
MESURER
& AMÉLIORER LA QUALITÉ

RAPPORT DE
CERTIFICATION

Clinique Esthétique Aquitaine

49 boulevard Georges Pompidou 33000 Bordeaux



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	16
Objectif 2.2 : La coordination pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire des équipes	17
Objectif 2.3 : La maîtrise des risques liés aux pratiques	18
Chapitre 3 : L'IACE	19
Synthèse chapitre 3	20
Objectif 3.1 : Le management par la qualité et la gestion des risques	22
Objectif 3.2 : La gestion des ressources et compétences professionnelles	23
Objectif 3.3 : La qualité du fonctionnement de l'IACE	24

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 non-certification de l'installation de chirurgie esthétique.

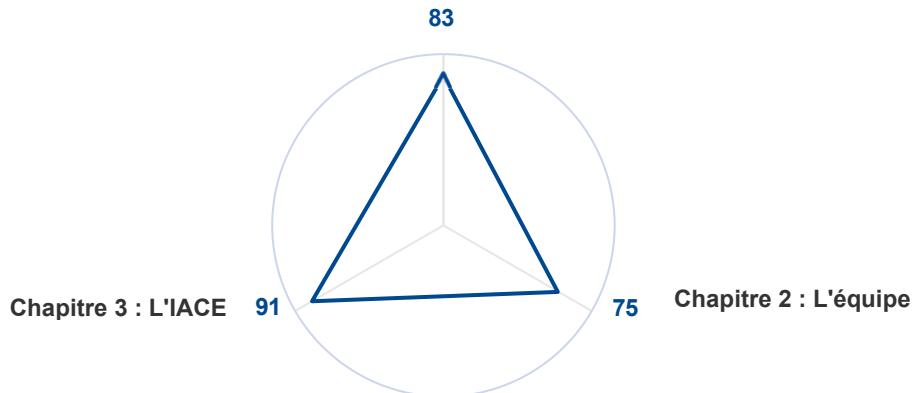
Le rapport et la décision sont publiés sur le site Internet de la HAS et communiqués à l'autorité de tutelle de l'installation de chirurgie esthétique. L'installation de chirurgie esthétique doit en assurer la plus large diffusion interne. Elle doit notamment la porter à la connaissance des instances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

Présentation

CLINIQUE ESTHETIQUE AQUITAINE	
Adresse	49 boulevard Georges Pompidou 33000 Bordeaux
Département / Région	Gironde / Nouvelle Aquitaine

Résultats

Chapitre 1 : Le patient

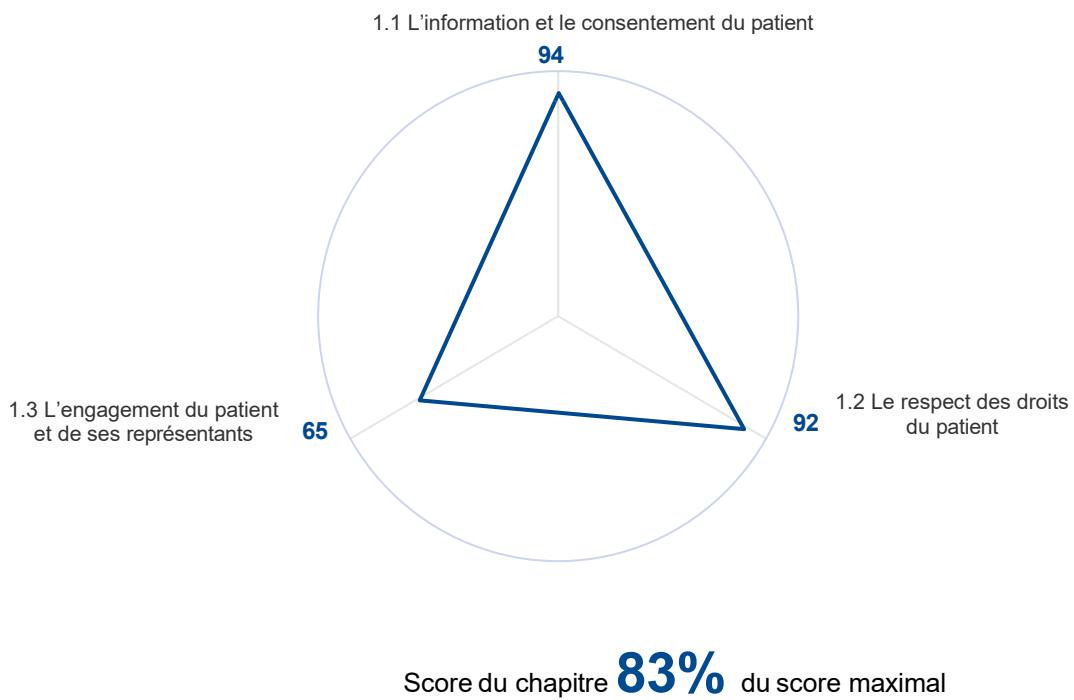


Score global de satisfaction aux attendus du référentiel **83%**

Chapitre	Score %
Chapitre 1 : Le patient	83
Chapitre 2 : L'équipe	75
Chapitre 3 : L'IACE	91

