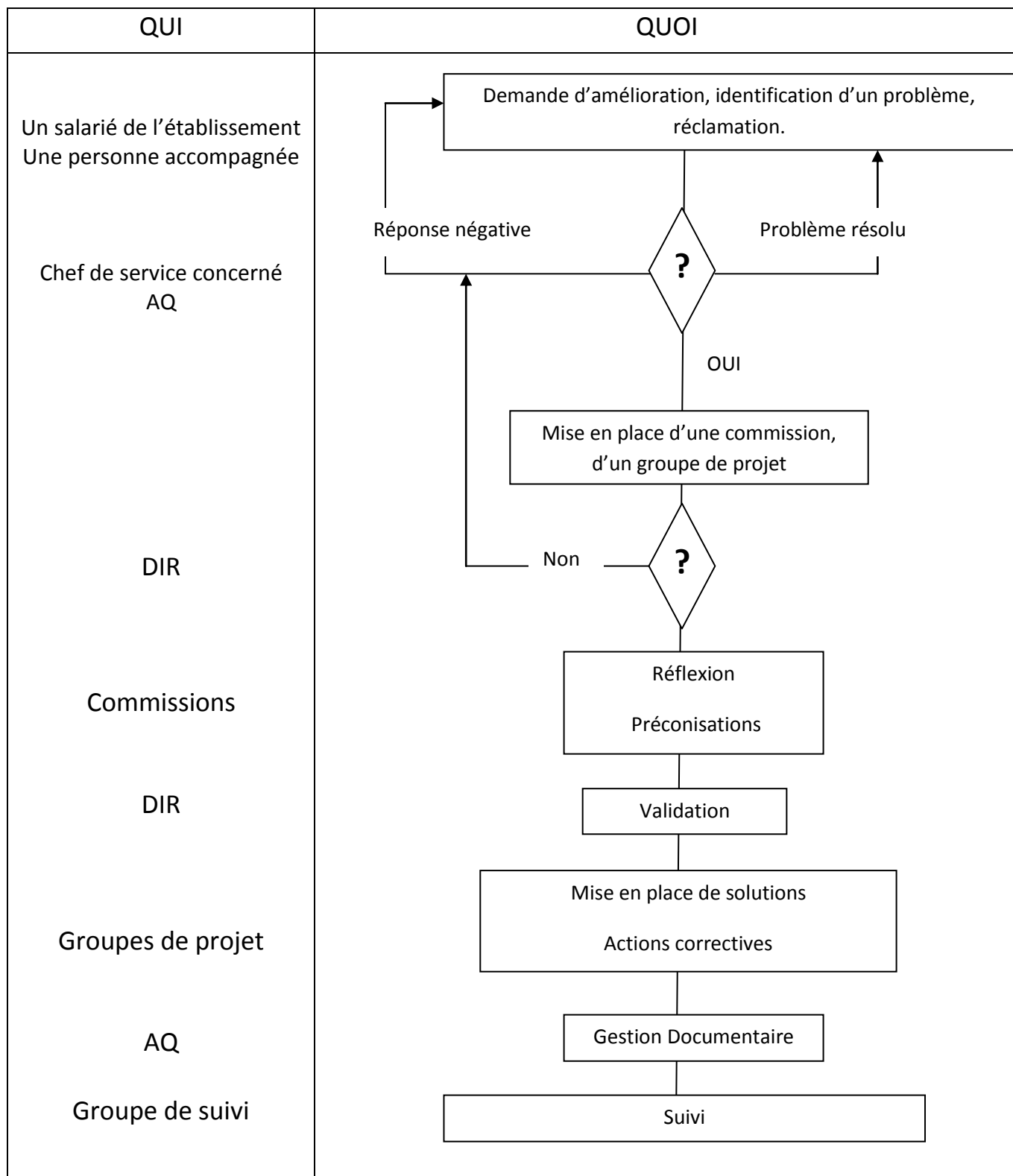
Les fiches d'amélioration permettent de proposer des actions correctives à des problématiques soulevées suite à l'analyse des dysfonctionnements.

Les réclamations. Parmi les objectifs forts, Boissor souhaite améliorer la prise en compte des besoins et l'expression de la personne accompagnée de façon à :

- Lui permettre d'être un acteur à part entière au sein de l'établissement,
- Lui assurer une prise en charge la plus adaptée possible à ses besoins,
- Faciliter sa participation dans la définition de ses besoins et dans l'évaluation du service rendu. Tout usager est en droit d'adresser une plainte ou réclamation orale ou écrite au représentant de l'établissement. Ces demandes doivent être étudiées et exploitées. Chacun est en droit d'attendre une réponse.

