



Accompagnement National  
à l'Amélioration Continue  
de la Qualité



### Mot de l'auteur

Cette trame, proposée gratuitement par AN-ACQ, est un outil d'aide à la préparation des évaluations HAS des ESSMS. Élaborée à partir du référentiel, du manuel d'évaluation et des fiches pratiques de la HAS, elle est librement modifiable afin de s'adapter aux spécificités de chaque établissement/service et de soutenir sa démarche d'amélioration continue de la qualité.

# TRAME PROJET D'ÉTABLISSEMENT / DE SERVICE

[NOM DE L'ESSMS]

Période [5 ans]



06 87 79 13 90



contact@an-acq.com



Résidence des Îles  
20000 Ajaccio



www.an-acq.com

SIREN 938 861 820

Déclaration d'activité enregistrée  
sous le numéro 94202159220  
auprès du Préfet de Corse



## VOUS N'ÊTES PAS SEUL

Rendons la compréhension du secteur social  
et médico-social accessible à tous, au bénéfice de tous.

AN-ACQ accompagne les établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS), leurs professionnels, les personnes accompagnées, les aidants et leurs partenaires dans le développement d'une culture durable de l'amélioration continue de la qualité.

Notre ambition est simple : rendre la qualité accessible, compréhensible et applicable par tous, en transformant les exigences réglementaires en outils concrets, simples et directement utilisables au quotidien.

Notre expertise s'appuie sur le référentiel HAS, les recommandations de bonnes pratiques professionnelles (RBPP) et une solide expérience de terrain auprès des ESSMS partout en France.

### EN SAVOIR PLUS



Site internet  
<https://an-acq.com/>



LinkedIn  
<https://www.linkedin.com/feed/update/urn:li:activity:7471199706182889473/>

### NOS SECTEURS D'INTERVENTION



Personnes âgées (PA)



Personnes en situation  
de handicap (enfants  
et adultes)



Protection de l'enfance et  
Protection Judiciaire de  
la Jeunesse (PE-PJJ)



Protection juridique des majeurs



Accueil, Hébergement  
et Insertion (AHI)



Domicile et dispositifs  
de coordination



Aidants

### NOS VALEURS



ÉTHIQUE



RESPECT



ENGAGEMENT



SOLIDARITÉ



PARTAGE

### NOS ACCOMPAGNEMENTS

- ✓ Préparation et suivi des évaluations HAS et autres audits qualité
- ✓ Projets d'établissement ou de service
- ✓ Formalisation des stratégies attendues par le référentiel
- ✓ Programme d'Amélioration Continue de la Qualité (PACQ)
- ✓ Recommandations de bonnes pratiques professionnelles (RBPP)
- ✓ Projets d'accompagnement personnalisés (PAP)
- ✓ Outils de la loi du 2 janvier 2002
- ✓ Gestion des risques, bientraitance et gestion de crise
- ✓ Ressources humaines (GEPP, DUERP, QVCT...)
- ✓ Transformation numérique
- ✓ Développement durable et achats responsables
- ✓ Audits organisationnels, tableaux de bord, indicateurs et outils de pilotage



Chaque accompagnement est entièrement construit sur mesure selon les besoins et les priorités de l'établissement.

### FORMATION 100 % E-LEARNING



Des formations accessibles partout en France, pour permettre à chacun d'apprendre à son rythme.

Premiers parcours disponibles ou en cours de déploiement entre 2026 et 2027 :

- ✓ Réussir son évaluation HAS (déjà disponible)
- ✓ Le parcours d'intégration des nouveaux professionnels, partenaires et bénévoles
- ✓ Les droits des personnes accompagnées
- ✓ L'éducation et la prévention en santé
- ✓ Le repérage, la prévention et la gestion des ruptures de parcours
- ✓ ... et bien d'autres modules à venir !



### BOÎTE À OUTILS GRATUITE

Parce que la qualité doit être accessible à tous, AN-ACQ met gratuitement à disposition une boîte à outils comprenant notamment :

- ✓ Supports FALC
- ✓ Fiches pratiques
- ✓ Outils méthodologiques
- ✓ Orientations nationales
- ✓ Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles (RBPP)
- ✓ Outils développés par AN-ACQ
- ✓ Sélection d'outils proposés par d'autres organismes
- ✓ Veille ESSMS
- ✓ Veille sur les politiques publiques nationales



### COMMUNAUTÉS DE PRATIQUES

Parce que personne ne devrait avancer seul, AN-ACQ anime gratuitement des communautés de pratiques destinées :

- ✓ aux professionnels
- ✓ aux personnes accompagnées
- ✓ aux aidants

Ces espaces favorisent l'entraide, le partage d'expériences, la diffusion des bonnes pratiques, la veille réglementaire et la co-construction d'outils utiles à tous.





# MON ÉTABLISSEMENT / MON SERVICE

## PROJET D'ÉTABLISSEMENT OU DE SERVICE

Le projet d'établissement ou de service est le document qui présente qui nous sommes, ce que nous faisons et les orientations pour les 5 prochaines années.



### INTRODUCTION



Le projet explique :

- nos missions
- nos valeurs
- comment nous accompagnons les personnes
- nos objectifs pour les 5 années à venir.

Il est construit avec :



Les personnes accompagnées



Les familles et représentants légaux



Les professionnels



Les partenaires

### À QUOI ÇA SERT ?



Mieux répondre aux besoins et aux attentes des personnes accompagnées



Améliorer la qualité des accompagnements et des services



Respecter les droits des personnes et favoriser leur participation



Préparer l'avenir et s'adapter aux évolutions



### LE CADRE RÉGLEMENTAIRE ET RÉFÉRENTIEL

Notre établissement / service respecte les lois et les référentiels suivants :



**Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale**

Cette loi place la personne accompagnée au centre de son parcours et de ses droits. Elle repose sur des principes fondamentaux : respect de la dignité, non-discrimination, libre choix, participation, droit à la compensation, accès aux droits et à la citoyenneté.

Elle affirme notamment :

- le droit à une prise en charge ou à un accompagnement adapté
- le droit à l'information
- le droit à la participation directe ou avec l'aide de son représentant
- le droit au respect de la dignité, de l'intégrité, de la vie privée et à la confidentialité des informations
- le droit d'exercer ses droits civiques et de bénéficier des mêmes opportunités que tout citoyen



**Article L311-8 du Code de l'action sociale et des familles (CASF)**

Cet article rend obligatoire l'élaboration d'un projet d'établissement ou de service pour chaque établissement ou service social ou médico-social.

Il précise que ce projet :

- définit les objectifs, notamment en matière de qualité des prestations
- est établi pour 5 ans maximum
- fait l'objet d'une évaluation régulière
- est révisé en fonction des évolutions des besoins des personnes accompagnées et des changements de l'environnement



**Articles D311-38-5, D344-5-5 à D344-5-14 du CASF (décret en Conseil d'État)**

Ces articles précisent le contenu, la méthode d'élaboration, les modalités de participation et les conditions d'évaluation du projet.

Ils prévoient notamment que le projet comporte :

- un diagnostic des besoins et des attentes des personnes accompagnées
- les objectifs et les prestations de l'établissement ou du service
- les modalités d'organisation et de fonctionnement
- les partenariats et coopérations
- les modalités d'évaluation et d'amélioration continue



**Référentiel HAS d'évaluation de la qualité des ESSMS**

Ce référentiel, publié par la Haute Autorité de Santé, définit les critères d'évaluation de la qualité des accompagnements et des prestations délivrées par les établissements et services sociaux et médico-sociaux.

