

LES MIDIS DE LA QUALITÉ



ÉPISODE 10

Analyser, partager et mobiliser
les résultats des évaluations HAS

16 mars 2026

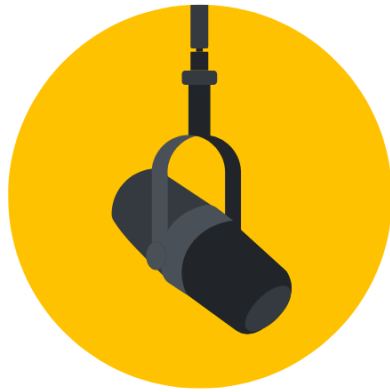
12h30 - 13h30

Webinar ZOOM

pour participer:

https://us02web.zoom.us/webinar/register/WN_mexE_6rpTHy0idVnFHvpvA

Bienvenue dans ce 10^e webinar !



Introduction

Samantha DODARD

Responsable du Département Qualité et Droits des usagers

ARS Bretagne

Vos questions ?

- Posez-les directement via le bouton 
- Un temps de réponse prévu à la fin de chaque partie

Suivre les résultats des évaluations en 3 étapes



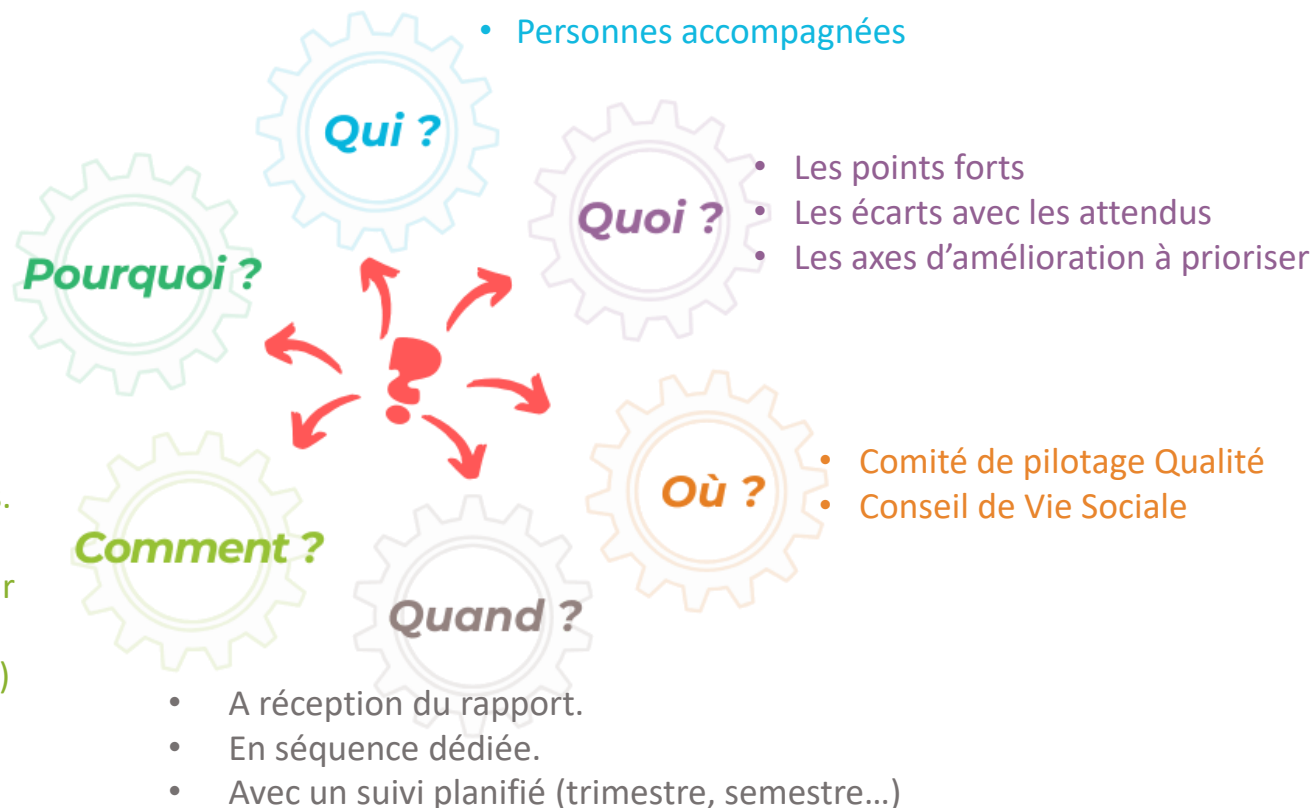
Étape 1 : analyser les résultats

Focus sur 1 méthode : QQOQCP

- Conseil d'administration
- Equipe de direction
- Référents qualité
- Professionnels
- Personnes accompagnées

