

MESURER
& AMÉLIORER LA QUALITÉ

RAPPORT DE
CERTIFICATION

Clinique Phenicia

32, rue de Locarno 13005 Marseille



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	20
Objectif 3.2 : La gestion des ressources et compétences professionnelles	21
Objectif 3.3 : La qualité du fonctionnement de l'IACE	22

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 ;

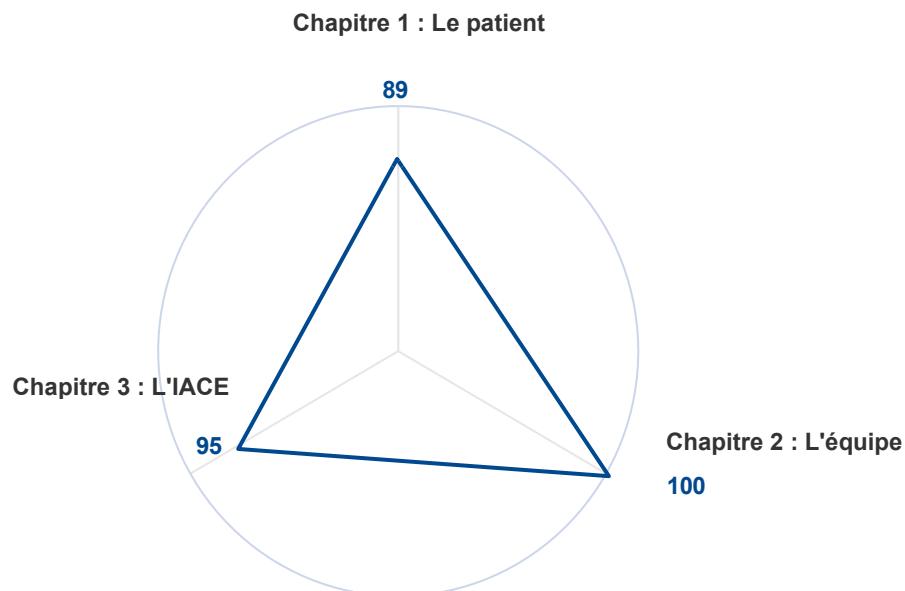
En l'espèce, au vu des éléments mentionnés dans le présent rapport, la Haute Autorité de santé décide la certification de l'installation de chirurgie esthétique.

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 PHENICIA	
Adresse	32, rue de Locarno 13005 Marseille
Département / Région	Bouches-du-Rhône / PACA

Résultats



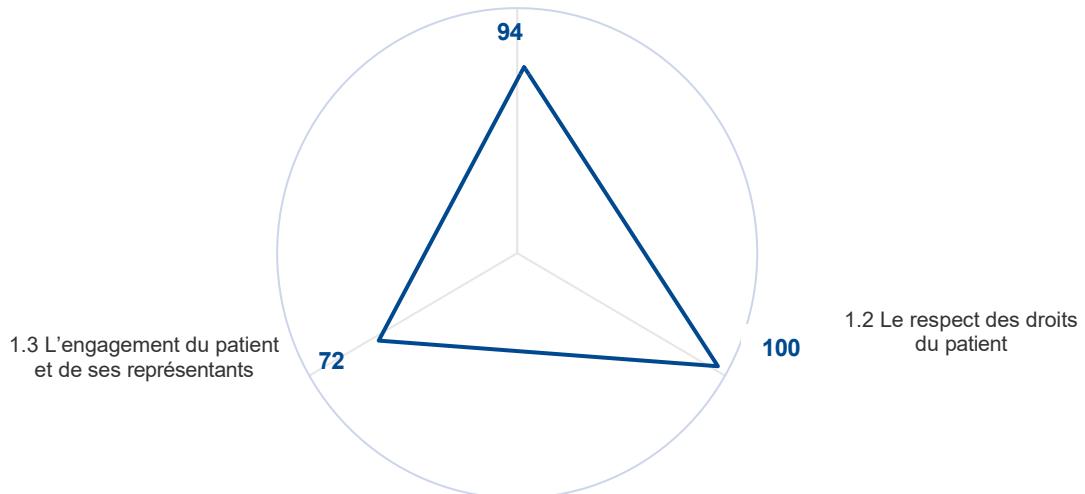
Score global de satisfaction aux attendus du référentiel **94%**

Chapitre	Score %
Chapitre 1	89
Chapitre 2	100
Chapitre 3	95

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

1.1 L'information et le consentement du patient



Score du chapitre **89%** 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	72%

Synthèse chapitre 1

La clinique PHENICIA est un institut autonome de chirurgie esthétique (IACE) pratiquant uniquement des actes de chirurgie esthétique en hospitalisation complète et en ambulatoire. Les patients sont informés par le site internet de l'établissement, par la remise du livret d'accueil, ainsi que directement par les professionnels des services. Les consignes préopératoires et pré thérapeutiques sont expliquées par le chirurgien lors de la consultation initiale et lors de la consultation anesthésique chacun prodiguant ses directives spécifiques.

