

WEBINAIRE

Evaluation de la qualité en ESSMS

Focus sur la politique et démarche
qualité – Objectif 3.10

Le 16 septembre 2026

Programme d'actions 2026



Par

Lynda DERRAZ, chargée de projets médico-social

Julien PRIM, Directeur de la STARAQS

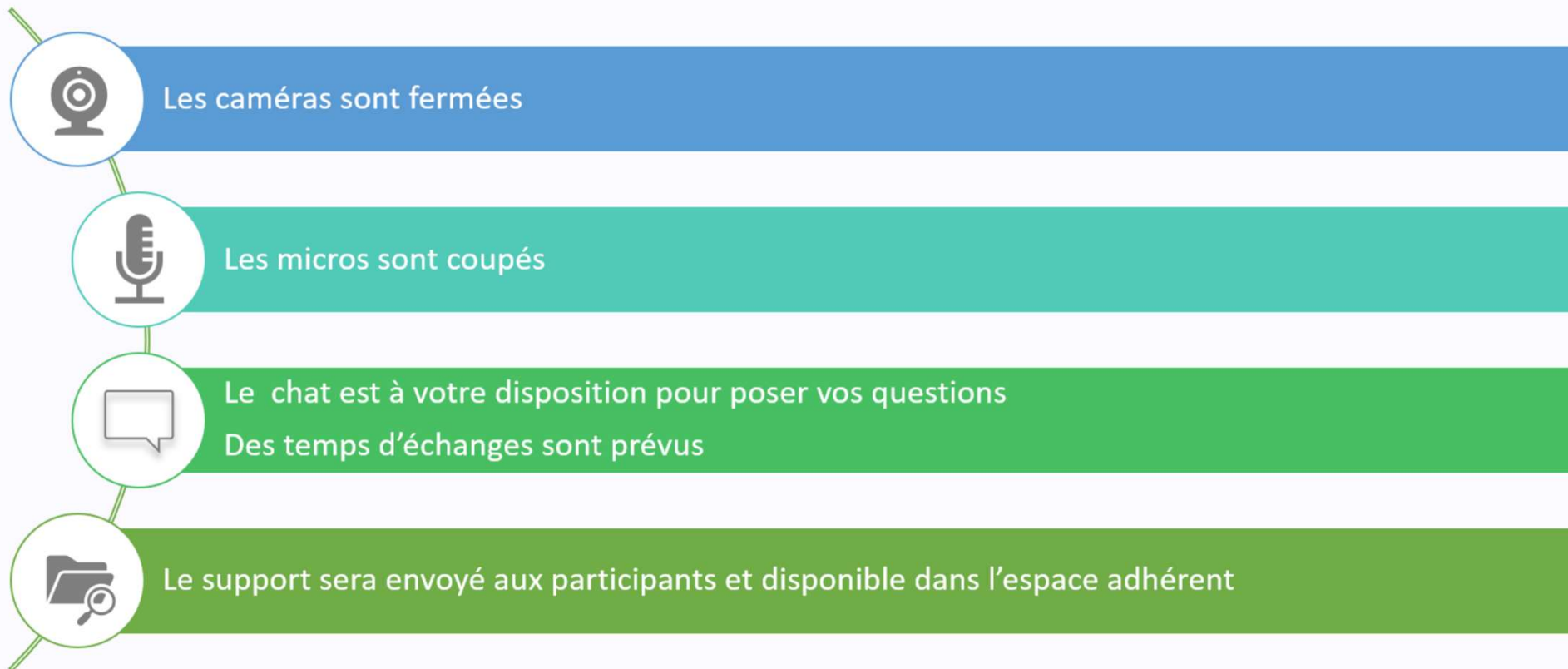


www.staraqs.com



contact@staraqs.com





Bon déroulement du webinaire

Webinaire STARAQS — Objectif 3.10 du référentiel HAS.



Intervenants

Lynda DERRAZ, Isabelle TANGRE, Julien PRIM



Questions

Via le chat — plage dédiée en fin de session



Supports

Diffusés par e-mail après le webinaire

Qui sommes-nous....



Association

loi 1901

Créée en 2016

Désignée SRA 2019



Notre champ d'action en Ile de France

- les établissements de santé
- les structures et services médico sociaux
- les soins primaires



Notre mode de fonctionnement

Une équipe pluriprofessionnelle de 10 experts avec expérience de terrain

Un financement mixte :

- ✓ Par l'ARS via une convention avec programme et bilan d'activité annuel
- ✓ Par les cotisations des adhérents (85 établissements ou unipersonnelles)
- ✓ Par une activité de formation (organisme certifié QUALIOPI)

Structure d'Appui Régionale A la Qualité des Soins et à la sécurité des patients en Ile de France



La STARAQS est membre de la FORAP
(Fédération des Structures Régionales d'Appui)

Nos missions

- **Soutien méthodologique et expertise pour la promotion de la déclaration, la gestion et l'appui à l'analyse des EIGS**
- **Participation au développement de la qualité et de la gestion des risques associés aux soins**
 - Accompagnement de la certification pour la qualité des soins en sanitaire et de l'évaluation de la qualité des soins en ESSMS, ...
 - Production de guides et d'outils
 - Diffusion de la culture sécurité
- **Formation et information des professionnels de santé**
- **Réalisation ou participation à des travaux de recherche**



Nos valeurs

- **Indépendance**
- **Confiance**
- **Confidentialité**
- **Bienveillance**

Focus sur la politique et démarche qualité Objectif 3.10



Programme du webinaire



Contexte et enjeux

Bilan 2024-2025, Objectif 3.10, Plan Inspections IDF



Critères HAS 3.10.1 et 3.10.2

Ce qu'attend l'évaluateur, Audit Système ESSMS



Déployer la politique QGDR

Documents cadres, PAQ, cartographie des risques



Incarnation et communication

Management, culture qualité, signalement, GED



Pilotage et évaluation

COPIL, CREX, indicateurs, auto-évaluation, EIG



Comprendre la cotation HAS

De 1 à ★ : ce que mesure vraiment l'évaluateur



Checklist & Ressources

Conformité HAS, outils STARAQS, pour aller plus loin

CHAPITRE 1

Contexte et Enjeux

- Bilan évaluations 2024–2025 en Île-de-France
- Résultats par mention : de "Insuffisant" à "Excellent"
- Plan d'inspections renforcé (DREETS / ARS)
- La qualité comme philosophie d'établissement

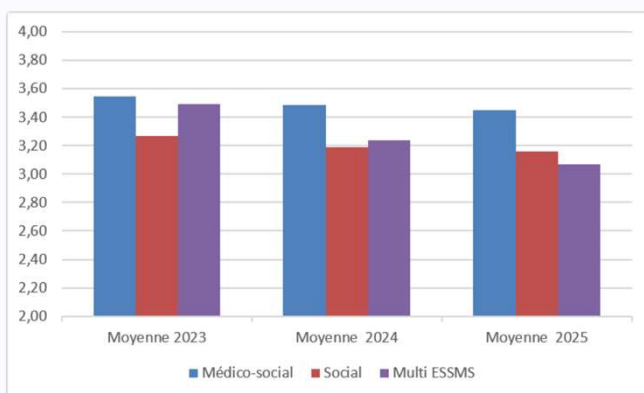


Résultats IDF (cotation critère 3.10):

IDF Médico-social : 3,45 (vs 3,39 national) — Multi ESSMS à 2,93 (3,37 au national)

IDF Social : 3,16 (vs au national 3,10)

Tendance baissière 2023–2025 sur les Multi ESSMS.



