▲ CRITÈRES IMPÉRATIFS | ÉVALUATION ET PILOTAGE

# Fiches critères impératifs

Repères d'évaluation et de pilotage pour les établissements de santé.

| 22 | 117 | 126 |
|---|---|---|
| CRITÈRES IMPÉRATIFS | ÉLÉMENTS D'ÉVALUATION | INDICATEURS DE PILOTAGE |

## LES 22 CRITÈRES IMPÉRATIFS DU RÉFÉRENTIEL

**CHAPITRE 1**
**Le patient**
7 critères

1.1-01 | 1.1-02 | 1.1-05 | 1.1-06 | 1.2-07 | 1.3-01 | 1.4-02

**CHAPITRE 2**
**Les équipes de soins**
12 critères

2.1-12 | 2.2-02 | 2.2-05 | 2.2-06 | 2.2-08 | 2.2-12 | 2.3-06
2.3-09 | 2.3-10 | 2.3-11 | 2.3-14 | 2.4-02

**CHAPITRE 3**
**L'établissement**
3 critères

3.1-05 | 3.2-12 | 3.3-05

**Développer l'engagement et la culture qualité de vos équipes**

Rendez-vous sur **HospiPlay**

« La qualité nous rassemble, la sécurité du patient nous engage. »

HOSPIPLAY

# Fiches des critères impératifs HAS V2027

*Repères d'évaluation et de pilotage pour les établissements de santé*

## Qu'est-ce qu'un critère impératif

Un critère impératif porte sur une exigence fondamentale de qualité et de sécurité des soins qui doit être satisfaite pour tous les patients et dans toutes les unités concernées. Lors d'une visite, son évaluation repose sur les éléments d'évaluation officiels, les constats recueillis par les différentes méthodes et l'analyse du risque. Une insuffisance ne détermine donc pas, à elle seule, la décision de certification : elle est analysée au regard de sa portée, de sa récurrence, du risque associé et des mesures de maîtrise mises en place.

## Objectif de ce document

Ces fiches constituent un support d'aide à l'évaluation interne et au pilotage. Pour chaque critère impératif, elles présentent l'attendu, les mesures concrètes à mettre en place, les éléments d'évaluation V2027, les preuves à rechercher et les indicateurs utiles au suivi de l'exigence. Elles facilitent la préparation des audits, le partage des attendus avec les équipes et l'identification des actions d'amélioration.

## Comment utiliser les fiches

- partir du libellé exact de l'élément d'évaluation et de la méthode indiquée ;
- rechercher des faits vérifiables dans les pratiques, les dossiers, les documents, les locaux ou les résultats ;
- croiser plusieurs sources lorsque cela est nécessaire et consigner les constats observés ;
- apprécier la conformité au regard du contexte réel de l'établissement et non de la seule présence d'un document.

## Portée et réserves concernant les éléments de preuve

Les éléments de preuve proposés sont des repères opérationnels. Ils ne constituent pas une liste officielle de preuves exigées par la HAS et ne sont pas exhaustifs. Ils doivent être adaptés à l'activité, aux populations accueillies, aux risques, à l'organisation, aux outils et aux modalités de prise en charge de chaque établissement.

L'absence d'une preuve citée ne signifie pas automatiquement que l'élément d'évaluation n'est pas satisfait lorsqu'une preuve équivalente, fiable et pertinente permet d'en démontrer la réalisation. À l'inverse, l'existence d'une procédure, d'un support ou d'un enregistrement ne suffit pas si son application effective n'est pas démontrée. Le référentiel V2027, les fiches pédagogiques HAS actualisées et les éléments d'évaluation officiels restent les références qui prévalent.

Les lignes « IQSS HAS » reprennent des indicateurs nationaux validés et leur champ d'application. Les lignes « HAS en développement » ne sont pas encore des IQSS validés. Les autres lignes sont des repères internes de suivi : leur définition, leur fréquence et leur cible doivent être validées par l'établissement et ne constituent pas des seuils officiels de certification.

**Références officielles :** Référentiel HAS V2027 | Mise en œuvre du sixième cycle

**Scanner pour accéder à HospiPlay**

CRITÈRE HAS V2027
# 1.1-01

▲ CRITÈRE IMPÉRATIF

## Le patient bénéficie du respect de son intimité et de sa dignité au sein d'un environnement sécurisé

STATUT Critère impératif
CHAMP Tout l'établissement
MÉTHODES Patient traceur + Observation

**À DÉMONTRER**

Des pratiques, des locaux et des attitudes qui préservent l'intimité, la dignité, la confidentialité et la sécurité du patient à chaque étape.

**À METTRE EN PLACE**

- Formaliser les règles de dignité, d'intimité, de confidentialité et les rappeler aux équipes.
- Vérifier l'accessibilité des locaux et prévoir une solution compensatoire pour chaque obstacle identifié.
- Recueillir les observations des patients et traiter immédiatement toute atteinte grave ou situation à risque.
- Réaliser des observations de terrain et suivre les écarts jusqu'à leur correction effective.

| ÉLÉMENTS D'ÉVALUATION V2027 | ÉLÉMENTS DE PREUVE À RECHERCHER |
|---|---|
| **EE 1** PATIENT TRACEUR : PATIENT<br>**Cible de l'EE : Patient**<br>Du point de vue du patient, les conditions d'accueil et de prise en charge ont respecté sa dignité et son intimité. | ☐ Observation d'un soin : porte, rideau ou paravent fermé et corps couvert<br>☐ Dispositifs permettant l'intimité disponibles et effectivement utilisés<br>☐ Vécu du patient concordant avec les conditions observées<br>☐ Vécu du patient sur le respect de l'intimité, de la dignité et de son rythme de vie<br>☐ Observation des pratiques : porte/rideau/paravent, corps couvert, langage et attitude respectueux<br>☐ Organisation des soins compatible autant que possible avec les horaires de repas, de repos, de lever et de toilette<br>☐ Pour un patient âgé : vigilance sur les situations d'infantilisation et, lorsque pertinent, sur une durée de jeûne nocturne excessive |
| **EE 2** PATIENT TRACEUR : PATIENT<br>**Cible de l'EE : Patient**<br>Du point de vue du patient, les accès extérieurs, les circulations, les locaux de consultation et d'hospitalisation, la signalétique, permettent de circuler aisément. | ☐ Parcours réel du patient sans obstacle incompatible avec ses capacités : stationnement, entrée, circulation, ascenseur, sanitaires, attente et chambre<br>☐ Signalétique ou supports adaptés aux besoins sensoriels, cognitifs ou de compréhension lorsque nécessaire<br>☐ Matériel spécialisé, aide technique ou assistance humaine disponible lorsque le patient en a besoin<br>☐ Difficulté d'accessibilité identifiée avec solution compensatoire immédiate et action corrective si nécessaire |
| **EE 3** OBSERVATION<br>**Cible de l'EE : Observation directe**<br>Les pratiques garantissent la dignité et l'intimité du patient. | ☐ Soins et toilettes observés porte fermée ou paravent tiré, avec patient couvert hors de la zone soignée<br>☐ Professionnels observés frappant, se présentant, sollicitant l'accord et utilisant une adresse respectueuse<br>☐ Transports et attentes préservant la couverture du patient et la discrétion des échanges cliniques |

| ÉLÉMENTS D'ÉVALUATION V2027 | ÉLÉMENTS DE PREUVE À RECHERCHER |
|---|---|
| **EE 4** OBSERVATION<br>**Cible de l'EE : Observation directe**<br>Les personnes, particulièrement en situation de handicap physique, mental et sensoriel, peuvent accéder à l'établissement et y circuler aisément. | ☐ Place de stationnement/dépose, cheminement, rampe ou entrée, portes, ascenseurs et circulations effectivement accessibles<br>☐ Sanitaires, chambres, espaces d'attente, guichets et dispositifs d'appel utilisables par les patients concernés<br>☐ Signalétique et information adaptées : taille/contraste, pictogrammes, repères ou dispositifs sensoriels selon les besoins accueillis<br>☐ Espaces non encombrés par du stockage et équipements spécialisés réellement disponibles<br>☐ Solution compensatoire testable lorsqu'un point d'accessibilité ne peut être utilisé temporairement |
| **EE 5** OBSERVATION<br>**Cible de l'EE : Observation directe**<br>Les locaux et les équipements garantissent la dignité, l'intimité et la sécurité des patients. | ☐ Portes, rideaux ou paravents évitant les vues directes et les entrées inopinées, notamment en chambre partagée et dans les sanitaires<br>☐ Dispositifs d'appel accessibles et fonctionnels ; lits, fauteuils, barrières, sanitaires et aides techniques stables et en bon état<br>☐ Circulations dégagées, sols sûrs, éclairage suffisant et absence d'équipement détérioré ou de danger visible |

| STATUT ET INDICATEUR | MODE DE CALCUL OU RÉFÉRENCE | CIBLE OU LECTURE | SOURCE ET CHAMP |
|---|---|---|---|
| **INTERNE · EE1 · Taux de patients déclarant que leur dignité et leur intimité ont été respectées** | Patients répondant positivement / patients interrogés × 100 | **≥ 90 % ; alertes graves traitées à 100 %** | Entretiens patient traceur / PREMS |
| **INTERNE · EE2 · Taux de parcours patients accessibles ou assortis d'une solution compensatoire** | Parcours conformes ou compensés / parcours audités × 100 | **100 %** | Audit accessibilité / patients traceurs |
| **INTERNE · EE3 · Taux de soins observés respectant la dignité et l'intimité** | Soins conformes / soins observés × 100 | **100 %** | Observation terrain |
| **INTERNE · EE4 · Taux de zones accessibles aux personnes présentant un handicap physique, sensoriel ou cognitif** | Zones conformes ou compensées / zones auditées × 100 | **100 %** | Audit accessibilité |
| **INTERNE · EE5 · Taux de locaux et équipements garantissant intimité, dignité et sécurité** | Locaux et équipements conformes / éléments audités × 100 | **100 %** | Audit locaux et équipements |

**Sources :** Référentiel V2027 (vérifié le 20/09/2026) | Fiche Engagement patient (vérifié le 18/09/2026) | Fiche Handicap (vérifié le 28/10/2026)

*Repères non exhaustifs, à adapter au contexte réel de l'établissement.*

Les 22 fiches et leur guide d'utilisation : hospi-academy.com/criteres-imperatifs

*« La qualité nous rassemble, la sécurité du patient nous engage. »*

Conçu par Babacar Ndiaye, ingénieur qualité et gestion des risques.

Version V2027, novembre 2026.

CRITÈRE HAS V2027
# 1.1-02

▲ CRITÈRE IMPÉRATIF

## Le patient mineur bénéficie d'une prise en charge adaptée, continue et coordonnée intégrant ses besoins familiaux et éducatifs

STATUT Critère impératif
CHAMP Tout l'établissement
MÉTHODES Patient traceur + Parcours traceur + Observation

**À DÉMONTRER**

Une organisation adaptée au mineur associant ses parents et assurant la continuité des soins, la scolarité et la coordination des acteurs.

**À METTRE EN PLACE**

- Formaliser l'accueil des mineurs, la place des parents et la continuité scolaire, éducative et sociale.
- Identifier l'autorité parentale, les personnes à associer et les partenaires à contacter selon la situation.
- Adapter les locaux, les informations et les supports à l'âge, au développement et au handicap éventuel.
- Former les équipes et organiser l'accès aux compétences pédiatriques, psychologiques et sociales utiles.

| ÉLÉMENTS D'ÉVALUATION V2027 | ÉLÉMENTS DE PREUVE À RECHERCHER |
|---|---|
| **EE 1** PATIENT TRACEUR : PATIENT<br>**Cible de l'EE : Patient**<br>Des solutions d'accueil, voire d'hébergement pour les hospitalisations longues ou itératives, sont proposées aux parents pour qu'ils puissent s'impliquer dans les soins 24h/24, sauf décision médicale motivée dans le projet personnalisé de soins. | ☐ Modalités permettant la présence et l'implication parentales 24 h/24 lorsque l'état de l'enfant le permet<br>☐ Solutions concrètes d'accueil ou d'hébergement : lit/fauteuil accompagnant, sanitaires, maison des familles ou dispositif équivalent selon l'établissement<br>☐ Participation parentale aux soins adaptée à la situation : information, apprentissage, présence lors de soins ou accompagnement sur le plateau technique<br>☐ Toute limitation repose sur une décision médicale individuelle, motivée dans le projet de soins et réévaluée, et non sur une règle générale du service<br>☐ Information des parents sur le motif et les modalités de la restriction lorsqu'elle existe |
| **EE 2** PATIENT TRACEUR : PATIENT<br>**Cible de l'EE : Patient**<br>Pour les hospitalisations longues et/ou itératives, une prise en charge éducative et scolaire adaptée aux besoins est proposée au mineur en lien avec ses parents. | ☐ Évaluation des besoins scolaires/éducatifs et sociaux selon l'âge, la durée et la répétition des hospitalisations<br>☐ Coordination tracée avec l'établissement scolaire, le rectorat ou le dispositif éducatif mobilisé<br>☐ Programme, séances, supports ou enseignement à distance effectivement organisés et adaptés à la situation clinique<br>☐ Actions favorisant le maintien des liens familiaux et sociaux, avec accord de l'enfant et des parents selon la situation<br>☐ Ressource formée identifiée pour l'accompagnement de la fratrie lorsque nécessaire |
| **EE 3** PATIENT TRACEUR : PROFESSIONNELS<br>**Cible de l'EE : Professionnels**<br>Dans les services accueillant des mineurs, y compris dans un service d'adultes, les professionnels sont formés aux spécificités de cette prise en charge. | ☐ Cartographie des secteurs accueillant des mineurs habituellement, indistinctement avec des adultes ou exceptionnellement<br>☐ Programme et traces de formation aux spécificités pédiatriques pour les professionnels concernés |

| ÉLÉMENTS D'ÉVALUATION V2027 | ÉLÉMENTS DE PREUVE À RECHERCHER |
|---|---|
| | ☐ Outils cliniques adaptés à l'âge et au poids réellement disponibles : échelles de tri/douleur, supports de calcul ou protocoles et matériel d'urgence vitale pédiatrique<br>☐ Organisation anticipée des périodes de tension ou d'accueil exceptionnel de mineurs dans des secteurs adultes<br>☐ Professionnels interrogés capables d'expliquer les principales adaptations nécessaires |
| **EE 4** PARCOURS TRACEUR : PROFESSIONNELS<br>**Cible de l'EE : Professionnels**<br>Lorsque le mineur atteint d'une maladie chronique entre dans la phase de transition de l'adolescence vers l'âge adulte, l'équipe pédiatrique/pédopsychiatrique se coordonne avec l'équipe prenant en charge les patients adultes afin d'assurer la continuité du parcours de soins. | ☐ Volet de transition vers l'âge adulte inscrit dans le projet de soins dès l'adolescence lorsque le suivi doit se prolonger<br>☐ Plan de transition progressif associant adolescent, famille et professionnels pédiatriques/adultes concernés<br>☐ Modalité concrète de transmission : consultation conjointe, synthèse partagée, réunion, présentation à l'équipe adulte ou période de chevauchement<br>☐ Besoins futurs identifiés : soins, autonomie, traitements, rendez-vous, démarches administratives, médico-social, scolarité/insertion et aides sociales selon la situation<br>☐ Premier relais adulte programmé et continuité vérifiée |
| **EE 5** PARCOURS TRACEUR : PROFESSIONNELS<br>**Cible de l'EE : Professionnels**<br>Avant la sortie du mineur, l'équipe met à jour son carnet de santé pour les informations utiles à son suivi. | ☐ Carnet de santé actualisé avec les informations utiles au suivi, dans le respect du secret médical<br>☐ Informations pertinentes versées ou disponibles dans le DMP/Mon espace santé selon l'organisation applicable<br>☐ Lettre de liaison remise le jour de la sortie avec traitements, résultats utiles, rendez-vous, relais et consignes<br>☐ Trace d'une information adaptée au mineur et aux titulaires de l'autorité parentale sur la suite de la prise en charge<br>☐ Compréhension vérifiée et contact/recours clairement identifié |
| **EE 6** OBSERVATION<br>**Cible de l'EE : Observation directe**<br>Dans les services accueillant des mineurs, y compris dans un service d'adultes, les bonnes pratiques sont appliquées : locaux respectueux de l'intimité, de la dignité et de la sécurité, activités ludiques et éducatives adaptées à l'âge... | ☐ Environnement pédiatrique adapté aux âges accueillis : locaux, repas, lits, appels malades, activités et supports éducatifs/ludiques<br>☐ Dans les secteurs mixtes : séparation ou protection effective des mineurs vis-à-vis des situations d'adultes inadaptées<br>☐ Urgences : salle ou espace d'attente pédiatrique/isolé, jeux/livres adaptés et organisation spécifique du délai d'attente<br>☐ Plateau technique : espace de changement préservant l'intimité et programmation limitant les croisements inadaptés avec les adultes<br>☐ SSPI : lit idéalement dédié ou espace priorisé avec dispositif de séparation et organisation de l'accueil parental<br>☐ Accueil exceptionnel en secteur adulte : chambre seule, sécurité, intimité, matériel et outils pédiatriques disponibles |

| STATUT ET INDICATEUR | MODE DE CALCUL OU RÉFÉRENCE | CIBLE OU LECTURE | SOURCE ET CHAMP |
|---|---|---|---|
| **INTERNE · EE1 · Taux de séjours concernés avec accueil parental proposé ou restriction médicalement justifiée** | Séjours conformes / séjours longs ou itératifs audités × 100 | **100 %** | Audit dossiers et conditions d’accueil |
| **INTERNE · EE2 · Taux de mineurs concernés bénéficiant d’une solution éducative ou scolaire adaptée** | Mineurs avec solution proposée et tracée / mineurs concernés × 100 | **100 %** | Audit dossiers mineurs |
| **INTERNE · EE3 · Taux de professionnels concernés formés aux spécificités de la prise en charge des mineurs** | Professionnels formés / professionnels concernés × 100 | **100 %** | Service formation |
| **INTERNE · EE4 · Taux d’adolescents concernés disposant d’un plan de transition coordonné vers les soins adultes** | Transitions coordonnées et tracées / adolescents concernés × 100 | **100 %** | Audit parcours et dossiers |
| **INTERNE · EE5 · Taux de sorties avec carnet de santé mis à jour lorsque requis** | Carnets mis à jour / sorties de mineurs auditées × 100 | **100 %** | Audit dossiers de sortie |
| **INTERNE · EE6 · Taux de conformité de l’environnement et des pratiques aux besoins des mineurs** | Exigences conformes / exigences applicables auditées × 100 | **100 %** | Observation des secteurs accueillant des mineurs |

**Sources :** Référentiel V2027 (vérifié le 20/09/2026) | Fiche Enfants-adolescents (vérifié le 18/09/2026)

*Repères non exhaustifs, à adapter au contexte réel de l’établissement.*

Les 22 fiches et leur guide d’utilisation : hospi-academy.com/criteres-imperatifs

*« La qualité nous rassemble, la sécurité du patient nous engage. »*

Conçu par Babacar Ndiaye, ingénieur qualité et gestion des risques.

Version V2027, novembre 2026.

CRITÈRE HAS V2027
# 1.1-05

▲ CRITÈRE IMPÉRATIF

## Le patient bénéficie de soins visant à anticiper ou à soulager rapidement sa douleur

STATUT Critère impératif
CHAMP Tout l'établissement
MÉTHODES Patient traceur + Parcours traceur

**À DÉMONTRER**

Une douleur recherchée, évaluée, traitée rapidement, réévaluée et prise en compte dans les transmissions et le projet de soins.