A l'arrivée du patient lors de son admission, il est vu par la secrétaire de direction qui lui rappelle les consignes et vérifie la complétude du dossier. Les patients interrogés connaissaient les conditions de leur intervention, les risques, les impacts post-opératoires et les complications à moyen et long terme au moyen de documents remis et expliqués par le chirurgien. Ils avaient pris connaissance des consignes relatives aux DMI devant être implantés. Les patients sont informés du coût global de leur intervention. Chaque chirurgien adresse un devis complet en intégrant toutes les prestations, honoraires et autres frais divers pour l'intervention. Ce devis détaillé est expliqué au patient par le chirurgien, daté et signé. Le délai d'un minimum de 15 jours entre la réception du devis et son acceptation par le patient est toujours respecté.

La personne de confiance est toujours désignée et tracée dans le dossier. Le consentement du patient est tracé dans tous les dossiers pour le chirurgien et l'anesthésiste y compris l'autorisation des parents pour les mineurs. En amont de l'intervention, le patient reçoit les informations générales sur le fonctionnement de l'IACE par le secrétariat et le livret d'accueil : éléments administratifs à fournir, nom de la personne à prévenir, heures de visite, respect de la confidentialité. Le livret d'accueil détaille certaines informations : lutte contre les infections nosocomiales, communication du dossier, charte de la personne hospitalisée, déclaration d'un événement indésirable, modalité pour exprimer un grief ou rédiger une plainte ou une réclamation. Mais, bien qu'il évoque l'existence de représentants des usagers et les missions de la commission des usagers (CDU) certains patients n'en n'ont pas connaissance.

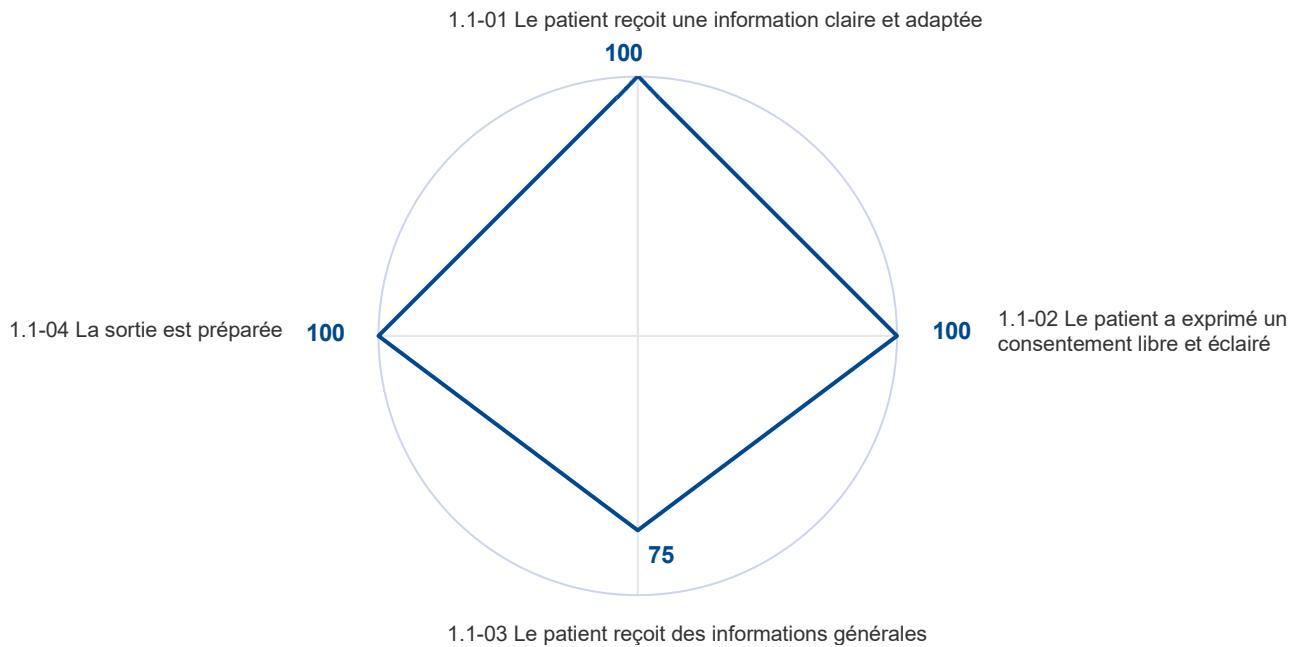
Toutes les chambres disposent d'un coffre sécurisé. L'appel de la veille et du lendemain pour tous les patients ambulatoires est effectif. A sa sortie, une lettre de liaison avec le compte rendu opératoire (CRO) et les consignes infirmières est remise au patient avec les numéros d'appel en cas de problème lié à son intervention et un rendez-vous de suivi est programmé. De même, le patient est, si besoin, orienté vers d'autres professionnels médicaux et paramédicaux (kinésithérapeutes, IDE, diététicienne), chaque chirurgien ayant leur réseau de professionnels en raison d'actes spécifiques (massage abdominal ...).