SQ Boissor	RED	VER	Val	Date création	Nature	Dest	Date rév.	version	Page
	AQ	DIR	DIR	14/06/05	MNQ 1.3	ETS	01/07/11	3	29/39

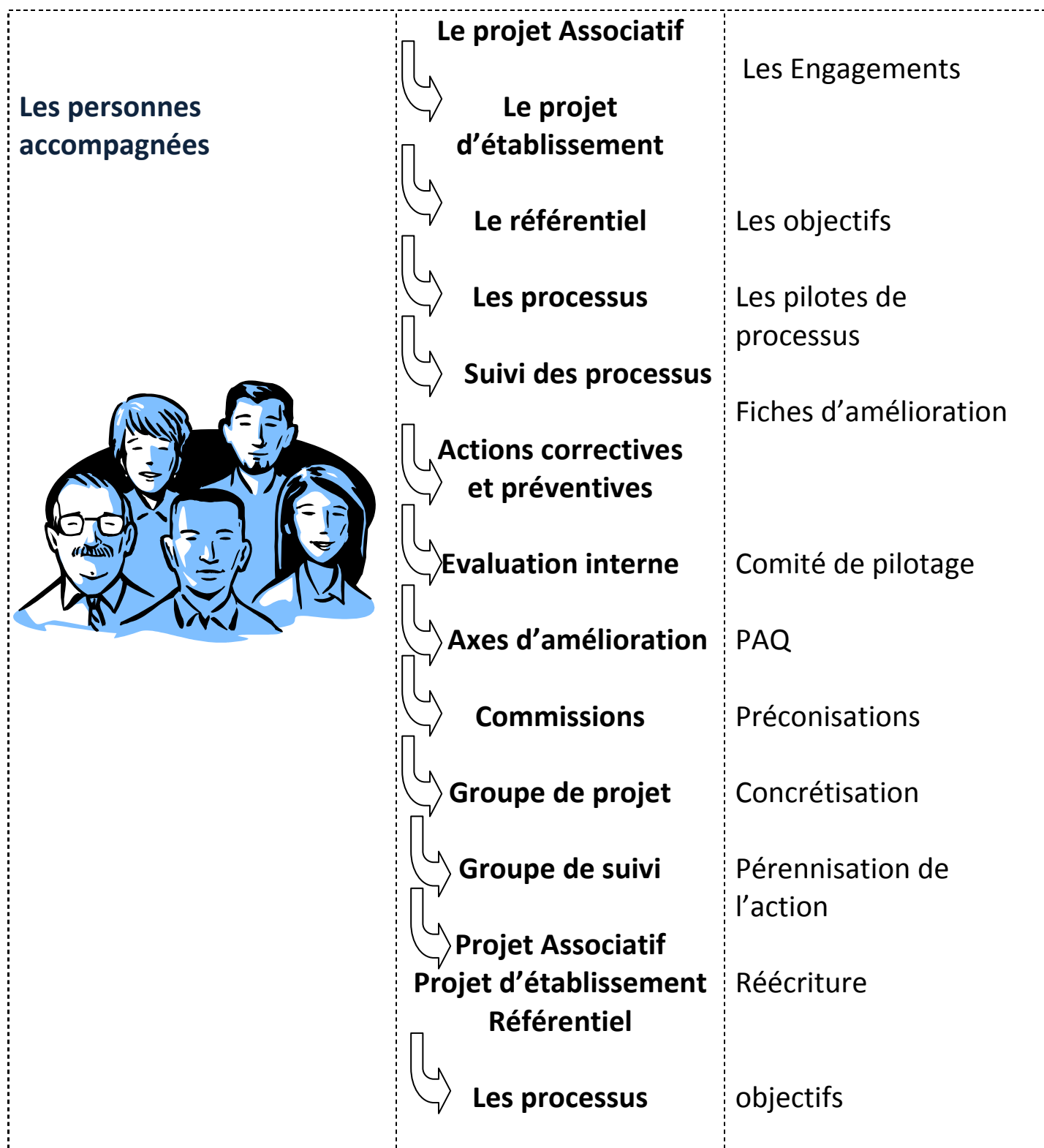
Logigramme demande d'amélioration traitement des réclamations



? = Etape de décision.