**À METTRE EN PLACE**

- Définir les modalités de repérage, d'évaluation et de réévaluation de la douleur avec des outils adaptés.
- Tracer le score, l'intervention réalisée et son efficacité dans le dossier du patient.
- Garantir l'accès rapide aux traitements et aux approches non médicamenteuses pertinentes.
- Analyser les résultats et les retours des patients, puis corriger les pratiques insuffisantes.

| ÉLÉMENTS D'ÉVALUATION V2027 | ÉLÉMENTS DE PREUVE À RECHERCHER |
|---|---|
| **EE 1** PATIENT TRACEUR : PATIENT<br>**Cible de l'EE : Patient**<br>Le patient est incité à exprimer sa douleur, dès lors qu'il la ressent ou est susceptible de la ressentir, et ce jusqu'au soulagement de la douleur et à une amélioration de son bien-être et/ou de sa qualité de vie. | ☐ Patient encouragé à signaler toute douleur ou inconfort et interrogé aux moments pertinents, notamment avant/après un soin potentiellement douloureux<br>☐ Expression du patient prise en compte : intensité, fréquence, ancienneté/chronicité, facteurs déclenchants et retentissement sur le bien-être ou la qualité de vie<br>☐ Information et réassurance sur la stratégie de prise en charge<br>☐ Mesure de soulagement mise en œuvre puis réévaluation poursuivie jusqu'à un résultat acceptable pour le patient ou à l'adaptation de la stratégie |
| **EE 2** PATIENT TRACEUR : PROFESSIONNELS<br>**Cible de l'EE : Professionnels**<br>L'équipe trace, à l'appui d'une échelle adaptée, l'évaluation de la douleur même si le patient n'est pas douloureux. | ☐ Évaluation initiale datée dès l'arrivée ou au moment approprié du parcours, même en l'absence de plainte spontanée<br>☐ Échelle validée adaptée au profil du patient : auto-évaluation lorsque possible ou hétéro-évaluation/comportementale si nécessaire<br>☐ Pour les patients vulnérables : outil adapté à l'âge, troubles cognitifs, handicap, psychiatrie, fin de vie ou difficultés de communication<br>☐ Intensité et, lorsque pertinent, fréquence, durée/chronicité, facteurs déclenchants et retentissement tracés<br>☐ Recherche de la cause documentée et réévaluée si la douleur persiste ou change de caractéristiques |
| **EE 3** PATIENT TRACEUR : PROFESSIONNELS<br>**Cible de l'EE : Professionnels**<br>Le suivi de l'efficacité de la thérapeutique repose sur des réévaluations tracées dans le dossier et les bonnes pratiques de traitement (respect des recommandations, paliers...). | ☐ Réévaluation horodatée avec la même échelle ou une échelle cohérente avec l'état du patient<br>☐ Délai de réévaluation défini au regard du traitement, de la voie d'administration et de la situation clinique<br>☐ Adaptation thérapeutique tracée lorsque le soulagement est insuffisant, avec respect des recommandations applicables<br>☐ Douleur persistante ou rebelle : cause réinterrogée, stratégie |

| ÉLÉMENTS D'ÉVALUATION V2027 | ÉLÉMENTS DE PREUVE À RECHERCHER |
|---|---|
| | réévaluée et recours à une expertise interne ou externe lorsque nécessaire<br>☐ Résultat final ou niveau de douleur acceptable pour le patient identifiable dans le dossier |
| **EE 4** PATIENT TRACEUR : PROFESSIONNELS<br>**Cible de l'EE : Professionnels**<br>L'équipe identifie les opportunités de substitution par des interventions non médicamenteuses, lorsque c'est adapté. | ☐ Opportunité d'une approche non médicamenteuse identifiée dans le projet de soins lorsque pertinente<br>☐ Intervention adaptée au profil et aux préférences du patient : positionnement/mobilisation, relaxation, hypnose, techniques physiques, médiation ou autre approche disponible et appropriée<br>☐ Réalisation tracée avec professionnel ou ressource mobilisée<br>☐ Effet évalué après intervention et décision de poursuivre, adapter ou arrêter<br>☐ Ressources internes ou externes connues des équipes et modalités de recours accessibles |
| **EE 5** PARCOURS TRACEUR : PROFESSIONNELS<br>**Cible de l'EE : Professionnels**<br>Les équipes améliorent leurs pratiques au regard des résultats de leurs indicateurs de prise en charge de la douleur. | ☐ Tableau de bord douleur avec définitions, population, période, cible et évolution des résultats<br>☐ Résultats IQSS douleur les plus récents disponibles pour les secteurs concernés, complétés si besoin par des audits internes ou l'expérience patient<br>☐ Analyse des résultats identifiant causes, secteurs ou profils à risque<br>☐ Plan d'action avec responsable, échéance et communication aux équipes/instances concernées<br>☐ Nouvelle mesure du même indicateur ou audit après action permettant d'évaluer l'efficacité |

| STATUT ET INDICATEUR | MODE DE CALCUL OU RÉFÉRENCE | CIBLE OU LECTURE | SOURCE ET CHAMP |
|---|---|---|---|
| **INTERNE · EE1 · Taux de patients invités à signaler leur douleur et informés des modalités de soulagement** | Patients confirmant l'information / patients interrogés × 100 | **100 %** | Patients traceurs / PREMS |
| **INTERNE · EE2 · Taux de dossiers comportant une évaluation de la douleur avec une échelle adaptée** | Dossiers avec évaluation adaptée / dossiers audités × 100 | **100 %** | Audit dossiers |
| **INTERNE · EE3 · Taux de traitements antalgiques suivis d'une réévaluation tracée dans le délai défini** | Réévaluations conformes / traitements nécessitant une réévaluation × 100 | **100 %** | Audit dossiers |
| **INTERNE · EE4 · Taux de patients éligibles pour lesquels une intervention non médicamenteuse est envisagée et tracée** | Situations évaluées / situations éligibles auditées × 100 | **100 %** | Audit dossiers et pratiques |

| STATUT ET INDICATEUR | MODE DE CALCUL OU RÉFÉRENCE | CIBLE OU LECTURE | SOURCE ET CHAMP |
|---|---|---|---|
| **INTERNE · EE5 · Taux d'actions d'amélioration sur la douleur réalisées et évaluées dans le délai prévu** | Actions réalisées et évaluées / actions échues × 100 | **100 %** | Plan d'action douleur / CLUD |
| **IQSS HAS · Évaluation et prise en charge de la douleur – campagne 2025** | Calcul selon le cahier des charges HAS applicable au secteur | **Résultat HAS / référence nationale** | QualHAS / dossier patient – MCO, HAD, SMR et psychiatrie |

**Sources :** Référentiel V2027 (vérifié le 20/09/2026) | Fiche Douleur (vérifié le 18/09/2026)

*Repères non exhaustifs, à adapter au contexte réel de l'établissement.*
Les 22 fiches et leur guide d'utilisation : hospi-academy.com/criteres-imperatifs
*« La qualité nous rassemble, la sécurité du patient nous engage. »*
Conçu par Babacar Ndiaye, ingénieur qualité et gestion des risques.
Version V2027, novembre 2026.

CRITÈRE HAS V2027
# 1.1-06

▲ CRITÈRE IMPÉRATIF

## Le patient est protégé contre toute forme de maltraitance

STATUT Critère impératif
CHAMP Tout l'établissement
MÉTHODES Patient traceur + Audit système : entretien professionnel + Audit système : management qualité-risques

**À DÉMONTRER**

Un dispositif actif de prévention, de repérage, de protection, de signalement et de traitement de toute situation de maltraitance.

**À METTRE EN PLACE**

- Formaliser la prévention, le repérage, le signalement et la protection face aux situations de maltraitance.
- Former les professionnels aux signes d'alerte, à la conduite à tenir et aux mesures de protection immédiate.
- Mettre à disposition un canal de signalement accessible, confidentiel et connu des patients et des équipes.
- Analyser les situations signalées et suivre les mesures décidées jusqu'à leur réalisation.

| ÉLÉMENTS D'ÉVALUATION V2027 | ÉLÉMENTS DE PREUVE À RECHERCHER |
|---|---|
| **EE 1** PATIENT TRACEUR : PATIENT<br>**Cible de l'EE : Patient**<br>Du point de vue du patient, les pratiques professionnelles sont bientraitantes (réponses aux besoins élémentaires, les intervenants se présentent, portes de chambres fermées...) même en situation de tension d'activité. | ☐ Observation : présentation, langage respectueux et intimité protégée<br>☐ Sonnette et objets utiles accessibles avec réponse aux appels<br>☐ Besoins élémentaires repérés et réponses apportées dans le plan de soins<br>☐ Vécu du patient sur la réponse à ses besoins élémentaires, y compris en situation de forte activité<br>☐ Observation : présentation des professionnels, langage respectueux, intimité protégée, sonnette et objets utiles accessibles<br>☐ Aides à l'hydratation, aux repas, à l'élimination, à l'hygiène et à la mobilité adaptées au niveau d'autonomie<br>☐ Si passage aux urgences : traçabilité ou observation de la prise en compte des besoins élémentaires pendant l'attente |
| **EE 2** PATIENT TRACEUR : PROFESSIONNELS<br>**Cible de l'EE : Professionnels**<br>L'autonomie du patient pour ses besoins élémentaires (repas, hydratation, hygiène corporelle, habillage, élimination, mobilité...) est évaluée tout au long de son séjour. | ☐ Évaluation initiale des besoins élémentaires<br>☐ Réévaluations pendant le séjour<br>☐ Aides et objectifs d'autonomie intégrés au plan de soins |
| **EE 3** AUDIT SYSTÈME : ENTRETIEN PROFESSIONNEL : PROFESSIONNELS<br>**Cible de l'EE : Professionnels**<br>Les professionnels connaissent les actions à mettre en place pour protéger les patients victimes de maltraitance interne suspectée ou avérée (psychologique, violence sexuelle, violence physique, violence obstétricale, abus de faiblesse, négligences...). | ☐ Conduite à tenir accessible prévoyant évaluation immédiate, soins nécessaires, mise en sécurité, éloignement du danger et interlocuteurs à mobiliser<br>☐ Trace anonymisée dans le dossier d'une évaluation clinique et des mesures de protection effectivement décidées, datées et réévaluées<br>☐ Organisation permettant la continuité des soins et la protection du patient : professionnel référent, relais sécurisé et décision d'encadrement ou médicale tracée |

| ÉLÉMENTS D'ÉVALUATION V2027 | ÉLÉMENTS DE PREUVE À RECHERCHER |
|---|---|
| **EE 4** AUDIT SYSTÈME : ENTRETIEN PROFESSIONNEL : PROFESSIONNELS<br>**Cible de l'EE : Professionnels**<br>Les professionnels savent signaler une suspicion de maltraitances internes (psychologique, violence sexuelle, violence physique, violence obstétricale, abus de faiblesse, négligences...). | ☐ Circuit interne de signalement accessible identifiant les destinataires, un recours alternatif en cas de conflit d'intérêts et les modalités d'urgence<br>☐ Signalement anonymisé, daté et factuel précisant les faits observés ou rapportés, le patient concerné, les premières mesures prises et le destinataire<br>☐ Accusé de réception, décision de protection ou trace de relais démontrant la prise en compte du signalement et son suivi |
| **EE 5** AUDIT SYSTÈME : ENTRETIEN PROFESSIONNEL : PROFESSIONNELS<br>**Cible de l'EE : Professionnels**<br>Les professionnels connaissent les signes d'alerte qui peuvent indiquer qu'un patient est victime d'une maltraitance interne (psychologique, violence sexuelle, violence physique, violence obstétricale, abus de faiblesse, négligences...), à l'appui des recommandations de bonnes pratiques et d'outils permettant le repérage. | ☐ Outil de repérage ou fiche réflexe accessible décrivant les signes d'alerte physiques, psychologiques, comportementaux et relationnels<br>☐ Formation ou sensibilisation récente intégrant des situations de maltraitance interne, le recueil d'une parole libre et la rédaction de faits objectifs<br>☐ Trace anonymisée d'un repérage dans le dossier ou le dispositif d'alerte : signes observés, propos exacts, évaluation réalisée et professionnel informé |
| **EE 6** AUDIT SYSTÈME : MANAGEMENT QUALITÉ-RISQUES<br>**Cible de l'EE : Gouvernance**<br>Les maltraitances internes qui relèvent d'une infraction pénale, dont les violences sexuelles et sexistes commises contre des patients, sont déclarées aux autorités compétentes. | ☐ Procédure ou arbre décisionnel précisant les responsables, le circuit d'alerte, la protection immédiate, les critères de signalement pénal et les autorités à saisir selon la situation<br>☐ Dossier anonymisé d'un signalement montrant l'évaluation des faits, les mesures immédiates de protection du patient et la décision argumentée de saisine<br>☐ Preuve datée de la transmission à l'autorité compétente et de sa réception : courrier, courriel sécurisé, récépissé, numéro de dossier ou compte rendu d'appel confirmé par écrit |

| STATUT ET INDICATEUR | MODE DE CALCUL OU RÉFÉRENCE | CIBLE OU LECTURE | SOURCE ET CHAMP |
|---|---|---|---|
| **INTERNE · EE1 · Taux de patients décrivant des pratiques bientraitantes, y compris en période de tension** | Patients sans alerte de maltraitance / patients interrogés × 100 | **Alertes investiguées : 100 %** | Patients traceurs / PREMS |
| **INTERNE · EE2 · Taux de dossiers comportant une évaluation actualisée de l'autonomie et des besoins élémentaires** | Dossiers conformes / dossiers audités × 100 | **100 %** | Audit dossiers |
| **INTERNE · EE3 · Taux de professionnels sachant déclencher les mesures immédiates de protection** | Réponses conformes / professionnels testés × 100 | **100 %** | Mises en situation / entretiens |
| **INTERNE · EE4 · Taux de professionnels sachant utiliser le circuit interne de signalement** | Réponses conformes / professionnels testés × 100 | **100 %** | Test de connaissance / simulation |

| STATUT ET INDICATEUR | MODE DE CALCUL OU RÉFÉRENCE | CIBLE OU LECTURE | SOURCE ET CHAMP |
|---|---|---|---|
| **INTERNE · EE5 · Taux de professionnels sachant reconnaître les principaux signes d'alerte** | Réponses conformes / professionnels testés × 100 | **100 %** | Test de connaissance / audit terrain |
| **INTERNE · EE6 · Taux de situations relevant d'une infraction pénale signalées aux autorités compétentes** | Signalements réglementaires réalisés / situations concernées × 100 | **100 %** | Registre anonymisé / dossiers de signalement |

**Sources :** Référentiel V2027 (vérifié le 20/09/2026) | Fiche Engagement patient (vérifié le 18/09/2026)

*Repères non exhaustifs, à adapter au contexte réel de l'établissement.*
Les 22 fiches et leur guide d'utilisation : hospi-academy.com/criteres-imperatifs
*« La qualité nous rassemble, la sécurité du patient nous engage. »*
Conçu par Babacar Ndiaye, ingénieur qualité et gestion des risques.
Version V2027, novembre 2026.

CRITÈRE HAS V2027
# 1.2-07

▲ CRITÈRE IMPÉRATIF

# Le patient est informé de tout évènement indésirable associé aux soins dans une démarche de transparence fondée sur sa déclaration et son analyse

STATUT Critère impératif
CHAMP Tout l'établissement
MÉTHODES Traceur ciblé : EIG

**À DÉMONTRER**

Une information loyale du patient après un évènement indésirable, une annonce organisée et tracée, puis une analyse conduisant à des actions.

**À METTRE EN PLACE**

- Définir une procédure d'annonce des évènements indésirables avec les rôles, délais et modalités d'accompagnement.
- Identifier et former les professionnels pouvant conduire l'annonce ou apporter un soutien.
- Tracer l'information délivrée, les questions du patient, les réponses apportées et les documents remis.
- Organiser le suivi du patient et intégrer son retour dans l'analyse et les actions d'amélioration.

| ÉLÉMENTS D'ÉVALUATION V2027 | ÉLÉMENTS DE PREUVE À RECHERCHER |
|---|---|
| **EE 1** TRACEUR CIBLÉ : EIG : PROFESSIONNELS<br>**Cible de l'EE : Professionnels**<br>Les professionnels chargés d'annoncer un dommage associé aux soins ont bénéficié d'une formation aux bonnes pratiques d'annonce. | ☐ Organisation identifiant les professionnels chargés de l'annonce et leurs rôles<br>☐ Attestations ou relevés datés de formation aux bonnes pratiques d'annonce du dommage associé aux soins<br>☐ Programme ou supports de formation, idéalement avec mise en situation, simulation ou évaluation des acquis |
| **EE 2** TRACEUR CIBLÉ : EIG : PROFESSIONNELS<br>**Cible de l'EE : Professionnels**<br>Le patient, et ses proches s'il le souhaite, est informé, de préférence dans les 24h et sans dépasser les 15 jours, de l'évènement indésirable associé aux soins, de ses conséquences et des mesures immédiates prises. | ☐ Trace datée de l'annonce permettant de vérifier une information de préférence dans les 24 h et sans dépasser 15 jours<br>☐ Compte rendu précisant auteur, personnes présentes, nature de l'EIAS, conséquences prévisibles et faits établis au moment de l'entretien<br>☐ Traçabilité des actions correctives déjà engagées, du plan de soins, des mesures de soutien et, si nécessaire, des entretiens successifs |
| **EE 3** TRACEUR CIBLÉ : EIG : PROFESSIONNELS<br>**Cible de l'EE : Professionnels**<br>Pour tout évènement indésirable associé aux soins, le patient, et ses proches lorsqu'il le souhaite, reçoit une information sur le plan de soin de suivi et les recours possibles. | ☐ Plan de soins et de suivi tracé : surveillance, traitements, rendez-vous, interlocuteurs et coordonnées utiles<br>☐ Support remis ou trace d'information sur les recours : CDU, réclamation/médiation, déclaration par le patient sur le portail national et dispositifs d'indemnisation applicables<br>☐ Trace datée de l'information donnée au patient et, s'il le souhaite, à ses proches |
| **EE 4** TRACEUR CIBLÉ : EIG : PROFESSIONNELS<br>**Cible de l'EE : Professionnels**<br>Du point de vue de l'équipe, la | ☐ Politique ou charte de culture juste distinguant erreur involontaire, comportement à risque et faute délibérée<br>☐ Résultats récents d'une évaluation de la culture de sécurité |

| ÉLÉMENTS D'ÉVALUATION V2027 | ÉLÉMENTS DE PREUVE À RECHERCHER |
|---|---|
| gouvernance promeut une culture positive, juste et non punitive de l'erreur. | avec analyse des freins à la déclaration et actions décidées<br>☐ Trace d'un événement récent montrant analyse systémique, retour aux professionnels et soutien adapté au déclarant ou aux personnes affectées |
| **EE 5** TRACEUR CIBLÉ : EIG : PROFESSIONNELS<br>**Cible de l'EE : Professionnels**<br>Pour chaque EIGS, une analyse des causes profondes, réalisée selon une méthode reconnue par la HAS et associant les professionnels concernés, conduit à des modifications organisationnelles ou de pratiques. | ☐ Dossier d'analyse comportant une chronologie précise, les acteurs et lieux concernés, et la participation des professionnels impliqués dans le parcours<br>☐ Trace de la prise en compte du récit du patient lorsqu'il a pu être recueilli<br>☐ Méthode de retour d'expérience identifiée (CREX, RMM, REMED...) et outil d'analyse identifié (ALARM actualisée, Orion...)<br>☐ Identification de plusieurs causes immédiates et profondes et des facteurs contributifs ; une analyse limitée aux seuls facteurs liés au patient n'est pas suffisante<br>☐ Analyse des barrières existantes, absentes ou défaillantes ; avec l'ALARM actualisée, prise en compte des systèmes d'information et technologies lorsqu'ils sont impliqués<br>☐ Si une RMM est utilisée : support ou compte rendu pseudonymisé conformément aux repères HAS actualisés en juillet 2026<br>☐ Plan d'actions intégré au programme qualité-sécurité, avec responsables, échéances réalistes et modalités d'évaluation de l'efficacité<br>☐ Trace de l'association de patients partenaires et/ou représentants des usagers à l'évaluation de l'efficacité des actions lorsque cette modalité est mobilisable<br>☐ Si une interface ou rupture de parcours a contribué à l'EIGS : trace d'une rencontre ou coopération avec les acteurs concernés du territoire |
| **EE 6** TRACEUR CIBLÉ : EIG : PROFESSIONNELS<br>**Cible de l'EE : Professionnels**<br>Chaque EIGS est déclaré sur le portail national de signalement, avec un volet 2 déposé dans un délai maximal de trois mois après le volet 1. | ☐ Accusé de la première partie de la déclaration transmise sans délai, avec numéro de référence et date<br>☐ Contenu du premier volet cohérent avec l'événement : nature/circonstances, conséquences, premières mesures prises pour le patient et pour prévenir la répétition, information du patient et organisation prévue de l'analyse<br>☐ Seconde partie reliée au même événement, comprenant la gestion de l'événement, les éléments du retour d'expérience issus de l'analyse approfondie et le plan d'actions correctrices<br>☐ Tableau de suivi permettant de vérifier le respect du délai maximal de trois mois et le traitement des retards<br>☐ Cohérence entre le registre interne, les deux volets du portail et le dossier d'analyse |

| STATUT ET INDICATEUR | MODE DE CALCUL OU RÉFÉRENCE | CIBLE OU LECTURE | SOURCE ET CHAMP |
|---|---|---|---|
| **INTERNE · EE1 · Taux de professionnels chargés de l'annonce formés aux bonnes pratiques** | Professionnels formés / professionnels concernés × 100 | **100 %** | Service formation |
| **INTERNE · EE2 · Taux d'annonces réalisées et tracées dans le délai requis** | Annonces conformes au délai / EIAS avec dommage concernés × 100 | **100 %** | Audit dossiers EIAS |
| **INTERNE · EE3 · Taux d'annonces précisant le suivi, les recours possibles et le soutien proposé** | Annonces complètes / annonces auditées × 100 | **100 %** | Audit dossiers EIAS |
| **INTERNE · EE4 · Taux de professionnels percevant une réponse juste et non punitive aux erreurs** | Réponses favorables / professionnels interrogés × 100 | **≥ 80 % ; aucune sanction injustifiée** | Baromètre culture sécurité / entretiens |
| **INTERNE · EE5 · Taux d'EIGS analysés par une méthode reconnue avec actions organisationnelles ou de pratique** | EIGS avec analyse complète et actions / EIGS audités × 100 | **100 %** | Registre EIGS / analyses des causes |
| **INTERNE · EE6 · Taux d'EIGS déclarés avec volet 2 déposé dans les trois mois** | EIGS conformes / EIGS concernés × 100 | **100 %** | Portail national de signalement |

**Sources :** Référentiel V2027 (vérifié le 20/09/2026) | Fiche EIAS-EIGS (vérifié le 17/09/2026)

*Repères non exhaustifs, à adapter au contexte réel de l'établissement.*

Les 22 fiches et leur guide d'utilisation : hospi-academy.com/criteres-imperatifs

*« La qualité nous rassemble, la sécurité du patient nous engage. »*

Conçu par Babacar Ndiaye, ingénieur qualité et gestion des risques.