Il est structuré autour de 3 chapitres :

- la personne accompagnée, ses droits et son pouvoir d'agir
- les professionnels et l'accompagnement
- l'établissement ou le service

Il sert de cadre aux évaluations menées par des organismes autorisés.



**Recommandations de bonnes pratiques professionnelles (RBPP)**

Élaborées par l'ANESM/HAS, ces recommandations apportent des repères aux professionnels pour développer des pratiques adaptées, bienveillantes et respectueuses des droits des personnes accompagnées.

Elles concernent différents thèmes tels que :

- la bientraitance
- la participation des personnes
- la coordination des parcours
- la santé
- l'inclusion et la citoyenneté



Le projet d'établissement ou de service est un document vivant. Il est révisé régulièrement en fonction des besoins des personnes accompagnées et des évolutions du secteur social et médico-social.



06 87 79 13 90



contact@an-acq.com



Résidence des Îles  
20000 Ajaccio



www.an-acq.com

SIREN 938 861 820

Déclaration d'activité enregistrée  
sous le numéro 94202159220  
auprès du Préfet de Corse



## NOS VALEURS

Ces valeurs guident nos actions au quotidien. Elles sont partagées par tous : personnes accompagnées, professionnels, familles, partenaires, gouvernance.



### POUVOIR D'AGIR DE LA PERSONNE

Nous reconnaissons chaque personne comme actrice de son parcours.  
Nous soutenons ses choix, ses projets et ses capacités à décider pour elle-même.

- Écouter ses besoins et ses attentes
- Respecter ses choix
- Favoriser l'autonomie et la participation



### RESPECT DES DROITS FONDAMENTAUX

Nous respectons les droits et la dignité de chaque personne.

Nous luttons contre toute forme de maltraitance, de discrimination ou d'atteinte aux droits.

- Respect de la dignité et de la vie privée
- Liberté d'expression et de choix
- Égalité et non-discrimination
- Information sur ses droits



### APPROCHE INCLUSIVE DES ACCOMPAGNEMENTS

Nous favorisons l'inclusion et la participation de chacun dans la société.

Nous travaillons avec les acteurs du territoire pour permettre l'accès aux droits communs (école, culture, emploi, loisirs, santé, logement...).



### RÉFLEXION ÉTHIQUE

Nous prenons le temps de réfléchir ensemble aux situations complexes.

Nous cherchons la meilleure réponse possible en respectant les droits et les besoins de la personne.

- Écouter différents points de vue
- Analyser la situation
- Rechercher la solution la plus adaptée



## DES VALEURS QUI IRRIGENT TOUTES NOS STRATÉGIES ET ACTIONS



Nos valeurs sont le socle et le fil conducteur de l'ensemble des orientations et des actions du projet d'établissement ou de service.



Élaborer nos stratégies



Mettre en œuvre nos actions au quotidien



Évaluer et ajuster pour progresser



Qu'il s'agisse des accompagnements, de l'organisation, des ressources humaines, des partenariats, de la communication ou de la gestion, nos valeurs guident chaque décision.

## LA PARTICIPATION : UNE RICHESSE POUR AVANCER ENSEMBLE



La participation des personnes accompagnées et de leurs représentants est essentielle.

Nous la favorisons à travers différentes instances et formes :



Conseil de la Vie Sociale (CVS)



Groupes d'expression, ateliers, enquêtes



Réunions, forums, commissions



Boîtes à idées, questionnaires



Toute autre forme adaptée

- ✓ La participation permet de mieux comprendre les besoins, d'améliorer les accompagnements et de construire ensemble des réponses adaptées.

## NOTRE DÉMARCHE D'AMÉLIORATION CONTINUE DE LA QUALITÉ



Nous cherchons chaque jour à améliorer la qualité de nos accompagnements et de nos services.

Nous utilisons la roue de Deming (PDCA) : un cycle qui tourne en continu pour progresser durablement.



### LA QUALITÉ, NOTRE CAP À MAINTENIR

La démarche est continue. Chaque cycle nous permet de monter un peu plus haut et de maintenir le cap sur la qualité.



Ensemble, professionnels, personnes accompagnées, familles, partenaires et gouvernance, nous faisons vivre ces valeurs et cette démarche pour construire un accompagnement de qualité, respectueux des droits de chacun et tourné vers l'avenir.





Accompagnement National  
à l'Amélioration Continue  
de la Qualité

## PRESENTATION ETABLISSEMENT /SERVICE



06 87 79 13 90



[contact@an-acq.com](mailto:contact@an-acq.com)



Résidence des Îles  
20000 Ajaccio



[www.an-acq.com](http://www.an-acq.com)

**SIREN** 938 861 820

Déclaration d'activité enregistrée  
sous le numéro 94202159220  
auprès du Préfet de Corse



## STRATEGIE BIENTRAITANCE ET ETHIQUE

**Références principales :** Articles L311-2, L311-3, D344-5-3, D344-5-10 et D344-5-14 du CASF, RBPP « Le questionnement éthique dans les ESSMS » et « La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre », HAS 2026 « Déployer une démarche de questionnement éthique », FORAP-HAS 2012, HCTS 2018.

### Contexte et finalités

La bientraitance constitue un principe fondamental de l'accompagnement en ESSMS. Elle repose sur une démarche collective visant à promouvoir le respect de la dignité, des droits, des choix, de l'autodétermination et du pouvoir d'agir des personnes accompagnées. Elle s'appuie sur les cinq piliers définis par la HAS : respect de la personne, prise en compte de son expression, soutien à son autonomie, accompagnement personnalisé et réflexion collective sur les pratiques.

L'ESSMS s'engage à développer une culture commune de la bientraitance et du questionnement éthique associant les personnes accompagnées, leurs représentants légaux, les professionnels, les bénévoles, les partenaires et les instances de gouvernance. Cette stratégie vise à prévenir les situations de vulnérabilité, soutenir les professionnels dans les situations complexes et garantir des décisions respectueuses des droits fondamentaux.

Une définition commune de la bientraitance est élaborée avec l'ensemble des acteurs et validée par le CVS le **././20 ...** « **Pour nous, la bientraitance est .....** » Elle fait l'objet d'une réévaluation régulière dans le cadre de la démarche d'amélioration continue de la qualité.

### Déploiement opérationnel → à intégrer au PACQ

| Écart identifié                                     | Action   | Responsable                  | Échéance   | Indicateur                             |
|---|--|------------------------------|------------|--|
| Questionnement éthique peu structuré                | Créer une procédure de saisine et d'analyse des situations éthiques  | Direction / Référent éthique | Année N    | Procédure diffusée                     |
| Manque d'espaces de réflexion                       | Mettre en place des temps réguliers de réflexion éthique et/ou d'analyse de pratiques  | Encadrement                  | Année N    | Nombre de réunions réalisées           |
| Faible participation des personnes accompagnées     | Associer les personnes et leur entourage aux réflexions éthiques les concernant  | Référents de parcours        | Permanent  | Traçabilité dans les dossiers          |
| Sensibilisation insuffisante des professionnels     | Intégrer un module bientraitance et éthique au plan de formation <a href="https://solidarites.gouv.fr/promouvoir-la-bientraitance-pour-prevenir-la-maltraitance-kit-de-formation-en-ligne">https://solidarites.gouv.fr/promouvoir-la-bientraitance-pour-prevenir-la-maltraitance-kit-de-formation-en-ligne</a> | RH / Direction               | Annuel + 1 | Taux de professionnels formés          |
| Absence d'accueil des nouveaux intervenants         | Intégrer la bientraitance au parcours d'accueil des salariés, bénévoles et partenaires   | RH                           | Annuel + 1 | Parcours d'intégration actualisé       |
| Peu de liens avec les ressources territoriales      | Participer aux travaux de l'ERER ou à toute instance territoriale de réflexion éthique   | Direction                    | Annuel + 2 | Participation tracée                   |
| Absence de <b>Référent bientraitance et éthique</b> | Désignation d'un référent bientraitance et éthique   | Direction                    | Annuel + 2 | Fiche de poste signée                  |
| Perception des personnes non recueillie             | Mettre en place un recueil annuel de la perception de la bientraitance   | Qualité / CVS                | Annuel + 2 | Résultats analysés et plan d'actions   |
| Absence d'évaluation de la stratégie                | Réaliser un bilan annuel et actualiser la stratégie selon les résultats obtenus  | COFIL Qualité                | Annuel N   | Bilan présenté au CVS et aux instances |