SQ	RED	VER	Val	Date création	Nature	Dest	Date rév.	version	Page
Boissor	AQ	DIR	DIR	14/06/05	MNQ 1.3	ETS	01/07/11	3	30/39

Pour mieux comprendre la démarche dans son ensemble voici un schéma :



SQ	RED	VER	Val	Date création	Nature	Dest	Date rév.	version	Page
Boissor	AQ	DIR	DIR	14/06/05	MNQ 1.3	ETS	01/07/11	3	31/39

10) Actions d'information

L'ensemble du personnel reçoit une information ciblée sur la démarche qualité pour qu'il puisse concourir à son fonctionnement, sa réalisation, son évaluation.

- Actions d'informations et de sensibilisations interactives envers le personnel et les personnes accompagnées :
La démarche qualité pour quoi faire ?
En quoi suis-je concerné par le système qualité ?
- Actions d'informations et de sensibilisations interactives envers les usagers :
Comment participer à la vie de l'établissement ?
Quels sont mes droits ?
- Site intranet.
Ce site permet à tout salarié de l'établissement de pouvoir accéder à l'ensemble des données du système qualité. Du projet associatif au projet d'établissement, en passant par l'ensemble des formulaires, des procédures, via des informations de tout ordre permettant de mieux appréhender la démarche. <http://m-chellet/boissor/>
- La documentation papier de l'ensemble des documents est disponible en salle de synthèse.

11) Actions de formations

La mise en œuvre de la démarche qualité suppose que les acteurs soient formés, de façon adaptée, à ce système.

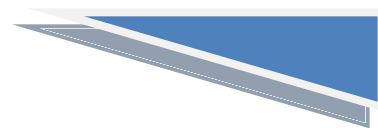
Les besoins en formation qualité du personnel sont identifiés par les responsables des services. Les formations peuvent être réalisées en interne et / ou en externe par les organismes de formation.

12) Communication

Le travail en équipe, l'esprit d'ouverture et de collaboration permettent de faire vivre la démarche qualité.

La communication concerne les instances consultatives et décisionnelles, les organismes de tutelle, l'ensemble des personnels de l'établissement, les personnes accompagnées et leurs représentants.

SQ	RED	VER	Val	Date création	Nature	Dest	Date rév.	version	Page
Boissor	AQ	DIR	DIR	14/06/05	MNQ 1.3	ETS	01/07/11	3	32/39



Elle se doit d'être adaptée aux interlocuteurs.

Il est important que nous fassions connaître notre travail pour pouvoir exister dans les instances auxquelles nous participons et de faire ainsi valoir nos particularités.

13) Abréviations.

La liste qui suit n'est pas exhaustive. Elle s'enrichit de nouvelles abréviations tant que la gestion administrative n'est pas totalement en place.

ANN	Annexe
AQ	Animateur Qualité
AS	Assistante Sociale
AVT	Avenant
CP	Comité de pilotage
CDS	Chefs de services
COM	Commission
CONT	Contrat
CONV	Convention
DEST	Les destinataires
DIR	Direction
ENR	Enregistrement
ESAT	Etablissement de Soutien et d'Aide par le Travail
ETS	Les établissements
G	Général
GD	Gestion documentaire
GP	Groupe projet
GUI	Guide
IME	Institut médico éducatif
INS	Instruction
MNQ	Manuel Qualité
PRJ	Projet
PRO	Procédure
RED	Rédaction
REF	référentiel
RGT	Règlement
REV	Révision
SGX	Services Généraux
SQ	Système qualité
TUT	Tutorat
VAL	Validation
VER	Vérification

SQ	RED	VER	Val	Date création	Nature	Dest	Date rév.	version	Page
Boissor	AQ	DIR	DIR	14/06/05	MNQ 1.3	ETS	01/07/11	3	33/39

Animateur Qualité	AQ
Annexe	ANN
Assistante sociale	AS
Avenant	AVT
Chefs de services	CDS
Comité de pilotage	CP
Commissions	COM
Convention	CONV
Contrat	CONT
Direction	DIR
Enregistrement	ENR
Etablissement de Soutien et d'Aide par le Travail	ESAT
Général	G
Gestion documentaire	GD
Groupe projet	GP
Guide	GUI
Institut médico éducatif	IME
Instruction	INS
Les destinataires	DEST
Les établissements	ETS
Manuel Qualité	MNQ
Procédure	PRO
Projet	PRJ
Rédaction	RED
Référentiel	REF
Règlement	RGT
Révision	REV
Services Généraux	SGX
Système qualité	SQ
Tutorat	TUT
Validation	VAL
Vérification	VER

SQ	RED	VER	Val	Date création	Nature	Dest	Date rév.	version	Page
Boissor	AQ	DIR	DIR	14/06/05	MNQ 1.3	ETS	01/07/11	3	34/39

14) Annexes

Les textes officiels sur les établissements spécialisés

➡ *Arrêté du 2 avril 2009* précisant les **modalités de création et d'organisation d'unités d'enseignement** dans les établissements et services médico-sociaux ou de santé pris pour l'application des articles D. 351-17 à D. 351-20 du code de l'éducation.