Version V2027, novembre 2026.

CRITÈRE HAS V2027
# 1.3-01

▲ CRITÈRE IMPÉRATIF

## Le patient exprime son consentement libre et éclairé sur son projet de soins personnalisé et ses modalités de prise en charge

STATUT Critère impératif
CHAMP Tout l'établissement
MÉTHODES Patient traceur

**À DÉMONTRER**

Un consentement libre et éclairé, recherché et tracé, avec respect du refus et nouvelle recherche lors de toute évolution du projet.

**À METTRE EN PLACE**

- Construire le projet de soins avec le patient en recherchant ses préférences, son consentement et ses refus.
- Mettre à disposition des supports d'information et d'aide à la décision accessibles et adaptés.
- Organiser une réévaluation pluridisciplinaire du projet lors de toute évolution significative.
- Tracer les décisions partagées, les restrictions éventuelles et les modalités de continuité des soins.

| ÉLÉMENTS D'ÉVALUATION V2027 | ÉLÉMENTS DE PREUVE À RECHERCHER |
|---|---|
| **EE 1** PATIENT TRACEUR : PATIENT<br>**Cible de l'EE : Patient**<br>Pour consentir à son projet personnalisé de soins, les différentes options, notamment thérapeutiques, leurs bénéfices et leurs risques, sont présentées au patient pour qu'il exprime ses préférences et besoins en prenant en compte ses conditions de vie habituelles, ses capacités et ses vulnérabilités. | ☐ Information individualisée et adaptée aux capacités de compréhension/communication<br>☐ Options, bénéfices, risques, contraintes et alternatives tracés ; préférences intégrées au projet<br>☐ Consentement, refus ou décision partagée tracés auprès du patient selon ses capacités<br>☐ Mineur : information adaptée, avis du mineur et participation des titulaires de l'autorité parentale<br>☐ Dialyse : information sur les modalités, décision partagée, réévaluation et pré-greffe lorsque pertinente<br>☐ Handicap : outil de communication adapté et distinction entre parole du patient et informations de l'aidant |
| **EE 2** PATIENT TRACEUR : PATIENT<br>**Cible de l'EE : Patient**<br>Du point de vue du patient, son expérience sur sa maladie et son état de santé est prise en compte pour adapter son projet personnalisé de soins (parcours et traitements). | ☐ Expérience, habitudes et préférences du patient consignées dans le dossier<br>☐ Adaptation précise du projet de soins reliée à ce qu'il a exprimé<br>☐ Projet actualisé montrant la contribution du patient |
| **EE 3** PATIENT TRACEUR : PROFESSIONNELS<br>**Cible de l'EE : Professionnels**<br>Pour établir un projet personnalisé de soins, une évaluation globale initiale (médicale, psychologique, sociale, autonomie, rééducation) du patient est effectuée par des professionnels impliquant les disciplines concernées et la contribution des soins de support. | ☐ Évaluations médicale, psychologique, sociale et fonctionnelle datées<br>☐ Contributions des disciplines concernées<br>☐ Synthèse pluriprofessionnelle et recours aux soins de support<br>☐ Évaluations initiales datées couvrant les dimensions médicale, soignante, psychologique, sociale, fonctionnelle et de rééducation selon les besoins du patient<br>☐ En SMR : analyse des conditions de vie habituelles et, lorsque nécessaire, évaluation du domicile réalisée directement ou par |

| ÉLÉMENTS D'ÉVALUATION V2027 | ÉLÉMENTS DE PREUVE À RECHERCHER |
|---|---|
| | un partenaire identifié<br>☐ Objectifs individualisés reliés aux déficiences, capacités, conditions de vie et projet du patient<br>☐ En SMR : programme de soins/planning personnalisé précisant activités, types de séances, fréquence, professionnels impliqués et modalités adaptées au patient<br>☐ Synthèse pluriprofessionnelle accessible dans le dossier |
| **EE 4** PATIENT TRACEUR : PROFESSIONNELS<br>**Cible de l'EE : Professionnels**<br>Selon l'évolution de l'évaluation initiale et/ou d'une dégradation potentielle de la santé, y compris mentale, de sa vulnérabilité, des besoins et des préférences du patient, le projet personnalisé de soins est adapté. | ☐ Évolution clinique, psychique, sociale ou fonctionnelle réévaluée et datée<br>☐ Projet personnalisé de soins actualisé à la suite de cette évolution<br>☐ Besoins et préférences du patient intégrés aux modifications<br>☐ Réévaluations datées du projet avec évolution clinique, fonctionnelle, psychique, sociale ou environnementale<br>☐ En SMR : comptes rendus de staffs pluriprofessionnels analysant objectifs atteints/non atteints et freins au projet<br>☐ Programme de soins actualisé : intensité, fréquence, intervenants ou objectifs modifiés selon l'évolution<br>☐ Participation du patient et prise en compte de ses préférences dans les adaptations<br>☐ Lorsque les besoins dépassent les capacités du SMR : décision argumentée de poursuite ou réorientation, coordination avec la structure cible et continuité organisée |
| **EE 5** PATIENT TRACEUR : PROFESSIONNELS<br>**Cible de l'EE : Professionnels**<br>Les modalités de mise en œuvre du projet personnalisé de soins, notamment lorsqu'elles incluent des restrictions de libertés, sont justifiées et individualisées selon l'état de santé du patient. | ☐ Décision médicale individualisée avec analyse bénéfices-risques<br>☐ Alternatives recherchées et paramètres précis de la restriction<br>☐ Surveillance et réévaluations datées dans le dossier |
| **EE 6** PATIENT TRACEUR : PROFESSIONNELS<br>**Cible de l'EE : Professionnels**<br>Une synthèse des objectifs de prise en charge, issue du projet personnalisé de soins, est accessible dans le dossier. | ☐ Synthèse actualisée et facilement accessible dans le dossier<br>☐ Objectifs de prise en charge clairement identifiés<br>☐ Actions et professionnels responsables précisés |

| STATUT ET INDICATEUR | MODE DE CALCUL OU RÉFÉRENCE | CIBLE OU LECTURE | SOURCE ET CHAMP |
|---|---|---|---|
| **INTERNE · EE1 · Taux de projets de soins précédés d'une information sur les options, bénéfices et risques et d'un consentement tracé** | Situations conformes / projets de soins audités × 100 | **100 %** | Audit dossiers / patients traceurs |
| **INTERNE · EE2 · Taux de patients confirmant que leur expérience, leurs préférences et leurs conditions de vie ont été prises en compte** | Patients répondant positivement / patients interrogés × 100 | **≥ 90 % ; alertes analysées** | Patients traceurs / PREMS |

| STATUT ET INDICATEUR | MODE DE CALCUL OU RÉFÉRENCE | CIBLE OU LECTURE | SOURCE ET CHAMP |
|---|---|---|---|
| **INTERNE · EE3 · Taux de dossiers comportant une évaluation globale initiale pluriprofessionnelle** | Dossiers conformes / dossiers audités × 100 | **100 %** | Audit dossiers |
| **INTERNE · EE4 · Taux de projets de soins réévalués et adaptés après évolution clinique ou des préférences** | Projets actualisés / situations nécessitant une adaptation × 100 | **100 %** | Audit dossiers / réunions de synthèse |
| **INTERNE · EE5 · Taux de restrictions de liberté justifiées, individualisées et réévaluées** | Restrictions conformes / restrictions auditées × 100 | **100 %** | Audit dossiers |
| **INTERNE · EE6 · Taux de dossiers comportant une synthèse accessible des objectifs du projet de soins** | Dossiers conformes / dossiers audités × 100 | **100 %** | Audit dossiers |
| **IQSS HAS · Projet de soins, projet de vie – programme 2026** | Calcul selon le cahier des charges HAS | **Résultat HAS / référence nationale** | QualHAS / dossier patient – SMR |

**Sources :** Référentiel V2027 (vérifié le 20/09/2026) | Fiche Engagement patient (vérifié le 18/09/2026)

*Repères non exhaustifs, à adapter au contexte réel de l'établissement.*

Les 22 fiches et leur guide d'utilisation : hospi-academy.com/criteres-imperatifs

*« La qualité nous rassemble, la sécurité du patient nous engage. »*

Conçu par Babacar Ndiaye, ingénieur qualité et gestion des risques.

Version V2027, novembre 2026.

CRITÈRE HAS V2027
# 1.4-02

▲ CRITÈRE IMPÉRATIF

## La satisfaction et l'expérience du patient sont prises en compte

STATUT Critère impératif
CHAMP Tout l'établissement
MÉTHODES Traceur ciblé : EIG + Audit système : engagement patient + Audit système : entretien professionnel

**À DÉMONTRER**

Un recueil structuré de l'expérience patient, son analyse avec les professionnels et les patients, puis des améliorations effectivement suivies.

**À METTRE EN PLACE**

- Organiser le recueil e-Satis ou un dispositif équivalent adapté à chaque secteur et aux patients accueillis.
- Analyser les résultats chiffrés et les verbatim avec les équipes et les représentants des usagers.
- Définir des actions avec un responsable, une échéance et un indicateur de suivi.
- Communiquer aux patients et aux professionnels les résultats et les améliorations mises en œuvre.

| ÉLÉMENTS D'ÉVALUATION V2027 | ÉLÉMENTS DE PREUVE À RECHERCHER |
|---|---|
| **EE 1** TRACEUR CIBLÉ : EIG : PROFESSIONNELS<br>**Cible de l'EE : Professionnels**<br>Pour tout évènement indésirable grave associé aux soins (EIGS), le récit du patient et de ses proches s'il le souhaite est systématiquement intégré à l'analyse. | ☐ Trace datée montrant que le récit du patient a été sollicité dès que possible, avec accord, refus ou impossibilité documentée<br>☐ Récit du patient et, le cas échéant, de ses proches retranscrit ou synthétisé dans le dossier d'analyse<br>☐ Compte rendu montrant ce que ce récit a apporté à la chronologie, aux facteurs contributifs, aux barrières ou aux actions décidées |
| **EE 2** AUDIT SYSTÈME : ENGAGEMENT PATIENT<br>**Cible de l'EE : Gouvernance**<br>L'établissement améliore la participation de ses patients aux enquêtes de satisfaction et d'expérience des patients : amélioration des taux de remise des questionnaires internes, amélioration des taux de retours des patients, amélioration des collectes et transmission des adresses mails des patients pour e-Satis... | ☐ Tableau de bord périodique présentant, par enquête et si possible par secteur, les taux de remise, de retour, de collecte/transmission des courriels et de réponse e-Satis<br>☐ Cartographie des secteurs couverts ou non par e-Satis et appréciation de l'exploitabilité des résultats<br>☐ Pour les secteurs non couverts ou avec résultats non exploitables : questionnaire interne ou autre dispositif structuré de recueil de l'expérience/satisfaction<br>☐ Plan d'amélioration daté avec responsables, échéances et résultats avant/après |
| **EE 3** AUDIT SYSTÈME : ENGAGEMENT PATIENT<br>**Cible de l'EE : Gouvernance**<br>La gouvernance pilotes les actions d'amélioration issues de l'analyse des résultats de la satisfaction et de l'expérience des patients ainsi que la contribution des représentants des usagers. | ☐ Analyse consolidée et datée des résultats et verbatims, avec compte rendu de la contribution ou des recommandations des représentants des usagers<br>☐ Action inscrite dans le PAQSS ou un plan dédié, reliée au constat d'origine et précisant décision, responsable, échéance et indicateur de suivi<br>☐ Trace de mise en œuvre et réévaluation après action : résultat avant/après, tendance, bilan en instance ou décision de réajustement |
| **EE 4** AUDIT SYSTÈME : ENTRETIEN PROFESSIONNEL : PROFESSIONNELS<br>**Cible de l'EE : Professionnels**<br>Les résultats des évaluations de la | ☐ Support daté présentant les résultats et verbatim propres à l'unité, avec période, dispositif de recueil et effectif ou taux de réponse |

| ÉLÉMENTS D'ÉVALUATION V2027 | ÉLÉMENTS DE PREUVE À RECHERCHER |
|---|---|
| satisfaction et de l'expérience des patients, déclinés par unité sont partagés au moins annuellement avec les équipes de soins (résultats et verbatim e-Satis, autres dispositifs internes). | ☐ Trace d'un partage au moins annuel avec l'équipe : réunion, ordre du jour, compte rendu, feuille de présence ou diffusion ciblée<br>☐ Support laissé accessible aux professionnels ou trace de relais aux absents permettant de démontrer que toute l'équipe pouvait consulter les résultats |
| **EE 5** AUDIT SYSTÈME : ENTRETIEN PROFESSIONNEL : PROFESSIONNELS<br>**Cible de l'EE : Professionnels**<br>L'équipe analyse ses propres résultats et verbatim d'e-Satis, ou autres dispositifs de recueil de la satisfaction et l'expérience des patients, et met en place des actions d'amélioration. | ☐ Compte rendu d'analyse reliant des résultats chiffrés et des verbatim à des causes, des priorités ou des situations concrètes de l'unité<br>☐ Action d'amélioration tracée avec objectif, responsable, échéance et professionnels associés, directement rattachée au constat analysé<br>☐ Suivi de l'action par un indicateur, une observation, une nouvelle enquête ou des retours de patients montrant son avancement et, si possible, son effet |
| **EE 6** AUDIT SYSTÈME : ENTRETIEN PROFESSIONNEL : PROFESSIONNELS<br>**Cible de l'EE : Professionnels**<br>Les équipes des unités de soins ou plateaux techniques disposent de questionnaires sur l'expérience des patients (PREMS) : e-Satis, enquêtes de satisfaction... | ☐ Dispositif adapté au secteur : e-Satis/PREMs lorsqu'il couvre l'activité, ou questionnaire interne si le secteur n'est pas couvert ou si les résultats sont non exploitables<br>☐ Organisation du recueil précisant patients éligibles, information, collecte des coordonnées/remise du questionnaire, confidentialité et aide possible<br>☐ Modalités d'accessibilité pour les patients ayant des difficultés numériques, linguistiques ou liées à un handicap<br>☐ Données de participation ou contrôle de déploiement dans l'unité |

| STATUT ET INDICATEUR | MODE DE CALCUL OU RÉFÉRENCE | CIBLE OU LECTURE | SOURCE ET CHAMP |
|---|---|---|---|
| **INTERNE · EE1 · Taux d'analyses d'EIGS intégrant le récit du patient ou la justification de son absence** | Analyses conformes / EIGS analysés × 100 | **100 %** | Dossiers d'analyse EIGS |
| **INTERNE · EE2 · Évolution du taux de participation aux dispositifs de satisfaction et d'expérience** | Taux période N comparé à N-1, par dispositif et secteur | **Progression ou actions** | e-Satis / enquêtes internes |
| **INTERNE · EE3 · Taux d'actions issues de l'expérience patient pilotées, réalisées et évaluées** | Actions réalisées et évaluées / actions échues × 100 | **100 %** | PAQSS / CDU |
| **INTERNE · EE4 · Taux d'unités ayant reçu leurs résultats et verbatim au moins annuellement** | Unités avec partage tracé / unités concernées × 100 | **100 %** | Comptes rendus d'équipe / diffusion |
| **INTERNE · EE5 · Taux d'unités ayant analysé leurs résultats et engagé les actions nécessaires** | Unités avec analyse et suites tracées / unités concernées × 100 | **100 %** | Plans d'action des unités |

| STATUT ET INDICATEUR | MODE DE CALCUL OU RÉFÉRENCE | CIBLE OU LECTURE | SOURCE ET CHAMP |
|---|---|---|---|
| **INTERNE · EE6 · Taux d'unités et plateaux disposant d'un dispositif actif de recueil de l'expérience patient** | Unités avec dispositif actif / unités concernées × 100 | **100 %** | Inventaire PREMS / e-Satis |
| **IQSS HAS · Satisfaction et expérience des patients hospitalisés – e-Satis** | Questionnaire national HAS selon le secteur et la prise en charge | **Score HAS / référence nationale** | e-Satis / QualHAS – MCO, chirurgie ambulatoire, SMR et psychiatrie |

**Sources :** Référentiel V2027 (vérifié le 20/09/2026) | Fiche Engagement patient (vérifié le 18/09/2026)

*Repères non exhaustifs, à adapter au contexte réel de l'établissement.*
Les 22 fiches et leur guide d'utilisation : hospi-academy.com/criteres-imperatifs
*« La qualité nous rassemble, la sécurité du patient nous engage. »*
Conçu par Babacar Ndiaye, ingénieur qualité et gestion des risques.
Version V2027, novembre 2026.

CRITÈRE HAS V2027
# 2.1-12

▲ CRITÈRE IMPÉRATIF

## Les équipes réalisent un examen somatique pour tout patient hospitalisé en psychiatrie

STATUT Critère impératif
CHAMP Santé mentale et psychiatrie
MÉTHODES Patient traceur

**À DÉMONTRER**

Un examen somatique réalisé et tracé en psychiatrie, avec prise en charge des besoins identifiés et continuité du suivi somatique.

**À METTRE EN PLACE**

- Définir les délais et le contenu minimal de l’examen somatique en psychiatrie.
- Prévoir le repérage de la douleur et des risques cardiovasculaires, métaboliques et addictologiques.
- Garantir l’accès à un médecin, aux examens nécessaires et aux filières de recours somatique.
- Tracer les résultats, les orientations, les traitements et la continuité du suivi somatique.

| ÉLÉMENTS D'ÉVALUATION V2027 | ÉLÉMENTS DE PREUVE À RECHERCHER |
|---|---|
| **EE 1** PATIENT TRACEUR : PROFESSIONNELS<br>**Cible de l'EE : Professionnels**<br>Un examen somatique est réalisé, éventuellement par le psychiatre, dans les 24 h d’une hospitalisation complète sans consentement en psychiatrie. | ☐ Date et heure d’admission en hospitalisation complète sans consentement et date/heure de l’examen somatique permettant de calculer directement un délai ≤ 24 h<br>☐ Examen somatique daté, attribué et suffisamment renseigné pour objectiver sa réalisation effective<br>☐ Recherche et évaluation de la douleur adaptée à l’état du patient lorsque pertinente<br>☐ Toute anomalie somatique ou douleur identifiée reliée à une investigation, un traitement, une surveillance ou une orientation tracée |
| **EE 2** PATIENT TRACEUR : PROFESSIONNELS<br>**Cible de l'EE : Professionnels**<br>Pour le patient hospitalisé en soins libres, sans passage par un service d'urgences, l’examen somatique est réalisé, éventuellement par le psychiatre, dans un délai adapté à son profil (maximum 3 jours ouvrés). | ☐ Admission en soins libres sans passage aux urgences clairement identifiable dans le dossier<br>☐ Date/heure d’admission et date/heure de l’examen somatique permettant de vérifier le délai réel et le maximum de 3 jours ouvrés<br>☐ Examen somatique daté, attribué et suffisamment renseigné pour objectiver sa réalisation effective<br>☐ Recherche de douleur adaptée au profil du patient lorsque pertinente<br>☐ Anomalie somatique ou douleur identifiée avec investigation, traitement, surveillance ou orientation tracée |
| **EE 3** PATIENT TRACEUR : PROFESSIONNELS<br>**Cible de l'EE : Professionnels**<br>Si le patient est passé par les urgences, le compte rendu du passage aux urgences est intégré dans son dossier et les consignes de suivi sont mises en œuvre, suivies et tracées. | ☐ Compte rendu des urgences intégré au dossier<br>☐ Consignes de suivi clairement identifiées<br>☐ Actions réalisées et résultats tracés |
| **EE 4** PATIENT TRACEUR : PROFESSIONNELS | ☐ Liste actualisée des comorbidités somatiques et éléments de |

| ÉLÉMENTS D'ÉVALUATION V2027 | ÉLÉMENTS DE PREUVE À RECHERCHER |
|---|---|
| **Cible de l'EE : Professionnels**<br>En hospitalisation complète et ambulatoire, les comorbidités somatiques et leur suivi sont accessibles dans le dossier, y compris lorsque le suivi somatique est réalisé en ville. | suivi accessibles dans le dossier<br>☐ Comptes rendus, résultats ou échanges avec le médecin traitant et les spécialistes de ville intégrés au dossier<br>☐ En hospitalisation de jour/ambulatoire : preuve que l'équipe vérifie l'existence et la continuité du suivi somatique, même lorsque celui-ci est réalisé en ville<br>☐ En l'absence de médecin traitant : orientation vers un médecin et organisation d'un suivi somatique transitoire jusqu'à la prise de relais<br>☐ Lettre de liaison à la sortie reprenant les éléments somatiques utiles, les examens/résultats, les traitements ou surveillances et le suivi à poursuivre |

| STATUT ET INDICATEUR | MODE DE CALCUL OU RÉFÉRENCE | CIBLE OU LECTURE | SOURCE ET CHAMP |
|---|---|---|---|
| **INTERNE · EE1 · Taux de patients hospitalisés sans consentement ayant un examen somatique dans les 24 heures** | Examens réalisés dans le délai / admissions concernées × 100 | **100 %** | Audit dossiers psychiatrie |
| **INTERNE · EE2 · Taux de patients en soins libres sans passage aux urgences examinés dans le délai adapté, au plus trois jours ouvrés** | Examens réalisés dans le délai / admissions concernées × 100 | **100 %** | Audit dossiers psychiatrie |
| **INTERNE · EE3 · Taux de passages aux urgences avec compte rendu intégré et consignes mises en œuvre et tracées** | Dossiers conformes / passages aux urgences audités × 100 | **100 %** | Audit dossiers |
| **INTERNE · EE4 · Taux de dossiers rendant accessibles les comorbidités somatiques et leur suivi** | Dossiers conformes / dossiers audités × 100 | **100 %** | Audit dossiers / lettres de liaison |
| **IQSS HAS · Évaluation cardio-vasculaire et métabolique – programme 2026** | Calcul selon le cahier des charges HAS | **Résultat HAS / référence nationale** | QualHAS / dossier patient – psychiatrie à temps plein |

**Sources :** Référentiel V2027 (vérifié le 20/09/2026) | Fiche Santé mentale-psychiatrie (vérifié le 17/09/2026)

*Repères non exhaustifs, à adapter au contexte réel de l'établissement.*

Les 22 fiches et leur guide d'utilisation : hospi-academy.com/criteres-imperatifs

*« La qualité nous rassemble, la sécurité du patient nous engage. »*

Conçu par Babacar Ndiaye, ingénieur qualité et gestion des risques.

