



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

MESURER

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

RAPPORT DE CERTIFICATION

Clinique de l'Océan

2 rue Pitre Chevalier 29000 Quimper



Validé par la HAS en Octobre 2025

Ce document ainsi que sa référence bibliographique sont téléchargeables sur www.has-sante.fr



Haute Autorité de santé – Service communication et information
5 avenue du Stade de France – 93218 SAINT-DENIS LA PLAINE CEDEX. Tél. : +33 (0)1 55 93 70 00
© Haute Autorité de santé – Octobre 2025

Sommaire

Préambule	4
Décision	5
Présentation	6
Résultats	7
Chapitre 1 : Le patient.....	8
Synthèse chapitre 1	9
Objectif 1.1 : L'information et le consentement du patient.....	10
Objectif 1.2 : Le respect des droits du patient	11
Objectif 1.3 : L'engagement du patient et de ses représentants	12
Chapitre 2 : L'équipe.....	13
Synthèse chapitre 2	14
Objectif 2.1 : La pertinence des actes et des prescriptions	15
Objectif 2.2 : La coordination pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire des équipes	16
Objectif 2.3 : La maîtrise des risques liés aux pratiques	17
Chapitre 3 : L'IACE	18
Synthèse chapitre 3	19
Objectif 3.1 : Le management par la qualité et la gestion des risques	21
Objectif 3.2 : La gestion des ressources et compétences professionnelles	22
Objectif 3.3 : La qualité du fonctionnement de l'IACE	23

Préambule

La certification, mission confiée à la Haute Autorité de santé (HAS) par les ordonnances de 1996, est une procédure d'évaluation du niveau de qualité et de sécurité des soins des établissements de santé, des groupements de coopération sanitaire, des réseaux de santé, des hôpitaux des armées et des installations de chirurgie esthétique visées à l'article L.6322-1 du Code de la santé publique.

La certification est une mesure de la qualité des soins et vise l'appropriation de standards de qualité par les installations de chirurgie esthétique. Elle informe les usagers et les Agences régionales de santé (ARS) sans se substituer aux inspections et contrôles menés par ces autorités de tutelle. Enfin, elle favorise la mise en œuvre d'une dynamique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

| Une évaluation qui s'appuie sur un référentiel élaboré par la HAS en concertation avec les professionnels de santé, les organisations représentatives et les représentants des usagers...

Chaque installation de chirurgie esthétique est évaluée sur des critères ayant des niveaux d'exigence différents :

- des critères standards correspondent aux attendus de la certification ;
- des critères impératifs qui correspondent à des exigences jugées prioritaires. Ils ont un impact particulier dans la décision de certification. En effet, si une évaluation de l'un de ces critères est négative, la HAS se réserve le droit de ne pas accorder la certification.

| ... et sur des méthodes

Pour chaque installation de chirurgie esthétique, la Haute Autorité de santé mobilise plusieurs méthodes d'évaluation :

- des patients traceurs pour la qualité et de la sécurité de la prise en charge d'un patient
- des parcours traceurs pour évaluer la continuité et de la coordination de la prise en charge des patients, le travail en équipe et la culture qualité et sécurité
- des traceurs ciblés pour évaluer la mise en œuvre réelle d'un processus
- des audits systèmes pour évaluer les organisations et s'assurer de leur maîtrise sur le terrain
- des observations pour évaluer les conditions générales de qualité et de sécurité des soins.

| Un rapport de certification rendu public et structuré en 3 chapitres

Les résultats des évaluations réalisées durant une visite par des experts-visiteurs se traduisent dans un rapport structuré en 3 chapitres :

- Le premier chapitre concerne le résultat pour le patient. Tout au long de sa prise en charge, ses droits sont respectés, son engagement recherché, ses besoins, attentes et préférences sont pris en compte. Au-delà de son engagement dans sa prise en charge, son implication comme partenaire de la démarche qualité est favorisée par l'expression de son expérience.
- Le deuxième chapitre concerne les équipes de soins. La certification vise à apprécier leur capacité à rechercher la pertinence, l'efficacité et la sécurité des soins, à se concerter et se coordonner tout au long du parcours du patient. Elle met également l'accent sur la maîtrise des risques liés au soin.
- Le troisième chapitre concerne l'IACE et sa gouvernance (direction et conférence médicale d'établissement). Cette dernière impulse une dynamique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins qui associe et soutient les équipes, ainsi que les patients et représentants d'usagers.

Décision

Sur la base du rapport de certification, la HAS peut rendre deux types de décision :

- une décision de certification valable quatre ans ;
- une décision de non-certification impliquant une nouvelle visite dans un délai maximum de deux ans ;

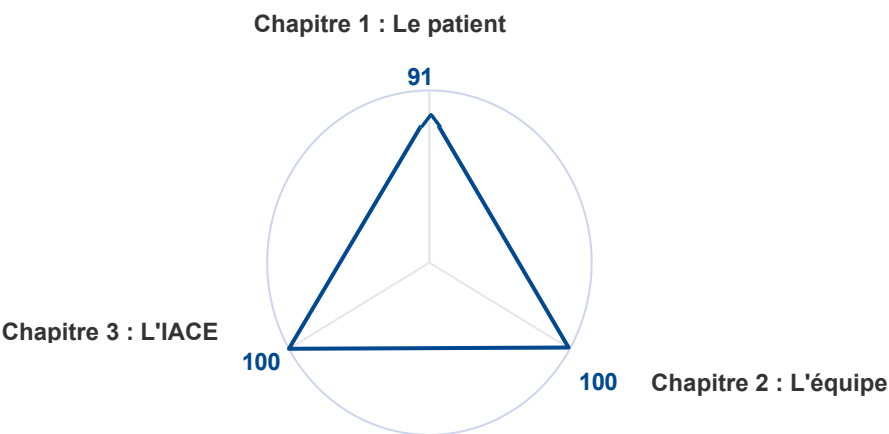
En l'espèce, au vu des éléments mentionnés dans le présent rapport, la Haute Autorité de santé décide la certification de l'installation de chirurgie esthétique.

Le rapport et la décision sont publiés sur le site Internet de la HAS et communiqués à l'autorité de tutelle de l'installation de chirurgie esthétique. L'installation de chirurgie esthétique doit en assurer la plus large diffusion interne. Elle doit notamment la porter à la connaissance des instances délibérantes, de la conférence médicale d'établissement et de la commission des usagers.