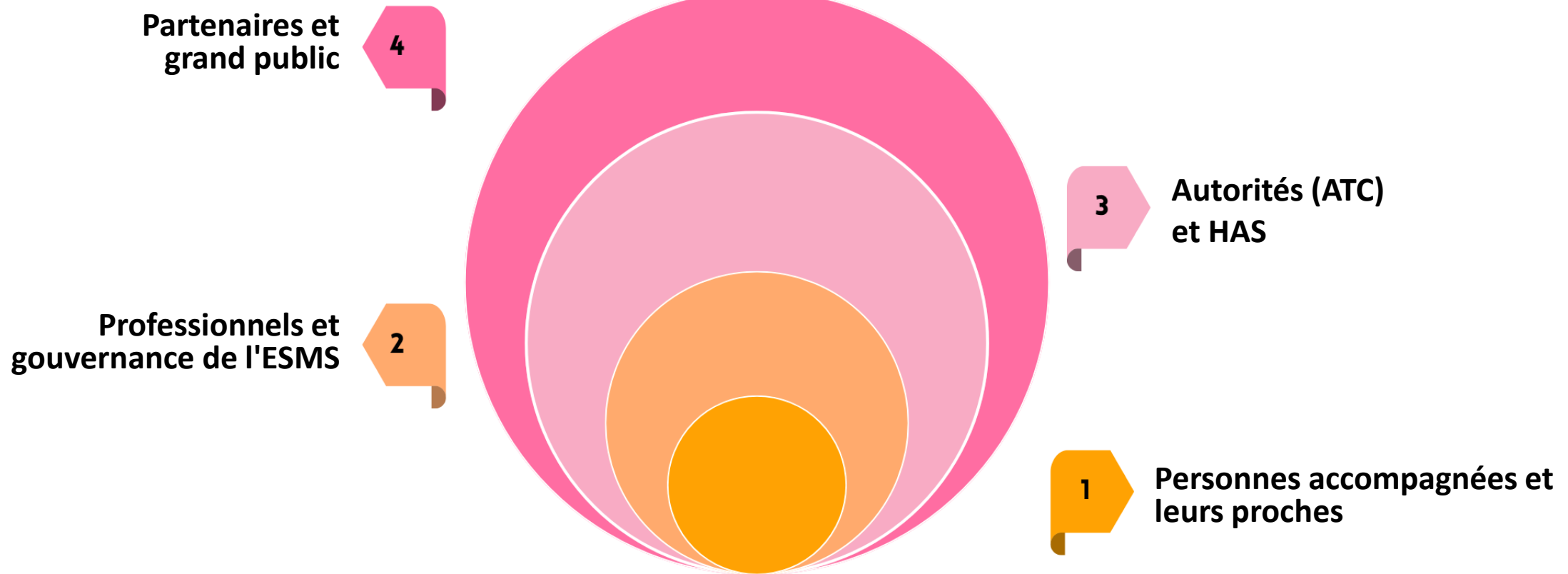
- Améliorer la qualité des accompagnements
- Améliorer les pratiques et les organisations.
- Répondre aux exigences réglementaires.
- Renforcer la dynamique d'amélioration continue.

- Par des lectures croisées qualitatives et quantitatives.
- Analyser les causes.
- Hiérarchiser (critères impératifs / criticité / impact sur les personnes concernées)
- Formaliser un plan d'action (responsable/échéance...)



Étape 2 : informer - communiquer

4 cercles : 4 cibles



Étape 2 : informer - communiquer

Pourquoi ?

Pour chaque cercle



Comment ?

- Favoriser la transparence
- Respecter le droit à l'information
- Valoriser les bonnes pratiques
- Identifier les points forts et axes d'amélioration
- Renforcer la dynamique qualité

- Définir une stratégie
- Mobiliser les ressources régionales
- Affichage obligatoire
- Newsletter, intranet, courriers
- Réunion équipe, conseil d'administration, CVS : état des lieux synthétique du rapport – Vigilance sur l'accessibilité de la présentation
- Ateliers de restitution par thématique
- Rapport d'activité annuel

Étape 2 : informer - communiquer

1

Informer les personnes accompagnées, leurs proches, les équipes et la gouvernance

Objectif : transparence, droit à l'information...

- Affichage obligatoire : "Fiche synthétique des résultats" sur Qualiscope (HAS).

