



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

MESURER

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

RAPPORT DE CERTIFICATION

Clinique Sainte Victoire

122 bis Cours Gambetta 13100 Aix en Provence



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 ;

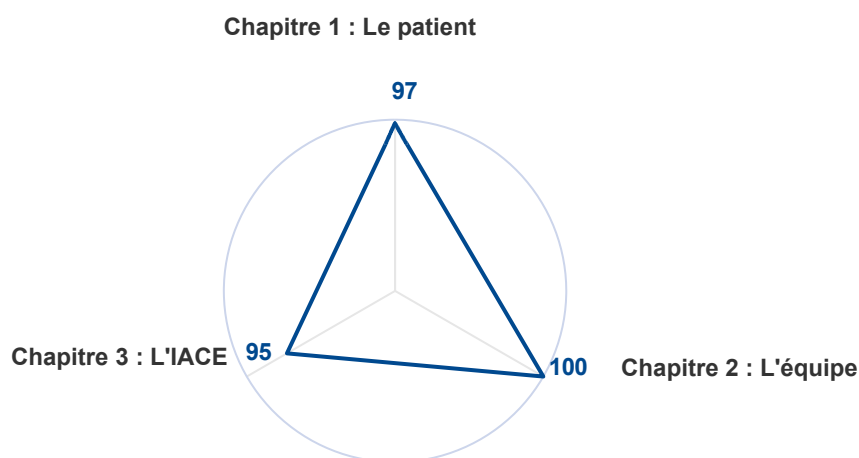
En l'espèce, au vu des éléments mentionnés dans le présent rapport, la Haute Autorité de santé décide la certification de l'installation de chirurgie esthétique.

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 SAINTE VICTOIRE	
Adresse	122 bis Cours Gambetta 13100 Aix en Provence
Département / Région	Bouches-du-Rhône / PACA

Résultats

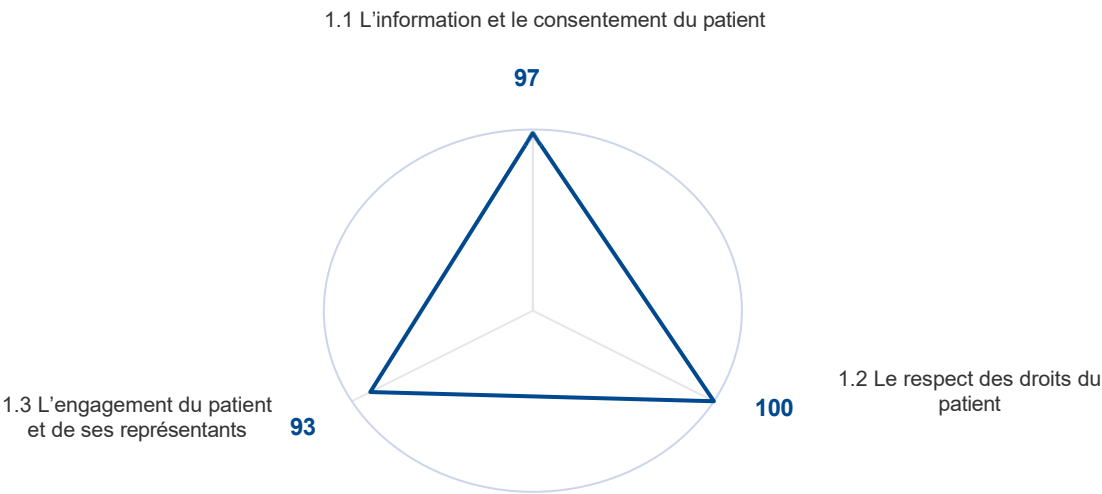


Score global de satisfaction aux attendus du référentiel **97%**

Chapitre		
Chapitre 1	Le patient	97%
Chapitre 2	L'équipe	100%
Chapitre 3	L'IACE	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



Score du chapitre **97%** du score maximal

Objectifs		
1.1	L'information et le consentement du patient	97%
1.2	Le respect des droits du patient	100%
1.3	L'engagement du patient et de ses représentants	93%

Synthèse chapitre 1

La clinique Sainte Victoire est un institut autonome de chirurgie esthétique (IACE) pratiquant uniquement des actes de chirurgie esthétique exclusivement en ambulatoire. L'établissement ne prend pas en charge les mineurs.

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. Le chirurgien lors de ses consultations préopératoires (deux voire trois) explique au patient les consignes préopératoires, pré-thérapeutiques, 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. De même, ils 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 toujours respecté.

La personne de confiance est toujours désignée et tracée dans le dossier ainsi que le consentement du patient pour le chirurgien et l'anesthésiste.