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	75%
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	75%
2.3-01	Les équipes assurent la maîtrise des risques en lien avec les produits de santé dont l'IACE dispose	91%
2.3-02	Les équipes assurent la maîtrise du risque infectieux en lien avec leurs activités	61%
2.3-03	Les équipes assurent la maîtrise du risque dans le cadre de la survenue d'une urgence vitale ou d'un choc	60%
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	80%

Chapitre 1 : Le patient



Objectifs		
1.1	L'information et le consentement du patient	94%
1.2	Le respect des droits du patient	92%
1.3	L'engagement du patient et de ses représentants	65%

Synthèse chapitre 1

La Clinique Esthétique Aquitaine a mis à disposition des patients des messages d'information via un livret d'accueil envoyé par courriel permettant de l'informer et de l'impliquer dans sa prise en charge. Les patients sont informés sur leur séjour par leur chirurgien lors des consultations concernant d'une part les bénéfices risques du traitement choisi et d'autre part des modalités de leur prise en charge. Les patients concernés par la pose d'un dispositif médical implantable bénéficient d'informations complémentaires. Une carte d'implant est remise au patient et la traçabilité suivie par le secrétariat.

Les modalités de prise en charge sont partagées avec le patient et le cas échéant, avec la personne de confiance qu'il a désignée. La traçabilité des informations, les consentements sont retrouvés dans les dossiers. Un devis est remis au patient avec l'ensemble des informations obligatoires. Le délai de réflexion de 15 jours avant la chirurgie est respecté et le montant des honoraires et frais attenants clairement renseigné dans la feuille de consentement. La trace de l'acceptation du devis par le patient est retrouvée dans le dossier avec la signature après le délai de réflexion. On retrouve sur la feuille de consentement à la chirurgie la possibilité de recueillir l'accord du patient ou son refus d'alimenter le Dossier Médical Partagé (DMP), toutefois les patients rencontrés ne connaissaient pas la possibilité de refus.

Les coordonnées de la personne de confiance et de la personne à prévenir ainsi que l'existence ou non de directives anticipées sont recueillies par le secrétariat. Dans le livret d'accueil le patient peut retrouver des informations sur ses droits, celles concernant la Commission Des Usagers (CDU) et les modalités pour soumettre une réclamation. Cependant les patients rencontrés ne connaissaient pas la CDU, la possibilité de contacter les représentants des usagers et le recours auprès de ceux-ci ainsi que les possibilités de déclarer des événements indésirables.

Le patient est invité à exprimer sa satisfaction via un questionnaire de satisfaction remis avant sa sortie.

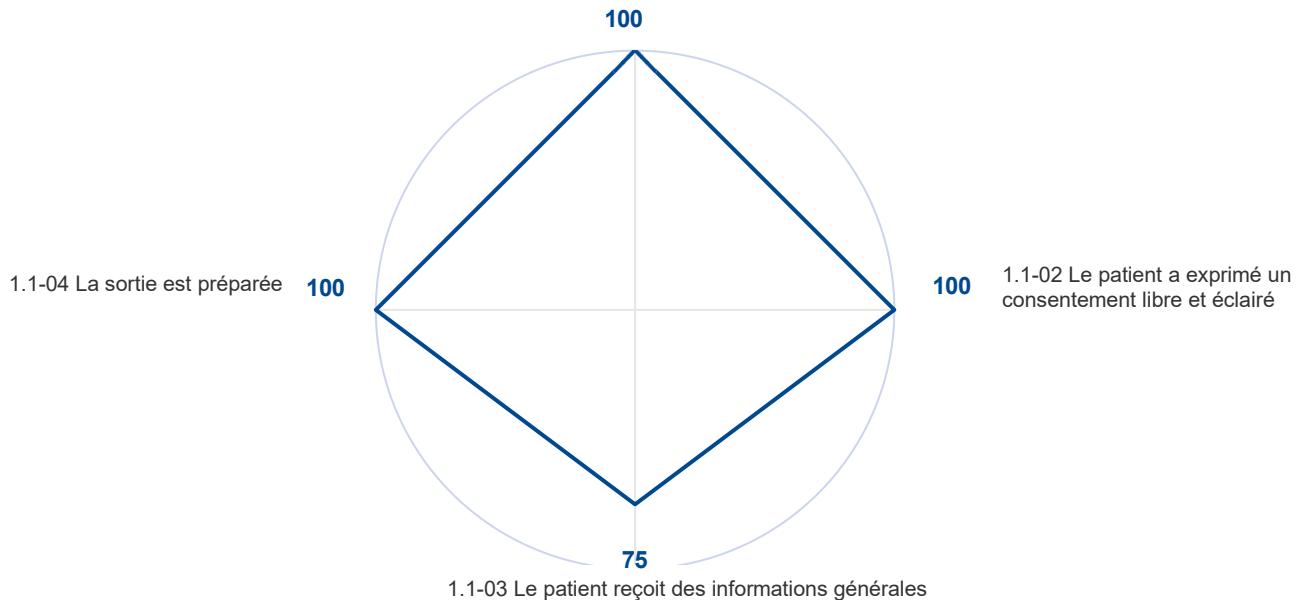
Dans le secteur d'hospitalisation comprenant 4 chambres individuelles avec douche, les locaux permettent de préserver l'intimité des patients. L'IACE prend rarement en charge des patients à mobilité réduite. Trois chambres avec douche sont adaptées Personnes à Mobilité Réduite (PMR). Les chambres disposent d'armoire avec un coffre permettant de sécuriser les biens personnels.