Version V2027, novembre 2026.

CRITÈRE HAS V2027
# 2.2-02

▲ CRITÈRE IMPÉRATIF

## Les équipes respectent les bonnes pratiques de prescription des médicaments

STATUT Critère impératif
CHAMP Tout l'établissement
MÉTHODES Traceur ciblé : médicament

**À DÉMONTRER**

Des prescriptions complètes, pertinentes, lisibles, sécurisées et réévaluées, y compris pour les prescriptions conditionnelles ou à risque.

**À METTRE EN PLACE**

- Formaliser les règles de prescription et tenir à jour la liste des prescripteurs habilités.
- Sécuriser l'outil de prescription et organiser la conciliation médicamenteuse aux points de transition.
- Contrôler les prescriptions à risque, conditionnelles, hors livret ou nécessitant une surveillance particulière.
- Auditer les prescriptions, restituer les écarts et mettre en œuvre les actions de formation nécessaires.

| ÉLÉMENTS D'ÉVALUATION V2027 | ÉLÉMENTS DE PREUVE À RECHERCHER |
|---|---|
| **EE 1** TRACEUR CIBLÉ : MÉDICAMENT : PROFESSIONNELS<br>**Cible de l'EE : Professionnels**<br>La prescription mentionne clairement l'identification et la signature du prescripteur, la date et l'heure, la dénomination des molécules en DCI, la posologie, le solvant et son volume (injectable), et la voie d'administration. | ☐ Prescription avec prescripteur identifié, signature présente, date et heure renseignées<br>☐ DCI, posologie et voie d'administration renseignées pour chaque médicament<br>☐ Pour tout injectable concerné, solvant et volume précisés |
| **EE 2** TRACEUR CIBLÉ : MÉDICAMENT : PROFESSIONNELS<br>**Cible de l'EE : Professionnels**<br>Les prescriptions sont réalisées en temps utile par des professionnels habilités sans retranscription par des professionnels non habilités à prescrire. | ☐ Horodatages montrant une prescription disponible en temps utile avant l'administration<br>☐ Prescripteur retrouvé dans une liste d'habilitations à jour, avec des droits adaptés<br>☐ Support unique prescription-administration sans retranscription ; prescription orale urgente régularisée si elle existe |
| **EE 3** TRACEUR CIBLÉ : MÉDICAMENT : PROFESSIONNELS<br>**Cible de l'EE : Professionnels**<br>A l'entrée, le médecin analyse systématiquement le traitement habituel du patient pour décider s'il est pertinent de poursuivre, modifier ou arrêter ce traitement habituel et ainsi établir sa prescription. | ☐ Traitement habituel complet recueilli à l'entrée, incluant les médicaments prescrits et l'automédication<br>☐ Prescription d'entrée indiquant, pour chaque traitement habituel, la poursuite, la modification ou l'arrêt<br>☐ Décision médicale justifiée, datée et attribuée à son auteur dans le dossier patient |
| **EE 4** TRACEUR CIBLÉ : MÉDICAMENT : PROFESSIONNELS<br>**Cible de l'EE : Professionnels**<br>Toute prescription conditionnelle est argumentée en référence à une condition de déclenchement : valeur seuil (échelle de douleur, tension artérielle, glycémie, | ☐ Prescription conditionnelle comportant seuil mesurable de douleur ou critère clinique précis, échelle/paramètre cohérent, dose, voie, intervalle minimal, maximum sur 24 h et durée maximale<br>☐ Évaluation clinique tracée à l'horaire pertinent, qu'elle déclenche ou non l'administration |

| ÉLÉMENTS D'ÉVALUATION V2027 | ÉLÉMENTS DE PREUVE À RECHERCHER |
|---|---|
| température corporelle...) ou signe clinique (nausée, vomissement, anxiété, constipation...). | ☐ Si le seuil n'est pas atteint : score/évaluation suffisant pour justifier la non-administration, sans exigence artificielle d'une seconde trace de « non-administration »<br>☐ Si administration : heure, dose et professionnel tracés, puis réévaluation de l'efficacité et adaptation si soulagement insuffisant |

| STATUT ET INDICATEUR | MODE DE CALCUL OU RÉFÉRENCE | CIBLE OU LECTURE | SOURCE ET CHAMP |
|---|---|---|---|
| **INTERNE · EE1 · Taux de prescriptions comportant toutes les mentions requises** | Prescriptions conformes / prescriptions auditées × 100 | **100 %** | Audit prescriptions / pharmacie |
| **INTERNE · EE2 · Taux de prescriptions réalisées en temps utile par un prescripteur habilité sans retranscription** | Prescriptions conformes / prescriptions auditées × 100 | **100 %** | Audit prescriptions |
| **INTERNE · EE3 · Taux d'admissions avec analyse tracée du traitement habituel et décision médicale** | Admissions conformes / admissions auditées × 100 | **100 %** | Audit dossiers / conciliation |
| **INTERNE · EE4 · Taux de prescriptions conditionnelles comportant un seuil ou un signe clinique de déclenchement** | Prescriptions conformes / prescriptions conditionnelles auditées × 100 | **100 %** | Audit prescriptions |

**Sources :** Référentiel V2027 (vérifié le 20/09/2026) | Fiche Médicament (vérifié le 17/09/2026)

*Repères non exhaustifs, à adapter au contexte réel de l'établissement.*

Les 22 fiches et leur guide d'utilisation : hospi-academy.com/criteres-imperatifs

*« La qualité nous rassemble, la sécurité du patient nous engage. »*

Conçu par Babacar Ndiaye, ingénieur qualité et gestion des risques.

Version V2027, novembre 2026.

CRITÈRE HAS V2027
# 2.2-05

▲ CRITÈRE IMPÉRATIF

## Les équipes respectent les bonnes pratiques d'administration des médicaments

STATUT Critère impératif
CHAMP Tout l'établissement
MÉTHODES Observation + Traceur ciblé : médicament

**À DÉMONTRER**

Une administration conforme aux règles d'identité, de prescription, de préparation, de traçabilité et de surveillance, sans retranscription.

**À METTRE EN PLACE**

- Standardiser les contrôles d'identité, de prescription, de préparation, d'administration et de traçabilité.
- Réduire les interruptions de tâche et renforcer les contrôles pour les médicaments à risque.
- Vérifier la formation et l'habilitation des professionnels impliqués dans l'administration.
- Observer les pratiques, analyser les écarts et suivre les mesures correctives.

| ÉLÉMENTS D'ÉVALUATION V2027 | ÉLÉMENTS DE PREUVE À RECHERCHER |
|---|---|
| **EE 1** OBSERVATION<br>**Cible de l'EE : Observation directe**<br>Pour sécuriser la préparation et l'administration des médicaments et à prévenir les risques d'erreur, les produits de santé sont stockés dans des conditions sécurisées sur l'ensemble du circuit (étiquetage en DCI, absence de mélange, suivi des températures, absence de stockage au sol, absence de périmés, obus et bouteilles arrimés...). | ☐ Armoires et chariots sécurisés ; médicaments identifiés en DCI, séparés et conservés dans un conditionnement identifiable<br>☐ Absence de produit périmé ou stocké au sol ; rangement ordonné évitant les mélanges et les confusions ; bouteilles de gaz identifiées, fermées et solidement arrimées<br>☐ Pour les médicaments thermosensibles : relevés montrant le maintien entre 2 °C et 8 °C ; surveillance continue lorsqu'elle existe ou, en suivi manuel, contrôle tracé selon la fréquence définie et couvrant les jours de fermeture<br>☐ Seuils d'alerte et conduite à tenir accessibles ; excursion de température tracée avec durée/valeurs, produits concernés, mise en quarantaine si nécessaire et décision documentée sur leur maintien ou non dans le circuit |
| **EE 2** TRACEUR CIBLÉ : MÉDICAMENT : PROFESSIONNELS<br>**Cible de l'EE : Professionnels**<br>Les professionnels habilités respectent les bonnes pratiques de préparation en évitant les interruptions de tâches. | ☐ Zone de préparation identifiée, adaptée, indépendante et respectant les règles d'hygiène<br>☐ Organisation limitant les interruptions de tâches et permettant une préparation au plus près de l'administration<br>☐ Outils d'aide disponibles et à jour lorsque nécessaire : procédures, outils de calcul de dose, tables de conversion<br>☐ Observation d'une préparation conforme ou audit récent des interruptions, avec actions et réévaluation |
| **EE 3** TRACEUR CIBLÉ : MÉDICAMENT : PROFESSIONNELS<br>**Cible de l'EE : Professionnels**<br>Les professionnels habilités respectent les bonnes pratiques d'administration (règle des 5B). | ☐ Observation d'une administration complète : identité vérifiée avec deux identifiants et prescription active consultée<br>☐ Concordance patient–médicament–dose–voie–horaire démontrée, avec conditionnement identifiable jusqu'à la prise<br>☐ Audit récent des 5B comportant résultats, écarts, actions correctives et réévaluation |
| **EE 4** TRACEUR CIBLÉ : MÉDICAMENT : | ☐ Liste ou cartographie des situations d'administration à risque |

| ÉLÉMENTS D'ÉVALUATION V2027 | ÉLÉMENTS DE PREUVE À RECHERCHER |
|---|---|
| PROFESSIONNELS<br>**Cible de l'EE : Professionnels**<br>Les situations à risque (injectables, médicaments reconstitués en pédiatrie, pousse seringue électrique, PCA, chimiothérapies, préparations de poches de perfusion avec reconstitution, multiplicité des préparations...) devant faire l'objet de précautions particulières ont été identifiées et les bonnes pratiques mises en œuvre. | du service, reliée à des procédures actualisées<br>☐ Observation ou dossier récent montrant les contrôles prévus selon le risque : calcul, double vérification, étiquetage, programmation ou surveillance<br>☐ Conduite à tenir en cas d'incident accessible, avec matériel de secours ou antidote disponible lorsque la situation le requiert |
| **EE 5** TRACEUR CIBLÉ : MÉDICAMENT : PROFESSIONNELS<br>**Cible de l'EE : Professionnels**<br>L'administration du médicament ou le motif de non-administration est tracé dans son dossier au moment de la prise par les professionnels habilités. | ☐ Dossier ou plan d'administration indiquant médicament, dose, date, heure réelle et identité du professionnel<br>☐ Non-administration tracée au moment du soin avec motif précis, date, heure et auteur<br>☐ Journal du logiciel ou audit d'échantillon confirmant l'absence de validation anticipée et la concordance des horaires |

| STATUT ET INDICATEUR | MODE DE CALCUL OU RÉFÉRENCE | CIBLE OU LECTURE | SOURCE ET CHAMP |
|---|---|---|---|
| **INTERNE · EE1 · Taux de conformité du stockage des produits de santé dans les unités** | Exigences conformes / exigences de stockage auditées × 100 | **100 % ; écarts critiques corrigés** | Audit pharmacie / unités |
| **INTERNE · EE2 · Taux de préparations observées conformes et sans interruption de tâche non maîtrisée** | Préparations conformes / préparations observées × 100 | **100 %** | Observation terrain |
| **INTERNE · EE3 · Taux d'administrations observées conformes à la règle des 5B** | Administrations conformes / administrations observées × 100 | **100 %** | Audit administration |
| **INTERNE · EE4 · Taux de situations à risque identifiées bénéficiant des précautions définies** | Situations maîtrisées / situations à risque auditées × 100 | **100 %** | Audit pharmacie / observation |
| **INTERNE · EE5 · Taux d'administrations et de non-administrations tracées en temps réel avec motif si nécessaire** | Situations tracées conformément / situations auditées × 100 | **100 %** | Dossier patient informatisé / audit |

**Sources :** Référentiel V2027 (vérifié le 20/09/2026) | Fiche Médicament (vérifié le 17/09/2026)

*Repères non exhaustifs, à adapter au contexte réel de l'établissement.*

Les 22 fiches et leur guide d'utilisation : hospi-academy.com/criteres-imperatifs

*« La qualité nous rassemble, la sécurité du patient nous engage. »*

Conçu par Babacar Ndiaye, ingénieur qualité et gestion des risques.

Version V2027, novembre 2026.

CRITÈRE HAS V2027
# 2.2-06

▲ CRITÈRE IMPÉRATIF

## Les équipes préviennent les risques d'erreur médicamenteuse

STATUT Critère impératif
CHAMP Tout l'établissement
MÉTHODES Traceur ciblé : médicament

**À DÉMONTRER**

Un dispositif permettant d'identifier, de déclarer, d'analyser et de prévenir les erreurs médicamenteuses avec l'implication des équipes.

**À METTRE EN PLACE**

- Actualiser la cartographie des risques et la liste des médicaments à risque ou de présentation similaire.
- Mettre en place les doubles contrôles, rangements, étiquetages et barrières adaptés aux risques identifiés.
- Former les professionnels et organiser des simulations ou exercices sur les situations à risque.
- Analyser les erreurs et presque accidents, puis suivre le plan d'action associé.

| ÉLÉMENTS D'ÉVALUATION V2027 | ÉLÉMENTS DE PREUVE À RECHERCHER |
|---|---|
| **EE 1** TRACEUR CIBLÉ : MÉDICAMENT : PROFESSIONNELS<br>**Cible de l'EE : Professionnels**<br>Les professionnels sont formés à la prévention du risque médicamenteux. | ☐ Programme de formation intégrant la prévention des erreurs médicamenteuses et ciblant les professionnels concernés<br>☐ Feuilles d'émargement, attestations ou relevés de plateforme nominatifs, datés et à jour<br>☐ Évaluation des acquis ou de l'efficacité par quiz, simulation ou audit, avec actions engagées si nécessaire |
| **EE 2** TRACEUR CIBLÉ : MÉDICAMENT : PROFESSIONNELS<br>**Cible de l'EE : Professionnels**<br>Les professionnels connaissent les moyens de maîtrise des médicaments les plus à risque. | ☐ Réponses des professionnels concordantes avec la liste du service : médicament, risque majeur et complication à anticiper<br>☐ Procédures ou fiches de bon usage précisant les barrières adaptées : stockage, calcul, double contrôle, surveillance ou antidote<br>☐ Résultats d'un audit, questionnaire ou exercice de simulation sur la maîtrise des médicaments à risque, avec suivi des écarts |
| **EE 3** TRACEUR CIBLÉ : MÉDICAMENT : PROFESSIONNELS<br>**Cible de l'EE : Professionnels**<br>Une liste des médicaments les plus à risque, établie de manière collégiale, est adaptée à l'activité et connue des professionnels. | ☐ Liste datée et versionnée, adaptée au domaine d'activité et aux produits réellement utilisés dans le service<br>☐ Prise en compte des never events et des risques spécifiques : médicaments responsables d'EIGS, nouvelles formes galéniques, médicaments à marge thérapeutique étroite ou autres risques locaux<br>☐ Élaboration ou révision collégiale tracée (COMEDIMS, CME ou groupe pluriprofessionnel)<br>☐ Liste accessible au point d'usage et connaissance vérifiée auprès des professionnels |
| **EE 4** TRACEUR CIBLÉ : MÉDICAMENT : PROFESSIONNELS<br>**Cible de l'EE : Professionnels**<br>Les préparations en atmosphère contrôlée (chimiothérapie, immunothérapie, biothérapie, nutrition parentérale, radiopharmaceutique...) sont maîtrisées | ☐ Prescription complète et validée, reliée au dossier de préparation<br>☐ Responsabilités formalisées pour chaque étape : prescripteur, pharmacien, préparateur/professionnel habilité et professionnel administrant<br>☐ Qualification des locaux, équipements et professionnels, avec |

| ÉLÉMENTS D'ÉVALUATION V2027 | ÉLÉMENTS DE PREUVE À RECHERCHER |
|---|---|
| (préparation, libération, transport). | contrôles environnementaux et évaluations périodiques<br>☐ Traçabilité des étapes critiques : préparation, contrôle, étiquetage, conservation, transport, réception, administration et gestion/destruction d'un produit non administré<br>☐ Libération pharmaceutique et contrôles qualité tracés, avec gestion des écarts et actions d'amélioration |

| STATUT ET INDICATEUR | MODE DE CALCUL OU RÉFÉRENCE | CIBLE OU LECTURE | SOURCE ET CHAMP |
|---|---|---|---|
| **INTERNE · EE1 · Taux de professionnels concernés formés à la prévention du risque médicamenteux** | Professionnels formés / professionnels concernés × 100 | **100 %** | Service formation |
| **INTERNE · EE2 · Taux de professionnels connaissant les mesures de maîtrise des médicaments à risque** | Réponses conformes / professionnels interrogés × 100 | **100 %** | Entretiens / test de connaissance |
| **INTERNE · EE3 · Taux de secteurs disposant d'une liste actualisée, adaptée et connue des médicaments à risque** | Secteurs conformes / secteurs audités × 100 | **100 %** | Audit pharmacie / unités |
| **INTERNE · EE4 · Taux de préparations en atmosphère contrôlée conformes de la préparation au transport** | Préparations ou cycles conformes / préparations ou cycles audités × 100 | **100 %** | Audit unité de préparation / traçabilité |

**Sources :** Référentiel V2027 (vérifié le 20/09/2026) | Fiche Médicament (vérifié le 17/09/2026)

*Repères non exhaustifs, à adapter au contexte réel de l'établissement.*

Les 22 fiches et leur guide d'utilisation : hospi-academy.com/criteres-imperatifs

*« La qualité nous rassemble, la sécurité du patient nous engage. »*

Conçu par Babacar Ndiaye, ingénieur qualité et gestion des risques.

Version V2027, novembre 2026.

CRITÈRE HAS V2027
# 2.2-08

▲ CRITÈRE IMPÉRATIF

## Les équipes appliquent les précautions standard d'hygiène

STATUT Critère impératif
CHAMP Tout l'établissement
MÉTHODES Observation + Traceur ciblé : IAS

**À DÉMONTRER**

L'application observable de l'hygiène des mains, des équipements de protection, de la gestion des excreta et des précautions standard.