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). Au bloc, la salle de surveillance post interventionnelle (SSPI) est équipée de paravents de séparation. L'IACE ne dispose que de chambres individuelles (hospitalisation et ambulatoire) excepté deux chambres à deux lits pour les accompagnants. Les professionnels sont sensibilisés à la bientraitance. (Questionnaire réalisé fin 2024). Il n'y a dans l'établissement jamais de recours à la contention mécanique (Lits sans barrière).

Le patient bénéficie de soins visant à anticiper et soulager rapidement sa douleur ce que confirme les rencontres avec les patients 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).

L'expérience et la satisfaction du patient peuvent s'exprimer par le questionnaire de satisfaction remis lors de sa sortie ou en flashant un QR code situé dans chaque chambre. Les patients rencontrés ne savent pas que l'équipe pourra alimenter leurs DMP. De même du fait du manque d'information de l'IACE, les patients ne sont pas sensibilisés à l'activation de leur « Mon espace santé » et n'en connaissent pas l'usage. Un représentant des usagers (RU) est impliqué au sein de l'IACE et participe activement à la CDU.

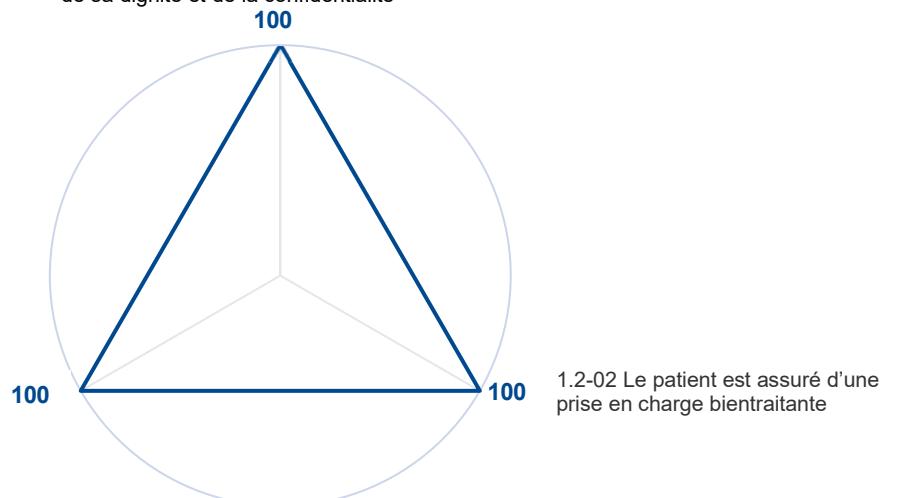
Objectif 1.1 : L'information et le consentement du patient