Présentation

CLINIQUE DE L'OCEAN	
Adresse	2 rue Pitre Chevalier 29000 Quimper
Département / Région	Finistère / Bretagne

Résultats

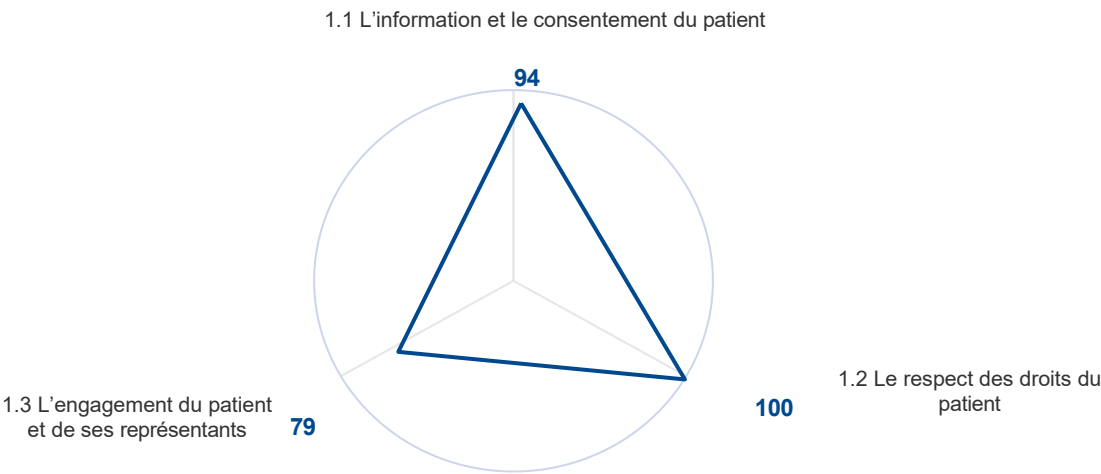


Score global de satisfaction aux attendus du référentiel **97%**

Chapitre		Score %
Chapitre 1	Le patient	91%
Chapitre 2	L'équipe	100%
Chapitre 3	L'IACE	100%

Critères	Résultats des critères impératifs	Score
1.1-02	Le patient exprime un consentement libre et éclairé	100%
1.2-01	Le patient bénéficie du respect de son intimité, de sa dignité et de la confidentialité	100%
1.2-03	Le patient bénéficie de soins visant à anticiper ou à soulager rapidement sa douleur	100%
2.1-01	L'évaluation initiale globale de l'état de santé du patient permet d'établir un projet de prise en charge personnalisé	100%
2.2-02	Les équipes sécurisent l'activité interventionnelle au bloc opératoire	100%
2.3-01	Les équipes assurent la maîtrise des risques en lien avec les produits de santé dont l'IACE dispose	100%
2.3-02	Les équipes assurent la maîtrise du risque infectieux en lien avec leurs activités	100%
2.3-03	Les équipes assurent la maîtrise du risque dans le cadre de la survenue d'une urgence vitale ou d'un choc	100%
3.1-01	Un programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins décline les orientations qualité et sécurité des soins de l'IACE	100%

Chapitre 1 : Le patient



Score du chapitre **91%** du score maximal

Objectifs		
1.1	L'information et le consentement du patient	94%
1.2	Le respect des droits du patient	100%
1.3	L'engagement du patient et de ses représentants	79%

Synthèse chapitre 1

La clinique de l'Océan de QUIMPER est un institut autonome de chirurgie esthétique (IACE) pratiquant des actes de chirurgie esthétique, exclusivement en ambulatoire. Il dispose de locaux adaptés à l'accueil et la prise en charge des patients, de deux salles opératoires et d'une salle de surveillance post-opératoire adaptée. L'établissement ne prend pas en charge les mineurs.

Le chirurgien lors de ses consultations préopératoires (deux voire trois) explique au patient les consignes préopératoires, préthérapeutiques, le déroulement de l'intervention ainsi que les consignes relatives aux DMI qu'il va éventuellement poser. L'anesthésiste prodigue également ses consignes spécifiques. Des documents explicatifs de l'intervention prévue sont remis au patient. Les patients interrogés connaissent les conditions de leur intervention, les impacts post-opératoires et les informations concernant les DMI.

Les patients connaissent le coût global de l'intervention. Ils ont tous un devis complet expliqué par le chirurgien, daté et signé et intégrant toutes les prestations, honoraires et autres frais divers. Le délai d'un minimum de 15 jours entre la réception du devis et son acceptation par le patient est respecté. Le consentement du patient à l'intervention est également recueilli au moment de l'hospitalisation. L'organisation en place permet le recueil de la personne de confiance ainsi que sa signature. Toutes ces informations sont tracées et retrouvées dans les dossiers.

Des informations générales sur le fonctionnement de la structure sont disponibles sur le site internet de la structure et véhiculées par le livret d'accueil remis au patient, complété de formulaires spécifiques (ex : DMP). Ces informations sont également relayées par l'équipe soignante lors de l'accueil et de la prise en charge du patient. Des moyens de sécurisation des effets personnels sont à disposition des patients (coffre dans les chambres seules). Toutefois, les patientes rencontrées méconnaissent l'existence des représentants des usagers.

La préparation de la sortie est anticipée lors des différentes consultations initiales, pour l'adapter au mieux aux conditions de vie habituelles du patient. Cette préparation inclut l'entourage du patient. Avant son admission, le patient dispose de toutes les ordonnances adaptées à sa sortie. A sa sortie, une lettre de liaison avec le compte rendu opératoire (CRO) et les consignes de soins lui sont remis, qu'il décide ou non de communiquer à son médecin traitant. Le patient dispose des numéros d'appel en cas de problème (IACE et chirurgien) lié à son intervention et un rendez-vous de suivi est programmé.

Le patient est respecté tout au long de sa prise en charge, les professionnels étant très attentifs au respect de leur intimité et de leur dignité. De même les équipes sont très sensibilisées au respect de la confidentialité (anonymat si demande du patient, confidentialité de l'intervention et de la transmission d'informations). En zone opératoire, la salle de surveillance post interventionnelle (SSPI) est équipée de paravents de séparation si besoin. L'IACE ne dispose que de chambres individuelles.

Les patientes rencontrées confirment une prise en charge bientraitante tout au long de leur hospitalisation. Cette prise en charge bientraitante s'appuie sur une charte, des formations à destination des professionnels, des procédures dont le signalement d'un cas de maltraitance connu des professionnels. Il n'y a dans l'établissement jamais de recours à la contention mécanique (lits sans barrière). L'utilisation de barrières en salle de surveillance post interventionnelle est formalisée ainsi que l'éventualité d'une immobilisation en cas d'agitation.