**À METTRE EN PLACE**

- Actualiser les protocoles d'hygiène des mains, d'utilisation des équipements de protection et de gestion des excreta.
- Garantir la disponibilité des solutions hydroalcooliques, équipements et matériels nécessaires.
- Observer les pratiques et suivre la consommation ainsi que l'expérience rapportée par les patients.
- Restituer les résultats aux équipes et corriger rapidement les écarts observés.

| ÉLÉMENTS D'ÉVALUATION V2027 | ÉLÉMENTS DE PREUVE À RECHERCHER |
|---|---|
| **EE 1** OBSERVATION<br>**Cible de l'EE : Observation directe**<br>Dès lors qu'ils sont dans les services de soins, de rééducation et médico-techniques, tous les professionnels appliquent les prérequis à l'hygiène des mains : zéro bijou aux mains et aux poignets, manches courtes, absence de vernis, ongles courts, mésusage des gants... | ☐ Mains et poignets sans bijou ; ongles courts, sans vernis, faux ongles ni résidus visibles<br>☐ Tenue professionnelle à manches courtes ou avant-bras entièrement dégagés pendant les soins<br>☐ Gants utilisés selon le risque, changés entre activités ou patients et retirés dès la fin du geste |
| **EE 2** OBSERVATION<br>**Cible de l'EE : Observation directe**<br>Les indications d'hygiène des mains sont respectées : avant et après contact avec le patient, avant un geste aseptique et après un contact avec l'environnement du patient. | ☐ Friction hydroalcoolique observée immédiatement avant le contact avec le patient<br>☐ Friction hydroalcoolique observée avant le geste aseptique<br>☐ Friction observée après contact avec le patient ou son environnement et après retrait des gants |
| **EE 3** TRACEUR CIBLÉ : IAS : PROFESSIONNELS<br>**Cible de l'EE : Professionnels**<br>L'équipe privilégie la désinfection des mains par friction hydroalcoolique. Elle connaît les rares indications du lavage à l'eau et au savon. | ☐ Observation des prérequis : absence de bijoux aux mains/poignets, manches courtes, absence de vernis et ongles courts<br>☐ Observation d'une friction hydroalcoolique réalisée aux indications adaptées, avec technique complète jusqu'au séchage<br>☐ Solutions hydroalcooliques disponibles et approvisionnées dans les salles de soins, sur les chariots et/ou à proximité immédiate du soin<br>☐ Évaluation ou mise en situation montrant que l'équipe connaît les rares indications du lavage à l'eau et au savon<br>☐ Information ou support permettant au patient de comprendre quand et comment utiliser la SHA lorsque cela est pertinent |
| **EE 4** TRACEUR CIBLÉ : IAS : PROFESSIONNELS | ☐ Observation d'une manipulation d'excreta avec EPI adaptés, transport sécurisé et traitement sans vidange manuelle à |

| ÉLÉMENTS D'ÉVALUATION V2027 | ÉLÉMENTS DE PREUVE À RECHERCHER |
|---|---|
| **Cible de l'EE : Professionnels**<br>L’équipe applique les bonnes pratiques de gestion des excreta : respect des précautions standards lors des manipulations (notamment port des EPI), matériel adapté et en bon état (bassin et lave-bassin), maintenance des équipements assurée, et existence d’une procédure dégradée en cas de panne. | risque<br>☐ Bassins, urinaux et lave-bassin adaptés et en bon état, avec maintenance préventive et corrective tracée<br>☐ Procédure dégradée accessible en cas de panne, solution de secours disponible et trace d’un test ou d’une utilisation réelle |
| **EE 5** TRACEUR CIBLÉ : IAS : PROFESSIONNELS<br>**Cible de l'EE : Professionnels**<br>L'équipe applique les précautions et conduites à tenir en cas d'accident d'exposition à un liquide biologique (sang, urine...). | ☐ Affichage ou procédure immédiatement accessible précisant premiers soins, contact médical urgent et déclaration de l’accident<br>☐ Matériel disponible pour lavage, antisepsie et rinçage d’une muqueuse, avec coordonnées d’urgence à jour<br>☐ Dossier récent d’exposition retraçant soins immédiats, avis médical urgent, déclaration d’accident et suivi organisé |
| **EE 6** TRACEUR CIBLÉ : IAS : PROFESSIONNELS<br>**Cible de l'EE : Professionnels**<br>L'équipe, avec une équipe opérationnelle d'hygiène/équipe de prévention du risque infectieux, améliore ses pratiques en matière de précautions standards d'hygiène au regard de l'analyse d’indicateurs (ex : audits observationnels, consommation de solution hydroalcoolique, expérience rapportée par les patients sur l'hygiène des mains...). | ☐ Tableau de résultats de l’unité : audits observationnels, consommation de produit hydroalcoolique et expérience patient selon les données disponibles<br>☐ Compte rendu d’analyse avec l’équipe d’hygiène identifiant les écarts, leurs causes et les priorités d’amélioration<br>☐ Plan d’action avec responsable et échéance, puis nouvel audit ou indicateur montrant l’effet des mesures mises en œuvre |

| STATUT ET INDICATEUR | MODE DE CALCUL OU RÉFÉRENCE | CIBLE OU LECTURE | SOURCE ET CHAMP |
|---|---|---|---|
| **INTERNE · EE1 · Taux de professionnels respectant les prérequis à l’hygiène des mains** | Professionnels conformes / professionnels observés × 100 | **100 %** | Audit observationnel EOH |
| **INTERNE · EE2 · Taux d’opportunités d’hygiène des mains correctement réalisées** | Opportunités conformes / opportunités observées × 100 | **100 %** | Audit observationnel EOH |
| **INTERNE · EE3 · Taux de situations où la friction hydroalcoolique ou le lavage est utilisé selon l’indication** | Situations conformes / situations observées × 100 | **100 %** | Audit observationnel EOH |
| **INTERNE · EE4 · Taux de conformité de la gestion des excreta, y compris en situation dégradée** | Exigences conformes / exigences auditées × 100 | **100 %** | Audit excreta / maintenance |

| STATUT ET INDICATEUR | MODE DE CALCUL OU RÉFÉRENCE | CIBLE OU LECTURE | SOURCE ET CHAMP |
|---|---|---|---|
| **INTERNE · EE5 · Taux de professionnels connaissant et appliquant la conduite à tenir après exposition biologique** | Réponses et situations conformes / professionnels ou situations audités × 100 | **100 %** | Entretiens / dossiers AES |
| **INTERNE · EE6 · Taux d'actions d'amélioration en hygiène des mains réalisées et évaluées** | Actions réalisées et évaluées / actions échues × 100 | **100 %** | Plan d'action EOH / indicateurs |
| **IQSS HAS · Consommation des solutions hydroalcooliques – ICSHA 2026** | Calcul national selon le cahier des charges ICSHA | **Résultat HAS / référence nationale** | QualHAS / questionnaire établissement |
| **IQSS HAS · Expérience rapportée par les patients sur l'hygiène des mains – 2026** | Questionnaire patient national HAS | **Résultat HAS / référence nationale** | QualHAS / questionnaire patient |

**Sources :** Référentiel V2027 (vérifié le 20/09/2026) | Fiche Prévention IAS (vérifié le 17/09/2026)

*Repères non exhaustifs, à adapter au contexte réel de l'établissement.*

Les 22 fiches et leur guide d'utilisation : hospi-academy.com/criteres-imperatifs

*« La qualité nous rassemble, la sécurité du patient nous engage. »*

Conçu par Babacar Ndiaye, ingénieur qualité et gestion des risques.

Version V2027, novembre 2026.

CRITÈRE HAS V2027
# 2.2-12

▲ CRITÈRE IMPÉRATIF

## Les équipes maîtrisent la prise en charge des urgences vitales

STATUT Critère impératif
CHAMP Tout l'établissement
MÉTHODES Parcours traceur + Observation + Audit système : management qualité-risques

**À DÉMONTRER**

Une organisation disponible à tout moment, des professionnels formés et du matériel contrôlé pour prendre en charge une urgence vitale.

**À METTRE EN PLACE**

- Afficher les numéros d'urgence et localiser clairement les chariots et équipements d'urgence.
- Former les professionnels et programmer des exercices adaptés aux secteurs et aux horaires.
- Contrôler périodiquement les médicaments, matériels, scellés et dates de péremption.
- Analyser les urgences réelles et les exercices, puis suivre les améliorations décidées.

| ÉLÉMENTS D'ÉVALUATION V2027 | ÉLÉMENTS DE PREUVE À RECHERCHER |
|---|---|
| **EE 1** PARCOURS TRACEUR : PROFESSIONNELS<br>**Cible de l'EE : Professionnels**<br>Il existe un numéro d'appel unique et dédié, connu des professionnels, pour joindre directement un médecin habilité à intervenir en cas d'urgence vitale survenant chez un patient, un professionnel ou un visiteur. | ☐ Numéro unique et dédié H24, clairement affiché dans tous les postes de soins, sans numéro secondaire concurrent présenté comme alternative<br>☐ Système télécom orientant vers un médecin habilité à intervenir, avec identification immédiate du caractère « urgence vitale » de l'appel<br>☐ Test d'appel documenté sur plusieurs plages horaires, avec délai de réponse et conduite prévue en cas de défaillance technique<br>☐ Si organisation dérogatoire : analyse comparative bénéfices-risques, justification de la sécurité supérieure, mise en situation et connaissance vérifiée des professionnels<br>☐ Si dispositif autre que téléphonique : système permettant simultanément l'alerte, la localisation rapide de l'urgence et la sécurité du patient |
| **EE 2** PARCOURS TRACEUR : PROFESSIONNELS<br>**Cible de l'EE : Professionnels**<br>Tous les professionnels de soins sont formés aux gestes de première urgence (détection d'une urgence vitale, conduite à tenir...). | ☐ Pour les professionnels de soins : AFGSU niveau 2 ou dispositif de formation répondant aux attendus HAS, avec suivi des dates et recyclage prévu<br>☐ Tableau de suivi des professionnels formés, des échéances et des secteurs prioritaires<br>☐ Évaluation des connaissances : reconnaissance de l'urgence vitale, premiers gestes, contenu de l'appel et connaissance du numéro unique<br>☐ Preuve que les secteurs à risque sans présence médicale permanente sont priorisés dans la programmation des formations |
| **EE 3** PARCOURS TRACEUR : PROFESSIONNELS<br>**Cible de l'EE : Professionnels**<br>Les professionnels de soins réalisent des exercices de mise en situation. | ☐ Scénario d'exercice in situ daté, avec unité, participants, objectifs et chronologie complète du processus<br>☐ Mesure ou observation des délais : reconnaissance, premiers gestes, appel, mobilisation du matériel et intervention médicale |

| ÉLÉMENTS D'ÉVALUATION V2027 | ÉLÉMENTS DE PREUVE À RECHERCHER |
|---|---|
| | ☐ Chariot ou sac d’urgence rapidement accessible, composition définie et adaptée au secteur, liste de composition accessible aux professionnels<br>☐ Vérification régulière du chariot selon les risques du secteur, au minimum mensuelle : date, vérificateur, péremptions, intégrité, maintenance et scellement<br>☐ Après utilisation : contrôle, réassort et scellement tracés<br>☐ Débriefing, plan d’action et preuve de vérification des corrections |
| **EE 4** OBSERVATION<br>**Cible de l'EE : Observation directe**<br>Des chariots ou sacs d’urgence, adaptés aux patients pris en charge dans l’unité, sont immédiatement accessibles. | ☐ Chariot ou sac clairement identifié, placé à un emplacement fixe avec un trajet d’accès dégagé<br>☐ Accès immédiat pour les professionnels habilités, sans clé ou code indisponible ni obstacle retardant la mobilisation<br>☐ Matériel et tailles adaptés aux patients accueillis dans l’unité : adulte, enfant ou nouveau-né selon l’activité |
| **EE 5** OBSERVATION<br>**Cible de l'EE : Observation directe**<br>Les chariots ou sacs d’urgence sont contrôlés, leur vérification est tracée. | ☐ Fiche ou registre de contrôle à jour : date, nom du vérificateur et fréquence adaptée aux risques du secteur, au minimum mensuelle<br>☐ Traçabilité des péremptions, de l’intégrité des emballages et du contrôle ou de la maintenance du matériel<br>☐ Chariot ou sac complet et scellé ; réassort et nouveau contrôle tracés après utilisation |
| **EE 6** AUDIT SYSTÈME : MANAGEMENT QUALITÉ-RISQUES<br>**Cible de l'EE : Gouvernance**<br>Le dispositif de prise en charge des urgences vitales fait l’objet d’une évaluation régulière de son efficacité, reposant notamment sur un retour d'expérience des situations réellement vécues (tracées dans le registre). | ☐ Registre des urgences vitales réelles avec date, lieu, circonstances, heure d’alerte, premiers gestes, mobilisation du matériel, arrivée du médecin, prise en charge et issue selon le dispositif de l’établissement<br>☐ Résultats d’exercices in situ, simulations et RETEX de situations réelles couvrant l’ensemble du processus<br>☐ Tableau de bord avec indicateurs adaptés : nombre d’urgences vitales, délai symptômes-premiers secours, délai de mobilisation du matériel, délai d’intervention médicale selon les plages horaires, morbidité/survie lorsque ces données sont exploitables<br>☐ Analyse périodique des résultats, plan d’action relié aux écarts et preuve de réévaluation de l’efficacité |

| STATUT ET INDICATEUR | MODE DE CALCUL OU RÉFÉRENCE | CIBLE OU LECTURE | SOURCE ET CHAMP |
|---|---|---|---|
| **INTERNE · EE1 · Taux de professionnels connaissant le numéro unique d’urgence vitale** | Professionnels donnant la bonne réponse / professionnels interrogés × 100 | **100 %** | Entretiens terrain / test d’appel |
| **INTERNE · EE2 · Taux de professionnels de soins ayant une formation valide aux gestes d’urgence** | Professionnels à jour / professionnels concernés × 100 | **100 %** | Service formation |

| STATUT ET INDICATEUR | MODE DE CALCUL OU RÉFÉRENCE | CIBLE OU LECTURE | SOURCE ET CHAMP |
|---|---|---|---|
| **INTERNE · EE3 · Taux d'unités ayant réalisé une mise en situation selon la périodicité définie** | Unités à jour / unités concernées × 100 | **100 %** | Programme de simulation |
| **INTERNE · EE4 · Taux d'unités disposant d'un chariot ou sac d'urgence adapté et immédiatement accessible** | Unités conformes / unités auditées × 100 | **100 %** | Audit terrain |
| **INTERNE · EE5 · Taux de contrôles des chariots ou sacs réalisés, conformes et tracés** | Contrôles conformes / contrôles attendus × 100 | **100 %** | Registres de contrôle |
| **INTERNE · EE6 · Taux de situations réelles ou simulées analysées avec actions nécessaires suivies** | Situations analysées et suivies / situations auditées × 100 | **100 %** | Registre des urgences vitales / RETEX |

**Sources :** Référentiel V2027 (vérifié le 20/09/2026) | Fiche Urgences vitales (vérifié le 28/10/2026)

*Repères non exhaustifs, à adapter au contexte réel de l'établissement.*

Les 22 fiches et leur guide d'utilisation : hospi-academy.com/criteres-imperatifs

*« La qualité nous rassemble, la sécurité du patient nous engage. »*

Conçu par Babacar Ndiaye, ingénieur qualité et gestion des risques.

Version V2027, novembre 2026.

CRITÈRE HAS V2027
# 2.3-06

▲ CRITÈRE IMPÉRATIF

## Les équipes des secteurs interventionnels maîtrisent les risques, notamment infectieux, liés aux équipements et aux pratiques professionnelles

STATUT Critère impératif
CHAMP Chirurgie et interventionnel
MÉTHODES Observation + Traceur ciblé : interventionnel

### À DÉMONTRER

La maîtrise des locaux, des flux, des équipements, de la désinfection, de la traçabilité et des pratiques aseptiques en secteur interventionnel.

### À METTRE EN PLACE

- Formaliser les zones, les circuits, les tenues, l'hygiène et les règles d'accès aux secteurs interventionnels.
- Assurer la traçabilité des dispositifs, produits, implants et étapes critiques de prise en charge.
- Planifier la maintenance des équipements et vérifier les qualifications des professionnels.
- Auditer les pratiques et les infections associées, puis suivre les actions correctives.

| ÉLÉMENTS D'ÉVALUATION V2027 | ÉLÉMENTS DE PREUVE À RECHERCHER |
|---|---|
| **EE 1** OBSERVATION<br>**Cible de l'EE : Observation directe**<br>L'équipe porte une tenue (tunique, pantalon, masque) et utilise des équipements adaptés et strictement dédiés au secteur interventionnel. | ☐ Tunique-pantalon, masque correctement positionné, article coiffant et chaussures/équipements adaptés effectivement portés<br>☐ Absence de bijoux incompatible avec les règles d'hygiène du secteur<br>☐ Tenues et équipements dédiés utilisés conformément au circuit défini et absence de pratique inadaptée observée hors du secteur interventionnel<br>☐ Concordance entre pratiques observées et règles institutionnelles du bloc/secteur |
| **EE 2** TRACEUR CIBLÉ : INTERVENTIONNEL : PROFESSIONNELS<br>**Cible de l'EE : Professionnels**<br>Avant l'acte interventionnel, l'équipe réalise l'antisepsie cutanée selon le protocole en vigueur. | ☐ Protocole actualisé avec l'équipe d'hygiène précisant préparation de la zone, antiseptique, technique d'application, temps de contact et séchage<br>☐ Dossier ou check-list du patient traçant l'antisepsie réalisée, avec site concerné, produit ou protocole appliqué, date et opérateur<br>☐ Observation d'une antisepsie conforme : hygiène des mains, matériel adapté, application sans recontamination et séchage complet avant l'acte |
| **EE 3** TRACEUR CIBLÉ : INTERVENTIONNEL : PROFESSIONNELS<br>**Cible de l'EE : Professionnels**<br>Les professionnels des salles interventionnelles tracent la conformité des équipements opératoires à l'ouverture de la salle. | ☐ Check-list d'ouverture datée identifiant salle et vérificateur, couvrant les équipements nécessaires à l'activité programmée et leurs fonctions de sécurité<br>☐ Contrôles environnementaux applicables tracés, notamment pression/surpression lorsque prévue, ainsi que qualifications périodiques de la salle<br>☐ Défaillance récente avec information de l'équipe, retrait ou sécurisation du dispositif, solution de remplacement et action |

| ÉLÉMENTS D'ÉVALUATION V2027 | ÉLÉMENTS DE PREUVE À RECHERCHER |
|---|---|
| | corrective<br>☐ Signalement au correspondant/circuit de matériovigilance lorsqu'il relève de ce dispositif, avec traçabilité de la suite donnée<br>☐ Validation de la disponibilité et de la conformité avant prise en charge du patient |
| **EE 4** TRACEUR CIBLÉ : INTERVENTIONNEL : PROFESSIONNELS<br>**Cible de l'EE : Professionnels**<br>La prescription d'antibioprophylaxie (ou le protocole auquel elle renvoie), réalisée dès la consultation préanesthésique ou préopératoire, s'appuie sur des bonnes pratiques actualisées et adaptées au type de chirurgie, au terrain (molécule, dosage, moment de l'administration et durée de l'antibioprophylaxie) et au patient (IMC élevé, portage de germe résistant aux antibiotiques...). | ☐ Protocole d'antibioprophylaxie actualisé et décliné par acte, précisant indication, molécule, dose, délai avant incision, réinjection et durée<br>☐ Prescription préanesthésique ou préopératoire adaptée au type de chirurgie et aux caractéristiques du patient : allergies, poids ou IMC, fonction rénale et portage connu<br>☐ Feuille d'anesthésie ou d'administration concordante avec la prescription, traçant molécule, dose, voie, heure avant incision, réinjection et arrêt prévu |
| **EE 5** TRACEUR CIBLÉ : INTERVENTIONNEL : PROFESSIONNELS<br>**Cible de l'EE : Professionnels**<br>L'équipe du bloc opératoire ou du secteur interventionnel s'assure que toutes les étapes de préparation du patient, selon le protocole en vigueur (douche, traitement des pilosités le cas échéant) défini avec l'équipe opérationnelle d'hygiène/équipe de prévention du risque infectieux, sont réalisées et tracées dans le dossier. | ☐ Protocole de préparation du patient défini avec l'équipe d'hygiène : douche, moment du contrôle et dépilation uniquement lorsqu'elle est nécessaire, avec technique autorisée<br>☐ Dossier ou fiche préopératoire traçant la réalisation et le contrôle des étapes applicables, leur date, ainsi que toute contre-indication ou impossibilité<br>☐ Check-list avant acte ou observation confirmant la conformité de la préparation et, en cas d'écart, correction réalisée et décision de poursuivre ou différer tracée |
| **EE 6** TRACEUR CIBLÉ : INTERVENTIONNEL : PROFESSIONNELS<br>**Cible de l'EE : Professionnels**<br>Les équipes des secteurs interventionnels améliorent leurs pratiques de prévention des infections sur la base d'évaluations : antibioprophylaxie, infections du site opératoire, ré hospitalisation après chirurgie ambulatoire, port des tenues, hygiène des mains, préparation cutanée, discipline (nombre de personnes en salle, ouvertures des portes, allées et venues...). | ☐ Résultats datés d'audits/indicateurs : antibioprophylaxie, tenue, hygiène des mains, préparation cutanée, discipline, réhospitalisations et infections du site opératoire selon l'activité<br>☐ Pour les secteurs concernés : résultats ISO-PTH/ISO-PTG ou autres indicateurs d'ISO connus, analysés et restitués aux équipes<br>☐ Analyse des infections avérées associée à l'analyse des mesures de prévention attendues, avec appui EOH/EPRI lorsque pertinent<br>☐ Plan d'action avec responsable et échéance, suivi d'un réaudit ou d'une nouvelle mesure |

| STATUT ET INDICATEUR | MODE DE CALCUL OU RÉFÉRENCE | CIBLE OU LECTURE | SOURCE ET CHAMP |
|---|---|---|---|
| **INTERNE · EE1 · Taux de professionnels observés avec tenue et équipements dédiés conformes** | Professionnels conformes / professionnels observés × 100 | **100 %** | Audit observationnel du secteur |

| STATUT ET INDICATEUR | MODE DE CALCUL OU RÉFÉRENCE | CIBLE OU LECTURE | SOURCE ET CHAMP |
|---|---|---|---|
| **INTERNE · EE2 · Taux d'antisepsies cutanées conformes au protocole en vigueur** | Antisepsies conformes / antisepsies observées ou auditées × 100 | **100 %** | Audit EOH |
| **INTERNE · EE3 · Taux d'ouvertures de salle avec conformité des équipements tracée** | Ouvertures tracées et conformes / ouvertures auditées × 100 | **100 %** | Registre du secteur interventionnel |
| **INTERNE · EE4 · Taux d'antibioprophylaxies conformes à l'indication, la molécule, la dose, le moment et la durée** | Antibioprophylaxies conformes / actes éligibles audités × 100 | **100 %** | Audit antibioprophylaxie |
| **INTERNE · EE5 · Taux de dossiers traçant toutes les étapes applicables de préparation du patient** | Dossiers conformes / dossiers audités × 100 | **100 %** | Audit dossiers interventionnels |
| **INTERNE · EE6 · Taux d'actions de prévention du risque infectieux réalisées et évaluées à partir des résultats** | Actions réalisées et évaluées / actions échues × 100 | **100 %** | Bilan EOH / plan d'action du secteur |
| **IQSS HAS · Infections du site opératoire après PTH et PTG – ISO-PTH / ISO-PTG 2026** | Calcul HAS à partir du PMSI | **Résultat HAS ; selon activité** | QualHAS / PMSI |