Type	Cotation IDF	Multi ESSMS	Éval. 2025
Médico-social	3,45	2,93	457
Social	3,16	3,15	541
Total	3,29	—	1 000

Écarts significatifs selon la mention

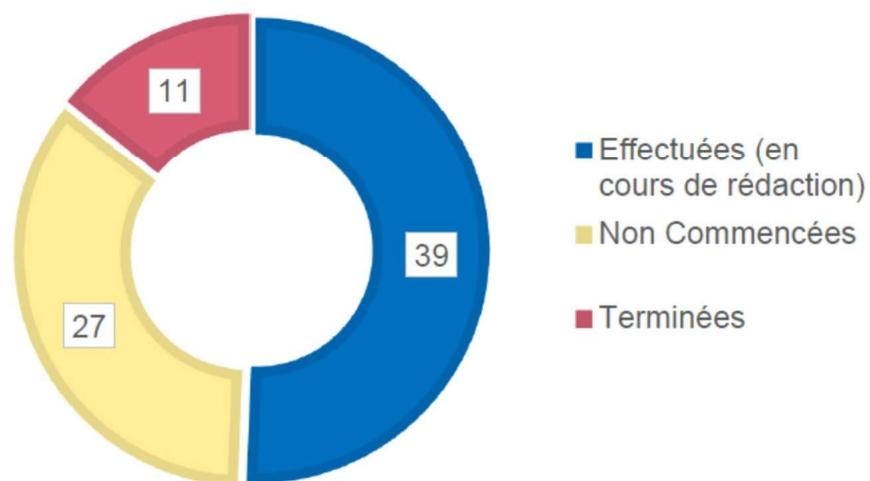
La mention A atteint 3,89 vs 1,88 pour la mention D — un écart de 2 points révélant une **marge de progression** sur l'Objectif 3.10.

2025	Nombre de évaluation	Moyenne cotation 3.1	Min. de cotation 3.1	Moyenne nb_ci_atteints	Moyenne cotation des objectifs hors 3.1
A	203	3,89	2,92	16,48	3,80
B	381	3,57	2,13	12,27	3,50
C	340	2,93	1,08	6,57	3,02
D	76	1,88	1,00	1,96	2,21

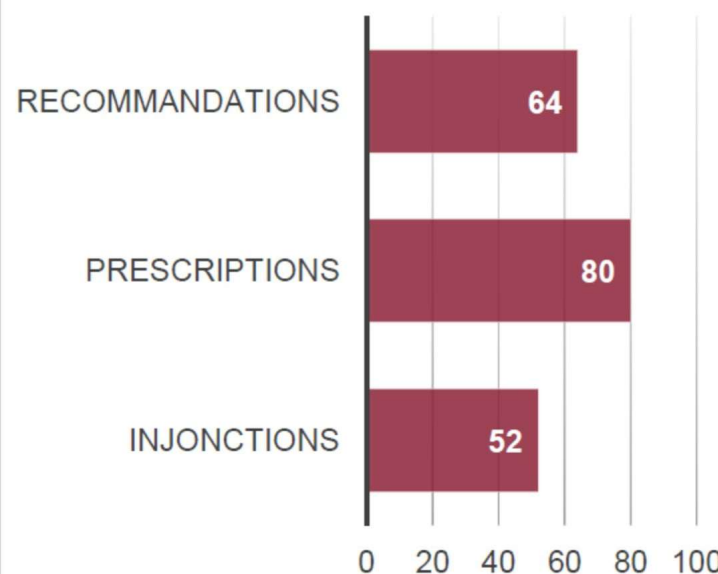
Écarts avec les résultats d'inspection

Plan Inspections PH

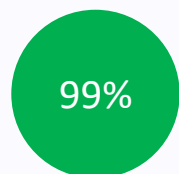
STATUT DES MISSIONS SEPTEMBRE 2025



Décisions émises à date



Écarts avec les résultats d'inspection



Depuis 2023, 211 EHPAD Evalués en Idf

Moyenne du critère 3.10 IDF EHPAD : 3,67

De 2022 à 2024, 704 EHPAD ont été inspectés sur place ou contrôlés sur pièces par l'ARS Île-de-France.



Près de 6 200 décisions notifiées par l'ARS Île-de-France aux établissements franciliens

Au stade actuel de la campagne régionale :

491 EHPAD ont fait l'objet d'une ou plusieurs décisions notifiées par lettre définitive. Au total, 6 146 décisions définitives ont été notifiées à ces structures. Elles se répartissent comme suit :

- 670 injonctions (réparties entre 190 établissements) qui visent des corrections prioritaires en termes de qualité et sécurité de la prise en charge des résidents et dont le non-respect peut entraîner des sanctions administratives allant jusqu'à la fermeture de l'établissement ;
- 3 197 prescriptions, à caractère obligatoire ;
- 2 278 recommandations, concernant des écarts aux bonnes pratiques et qui ne sont juridiquement pas opposables.

Critères HAS

3.10.1 et 3.10.2

Cadre réglementaire, structure du référentiel
et exigences d'évaluation

Manuel d'évaluation de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux

Architecture de l'Objectif 3.10

Le référentiel HAS s'articule en **3 chapitres** :

- **Chapitre 1** — La personne
- **Chapitre 2** — Les professionnels
- **Chapitre 3** — La gouvernance

Objectif 3.10 : Définir et déployer la politique qualité et de gestion des risques

Critère	Intitulé	Type
3.10.1	Définir la politique qualité	Standard
3.10.2	Déployer la politique qualité	Standard

Thématique : Démarche qualité et gestion des risques
OBJECTIF 3.10 – L'ESSMS définit et déploie sa démarche d'amélioration continue de la qualité et gestion des risques.
CRITÈRE 3.10.1 – L'ESSMS définit sa politique qualité et gestion des risques.

Niveau d'exigence : Standard / Impératif
 Champ d'application : Tous ESSMS / Social / Médico-social
 Toutes structures / Établissement / Service
 Tous publics / PNA / PNE / PDS / ANI / PE-PU

Éléments d'évaluation	Références
Entretien avec l'ESSMS L'ESSMS définit sa politique d'amélioration continue de la qualité et gestion des risques au regard notamment des RBPP, références et procédures spécifiques à leur cadre d'intervention. L'ESSMS s'inscrit dans des partenariats pouvant lui apporter une expertise et/ou un appui dans sa démarche. L'ESSMS communique régulièrement sur sa démarche d'amélioration continue de la qualité et gestion des risques auprès de l'ensemble des parties prenantes. Entretien avec les membres du CVS Cf. fiche pratique « guide d'entretien avec les membres du conseil de la vie sociale ».	Références légales et réglementaires • Article L3114 du CASP. • Article D344-9-3 du CASP. Autres références • Fiche méthode : Manager par la qualité en situation médico-sociale, FOSAP-IRA Pays de la Loire, 2024.
Consultation documentaire Tous documents décrivant la stratégie de l'ESSMS en matière de qualité et de gestion des risques. Exemples : politique d'amélioration continue de la qualité et gestion des risques, projet d'établissement/service, programme qualité, liste des partenariats concernés, éléments de communication et de sensibilisation sur la démarche qualité et gestion des risques (présentations, affichage, protocoles).	

Thématique : Démarche qualité et gestion des risques
OBJECTIF 3.10 – L'ESSMS définit et déploie sa démarche d'amélioration continue de la qualité et gestion des risques.
CRITÈRE 3.10.2 – L'ESSMS met en œuvre sa démarche qualité et gestion des risques.