En amont de l'intervention, le secrétariat informe le patient sur le fonctionnement de l'IACE et lui remet un livret d'accueil qui reprend les informations concernant sa prise en charge (consignes pré per et post opératoire, désinfection cutanée préopératoire, lutte contre les infections nosocomiales, modalité pour exprimer un grief ou rédiger une plainte ou une réclamation, charte de la personne hospitalisée...). Le livret d'accueil contient des informations sur la commission des usagers (CDU), sa mission, son organigramme et un numéro de contact mais elle n'est pas connue de certains patients.

L'établissement dispose d'un coffre sécurisé permettant de sécuriser les objets de valeurs.

Les équipes font un appel à J moins 7, J moins 1 et J plus 1 pour tous les patients. A sa sortie, une lettre de liaison avec le compte rendu opératoire (CRO) et les consignes infirmiers sont remis au patient avec les numéros d'appel en cas de problème lié à son intervention et un rendez-vous de suivi est programmé.

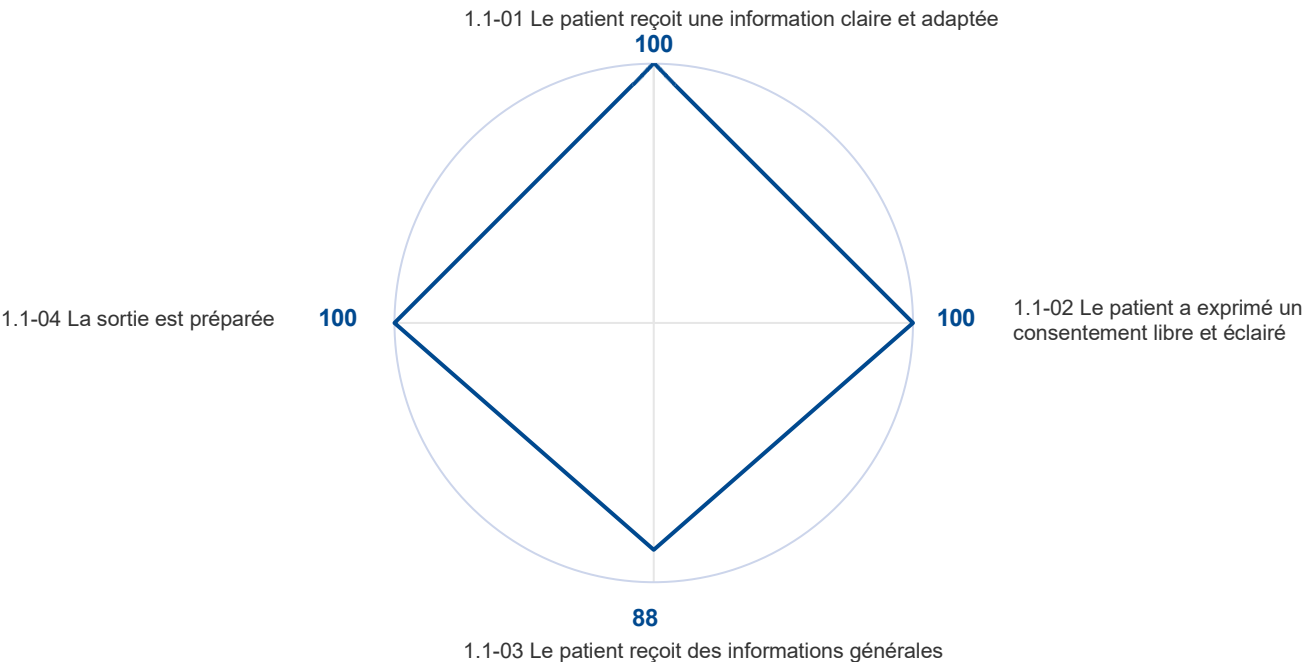
Le patient est respecté tout au long de sa prise en charge, les professionnels étant très attentifs au respect de leur intimité et de leur dignité. De même les équipes sont très sensibilisées au respect de la confidentialité (anonymat si demande du patient). Au bloc, la salle de surveillance post interventionnelle (SSPI) est équipée de paravents de séparation si besoin. L'IACE ne dispose que de chambres individuelles. Tous les patients rencontrés confirment une prise en charge bienveillante tout au long de leur hospitalisation. Les professionnels ont eu une formation "bienveillance" en 2022 et 2024. Il n'y a dans l'établissement jamais de recours à la contention mécanique. (Lits sans barrière). Les professionnels connaissent les modalités pour signaler un cas de maltraitance.

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. Les patients rencontrés savent comment accéder à "Mon espace santé" mais l'ES ne complète pas le DMP.

Un représentant des usagers (RU) est impliqué au sein de l'IACE et participe activement à la commission des usagers (CDU) ainsi qu'à certains CREX concernant les événements indésirables graves (EIG). Il a par ailleurs participé à l'étude du nouveau projet architectural d'extension de la clinique. La CDU a connaissance des délais de transmissions des dossiers.