4 mois



Rechercher

Un établissement de santé Un médecin ou une équipe médicale accréditée **Établissement ou service social, médico-social**

Nom de la structure

Ehpad, foyer jeunes travailleurs, nom de la structure. ...

Localisation

Région, département, ville ou code postal

Rayon

-

Structure pour

Choisir une structure

RECHERCHER

Étape 2 : informer - communiquer

SAVS KERAMAN QUIMPER APF FRANCE HAND.

ESSMS - Mis en ligne le 19 févr. 2026

Type d'établissement: Privé à but non lucratif ⓘ

Public accompagné : Personne en situation de handicap adulte ⓘ

Type de structure : Service d'Accompagnement à la Vie Sociale (S.A.V.S.)

Etablissement de rattachement : APF FRANCE HANDICAP

6 Rue Terre Adélie
29000 QUIMPER

Tel : 0298651111

📍 [VOIR SUR LA CARTE](#)

🖨️ [IMPRIMER LES RÉSULTATS QUALITÉ](#)

SAVS KERAMAN QUIMPER APF FRANCE HAND.

Résultat de l'évaluation à la date du 18/11/2025

Évaluation réalisée par IPSO FACTO CONSEIL AUDIT
RECRUTEMENT FORMATION



Qualité d'accompagnement

Notes attribuées d'après l'avis des personnes accompagnées, des professionnels et de la gouvernance, sur une échelle allant de pas du tout satisfaisant 1/4, à tout à fait satisfaisant 4/4

👤 Bienveillance et éthique	3.42/4
🗑️ Droits de la personne accompagnée	3.76/4
🗨️ Expression et participation de la personne accompagnée	3.85/4
🤝 Coconstruction et personnalisation du projet d'accompagnement	3.23/4
🧑🏫 Accompagnement à l'autonomie	3.3/4
🏥 Accompagnement à la santé	2.88/4
🗨️ Continuité et fluidité des parcours	3.1/4
👥 Politique ressources humaines	3.35/4
🎯 Démarche qualité et gestion des risques	3.68/4

Tous les 5 ans, des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS) sont évalués par un organisme indépendant selon les méthodes et outils publiés par la HAS. Les résultats de cette évaluation montrent la qualité de l'accompagnement proposé par l'ESSMS au moment de la visite. Après avoir reçu le rapport d'évaluation, la structure doit définir et prioriser des actions pour améliorer continuellement la qualité de l'accompagnement. Contacter la structure pour connaître les actions mises en place depuis l'évaluation. Conformément au décret du 4 décembre 2024 la structure doit afficher de manière accessible, dans ses locaux, la présente affiche.



Étape 2 : informer - communiquer

1

Informer les personnes accompagnées, leurs proches, les équipes et la gouvernance

Objectif : transparence, droit à l'information...

- Affichage obligatoire : "Fiche synthétique des résultats" sur Qualiscope (HAS).
- Opportunité de valoriser vos bonnes pratiques et d'être transparent sur ce que vous allez faire pour vous améliorer (et même recruter des volontaires pour y travailler !)