Niveau d'exigence : Standard / Impératif
 Champ d'application : Tous ESSMS / Social / Médico-social
 Toutes structures / Établissement / Service
 Tous publics / PNA / PNE / PDS / ANI / PE-PU

Éléments d'évaluation	Références
Entretien avec l'ESSMS L'ESSMS met en place une organisation pour assurer le pilotage de sa démarche qualité et gestion des risques. L'ESSMS évalue régulièrement sa démarche d'amélioration continue de la qualité et gestion des risques, grâce notamment à l'analyse de la satisfaction des personnes accompagnées, des RBPP, références et procédures spécifiques à leur cadre d'intervention. L'ESSMS revise sa démarche autant que nécessaire. Entretien avec les membres du CVS Cf. fiche pratique « guide d'entretien avec les membres du conseil de la vie sociale ».	Références légales et réglementaires • Article L3114 du CASP. • Article D344-9-3 du CASP. Autres références • Fiche méthode : Manager par la qualité en situation médico-sociale, FOSAP-IRA Pays de la Loire, 2024.
Consultation documentaire Tous documents permettant de confirmer le pilotage de la démarche d'amélioration continue de la qualité et de la gestion des risques : description de l'organisation, des rôles et responsabilités, référents. Outils de pilotage (indicateurs, tableaux de bord...). Résultats des évaluations de la démarche, atteinte des objectifs. Date des dernières révisions de la politique et du programme qualité et gestion des risques.	Références HAS - Globales • Rapport Port de vue des personnes accompagnées par les ESSMS, Des démarches pour répondre au mieux à la qualité et prendre en compte leur parcours et leur satisfaction, 2023. Références légales et réglementaires • Article 3-6 du CASP. Autres références • Fiche méthode : Manager par la qualité en situation médico-sociale, FOSAP-IRA Pays de la Loire, 2024. • Check list des rôles et missions principales de référent qualité en ESSMS, Version 1, FOSAP, 2024. • Kit Recueil des instruments, évalables, ANAP, 2023. • Démarche qualité des ESSMS : les indispensables à l'élaboration et à l'entretien, FOSAP, 2022. • Démarche d'amélioration continue de la qualité : l'outil à destination des professionnels et des personnes accompagnées, FOSAP, 2022.

Audit Système, pour L'ESSMS....



Accompagnement à la santé

- 3.10 L'ESSMS définit et déploie sa démarche d'amélioration continue de la qualité et gestion des risques.



Critère 3.10.1 : L'ESSMS définit sa politique qualité et gestion des risques

Thématique : Démarche qualité et gestion des risques

OBJECTIF 3.10 – L'ESSMS définit et déploie sa démarche d'amélioration continue de la qualité et gestion des risques.

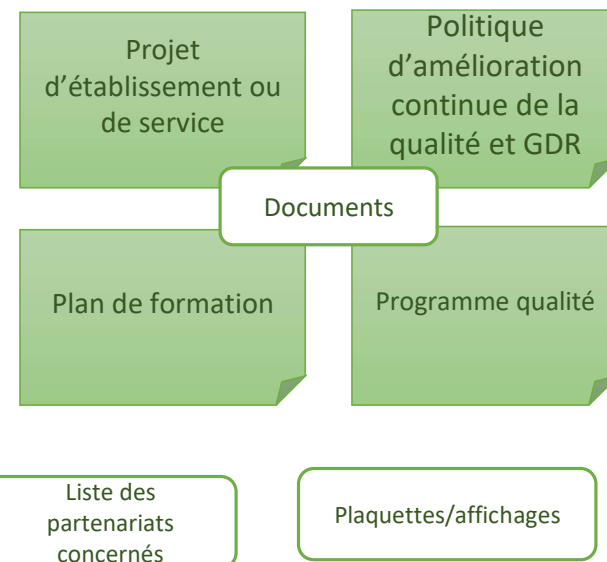
CRITÈRE 3.10.1 – L'ESSMS définit sa politique qualité et gestion des risques.

Niveau d'urgence : Standard / Impératif
Champ d'application : Tous ESSMS / Social / Médico-social
Toutes structures / Etablissement / Service
Tous publics / PA / PCH / PHE / PDS / ANI / PE/PJJ

Éléments d'évaluation
Entretien avec l'ESSMS L'ESSMS définit sa politique d'amélioration continue de la qualité et gestion des risques au regard notamment des RBPP, références et procédures spécifiques à leur cadre d'intervention. L'ESSMS s'inscrit dans des partenariats pouvant lui apporter une expertise et/ou un appui dans sa démarche. L'ESSMS communique régulièrement sur sa démarche d'amélioration continue de la qualité et gestion des risques auprès de l'ensemble des parties prenantes.
Entretien avec les membres du CVS Cf. fiche pratique « guide d'entretien avec les membres du conseil de la vie sociale ».
Consultation documentaire Tous documents décrivant la stratégie de l'ESSMS en matière de qualité et de gestion des risques. Exemples : politique d'amélioration continue de la qualité et gestion des risques, projet d'établissement/de service, programme qualité, liste des partenariats concernés, éléments de communication et de sensibilisation sur la démarche qualité et gestion des risques (plaquettes, affichage, protocoles).

Références
Références légales et réglementaires
• Article L311-4 du CASP
• Article D344-5-5 du CASP.
Autres références
• Fiches méthodes : Manager par la qualité en structure médico-sociale, FORAP-SMA Pays de la Loire, 2024.

- L'ESSMS définit sa politique d'amélioration continue de la qualité et gestion des risques au regard notamment des RBPP, références et procédures spécifiques à leur cadre d'intervention.
- L'ESSMS s'inscrit dans des partenariats pouvant lui apporter une expertise et/ou un appui dans sa démarche.
- L'ESSMS communique régulièrement sur sa démarche d'amélioration continue de la qualité et gestion des risques auprès de l'ensemble des parties prenantes.



Audit Système, pour L'ESSMS....



Accompagnement à la santé

- 3.10 L'ESSMS définit et déploie sa démarche d'amélioration continue de la qualité et gestion des risques..



Audit
système



Critère 3.10.2 : L'ESSMS met en œuvre sa démarche qualité et gestion des risques.

Thématique : Démarche qualité et gestion des risques

OBJECTIF 3.10 – L'ESSMS définit et déploie sa démarche d'amélioration continue de la qualité et gestion des risques.

CRITÈRE 3.10.2 – L'ESSMS met en œuvre sa démarche qualité et gestion des risques.

Niveau d'exigence : Standard / Impératif
Champ d'application : Tous ESSMS / Social / Médico-social
Toutes structures / Établissement / Service
Tous publics : PA / PHA / PSE / PDS / AH / PE-PJJ

Éléments d'évaluation
Entretien avec l'ESSMS - L'ESSMS met en place une organisation pour assurer le pilotage de sa démarche qualité et gestion des risques. - L'ESSMS évalue régulièrement sa démarche d'amélioration continue de la qualité et gestion des risques, grâce notamment à l'analyse de la satisfaction des personnes accompagnées, des RBPP, références et procédures spécifiques à leur cadre d'intervention. - L'ESSMS revise sa démarche autant que nécessaire.
Entretien avec les membres du CVS - Cf. fiche pratique « guide d'entretien avec les membres du conseil de la vie sociale ».
Consultation documentaire - Tous documents permettant de confirmer le pilotage de la démarche d'amélioration continue de la qualité et de la gestion des risques : description de l'organisation, des rôles et responsabilités, référents. - Outils de pilotage (indicateurs, tableau de bord...) - Résultats des évaluations de la démarche, atteinte des objectifs. - Dates des dernières révisions de la politique et du programme qualité et gestion des risques.

Références
HAS - Globales • Rapport Point de vue des personnes accompagnées par les ESSMS Des démarches pour exprimer, recueillir, analyser et prendre en compte leur expérience et leur satisfaction, 2020.
Références légales et réglementaires • Annexe 3-0 du CASF.
Autres références • Fiches méthodes : Manager par la qualité en structure médico-sociale, FORAP-SRA Pays de la Loire, 2020. • Check List des rôles et missions principales du référent qualité en ESSMS, Version 1, FORAP, 2021. • Kit Recueil des événements désirables, ANAP, 2021. • Démarche qualité des ESSMS : les indispensables - Poster à destination de l'encadrement, FORAP, 2022. • Démarche d'amélioration continue de la qualité - Poster à destination des professionnels et des personnes accompagnées, FORAP, 2022.