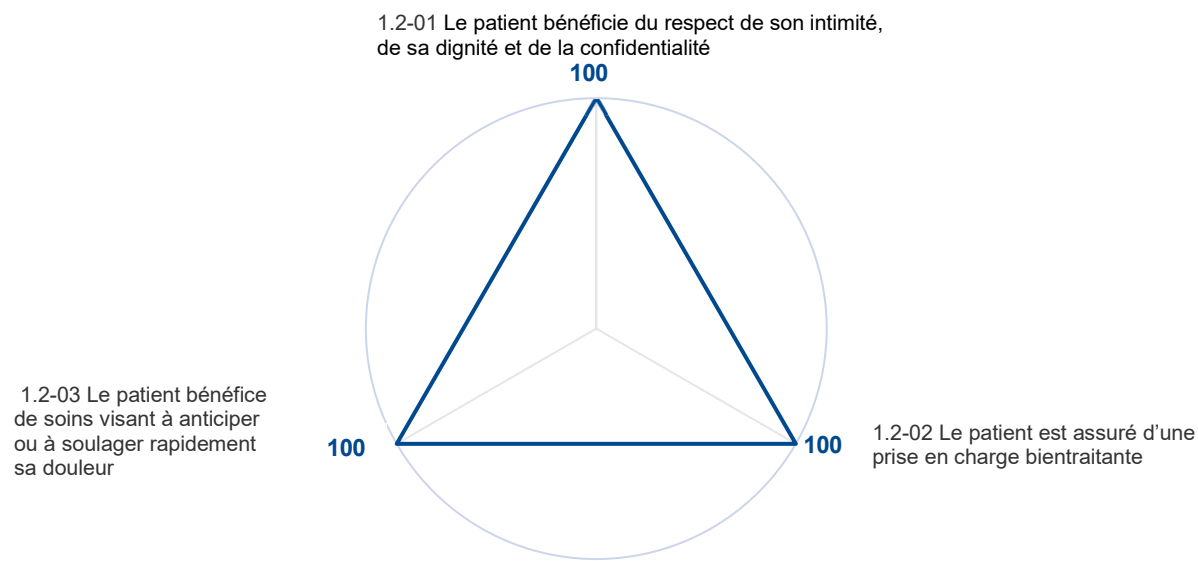
Objectif 1.1 : L'information et le consentement du patient



Score de l'objectif **97%**

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	88%
1.1-04	La sortie est préparée	100%