La douleur est évaluée par les infirmières à l'aide d'échelles (échelle numérique). Le protocole d'évaluation de la douleur ne précise pas les seuils de déclenchement pour les antalgiques mais seulement la mention si douleur aiguë. La trace des réévaluations se retrouve dans le dossier du patient. Les patients rencontrés étaient satisfaits de la prise en charge de leur douleur.

Les bonnes pratiques d'identitovigilance ne sont pas appliquées à toutes les étapes de la prise en charge. L'identité est vérifiée avec la pièce d'identité. Les patients rencontrés étaient porteurs d'un bracelet d'identification manuscrit. Cependant la clinique n'édite pas d'étiquettes patients et tous les documents et notamment les documents d'anesthésie ne mentionnent pas l'identité complète du patient avec sa date de naissance.

Objectif 1.1 : L'information et le consentement du patient

1.1-01 Le patient reçoit une information claire et adaptée



Score de l'objectif **94%**

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

1.2-01 Le patient bénéficie du respect de son intimité, de sa dignité et de la confidentialité

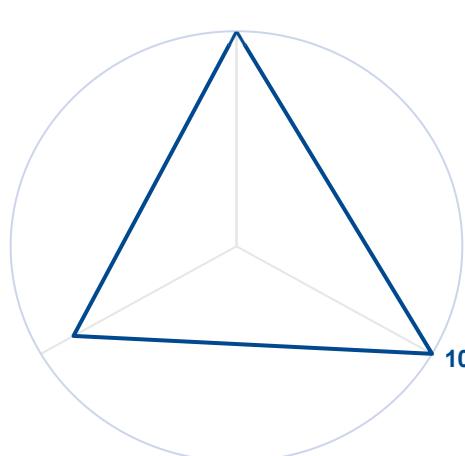
100

1.2-03 Le patient bénéficie de soins visant à anticiper ou à soulager rapidement sa douleur

75

1.2-02 Le patient est assuré d'une prise en charge bientraitante

100

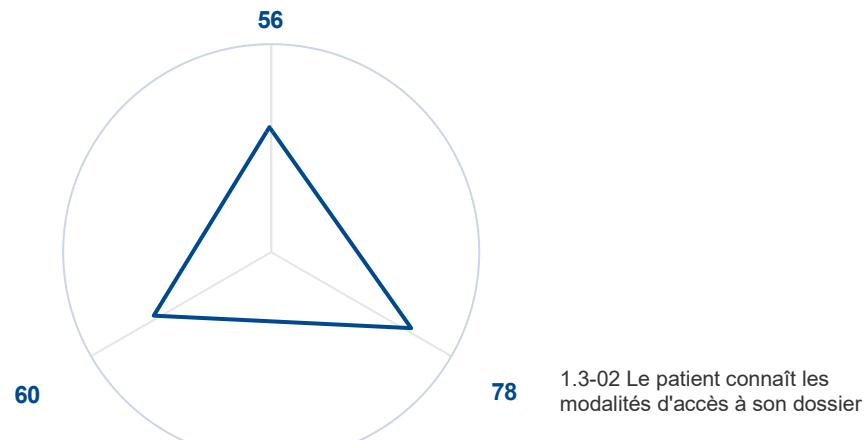


Score de l'objectif **92%**

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	75%

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

1.3-01 Le patient est invité à exprimer sa satisfaction



Score de l'objectif **65%**

Critères		
1.3-01	Le patient est invité à exprimer sa satisfaction	56%
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

2.1 La pertinence des actes et des prescriptions

89

2.3 La maîtrise des risques liés aux pratiques

70

2.2 La coordination pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire des équipes

67

Score du chapitre **75%** du score maximal

Objectifs		
2.1	La pertinence des actes et des prescriptions	89%
2.2	La coordination pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire des équipes	67%
2.3	La maîtrise des risques liés aux pratiques	70%

Synthèse chapitre 2

Les patients s'adressent à la structure soit par téléphone, soit par adressage. Un rendez-vous médical est programmé. La consultation du chirurgien se fait en deux temps : une première rencontre lors de laquelle le patient explique son souhait et le chirurgien l'informe de l'acte chirurgical qu'il va effectuer. Lors de cette rencontre, un bilan global (chirurgical, somatique, psychique...) du patient est réalisé. Si le patient présente une addiction à la chirurgie esthétique il lui est proposé des alternatives comme par exemple, une consultation avec un psychologue.

Les bénéfices et les risques à court et à long termes des dispositifs médicaux implantables sont discutés avec le patient. Le tout est saisi soit dans un dossier papier, soit dans un dossier informatique non partagé avec le reste de l'équipe pluriprofessionnel. L'ensemble des informations bénéfices/ risques sur l'acte lui est donné ainsi qu'un document écrit rappelant ces informations. Si le patient décide de se faire opérer, une deuxième consultation est programmée, les informations lui sont redonnées, le devis est actualisé avec le délai de réflexion de 15 jours. L'implication du patient et son adhésion sont systématiquement recherchées dans la programmation et l'organisation de son intervention.