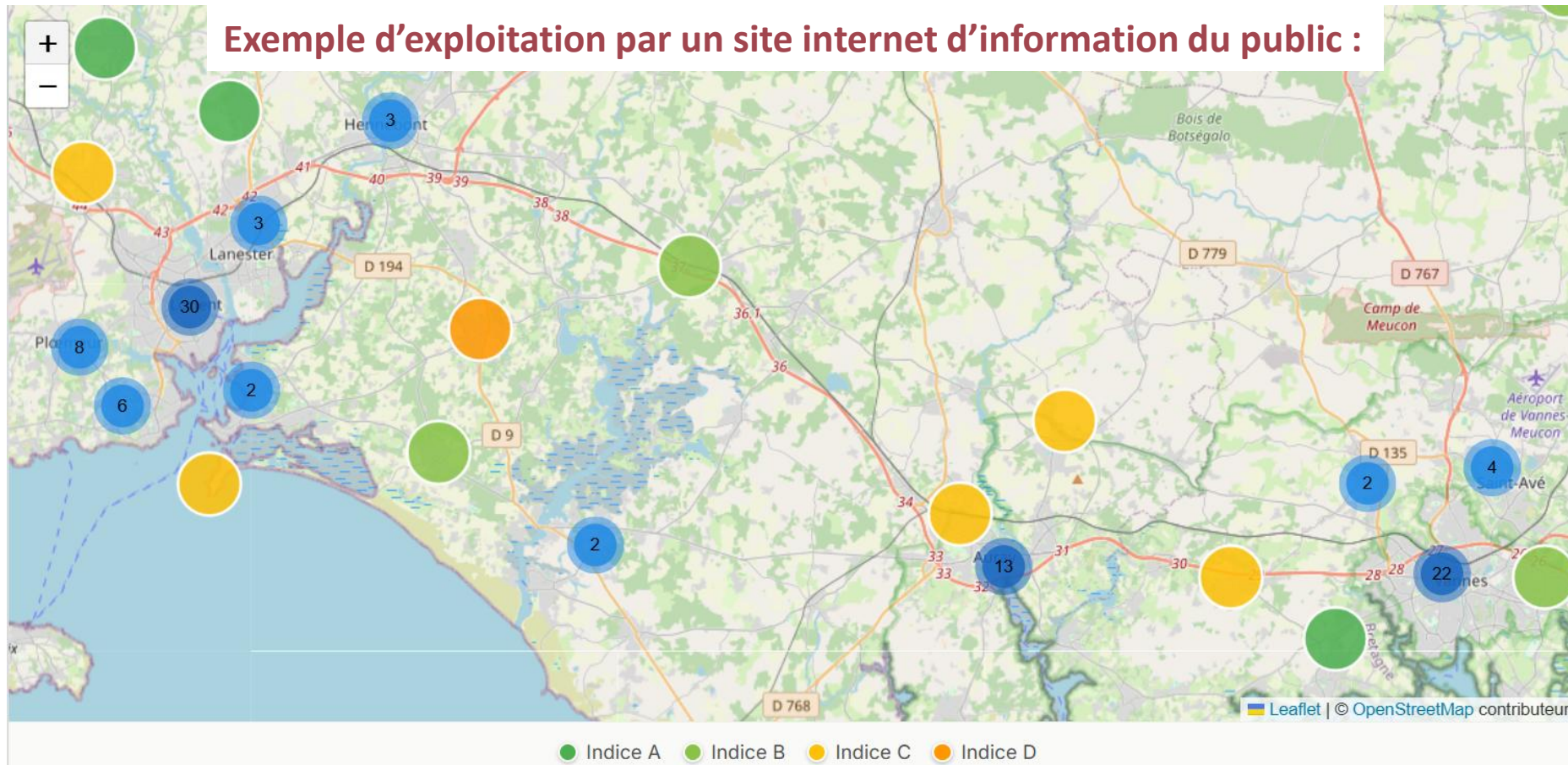
Les données des Qualiscore sont disponibles en open data !

Elles risquent de faire l'objet d'exploitation par les sites internet d'information du public ou les médias.

En anticipant ces réflexions, vous pouvez vous préparer à cette éventualité.

Étape 2 : informer - communiquer

Exemple d'exploitation par un site internet d'information du public :



Étape 2 : informer - communiquer



Retour d'expérience

Mme Tanguy

Cadre de santé

EHPAD Rostrenen

Analyse des résultats

- Par la gouvernance : directeur, cadre de santé
- Contexte de validation du CPOM dans les 2 mois suivant les résultats de l'évaluation HAS
- Objectifs des fiches CPOM corrélés aux résultats de l'évaluation et aux axes d'amélioration

Plan d'actions

- Poursuite des réunions mensuelles du groupe pilote démarche qualité
- Construction du plan d'actions à partir des fiches CPOM validées par les tutelles.
- Chaque personnel est pilote dans son domaine d'action tout en gardant le consensus d'équipe (exemple : psychologue et animatrices gèrent le développement des projets d'accompagnement et des activités individuelles et collectives)
- Intégration de personnes ressources (exemple agent diplômé en communication)
- Le plan d'action est complété à chaque réunion et est utilisé comme support entre la direction et le groupe pilote (code couleur différent pour permettre une lisibilité de l'évolution des axes).

Communication

- Affichage
- Diffusion :
 - Aux professionnels par l'intranet de l'EHPAD
 - Aux résidents et proches : journal trimestriel, CVS et site facebook, groupes de parole

Axes d'amélioration

- Communication de nos résultats auprès de nos partenaires
 - En réflexion : mise en place d'un affichage numérique au niveau du hall de l'établissement pour se situer dans une amélioration de la communication
- Participation des résidents au groupe pilote démarche qualité,
 - En réflexion mis en place d'un groupe de parole avec les résidents animé par des membres du groupe pilote démarche qualité
- Amélioration fiche entreprise sur google car projet de répondre aux avis google
- Création de cartes de visite avec QR code « Avis google » à destination de toute personne extérieure à l'établissement pour répondre à une meilleure communication

Vos questions ?