➡ *Décret n° 2009-378 du 2 avril 2009* relatif à la **scolarisation des enfants, des adolescents et des jeunes adultes handicapés** et à la coopération entre les établissements mentionnés à l'article L. 351-1 du code de l'éducation et les établissements et services médico-sociaux mentionnés aux 2° et 3° de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles.

➡ *Circulaire interministérielle DGAS/DGS/SD3C/SD6C n° 2007-194 du 14 mai 2007*, relative **aux instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques et à la prise en charge des enfants accueillis**. C'est à la fois la circulaire d'application du Décret n° 2005-11 du 6 janvier 2005, qui a redéfini les ITEP, et de mise en conformité de ces établissements avec la Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 sur le handicap.

➡ *Décret n° 2005-1752 du 30 décembre 2005* fixant le **parcours de formation des élèves présentant un handicap**. C'est le principal décret d'application de la loi du 11 février 2005 pour l'Éducation Nationale. On notera que l'expression *élèves présentant un handicap* succède à l'expression *élèves en situation de handicap*. Je rappelle que la loi du 11 février 2005 impose l'expression *élèves handicapés*. J'en conclus que quelques idéologues d'une certaine "gauche" ont réussi à survivre dans les hautes sphères ministérielles et sont parvenus ici à mettre le Ministère de l'Éducation Nationale hors la loi au moment même où il commence à l'appliquer. Bravo les artistes ! On a les victoires qu'on peut... Sur le fond, voir cette note. Le Titre III de ce décret concerne les établissements spécialisés, dans lesquels il crée des *unités d'enseignement*.


➡ *Décret n° 2005-11 du 6 janvier 2005*, portant sur les **conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques**. Il s'agit d'un décret de rénovation des Instituts de rééducation (IR), transformés en Instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques (ITEP). Précédemment, l'annexe XXIV définissait à la fois les établissements pour déficients intellectuels (IME) et les établissements pour « inadaptés » (IR). Les ITEP voient désormais leur spécificité reconnue par une réglementation spécifique. À vrai


SQ Boissor	RED	VER	Val	Date création	Nature	Dest	Date rév.	version	Page
	AQ	DIR	DIR	14/06/05	MNQ 1.3	ETS	01/07/11	3	35/39





dire, cette reconnaissance est surtout symbolique, le nouveau texte n'opérant pas par ailleurs de changement fondamental. L'innovation la plus significative me semble être l'obligation pour les ITEP de développer « des modes de soutien aux professionnels », sous la forme de supervisions et d'analyse de pratiques.


L'essentiel de cette réglementation, actualisée, est inscrite dans le paragraphe 1 bis de la sous-section 2 de la section 1 du chapitre II du titre I^{er} du livre III du Code de l'action sociale et des familles (Partie réglementaire).


 *Circulaire DGAS/3 C/MEN/DES/MS/DS n° 2003/149 du 26 mars 2003* sur l' **organisation des transferts temporaires d'établissements pour enfants et adolescents handicapés**.

 *Arrêté du 26 mars 2003* qui détermine les **modalités d'organisation des transferts temporaires** d'établissement pour enfants ou adolescents handicapés pris en charge en application du décret n° 89-798 du 27 octobre 1989 remplaçant les annexes XXIV, XXIV bis et XXIV ter du décret n° 56-284 du 9 mars 1956 modifié fixant les conditions techniques d'agrément des établissements privés de cure et de prévention pour les soins aux assurés sociaux.

 *Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002* **rénovant l'action sociale et médico-sociale**, qui modifie la loi n° 75-535 du 30 Juin 1975. Toutes les dispositions de cette loi sont intégrées à la partie Législative du code de l'action sociale et des familles.