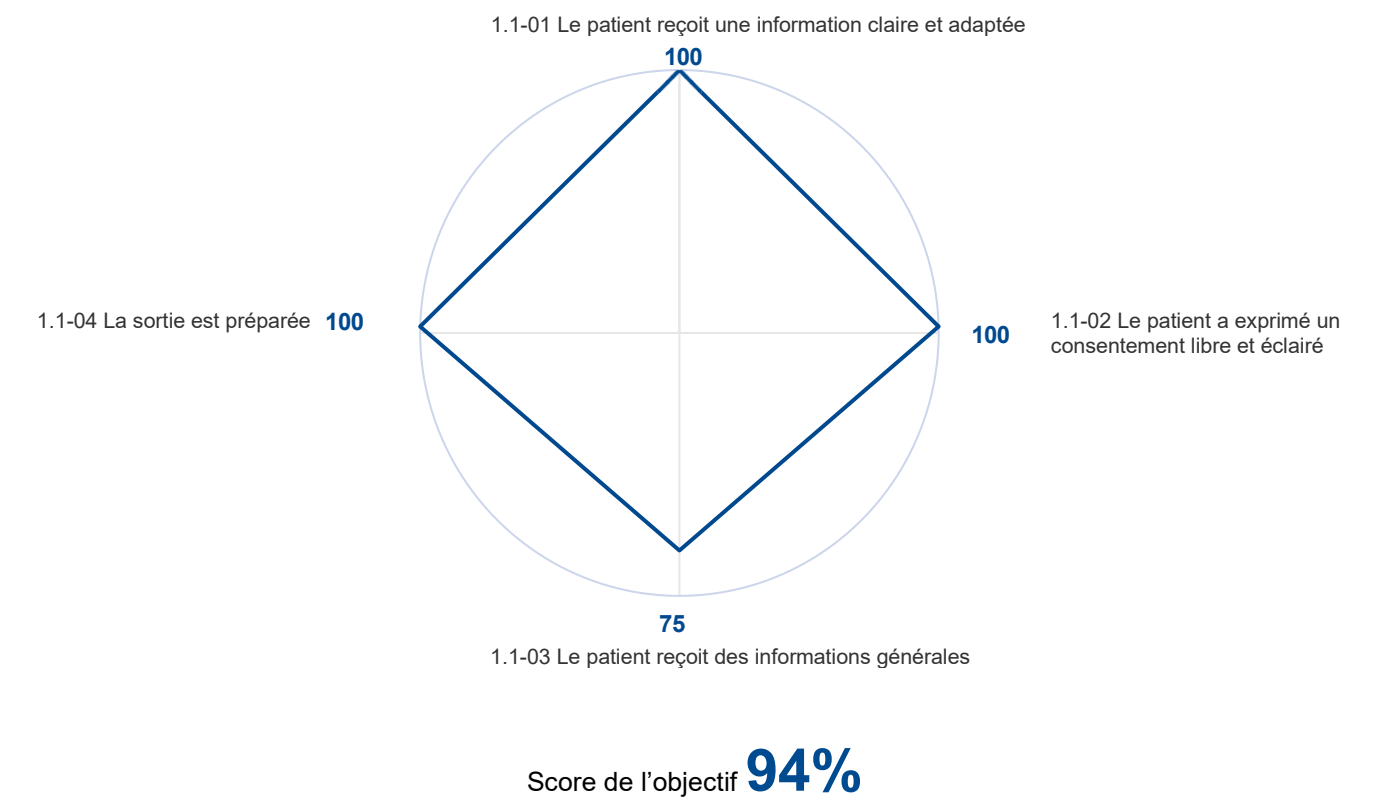
Le patient bénéficie de soins visant à anticiper et soulager rapidement sa douleur ce que confirment les rencontres avec les patientes et la traçabilité dans les dossiers. Les prescriptions conditionnelles sont assorties d'un seuil de déclenchement en fonction d'une échelle de douleur (échelle numérique).

Le patient est invité à exprimer sa satisfaction et son expérience, à l'aide du questionnaire de satisfaction remis à sa sortie. La prise en compte d'éventuelles remarques d'amélioration se fait à la sortie où le patient est informé de la mise en œuvre d'actions d'amélioration prochaines.

L'accès du patient à son dossier est organisé. Les demandes de communication de dossier sont suivies dans le respect des délais et partagées avec la CDU. Cependant, les patientes rencontrées ne connaissent pas les modalités d'utilisation et d'accès à « Mon espace santé ».

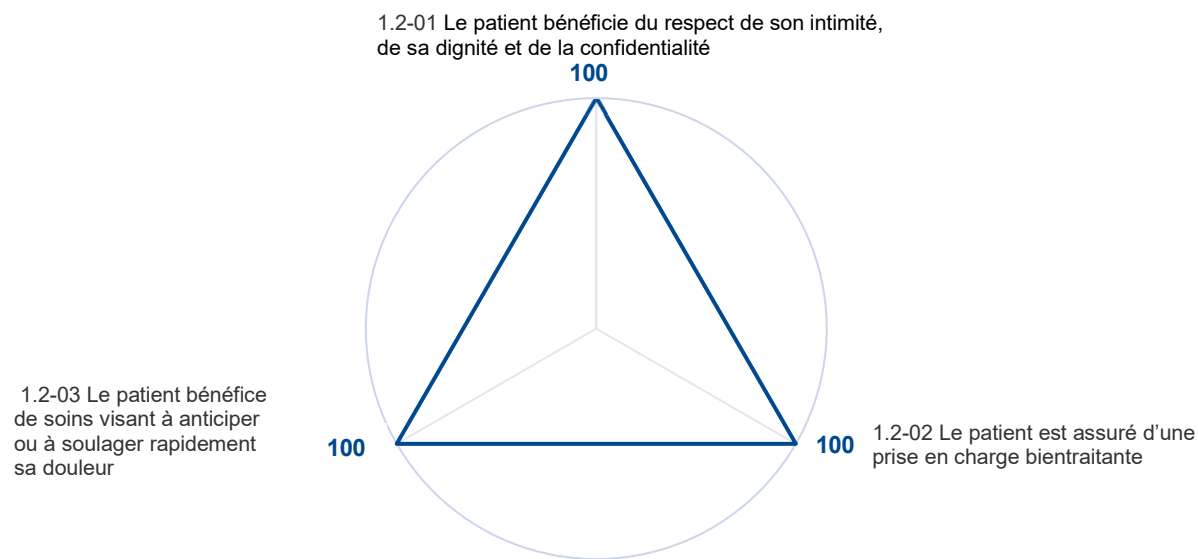
Le représentant des usagers nommé dans la structure a cessé cette représentation en fin d'année 2024. Afin de poursuivre les missions de la CDU en place depuis plusieurs années et en l'absence de nouvelle nomination par l'ARS, l'établissement a recherché et identifié une ancienne patiente qui assure et s'implique activement dans cette nouvelle mission. Toutefois, l'existence de la CDU est méconnue des patientes rencontrées.