- Posez-les directement via le bouton
- Un temps de réponse prévu à la fin de chaque partie



Étape 2 : informer - communiquer

3 Transmettre aux autorités de tarification et de contrôle

QUOI ?

- L'**ESMS** transmet le **rapport d'évaluation** à l'autorité de tarification et de contrôle au format téléchargé sur SYNAE, dans les délais prévus à l'arrêté de programmation
- Accompagné du **plan d'actions sur les critères impératifs** précisant les actions prévues concernant les critères impératifs non atteints (inférieurs à 4)
- Comprenant les **observations** de l'ESMS sur le déroulé de la visite d'évaluation, le contenu des commentaires et l'adéquation des cotations aux éléments produits durant la visite

COMMENT ?

- Pour les **ESMS pour personnes âgées et personnes en situation de handicap**, relevant de la compétence de l'ARS Bretagne, dépôt dans **eCARS** et information du référent en délégation départementale de l'ARS et CD le cas échéant.
- Pour les **ESMS pour personnes en difficulté spécifique**, transmission par mail à ARS-BRETAGNE-QUALITE@ars.sante.fr et au référent en délégation départementale ARS

Communiquer avec les autorités de tarification et de contrôle

Dialoguer et suivre

A COURT TERME, DES RECEPTION DU RAPPORT

- **L'autorité de tarification et de contrôle vérifie la complétude** (format PDF issu de SYNAE, communication du plan d'action sur les critères impératifs) et répond par courrier à l'ESMS.
- **En fonction des résultats**, l'ATC peut solliciter la transmission d'un plan d'action complet sans attendre la transmission du rapport d'activité, une rencontre avec le directeur de la structure, et proposer ou demander un accompagnement collectif ou individuel de l'ESMS concerné.

A MOYEN ET LONG TERME

- L'autorité de tarification se saisit des résultats dans le cadre du **dialogue avec l'ESMS** (suivi de la structure, CPOM, renouvellement de l'autorisation...).
- L'ESMS communique **chaque année** une **mise à jour de son plan d'action qualité** dans le cadre de la transmission du rapport d'activité (cf Partie 3).

LES MIDIS DE LA QUALITÉ



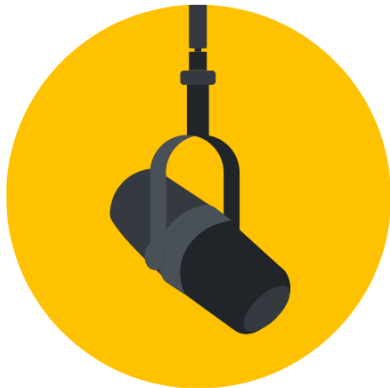
TÉMOIGNAGE

Céline Bonnet

Membre du Comité Qualité
et Présidente du CVS



Étape 3 : actualisation du PAQ



Retour d'expérience

Charlotte EVAIN

Responsable qualité Bretagne

Direction régionale APF France Handicap

LE POST ÉVALUATION:

COMMENT MAINTENIR LA DYNAMIQUE APRÈS LA VISITE ?

**L'OBJECTIF : PASSER DE LA "CONFORMITÉ D'EXAMEN"
AU "PILOTAGE DU QUOTIDIEN"**

LA DÉMARCHE HAS EST UN MARATHON, PAS UN SPRINT.

CÉLÉBRER & VALORISER : REMERCIER POUR L'INVESTISSEMENT.

MAINTENIR L'ÉLAN : ON NE S'ARRÊTE PAS, ON AJUSTE LE RYTHME.

TRANSFORMER L'ESSAI : LA QUALITÉ = NOTRE QUOTIDIEN.

L'IMPULSION : ANALYSER LE RAPPORT ET PRIORISER.

L'ANCRAGE : PETITS RITUELS, GRANDS EFFETS.

PILOTER PAR LE SENS : L'USAGER EST NOTRE BOUSSOLE.

NE PAS LAISSER LE SOUFFLÉ RETOMBER

01

MARQUER LE COUP : LA FORCE DE LA RECONNAISSANCE

Le débriefing à chaud : Partager immédiatement les retours oraux des évaluateurs.
Focus : Mettre en lumière les points forts (le carburant de l'équipe).

Le « Merci » institutionnel : Moment de convivialité (petit-déjeuner, pot de fin de visite).

02

MAINTENIR LE LIEN PENDANT L'ATTENTE

Transparence sur le calendrier : Expliquer les étapes
(Rapport provisoire → Phase contradictoire → Rapport définitif).

Gardez le rythme (sans s'épuiser) : Maintenir les instances qualité (Comités, groupes de travail).