Une infirmière et une aide-soignante sont présentes et accompagnent le patient durant son séjour jusqu'à la sortie. Le dossier papier permet une coordination de la prise en charge par l'ensemble des intervenants, cependant les consultations de chirurgie effectuées dans le cabinet privé des chirurgiens pratiquant leur chirurgie dans l'IACE ne sont pas retrouvées dans le dossier des patients. Le dossier papier comprend les consultations chirurgicales effectuées dans la clinique, la consultation d'anesthésie, la feuille d'écologie du bloc avec traçabilité des dispositifs Médicaux Implantables (DMI), les médicaments administrés, les papiers remis au patient au moment des consultations et à la sortie (compte rendu opératoire, ordonnances...) ainsi que les devis, les consentements, la personne de confiance.

Des protocoles de surveillance des patients en post opératoire sont disponibles pour les professionnels para médicaux.

En chirurgie ambulatoire, l'établissement a mis en place récemment la traçabilité de l'appel de la veille effectué par le secrétariat, cependant le patient rencontré avait eu un appel une semaine avant. L'appel du lendemain est effectué soit par les infirmières de l'IACE soit par le secrétariat des chirurgiens extérieurs à l'établissement. La sortie se fait sur score de Chung mais cette sortie n'est signée que sur le bulletin de sortie (lettre de liaison). Celui-ci est remis au patient avec un courrier pour le médecin traitant avant la sortie. L'information du patient est assurée lors de sa sortie avec une remise de documents CRO, consignes post opératoire, ordonnance de sortie, document avec le numéro des professionnels à joindre en cas de problème. Chaque patient peut joindre son chirurgien directement en cas de problème. Le chirurgien ne dépose aucun document dans l'espace santé du patient.

Le bloc est composé de deux salles avec armoire de traitement d'air. Les portes d'accès aux salles sont en bois avec commande d'ouverture électronique. La salle de surveillance post interventionnel comprend 2 postes. 2 infirmières (IDE) de bloc opératoire interviennent en salle, une en circulante, l'autre en aide opératoire. Une IDE est présente en salle de réveil contiguë à la salle d'opération. L'organisation du bloc opératoire est protocolisé. L'ouverture de salle est effectuée, les règles d'hygiène sont respectées. La check-list au bloc est en place et renseignée par l'infirmière circulante. L'identité du patient porteur d'un bracelet d'identification et la nature de l'intervention ont été vérifiées. Le GO/NOGO est renseigné. Un audit sur les modalités de réalisation et de remplissage de la check-list a été réalisé.

Le patient bénéficie d'une préparation adaptée à l'acte interventionnel. Les attendus concernant l'organisation du bloc sont conformes, les bonnes pratiques sont appliquées : préparation du patient, checklist, traçabilité des dispositifs médicaux utilisés, surveillance per et post opératoire. Les protocoles d'antibioprophylaxie sont validés par un médecin anesthésiste au regard des recommandations de la société française d'anesthésie. Il n'y a pas eu d'audit concernant l'antibioprophylaxie.

La traçabilité des prélèvements environnementaux (eaux, surface...) et de maintenance de l'ensemble du matériel médical est retrouvé dans un carnet sanitaire et de maintenance.

L'équipe s'appuie sur des protocoles qui intègrent les recommandations de bonnes pratiques et des protocoles définis sur la base de documents scientifiques.

Une réflexion éthique est en place au sein de l'IACE. Les professionnels ont accès à des informations relevant de l'éthique dans le classeur de documents mis à leur disposition et au site de l'Espace de Réflexion Éthique Régional Nouvelle-Aquitaine.

Le risque infectieux est maîtrisé, cependant les précautions standards ne sont pas respectées par l'ensemble des professionnels. Au bloc opératoire l'anesthésiste a porté son masque en collier en salle d'opération jusqu'à l'induction et était porteur d'une montre au poignet. De plus lors du parcours traceur, une salariée aide-soignante portait une attelle

de poignet l'empêchant de pratiquer une désinfection correcte des mains.

Le circuit du médicament est supervisé par une pharmacienne hospitalière d'une clinique privée. Une convention est signée. Les commandes sont effectuées par la pharmacienne, la dispensation est organisée et sécurisée : caisses scellées livrées directement dans le poste infirmier qui se charge du rangement. Lors de la manipulation des médicaments, une affiche est positionnée sur la porte pour éviter les ruptures de tâches. L'ensemble du traitement nécessaire à la prise en charge du patient post opératoire est prescrit lors de la consultation du chirurgien. En post opératoire, les prescriptions sont effectuées par l'anesthésiste. La prémedication administrée au patient rencontré pendant la visite n'était pas tracée sur la feuille prescription/administration et lors du parcours traceur la durée du traitement n'est pas toujours retrouvée (prescription d'un antibiotique).

Les dispositifs médicaux implantables sont tracés sur la fiche de bloc, au sein d'un registre et une carte est remise au patient à sa sortie, avec l'ensemble des informations.