**Sources :** Référentiel V2027 (vérifié le 20/09/2026) | Fiche Secteurs interventionnels (vérifié le 28/10/2026) | Fiche Prévention IAS (vérifié le 17/09/2026)

*Repères non exhaustifs, à adapter au contexte réel de l'établissement.*

Les 22 fiches et leur guide d'utilisation : hospi-academy.com/criteres-imperatifs

*« La qualité nous rassemble, la sécurité du patient nous engage. »*

Conçu par Babacar Ndiaye, ingénieur qualité et gestion des risques.

Version V2027, novembre 2026.

CRITÈRE HAS V2027
# 2.3-09

▲ CRITÈRE IMPÉRATIF

## Les équipes des secteurs interventionnels améliorent leurs pratiques en analysant les modalités de réalisation de la check-list « Sécurité du patient »

STATUT Critère impératif
CHAMP Chirurgie et interventionnel
MÉTHODES Traceur ciblé : interventionnel

**À DÉMONTRER**

Une check-list correctement réalisée, tracée et analysée, avec traitement des écarts et amélioration mesurable des pratiques.

**À METTRE EN PLACE**

- Mettre à disposition une check-list actualisée avec des responsabilités et temps d'arrêt clairement définis.
- Former les équipes et intégrer la check-list aux briefings et débriefings du secteur.
- Observer sa réalisation complète en présence des professionnels concernés.
- Analyser les omissions, annulations et écarts, puis vérifier l'efficacité des actions engagées.

| ÉLÉMENTS D'ÉVALUATION V2027 | ÉLÉMENTS DE PREUVE À RECHERCHER |
|---|---|
| **EE 1** TRACEUR CIBLÉ : INTERVENTIONNEL : PROFESSIONNELS<br>**Cible de l'EE : Professionnels**<br>Une check-list, éventuellement adaptée selon les recommandations de la HAS, est systématiquement réalisée de façon exhaustive par les équipes des blocs opératoires et des secteurs interventionnels à chaque étape. | ☐ Modèle de check-list en vigueur clairement identifié : générique HAS, spécialisée ou personnalisée<br>☐ Pour une check-list personnalisée : démarche de construction concertée avec les professionnels concernés et maintien des items socles essentiels<br>☐ Check-lists récentes réalisées de façon exhaustive au moment prévu, avec participation des professionnels concernés<br>☐ Item manquant, incohérence ou No Go tracé avec arrêt, correction, décision de reprise ou reprogrammation et justification bénéfices-risques lorsqu'une reprise immédiate est décidée |
| **EE 2** TRACEUR CIBLÉ : INTERVENTIONNEL : PROFESSIONNELS<br>**Cible de l'EE : Professionnels**<br>La check-list est réalisée en présence des professionnels concernés. | ☐ Organisation précisant, pour chaque temps, les professionnels attendus et le professionnel chargé de conduire la vérification<br>☐ Observation directe d'une pause réelle avec présence, attention et participation verbale des professionnels concernés avant la poursuite de l'acte<br>☐ Check-list récente ou audit identifiant les fonctions présentes, avec traitement tracé d'une absence ou d'une arrivée tardive avant la décision de poursuivre |
| **EE 3** TRACEUR CIBLÉ : INTERVENTIONNEL : PROFESSIONNELS<br>**Cible de l'EE : Professionnels**<br>Des évaluations de la mise en œuvre de la check-list, dont des audits observationnels, sont réalisées par les équipes des blocs opératoires et des secteurs interventionnels (en particulier, le suivi des Go/No Go). | ☐ Programme d'audit observationnel précisant échantillon, activités, trois temps, présence des professionnels, verbalisation et moment réel de réalisation<br>☐ Observation directe du premier temps en salle et résultats documentés pour les temps 2 et 3 à partir des audits/entretiens de l'établissement<br>☐ Registre ou extraction des annulations et No Go distinguant arrêt définitif, reprogrammation et arrêt momentané avec |

| ÉLÉMENTS D'ÉVALUATION V2027 | ÉLÉMENTS DE PREUVE À RECHERCHER |
|---|---|
| | reprise<br>☐ Pour une reprise : raison de l'arrêt, correction réalisée et justification bénéfices-risques tracées<br>☐ RETEX des annulations/No Go avec causes, actions et réévaluation |
| **EE 4** TRACEUR CIBLÉ : INTERVENTIONNEL : PROFESSIONNELS<br>**Cible de l'EE : Professionnels**<br>Les équipes des blocs opératoires et des secteurs interventionnels améliorent leurs pratiques au regard des résultats d'évaluations et d'indicateurs de suivi des modalités de réalisation de la check-list. | ☐ Tableau de suivi montrant dans le temps la complétude, le bon moment de réalisation, la présence et la participation des professionnels, les écarts et les Go/No Go<br>☐ Analyse d'un résultat insuffisant identifiant les causes, les secteurs ou situations concernés, avec action, pilote, échéance et information de l'équipe<br>☐ Preuve de l'action réellement déployée et mesure après action permettant de comparer les résultats et de décider du maintien ou de l'ajustement |

| STATUT ET INDICATEUR | MODE DE CALCUL OU RÉFÉRENCE | CIBLE OU LECTURE | SOURCE ET CHAMP |
|---|---|---|---|
| **INTERNE · EE1 · Taux d'interventions avec check-list exhaustive réalisée aux trois temps** | Check-lists complètes / interventions auditées × 100 | **100 %** | Audit dossiers / check-lists |
| **INTERNE · EE2 · Taux de check-lists réalisées en présence active de tous les professionnels concernés** | Check-lists avec équipe requise présente / check-lists observées × 100 | **100 %** | Audit observationnel |
| **INTERNE · EE3 · Taux de secteurs ayant réalisé les évaluations prévues, dont un audit observationnel** | Secteurs à jour / secteurs concernés × 100 | **100 %** | Programme d'audit du secteur |
| **INTERNE · EE4 · Taux d'actions issues des évaluations réalisées dans les délais et dont l'efficacité est vérifiée** | Actions réalisées et évaluées / actions échues × 100 | **100 %** | Plan d'action check-list |

**Sources :** Référentiel V2027 (vérifié le 20/09/2026) | Fiche Secteurs interventionnels (vérifié le 28/10/2026)

*Repères non exhaustifs, à adapter au contexte réel de l'établissement.*
Les 22 fiches et leur guide d'utilisation : hospi-academy.com/criteres-imperatifs
*« La qualité nous rassemble, la sécurité du patient nous engage. »*
Conçu par Babacar Ndiaye, ingénieur qualité et gestion des risques.
Version V2027, novembre 2026.

CRITÈRE HAS V2027
# 2.3-10

▲ CRITÈRE IMPÉRATIF

## Les équipes mettent en œuvre des mesures de prévention des risques obstétricaux majeurs

STATUT Critère impératif
CHAMP Maternité
MÉTHODES Traceur ciblé : accouchement

**À DÉMONTRER**

Le repérage et la prise en charge coordonnée des urgences obstétricales majeures avec des protocoles, matériels et entraînements opérationnels.

**À METTRE EN PLACE**

- Actualiser les protocoles relatifs aux urgences obstétricales majeures et aux modalités d'alerte.
- Rendre immédiatement disponibles le matériel, les médicaments, les produits sanguins et les contacts utiles.
- Former les équipes et organiser des simulations pluriprofessionnelles régulières.
- Analyser les situations réelles et les exercices, puis suivre les actions et indicateurs retenus.

| ÉLÉMENTS D'ÉVALUATION V2027 | ÉLÉMENTS DE PREUVE À RECHERCHER |
|---|---|
| **EE 1** TRACEUR CIBLÉ : ACCOUCHEMENT : PROFESSIONNELS<br>**Cible de l'EE : Professionnels**<br>À l'admission en maternité, l'établissement dispose de tous les éléments du dossier de la patiente recueillis en extrahospitalier et intrahospitalier, même lors des transferts en urgence. | ☐ Dossier d'admission comportant les éléments utiles du suivi extrahospitalier et intrahospitalier, le carnet de maternité et le projet de naissance lorsqu'ils existent<br>☐ Comptes rendus, examens, prescriptions et transmissions utiles disponibles dès l'admission<br>☐ Fiche ou compte rendu de transfert horodaté et trace de la récupération des informations manquantes en urgence |
| **EE 2** TRACEUR CIBLÉ : ACCOUCHEMENT : PROFESSIONNELS<br>**Cible de l'EE : Professionnels**<br>L'équipe maîtrise l'interprétation du rythme cardiaque fœtal grâce à des programmes de formations continues. | ☐ Programme de formation continue à l'interprétation du rythme cardio-fœtal couvrant les professionnels concernés<br>☐ Attestations, feuilles de présence ou tableau de suivi des formations réalisées<br>☐ Évaluation des acquis par tracés, cas cliniques, simulation ou audit, avec résultats conservés |
| **EE 3** TRACEUR CIBLÉ : ACCOUCHEMENT : PROFESSIONNELS<br>**Cible de l'EE : Professionnels**<br>L'équipe maîtrise les manœuvres obstétricales grâce à des programmes de formations continues. | ☐ Programme de formation continue aux manœuvres obstétricales adapté aux urgences prises en charge par la maternité<br>☐ Attestations, feuilles de présence ou tableau de suivi couvrant les professionnels concernés<br>☐ Scénarios de simulation ou mises en situation avec grille d'évaluation et débriefing tracé |
| **EE 4** TRACEUR CIBLÉ : ACCOUCHEMENT : PROFESSIONNELS<br>**Cible de l'EE : Professionnels**<br>Le matériel d'urgence vitale en cas d'hémorragie du post-partum immédiat est vérifié et conforme. | ☐ Chariot, kit ou matériel HPP identifié, complet et immédiatement accessible en salle de naissance<br>☐ Liste de composition de référence concordante avec le contenu réellement disponible<br>☐ Fiches de contrôle datées et signées, péremptions et maintenance vérifiées, anomalies suivies jusqu'à leur résolution |
| **EE 5** TRACEUR CIBLÉ : ACCOUCHEMENT : | ☐ Procédure HPP à jour, validée et accessible depuis les salles |

| ÉLÉMENTS D'ÉVALUATION V2027 | ÉLÉMENTS DE PREUVE À RECHERCHER |
|---|---|
| PROFESSIONNELS<br>**Cible de l'EE : Professionnels**<br>La procédure d'urgence vitale en cas d'hémorragie du post-partum est accessible en salles d'accouchement et connue des professionnels. | d'accouchement au format prévu par l'établissement<br>☐ Algorithme ou support opérationnel précisant alerte, responsabilités, conduite à tenir et coordonnées utiles<br>☐ Traces de formation ou de simulation et entretiens professionnels concordants avec la procédure en vigueur |
| **EE 6** TRACEUR CIBLÉ : ACCOUCHEMENT : PROFESSIONNELS<br>**Cible de l'EE : Professionnels**<br>En référence à des recommandations de bonnes pratiques, les professionnels améliorent leurs pratiques au regard d'indicateurs de prise en charge (par exemple : HPP, épisiotomie, rupture utérine, préparation à la naissance, taux de recours à la tocolyse en cas de menace d'accouchement prématuré, travail, douleur, pertinence des césariennes, déchirures périnéales sévères...) et sur les revues de morbi-mortalité, notamment l'analyse des décès inattendus. | ☐ Tableau d'indicateurs obstétricaux daté, avec résultats suivis dans le temps<br>☐ Pour les césariennes code rouge : indicateur permettant de vérifier l'objectif d'une extraction fœtale en moins de 15 minutes<br>☐ Comptes rendus de RMM portant notamment sur les EIGS déclarés, décès inattendus, mortalité périnatale à terme dont mort fœtale in utero, encéphalopathies anoxo-ischémiques ou situations d'outborn lorsqu'elles surviennent<br>☐ Mesures d'amélioration décidées à partir des résultats, avec responsables et réévaluation |

| STATUT ET INDICATEUR | MODE DE CALCUL OU RÉFÉRENCE | CIBLE OU LECTURE | SOURCE ET CHAMP |
|---|---|---|---|
| **INTERNE · EE1 · Taux d'admissions avec dossier extrahospitalier et intrahospitalier utile disponible, y compris en urgence** | Admissions avec dossier disponible / admissions auditées × 100 | **100 %** | Audit dossiers maternité |
| **INTERNE · EE2 · Taux de professionnels concernés à jour de formation à l'interprétation du rythme cardiaque fœtal** | Professionnels à jour / professionnels concernés × 100 | **100 %** | Service formation |
| **INTERNE · EE3 · Taux de professionnels concernés à jour de formation ou simulation aux manœuvres obstétricales** | Professionnels à jour / professionnels concernés × 100 | **100 %** | Service formation / simulation |
| **INTERNE · EE4 · Taux de contrôles du matériel HPP réalisés, conformes et tracés** | Contrôles conformes / contrôles attendus × 100 | **100 %** | Registre maternité |
| **INTERNE · EE5 · Taux de professionnels connaissant la procédure HPP et pouvant y accéder immédiatement** | Professionnels conformes / professionnels interrogés × 100 | **100 %** | Entretiens terrain / audit documentaire |
| **INTERNE · EE6 · Taux d'actions issues des indicateurs et RMM obstétricaux réalisées et évaluées** | Actions réalisées et évaluées / actions échues × 100 | **100 %** | RMM / tableau de bord maternité |

| STATUT ET INDICATEUR | MODE DE CALCUL OU RÉFÉRENCE | CIBLE OU LECTURE | SOURCE ET CHAMP |
|---|---|---|---|
| **HAS EN DÉVELOPPEMENT · Mesure des hémorragies du post-partum** | Indicateur en cours de développement par la HAS | **Non validé à ce jour** | HAS – développement des IQSS |

**Sources :** Référentiel V2027 (vérifié le 20/09/2026) | Fiche Périnatalité-maternité (vérifié le 17/09/2026)

*Repères non exhaustifs, à adapter au contexte réel de l'établissement.*

Les 22 fiches et leur guide d'utilisation : hospi-academy.com/criteres-imperatifs

*« La qualité nous rassemble, la sécurité du patient nous engage. »*

Conçu par Babacar Ndiaye, ingénieur qualité et gestion des risques.

Version V2027, novembre 2026.

CRITÈRE HAS V2027
# 2.3-11

▲ CRITÈRE IMPÉRATIF

## Les équipes sécurisent la prise en charge du nouveau-né

STATUT Critère impératif
CHAMP Maternité
MÉTHODES Parcours traceur + Traceur ciblé : accouchement
Repères non exhaustifs, à adapter au contexte réel de l'établissement. Les 22 fiches et leur guide d'utilisation : hospi-academy.com/criteres-imperatifs « La qualité nous rassemble, la sécurité du patient nous engage. »

### À DÉMONTRER

Une prise en charge sécurisée du nouveau-né, de l'identification aux soins immédiats, avec surveillance, coordination et continuité.

### À METTRE EN PLACE

- Sécuriser l'identification du nouveau-né et le rapprochement mère-enfant à chaque étape du parcours.
- Standardiser la surveillance à l'admission et à la sortie, notamment température, alimentation et dépistages.
- Garantir la présence de professionnels formés aux besoins et aux urgences néonatales.
- Analyser les évènements et situations à risque, puis suivre les améliorations décidées.