Entretien avec l'ESSMS

- L'ESSMS met en place une organisation pour assurer le pilotage de sa démarche qualité et gestion des risques.
 - L'ESSMS évalue régulièrement sa démarche d'amélioration continue de la qualité et gestion des risques, grâce notamment à l'analyse de la satisfaction des personnes accompagnées, des RBPP, références et procédures spécifiques à leur cadre d'intervention.
 - L'ESSMS revise sa démarche autant que nécessaire.
- Entretien avec les membres du CVS
- Cf. fiche pratique « guide d'entreti

PAQ opérationnel et suivi

COFIL et CREX actifs

Documents

CVS impliqués dans pilotage

Programme qualité

Outils de pilotages (tableau de bord, indicateurs ...)

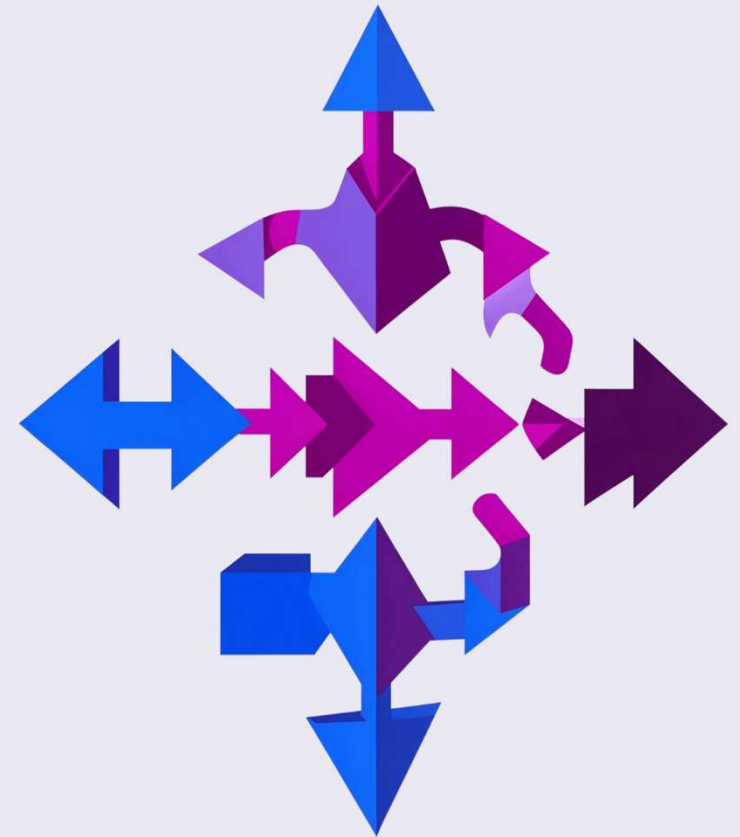
Dates des dernières révisions de la politique et du programme qualité et gestion des risques.

Résultats des évaluations de la démarche, atteinte des objectifs

SECTION 2

Déployer une Politique et une démarche Qualité & Gestion des Risques

Documents cadres · Projet d'établissement CPOM · PAQ · Cartographie des risques ·
Approche a priori / a posteriori



Pourquoi une politique qualité ?

Ce qui change concrètement sur le terrain



Dysfonctionnements mieux gérés

Grâce à une procédure de signalement claire, **chaque professionnel sait comment agir** face à un imprévu, évitant qu'une situation anodine ne dégénère.



Objectifs clairs pour tous

Un Plan d'Amélioration de la Qualité (PAQ) partagé signifie que **chacun comprend sa contribution** et l'impact de son travail sur l'accompagnement des résidents.



Anticiper les dangers

La cartographie des risques permet d'**identifier les points sensibles avant qu'un incident ne survienne**, comme prévenir une chute en adaptant l'environnement d'un résident.



Apprendre par les retours d'expérience

Les retours d'expérience en CREX ne cherchent pas un coupable mais **proposent des solutions collectives**, transformant chaque incident en opportunité d'amélioration.



Pratiques homogènes

Une culture qualité installée assure que **les nouveaux arrivants sont bien formés** et que les pratiques de soin ou d'accompagnement sont cohérentes pour tous.

La qualité : une philosophie collective

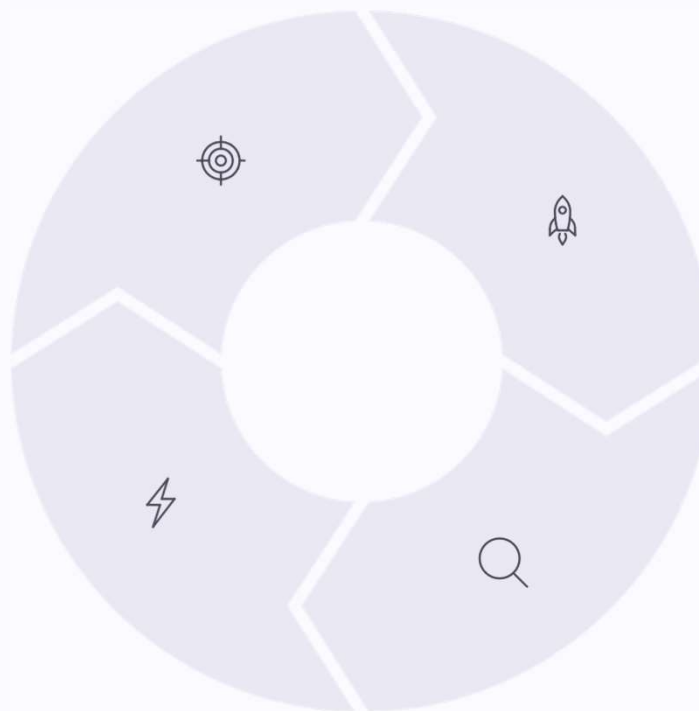
La qualité est l'affaire de TOUS — direction, équipes et personnes accompagnées

PLANIFIER

Politique QGDR · Cartographie des risques

AGIR

COPIL QGDR · CREX · Révision PAQ



DÉPLOYER

Activités · Formation · Communication

VÉRIFIER

Audits · Indicateurs · Auto-évaluation HAS

Le cycle de la démarche qualité

Centrée sur l'organisation

Piloter via le **projet d'établissement**

Centrée sur la personne

Piloter via le **projet personnalisé**

Incarner et
piloter

Améliorer,
ajuster et
prévenir



Recueillir
l'expression
ou le point
de vue

Organiser et
évaluer



- Évaluer les besoins (préservation l'autonomie) et les risques (dénutrition, Chute, Douleur...)
- Co-construire et évaluer le PAP
- Mettre en œuvre les actions en lien avec les objectifs du PAP
- Améliorer par le recueil de l'expression et/ou traitement d'un EI, d'une plainte et d'une réclamation...

Politique QGDR — Les 3 niveaux



Avec ou Sans référent qualité : le cadre de proximité porte la démarche

Pas de référent qualité ? Le cadre de proximité est la cheville ouvrière de la démarche.



Être le relais du signalement

Il crée un climat de confiance où l'équipe ose s'exprimer. Il reçoit, prend au sérieux les signalements et assure le lien avec la direction.



Animer les temps d'équipe comme des espaces qualité

Réunions d'équipe, staffs, transmissions... chaque moment est une occasion d'échanger sur les pratiques et d'apprendre collectivement.



Faire vivre le système au quotidien

Il veille à l'application des protocoles par les nouveaux et les anciens, et adapte les outils pour qu'ils soient utiles et réalistes sur le terrain.



Remonter les signaux faibles à la direction

Aux premières loges, il détecte les dysfonctionnements avant qu'ils ne s'aggravent, alerte la direction et propose des solutions proactives.

Le Référent Qualité — Pivot de la méthodologie



Qui est-il ?

Pas forcément un expert qualité de formation. Souvent un infirmier coordinateur, un chef de service, ou un cadre administratif désigné par la direction. Sa **légitimité auprès des équipes**, sa **connaissance du terrain** et son **accès à la direction** sont essentiels.