Version n°1 – Mise à jour avec les professionnels et les personnes accompagnées le 24/06/2026



# STRATÉGIE DE PRÉVENTION DES RISQUES DE MALTRAITANCE ET VIOLENCE

## Contexte et finalités

Conformément à l'article L119-1 du CASF, la maltraitance désigne toute atteinte portée aux droits, aux besoins fondamentaux, à la santé, au développement ou à la dignité d'une personne en situation de vulnérabilité dans le cadre d'une relation de confiance, de dépendance, de soin ou d'accompagnement.

L'ESSMS affirme une politique de tolérance zéro face à toute forme de maltraitance, qu'elle soit physique, psychologique, verbale, organisationnelle, institutionnelle, financière, sexuelle ou liée à une négligence active ou passive. Cette stratégie vise à développer une culture de prévention, renforcer le repérage des situations à risque, sécuriser les pratiques professionnelles et garantir une réponse rapide à tout signalement, plainte, réclamation ou évènement indésirable.

La prévention des risques de maltraitance repose sur l'association des personnes accompagnées, des professionnels, des représentants légaux, des partenaires et des instances de participation. Elle s'inscrit dans la démarche qualité et d'amélioration continue de l'établissement.

## Cartographie des risques de maltraitance → à intégrer au PACQ

| Risque                                | Situations à surveiller  | Prévention   |
|---------------------------------------|--|--|
| Atteinte aux droits et libertés       | Consentement non recherché, choix non respectés, restriction injustifiée | Information, consentement, traçabilité, contrôle interne |
| Maltraitance verbale ou psychologique | Infantilisation, absence d'écoute, propos déplacés                       | Sensibilisation, supervision, analyse de pratiques       |
| Négligence ou défaut d'accompagnement | Retards, besoins non évalués, absence de réponse aux demandes            | Réévaluation régulière, suivi des accompagnements        |
| Maltraitance physique                 | Gestes inadaptés, violences, contentions non encadrées                   | Formation, procédures, contrôle des pratiques            |
| Maltraitance institutionnelle         | Effectifs insuffisants, organisation rigide, absence de personnalisation | Analyse organisationnelle et amélioration continue       |
| Isolement social                      | Rupture des liens, faible participation, repli                           | Participation sociale, CVS, pair-aideance                |
| Défaut de signalement                 | Signaux faibles non remontés, méconnaissance des procédures              | Formation, procédures d'alerte, culture de signalement   |
| Risques liés aux intervenants         | Nouveaux professionnels, bénévoles ou partenaires non sensibilisés       | Parcours d'intégration et sensibilisation systématique   |

## Plan prévention / gestion des risques de maltraitance et violence → à intégrer au PACQ

| Écart identifié                            | Action  | Responsable                 | Échéance    | Indicateur                   |
|--|---|-----------------------------|-------------|------------------------------|
| Détection insuffisante                     | Sensibiliser et former régulièrement les professionnels à la détection et au signalement des faits de maltraitance et de violence | RH / Encadrement            | Annuel      | % de professionnels formés   |
| Signalements insuffisants                  | Diffuser la procédure de signalement et les circuits d'alerte   | Direction                   | Année 1     | Procédure connue des équipes |
| Réclamations peu exploitées                | Analyser en équipe les plaintes et réclamations et définir des actions correctives  | Encadrement / Qualité       | Trimestriel | Nombre d'analyses réalisées  |
| Gestion des EI hétérogène                  | Déclarer systématiquement les évènements indésirables et les analyser en équipe   | Ensemble des professionnels | Permanent   | Taux de déclaration          |
| Actions correctives insuffisamment suivies | Formaliser et suivre les plans d'actions issus des EI, plaintes et réclamations   | Qualité                     | Trimestriel | Taux d'actions clôturées     |
| Absence de pilotage                        | Présenter annuellement les résultats au CVS et aux instances qualité  | Direction                   | Annuel      | Bilan annuel réalisé         |

Version n°1 – Mise à jour avec les professionnels et les personnes accompagnées le 24/06/2026





## STRATEGIE RESPECT DES DROITS FONDAMENTAUX

**Références principales :** Articles L311-3 à L311-8, L311-5-1, D311-0-4, L226-2-2 du Code de l'Action Sociale et des Familles, article L1110-4 du Code de la Santé Publique, article 9 du Code civil, RGPD, Charte des droits et libertés de la personne accueillie (2003), Charte des droits et libertés de la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance (2007), recommandations HAS relatives aux droits des personnes accompagnées et à l'autodétermination.

### Contexte et finalités

Le respect des droits fondamentaux constitue un principe essentiel de l'accompagnement des personnes au sein de l'ESSMS. Il repose sur la reconnaissance de la personne comme citoyenne, libre de ses choix, actrice de son parcours et titulaire de droits inaliénables.

L'ESSMS s'engage à garantir l'accès effectif aux droits, à l'information, à la participation, à la confidentialité, à la dignité, à la vie privée, à l'intimité, à la liberté d'aller et venir, à la liberté d'opinion, de croyance et à l'exercice de la citoyenneté. Cette démarche vise à promouvoir l'autodétermination, prévenir toute forme d'atteinte aux droits et soutenir les personnes dans l'exercice de leurs choix.

L'ESSMS veille à rendre accessibles les informations relatives aux droits des personnes accompagnées, à favoriser leur compréhension par des supports adaptés et à développer une culture commune des droits fondamentaux associant les personnes accompagnées, leurs représentants légaux, les professionnels, les bénévoles, les partenaires et les instances de gouvernance.

Cette stratégie fait l'objet d'une évaluation régulière dans le cadre de la démarche d'amélioration continue de la qualité.