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

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

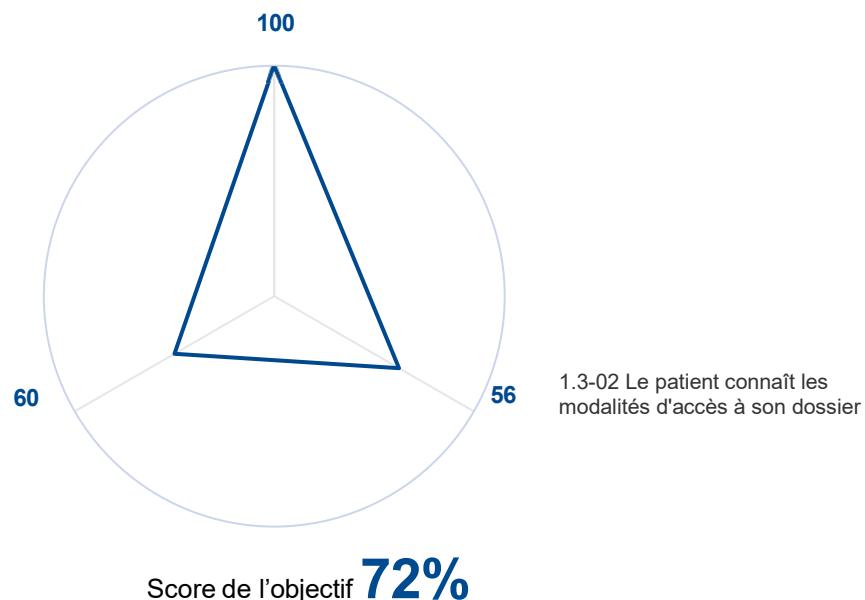


Score de l'objectif **100%**

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

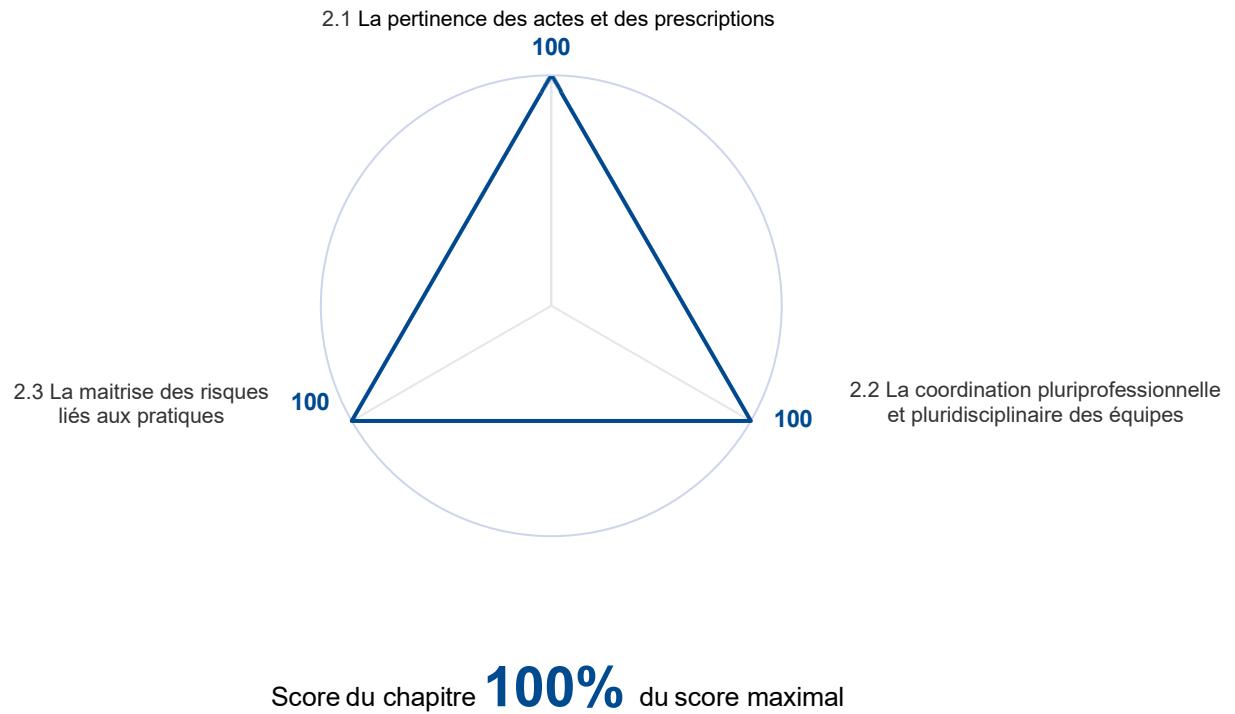


1.3-03 Les représentants des usagers s'engagent au sein de l'IACE

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

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	56%
1.3-03	Les représentants des usagers s'engagent au sein de l'IACE	60%

Chapitre 2 : L'équipe



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

Synthèse chapitre 2

Une évaluation initiale globale est réalisée par le chirurgien et l'anesthésiste et la décision de prise en charge (projet de soin) des patients tient compte des conditions de vie et des risques liés à sa santé (éligibilité en fonction du stade ASA ; recherche de dysmorphophobie). L'addiction à la chirurgie esthétique est recherchée non seulement lors des consultations mais il existe un support papier informatif dans le dossier et un affichage dans la clinique. L'équipe s'appuie sur ses protocoles qui intègrent les recommandations de bonnes pratiques (protocoles SFAR et société savante de chirurgie esthétique). 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 dans le projet de prise en charge sont partagés avec le patient pour éclairer son choix. Une réflexion éthique est engagée. Une réunion commune avec une autre IACE a eu lieu en octobre 2024 avec pour thème la surconsommation de la chirurgie et médecine esthétique. Cependant, les professionnels ne sont pas formés et toutes les questions éthiques ne sont pas identifiées.

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. Les professionnels concernés peuvent accéder aux éléments utiles à la prise en charge du patient dans son dossier.