Objectif 1.1 : L'information et le consentement du patient



Critères		
1.1-01	Le patient reçoit une information claire et adaptée sur l'intervention	100%
1.1-02	Le patient a exprimé un consentement libre et éclairé	100%
1.1-03	Le patient reçoit des informations générales	75%
1.1-04	La sortie est préparée	100%

Objectif 1.2 : Le respect des droits du patient



Score de l'objectif **100%**

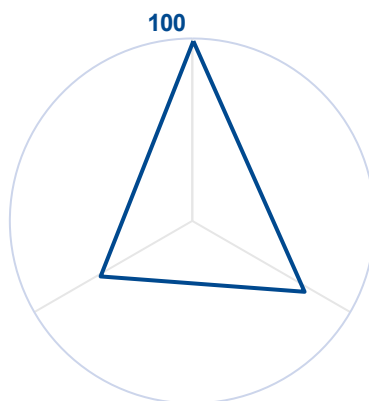
Critères		
1.2-01	Le patient bénéficie du respect de son intimité, de sa dignité et de la confidentialité	100%
1.2-02	Le patient est assuré d'une prise en charge bientraitante	100%
1.2-03	Le patient bénéficie de soins visant à anticiper ou à soulager rapidement sa douleur	100%

Objectif 1.3 : L'engagement du patient et de ses représentants

1.3-01 Le patient est invité à exprimer sa satisfaction

1.3-03 Les représentants
des usagers s'engagent au
sein de l'IACE

60



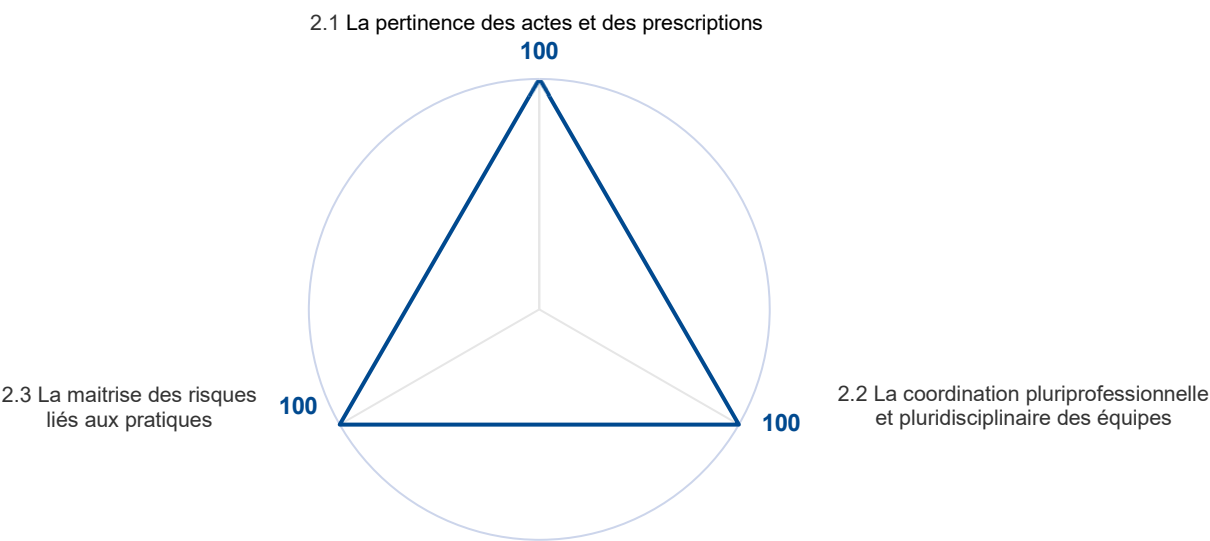
78

1.3-02 Le patient connaît les
modalités d'accès à son dossier

Score de l'objectif **79%**

Critères		
1.3-01	Le patient est invité à exprimer sa satisfaction	100%
1.3-02	Le patient connaît les modalités d'accès à son dossier	78%
1.3-03	Les représentants des usagers s'engagent au sein de l'IACE	60%

Chapitre 2 : L'équipe



Score du chapitre **100%** du score maximal

Objectifs		
2.1	La pertinence des actes et des prescriptions	100%
2.2	La coordination pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire des équipes	100%
2.3	La maitrise des risques liés aux pratiques	100%

Synthèse chapitre 2

Une évaluation initiale globale du patient est réalisée par le chirurgien et l'anesthésiste. Le projet de prise en charge qui en découle tient compte des conditions de vie et des risques liés à la santé du patient (éligibilité en fonction du stade ASA ; recherche de dysmorphophobie). L'addiction à la chirurgie esthétique est systématiquement recherchée.

L'équipe s'appuie sur ses protocoles qui intègrent les recommandations de bonnes pratiques (protocoles SFAR et société savante de chirurgie esthétique). Toutes les procédures comportent les feuilles d'émargement des professionnels.

Au cours des différentes consultations (initiale et à distance avant l'intervention) les bénéfices et les risques à court et long terme de l'acte interventionnel envisagé et des possibles dispositifs médicaux implantables sont partagés avec le patient pour éclairer son choix.

Les questions éthiques en lien avec l'activité de la structure sont identifiées (mineurs, chirurgie de la silhouette, demande incohérente, transgenre...). Des points éthiques sont intégrés en systématique dans tous les COPIL et CDU. Le dernier thème abordé concerne les « transgenres » qui a bénéficié d'une RMM collective. Un chirurgien dispose d'un master en bioéthique.

Les informations relatives aux patients sont recueillies lors des consultations à l'aide d'un logiciel dédié. La structure utilise ensuite un dossier papier partagé et adapté à la prise en charge. Ce dossier regroupe l'ensemble des données médico-soignantes (documents administratifs, documents d'identité et de couverture sociale, désignation de la personne de confiance, formulaires de traçabilité des actes, de la surveillance, des prescriptions, courriers...). Ces documents papier sont identifiés au nom du patient. A l'admission, il est recherché si un patient dispose d'un DMP (case à cocher dans le dossier patient) ainsi que son opposition à tout dépôt de document. Tous les professionnels tracent, en temps utile, tous les éléments nécessaires à la prise en charge du patient dans le dossier papier qui suit le patient tout au long de son parcours. La transmission des courriers au médecin traitant est laissée au choix du patient.

La sécurité au bloc opératoire est assurée : l'activité est régulée tous les mardis en présence des chirurgiens, professionnels, anesthésiste). La check-list est réalisée conformément aux bonnes pratiques (vérification de l'identité avant induction, avant le geste et avant la sortie de la salle). L'IACE suit ses indicateurs d'activité spécifique. (Taux de conformité check list, indicateurs d'activité du bloc...).

La fiche d'autorisation de sortie est signée par le chirurgien et l'anesthésiste qui voient systématiquement le patient avant sa sortie. La sortie est autorisée sous condition de score (Chung) pour lequel le personnel est formé. A sa sortie, le patient dispose de sa lettre de sortie, de son CRO, de sa carte d'implant s'il y a lieu, des explications (numéro d'appel en cas de besoin ou d'urgence). Les ordonnances ont été en général générées en amont de l'intervention.