 *Circulaire n° 90-091 du 23 avril 1990* sur l'**éducation spécialisée et l'intégration scolaire des enfants ou adolescents handicapés**. Cette circulaire interministérielle souligne que la révision des annexes XXIV vise essentiellement à favoriser autant que possible l'intégration en milieu scolaire ordinaire des enfants et adolescents handicapés. Elle insiste sur le nécessaire développement des SESSAD.

 *Circulaire n° 89-17 du 30 octobre 1989* sur la **modification des conditions de la prise en charge des enfants ou adolescents déficients intellectuels ou inadaptés par les établissements et services d'éducation spéciale**. Texte fondamental, qui définit les objectifs pédagogiques, éducatifs et thérapeutiques assignés aux établissements spécialisés agréés à prendre en charge des enfants ou adolescents **déficients intellectuels** ou **inadaptés**.

 *Décret n° 89-798 du 27 octobre 1989* remplaçant les annexes XXIV, XXIV bis et XXIV ter au décret du 9 mars 1956 modifié fixant les **conditions techniques d'agrément des établissements privés de cure et de prévention pour les soins aux assurés sociaux**, par trois annexes concernant, la première, les conditions techniques d'autorisation des établissements et des services prenant en charge des enfants ou adolescents présentant des déficiences intellectuelles ou inadaptés, la deuxième, les conditions techniques d'autorisation des

SQ	RED	VER	Val	Date création	Nature	Dest	Date rév.	version	Page
Boissor	AQ	DIR	DIR	14/06/05	MNQ 1.3	ETS	01/07/11	3	36/39

établissements et des services prenant en charge des enfants ou adolescents présentant une déficience motrice, la troisième, les conditions techniques d'autorisation des établissements et des services prenant en charge des enfants ou adolescents polyhandicapés.



Annexe XXIV au décret n° 89-798 du 27 octobre 1989 sur les **conditions techniques d'autorisation des établissements et des services prenant en charge des enfants ou adolescents présentant des déficiences intellectuelles ou inadaptés**. Ce texte rappelle les objectifs généraux des établissements spécialisés (IME et IR). Il définit des normes en ce qui concerne les personnels, les locaux et les modalités générales de fonctionnement de ces établissements. Il impose l'élaboration d'un *projet pédagogique, éducatif et thérapeutique d'établissement*, ainsi que de *projets pédagogiques, éducatifs et thérapeutiques individualisés* pour chaque enfant ou adolescent accueilli. Il comprend enfin un titre sur les **centres d'accueil familiaux spécialisés** (CAFS), et un titre sur les **services d'éducation spéciale et de soins à domicile** (SESSAD). L'essentiel de cette réglementation, actualisée, est désormais inscrite dans le paragraphe 1 de la sous-section 2 de la section 1 du chapitre II du titre I^{er} du livre III du Code de l'action sociale et des familles (Partie réglementaire).

Les établissements pour enfants et adolescents inadaptés (ex-IR) ont été réformés et rebaptisés ITEP par le Décret n° 2005-11 du 6 janvier 2005. Ils ne relèvent plus depuis lors de l'Annexe XXIV, mais de ce décret, intégré pour l'essentiel dans le paragraphe 1 bis de la sous-section 2 de la section 1 du chapitre II du titre I^{er} du livre III du Code de l'action sociale et des familles (Partie réglementaire).



Annexe XXIV bis au décret n° 56-284 du 9 mars 1956 modifié par le décret n° 89-798 du 27 octobre 1989 sur les **conditions techniques d'autorisation des établissements et services prenant en charge des enfants ou adolescents présentant une déficience motrice**.

L'essentiel de cette réglementation, actualisée, est désormais inscrite dans le paragraphe 2 de la sous-section 2 de la section 1 du chapitre II du titre I^{er} du livre III du Code de l'action sociale et des familles (Partie réglementaire).



Annexe XXIV ter au décret n° 89-798 du 27 octobre 1989 sur les **conditions techniques d'autorisation des établissements et des services prenant en charge des enfants ou adolescents polyhandicapés**.

L'essentiel de cette réglementation, actualisée, est désormais inscrite dans le paragraphe 3 de la sous-section 2 de la section 1 du chapitre II du titre I^{er} du livre III du Code de l'action sociale et des familles (Partie réglementaire).



Amendement Creton (article 22 de la loi n° 89-18 du 13 janvier 1989 modifiant l'article 6 de la loi d'orientation en faveur des personnes handicapées du 30 juin 1975). C'est le texte, très contesté, qui autorise le maintien des jeunes adultes handicapés en établissement spécialisé au-delà de 20 ans lorsqu'aucune autre solution n'est trouvée.