La sécurité au bloc opératoire est assurée : un responsable régule les activités du bloc opératoire. La check-list est réalisée conformément aux bonnes pratiques : 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 ; taux de contrôle microbiologique et aéraulique des salles ...).

La lettre de liaison est remise au patient avec les explications le jour de sa sortie. Les informations nécessaires à la continuité de la prise en charge (y compris la carte d'implant) sont transmises aux patients (ordonnances en amont de la sortie). Les professionnels transmettent au médecin traitant la lettre de liaison et le CRO avec l'accord patient.

En cas d'hospitalisation en ambulatoire, la fiche d'autorisation de sortie est signée par un médecin. La sortie est autorisée sous condition de score (Chung) pour lequel le personnel est formé.

Le circuit du médicament répond aux attendus : approvisionnement, (convention avec une officine de ville), prescription, dispensation, administration. L'approvisionnement est réalisé par le pharmacien et le stockage est conforme y compris pour les médicaments thermosensibles (réfrigérateurs avec report d'alarme). La préparation est adaptée à chaque acte interventionnel (procédures en place) 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. La traçabilité des dispositifs médicaux implantés (DMI) est conforme avec un registre réglementaire informatisé permettant de retrouver facilement les informations (DMI/patient). Dans tout l'IACE, l'équipe applique les prérequis en matière de risque infectieux (non-port de bijoux et montres, utilisation de solution hydroalcoolique, tenues adaptées usage unique au bloc...). L'équipe améliore ses pratiques en matière de risque infectieux (précautions standards, audit zéro bijou, EPP antibioprophylaxie, audit des circuits du bloc...). Le circuit des déchets à risques infectieux (DASRI) est conforme aux règles de tri et d'hygiène (locaux primaires et secondaires sécurisés, OPCT dans l'infirmérie).

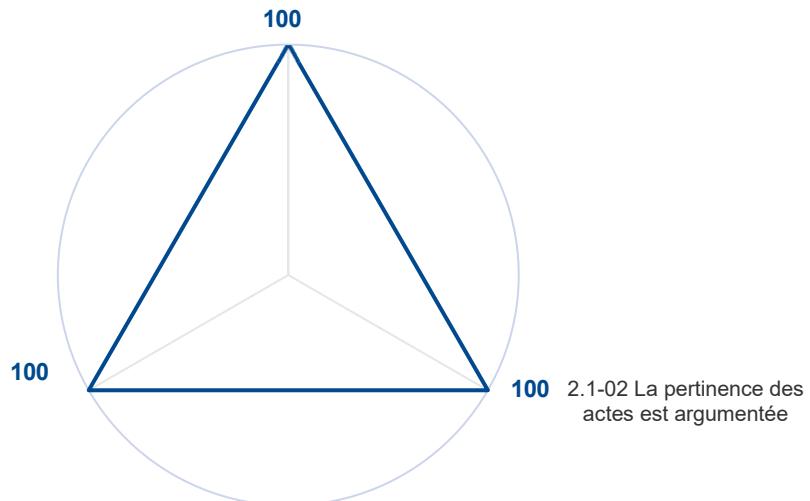
L'IACE situé dans Marseille a une convention de coopération avec un établissement de santé permettant d'accueillir les patients en urgence (hôpital à proximité) ; en pratique la régulation est effectuée par le SAMU. Concernant l'urgence vitale, les équipes connaissent le numéro d'appel unique (520) qui est affiché dans tout l'établissement (couloir, infirmerie, accueil). Ce numéro dédié appelle l'anesthésiste de garde. Une évaluation globale du dispositif de prise en charge des urgences vitales est pratiquée une fois par an avec une mise en situation. Le matériel de prise en charge des urgences vitales régulièrement contrôlé (chariots d'urgence au bloc et sur deux étages, sacs d'urgence sur deux étages ...) est rapidement accessible par les professionnels qui bénéficient de formations internes aux gestes d'urgence.

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 (Doctolib, programme opératoire).