Objectif 1.2 : Le respect des droits du patient

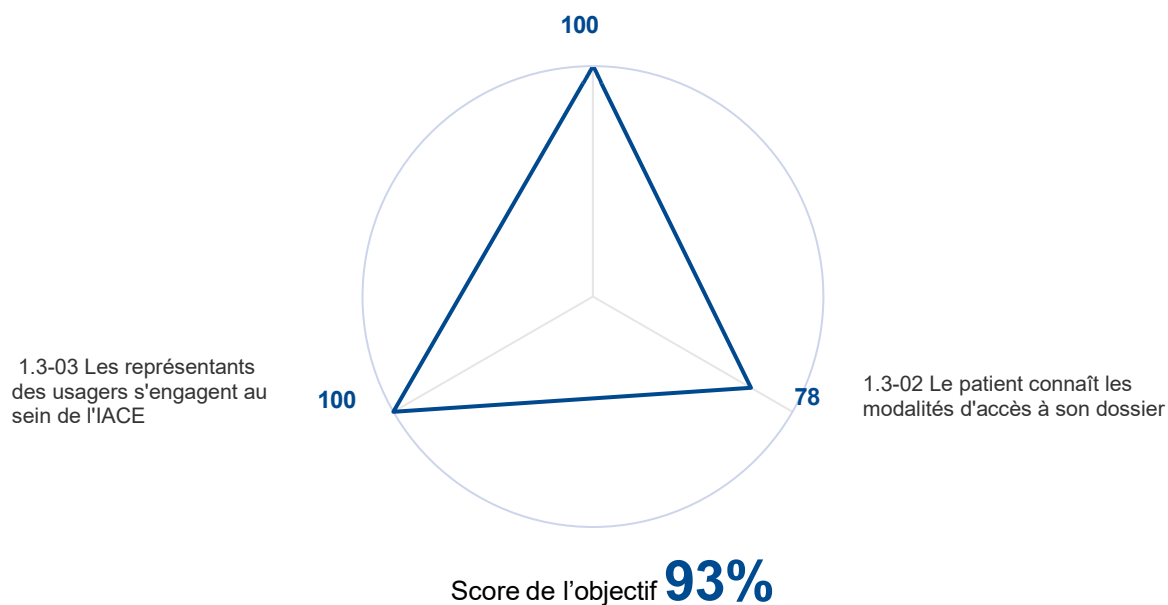


Score de l'objectif **100%**

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%

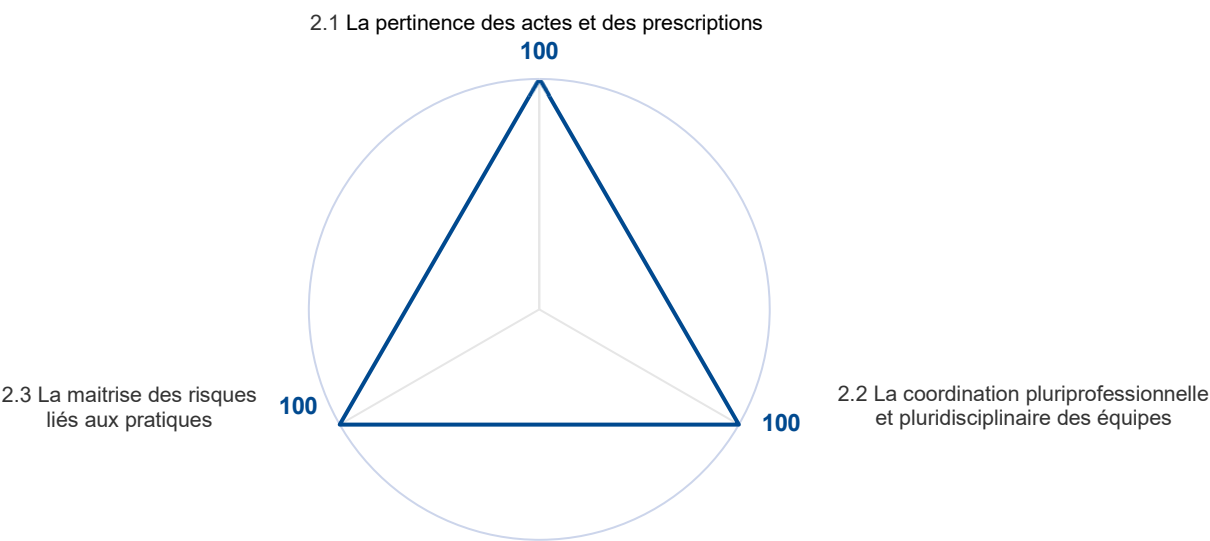
Objectif 1.3 : L'engagement du patient et de ses représentants

1.3-01 Le patient est invité à exprimer sa satisfaction



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	100%

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 est réalisée par le chirurgien et l'anesthésiste et le projet de prise en charge 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 systématiquement recherchée non seulement lors des consultations mais il existe un support papier informatif dans le dossier.

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 sont partagés avec le patient pour éclairer son choix. Une réflexion éthique est engagée depuis plusieurs années avec un comité éthique (réunion annuelle pluriprofessionnelle avec un invité extérieur d'un autre établissement) au cours duquel les questions éthiques sont identifiées. Deux chirurgiens de l'ACE disposent d'un DU d'éthique. C'est lors d'un de ces comités d'éthique en 2021 qu'il a été décidé de ne pas pratiquer de médecine et de chirurgie esthétique sur les mineurs.

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 : l'activité est régulée tous les jours en cellule de bloc (chirurgiens, professionnels, anesthésistes). 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'ES 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. La sortie est autorisée sous condition de score (Chung) pour lequel le personnel est formé et les médecins voient systématiquement le patient avant sa sortie. Ils remettent au patient la lettre de sortie, le CRO, (en double exemplaire pour son médecin traitant s'il le souhaite) la carte d'implant s'il y a lieu, avec les explications (numéro d'appel en cas de besoin ou d'urgence). Les ordonnances ont été en général générées en amont de l'intervention.

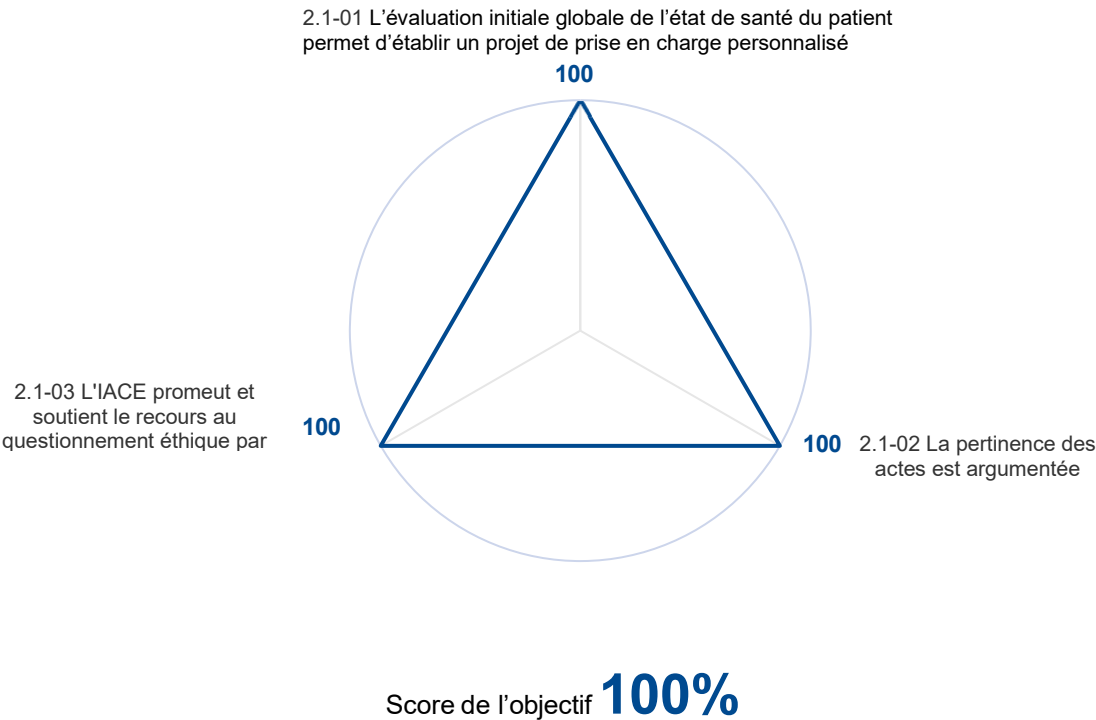
Le circuit du médicament répond aux attendus : prescription, dispensation, administration (convention avec une officine de ville et achat en direct à une centrale d'achat). L'approvisionnement et le stockage sont conformes y compris pour les médicaments thermosensibles (surveillance par sonde enregistreuse).