Annexe XXIV quater au décret n° 88-423 du 22 avril 1988 fixant les **conditions techniques**

SQ	RED	VER	Val	Date création	Nature	Dest	Date rév.	version	Page
Boissor	AQ	DIR	DIR	14/06/05	MNQ 1.3	ETS	01/07/11	3	37/39



d'autorisation des établissements et des services prenant en charge des enfants ou adolescents atteints de déficience auditive grave. Ce texte inaugure la révision générale des annexes XXIV (voir les textes suivants).

L'essentiel de cette réglementation, actualisée, est désormais inscrite dans le paragraphe 4 de la sous-section 2 de la section 1 du chapitre II du titre I^{er} du livre III du Code de l'action sociale et des familles (Partie réglementaire).



Annexe XXIV quinquies au décret n° 88-423 du 22 avril 1988 fixant les **conditions techniques d'autorisation des établissements et des services prenant en charge des enfants ou adolescents atteints de déficience visuelle grave ou de cécité.**

L'essentiel de cette réglementation, actualisée, est désormais inscrite dans le paragraphe 5 de la sous-section 2 de la section 1 du chapitre II du titre I^{er} du livre III du Code de l'action sociale et des familles (Partie réglementaire).



Décret n° 88-423 du 22 avril 1988 remplaçant l'annexe XXIV quater au décret du 9 mars 1956 modifié fixant les **conditions techniques d'agrément des établissements privés de cure et de prévention pour les soins aux assurés sociaux** par deux annexes concernant, l'une, les conditions techniques d'autorisation des établissements et services prenant en charge des enfants atteints de déficience auditive grave, l'autre, les établissements et services prenant en charge des enfants atteints de déficience visuelle grave ou de cécité.



Loi n° 75-535 du 30 Juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales, avec les modifications apportées par diverses lois jusqu'en 1999 inclus. Loi ensuite abrogée par l'*Ordonnance n° 2000-1249 du 21 décembre 2000* (à l'exception des articles 5 et 23, du deuxième alinéa de l'article 32 et de l'article 34), qui lui substitue les dispositions correspondantes de la partie Législative du code de l'action sociale et des familles. Dispositions largement modifiées ensuite par la *Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002*.



Circulaire n° 73-168 du 27 mars 1973 relative à la **formation professionnelle dispensée dans les établissements d'éducation spéciale. Abrogée et remplacée** par la circulaire n° 90-340 du 14 décembre 1990.




Annexe XXIV au Décret n° 56-284 du 9 mars 1956 déterminant les **conditions techniques dont doivent justifier les établissements privés pour enfants inadaptés. Abrogée et remplacée** par la nouvelle annexe XXIV, par le Décret n° 89-798 du 27 octobre 1989.



Ordonnance n° 45-2454 du 19 octobre 1945, définissant le **régime des Assurances sociales applicable aux assurés des professions non agricoles**. C'est le texte fondateur du régime général de la Sécurité Sociale. La **réglementation des établissements médico-éducatifs** se base sur les articles 17 et 18 de ce texte. La version présentée ici, reprise du site de la CNAV, est une version modifiée par divers textes ultérieurs. **Je doute de sa fiabilité.** Le site Légifrance ne donne pratiquement rien de

SQ	RED	VER	Val	Date création	Nature	Dest	Date rév.	version	Page
Boissor	AQ	DIR	DIR	14/06/05	MNQ 1.3	ETS	01/07/11	3	38/39



cette ordonnance (???)

Bibliographie :

- Documents de la MSA, de CERIS, et l'UNIOPSS sur la loi du 2 janvier 2002
Quels changements pour les associations ?
- Site réalisé par Daniel Calin <http://dcalin.fr/navoff/etabspe.html>
Les textes de l'éducation spécialisée.
- Recommandation des bonnes pratiques professionnelles.
La conduite de l'évaluation interne dans les établissements et services visés à l'article L.312-1 du code de l'Action sociale et des familles.
Anesm : Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux.
- Commentaires de Solange Faucher Consultant Formateur Management et Systèmes QSE.
- Formation Andési avec JC Liaudet sur l'évaluation interne.
- Formation Qualis talis JL Joing.

SQ	RED	VER	Val	Date création	Nature	Dest	Date rév.	version	Page
Boissor	AQ	DIR	DIR	14/06/05	MNQ 1.3	ETS	01/07/11	3	39/39