Le circuit du médicament répond aux attendus : prescription, dispensation, administration (convention avec une officine de ville et achat en direct à une centrale d'achat). L'approvisionnement et le stockage sont conformes y compris pour les médicaments thermosensibles (surveillance par sonde enregistreuse). La traçabilité des dispositifs médicaux implantés est conforme avec un registre réglementaire en place permettant de retrouver rapidement quel DMI est implanté à quel patient.

La préparation est adaptée à chaque acte interventionnel (procédure) et contrôlée à l'arrivée du patient au bloc. Les protocoles d'antibioprophylaxie sont établis et à jour des dernières recommandations. Les dispositifs médicaux réutilisables sont décontaminés sur place par du personnel formé. La stérilisation est réalisée par un prestataire externe.

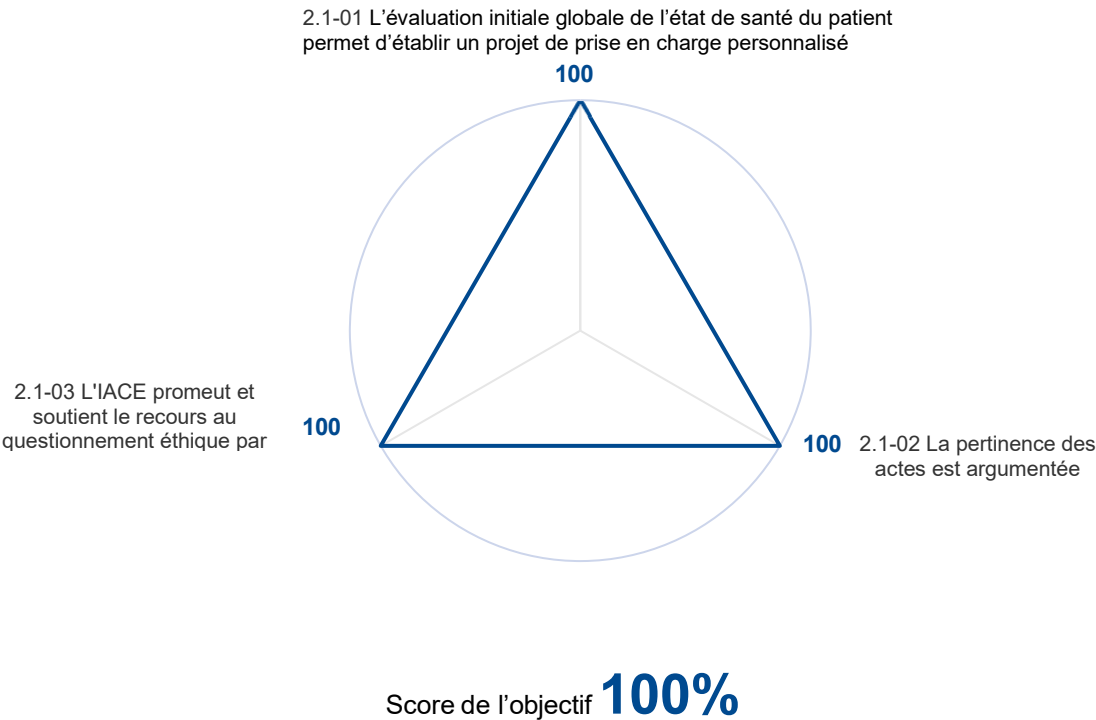
L'équipe applique les prérequis en matière de risque infectieux (non-port de bijoux et montres, manches courtes, absence de vernis, ongles courts, utilisation de solution hydroalcoolique, tenues adaptées usage unique au bloc) et améliore ses pratiques en matière de risque infectieux (audits hygiène des mains, suivi des consommations de SHA, suivi des infections du site opératoire ...) Le circuit des déchets à risques infectieux (DASRI) est conforme aux règles de tri et d'hygiène (locaux primaires et secondaires sécurisés, boîtes d'OPCT disponibles).

L'IACE a une convention de coopération avec le centre hospitalier voisin permettant d'accueillir les patients en cas d'urgence. En pratique la régulation en est effectuée par le SAMU.

La structure dispose d'un chariot d'urgence régulièrement contrôlé, un numéro d'appel d'urgence est identifié, les locaux permettent l'accessibilité en cas d'urgence, les professionnels sont formés (AFGSU), un exercice pratique a été réalisé depuis peu. Une évaluation globale du dispositif de prise en charge des urgences vitales est pratiquée annuellement.

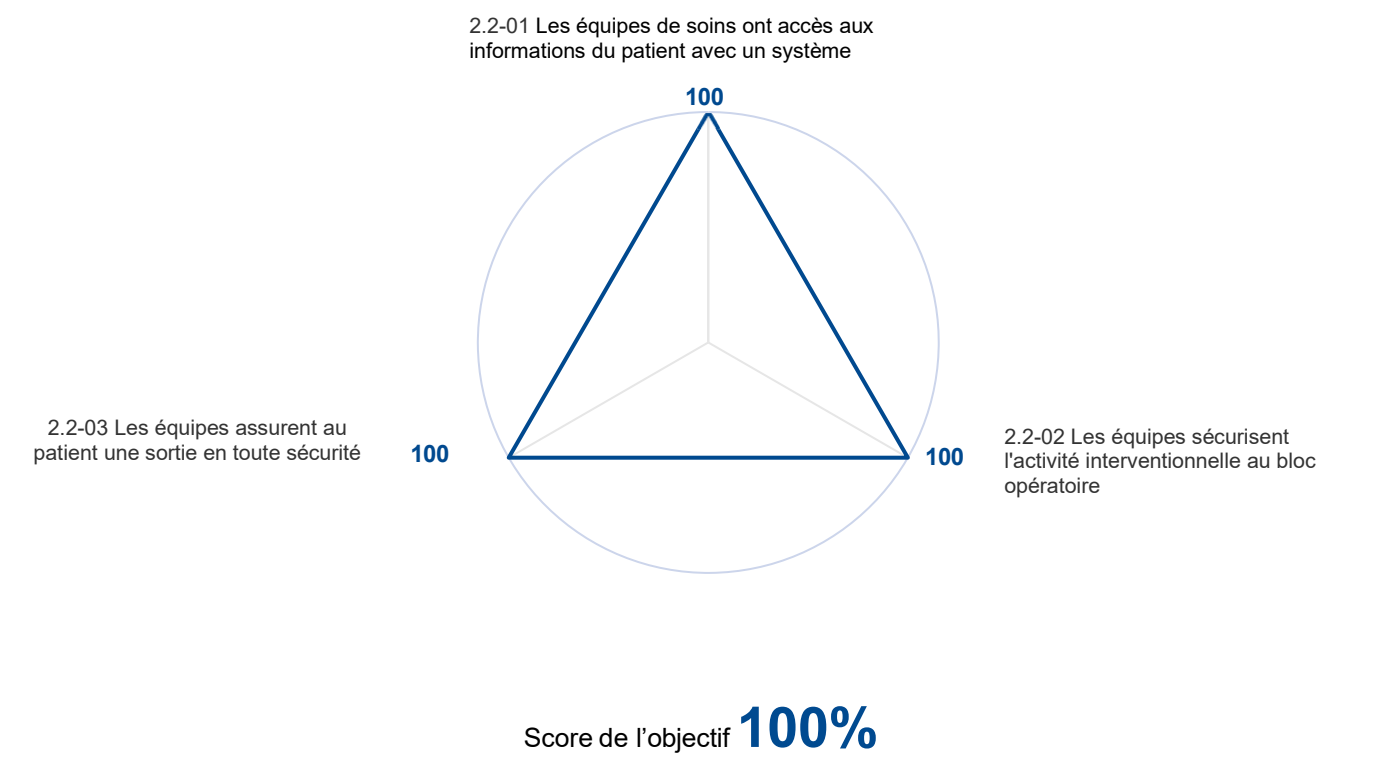
Les médecins disposent d'une messagerie sécurisée de santé. Le personnel utilise un identifiant personnel et un mot de passe personnel et unique pour accéder au système d'information. Les équipes ont été formées au risque cybersécurité et connaissent la conduite à tenir en cas d'incident / attaque.