03

VERS UNE QUALITÉ "NATURELLE"

Anticiper plutôt que subir : N'attendez pas le rapport final !
lancez déjà les corrections sur les "évidences" soulevées par les évaluateurs.

Changement de paradigme : La qualité n'est plus une "check-list" administrative.
Elle devient le socle de la bientraitance et de l'accompagnement à l'autonomie.

**ANNÉE
1**

TRANSFORMER L'ESSAI



Y VOIR CLAIR



**MOINS MAIS
MIEUX**



**REMERCIER
ET VALORISER**

**PILIER 1 : LE RAPPORT =
DIAGNOSTIC**

**UNE RÉUNION DE PRÉSENTATION
TRANSPARENTE POUR TOUS.**

**PILIER 2 : LA PRIORISATION
(RÈGLE DE 3)**

**CHOISIR 3 AXES DE TRAVAIL MAXIMUM.
SI ON VEUT TOUT CORRIGER D'UN COUP,
ON NE CORRIGE RIEN.**

**PILIER 3 : LA
RECONNAISSANCE**

**LA QUALITÉ DEMANDE UN EFFORT
INVISIBLE IMMENSE. MARQUER LE
COUP OFFICIELLEMENT RENFORCE LE
SENTIMENT D'APPARTENANCE.**

LA 1ÈRE ANNÉE

INTÉGRER LE RAPPORT

Le rapport HAS ne doit pas être un document "en plus".
L'astuce est de fusionner ses préconisations directement dans votre Plan d'Amélioration Qualité (PAQ) existant.
Si le rapport pointe un manque sur un critère impératif, cela devient un objectif prioritaire de l'année, avec un responsable et une échéance.

PRIORISER RÈGLE DES 3

L'erreur classique est de vouloir tout traiter d'un coup.
Choisissez 3 chantiers majeurs issus du rapport
(ex: 1 sur les soins, 1 sur les droits des usagers, 1 sur la sécurité).
Cela rend la montagne plus facile à gravir pour les professionnels de terrain.

