



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

MESURER

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

RAPPORT DE CERTIFICATION

Clinique Villa Blanche

165 Promenade des Anglais 06200 Nice



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 ;

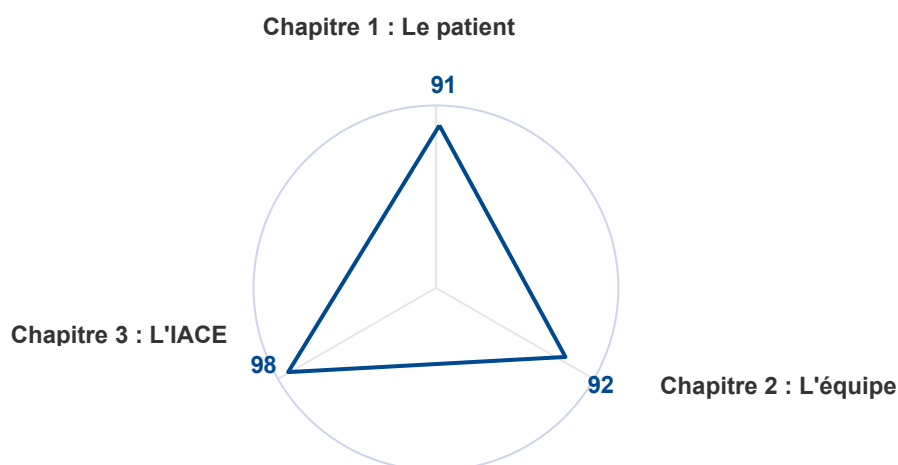
En l'espèce, au vu des éléments mentionnés dans le présent rapport, la Haute Autorité de santé décide la certification de l'installation de chirurgie esthétique.

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 VILLA BLANCHE	
Adresse	165 Promenade des Anglais 06200 Nice
Département / Région	Alpes6Maritimes / PACA

Résultats

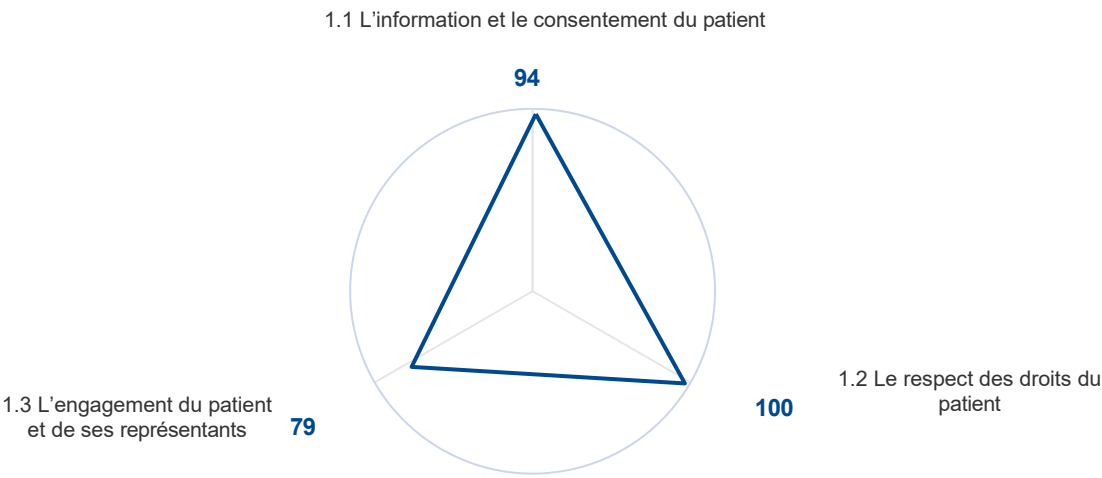


Score global de satisfaction aux attendus du référentiel **93%**

Chapitre		
Chapitre 1	Le patient	91%
Chapitre 2	L'équipe	92%
Chapitre 3	L'IACE	98%

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	89%
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	80%

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 Villa Blanche est un institut autonome de chirurgie esthétique (IACE) pratiquant uniquement des actes de chirurgie esthétique exclusivement en ambulatoire. L'établissement prend très rarement en charge les mineurs.