Objectif 2.1 : La pertinence des actes et des prescriptions



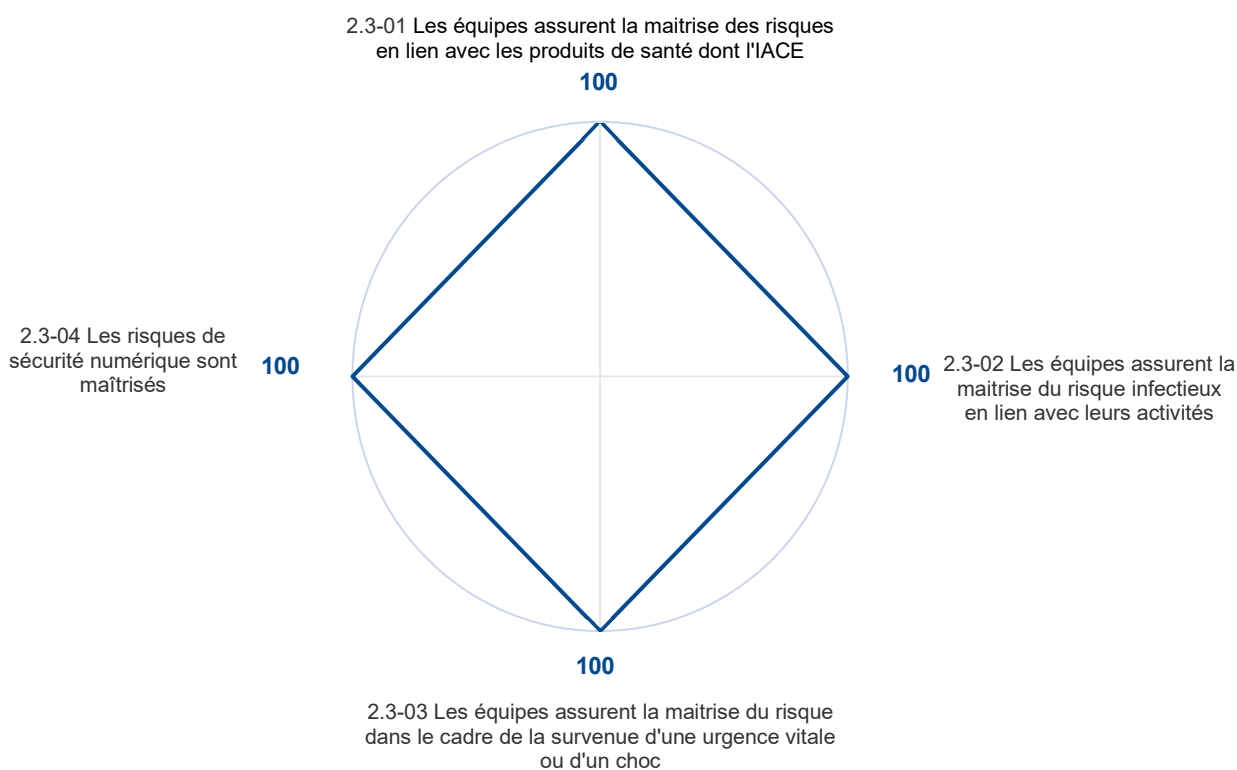
Critères		
2.1-01	L'évaluation initiale globale de l'état de santé du patient permet d'établir un projet de prise en charge personnalisé	100%
2.1-02	La pertinence des actes est argumentée	100%
2.1-03	L'ACE promeut et soutient le recours au questionnement éthique par l'ensemble des acteurs	100%

Objectif 2.2 : La coordination pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire des équipes



Critères		
2.2-01	Les équipes de soins ont accès aux informations du patient avec un système d'information adapté	100%
2.2-02	Les équipes sécurisent l'activité interventionnelle au bloc opératoire	100%
2.2-03	Les équipes assurent au patient une sortie en toute sécurité	100%

Objectif 2.3 : La maîtrise des risques liés aux pratiques

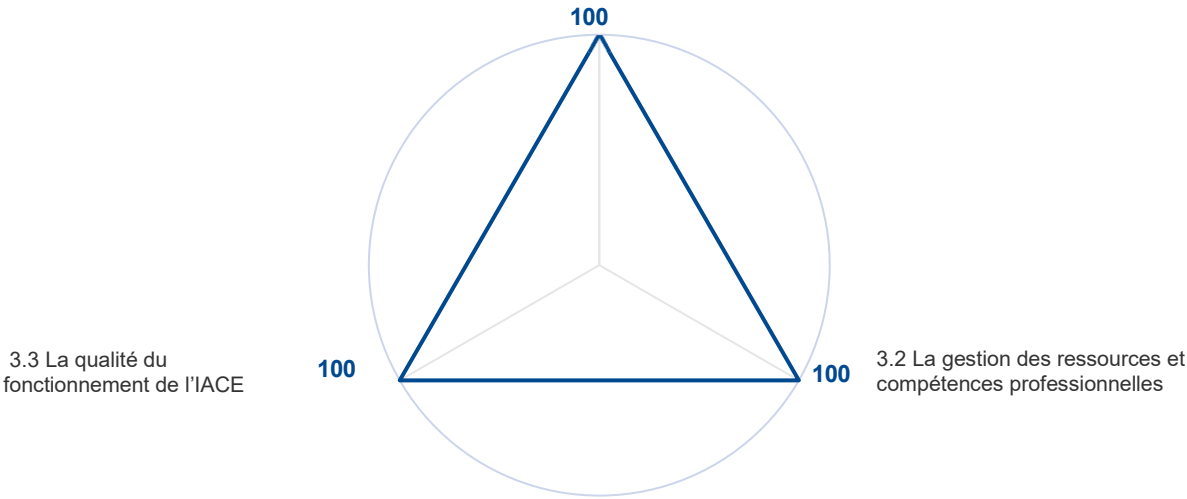


Score de l'objectif **100%**

Critères		
2.3-01	Les équipes assurent la maîtrise des risques en lien avec les produits de santé dont l'IACE dispose	100%
2.3-02	Les équipes assurent la maîtrise du risque infectieux en lien avec leurs activités	100%
2.3-03	Les équipes assurent la maîtrise du risque dans le cadre de la survenue d'une urgence vitale ou d'un choc	100%
2.3-04	Les risques de sécurité numérique sont maîtrisés	100%