| ÉLÉMENTS D'ÉVALUATION V2027 | ÉLÉMENTS DE PREUVE À RECHERCHER |
|---|---|
| **EE 1** PARCOURS TRACEUR : PROFESSIONNELS<br>**Cible de l'EE : Professionnels**<br>L'accompagnement de l'allaitement est inscrit dans une démarche qualité formalisée (formation spécifique, professionnel formé avec un temps dédié...). | ☐ Démarche qualité de l'allaitement formalisée avec objectifs, organisation et modalités d'accompagnement<br>☐ Liste et attestations des professionnels ayant suivi la formation spécifique<br>☐ Planning, temps identifié ou organisation assurant l'accès effectif à un professionnel formé |
| **EE 2** TRACEUR CIBLÉ : ACCOUCHEMENT : PROFESSIONNELS<br>**Cible de l'EE : Professionnels**<br>L'ensemble des professionnels prenant en charge des nouveau-nés en secteur naissance et suites de couches est formé aux bonnes pratiques dès leur prise de fonction et tout au long de leur exercice professionnel. | ☐ Parcours d'intégration précisant les formations requises avant la prise en charge autonome d'un nouveau-né<br>☐ Matrice de compétences ou dossiers individuels couvrant les professionnels concernés et les dates d'actualisation<br>☐ Grilles d'évaluation, simulations ou mises en situation avec résultats et actions de remise à niveau si nécessaire |
| **EE 3** TRACEUR CIBLÉ : ACCOUCHEMENT : PROFESSIONNELS<br>**Cible de l'EE : Professionnels**<br>Les professionnels connaissent les procédures de prise en charge du nouveau-né en secteur naissance et maternité (réanimation néonatale, infection néonatale...). | ☐ Procédures à jour et accessibles concernant l'adaptation ou la réanimation néonatale et le risque infectieux néonatal précoce<br>☐ Procédure ou consignes opérationnelles de peau à peau précisant surveillance, contre-indications et information des parents<br>☐ Traces de formation, simulation ou évaluation des professionnels sur la prise en charge du nouveau-né et la sécurité du peau à peau |
| **EE 4** TRACEUR CIBLÉ : ACCOUCHEMENT : PROFESSIONNELS | ☐ Dossier d'accouchement permettant de vérifier un clampage |

| ÉLÉMENTS D'ÉVALUATION V2027 | ÉLÉMENTS DE PREUVE À RECHERCHER |
|---|---|
| **Cible de l'EE : Professionnels**<br>Les professionnels tracent dans le dossier patient le clampage retardé du cordon ombilical et la mise en peau à peau. Lorsqu'ils ne sont pas effectués, la raison est argumentée. | retardé de 1 à 3 minutes après la naissance<br>☐ Trace de la mise en peau à peau<br>☐ Motif clinique, impossibilité ou refus argumenté lorsque le clampage retardé ou le peau à peau n'est pas réalisé |
| **EE 5** TRACEUR CIBLÉ : ACCOUCHEMENT : PROFESSIONNELS<br>**Cible de l'EE : Professionnels**<br>Les professionnels tracent la température du nouveau-né en sortie de secteur naissance et à l'admission en unité de soins. | ☐ Dossier comportant la température en °C, l'heure et l'auteur du relevé avant la sortie du secteur naissance<br>☐ Dossier comportant la température en °C, l'heure et l'auteur du relevé à l'admission dans l'unité de soins<br>☐ Transmission concordante entre les deux secteurs et trace des mesures prises ou de la réévaluation en cas d'anomalie |
| **EE 6** TRACEUR CIBLÉ : ACCOUCHEMENT : PROFESSIONNELS<br>**Cible de l'EE : Professionnels**<br>En référence à des recommandations de bonnes pratiques, les équipes améliorent leurs pratiques de prise en charge des nouveau-nés en s'appuyant sur les résultats de leurs indicateurs de prise en charge (par exemple : clampage retardé du cordon, corticothérapie anténatale, suivi des températures, durée d'hospitalisation, allaitement) et sur les revues de morbi-mortalité, notamment l'analyse des décès néonatals inattendus. | ☐ Tableau d'indicateurs selon l'activité : Apgar < 7 à 1 et 5 minutes, clampage retardé, corticothérapie anténatale, températures, taux de peau à peau, durée d'hospitalisation, allaitement, extubations accidentelles ou autres indicateurs pertinents<br>☐ Comptes rendus de RMM analysant notamment EIGS, décès inattendus, mortalité périnatale à terme dont MFIU, encéphalopathies anoxo-ischémiques ou situations d'outborn lorsqu'elles surviennent<br>☐ Mesures d'amélioration décidées à partir des résultats et suivi de leur mise en œuvre |

| STATUT ET INDICATEUR | MODE DE CALCUL OU RÉFÉRENCE | CIBLE OU LECTURE | SOURCE ET CHAMP |
|---|---|---|---|
| **INTERNE · EE1 · Conformité de la démarche qualité d'accompagnement de l'allaitement** | Exigences satisfaites / exigences applicables auditées × 100 | **100 %** | Audit démarche allaitement |
| **INTERNE · EE2 · Taux de professionnels prenant en charge les nouveau-nés formés aux bonnes pratiques** | Professionnels à jour / professionnels concernés × 100 | **100 %** | Service formation |
| **INTERNE · EE3 · Taux de professionnels connaissant les procédures de prise en charge du nouveau-né** | Réponses conformes / professionnels interrogés × 100 | **100 %** | Entretiens / simulation néonatale |
| **INTERNE · EE4 · Taux de dossiers traçant le clampage retardé et le peau-à-peau ou leur non-réalisation argumentée** | Dossiers conformes / naissances auditées × 100 | **100 %** | Audit dossiers naissance |
| **INTERNE · EE5 · Taux de dossiers traçant la température à la sortie de naissance et à l'admission en unité** | Dossiers conformes / nouveau-nés audités × 100 | **100 %** | Audit dossiers naissance |

| STATUT ET INDICATEUR | MODE DE CALCUL OU RÉFÉRENCE | CIBLE OU LECTURE | SOURCE ET CHAMP |
|---|---|---|---|
| **INTERNE · EE6 · Taux d’actions issues des indicateurs et RMM néonatals réalisées et évaluées** | Actions réalisées et évaluées / actions échues × 100 | **100 %** | RMM / tableau de bord néonatal |

**Sources :** Référentiel V2027 (vérifié le 20/09/2026) | Fiche Périnatalité-maternité (vérifié le 17/09/2026)

*Repères non exhaustifs, à adapter au contexte réel de l’établissement.*

Les 22 fiches et leur guide d’utilisation : hospi-academy.com/criteres-imperatifs

*« La qualité nous rassemble, la sécurité du patient nous engage. »*

Conçu par Babacar Ndiaye, ingénieur qualité et gestion des risques.

Version V2027, novembre 2026.

CRITÈRE HAS V2027
# 2.3-14

▲ CRITÈRE IMPÉRATIF

## Les équipes respectent les bonnes pratiques d'isolement, qu'il soit assorti ou non de contentions, des patients hospitalisés sans consentement

STATUT Critère impératif
CHAMP Santé mentale et psychiatrie
MÉTHODES Traceur ciblé : isolement

**À DÉMONTRER**

Une décision médicale justifiée, une surveillance individualisée et une réévaluation rigoureuse de toute mesure d'isolement ou de contention.

**À METTRE EN PLACE**

- Formaliser les indications, la prescription, la surveillance et la réévaluation de l'isolement ou de la contention.
- Prévoir et tracer la recherche d'alternatives ainsi que les mesures de désescalade.
- Adapter l'environnement pour préserver la sécurité, l'intimité, les droits et l'information du patient.
- Tenir le registre, auditer les pratiques et piloter un plan de réduction du recours à ces mesures.

| ÉLÉMENTS D'ÉVALUATION V2027 | ÉLÉMENTS DE PREUVE À RECHERCHER |
|---|---|
| **EE 1** TRACEUR CIBLÉ : ISOLEMENT : PROFESSIONNELS<br>**Cible de l'EE : Professionnels**<br>Dans le respect de la règlementation en vigueur et des recommandations de bonnes pratiques, la décision d'isolement prise par un psychiatre, assortie ou non d'une décision de contention, est tracée dans le dossier du patient. La décision précise les modalités de surveillance (indications, fréquence, point de contention le cas échéant). | ☐ Décision motivée d'un psychiatre mentionnant le caractère de dernier recours, le danger immédiat ou imminent et le caractère adapté, nécessaire et proportionné<br>☐ Décision datée et horodatée précisant isolement avec ou sans contention et modalités individualisées de surveillance<br>☐ Isolement : décision initiale pour une durée maximale de 12 h ; si renouvellement, traçabilité des réévaluations et respect de la limite réglementaire de 48 h avant régime exceptionnel, avec deux évaluations par 24 h<br>☐ Contention dans le cadre de l'isolement : décision initiale maximale de 6 h ; si renouvellement, traçabilité des réévaluations et respect de la limite réglementaire de 24 h avant régime exceptionnel, avec deux évaluations par 12 h<br>☐ Concordance dossier-registre et, lorsqu'un dépassement exceptionnel des durées légales intervient, traçabilité des procédures judiciaires/informations prévues par la réglementation |
| **EE 2** TRACEUR CIBLÉ : ISOLEMENT : PROFESSIONNELS<br>**Cible de l'EE : Professionnels**<br>Un examen psychiatrique et somatique est réalisé, éventuellement par le psychiatre, au moment de la mise en isolement. | ☐ Examen psychiatrique daté et horodaté à l'initiation : état mental, comportement, risques et justification du maintien ou de la levée<br>☐ Examen somatique daté et horodaté : état clinique, paramètres adaptés, risques cardio-respiratoires, lésions, intoxication ou sevrage selon la situation<br>☐ Conclusions médicales et mesures prescrites en réponse aux risques repérés, cohérentes avec l'heure de début de l'isolement |
| **EE 3** TRACEUR CIBLÉ : ISOLEMENT : PROFESSIONNELS<br>**Cible de l'EE : Professionnels** | ☐ Observation de l'espace dédié : intimité préservée, absence de danger accessible, surveillance possible et accès rapide des soignants |

| ÉLÉMENTS D'ÉVALUATION V2027 | ÉLÉMENTS DE PREUVE À RECHERCHER |
|---|---|
| L'isolement se fait dans un espace dédié respectant l'intimité, la dignité et la sécurité du patient. S'il est assorti d'une contention, le patient dispose d'un moyen pour appeler les soignants. | ☐ Dispositif d'appel accessible au patient sous contention, essai fonctionnel depuis le lit et réception effective de l'appel par l'équipe<br>☐ Contrôles datés de la chambre et du dispositif d'appel, avec maintenance ou correction tracée en cas d'anomalie |
| **EE 4** TRACEUR CIBLÉ : ISOLEMENT : PROFESSIONNELS<br>**Cible de l'EE : Professionnels**<br>Dans le respect de la décision, l'infirmier surveille l'état somatique et psychique du patient et le trace dans son dossier. | ☐ Fiche de surveillance datée, horodatée et identifiant l'infirmier, avec passages conformes à la fréquence prescrite<br>☐ État psychique et somatique tracé : comportement, paramètres prescrits, alimentation, hydratation, élimination et, si contention, peau et points d'attache<br>☐ Alerte et réévaluation médicale tracées lors d'une aggravation ou amélioration, avec adaptation ou levée de la mesure |
| **EE 5** TRACEUR CIBLÉ : ISOLEMENT : PROFESSIONNELS<br>**Cible de l'EE : Professionnels**<br>À la sortie de l'isolement, un temps d'échange est proposé au patient afin de revenir sur l'épisode ayant conduit à la mesure d'isolement et de prévenir le risque de récidive de comportements violents. Cette analyse clinique est tracée dans le dossier du patient. | ☐ Proposition d'entretien post-isolement datée, avec réalisation ou refus, identité du professionnel et participation du patient<br>☐ Analyse clinique retraçant vécu du patient, facteurs déclenchants, signes précoces et alternatives identifiées avec lui<br>☐ Projet de soins ou plan de prévention actualisé avec alternatives, conduites à tenir et modalités partagées avec l'équipe |
| **EE 6** TRACEUR CIBLÉ : ISOLEMENT : PROFESSIONNELS<br>**Cible de l'EE : Professionnels**<br>Les professionnels améliorent les résultats de leurs indicateurs de prise en charge en lien avec l'isolement et la contention (par exemple : durée d'isolement, durée de la contention, taux de contention/taux d'isolement, entretien post-isolement, alternatives pour éviter l'isolement...). | ☐ Tableau d'indicateurs périodiques par unité : nombre, taux et durée d'isolement ou contention, entretiens post-isolement et recours aux alternatives<br>☐ Analyse datée des tendances et écarts à partir du registre, avec comparaison entre périodes et secteurs<br>☐ Plan d'action avec responsable et échéance, puis nouvelle mesure démontrant l'effet des actions mises en œuvre |

| STATUT ET INDICATEUR | MODE DE CALCUL OU RÉFÉRENCE | CIBLE OU LECTURE | SOURCE ET CHAMP |
|---|---|---|---|
| **INTERNE · EE1 · Taux de mesures d'isolement ou contention avec décision médicale motivée et modalités de surveillance tracées** | Mesures conformes / mesures auditées × 100 | **100 %** | Audit dossiers isolement-contention |
| **INTERNE · EE2 · Taux de mises en isolement précédées d'un examen psychiatrique et somatique tracé** | Examens tracés / mises en isolement auditées × 100 | **100 %** | Audit dossiers |
| **INTERNE · EE3 · Taux de chambres d'isolement conformes pour l'intimité, la dignité, la sécurité et le dispositif d'appel** | Exigences conformes / exigences auditées × 100 | **100 %** | Audit chambre d'isolement |

| STATUT ET INDICATEUR | MODE DE CALCUL OU RÉFÉRENCE | CIBLE OU LECTURE | SOURCE ET CHAMP |
|---|---|---|---|
| **INTERNE · EE4 · Taux de mesures avec surveillance infirmière somatique et psychique conforme et tracée** | Surveillances conformes / mesures auditées × 100 | **100 %** | Audit dossiers |
| **INTERNE · EE5 · Taux de fins d'isolement avec entretien proposé et analyse clinique tracée** | Entretiens proposés et tracés / fins de mesure auditées × 100 | **100 %** | Audit dossiers |
| **INTERNE · EE6 · Évolution des durées et taux d'isolement et contention avec analyse et actions** | Résultats comparés dans le temps, ajustés à l'activité | **Amélioration ou actions** | Registre isolement-contention |

**Sources :** Référentiel V2027 (vérifié le 20/09/2026) | Fiche Santé mentale-psychiatrie (vérifié le 17/09/2026)

*Repères non exhaustifs, à adapter au contexte réel de l'établissement.*

Les 22 fiches et leur guide d'utilisation : hospi-academy.com/criteres-imperatifs

*« La qualité nous rassemble, la sécurité du patient nous engage. »*

Conçu par Babacar Ndiaye, ingénieur qualité et gestion des risques.

Version V2027, novembre 2026.

CRITÈRE HAS V2027
# 2.4-02

▲ CRITÈRE IMPÉRATIF

## La pertinence des prescriptions d'antibiotiques est argumentée et réévaluée

STATUT Critère impératif
CHAMP Tout l'établissement
MÉTHODES Traceur ciblé : médicament

**À DÉMONTRER**

Des prescriptions antibiotiques documentées, adaptées aux données cliniques et microbiologiques, puis réévaluées dans les délais prévus.

**À METTRE EN PLACE**

- Définir une politique de bon usage des antibiotiques avec des référents et recommandations accessibles.
- Tracer l'indication, la molécule, la dose, la voie, la durée et la date de réévaluation.
- Organiser l'accès à la microbiologie et la réévaluation de l'antibiothérapie entre 24 et 72 heures.
- Auditer les prescriptions et les consommations, puis restituer les résultats aux prescripteurs.

| ÉLÉMENTS D'ÉVALUATION V2027 | ÉLÉMENTS DE PREUVE À RECHERCHER |
|---|---|
| **EE 1** TRACEUR CIBLÉ : MÉDICAMENT : PROFESSIONNELS<br>**Cible de l'EE : Professionnels**<br>Les prescripteurs sont formés au bon usage des antibiotiques, notamment ceux en cours de cursus. | ☐ Programme régulier de formation au bon usage des antibiotiques incluant nouveaux prescripteurs, internes et remplaçants<br>☐ Émargements, attestations ou relevés de formation nominatifs et datés, avec taux de couverture par service et statut<br>☐ Évaluation des acquis ou des pratiques par quiz ou audit de prescriptions, avec restitution et actions d'amélioration |
| **EE 2** TRACEUR CIBLÉ : MÉDICAMENT : PROFESSIONNELS<br>**Cible de l'EE : Professionnels**<br>Toute prescription d'un traitement antibiotique et sa prolongation, le cas échéant, est justifiée dans le dossier. | ☐ Note médicale initiale indiquant foyer suspecté ou documenté, contexte clinique et résultats biologiques ou microbiologiques utiles<br>☐ Prescription comportant molécule, dose, voie, rythme, date de début et durée prévue, cohérente avec la justification tracée<br>☐ Toute prolongation ou modification motivée par une note datée et attribuée précisant l'évolution et la nouvelle stratégie |
| **EE 3** TRACEUR CIBLÉ : MÉDICAMENT : PROFESSIONNELS<br>**Cible de l'EE : Professionnels**<br>Les prescripteurs s'appuient sur un référentiel pour l'antibiothérapie et peuvent faire appel à un référent (interne ou externe) en antibiothérapie. | ☐ Référentiel d'antibiothérapie institutionnel, territorial ou national, validé, daté, actualisé et accessible au point de prescription<br>☐ Référent ou équipe multidisciplinaire en antibiothérapie officiellement identifié, avec coordonnées et modalités de recours accessibles<br>☐ Avis récent du référent tracé dans le dossier ou l'outil dédié, daté et attribué, avec décision thérapeutique correspondante |
| **EE 4** TRACEUR CIBLÉ : MÉDICAMENT : PROFESSIONNELS<br>**Cible de l'EE : Professionnels**<br>Toute prescription d'un traitement antibiotique doit être réévaluée entre la 24ème et la 72ème heure (molécule, voie d'administration, dosage, durée) sur la base des critères cliniques et | ☐ Alerte, échéance ou organisation formalisée permettant d'identifier les antibiothérapies à réévaluer entre 24 et 72 heures<br>☐ Réévaluation datée et attribuée dans le dossier, confrontant évolution clinique, biologie, prélèvements et antibiogramme lorsqu'il est disponible<br>☐ Décision tracée sur la molécule, la voie, la dose et la durée : |

| ÉLÉMENTS D'ÉVALUATION V2027 | ÉLÉMENTS DE PREUVE À RECHERCHER |
|---|---|
| microbiologiques. | poursuite justifiée, adaptation, désescalade, relais oral ou arrêt |
| **EE 5** TRACEUR CIBLÉ : MÉDICAMENT : PROFESSIONNELS<br>**Cible de l'EE : Professionnels**<br>L'équipe (équipe opérationnelle d'hygiène/équipe de prévention du risque infectieux, les prescripteurs, le référent en antibiothérapie, la pharmacie et le laboratoire de microbiologie, le cas échéant) améliore ses pratiques au regard des résultats de ses indicateurs de pratique en lien avec l'antibiothérapie (consommation d'antibiotiques, résistances aux antibiotiques, prescription d'antibiothérapie de 5 jours ou moins pour infection respiratoire basse...). | ☐ Tableau de bord daté croisant consommation d'antibiotiques, résistances bactériennes et indicateurs de pratique<br>☐ Pour l'indicateur « antibiothérapie de 5 jours ou moins pour infection respiratoire basse » : population/période définies, numérateur, dénominateur et résultat calculable ou résultat IQSS applicable<br>☐ Échantillon des prescriptions > 5 jours permettant de vérifier la justification clinique documentée de la durée lorsqu'elle existe<br>☐ Analyse pluriprofessionnelle associant selon l'organisation prescripteurs, référent en antibiothérapie, pharmacie, microbiologie et EOH/EPRI<br>☐ Action d'amélioration avec responsable et échéance, puis nouvelle mesure du même indicateur ou réaudit permettant d'en apprécier l'effet |

| STATUT ET INDICATEUR | MODE DE CALCUL OU RÉFÉRENCE | CIBLE OU LECTURE | SOURCE ET CHAMP |
|---|---|---|---|
| **INTERNE · EE1 · Taux de prescripteurs formés au bon usage des antibiotiques** | Prescripteurs formés / prescripteurs concernés × 100 | **100 %** | Service formation |
| **INTERNE · EE2 · Taux d'antibiothérapies dont l'indication et toute prolongation sont argumentées** | Prescriptions argumentées / antibiothérapies auditées × 100 | **100 %** | Audit prescriptions |
| **INTERNE · EE3 · Taux de prescripteurs ayant accès au référentiel actualisé et au référent en antibiothérapie** | Prescripteurs confirmant l'accès / prescripteurs interrogés × 100 | **100 %** | Entretiens / audit documentaire |
| **INTERNE · EE4 · Taux d'antibiothérapies réévaluées entre 24 et 72 heures** | Antibiothérapies réévaluées dans le délai / antibiothérapies concernées × 100 | **100 %** | Audit prescriptions / pharmacie |
| **INTERNE · EE5 · Taux d'actions issues des indicateurs d'antibiothérapie réalisées et évaluées** | Actions réalisées et évaluées / actions échues × 100 | **100 %** | Équipe d'antibiothérapie / plan d'action |
| **IQSS HAS · Antibiothérapie de 7 jours ou moins pour une infection respiratoire basse – campagne 2025** | Calcul selon le cahier des charges HAS | **Résultat HAS / référence nationale** | QualHAS / dossier patient – MCO |

**Sources :** Référentiel V2027 (vérifié le 20/09/2026) | Fiche Médicament (vérifié le 17/09/2026) | Fiche Prévention IAS (vérifié le 17/09/2026)

*Repères non exhaustifs, à adapter au contexte réel de l'établissement.*

Les 22 fiches et leur guide d'utilisation : hospi-academy.com/criteres-imperatifs

*« La qualité nous rassemble, la sécurité du patient nous engage. »*

Conçu par Babacar Ndiaye, ingénieur qualité et gestion des risques.

Version V2027, novembre 2026.

CRITÈRE HAS V2027
# 3.1-05

▲ CRITÈRE IMPÉRATIF

## La gestion des situations sanitaires exceptionnelles est maîtrisée

STATUT Critère impératif
CHAMP Tout l'établissement
MÉTHODES Audit système : entretien professionnel + Audit système : management qualité-risques

**À DÉMONTRER**

Des plans co-construits, une cellule activable en 45 minutes, des exercices suivis d'un RETEX, des moyens mobilisables et des professionnels qui connaissent leur rôle.