Les infirmiers respectent la règle des 5B lors de l'administration. Il existe une armoire de pharmacie de dépannage fermée à clef dans le poste de soins avec un coffre à stupéfiant. Celle-ci est organisée avec l'identification des médicaments en dénomination commune internationale avec le dosage. Chaque dosage est individualisé. Les médicaments à risque sont identifiés et la liste est connue des professionnels. Le contrôle des péremptions est planifié. Au bloc opératoire, le réfrigérateur contenant les médicaments thermolabiles dispose d'un thermomètre et le recueil de la température est tracé. Ce réfrigérateur dispose d'un système d'alarme pour l'instant non opérationnel. Il n'y a pas d'enregistrement continu de la température permettant de documenter une éventuelle rupture de la chaîne du froid.

Les bonnes pratiques en stérilisation sont respectées. La stérilisation est sous traitée pour les boîtes au CHU Pellegrin. Une convention existe avec l'établissement.

L'IACE a une convention avec la réanimation du CHU pour la prise en charge de l'urgence vitale et les patients nécessitant des soins critiques. Le numéro unique, connu de l'ensemble des professionnels est affiché. Les procédures de prise en charge des urgences vitales sont connues de l'ensemble des professionnels de la structure. Un chariot d'urgence validé par l'anesthésiste de la clinique est en place au niveau du bloc opératoire. Il est contrôlé et rapidement accessible, cependant ce chariot d'urgence, récemment changé n'était pas scellé. La pharmacienne a tracé le contrôle des périmés mais la traçabilité du chariot dans son ensemble n'était pas à jour (dernière traçabilité en avril). Le défibrillateur est vérifié mensuellement et lors de l'ouverture de la SSPI. La check-list d'ouverture de la SSPI est en place mais ne comporte pas de traçabilité de contrôle du défibrillateur. Certains professionnels ne sont pas à jour de leurs formations AFGSU néanmoins l'établissement a produit les convocations d'inscription pour juillet 2025. Les locaux garantissent l'accessibilité des secours en cas d'urgence qui sert également aux personnes à mobilité réduite (ascenseur, rampe). Il n'y a pas eu d'exercices depuis 2 ans permettant d'évaluer l'efficacité du dispositif de prise en charge des urgences vitales ; le prochain exercice est programmé pour juin.

Les professionnels n'améliorent pas leurs pratiques au regard d'indicateurs de pratiques.

Objectif 2.1 : La pertinence des actes et des prescriptions

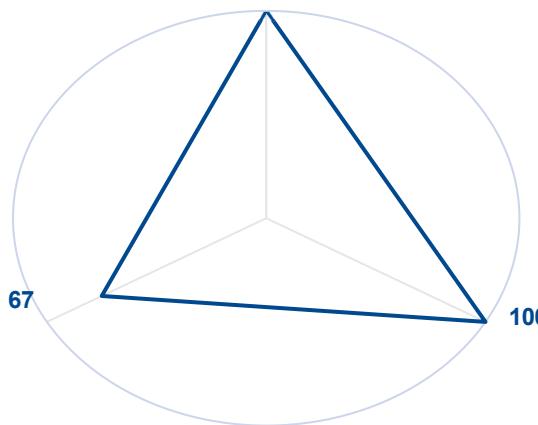
2.1-01 L'évaluation initiale globale de l'état de santé du patient permet d'établir un projet de prise en charge personnalisé

100

2.1-03 L'IACE promeut et soutient le recours au questionnement éthique par l'ensemble des acteurs

67

2.1-02 La pertinence des actes est argumentée

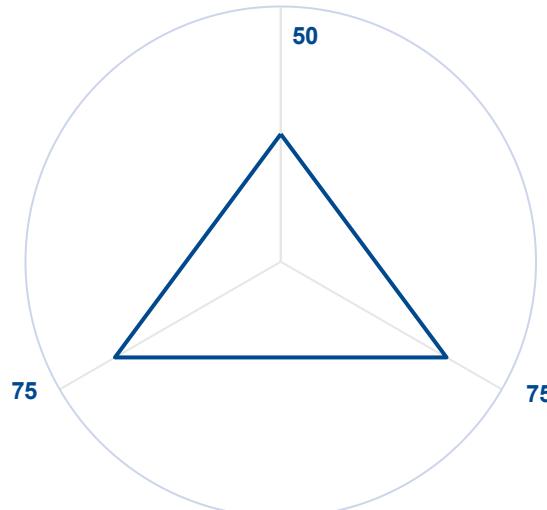


Score de l'objectif **89%**

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'IACE promeut et soutient le recours au questionnement éthique par l'ensemble des acteurs	67%

Objectif 2.2 : La coordination pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire des équipes

2.2-01 Les équipes de soins ont accès aux informations du patient avec un système d'information adapté