Les patients sont informés par le site internet de l'établissement, par la remise du livret d'accueil et du dossier préopératoire ainsi que directement par les professionnels de l'établissement (ES). Le contenu du dossier préopératoire est très complet (Passeport de Chirurgie Esthétique Ambulatoire, consignes pré et post opératoires, devis, informations diverses ...)

Le chirurgien lors de ses consultations préopératoires (deux voire trois) explique au patient les consignes préopératoires, 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, le type d'intervention et l'anesthésiste.

Le livret d'accueil présente la clinique, son fonctionnement, le parcours du patient, le personnel médical, paramédical, administratif, la composition de la commission des usagers (CDU) et comment contacter les représentants des usagers (RU), le séjour, les modalités pour exprimer un grief ou rédiger une plainte ou une réclamation, la charte de la personne hospitalisée.

Cependant la CDU et les RU ne sont pas connus des patients interrogés.

L'établissement dispose de coffres permettant de sécuriser les objets de valeurs.

Les équipes font un appel à J moins 1 et J plus 1 pour tous les patients. Une consultation post opératoire est prévue dans la semaine suivante.

Lors de la sortie, une lettre de liaison et les éventuelles 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 compte rendu opératoire (CRO) est donné le jour même ou envoyé rapidement par mail sécurisé.

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)

L'IACE dispose d'une chambre individuelle et d'une chambre à deux lits équipée d'un rideau de séparation déplié si besoin.

Tous les patients rencontrés confirment une prise en charge bienveillante et personnalisée tout au long de leur hospitalisation.

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 verbale simple et échelle numérique).

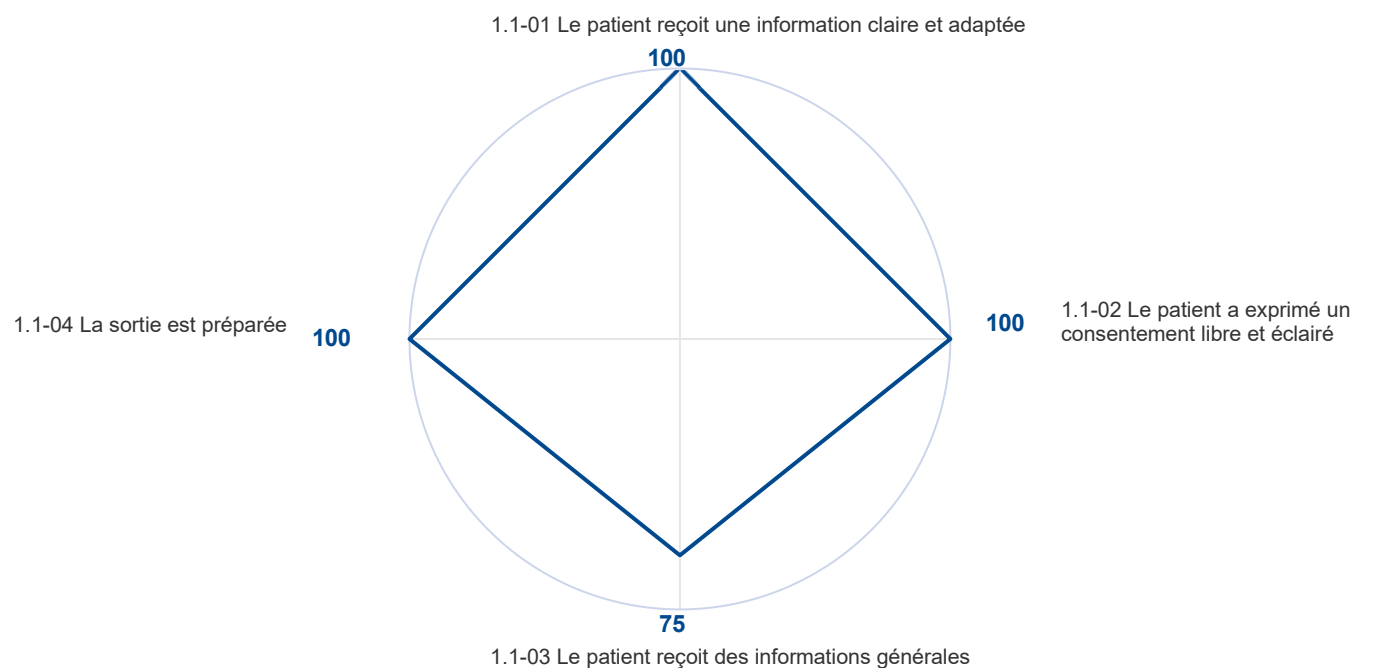
L'expérience et la satisfaction du patient peuvent s'exprimer par le questionnaire de satisfaction rempli lors de sa sortie.