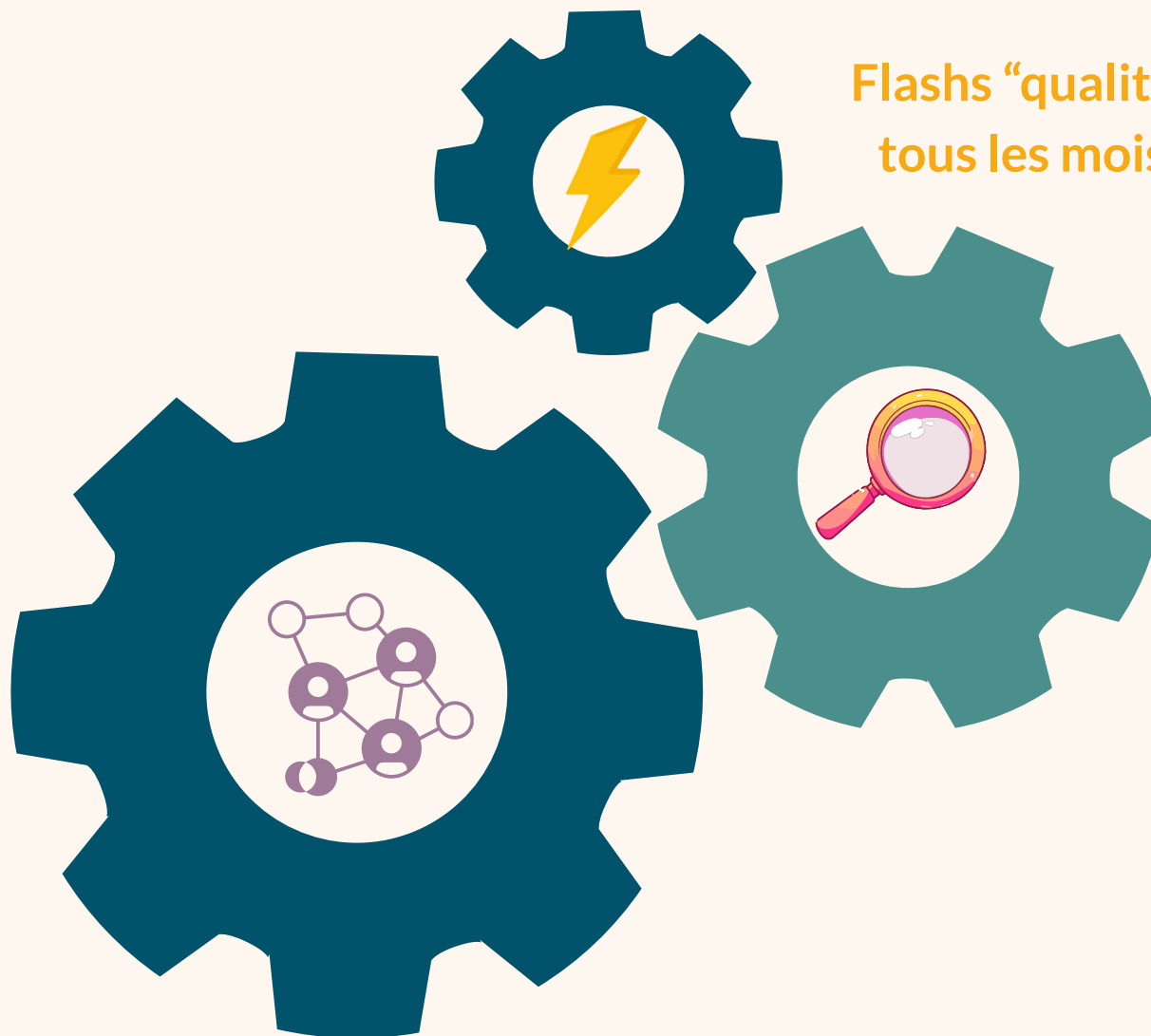
CÉLÉBRER LA RÉUSSITE

On oublie souvent que l'évaluation est une épreuve de stress.
Avant de parler de "plans d'actions", commencez par une réunion de restitution positive.
Affichez les points de force du rapport en salle de pause : c'est le carburant de la motivation !



INSTAURER UNE ROUTINE RASSURANTE

La qualité partagée
Expert de terrain
Réfèrent du terrain
en continu



Flashes “qualité”
tous les mois

Les Traceurs
2 dossiers par an

ENTRE LES ANNÉES 2 À 4

RITUELS "FLASH"

La qualité s'oublie vite. Installez le "Focus Qualité" en réunion d'équipe : 10 minutes pour discuter d'un seul critère (ex : "Comment s'assure-t-on que l'utilisateur a bien compris son livret d'accueil ?"). C'est court, concret, et cela maintient la vigilance sans alourdir l'emploi du temps.

AUTO- ÉVALUATION EN ROUTINE

N'attendez pas l'année 5 pour refaire des audits : programmez 2 "Traceurs" par an. Un Traceur Dossier (on vérifie 1 dossier de A à Z avec un soignant) ou un Traceur Système (on vérifie une procédure). L'idée est que l'exercice devienne banal, presque un jeu, pour dédramatiser la future visite.

AMBASSADEURS DE TERRAIN

La qualité ne doit pas être "l'affaire de la direction". Nommez des référents thématiques parmi les soignants, éducateurs ou administratifs (référent bientraitance, référent douleur, référent RGPD). Ils sont les yeux et les oreilles du terrain et traduisent les exigences HAS en gestes métier.

**EN CONTINU
LA CULTURE**

**FAIRE CE QUE L'ON DIT,
ÉCRIRE CE QUE L'ON
FAIT... AVEC SENS.**

PILOTER PAR LE SENS

L'ÉVÉNEMENT INDÉSIRABLE (EI) = APPRENTISSAGE

Passer de la sanction à l'analyse. Chaque incident est une occasion pour s'améliorer.

Indicateur :

Taux de déclaration (plus il est haut, plus la culture de transparence est forte).

LA PERSONNE ACCOMPAGNÉE = BOUSSOLE

Le CVS n'est plus une chambre d'enregistrement, mais un co-pilote.
On teste les changements avec eux avant de les valider.

Indicateur :

Nombre d'actions correctives issues des retours usagers.

LA PREUVE VIVANTE = SÉRÉNITÉ

Zéro archivage de dernière minute.
Un CR de réunion rangé le jour J = 1 heure de stress en moins le jour de la visite.

Indicateur :

Mise à jour mensuelle du drive/classeur qualité.

EN CONTINU

ÉVÈNEMENTS INDESIRABLES

C'est le cœur du réacteur.

Encouragez la déclaration des incidents (chutes, erreurs de traitement, fugues) sans jamais être dans le blâme. Analysez-les en équipe pour comprendre "pourquoi" c'est arrivé.

Une structure qui déclare ses erreurs est une structure qui progresse.

PAROLE DE L'USAGER

Le nouveau référentiel est "centré sur la personne".

Ne vous contentez pas d'une enquête de satisfaction annuelle.