2.2-03 Les équipes assurent au patient une sortie en toute sécurité

2.2-02 Les équipes sécurisent l'activité interventionnelle au bloc opératoire

Score de l'objectif **67%**

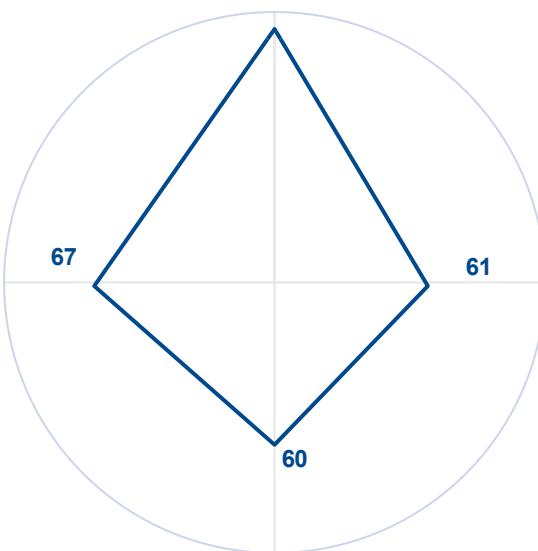
Critères		
2.2-01	Les équipes de soins ont accès aux informations du patient avec un système d'information adapté	50%
2.2-02	Les équipes sécurisent l'activité interventionnelle au bloc opératoire	75%
2.2-03	Les équipes assurent au patient une sortie en toute sécurité	75%

Objectif 2.3 : La maîtrise des risques liés aux pratiques

2.3-01 Les équipes assurent la maîtrise des risques en lien avec les produits de santé dont l'IACE dispose

91

2.3-04 Les risques de sécurité numérique sont maîtrisés



2.3-02 Les équipes assurent la maîtrise du risque infectieux en lien avec leurs activités

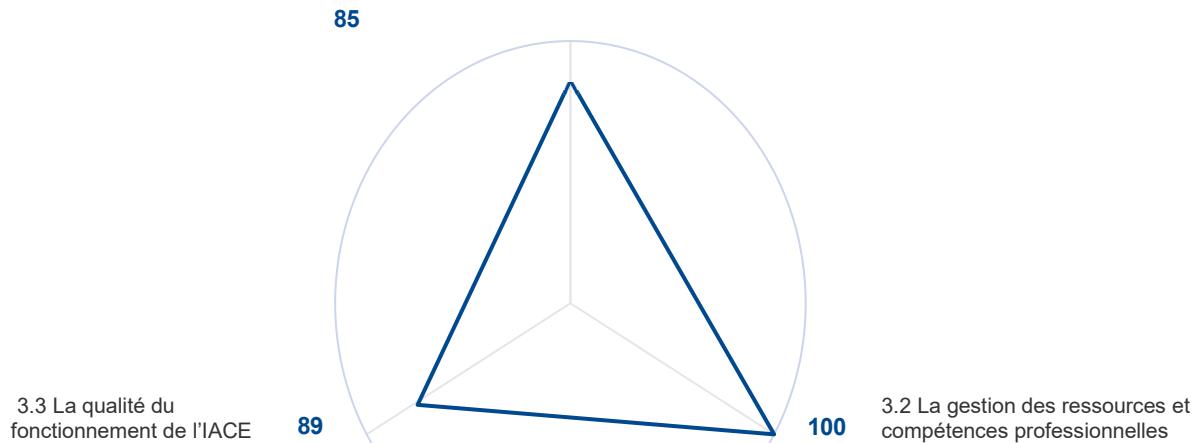
2.3-03 Les équipes assurent la maîtrise du risque dans le cadre de la survenue d'une urgence vitale ou d'un choc

Score de l'objectif **70%**

Critères		
2.3-01	Les équipes assurent la maîtrise des risques en lien avec les produits de santé dont l'IACE dispose	91%
2.3-02	Les équipes assurent la maîtrise du risque infectieux en lien avec leurs activités	61%
2.3-03	Les équipes assurent la maîtrise du risque dans le cadre de la survenue d'une urgence vitale ou d'un choc	60%
2.3-04	Les risques de sécurité numérique sont maîtrisés	67%

Chapitre 3 : L'IACE

3.1 Le management par la qualité et la gestion des risques



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

Objectifs		
3.1	Le management par la qualité et la gestion des risques	85%
3.2	La gestion des ressources et compétences professionnelles	100%
3.3	La qualité du fonctionnement de l'IACE	89%

Synthèse chapitre 3

La Clinique Esthétique Aquitaine est une Installation Autonome de Chirurgie Esthétique (IACE) ouverte depuis septembre 2007. La clinique dispose de locaux d'accueil avec secrétariat, bureaux de consultation, salles de soins, salles d'attente et salle de repos. Le secteur hospitalisation comporte quatre chambres dont trois sont adaptées PMR et un plateau technique avec un bloc opératoire comprenant deux salles, un arsenal et une salle de réveil avec deux postes.

La responsable qualité sous contrat avec l'établissement intervient sur site deux fois par mois depuis septembre. La CDU est en place. Elle se réunit une fois par an. La représentante des usagers est une ancienne patiente de l'IACE. Elle est informée du taux de retour des questionnaires de satisfaction, du taux de la satisfaction des patients et des réclamations.

La représentante des usagers est peu impliquée dans la démarche d'amélioration de la qualité et sécurité des soins : pas de participation aux audits, pas de projet des usagers, pas de rencontre avec les patients, pas de participation au comité éthique. Elle a été informée de la visite de certification. Aucune demande de dossier n'a été faite. Une réclamation d'une copie de carte d'implant a été envoyée le jour même.