Les patients interrogés connaissent la possibilité de déclarer un événement indésirable associé aux soins, ou soumettre une réclamation.

Les patients rencontrés savent comment accéder à "Mon espace santé" mais ne connaissent pas leur possibilité de refuser que le praticien puisse le consulter par manque d'information dans le livret d'accueil. Par ailleurs l'ES ne complète pas le DMP.

Trois RU sont impliqués au sein de l'IACE et participent activement à la CDU. Les fiches de satisfaction patient leur sont présentées et leur avis est pris en compte (la sortie ambulatoire a notamment été améliorée par l'appel de l'accompagnant).

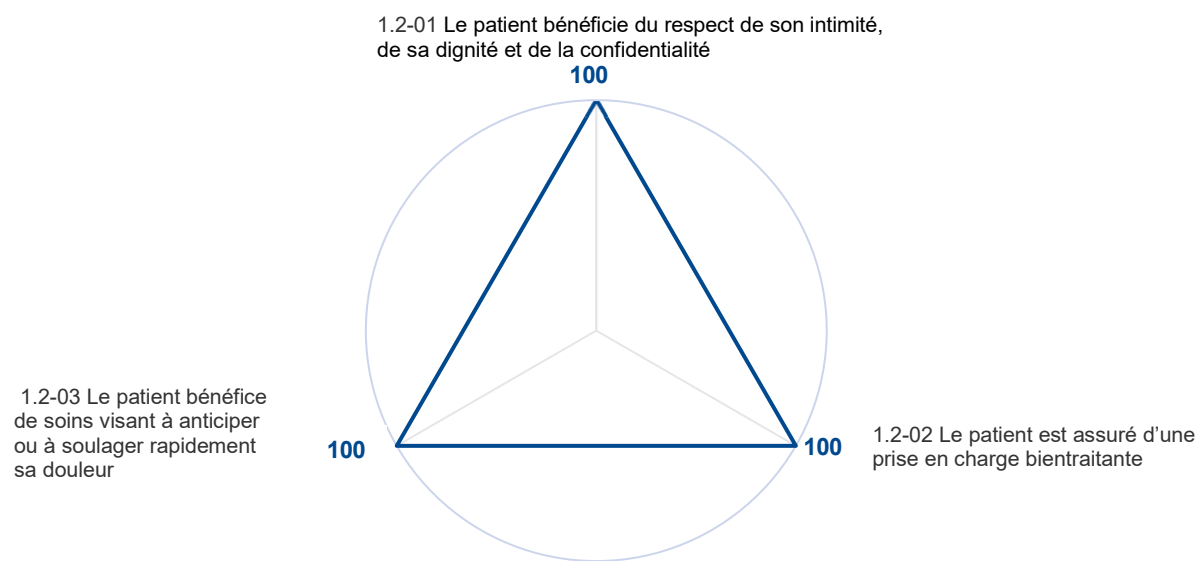
Objectif 1.1 : L'information et le consentement du patient