Ses missions au quotidien

- Coordonner le PAQ
- Animer le système de signalement
- Préparer les réunions COPIL
- Garant de la GED
- Être l'interlocuteur des évaluateurs HAS lors des visites



Son positionnement dans la structure

Il est l'**interface** entre la direction (stratégie) et les équipes (terrain). Il assure le lien avec les partenaires, l'ARS ou les organismes gestionnaires. Il est **au cœur du dispositif**, ni tout en haut, ni tout en bas.



Ce qui le rend efficace

- Un mandat clair de la direction
- Du temps dédié (même partiel)
- Un accès aux instances
- La confiance des équipes
- Un appui méthodologique externe

Structurer la Politique Qualité — Document cadre





Co-construire la Qualité avec l'usager



Livret d'accueil

Valeurs, qualité et droits dès l'entrée



Charte des droits

Remise et expliquée à chaque personne



Règlement de fonctionnement

Co-élaboré avec les instances représentatives



Contrat de séjour / DIPC

Objectifs et engagements réciproques



Projet d'Établissement

Co-élaboré avec les personnes accompagnées, les familles et le CVS ; il définit les orientations de l'accompagnement et reflète les attentes des usagers. Sa révision est une opportunité de co-construction réelle.



Le CVS est consulté sur le PAQ et les résultats d'évaluation — élément de preuve HAS. **Le Projet d'Établissement est le document fédérateur : il donne du sens à la démarche qualité aux yeux des usagers et des familles.**



Structurer les activités et organisations :

« La Cartographie des Processus »

La cartographie des processus est une **représentation visuelle et logique du fonctionnement de l'ESSMS**. Elle permet d'identifier les interfaces entre les activités, de repérer les risques et de structurer le système documentaire.

◆ Processus de Management / Pilotage

- Stratégie et politique QGDR (PE)
- Communication institutionnelle
- Pilotage des instances (CA, COPIL, CVS)
- Évaluation et amélioration continue
- Gestion financière et budgétaire

◆ Processus de Réalisation (Cœur de métier)

- Réaliser l'Accueil et admission
- Co-construire le Projet personnalisé
- Réaliser les soins et l'accompagnement au quotidien
- Réaliser la sortie et l'orientation

◆ Processus Support

- Ressources Humaines
- Ressources qualité
- Logistique, achats, entretien et maintenance
- Système d'information et GED

i *Derrière chaque processus, un pilote ou un manager identifié — pour faciliter l'appropriation par les professionnels.*

Le PAQSS ou PAQ:

Programme d'Amélioration de la Qualité et Sécurité des Soins - L'outil central de suivi

Rôle : Centraliser l'ensemble des actions d'amélioration de l'établissement en un document unique, vivant et partagé avec les instances de gouvernance.

Sources d'alimentation du PAQSS

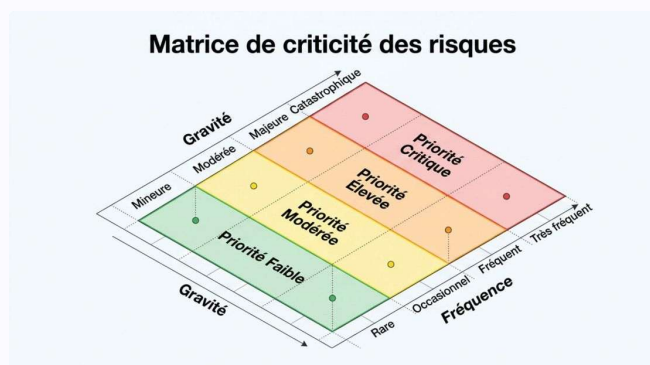
- Résultats de l'évaluation HAS / Évaluations internes
- Analyse des événements indésirables et des risques
- Plaintes, réclamations et enquêtes de satisfaction
- Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles (RBPP)
- Audits internes et observations terrain
- Fiches actions Projet d'établissement
- Rapport de contrôle et d'inspections
- Actions du plan de développement des compétences

Structure d'un PAQSS efficace

- **Objectif** — Résultat attendu
- **Origine** — source de la création de l'action (Audit, évaluation EI, réclamation...)
- **Action** — Mesure concrète à mettre en œuvre
- **Pilote désigné** — Responsable de l'action
- **Échéance** — Date cible de réalisation
- **Indicateur de suivi** — Mesure de l'avancement
- **État d'avancement** — En cours / Réalisé / Reporté
- **Instances de suivi** : Codir , CoQua , Co soins ...

☐ Les actions individuelles liées à la personne alimentent le Dossier Usager Informatisé (DUI) et les actions collectives alimentent le PAQSS

Double approche de la Gestion des Risques



A Priori — Prospective

Outil : Cartographie des Risques

Criticité = Fréquence $\times$ Gravité $\rightarrow$ actions préventives ciblées.

A Posteriori — Rétrospective

Outil : Déclaration & Analyse des EI/EIG

Causes racines $\rightarrow$ actions correctives traçables.

Exemple concret : la fausse route, de l'incident à l'amélioration

Gestion A Priori — on anticipe/évalue

Objectif : Anticiper la fausse route avant qu'elle ne survienne

Outil clé : bilan orthophonique , Période d'évaluation : processus d'accueil nouvelle personne avec observance les premiers jours de l'arrivée

La fausse route est identifiée comme risque critique :

- Cartographie des risques : Fréquence élevée × Gravité élevée.
- Actions préventives : Formation de tous les soignants aux textures modifiées et à la position d'aide au repas, détection et analyse des FR sans conséquences
- Protocole d'aide au repas affiché et connu de tous.
- Fiche de liaison diététique dans le dossier de chaque résident à risque.
- Pilote : Infirmier coordinateur ou cadre de service.



Gestion A Posteriori — Rétrospective

Objectif : éviter qu'une fausse route ne survienne de nouveau

Outil clé : DUI risques identifiés, procédure urgence, formation, communication avec famille

Une personne accompagnée a fait une fausse route lors d'un repas :

- Signalement immédiat de l'incident.
- Analyse en équipe : Pourquoi ?
Texture inadaptée ? Positionnement incorrect ? Manque de surveillance ? Professionnel non formé ?
- Causes identifiées → actions correctives inscrites au **PAQSS**.
- Retour d'Expérience (REX) partagé en réunion d'équipe : "voici ce qu'on a appris".
- Pilote désigné pour le suivi des actions.

 Un seul incident bien analysé peut protéger des dizaines de personnes accompagnées. C'est ça, la gestion des risques en pratique.

SECTION 3

Incarnation, Communication & Appropriation

Management · Signalement · Documentation · Co-construction



Donnez du sens : L'Incarnation par le Management

La démarche qualité ne peut vivre que si elle est portée et incarnée à tous les niveaux hiérarchiques. L'exemplarité de la gouvernance est une condition sine qua non de l'appropriation par les équipes ainsi qu'une co-construction avec les instances représentatives

Le rôle de la Gouvernance

- Inscrire la QGDR dans les ordres du jour des instances (CA, CVS, réunions d'encadrement)
- Allouer les ressources nécessaires : budget, temps dédié, formations, logiciels GED/EI
- Valider et présenter publiquement les résultats du PAQ
- Signer et diffuser la politique qualité

Le rôle des Cadres de Proximité

- Relais sur le terrain : rendre la qualité concrète et opérationnelle au quotidien
- Passer d'une culture du contrôle à une **culture de l'apprentissage et de la bientraitance**
- Animer les temps d'échange sur les EI et les bonnes pratiques
- Valoriser les professionnels qui signalent et s'impliquent

☐ *Critère HAS 3.10.2 — évalué en entretien*

Communiquer efficacement sur la démarche Qualité

Une communication structurée, régulière et adaptée à chaque public est indispensable pour maintenir la mobilisation des équipes et informer les parties prenantes de l'avancement de la démarche.