La directrice de la structure s'implique dans la mise en œuvre des plans d'actions inscrits dans le programme qualité (PAQSS) de la clinique. Une évaluation de la culture qualité a été faite en 2024. Les vigilances et veille sanitaire sont suivies. La clinique connaît et maîtrise les risques auxquels elle est exposée notamment concernant les risques environnementaux (risque canicule).

Le système d'information est sécurisé. La mise en place récente d'un dossier patient informatisé n'est pour l'instant accessible que par le secrétariat. Les accès au dossier informatisé sont organisés avec des ouvertures de droits. L'ouverture d'une session s'effectue avec un identifiant et un mot de passe individuel. Il n'existe pas de double authentification. Le dossier papier est accessible et complété par les infirmières. Les documents papiers des dossiers de l'année en cours sont progressivement scannés et intégrés au DPI. La sécurité informatique est assurée par un prestataire privé et les sauvegardes effectuées quotidiennement sur une unité de stockage sécurisée. Il n'existe pas de messagerie sécurisée.

Le tri sélectif est en place. Les sacs jaunes sont largement utilisés au bloc car la collecte des déchets (sacs gris) est commune avec le reste de la copropriété. Il n'y a pas de protoxyde d'azote au bloc opératoire. On retrouve des fontaines à eau et un travail autour de la réduction de la consommation d'énergie est en place.

La qualification et diplôme des soignants sont vérifiés lors de l'entretien d'embauche. La clinique n'emploie pas de personnel intérimaire. Des infirmières anciennes IDE de la structure assurent les éventuels remplacements.

La sécurité des biens et des personnes est assurée. Le plan de prévention a été mis à jour. Un système d'alarme existe avec un prestataire qui peut rentrer en contact avec la police. Les chambres disposent de coffre permettant de sécuriser les affaires personnelles.

La qualité de vie des professionnels est au cœur du fonctionnement de cette clinique avec une politique de management bienveillant. Une enquête sur la qualité de vie au travail a été réalisée dans le cadre de l'enquête qualité. La clinique suit le taux de vaccination contre la grippe et propose une éventuelle vaccination sur site par le pharmacien partenaire.

La maintenance des locaux et du matériel (bloc), la vérification des fluides, les contrôles air/surface, la pharmacie, la stérilisation et la gestion du linge sont assurés par des prestataires externes dont la qualité de prestation est évaluée. À la suite d'un dysfonctionnement ayant donné lieu à une déclaration d'événement grave associé au soin à l'agence régionale de santé, le prestataire de contrôle air/eau/surface a été changé. Un suivi d'indicateurs en lien avec cette prestation a été mis en place. L'IACE est à jour de la commission incendie.

Certains indicateurs d'activité (annulations/programmations) sont suivis par la gouvernance et partagés lors du comité de pilotage mensuel. Ce comité de pilotage est composé de la directrice, du chirurgien propriétaire de l'IACE, de la consultante qualité et de l'assistante administrative. Lors de ce copil, les déclarations des EI, le résultat des analyses et les actions mises en place sont présentés. Ces indicateurs et les actions mises en place ne sont pas partagés avec l'ensemble des professionnels de l'établissement. L'établissement encourage les déclarations d'événements indésirables cependant les EI sont faiblement déclarés malgré une démarche de sensibilisation et d'incitation par la consultante qualité. La charte de « non-punition » est connue par les professionnels, il n'est pas retrouvé de CREX. La rencontre lors du traceur ciblé EI s'est faite exclusivement avec la consultante qualité de l'IACE.

L'information du patient concernant les plaintes et réclamations est retrouvée dans le livret d'accueil. Il existe une procédure de gestion des plaintes. La procédure d'annonce d'un dommage associé aux soins est retrouvée dans la gestion des documents. A ce jour, aucune plainte n'est déposée par les patients.

L'équipe connaît le portail national pour les déclarations des EIGS. Un EIG a été déclaré cette année : prélèvement biologique eau revenu non conforme avec légionnelle. L'analyse faite avec la méthode ALARM a provoqué des mesures correctives. Celles-ci sont retrouvées ainsi que la clôture de l'événement au regard des prélèvements conformes. Un carnet sanitaire associé à un calendrier de contrôle a été mis en place à la suite de cet événement. Un protocole de prévention de la légionnelle est connu des professionnels. L'ensemble des actions d'amélioration sont retrouvées dans le PAQSS.

La HAS prononce une non-certification et encourage prioritairement l'établissement à :

- Compléter le protocole d'évaluation de la douleur ;
- Respecter les précautions standard pour l'ensemble des professionnels ;
- Sécuriser la surveillance des médicaments thermo sensibles ;
- Améliorer la traçabilité des informations (prémédications, prescription/administration, consultations de chirurgie effectuées dans le cabinet privé des chirurgiens) ;
- Renforcer le contrôle du chariot d'urgence et du défibrillateur ;
- Appliquer les bonnes pratiques d'identitovigilance à toutes les étapes de la prise en charge.

Une nouvelle visite sera programmée, au plus tard, dans deux ans.