### Déploiement opérationnel → à intégrer au PACQ

| Écart identifié   | Action  | Responsable               | Échéance    | Indicateur                             |
|---|---|---------------------------|-------------|--|
| Information sur les droits insuffisamment accessible                    | Adapter les outils réglementaires en FALC et supports visuels   | Direction / Qualité       | Année N     | Taux de documents adaptés              |
| Méconnaissance des droits par les personnes accompagnées                | Organiser des actions d'information collectives et individuelles                                      | Référents de parcours     | Permanent   | Nombre d'actions réalisées             |
| Désignation de la personne de confiance non systématique                | Formaliser le recueil à l'admission et lors des révisions du projet personnalisé                      | Encadrement               | Année N     | Taux de dossiers conformes             |
| Participation limitée aux décisions                                     | Renforcer la participation aux projets personnalisés et aux instances participatives                  | Référents de parcours     | Permanent   | Participation tracée dans les dossiers |
| Règles de vie peu coconstruites   | Associer les personnes accompagnées à la révision des règles de vie et du règlement de fonctionnement | CVS / Direction           | Année N + 1 | Nombre de contributions recueillies    |
| Respect de la vie privée et du droit à l'image insuffisamment formalisé | Actualiser les consentements et sensibiliser les professionnels                                       | Direction / RGPD          | Année N + 1 | Taux de consentements actualisés       |
| Confidentialité des données insuffisamment sécurisée                    | Renforcer les pratiques RGPD et les contrôles d'accès aux informations                                | Direction / DPO           | Année N + 1 | Nombre d'écarts identifiés             |
| Restrictions à la liberté d'aller et venir insuffisamment évaluées      | Formaliser l'évaluation, la justification et la réévaluation des restrictions                         | Équipe pluridisciplinaire | Année N + 1 | Taux de réévaluations réalisées        |
| Professionnels insuffisamment sensibilisés                              | Intégrer les droits fondamentaux au plan de formation   | RH / Direction            | Annuel      | Taux de professionnels formés          |
| Absence d'évaluation de la stratégie                                    | Réaliser un bilan annuel présenté aux instances et au CVS   | COPIIL Qualité            | Annuel      | Bilan et plan d'actions actualisés     |

Version n°1 – Mise à jour avec les professionnels et les personnes accompagnées le .././20..



## STRATÉGIE RELATIVE À L'INCLUSION ET À LA PARTICIPATION SOCIALE

**Références principales :** Articles L114-1, L114-2, L246-1 et L311-3 du Code de l'Action Sociale et des Familles, Convention Internationale relative aux Droits des Personnes Handicapées (CIDPH), Loi n°2005-102 du 11 février 2005, RBPP relatives à l'autodétermination, à la participation sociale et à l'accompagnement inclusif.

### Contexte et finalités

L'inclusion constitue un principe fondamental des politiques publiques en faveur des personnes en situation de vulnérabilité. Elle vise à garantir l'accès de tous aux dispositifs de droit commun et à permettre une pleine participation à la vie sociale, scolaire, professionnelle, culturelle, sportive et citoyenne.

L'ESSMS s'engage à promouvoir une approche inclusive reposant sur l'autodétermination, le pouvoir d'agir et la participation active des personnes accompagnées. Cette démarche vise à réduire les situations d'exclusion, à favoriser l'accès aux ressources du territoire et à développer des parcours de vie en milieu ordinaire chaque fois que cela est possible et souhaité par la personne.

L'inclusion est envisagée dans toutes ses dimensions : accès aux droits, à la scolarité, à l'emploi, à la formation, à la santé, aux loisirs, à la culture, à la citoyenneté, à la mobilité, à la vie affective et sociale ainsi qu'au logement.

L'ESSMS mobilise les ressources du territoire, développe des partenariats et accompagne les personnes dans l'identification et la réalisation de leurs projets de vie.

Cette stratégie fait l'objet d'une évaluation régulière dans le cadre de la démarche d'amélioration continue de la qualité.

### Déploiement opérationnel → à intégrer au PACQ

| Écart identifié   | Action   | Responsable               | Échéance  | Indicateur                                 |
|---|--|---------------------------|-----------|--|
| Partenariats insuffisamment développés                        | Cartographier les ressources du territoire et formaliser les conventions                             | Direction                 | Année N   | Nombre de conventions signées              |
| Difficulté d'accès aux droits communs                         | Mettre en place un accompagnement aux démarches administratives et citoyennes                        | Référents de parcours     | Permanent | Nombre de démarches accompagnées           |
| Participation sociale limitée                                 | Développer les activités inclusives en milieu ordinaire  | Équipe pluridisciplinaire | Année N+1 | Nombre d'actions inclusives réalisées      |
| Faible accès aux activités de loisirs et de culture           | Renforcer les partenariats avec les associations sportives, culturelles et de loisirs                | Direction                 | Année N+1 | Nombre de partenariats actifs              |
| Inclusion scolaire ou professionnelle insuffisamment soutenue | Développer les coopérations avec les établissements scolaires, organismes de formation et employeurs | Direction / Référents     | Année N+1 | Nombre de parcours inclusifs               |
| Besoins SERAFIN-PH insuffisamment mobilisés                   | Structurer les accompagnements à partir des domaines de besoins SERAFIN-PH                           | Équipe pluridisciplinaire | Année N   | Traçabilité dans les projets personnalisés |
| Participation des personnes insuffisamment développée         | Associer les personnes aux décisions et à l'évaluation des actions inclusives                        | CVS / Référents           | Permanent | Nombre de consultations réalisées          |
| Professionnels insuffisamment formés                          | Intégrer l'approche inclusive au plan de développement des compétences                               | RH / Direction            | Annuel    | Taux de professionnels formés              |
| Absence d'évaluation de la stratégie                          | Réaliser un bilan annuel des actions inclusives et actualiser la stratégie                           | COPIQ Qualité             | Annuel    | Bilan présenté aux instances               |

Version n°1 – Mise à jour avec les professionnels et les personnes accompagnées le .././20..





# STRATÉGIE DE PRÉSERVATION DE L'AUTONOMIE ET DE PRÉVENTION DU RISQUE D'ISOLEMENT

**Références principales :** Articles L311-3, L311-4, L232-6, D344-5-3 du Code de l'Action Sociale et des Familles, Annexe 2-4 du CASF Plan national d'action de prévention de la perte d'autonomie (2015), RBPP HAS « L'accompagnement vers et dans l'habitat » (2023), Outil HAS de repérage des risques de perte d'autonomie (2018), recommandations relatives à l'autodétermination et à la participation sociale.

## Contexte et finalités

La préservation de l'autonomie constitue une finalité essentielle de l'accompagnement. Elle vise à permettre à chaque personne de maintenir, développer ou retrouver ses capacités, ses compétences et son pouvoir d'agir dans tous les domaines de sa vie.

L'ESSMS s'engage à prévenir les risques de perte d'autonomie et d'isolement social en s'appuyant sur les attentes exprimées par la personne accompagnée, son projet de vie, l'évaluation régulière de ses besoins et la mobilisation des ressources de son environnement.

L'ESSMS veille à favoriser la participation sociale, l'accès aux dispositifs de droit commun, le maintien des liens familiaux et sociaux, le développement des compétences, l'accès au logement, à la scolarité, à la formation, à l'emploi ainsi qu'aux activités culturelles, sportives et citoyennes.

La stratégie est coconstruite avec les personnes accompagnées, leurs représentants légaux, les professionnels et les partenaires. Elle fait l'objet d'une réévaluation régulière dans le cadre de la démarche d'amélioration continue de la qualité.