En interne — Professionnels

- Intégration dans le livret d'accueil des salariés avec les documents qualité personnalisés en fonction des corps de métier
- Intégration d'un temps dédié à la qualité dans le parcours d'intégration
- Flashs Qualité et affichage synthétique dans les espaces professionnels
- Mesurer collectivement la culture sécurité
- Organisation d'analyses collectives des plaintes, des EI, EIG
- Restitution des bilans d'EI/EIG en réunion d'équipe
- Présentation annuelle du bilan qualité (revue de direction) et du PAQ aux équipes



En externe — Usagers, Familles, Partenaires

- Implication et information via le Conseil de la Vie Sociale (CVS) lors de chaque réunion
- Présentation des résultats des évaluations et de la politique sur le site web et affichages visibles
- Intégration dans le livret d'accueil usager
- Communication aux partenaires institutionnels (ARS, CD)

Gestion Documentaire — 4 niveaux



Les clés d'une GED efficace

 **Éviter le trop de documents** — un document inutilisé est un document inutile

 **Documents courts, visuels** (logigrammes), co-rédigés avec les professionnels

 **Accessibles via une GED centralisée** et à jour — pas de double support papier/numérique

 **Bonnes questions à se poser** : Est-il mis à jour ? Est-il réellement utilisé ?

 **Si informatisé** : s'assurer que tous les professionnels y ont accès, former les nouveaux arrivants

SECTION 4

Pilotage et Évaluation QGDR

COPIL QGDR · CREX · Référent Qualité · Indicateurs · Auto-évaluation



L'Architecture de Pilotage : COPIL QGDR & RETEX

Un pilotage efficace de la démarche qualité repose sur deux instances complémentaires, articulées entre le niveau stratégique et le niveau opérationnel.

COPIL QGDR — Niveau Stratégique

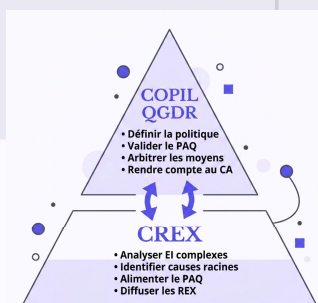
Présidé par la Direction

- Définir et réviser la politique qualité
- Valider et suivre le PAQSS
- Arbitrer les moyens et les priorités
- Suivre les indicateurs qualité du tableau de bord
- Rendre compte au Conseil d'Administration

RETEX /CREX — Niveau Opérationnel

Instance pluridisciplinaire

- Analyser en profondeur les événements indésirables complexes
- Identifier les causes racines (méthode systémique)
- Proposer des actions correctives et préventives
- Alimenter le PAQSS avec les résultats d'analyse
- Diffuser les retours d'expérience aux équipes



Pilotage QGDR — COPIL, RETEX/CREX & Instances existantes

Mise en œuvre selon votre organisation

Pas besoin de créer de nouvelles instances — adossez la qualité à celles qui existent déjà.



Commission menu / nutrition

Lieu naturel pour traiter les risques alimentaires (fausse route, dénutrition), réviser les protocoles repas, analyser les incidents liés à l'alimentation.



COPIL intégré au CODIR

La qualité à l'ordre du jour du comité de direction : arbitrage des moyens, validation du PAQ, lien avec la stratégie de l'établissement.



Commission Vie Sociale / CVS

Associer les personnes accompagnées et leurs familles : restitution des résultats d'évaluation, présentation du PAQ, recueil des plaintes et suggestions.



Organisation des soins / staff clinique

Intégrer un point qualité dans les staffs : retour sur les EI, révision des protocoles de soins, suivi des indicateurs (chutes, escarres, douleur).

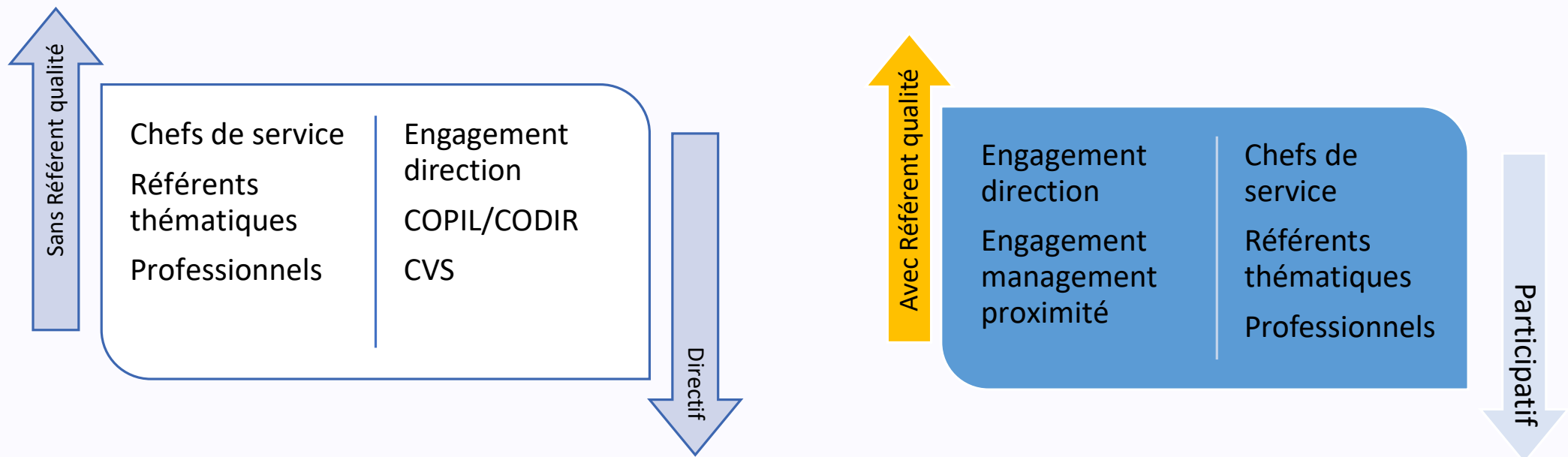


Référent Qualité en appui

Il prépare les ordres du jour qualité, apporte les données (indicateurs, bilan EI), assure le suivi des décisions — mais c'est le manager de l'instance qui préside et porte la démarche.

☐ À définir dans la politique et la stratégie : quelle instance porte quel sujet qualité, avec quelle fréquence et quel compte-rendu.

Pilotage de la Démarche Qualité — Positionnement du Référent Qualité



Les Indicateurs Qualité : Mesurer pour piloter

Les indicateurs qualité permettent de réaliser des évaluations objectives, de suivre l'atteinte des objectifs et de vérifier la pérennité des résultats dans le temps. Ils constituent le tableau de bord de la gouvernance.



Indicateurs de Ressources

- ETP mobilisés dans les comités chutes
- Budget alloué au matériel prévention des chutes
- ETP mobilisés pour prévention des chutes
- Nombre de professionnels formés au risque de chutes



Indicateurs d'Activité

- Nombre de réunions comité chute
- Nombre d'ateliers prévention chute
- Nombre d'évaluation dénutrition réalisées



Indicateurs de Processus

- Taux d'évaluation des risques de chute des PA
- Taux de projets personnalisés réactualisés en fonction du risque de chute
- Taux de risques de chutes évalués systématiquement à l'admission



Indicateurs de Résultats

- Taux de chutes analysées (avec et sans conséquences)
- Nombre d'EI signalés et traités en lien avec les chutes

Principes clés — Des indicateurs utiles, pas décoratifs



Définis par instance

Chaque instance (COPIL, CREX, staff, CVS...) choisit les indicateurs qui lui permettent de piloter ses propres décisions. Pas un tableau de bord unique imposé à tous.



Mis à jour à la fréquence de l'instance

Un indicateur présenté en COPIL trimestriel doit être actualisé chaque trimestre. Un indicateur de staff hebdomadaire, chaque semaine. La fréquence de mise à jour = la fréquence de l'instance.



Partir de ce qui existe déjà

Commencer par ce qui est déjà produit : taux d'occupation, nombre de chutes, nombre d'EI signalés, taux de réalisation des projets personnalisés. Inutile de tout créer from scratch.