Utilisez le CVS pour tester vos nouvelles procédures. Demandez-leur : "Est-ce que cette nouvelle organisation améliore votre quotidien ?". C'est la preuve ultime de qualité pour la HAS.

AMBASSADEURS DE TERRAIN

Le plus dur lors d'une évaluation est de retrouver les preuves.

Prenez l'habitude de classer vos comptes-rendus, vos photos d'ateliers ou vos registres au fur et à mesure.

Si c'est fait mensuellement, la préparation de la prochaine visite prendra 2 jours au lieu de 6 mois.



MERCI !

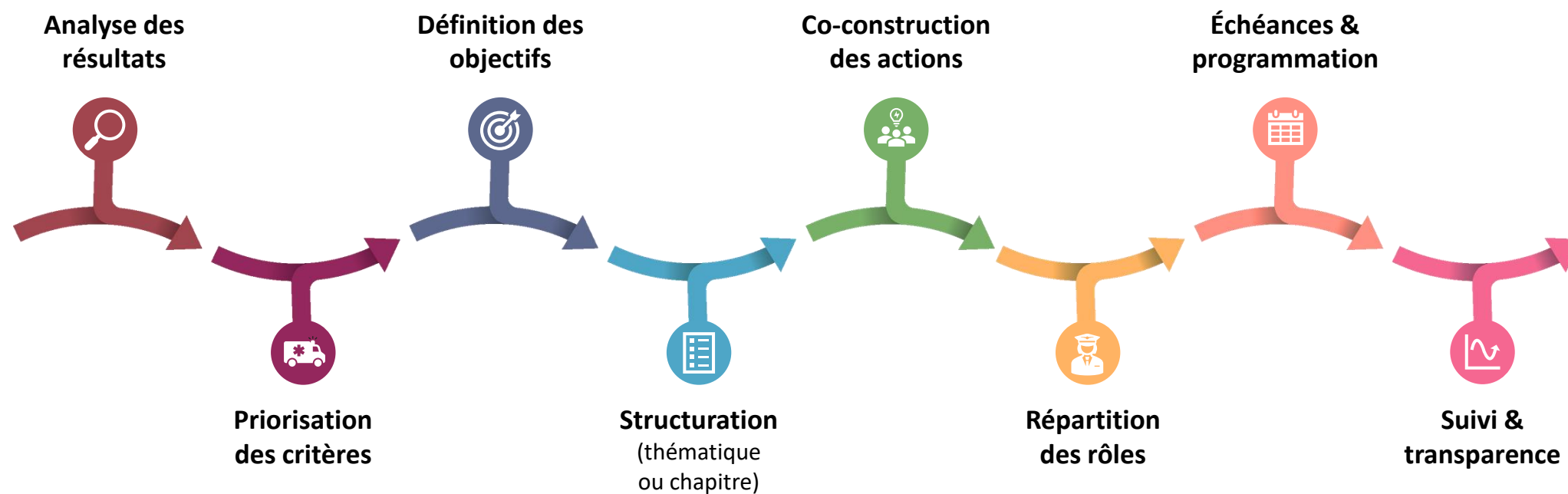
**CHARLOTTE EVAIN
RESPONSABLE QUALITÉ RÉGIONALE
APF FRANCE HANDICAP BRETAGNE**

Vos questions ?

- Posez-les directement via le bouton 
- Un temps de réponse prévu à la fin de chaque partie

Étape 3 : actualisation du PAQ

Objectif : maintenir la dynamique d'amélioration de l'évaluation



Étape 3 : actualisation du PAQ

Objectif : maintenir la dynamique d'amélioration de l'évaluation

Dispositifs de **suivi** et **transparence**



Vision quinquennale - Cycle de révision sur 5 ans



Focus Actualités



LES MIDIS DE LA QUALITÉ

AM
PM 12 : 30

Nouveautés HAS

- **Nouvelle fiche pratique** pour rédiger vos observations pour nuancer ou compléter l'analyse des évaluateurs



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

MESURER & AMÉLIORER LA QUALITÉ

FICHE

Rédaction des observations par les ESSMS dans le cadre du dispositif d'évaluation

Précisions méthodologiques

20 janvier 2026

Focus Actualités



LES MIDIS DE LA QUALITÉ

AM
PM 12 : 30

Nouveautés HAS

- Travaux engagés pour la **publication d'un nouveau référentiel en 2027** par la HAS : appel à candidatures prévu en avril pour constituer 8 groupes de travail (6 thématiques et 2 sur la méthodologie).



Appel à candidatures

Mise à jour du référentiel d'évaluation
de la qualité des ESSMS



Clôture de l'appel le
25 mars 2026



Merci
et à bientôt.