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

2.1-03 L'IACE promeut et soutient le recours au questionnement éthique par

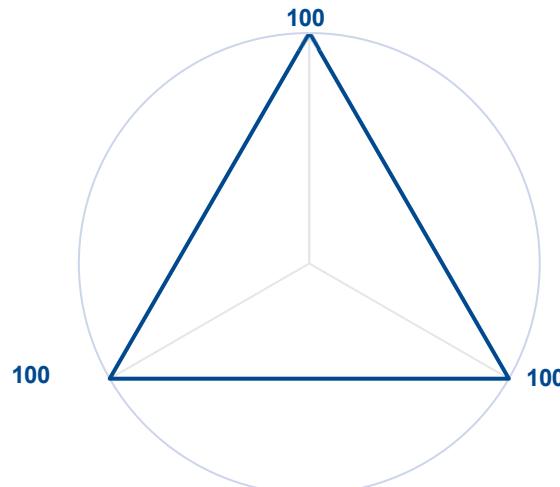


Score de l'objectif **100%**

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	100%

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



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

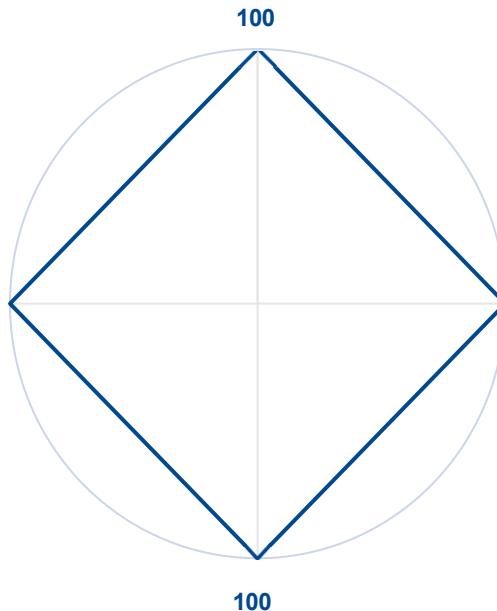
2.2-02 Les équipes sécurisent l'activité interventionnelle au bloc opératoire

Score de l'objectif **100%**

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

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



2.3-04 Les risques de sécurité numérique sont maîtrisés

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

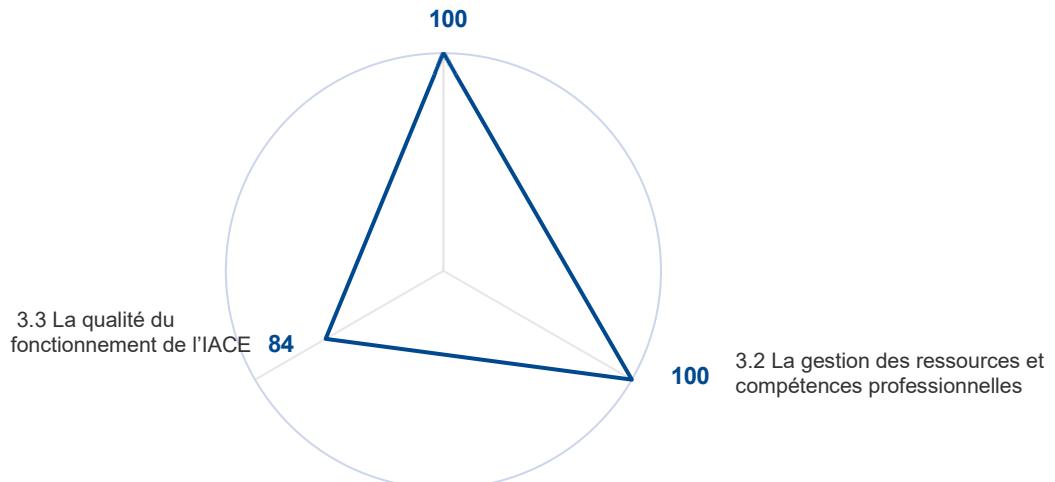
2.3-02 Les équipes assurent la maîtrise du risque infectieux en lien avec leurs activités

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 **95%** 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	84%

Synthèse chapitre 3

Un plan d'actions décline la politique qualité et de sécurité des soins définie à partir de l'analyse de la conformité à la réglementation, des dysfonctionnements et des risques majeurs et récurrents (cartographie des risques). La gouvernance s'implique dans la mise en œuvre du plan d'actions à l'appui de la politique qualité et de sécurité des soins. Les professionnels sont impliqués dans la mise en œuvre des actions d'amélioration à partir d'évaluations de leur pratique (patient traceur, EPP sur l'antibio- prophylaxie). La culture sécurité est évaluée auprès des professionnels. (Questionnaire analysé en novembre 2024). Un plan d'actions est issu de l'analyse collective des évènements indésirables. Le suivi du plan d'actions s'appuie sur des indicateurs et des cibles à atteindre, avec l'implication des professionnels. (Audits : DAS, circuit du bloc, douleur).

L'IACE a une stratégie d'adaptation sur les risques environnementaux auxquels elle est exposée (incendie, canicule, sismique ...) L'établissement a initié des actions de développement durable (LED, détecteurs de présence).