S'évaluer en continu — dès le 1er jour



Évaluation interne

- Auto-évaluations selon référentiel HAS
- Audits internes ciblés
- Traceur patient/résident

Rôle du CA / OG

- Validation du rapport d'auto-évaluation
- Revue annuelle et arbitrage PAQ



Planifier → Déployer → Évaluer → Améliorer

Outils d'audit disponibles pour les ESSMS

Des supports clés en main pour s'auto-évaluer et préparer l'évaluation HAS



Quick Audit STARAQS

Outil d'auto-évaluation rapide développé par la STARAQS, permettant aux ESSMS d'identifier leurs points forts et axes de progression sur l'Objectif 3.10.

- Grille structurée par critère HAS
- Cotation immédiate par item
- Génération automatique d'un plan d'actions prioritaires
- Disponible sur demande auprès de la STARAQS

omedot

ÎLE-DE-FRANCE

ARCHIMED Handicap — Circuit du Médicament en ESSMS

Outil régional de sécurisation de la prise en charge médicamenteuse (PECM) en ESSMS.

- Réaliser un état des lieux des organisations en place au sein de la structure
- Repérer les points forts et les points à améliorer, et élaborer un plan d'actions prioritaires
- Bénéficier d'un appui régional avec mise à disposition des ressources (boîte à outils, formations...)
- Fédérer l'équipe autour d'un travail coopératif et transversal réunissant compétences éducatives et soignantes
- Se préparer aux nouvelles évaluations qualité HAS pour les ESSMS



Checklist Gouvernance & Conformité HAS



Politique QGDR

Rédigée, signée, diffusée, révisée



Cartographies

Processus et risques, mises à jour annuellement



PAQSS vivant

Présenté au COPIL et CA annuellement



Dispositif EI/EIG

Opérationnel, charte non punitive diffusée



Tableau de bord

Indicateurs QGDR suivis par les instances



GED structurée

Classée par processus, maintenue à jour

Comprendre la Cotation HAS — Objectif 3.10

De 1 à ★ : ce que mesure vraiment l'évaluateur

La cotation ne mesure pas le nombre de documents. Elle mesure la maturité de l'organisation : à 1, elle n'existe pas ; à 2, elle est partielle ; à 3, elle est structurée et tracée ; à 4, elle est évaluée et réajustée ; avec l'étoile, elle va au-delà des attendus.

1 Cotation 1
Pas du tout satisfaisant

2 Cotation 2
Plutôt pas satisfaisant

3 Cotation 3
Plutôt satisfaisant

4 Cotation 4
Tout à fait satisfaisant

★ Étoile
Niveau optimisé

● Cotation 1 — Pas du tout satisfaisant

HAS : Pas du tout satisfaisant

⊗ GRILLE DE COTATION HAS

La gouvernance ne connaît pas, ne peut pas définir ou n'a pas traité le critère évalué. L'organisation mise en place par la gouvernance sur le critère évalué est inexistante.

Application à l'objectif 3.10

● Politique QGDR — Absente ou non définie

● Cartographie des risques/processus — Absente

● PAQSS — Absent ou inexploitable

● EI/EIG, plaintes, réclamations, satisfaction — Pas de dispositif structuré

● Pilotage / tableau de bord — Absent

● GED — Non organisée

● Audit / auto-évaluation — Non mis en place

⊗ Pourquoi l'évaluateur cote 1 ?

Il ne retrouve pas d'organisation permettant de démontrer que la démarche qualité et gestion des risques est définie et déployée.

Cotation 2 — Plutôt pas satisfaisant

HAS : Plutôt pas satisfaisant

GRILLE DE COTATION HAS

La gouvernance connaît, définit et traite partiellement le critère évalué. L'organisation mise en place par la gouvernance sur le critère évalué est partielle et/ou inefficace. Absence de traçabilité d'une organisation structurée (outils, procédures, etc.).

Application à l'objectif 3.10

● Politique QGDR — Une politique existe et des orientations sont définies

● Cartographie — Partielle, ancienne ou non exploitée

● PAQSS — Existe, mais son suivi est irrégulier

● EI/EIG, plaintes, réclamations, satisfaction — Recueillis mais insuffisamment exploités

● Pilotage / tableau de bord — Partiel ou irrégulier

● GED — Organisation insuffisante

● Audit / auto-évaluation — Ponctuel ou absent

Pourquoi l'évaluateur cote 2 ?

Les premières briques existent, mais elles ne constituent pas encore une organisation structurée, efficace et traçable.

Cotation 3 — Plutôt satisfaisant

HAS : Plutôt satisfaisant

GRILLE DE COTATION HAS

La gouvernance connaît, définit et traite le critère évalué. L'organisation mise en place par la gouvernance sur le critère évalué est structurée et efficiente. L'organisation et/ou la procédure mise en œuvre fait l'objet d'une traçabilité.

Application à l'objectif 3.10

● Politique QGDR — Définie et formalisée

● Cartographie — Risques/processus identifiés

● PAQSS — Structuré, avec actions, pilotes et échéances

● EI/EIG, réclamations, satisfaction — Dispositifs opérationnels

● Pilotage / indicateurs — Présents mais exploitation encore perfectible

● GED — Structurée et accessible

● Audit / auto-évaluation — Réalisés mais pas encore systématiquement exploités

Pourquoi l'évaluateur cote 3 ?

La démarche est structurée, efficiente et tracée. Il reste cependant une marge de progression dans l'évaluation systématique des résultats et le réajustement.

Cotation 4 — Tout à fait satisfaisant

HAS : Tout à fait satisfaisant

GRILLE DE COTATION HAS

La gouvernance connaît, définit et traite le critère évalué. L'organisation mise en place par la gouvernance est efficiente, évaluée et réajustée sur la base d'indicateurs dans le cadre de la démarche d'amélioration continue de la qualité. L'organisation mise en œuvre fait l'objet d'une traçabilité et les supports sont mis à disposition de tous les professionnels.

Application à l'objectif 3.10

● Politique QGDR — Définie, diffusée, évaluée et actualisée

● Cartographies — Actualisées et utilisées pour prioriser

● PAQSS vivant — Piloté, suivi et réajusté

● EI/EIG, plaintes, réclamations, satisfaction — Analysés et intégrés au PAQSS

● Pilotage / tableau de bord — Indicateurs suivis, analysés et utilisés pour décider

● GED — Documents maîtrisés, accessibles et actualisés

● Audit / auto-évaluation — Programmés, réalisés et leurs résultats exploités

Pourquoi l'évaluateur cote 4 ?

La boucle d'amélioration continue est complète et démontrée : l'ESSMS définit, déploie, trace, évalue et réajuste sa démarche.

★ Niveau Optimisé — Au-delà des attendus

HAS : Niveau optimisé

📄 GRILLE DE COTATION HAS

Les actions mises en place vont au-delà des attendus réglementaires et de bonnes pratiques professionnelles selon le type d'ESSMS.

Et/ou démarche innovante, actions remarquables reconnues sur le territoire présentant une plus-value pour l'accompagnement de la personne, valorisation de l'exercice de l'autodétermination, partenariats, etc.

Et/ou développement d'une culture apprenante (formations, sensibilisation plus importante sur un sujet, référent). Et/ou mise en place d'une organisation efficiente.