La 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. 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. Dans tout l'ES, 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). L'équipe améliore ses pratiques en matière de risque infectieux (audits hygiène des mains, préparation pré op ...). 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'ACE a une convention de coopération avec trois établissements de santé (Hôpital Privé de Provence et Beauregard, Clinique Axiom) permettant d'accueillir les patients aux urgences et en réanimation ; en pratique la régulation est effectuée par le SAMU. Les équipes connaissent le numéro d'appel d'urgence unique pré enregistré sur les téléphones qui appelle l'anesthésiste présent. Le matériel de prise en charge des urgences vitales est régulièrement contrôlé (chariot d'urgence en SSPI) et rapidement accessible par les professionnels qui bénéficient de formations aux gestes d'urgence. Une évaluation globale du dispositif de prise en charge des urgences vitales est pratiquée régulièrement par les anesthésistes de la structure.

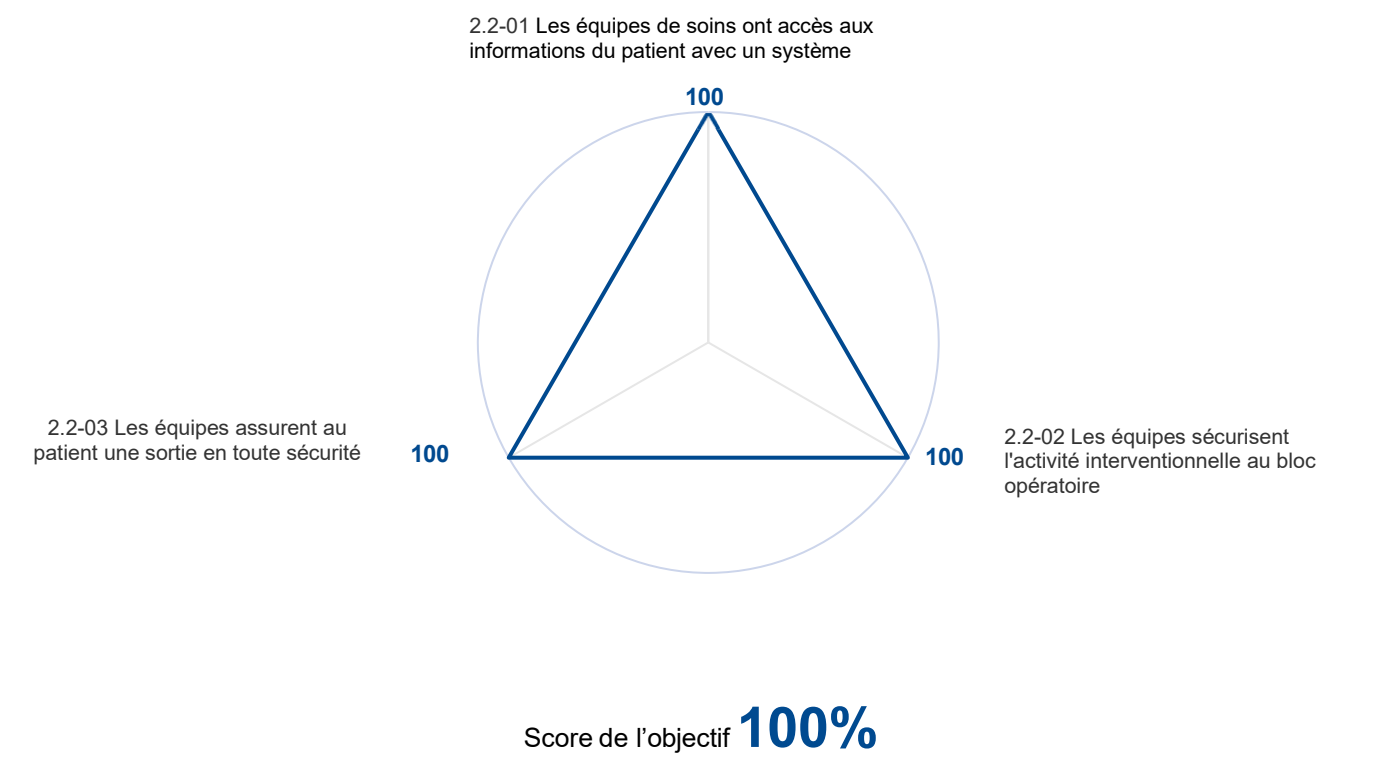
Les médecins disposent d'une messagerie sécurisée de santé « Doctolib Siilo ». Le personnel utilise un identifiant personnel et un mot de passe personnel et unique pour accéder au système d'information (Doctolib, programme opératoire).