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). Les chirurgiens ont leur instrumentiste aidée d'une IDE circulante de l'établissement. Le pool d'IADE stable est salarié par les anesthésistes. Les professionnels ont accès à des formations contribuant à la qualité et à la sécurité des prises en charge. (Hygiène, sécurité, premiers secours...). Des dispositions sont mises en œuvre pour assurer la qualité et la sécurité de la prise en charge du patient dans les cas où les effectifs nécessaires ne sont pas présents. Si nécessaire, l'établissement fait appel aux vacataires du pool de remplaçants qui sont d'anciens salariés et en dernier recours à l'intérim.

Les différentes procédures sont accessibles aux professionnels (salle de soin). Les temps d'échange entre professionnels sont facilités par la taille de l'établissement et un compagnonnage est organisé à la prise de poste (complété par un livret d'accueil du personnel) avec les médecins et entre soignants.

L'IACE dispose d'une démarche QVT définie à partir des demandes des professionnels facilitée par la taille de la clinique qui permet aussi des discussions collectives visant à améliorer l'organisation du travail au plus près du terrain. Des actions QVT sont réalisées (adhésion à un CSE externe, parking gratuit, week-end ski, mutuelle prise en charge en totalité). L'IACE identifie les risques professionnels (physiques et psychologiques) : document unique d'évaluation des risques professionnels (DUERP) en place et réactualisé. L'IACE s'assure de la réalisation des visites médicales obligatoires et donne accès gratuitement à la vaccination à ses professionnels.

La veille réglementaire est assurée par la direction et le RAQ.

Les professionnels améliorent leurs pratiques au regard d'indicateurs de pratique clinique et d'activité : audits hygiène, DMI, gestion des stupéfiants, prescription conforme, traçabilité de la douleur, conformité circuit des déchets.

Les événements indésirables (EI) sont déclarés par les professionnels sur papier. Ils sont analysés avec les personnes concernées. La méthode ALARM est utilisée si besoin (forte criticité). Il n'y a pas eu d'EI grave ces dernières années. Ils sont présentés lors des CDU et aux professionnels.

Les orientations stratégiques de l'IACE font l'objet d'un suivi et d'une révision périodique. Dans son projet d'établissement 2025 / 2030 l'IACE souhaite compléter l'activité par la création d'un centre de chirurgie réfractive. La qualité des prestataires (linge, stérilisation) sous convention est évaluée (audit linge) et améliorée si besoin.

Le dernier avis favorable de la commission incendie a moins de 5 ans en date du 17 octobre 2024 (IACE classée en catégorie 5).

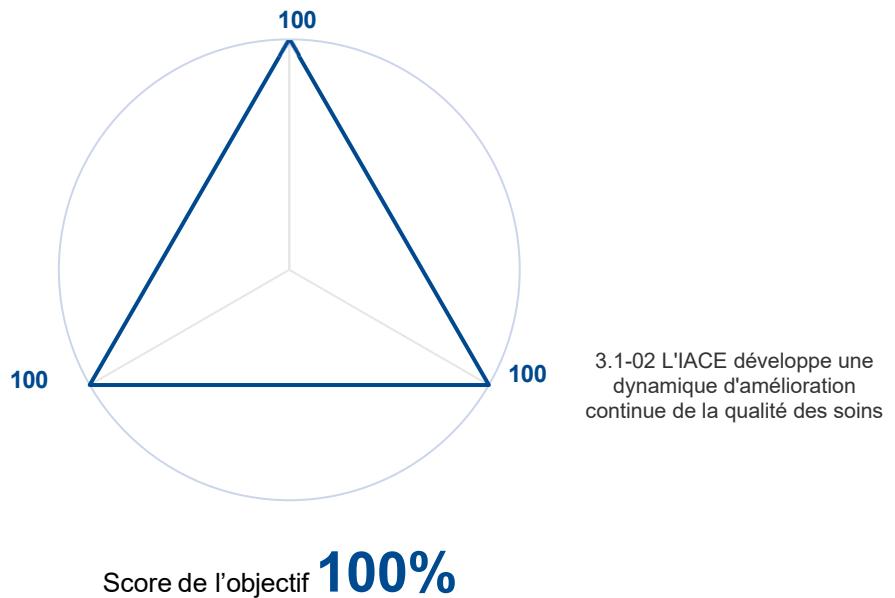
La clinique assure l'accessibilité de ses locaux aux personnes vivant avec un handicap. (Toutes les chambres sont PMR). Cependant, concernant le handicap visuel, il n'y a pas de marquage au sol. L'IACE s'assure de la conformité de ses locaux au regard de son activité (passage aisément des brancards, circulation des professionnels, espace suffisant de travail...).

Les locaux garantissent l'accessibilité des secours en cas d'urgence vitale.