Application à l'objectif 3.10 — Socle (tous verts)

- ● Politique QGDR
- ● Cartographies
- ● PAQSS vivant
- ● EI/EIG – plaintes – réclamations – satisfaction
- ● Pilotage / indicateurs
- ● GED
- ● Audit / auto-évaluation

★ AU-DELÀ DES ATTENDUS

★ Culture apprenante particulièrement développée — formation, sensibilisation, RETEX, référents

★ Démarche remarquable ou innovante — dispositif apportant une plus-value démontrée

★ Expérience et autodétermination de la personne — réellement utilisées comme moteur d'amélioration

★ Partenariats — expertise et coopération apportant une plus-value à la démarche

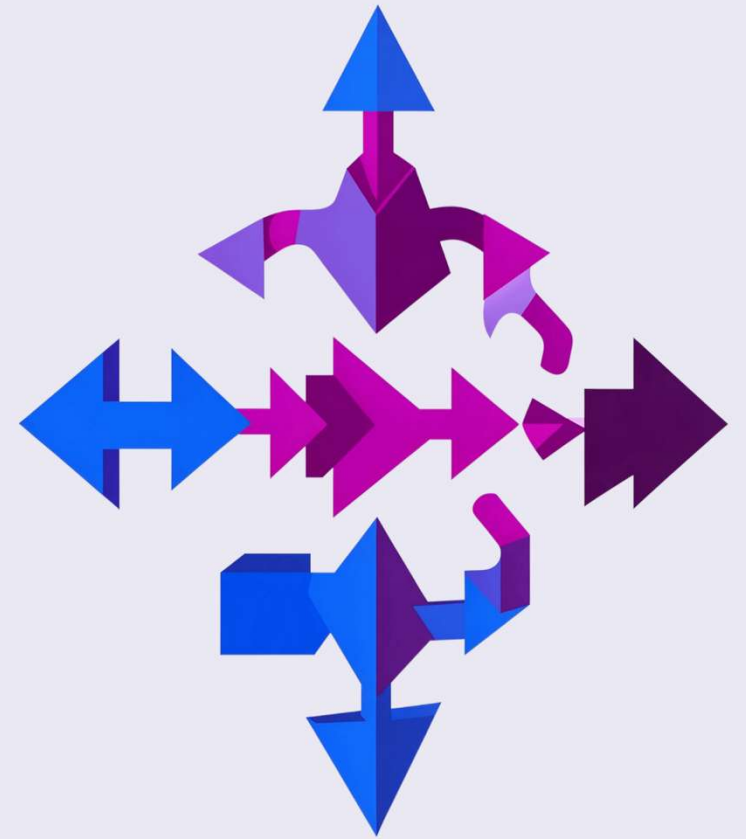
★ Pratiques reconnues ou partageables sur le territoire

📄 Pourquoi l'évaluateur attribue ★ ?

L'ESSMS ne se contente pas de maîtriser sa démarche : certaines actions vont au-delà des attendus et apportent une plus-value démontrée.

La cotation ne mesure pas le nombre de documents que possède l'ESSMS. Elle mesure la maturité de son organisation : à 1, elle n'existe pas ; à 2, elle est partielle ; à 3, elle est structurée et tracée ; à 4, elle est en plus évaluée et réajustée ; et avec l'étoile, elle va au-delà des attendus.

Pour aller plus loin —
Ressources & Outils
STARAQs



Pour aller plus loin — Ressources & Outils STARAQS



Sur notre site

1 J'accède à la plateforme ressource

Outils STARAQS

<< Retour

- 1- QUICK AUDIT 2.2.1 – Liberté d'aller et venir
 - 2- QUICK AUDIT 2.2.2- Dignité et l'intégrité
 - 3- QUICK AUDIT 2.2.3- Vie privée intimité
 - 4- QUICK AUDIT 2.2.4 – Liberté d'opinion croyances et vie spirituelle
 - 5- QUICK AUDIT 2.2.5 – image
 - 6- QUICK AUDIT 2.2.6- Droits et liberté
 - 7- QUICK AUDIT 2.2.7 Protection données et confidentialité
 - 8- QUICK AUDIT 3.11 Prévention maltraitance
 - 9- QUICK AUDIT 3.12 plaintes et réclamations
 - 10 – QUICK AUDIT 3.13 EI EIAS EIAGS
 - 11 – QUICK AUDIT 3.14- Gestion de crise
- Cartographie des risques Parcours de la personne accompagnée en ESMS
- Guide d'aide à l'analyse approfondie des causes d'une situation de maltraitance
- Fiche critères impératifs 3.13 ESSMS
- STARAQS Fiche accompagné traceur
- QUICK AUDIT Projet Personnalisé
- QUICK AUDIT Expression participation de la personne
- QUICK AUDIT Douleur

Pour aller plus loin — Ressources & Outils STARAQS



Sur notre site



J'accède à la plateforme ressource



Rechercher un document

Dernières ressources publiées

- 4- QUICK AUDIT 2.2.4 - Liberté d'opinion croyances et vie spirituelle
- Guide sur le rôle du patient et des Représentants des Usagers dans l'analyse des EAS
- Kit ressources Enquête

Secteurs de soins

- Établissements de santé (37 documents)
- ESSMS (10 documents)
- Soins primaires (1 document)

Conférences

- Troubles de la déglutition (1 document)
- Prévention du suicide en EHP (10 documents)
- Périnatalité (1 document)
- Maltraitance (1 document)
- Expérience Patient (10 documents)

Webinaires & formations

- Replay (1 document)
- Diaporama (10 documents)
- Coût de la STARAQS (1 document)

Outils adhérents (5 documents)

Thématique

- EXOS
- Prise en charge méd
- Risque périnatal

Outils adhérents

« Retour

Kit ressources Enquête « Décision Partagée »

Kit documentaire – Baromètre Culture Qualité et Sécurité des Soins en Équipe ESSMS

Kit documentaire – Baromètre Culture Qualité et Sécurité des Soins en Équipe Sanitaire

Kit documentaire – Campagne Choisir avec Soins

Kit documentaire – Campagne Douleur

Pour aller plus loin — Ressources & Outils STARAQS



Animation d'un groupe médico-social regroupant des référents QGR et directions soins des secteurs personnes âgées, handicap et social.

Organisation de 3 réunions d'information et constitution de groupes de travail :

En 2025

- Groupe 1 : Maltraitance Bientraitance : déclinaison du guide HAS et création d'un guide d'analyse d'une situation de maltraitance
- Groupe 2 : Mise à jour de la cartographie des risques liés au parcours de la personne accompagnée en ESMS

En 2026

- Groupe 1 : Expérimentation de la méthode AmPPati en ESSMS
- Groupe 2: Création de support d'audit de bonnes pratiques sur la contention



J'accède à la plateforme ressource

Sur notre site

Groupe ESSMS IDF

« Retour

Cartographie des risques Parcours de la personne accompagnée en ESMS

Guide d'aide à l'analyse approfondie des causes d'une situation de maltraitance

STARAQS 10 MISSIONS REFERENT BIENTRAITANCE

Scénario Exercice cellule de crise SSE

Scénario épidémie digestive SSE

Support RETEX Exercices SSE

Fiche présentation exercices gestion de SSE

Conseils de déploiement des enquêtes

Enquête satisfaction – Entrée accueil

Enquête satisfaction – Lieu d'accueil sans hébergement

Enquête satisfaction – Lieu de vie avec hébergement

Enquête satisfaction – Projet personnalisé

Enquête satisfaction – Respect des droits

Enquête satisfaction – Restauration

Enquête satisfaction – Vie sociale animation

STARAQS Fiche accompagné traceur

QUICK AUDIT Projet Personnalisé

QUICK AUDIT Expression participation de la personne

QUICK AUDIT Douleur

Pour aller plus loin — Ressources & Outils STARAQS



Nos Webinaires

[Webinaire - La place de la PECM dans le référentiel qualité des ESSMS de la HAS en EHPAD](#)

jeudi 24 septembre 2026 à 15:30

[Webinaire - Evaluation de la qualité en ESSMS - HAS](#)

jeudi 26 novembre 2026 14:30

Nos Formations

Préparation aux 18 critères impératifs de l'évaluation des ESSMS

- jeudi 5 novembre 2026

Déploiement de la bientraitance et prévention des situations de maltraitance en ESSMS et ES - mardi 17 novembre 2026

Piloter la démarche d'amélioration de la qualité en ESSMS

- jeudi 26 novembre 2026

La démarche d'élaboration, de suivi et d'évaluation d'un projet personnalisé

- jeudi 10 décembre 2026

Vos questions

Merci pour votre participation



Votre avis nous est précieux