## Déploiement opérationnel → à intégrer au PACQ

| Écart identifié  | Action  | Responsable               | Échéance  | Indicateur                                   |
|--|---|---------------------------|-----------|--|
| Repérage insuffisant du risque de perte d'autonomie          | Mettre en place une évaluation régulière des besoins et capacités de la personne                    | Référents de parcours     | Année N   | Évaluations réalisées                        |
| Risque d'isolement social insuffisamment évalué              | Déployer un outil de repérage du risque d'isolement et de rupture de parcours                       | Équipe pluridisciplinaire | Année N   | Nombre de situations évaluées                |
| Attentes de la personne insuffisamment recueillies           | Intégrer systématiquement les attentes relatives à l'autonomie dans le projet personnalisé          | Référents de parcours     | Permanent | Traçabilité dans les projets                 |
| Faible accès à la vie sociale et citoyenne                   | Développer les actions favorisant la participation sociale et citoyenne                             | Équipe éducative          | Année N+1 | Nombre d'actions réalisées                   |
| Difficultés d'accès aux ressources du territoire             | Formaliser une cartographie des ressources mobilisables (santé, logement, loisirs, aidants, emploi) | Direction                 | Année N   | Cartographie disponible                      |
| Soutien insuffisant à la scolarité, la formation ou l'emploi | Renforcer les partenariats avec les acteurs scolaires, de formation et de l'emploi                  | Direction / Référents     | Année N+1 | Nombre de partenariats actifs                |
| Maintien des compétences insuffisamment travaillé            | Développer des actions de stimulation, maintien et valorisation des acquis                          | Équipe pluridisciplinaire | Permanent | Objectifs intégrés aux projets personnalisés |
| Professionnels insuffisamment sensibilisés                   | Former les professionnels au repérage de la perte d'autonomie et du risque d'isolement              | RH / Direction            | Annuel    | Taux de professionnels formés                |
| Manque de soutien aux aidants                                | Développer l'information et l'orientation vers les dispositifs de répit et d'aide aux aidants       | Direction / Référents     | Année N+1 | Nombre d'orientations réalisées              |
| Absence d'évaluation de la stratégie                         | Réaliser un bilan annuel présenté aux instances participatives et de gouvernance                    | COPIIL Qualité            | Annuel    | Bilan et plan d'actions actualisés           |

Version n°1 – Mise à jour avec les professionnels et les personnes accompagnées le .././20..





## STRATÉGIE DE GESTION DU RISQUE MÉDICAMENTEUX

**Références principales :** Articles L311-8 et D344-5-5 du Code de l'Action Sociale et des Familles, Article L5126-1 du Code de la Santé Publique, Articles R5126-105 à R5126-112 du Code de la Santé Publique, Articles R4312-38 et R4312-39 du Code de la Santé Publique, Articles R1413-67 et R1413-68 du Code de la Santé Publique, recommandations RESOMEDIT et OMEDIT, Fiche Mémo FORAP-Résomédit « Les professionnels respectent la sécurisation du médicament » (2023), guides régionaux de sécurisation du circuit du médicament.

### Contexte et finalités

La sécurisation du circuit du médicament constitue un enjeu majeur de qualité et de sécurité des accompagnements. L'ESSMS s'engage à prévenir les erreurs médicamenteuses, les ruptures de traitement, les risques d'iatrogénie et les défauts d'observance pouvant avoir un impact sur la santé et le parcours des personnes accompagnées.

La personne accompagnée est reconnue comme actrice de son traitement. Elle reçoit une information adaptée à ses capacités de compréhension et est associée autant que possible aux décisions concernant sa prise en charge médicamenteuse. Son adhésion au traitement est systématiquement recherchée.

L'ESSMS veille à garantir la sécurisation de l'ensemble du circuit du médicament : prescription, réception, stockage, préparation, administration, traçabilité, surveillance, gestion des incidents et élimination des produits de santé.

Cette stratégie s'appuie sur une démarche d'amélioration continue associant les personnes accompagnées, les professionnels, les pharmaciens, les médecins traitants, les infirmiers, les ainsi que les ressources spécialisées telles que les OMEDIT.

La stratégie fait l'objet d'une évaluation régulière du circuit du médicament et d'une actualisation en fonction des risques identifiés, des événements indésirables et des évolutions réglementaires.

### Déploiement opérationnel → à intégrer au PACQ

| Écart identifié                                      | Action   | Responsable                     | Échéance  | Indicateur                                |
|--|--|---------------------------------|-----------|---|
| Circuit du médicament insuffisamment formalisé       | Formaliser la procédure complète du circuit du médicament  | Direction / Réfèrent médicament | Année N   | Procédure validée                         |
| Personnes insuffisamment associées à leur traitement | Développer l'information adaptée et le recueil du consentement éclairé   | Référénts de parcours           | Permanent | Traçabilité dans les dossiers             |
| Défaut de surveillance de l'observance               | Mettre en place un suivi des refus, oublis et difficultés liées aux traitements  | Équipe accompagnante            | Permanent | Nombre de situations suivies              |
| Formation insuffisante des professionnels            | Déployer un programme de sensibilisation au risque médicamenteux : <a href="https://www.omedit-normandie.fr/boite-a-outils/essms-handicap/formations-e-learning-essms/formations-e-learning-essms,5946,13280.html">https://www.omedit-normandie.fr/boite-a-outils/essms-handicap/formations-e-learning-essms/formations-e-learning-essms,5946,13280.html</a> | RH / Direction                  | Annuel    | Taux de professionnels formés             |
| Évènements indésirables peu exploités                | Intégrer les erreurs et incidents médicamenteux dans le dispositif FEI   | Qualité                         | Permanent | Nombre d'analyses réalisées               |
| Absence d'évaluation du circuit                      | Réaliser un audit annuel du circuit du médicament avec appui de l'OMEDIT <a href="https://www.omedit-normandie.fr/boite-a-outils/gestion-des-risques/risque-a-priori/risque-a-priori,2268,2489.html">https://www.omedit-normandie.fr/boite-a-outils/gestion-des-risques/risque-a-priori/risque-a-priori,2268,2489.html</a>                                   | Direction                       | Annuel    | Audit réalisé                             |
| Coopération sanitaire insuffisante                   | Développer les partenariats avec pharmaciens, IDE, médecins et OMEDIT  | Direction                       | Année N+1 | Nombre de conventions ou actions communes |
| Actualisation insuffisante de la stratégie           | Réaliser un bilan annuel et actualiser la stratégie selon les résultats obtenus  | COPIl Qualité                   | Annuel    | Bilan présenté aux instances              |

Version n°1 – Mise à jour avec les professionnels et les personnes accompagnées le .././20..





# STRATÉGIE DE PRÉVENTION ET DE MAÎTRISE DU RISQUE INFECTIEUX

**Références principales :** Articles L311-8 et D312-160 du CASF, Programme national de prévention des infections associées aux soins (PROPIAS), Instruction n° DGCS/SPA/2016/195 du 15 juin 2016, Démarche d'Analyse et de Maîtrise du Risque Infectieux (DAMRI), Fiches pratiques « Maîtrise du risque infectieux en établissement médico-social » (CPIAS, 2022), recommandations de la Haute Autorité de Santé relatives à la prévention des infections associées aux soins, à l'hygiène des mains, aux précautions standard et complémentaires.

## Contexte et finalités

La prévention et la maîtrise du risque infectieux constituent un enjeu majeur de qualité et de sécurité des accompagnements. L'ESSMS s'engage à prévenir la survenue et la transmission des infections associées aux soins, des épidémies et des situations infectieuses pouvant compromettre la santé des personnes accompagnées, des professionnels, des bénévoles et des visiteurs.

L'ESSMS veille à garantir l'application des bonnes pratiques d'hygiène, notamment l'hygiène des mains, les précautions standard et complémentaires, la gestion des équipements, du linge, des déchets, des locaux, des dispositifs médicaux ainsi que la prévention des infections liées aux soins et aux actes de la vie quotidienne.

Les professionnels disposent des procédures, des équipements et des moyens nécessaires pour prévenir le risque infectieux. Ils sont régulièrement sensibilisés et formés afin d'identifier les situations à risque, d'adapter leurs pratiques et de mettre en œuvre sans délai les mesures de prévention et de gestion adaptées.