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

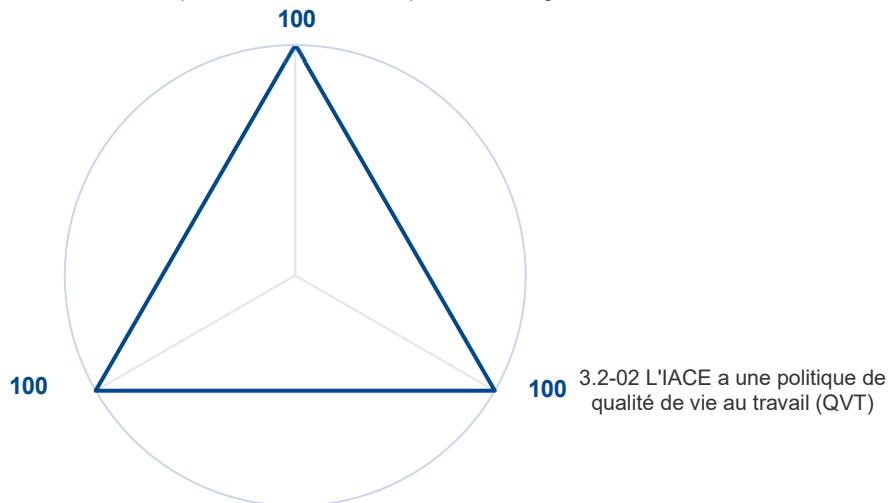


3.1-02 L'IACE développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins

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	100%
3.1-02	L'IACE développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins	100%
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

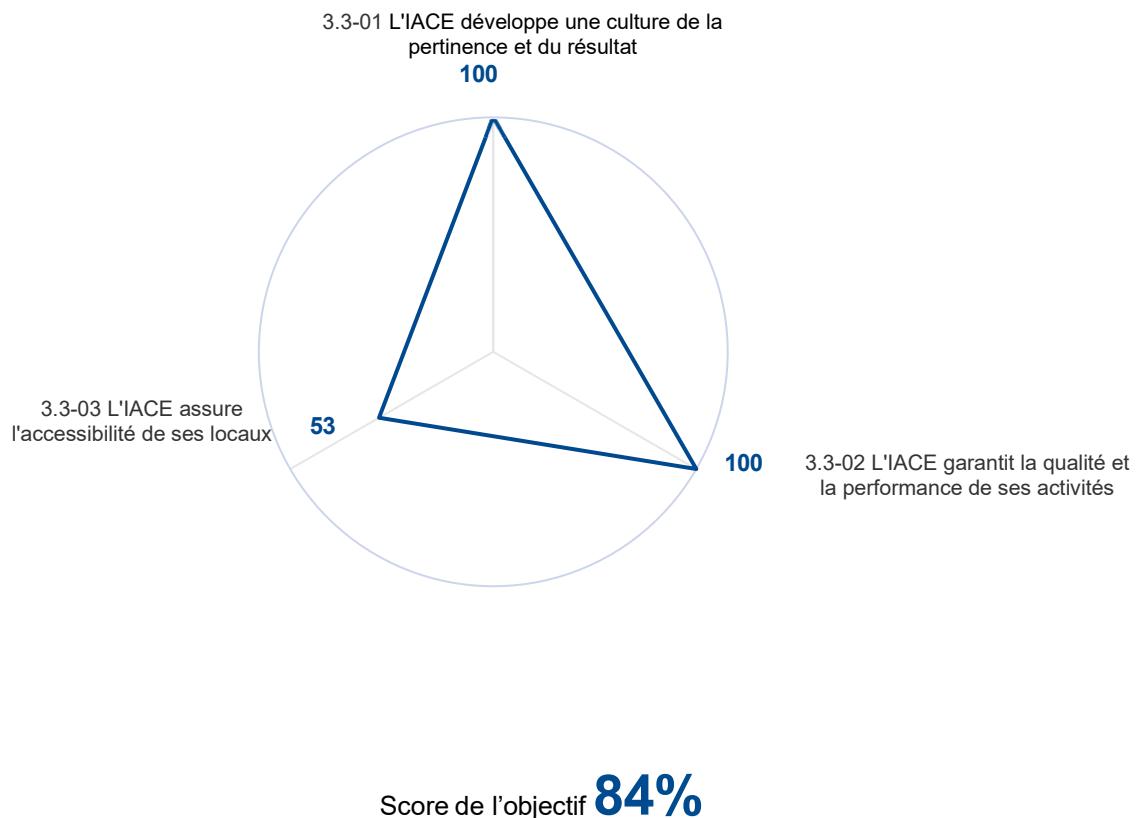
3.2-01 La gouvernance pilote l'adéquation des ressources humaines et la qualité et la sécurité des prises en charge



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	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	53%

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