Chapitre 3 : L'IACE

3.1 Le management par la qualité et la gestion des risques



Score du chapitre **100%** du score maximal

Objectifs		
3.1	Le management par la qualité et la gestion des risques	100%
3.2	La gestion des ressources et compétences professionnelles	100%
3.3	La qualité du fonctionnement de l'IACE	100%

Synthèse chapitre 3

Les orientations qualité et sécurité des soins de l'IACE sont définies dans la politique qualité et gestion des risques, mise à jour régulièrement et définie à partir, entre autres, de l'analyse de la conformité à la réglementation, des dysfonctionnements et des risques identifiés. Elle précise les 8 axes poursuivis, traduits pour certains en objectifs. Cette politique est déclinée dans un programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins qui se présente sous la forme d'un plan d'actions structuré qui regroupe l'ensemble des actions institutionnelles (politique, instances...) et spécifiques (événements indésirables, satisfaction, DUERP...). La gouvernance s'implique au quotidien dans la mise en œuvre du plan d'actions dont le suivi est assuré lors des COPIL / CDU trimestriels auxquels participent les représentants des usagers et les professionnels. La culture sécurité a été évaluée à l'aide d'une enquête sécurité et qualité des soins en début d'année 2025. Les professionnels sont impliqués dans la mise en œuvre des actions d'amélioration avec des suivis d'indicateurs (audits, EPP, ...).

Le système de gestion des plaintes est opérationnel même si, jusqu'à présent, aucune plainte n'est survenue. La majeure partie des remarques d'amélioration sont issues de l'expression libre des questionnaires de satisfaction et sont suivies dans le plan d'actions. Le signalement d'un événement indésirable est également opérationnel : signalement via un formulaire papier, adressage à la responsable qualité et direction, examen en COPIL ou en réunion hebdomadaire, actions d'amélioration et suivi. Une méthode d'analyse approfondie de type Alarm est préconisée en cas de besoin, le signalement sur le portail national est formalisé. Ayant peu d'événements à risque majeur, l'établissement réalise, à partir de l'existant, des RMM et/ou des retours d'expérience régulièrement pour s'approprier le principe de l'analyse.

L'IACE a mis à jour, en novembre 2024, sa cartographie des risques et identifié les risques auxquels elle est exposée : risques liés à la prise en charge, aux infections associées aux soins, aux dispositifs médicaux, à la logistique dont les risques environnementaux, actes malveillants. Pour les risques majeurs, une stratégie d'adaptation est formalisée.

L'IACE mène des actions de développement durable (installation de panneaux solaires, analyse des consommations, suppression du plastique...) en référence à ses objectifs d'amélioration précisés dans la politique qualité et sécurité des soins.

Les besoins en compétences et effectifs sont identifiés. L'IACE s'assure de l'adéquation entre les ressources humaines disponibles et la qualité et la sécurité des prises en charge que ce soit au niveau des secrétariats ou du personnel soignant (diplômes et validation des compétences). Les professionnels ont accès à des formations contribuant à la qualité et à la sécurité des prises en charge. (Hygiène, sécurité, premiers secours, identitovigilance, droit des patients, démarche qualité, incendie...). Le pool de professionnels est suffisant pour permettre le remplacement interne en cas de besoin. Le cas échéant, la structure peut faire appel à l'intérim. Un compagnonnage est organisé à la prise de poste avec les médecins et entre soignants (livret d'accueil). Les temps d'échange entre professionnels sont facilités par la taille de l'établissement et l'instauration d'une réunion hebdomadaire pluri professionnelle abordant différents sujets (programme opératoire, fonctionnement du service...) L'IACE dispose d'une démarche QVT qui s'appuie sur l'entretien annuel, les demandes des professionnels, une enquête qualité de vie au travail, des discussions collectives visant à améliorer l'organisation du travail au plus près du terrain, facilitées par la taille de l'IACE. Des actions QVT sont réalisées (nouveaux matériels obtenus facilement...). La taille de l'établissement et les temps d'échange facilités, limitent les conséquences d'un éventuel sujet de désaccord par un traitement rapide et limitent ainsi toute source de conflit.

L'IACE identifie les risques professionnels (physiques et psychologiques) (DUERP en place et réactualisé dernière version en décembre 2024). L'IACE s'assure de la réalisation des visites médicales obligatoires et donne accès gratuitement à la vaccination à ses professionnels.

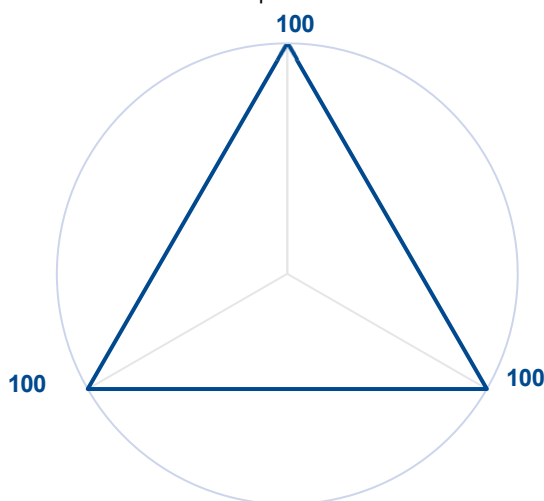
L'IACE développe une culture de la pertinence et du résultat à l'aide d'une planification annuelle de ses audits et enquêtes, d'un relevé structuré d'indicateurs, de la réalisation de RMM et/ou REX, de la réalisation d'EPP. Les résultats obtenus sont analysés, présentés en équipe et bénéficient d'actions d'amélioration intégrées dans le plan annuel. La veille réglementaire est assurée par la direction et la responsable qualité. La qualité des soins et des prestations est déclinée dans un ensemble de protocoles couvrant l'ensemble des processus de prise en charge. Ces protocoles sont actualisés, disponibles dans un document informatique partagé. Des tableaux de bords sont en place, notamment des indicateurs, des revues régulières sont organisées lors des COPIL. La mise en œuvre des orientations stratégiques fait l'objet d'un suivi et d'une révision périodique. Le plan de formation, la communication facilitée, la qualité des échanges en interne facilitent la fidélisation des professionnels. La maintenance des locaux et des équipements est assurée. Des actions d'amélioration de la qualité des prestations (stérilisation, DASRI, bionettoyage) sont mises en œuvre.