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'IACE

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

100

80

75

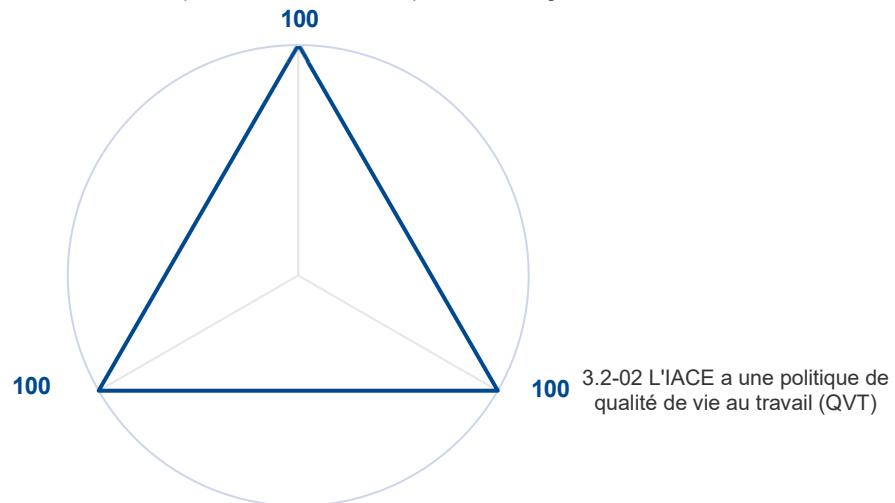
Score de l'objectif **85%**

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

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'IACE	80%
3.1-02	L'IACE développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins	75%
3.1-03	L'IACE dispose d'une réponse adaptée aux risques auxquels il peut être confronté	100%

Objectif 3.2 : La gestion des ressources et compétences professionnelles

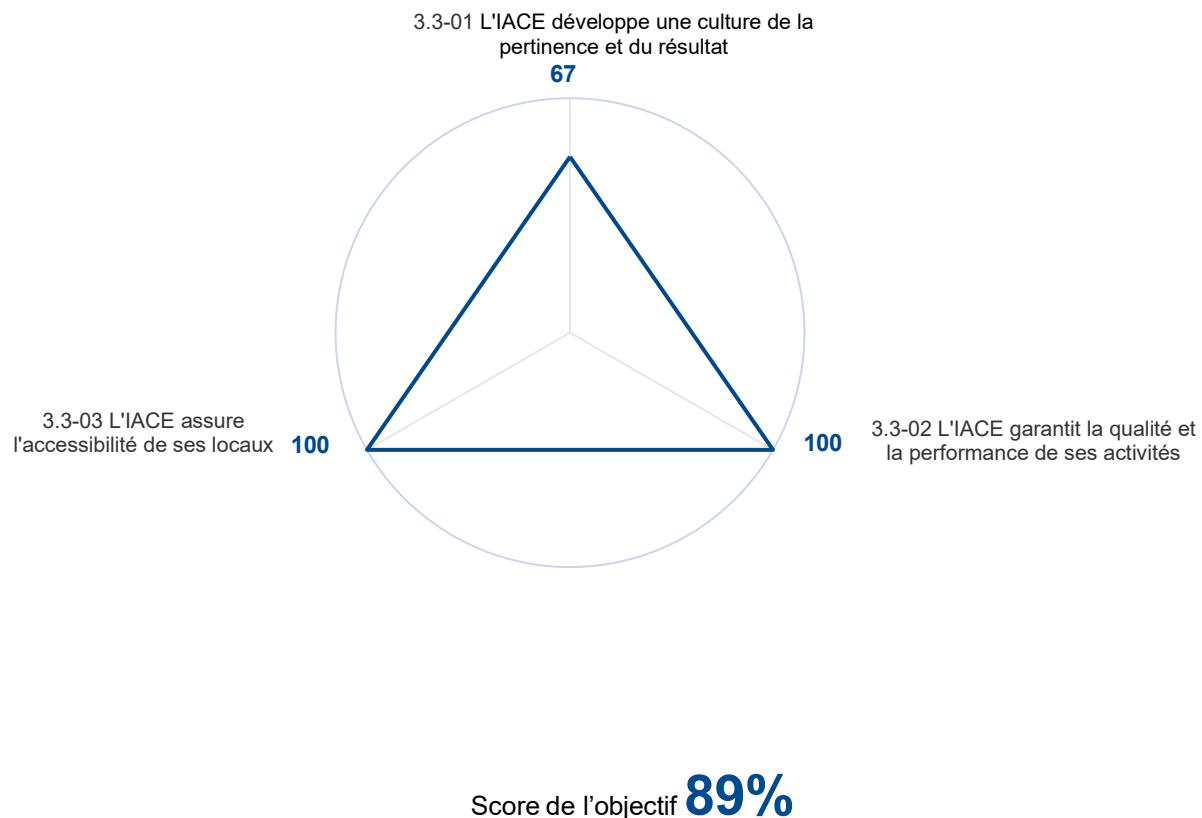
3.2-01 La gouvernance pilote l'adéquation des ressources humaines et la qualité et la sécurité des prises en charge



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



Critères		
3.3-01	L'IACE développe une culture de la pertinence et du résultat	67%
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