La stratégie est élaborée en lien avec les personnes accompagnées, les professionnels, les partenaires sanitaires, ainsi que l'ensemble des acteurs concernés. Elle fait l'objet d'un suivi régulier, d'une évaluation périodique et d'une actualisation en fonction des résultats obtenus, des événements infectieux, des retours d'expérience et des évolutions des recommandations nationales.

## Déploiement opérationnel → à intégrer au PACQ

| Écart identifié                               | Action   | Responsable                  | Échéance  | Indicateur                                 |
|---|--|------------------------------|-----------|--|
| Évaluation des risques infectieux incomplète  | Réaliser ou actualiser la DAMRI et le plan d'actions associé <a href="https://www.cpiasbfc.fr/trame.php?page=8">https://www.cpiasbfc.fr/trame.php?page=8</a> | Direction / COPIIL Qualité   | Année N   | DAMRI actualisée                           |
| Procédures d'hygiène insuffisamment diffusées | Mettre à disposition et actualiser les procédures d'hygiène et de prévention du risque infectieux en lien avec le CPIAS                                      | Référent hygiène             | Permanent | Taux de procédures actualisées             |
| Situations infectieuses mal identifiées       | Élaborer des conduites à tenir pour les infections, épidémies et alertes sanitaires  | Direction / Référent hygiène | Année N   | Procédures diffusées                       |
| Professionnels insuffisamment formés          | Déployer un programme annuel de sensibilisation et de formation à la prévention du risque infectieux   | RH / Direction               | Annuel    | Taux de professionnels formés              |
| Disponibilité des équipements insuffisante    | Vérifier régulièrement la disponibilité des solutions hydroalcooliques, EPI et matériels nécessaires   | Services généraux            | Permanent | Taux de conformité des contrôles           |
| Événements infectieux insuffisamment analysés | Déclarer, analyser et suivre les situations infectieuses et événements indésirables associés   | Qualité / Référent hygiène   | Permanent | Nombre d'analyses réalisées                |
| Coopération sanitaire insuffisante            | Renforcer les liens avec le CPIAS, les équipes opérationnelles d'hygiène et les partenaires sanitaires   | Direction                    | Année N+1 | Nombre d'actions partenariales             |
| Absence d'évaluation globale de la stratégie  | Présenter un bilan annuel du risque infectieux et actualiser le plan d'actions   | COPIIL Qualité               | Annuel    | Bilan présenté et plan d'actions actualisé |

Version n°1 – Mise à jour avec les professionnels et les personnes accompagnées le .../20..





## STRATÉGIE DE CONTINUITÉ ET DE FLUIDITÉ DES PARCOURS

**Références principales :** Articles L311-3, L312-7 du CASF, Articles L1110-4 et R1110-1 du CSP, Décret n°2017-620 du 24 avril 2017 relatif au fonctionnement en dispositif intégré, Instruction DGCS/3B/2017/241 du 2 juin 2017, Instruction DGCS/3B/DITND/CNSA/DAPO/2025/34 du 9 avril 2025, RBPP HAS « Pratiques de coopération et de coordination du parcours de la personne en situation de handicap » (2018), RBPP « Repérage et accompagnement des situations de rupture de parcours » (ANESM/HAS), Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD).

### Contexte et finalités

La continuité et la fluidité des parcours constituent un principe fondamental de l'accompagnement des personnes. Elles visent à garantir un accompagnement coordonné, cohérent et sans rupture, quelles que soient les évolutions des besoins, les changements d'intervenants, les transitions entre dispositifs ou les aléas pouvant impacter le parcours de vie.

L'ESSMS s'engage à prévenir les risques de rupture d'accompagnement en développant une organisation favorisant la coordination entre les professionnels, les partenaires, les dispositifs de droit commun et les proches de la personne accompagnée. Cette démarche repose sur l'anticipation des transitions, la continuité des informations utiles, la coopération territoriale et la mobilisation rapide des ressources adaptées.

La personne accompagnée est pleinement associée aux décisions concernant son parcours. Elle est informée des solutions envisageables, des alternatives existantes et bénéficie d'un accompagnement adapté lors des périodes de transition ou de changement d'orientation.

Les professionnels veillent à partager les informations strictement nécessaires à la continuité des accompagnements dans le respect du secret professionnel, du secret partagé et des règles de protection des données personnelles. Ils s'appuient sur des outils communs, des réunions de coordination et des partenariats permettant de sécuriser les parcours.

La stratégie est coconstruite avec les personnes accompagnées, leurs représentants légaux, les professionnels, les partenaires et les instances de gouvernance. Elle fait l'objet d'une évaluation régulière dans le cadre de la démarche d'amélioration continue de la qualité.

### Déploiement opérationnel → à intégrer au PACQ

| Écart identifié                                    | Action  | Responsable           | Échéance  | Indicateur                                 |
|--|---|-----------------------|-----------|--|
| Partenariats insuffisamment structurés             | Cartographier les partenaires et formaliser les conventions de coopération  | Direction             | Année N   | Cartographie et conventions actualisées    |
| Transitions insuffisamment préparées               | Élaborer une procédure d'accompagnement des admissions, orientations, sorties et relais   | Référents de parcours | Année N   | Procédure diffusée                         |
| Alternatives insuffisamment connues                | Identifier les solutions mobilisables en cas de rupture ou d'interruption d'accompagnement  | Direction             | Année N+1 | Répertoire des ressources disponible       |
| Transmission des informations hétérogène           | Définir les modalités de transmission sécurisée des informations entre intervenants   | Direction / DPO       | Année N   | Traçabilité des transmissions              |
| Personnes insuffisamment associées aux transitions | Associer systématiquement la personne et son entourage aux décisions concernant son parcours  | Référents de parcours | Permanent | Traçabilité dans les projets personnalisés |
| Professionnels insuffisamment sensibilisés         | Former les professionnels au repérage des ruptures de parcours et à la coordination – Formation à venir 2026-2027 <a href="https://an-acq.com/">https://an-acq.com/</a> | RH / Direction        | Annuel    | Taux de professionnels formés              |
| Absence d'évaluation de la stratégie               | Réaliser un bilan annuel des ruptures de parcours et actualiser la stratégie  | COPILOIT Qualité      | Annuel    | Bilan présenté et plan d'actions actualisé |

Version n°1 – Mise à jour avec les professionnels et les personnes accompagnées le .././20..





## STRATÉGIE RESSOURCES HUMAINES ET PRÉVENTION DES RISQUES PROFESSIONNELS ET QVT

**Références principales :** Articles L4121-1, R4121-1 et L6321-1 du CT, Décret n°2022-1284 du 3 octobre 2022 relatif aux lanceurs d'alerte, Article D344-5-10 et D344-5-14 du CASF, ...

### Contexte et finalités

Les professionnels constituent la première ressource de l'ESSMS. La RH vise à garantir des accompagnements de qualité en développant les compétences, l'attractivité, la fidélisation, la qualité de vie et des conditions de travail ainsi que la prévention des risques professionnels.

L'ESSMS s'engage à mettre en œuvre une politique RH structurée couvrant l'ensemble du parcours professionnel : recrutement, intégration, développement des compétences, GEPP, prévention de l'usure professionnelle, maintien dans l'emploi, QVCT, dialogue social et prévention des risques professionnels.

La prévention constitue un axe transversal de cette stratégie. Elle repose sur l'évaluation des risques professionnels, la mise à jour régulière du DUERP, la prévention des risques psychosociaux, des troubles musculosquelettiques, des violences, de la pénibilité et des situations de désinsertion professionnelle.