Objectif 2.1 : La pertinence des actes et des prescriptions



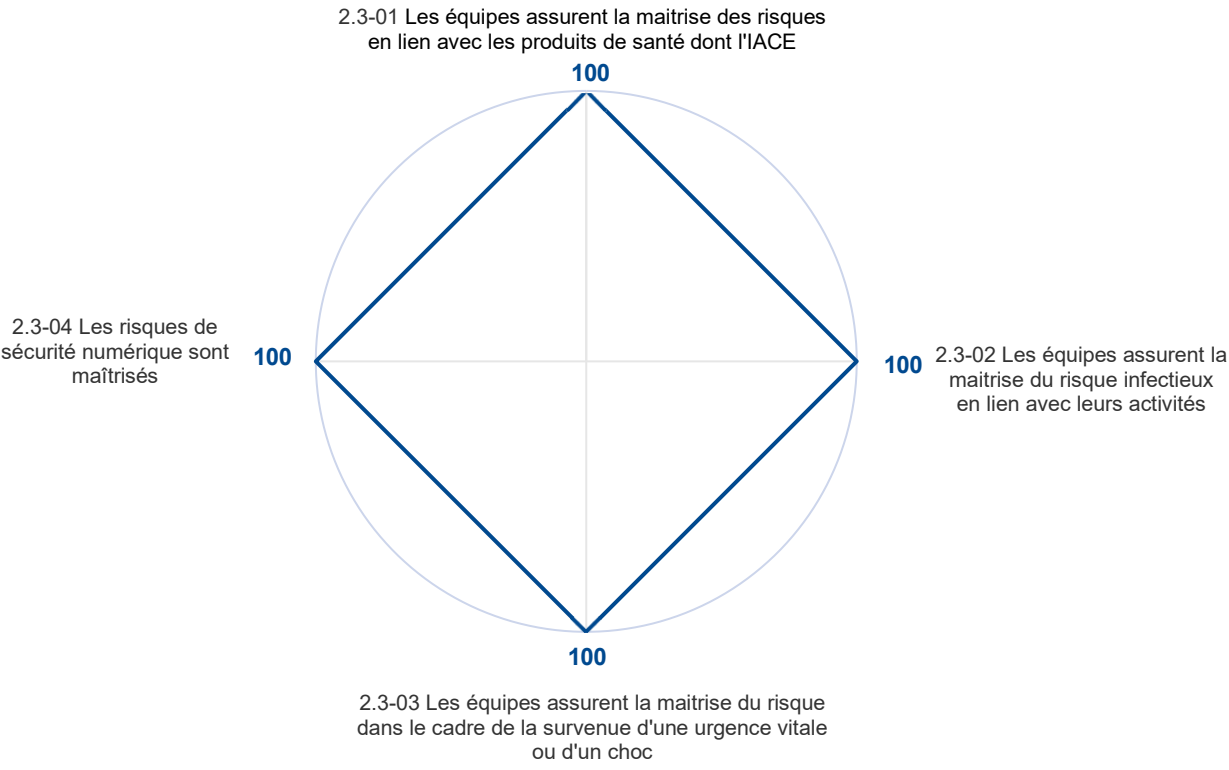
Critères		
2.1-01	L'évaluation initiale globale de l'état de santé du patient permet d'établir un projet de prise en charge personnalisé	100%
2.1-02	La pertinence des actes est argumentée	100%
2.1-03	L'ACE promeut et soutient le recours au questionnement éthique par l'ensemble des acteurs	100%

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 maitrise des risques liés aux pratiques