L'IACE a obtenu un avis favorable de la commission incendie à son ouverture (2004), non reconduite par la suite et ce, en tenant compte du niveau de classement de l'établissement qui ne le soumet pas à visite régulière. L'ensemble des moyens de lutte contre l'incendie bénéficient d'un contrôle régulier. L'IACE s'assure de la conformité de ses locaux au regard de son activité (passage aisé des brancards, circulation des professionnels espace suffisant de travail...). Les locaux garantissent l'accessibilité des secours en cas d'urgence vitale. L'IACE assure l'accessibilité de ses locaux aux personnes vivant avec un handicap.

Objectif 3.1 : Le management par la qualité et la gestion des risques

3.1-01 Un programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins décline les orientations qualité et sécurité des soins de l'ACE

3.1-03 L'ACE dispose d'une réponse adaptée aux risques auxquels il peut être confronté

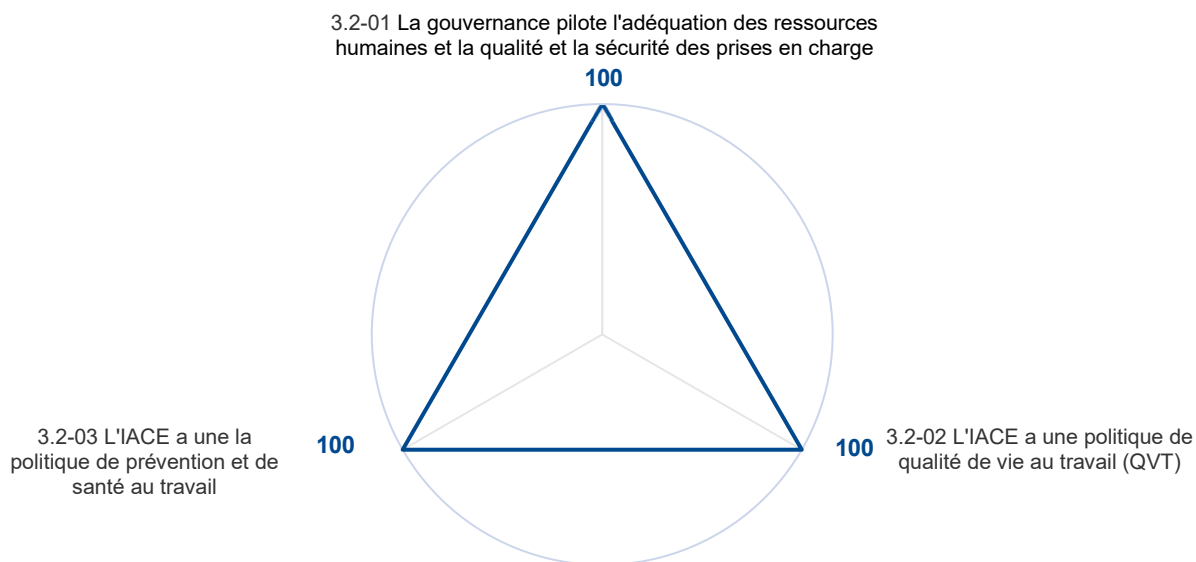


3.1-02 L'ACE développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins

Score de l'objectif **100%**

Critères		
3.1-01	Un programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins décline les orientations qualité et sécurité des soins de l'ACE	100%
3.1-02	L'ACE développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins	100%
3.1-03	L'ACE dispose d'une réponse adaptée aux risques auxquels il peut être confronté	100%

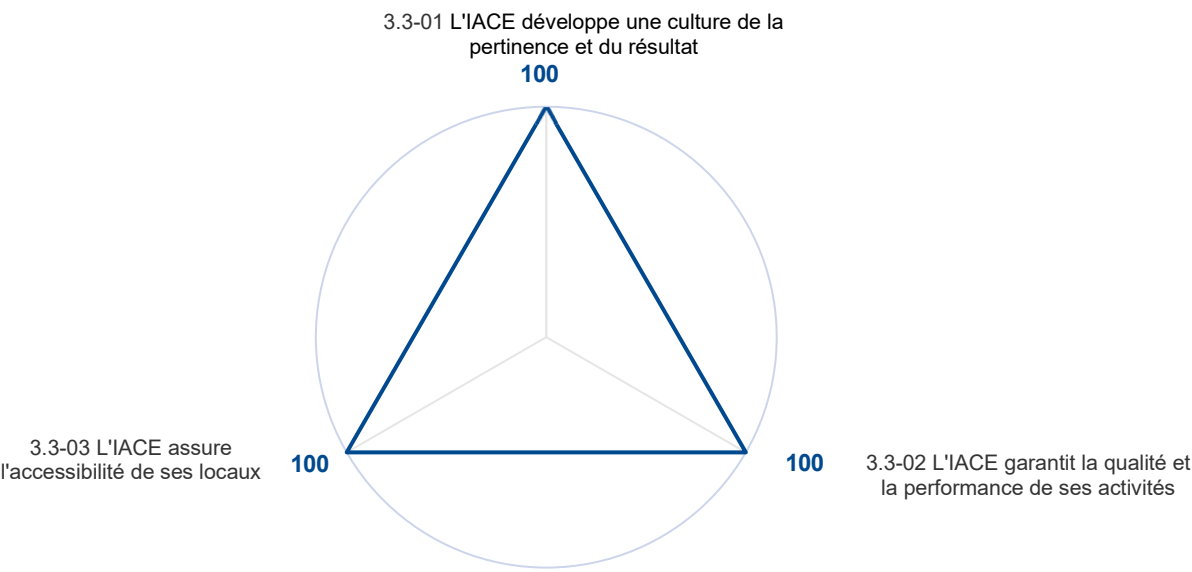
Objectif 3.2 : La gestion des ressources et compétences professionnelles



Score de l'objectif **100%**

Critères		
3.2-01	La gouvernance pilote l'adéquation des ressources humaines et la qualité et la sécurité des prises en charge	100%
3.2-02	L'IACE a une politique de qualité de vie au travail (QVT)	100%
3.2-03	L'IACE a une la politique de prévention et de santé au travail	100%

Objectif 3.3 : La qualité du fonctionnement de l’IACE



Score de l'objectif **100%**

Critères		
3.3-01	L'IACE développe une culture de la pertinence et du résultat	100%
3.3-02	L'IACE garantit la qualité et la performance de ses activités	100%
3.3-03	L'IACE assure l'accessibilité de ses locaux	100%

Retrouvez tous nos travaux sur
www.has-sante.fr