L'ESSMS veille également à développer une culture managériale participative, à favoriser l'intégration des nouveaux professionnels, à soutenir les parcours professionnels et à accompagner les évolutions des métiers afin de répondre aux transformations du secteur social et médico-social.

Cette stratégie est coconstruite avec les professionnels, les représentants du personnel, le service de prévention et de santé au travail,... Elle fait l'objet d'une évaluation annuelle.

### Déploiement opérationnel → à intégrer au PACQ

| Écart identifié  | Action   | Responsable                     | Échéance  | Indicateur                                |
|--|--|---------------------------------|-----------|---|
| DUERP incomplet ou non actualisé                               | Réaliser l'évaluation des risques et actualiser le DUERP avec son plan d'actions   | Direction / Référent prévention | Annuel    | DUERP actualisé                           |
| Absence de GEPP  | Déployer une démarche de Gestion des Emplois et des Parcours Professionnels  | Direction / RH                  | Année N   | GEPP formalisée                           |
| Intégration des nouveaux professionnels hétérogène             | Structurer un parcours d'accueil, de tutorat et d'intégration<br><a href="https://an-acq.com/">Formation parcours d'intégration à venir 2026-2027 https://an-acq.com/</a>                    | RH / Encadrement                | Permanent | Taux d'intégration réalisée               |
| Plan de développement des compétences insuffisamment structuré | Élaborer un plan pluriannuel de développement des compétences en lien avec les orientations stratégiques   | RH                              | Annuel    | Réalisation du plan de formation          |
| Sensibilisation insuffisante aux RBPP et procédures            | Déployer un programme annuel de sensibilisation aux RBPP, procédures, outils numériques et référentiel HAS <a href="https://an-acq.com/">Formation à venir 2026-2027 https://an-acq.com/</a> | RH / Qualité                    | Annuel    | Taux de professionnels formés             |
| Démarche QVCT insuffisamment développée                        | Mettre en œuvre un plan d'actions QVCT intégrant prévention des RPS, TMS, usure professionnelle et qualité du management   | Direction / CSE                 | Année N+1 | Baromètre QVCT et plan d'actions          |
| Information sur le lanceur d'alerte insuffisante               | Formaliser et diffuser le dispositif de protection des lanceurs d'alerte dans le règlement intérieur et les supports d'accueil   | Direction                       | Année N   | Information diffusée                      |
| Environnement de travail perfectible                           | Déployer un plan d'amélioration des conditions matérielles et ergonomiques de travail  | Direction                       | Année N+1 | Actions réalisées                         |
| Absence d'évaluation de la stratégie RH                        | Réaliser un bilan annuel RH (attractivité, absentéisme, turnover, formation, accidents, QVCT) et actualiser la stratégie   | COFIL Qualité                   | Annuel    | Tableau de bord RH présenté aux instances |

Version n°1 – Mise à jour avec les professionnels et les personnes accompagnées le .././20..





# STRATÉGIE D'AMÉLIORATION CONTINUE DE LA QUALITÉ ET DE GESTION DES RISQUES

**Références principales :** Articles L311-8, D311-38-3, D344-5-5, D344-5-10, D312-160, D312-161, D344-5-14, L331-8-1 et R331-8 à R331-10 du CASF, Annexe 3-0 du CASF, Article L1111-8-2 du CSP, Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD), RBPP, HAS, FORAP, ANAP, CPIAS, OMEDIT, ANS et CNSA.

## Contexte et finalités

L'amélioration continue de la qualité constitue le fil conducteur de l'ensemble des activités de l'ESSMS. Elle vise à garantir des accompagnements sécurisés, personnalisés et respectueux des droits des personnes accompagnées en s'appuyant sur une démarche d'évaluation permanente, de gestion des risques et d'amélioration des pratiques professionnelles.

L'ESSMS s'engage à développer une culture qualité partagée associant l'ensemble des parties prenantes. Cette démarche repose sur les RBPP de la HAS, le référentiel national d'évaluation de la qualité HAS, la gestion des risques, la prévention de la maltraitance, le traitement des plaintes, des événements indésirables, la gestion de crise, le développement durable et la transformation numérique.

L'organisation s'appuie sur un pilotage structuré intégrant un comité qualité, un programme annuel d'amélioration continue (PACQ), des audits internes, l'analyse des indicateurs, les retours d'expérience, les enquêtes de satisfaction, les évaluations des pratiques professionnelles et les revues de processus.

La politique qualité est déployée selon la roue de Deming (Plan – Do – Check – Act) afin d'assurer une réévaluation permanente des pratiques, une adaptation aux évolutions réglementaires et une maîtrise des risques au bénéfice des personnes accompagnées et des professionnels.

Cette stratégie est coconstruite avec les professionnels, les personnes accompagnées, leurs représentants légaux, les partenaires et les instances participatives. Elle est réévaluée chaque année.

## Déploiement opérationnel → à intégrer au PACQ

| Écart identifié   | Action  | Responsable      | Échéance   | Indicateur                         |
|---|---|------------------|------------|------------------------------------|
| Gouvernance qualité insuffisamment structurée                             | Mettre en place un COPIL Qualité et définir les responsabilités qualité   | Direction        | Année N    | COPIL opérationnel                 |
| PACQ incomplet  | Élaborer et suivre un Programme d'Amélioration Continue de la Qualité (PACQ)  | Référent qualité | Annuel     | Taux de réalisation du PACQ        |
| Gestion des risques insuffisamment structurée                             | Réaliser une cartographie des risques et définir les plans de prévention  | COPIL Qualité    | Année N    | Cartographie actualisée            |
| Prévention de la maltraitance perfectible                                 | Formaliser le plan de prévention, les procédures de signalement et les analyses des situations                            | Direction        | Année N    | Nombre d'analyses réalisées        |
| Gestion des plaintes et événements indésirables insuffisamment harmonisée | Mettre en place des processus intégrant plaintes, réclamations puis FEI, EIG, analyses ALARM. Avec suivi des actions      | Référent qualité | Année N    | Taux de clôture des dossiers       |
| Gestion de crise incomplète   | Élaborer et tester le plan de gestion de crise et de continuité d'activité  | Direction        | Annuel     | Exercices réalisés                 |
| Communication qualité insuffisante  | Présenter régulièrement les résultats qualité aux professionnels, aux personnes accompagnées et aux instances             | Direction        | Semestriel | Nombre de communications réalisées |
| Évaluation de la démarche insuffisante                                    | Réaliser un bilan annuel qualité intégrant indicateurs, audits, satisfaction, FEI, plaintes, RBPP et réviser la stratégie | COPIL Qualité    |            |                                    |

Version n°1 – Mise à jour avec les professionnels et les personnes accompagnées le .././20..





## STRATÉGIE DEVELOPPEMENT DURABLE ET ACHAT RESPONSABLE

**Références principales :** Article 1833 du Code civil, Loi n° 2021-1104 du 22 août 2021 portant lutte contre le dérèglement climatique et renforcement de la résilience face à ses effets, Schéma de Promotion des Achats Publics Socialement et Écologiquement Responsables (SPASER), ANAP « Achats durables : fixez le cap avec le SPASER » (2024), ANAP « Comprendre le cadre juridique du développement durable » (2025), Objectifs de Développement Durable (ODD) des Nations Unies.

### Contexte et finalités

Le développement durable constitue un levier majeur d'amélioration de la qualité des accompagnements et de la responsabilité sociétale des ESSMS. Il repose sur un équilibre entre les dimensions environnementales, sociales, économiques et éthiques afin de répondre aux besoins des personnes accompagnées tout en préservant les ressources pour les générations futures.