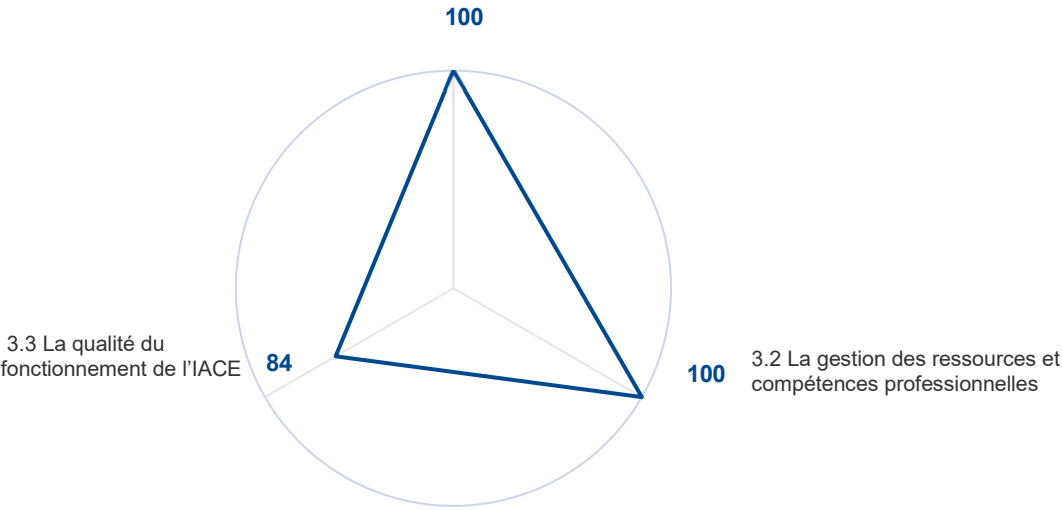


Score de l'objectif **100%**

Critères		
2.3-01	Les équipes assurent la maitrise des risques en lien avec les produits de santé dont l'ACE dispose	100%
2.3-02	Les équipes assurent la maitrise du risque infectieux en lien avec leurs activités	100%
2.3-03	Les équipes assurent la maitrise 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, les dysfonctionnements et les risques majeurs et récurrents. 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. (Réunion hebdomadaire de tous les professionnels et du responsable qualité). Les professionnels sont impliqués dans la mise en œuvre des actions d'amélioration avec des suivis d'indicateurs (audits, EPP) La culture sécurité est évaluée annuellement auprès des professionnels. (Dernier questionnaire analysé en novembre 2024). Un plan d'actions est issu de l'analyse collective des événements indésirables. L'IACE a une stratégie d'adaptation sur les risques environnementaux auxquels elle est exposée (incendie, canicule, risque sismique ...). L'IACE mène des actions de développement durable (installation de LED, arrêt du protoxyde d'azote, bionettoyage avec des écoproduits ..).

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 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. 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 de nombreux sujets (programme opératoire, fonctionnement du service, du secrétariat, questions éthiques, RMM éventuels).

L'IACE dispose d'une démarche QVT qui s'appuie sur l'entretien annuel, les demandes des professionnels, 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 (prime, grille de salaire supérieure, repas conviviaux, médecine esthétique gratuite, 12 parkings gratuits, nouveaux matériels obtenus facilement) 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. L'IACE donne accès gratuitement à la vaccination à ses professionnels.

La veille réglementaire est assurée par la direction. Les EI sont déclarés par les professionnels sur un support papier. Ils sont centralisés et suivis par le responsable qualité, la direction est informée. Tout événement indésirable grave est analysé avec la méthode ALARM avec l'implication du représentant des usagers et signalés sur le portail national si nécessaire (signalement effectif en 2023 et 2025). Ils sont présentés en CDU et aux professionnels lors des réunions du jeudi (ou lors de réunions spécifiques).

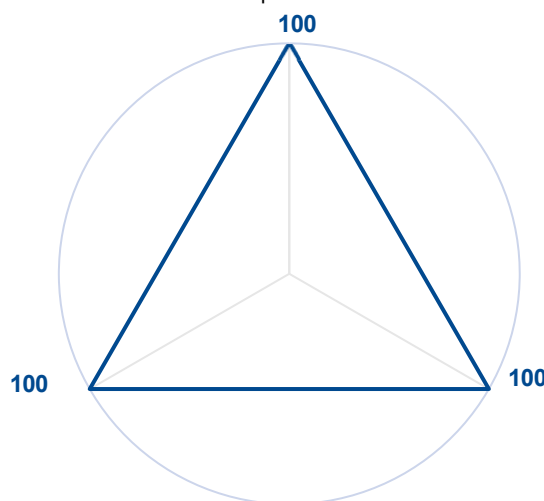
La mise en œuvre des orientations stratégiques fait l'objet d'un suivi et d'une révision périodique (projets en cours : implant capillaire, prothèse mammaire sous anesthésie locale travaux, extension de l'IACE). La maintenance des locaux et des équipements est assurée. Des actions d'amélioration de la qualité des prestations (stérilisation, DASRI, ménage, linge, bionettoyage) sous convention sont mises en œuvre. Le dernier avis favorable de la commission incendie date de 2001 mais l'IACE n'est pas soumis à une obligation de renouvellement tous les 5 ans (établissement avec une activité uniquement ambulatoire sans hospitalisation de nuit et ayant moins de 5 lits). Une nouvelle visite de la commission incendie aura lieu à l'issue des travaux d'extension qui sont prévus prochainement. 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 excepté le handicap visuel (marquage au sol).