**À METTRE EN PLACE**

- Actualiser le plan de gestion des tensions et situations sanitaires exceptionnelles, risques numériques compris.
- Définir les rôles, annuaires, ressources critiques et modalités de continuité des activités.
- Tester l'activation de la cellule de crise et tracer les décisions dans une main courante.
- Réaliser un retour d'expérience après chaque exercice ou activation et suivre les actions décidées.

| ÉLÉMENTS D'ÉVALUATION V2027 | ÉLÉMENTS DE PREUVE À RECHERCHER |
|---|---|
| **EE 1** AUDIT SYSTÈME : ENTRETIEN PROFESSIONNEL : PROFESSIONNELS<br>**Cible de l'EE : Professionnels**<br>Les professionnels concernés par l'activation des plans de crise connaissent la gouvernance de gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles (identifiée dans l'organigramme), les modalités d'alerte et de mise en œuvre. | ☐ Organigramme de crise actualisé et connu des professionnels concernés<br>☐ Fiches réflexes accessibles précisant alerte, rôle, lieu de regroupement, contacts et premières actions<br>☐ Professionnel capable d'identifier le circuit d'alerte, le pilote de crise et son rôle selon le plan<br>☐ Professionnel capable de localiser les équipements ou stocks utiles à son rôle<br>☐ Trace d'un exercice ou d'une activation avec participation, débriefing et action corrective |
| **EE 2** AUDIT SYSTÈME : MANAGEMENT QUALITÉ-RISQUES<br>**Cible de l'EE : Gouvernance**<br>Le ou les plan(s) de gestion des tensions hospitalières, dont les risques numériques, et des situations sanitaires exceptionnelles ont été élaborés avec la gouvernance, les instances et les professionnels. | ☐ Cartographie des risques et menaces pouvant générer tensions hospitalières ou SSE, incluant les risques numériques<br>☐ Plan de gestion des tensions hospitalières et des SSE validé et versionné, avec niveaux de mobilisation, responsabilités, circuits décisionnels et déclinaisons opérationnelles<br>☐ Traces d'élaboration collective associant gouvernance, instances, professionnels et représentants des usagers<br>☐ Correspondance documentée entre les scénarios du plan, les risques identifiés et les objectifs/volets ORSAN applicables au territoire<br>☐ Preuve de révision périodique, notamment annuelle du plan blanc, et preuve de transmission du plan à l'ARS |
| **EE 3** AUDIT SYSTÈME : MANAGEMENT QUALITÉ-RISQUES<br>**Cible de l'EE : Gouvernance**<br>Des exercices, a fortiori les activations réelles, démontrent que la cellule de crise est opérationnelle dans les 45 minutes suivant l'alerte et dispose des outils et | ☐ Chronologie horodatée démontrant l'opérationnalité de la cellule de crise dans les 45 minutes suivant l'alerte<br>☐ Organigramme de crise et composition de la cellule adaptés au scénario, pilotée par le chef d'établissement ou son représentant<br>☐ Fiches de rôle, annuaire de crise, main courante, tableaux de |

| ÉLÉMENTS D'ÉVALUATION V2027 | ÉLÉMENTS DE PREUVE À RECHERCHER |
|---|---|
| procédures nécessaires à son rôle de décision et coordination (prise en charge médicale des patients, organisation de crise, sûreté/sécurité, communication, suivi des victimes et accueil des familles, fonctions support). | situation et moyens de communication immédiatement accessibles<br>☐ Compte rendu d'exercice ou d'activation montrant la coordination de la prise en charge médicale, de l'organisation, de la sûreté/sécurité, de la communication, du suivi des victimes, de l'accueil des familles et des fonctions support |
| **EE 4** AUDIT SYSTÈME : MANAGEMENT QUALITÉ-RISQUES<br>**Cible de l'EE : Gouvernance**<br>Les exercices de gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles, a fortiori les activations réelles, sont suivis d'actions d'amélioration issues d'un retour d'expérience. | ☐ Rapport d'exercice ou d'activation réelle comportant objectifs, scénario/contexte, participants, constats et RETEX formalisé<br>☐ Actions d'amélioration issues du RETEX intégrées au PAQSS ou reliées explicitement à celui-ci, avec responsables, échéances et statut<br>☐ Preuve de mise en œuvre : plan/procédure actualisé, équipement corrigé, formation réalisée ou organisation modifiée<br>☐ Test ciblé, nouvel exercice ou autre contrôle permettant de vérifier l'efficacité de l'action |
| **EE 5** AUDIT SYSTÈME : MANAGEMENT QUALITÉ-RISQUES<br>**Cible de l'EE : Gouvernance**<br>Pour faire face à une situation sanitaire exceptionnelle, les moyens matériels et humains, les capacités de diagnostic microbiologique et de réalisation des examens de biologie médicale nécessaires pour la conduite des soins sont disponibles et rapidement mobilisables. Ils sont suivis pour en vérifier l'opérationnalité. | ☐ Outil actualisé permettant de connaître la situation des lits et capacités mobilisables<br>☐ Inventaire opérationnel des EPI et dispositifs médicaux critiques avec localisation, quantités, péremptions, maintenance et modalités d'accès en crise<br>☐ Capacités de microbiologie et biologie médicale définies : laboratoires, astreintes, circuits de prélèvements, délais et solutions de secours<br>☐ Locaux ou solutions identifiés pour l'isolement d'un patient exposé à un risque de transmission infectieuse lorsque nécessaire<br>☐ Plan de mobilisation des ressources humaines, astreintes et renforts<br>☐ Contrôles, exercices ou tests documentés vérifiant la disponibilité et la mobilisation rapide de ces moyens |

| STATUT ET INDICATEUR | MODE DE CALCUL OU RÉFÉRENCE | CIBLE OU LECTURE | SOURCE ET CHAMP |
|---|---|---|---|
| **INTERNE · EE1 · Taux de professionnels maîtrisant gouvernance, alerte et activation** | Réponses conformes / professionnels interrogés × 100 | **100 %** | Test de connaissance / exercice |
| **INTERNE · EE2 · Conformité des plans de crise, dont les risques numériques, et de leur co-construction** | Exigences conformes / exigences applicables auditées × 100 | **100 %** | Plans / comptes rendus |
| **INTERNE · EE3 · Taux de cellules de crise opérationnelles en moins de 45 minutes avec outils disponibles** | Situations conformes / exercices ou activations audités × 100 | **100 %** | Chronologie / main courante |

| STATUT ET INDICATEUR | MODE DE CALCUL OU RÉFÉRENCE | CIBLE OU LECTURE | SOURCE ET CHAMP |
|---|---|---|---|
| **INTERNE · EE4 · Taux d’exercices ou activations avec RETEX et actions suivies** | Situations avec RETEX et actions / situations auditées × 100 | **100 %** | RETEX / plan d’action |
| **INTERNE · EE5 · Taux de moyens critiques disponibles, mobilisables et testés** | Moyens opérationnels / moyens audités × 100 | **100 %** | Inventaires, tests et conventions |

**Sources :** Référentiel V2027 (vérifié le 20/09/2026) | Fiche SSE (vérifié le 17/09/2026)

*Repères non exhaustifs, à adapter au contexte réel de l’établissement.*

Les 22 fiches et leur guide d’utilisation : hospi-academy.com/criteres-imperatifs

*« La qualité nous rassemble, la sécurité du patient nous engage. »*

Conçu par Babacar Ndiaye, ingénieur qualité et gestion des risques.

Version V2027, novembre 2026.

CRITÈRE HAS V2027
# 3.2-12

▲ CRITÈRE IMPÉRATIF

## L’établissement met en œuvre une politique active de prévention, de repérage, de signalement et de traitement des violences sexistes et sexuelles entre professionnels

STATUT Critère impératif
CHAMP Tout l’établissement
MÉTHODES Audit système : encadrement + Audit système : entretien professionnel + Audit système : management qualité-risques

### À DÉMONTRER

Une politique visible de prévention des VSS, des canaux de signalement sûrs, une protection immédiate et un traitement impartial et suivi.

### À METTRE EN PLACE

- Formaliser une politique VSS avec définitions, responsabilités, prévention et principe de protection.
- Mettre en place des canaux de signalement confidentiels et une réponse immédiate connue de tous.
- Former les professionnels, l’encadrement et la gouvernance au repérage et à la conduite à tenir.
- Suivre les signalements de façon anonymisée et organiser les liens avec les autorités compétentes.

| ÉLÉMENTS D'ÉVALUATION V2027 | ÉLÉMENTS DE PREUVE À RECHERCHER |
|---|---|
| **EE 1** AUDIT SYSTÈME : ENCADREMENT : ENCADREMENT<br>**Cible de l'EE : Encadrement**<br>Un dispositif d’accompagnement est mis en place dès les premiers signes de difficulté, incluant écoute attentive, orientation et soutien, et se prolonge après tout signalement de violences sexistes et sexuelles. | ☐ Dispositif d’écoute et d’accompagnement identifiant des personnes formées, des canaux confidentiels et les modalités de recours urgent<br>☐ Trace anonymisée d’une activation dès les premiers signes : écoute proposée, besoins identifiés, orientation et accord/refus de la personne<br>☐ Mesures de protection ou d’aménagement décidées selon la situation, avec prévention des représailles et limitation de l’exposition<br>☐ Suivi après signalement : contacts planifiés, réévaluation des besoins, adaptation des mesures et coordination avec les acteurs compétents<br>☐ Absence de données médicales ou personnelles non nécessaires dans la traçabilité managériale |
| **EE 2** AUDIT SYSTÈME : ENTRETIEN PROFESSIONNEL : PROFESSIONNELS<br>**Cible de l'EE : Professionnels**<br>Un dispositif de signalement des violences sexistes et sexuelles accessible, opérationnel et connu est en place, garantissant la confidentialité et une réponse systématique dans un délai raisonnable. | ☐ Dispositif interne accessible et connu de tous les professionnels et étudiants, avec possibilité de contourner la ligne hiérarchique et modalités d’urgence<br>☐ Supports présentant également les voies de recours externes et coordonnées actualisées des acteurs pertinents<br>☐ Procédure précisant confidentialité, accès limité aux informations, prévention des représailles, protection immédiate, analyse du signalement et responsabilités<br>☐ Registre anonymisé traçant réception, réponse, premières mesures, délais et suivi jusqu’à clôture<br>☐ Professionnels capables de citer au moins un canal interne et les principales voies externes mobilisables |
| **EE 3** AUDIT SYSTÈME : ENTRETIEN PROFESSIONNEL : PROFESSIONNELS | ☐ Programme annuel ou pluriannuel de prévention des VSS |

| ÉLÉMENTS D'ÉVALUATION V2027 | ÉLÉMENTS DE PREUVE À RECHERCHER |
|---|---|
| **Cible de l'EE : Professionnels**<br>Des actions régulières de prévention et de sensibilisation aux violences sexistes et sexuelles sont menées auprès de l'ensemble des professionnels (y compris les étudiants), incluant par exemple la mise à disposition d'outils pédagogiques, des campagnes d'information, l'analyse des pratiques professionnelles et des retours d'expérience... | couvrant tous les professionnels et étudiants, avec publics, fréquence, responsables, modalités et calendrier des actions<br>☐ Supports et traces datées des actions réalisées : formation, outil pédagogique, campagne, analyse de pratiques ou retour d'expérience, abordant repérage, conduite à tenir, protection et signalement<br>☐ Bilan de couverture et d'efficacité par catégorie de professionnels, service et statut étudiant (participation, quiz ou évaluation, baromètre) avec actions correctives pour les publics insuffisamment atteints |
| **EE 4** AUDIT SYSTÈME : MANAGEMENT QUALITÉ-RISQUES<br>**Cible de l'EE : Gouvernance**<br>Des formations à la prévention, au repérage et au signalement des violences sexuelles et sexistes, inscrites au plan de formation, ont débutées pour la gouvernance et l'encadrement. | ☐ Plan de formation validé identifiant le module VSS, ses objectifs, les publics gouvernance et encadrement, le calendrier, l'intervenant et les modalités pédagogiques<br>☐ Programme et supports couvrant prévention, repérage, protection, écoute, signalement interne et externe, orientation des victimes, confidentialité et absence de représailles<br>☐ Convocations, feuilles d'émargement ou attestations, évaluation des acquis et tableau de suivi démontrant que les formations ont effectivement débuté pour les publics visés |
| **EE 5** AUDIT SYSTÈME : MANAGEMENT QUALITÉ-RISQUES<br>**Cible de l'EE : Gouvernance**<br>La gouvernance médicale, administrative et soignante connait la procédure de signalement aux autorités compétentes. | ☐ Procédure ou arbre décisionnel à jour distinguant traitement interne, signalement externe, urgence et situations relevant d'une autorité ou d'un recours spécifique<br>☐ Coordonnées et modalités d'accès aux acteurs externes pertinents : Défenseur des droits, police/gendarmerie, justice, ordres professionnels, associations spécialisées ou autres ressources selon le contexte<br>☐ Responsabilités formalisées pour décider, réaliser et tracer les signalements, avec suppléance et délais<br>☐ Dispositions garantissant l'indépendance des processus administratifs, ordinaux et judiciaires et évitant toute confusion entre eux<br>☐ Dossier anonymisé ou exercice montrant activation du circuit, preuve de transmission lorsqu'elle est requise et suivi de la personne concernée |

| STATUT ET INDICATEUR | MODE DE CALCUL OU RÉFÉRENCE | CIBLE OU LECTURE | SOURCE ET CHAMP |
|---|---|---|---|
| **INTERNE · EE1 · Taux de signalements avec protection immédiate, accompagnement et suivi tracés** | Situations conformes / signalements audités × 100 | **100 %** | Bilan VSS anonymisé |
| **INTERNE · EE2 · Conformité du dispositif de signalement pour accessibilité, connaissance, confidentialité et réponse** | Exigences conformes / exigences auditées × 100 | **100 %** | Audit du dispositif VSS |

| STATUT ET INDICATEUR | MODE DE CALCUL OU RÉFÉRENCE | CIBLE OU LECTURE | SOURCE ET CHAMP |
|---|---|---|---|
| **INTERNE · EE3 · Taux de professionnels et étudiants ayant bénéficié d'une sensibilisation VSS dans la période définie** | Personnes sensibilisées / personnes concernées × 100 | **100 % du cycle** | Service formation / bilan prévention |
| **INTERNE · EE4 · Taux de membres de la gouvernance et de l'encadrement formés au repérage et au signalement VSS** | Personnes formées / personnes concernées × 100 | **100 %** | Plan de formation |
| **INTERNE · EE5 · Taux de membres de la gouvernance connaissant la procédure de signalement aux autorités compétentes** | Réponses conformes / membres interrogés × 100 | **100 %** | Entretiens / mise en situation |

**Sources :** Référentiel V2027 (vérifié le 20/09/2026) | Fiche VSS (vérifié le 17/09/2026)

*Repères non exhaustifs, à adapter au contexte réel de l'établissement.*

Les 22 fiches et leur guide d'utilisation : hospi-academy.com/criteres-imperatifs

*« La qualité nous rassemble, la sécurité du patient nous engage. »*

Conçu par Babacar Ndiaye, ingénieur qualité et gestion des risques.

Version V2027, novembre 2026.

CRITÈRE HAS V2027
# 3.3-05

▲ CRITÈRE IMPÉRATIF

## L’établissement évite les passages des personnes âgées aux urgences

STATUT Critère impératif
CHAMP Patient âgé
MÉTHODES Parcours traceur

**À DÉMONTRER**

Des alternatives organisées et coordonnées permettant d’éviter le passage aux urgences des personnes âgées lorsque leur situation le permet.

**À METTRE EN PLACE**

- Formaliser les critères et circuits d’admission directe des personnes âgées dans les services adaptés.
- Mettre à jour l’annuaire des recours, la télémédecine et les contacts territoriaux.
- Organiser les alternatives au passage aux urgences et informer les partenaires des modalités d’accès.
- Analyser les passages et transferts évitables avec les acteurs du territoire et suivre les améliorations.

| ÉLÉMENTS D'ÉVALUATION V2027 | ÉLÉMENTS DE PREUVE À RECHERCHER |
|---|---|
| **EE 1** PARCOURS TRACEUR : PROFESSIONNELS<br>**Cible de l'EE : Professionnels**<br>Le service des urgences et les services de spécialité (cardiologie, pneumologie, psychiatrie, médecine polyvalente, gastroentérologie, neurologie, court séjour gériatrique...) s’organisent pour permettre, quand l’état clinique le permet, l’accès direct des personnes âgées dans le service adapté. | ☐ Organisation formalisée entre urgences, gériatrie et services de spécialité pour les admissions directes des personnes âgées<br>☐ Critères cliniques, décisionnaires, contacts directs, horaires et solutions en cas d’indisponibilité précisés dans un circuit ou protocole<br>☐ Annuaire opérationnel à jour<br>☐ Dossier ou registre récent retraçant demande, évaluation, acceptation, horaires et admission dans le service adapté sans passage aux urgences |
| **EE 2** PARCOURS TRACEUR : PROFESSIONNELS<br>**Cible de l'EE : Professionnels**<br>L’équipe du service de spécialité (cardiologie, pneumologie, psychiatrie, médecine polyvalente, gastroentérologie, neurologie, court séjour gériatrique...) propose des solutions de télémédecine aux correspondants du territoire qui demandent un avis pour éviter le transfert de leurs patients âgés. | ☐ Organisation de télémédecine précisant spécialités disponibles, correspondants autorisés, canal de sollicitation, horaires et délai de réponse<br>☐ Support ou annuaire communiqué aux correspondants du territoire avec coordonnées et modalités pratiques de demande d’avis<br>☐ Trace récente d’une demande, des données transmises, de l’avis spécialisé, de la conduite à tenir et de la décision évitant le transfert |
| **EE 3** PARCOURS TRACEUR : PROFESSIONNELS<br>**Cible de l'EE : Professionnels**<br>L’équipe susceptible de recourir à un avis pour éviter le transfert d’un patient âgé vers les urgences a identifié l’établissement de recours à contacter. | ☐ Annuaire ou fiche réflexe à jour associant situations ou spécialités aux établissements et contacts directs de recours<br>☐ Convention, filière ou protocole territorial confirmant les modalités de recours et d’obtention de l’avis<br>☐ Trace datée de vérification des coordonnées et accès immédiat à la fiche par les équipes concernées |
| **EE 4** PARCOURS TRACEUR : PROFESSIONNELS<br>**Cible de l'EE : Professionnels**<br>Pour éviter le transfert d’un patient âgé vers les urgences, les équipes utilisent des outils qui permettent une liaison en | ☐ Outil de téléconsultation ou de téléexpertise opérationnel dans l’unité, avec accès sécurisé et équipement disponible<br>☐ Procédure d’utilisation précisant critères de recours, données à transmettre, professionnels sollicitables et solution en cas d’indisponibilité |

| ÉLÉMENTS D'ÉVALUATION V2027 | ÉLÉMENTS DE PREUVE À RECHERCHER |
|---|---|
| télémédecine (consultation et/ou avis). | ☐ Dossier patient ou plateforme retraçant demande, informations transmises, avis reçu, décision clinique et compte rendu de l'acte |
| **EE 5** PARCOURS TRACEUR : PROFESSIONNELS<br>**Cible de l'EE : Professionnels**<br>Les équipes améliorent leurs pratiques au regard des résultats de leurs indicateurs de prise en charge non programmée des patients âgés (par exemple : nombre de transfert/transfert évitable, nombre de passages aux urgences des patients âgés de 75 ans et plus suivis d'une hospitalisation/non suivis d'une hospitalisation...). | ☐ Tableau de bord daté comprenant, selon le contexte : passages aux urgences des patients ≥ 75 ans avec/sans hospitalisation, transferts et transferts évitables, admissions directes non programmées<br>☐ Indicateurs complémentaires pertinents : délais d'accès à une expertise gériatrique/spécialisée, réhospitalisations potentiellement évitables, maintien ou récupération de l'autonomie<br>☐ Analyse des résultats et de leur évolution avec identification des écarts et causes<br>☐ Plan d'action issu de l'analyse, avec responsable, échéance et mesure après mise en œuvre |

| STATUT ET INDICATEUR | MODE DE CALCUL OU RÉFÉRENCE | CIBLE OU LECTURE | SOURCE ET CHAMP |
|---|---|---|---|
| **INTERNE · EE1 · Taux de personnes âgées éligibles admises directement dans le service adapté** | Admissions directes / admissions éligibles auditées × 100 | **Objectif territorial atteint** | DIM / audit des admissions |
| **INTERNE · EE2 · Taux de correspondants du territoire disposant d'une solution de télémédecine proposée et opérationnelle** | Correspondants couverts / correspondants ciblés × 100 | **100 % de la cible** | Conventions territoriales / activité télémédecine |
| **INTERNE · EE3 · Taux d'équipes ayant identifié l'établissement ou le professionnel de recours à contacter** | Équipes avec recours identifié / équipes concernées × 100 | **100 %** | Audit organisationnel / entretiens |
| **INTERNE · EE4 · Taux de demandes d'avis éligibles réalisées par un outil de télémédecine ou de liaison adapté** | Avis à distance réalisés / demandes éligibles auditées × 100 | **Objectif territorial atteint** | Traçabilité télémédecine / dossiers |
| **INTERNE · EE5 · Taux de transferts ou passages évitables analysés avec action ou alternative mise en place si nécessaire** | Situations analysées et suivies / situations auditées × 100 | **100 %** | Analyse des transferts / plan d'action |

**Sources :** Référentiel V2027 (vérifié le 20/09/2026) | Fiche Personnes âgées (vérifié le 17/09/2026) | Fiche Télésanté (vérifié le 17/09/2026)

*Repères non exhaustifs, à adapter au contexte réel de l'établissement.*

Les 22 fiches et leur guide d'utilisation : hospi-academy.com/criteres-imperatifs

*« La qualité nous rassemble, la sécurité du patient nous engage. »*

Conçu par Babacar Ndiaye, ingénieur qualité et gestion des risques.

Version V2027, novembre 2026.