L'ESSMS s'engage à intégrer les principes du développement durable dans l'ensemble de ses activités en favorisant une consommation responsable, la réduction de son impact environnemental, l'optimisation des achats, la lutte contre le gaspillage, la sobriété énergétique et la valorisation des circuits courts lorsque cela est possible.

Cette démarche associe les personnes accompagnées, les professionnels, les représentants légaux, les partenaires et les fournisseurs afin de développer des pratiques écoresponsables adaptées aux réalités du secteur social et médico-social. Elle contribue également à renforcer la qualité de vie au travail, l'inclusion sociale et la responsabilité territoriale de l'établissement.

La stratégie s'inscrit dans la démarche d'amélioration continue de la qualité et fait l'objet d'une évaluation annuelle permettant d'adapter les actions engagées aux évolutions réglementaires, aux besoins identifiés et aux résultats obtenus.

### Déploiement opérationnel → à intégrer au PACQ

| Écart identifié                                | Action  | Responsable                 | Échéance  | Indicateur                               |
|--|---|-----------------------------|-----------|--|
| Achats responsables insuffisamment structurés  | Définir une politique d'achats responsables intégrant des critères environnementaux, sociaux et locaux              | Direction / Services achats | Année N   | Politique d'achats diffusée              |
| Gaspillage alimentaire insuffisamment maîtrisé | Mettre en place un plan de réduction du gaspillage alimentaire et de valorisation des excédents                     | Direction / Restauration    | Année N   | Quantité de déchets alimentaires réduite |
| Tri des déchets hétérogène                     | Déployer le tri sélectif et les filières de recyclage adaptées  | Services généraux           | Année N   | Taux de tri réalisé                      |
| Consommations énergétiques peu suivies         | Mettre en place un suivi des consommations d'eau, d'électricité et de chauffage                                     | Direction                   | Année N+1 | Tableau de bord des consommations        |
| Utilisation excessive du papier                | Développer la dématérialisation et les outils numériques responsables   | Direction / SI              | Année N+1 | Réduction des impressions                |
| Professionnels insuffisamment sensibilisés     | Former et sensibiliser les professionnels aux écogestes et aux achats responsables                                  | RH                          | Annuel    | Taux de professionnels sensibilisés      |
| Personnes accompagnées peu associées           | Développer des ateliers et projets participatifs autour du développement durable                                    | Équipe pluridisciplinaire   | Permanent | Nombre d'actions réalisées               |
| Partenariats locaux insuffisants               | Développer des partenariats avec les acteurs locaux du réemploi, du recyclage et de l'économie sociale et solidaire | Direction                   | Année N+1 | Nombre de partenariats actifs            |
| Absence d'évaluation de la stratégie           | Réaliser un bilan annuel des actions, des économies réalisées et des impacts environnementaux                       | COPILO Qualité              | Annuel    | Bilan présenté aux instances             |

Version n°1 – Mise à jour avec les professionnels et les personnes accompagnées le .../.../20..



## STRATÉGIE NUMERIQUE

**Références principales :** Article L1111-8-2 du Code de la Santé Publique, Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD) – Règlement (UE) 2016/679, Programme ESMS Numérique (CNSA), ANAP « Virage numérique dans le secteur médico-social » (2022), ANAP « Kits d'outils pour le responsable SI en structure médico-sociale » (2022), ANAP « Déployer l'IA en toute confiance » (2025).

### Contexte et finalités

La transformation numérique constitue un levier d'amélioration de la qualité des accompagnements, de la coordination des parcours, de la sécurisation des informations et de l'efficacité des organisations. Elle contribue au développement d'une offre de service plus accessible, plus sécurisée et mieux coordonnée.

L'ESSMS s'engage à développer une stratégie numérique responsable favorisant l'utilisation des outils numériques, tout en garantissant la protection des données personnelles, la cybersécurité, l'interopérabilité des systèmes d'information et le respect des droits des usagers.

Cette stratégie s'appuie sur le développement du dossier usager informatisé, la dématérialisation sécurisée des échanges, la montée en compétences des professionnels, l'utilisation raisonnée de l'intelligence artificielle, la gestion des accès, la conformité au RGPD ainsi que l'amélioration continue des pratiques numériques.

L'ESSMS veille à garantir un usage éthique, responsable et inclusif du numérique en limitant les risques liés à la fracture numérique, à la cybersécurité et à la protection des données. Les personnes accompagnées sont informées des modalités de traitement de leurs données et accompagnées dans l'utilisation des outils numériques lorsque cela est nécessaire.

La stratégie est élaborée avec les professionnels, les personnes accompagnées, les représentants légaux, le Délégué à la Protection des Données (DPO), les partenaires institutionnels et les acteurs du numérique en santé. Elle fait l'objet d'une évaluation régulière dans le cadre de la démarche d'amélioration continue de la qualité.

### Déploiement opérationnel → à intégrer au PACQ

| Écart identifié                                 | Action  | Responsable         | Échéance  | Indicateur                     |
|---|---|---------------------|-----------|--------------------------------|
| Gouvernance numérique insuffisamment structurée | Désigner un référent numérique et formaliser les responsabilités (SI, RGPD, cybersécurité, IA)  | Direction           | Année N   | Gouvernance formalisée         |
| Gestion des accès insuffisamment sécurisée      | Formaliser une procédure de gestion des habilitations, des mots de passe et des comptes utilisateurs  | Direction / DPO     | Année N   | Procédure diffusée             |
| Utilisation du DUI incomplète                   | Déployer le dossier usager informatisé sur l'ensemble des activités et assurer sa traçabilité   | Référent DUI        | Année N+1 | Taux d'utilisation du DUI      |
| Professionnels insuffisamment formés            | Mettre en œuvre un plan annuel de formation au numérique, au RGPD, à la cybersécurité et à l'IA <a href="https://an-acq.com/">Formation à venir 2026-2027 https://an-acq.com/</a> | RH                  | Annuel    | Taux de professionnels formés  |
| Protection des données perfectible              | Réaliser des audits réguliers de conformité RGPD et des contrôles d'accès   | DPO                 | Annuel    | Nombre d'audits réalisés       |
| Cybersécurité insuffisamment développée         | Déployer un plan de cybersécurité (sauvegardes, mises à jour, gestion des incidents, PRA/PCA)   | Référent SI         | Année N+1 | Nombre d'incidents de sécurité |
| Personnes accompagnées peu informées            | Développer des supports accessibles (FALC) expliquant l'utilisation des données et des outils numériques  | Direction / Qualité | Année N   | Supports diffusés              |
| Usage de l'IA non encadré                       | Élaborer une charte d'utilisation responsable de l'intelligence artificielle  | Direction           | Année N   | Charte validée                 |
| Absence d'évaluation de la stratégie            | Réaliser un bilan annuel de la maturité numérique et actualiser la stratégie  | COPIL Qualité       | Annuel    | Bilan présenté aux instances   |

Version n°1 – Mise à jour avec les professionnels et les personnes accompagnées le .././20..





Accompagnement National  
à l'Amélioration Continue  
de la Qualité



**Vous n'êtes plus seul,**  
rendons la compréhension  
du secteur social et médico-social  
accessible à tous, au bénéfice de tous.



06 87 79 13 90



[contact@an-acq.com](mailto:contact@an-acq.com)



Résidence des Îles  
20000 Ajaccio



[www.an-acq.com](http://www.an-acq.com)

**SIREN** 938 861 820

Déclaration d'activité enregistrée  
sous le numéro 94202159220  
auprès du Préfet de Corse