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

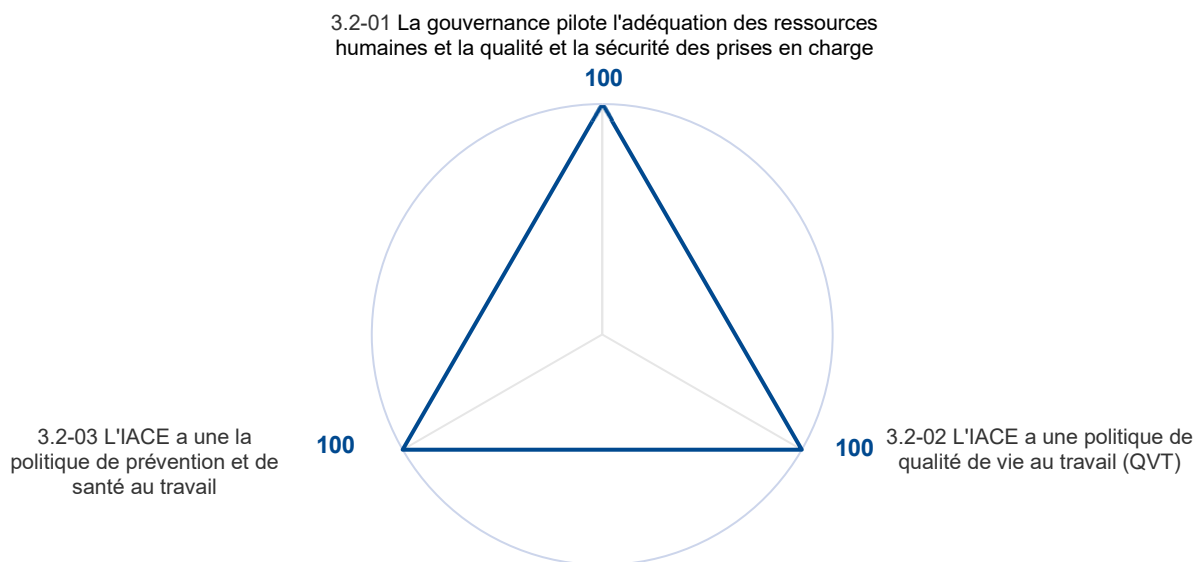
3.1-02 L'ACE développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins



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%

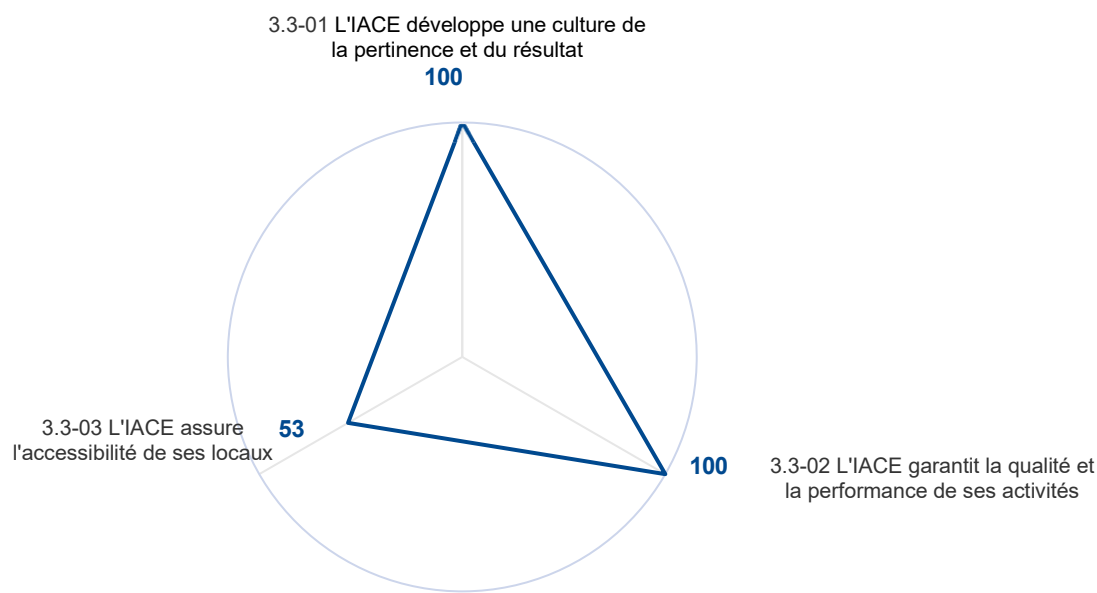
Objectif 3.2 : La gestion des ressources et compétences professionnelles



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 **84%**

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