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



Score de l'objectif **100%**

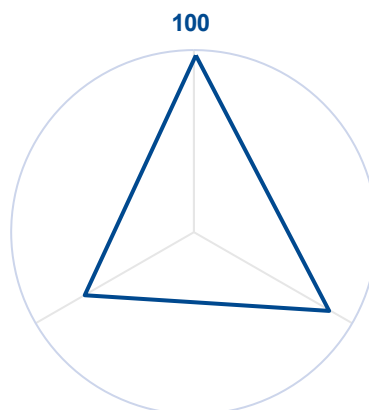
Critères		
1.2-01	Le patient bénéficie du respect de son intimité, de sa dignité et de la confidentialité	100%
1.2-02	Le patient est assuré d'une prise en charge bienveillante	100%
1.2-03	Le patient bénéficie de soins visant à anticiper ou à soulager rapidement sa douleur	100%

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



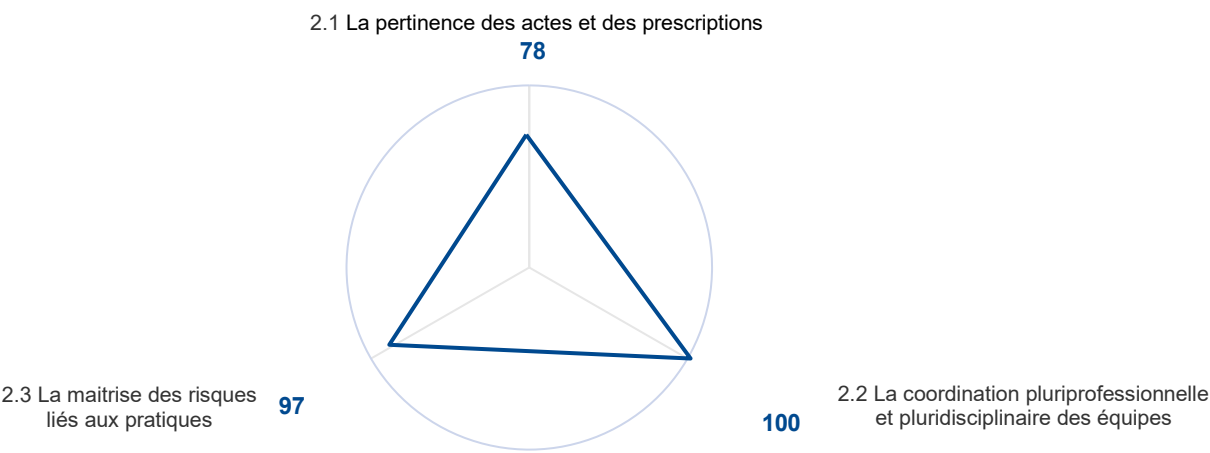
78

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 **92%** du score maximal

Objectifs		
2.1	La pertinence des actes et des prescriptions	78%
2.2	La coordination pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire des équipes	100%
2.3	La maitrise des risques liés aux pratiques	97%

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, risque thromboembolique, cicatriciel, hémorragique, psychologique).

La prévention de l'addiction aux actes de chirurgie esthétique est une préoccupation forte du chirurgien.

L'équipe s'appuie sur ses protocoles qui intègrent les recommandations de bonnes pratiques (protocoles SFAR et société savante de chirurgie esthétique) disponibles en version papier et informatique.

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. La réflexion éthique n'est pas engagée et les professionnels n'ont pas eu de formations spécifiques avec aucun appui extérieur. Cependant, le chirurgien reste très vigilant sur l'addiction aux actes de chirurgie esthétique. C'est dans ce sens qu'il s'est engagé très tôt dans une technique (lipostructure ou lipofilling ou transfert de graisse autologue) dont l'intérêt outre la sécurité absolue est son résultat permanent, ce qui est la meilleure prévention de l'addiction aux injections.

Tous les professionnels peuvent accéder aux éléments utiles à la prise en charge du patient dans son dossier et 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 sécurité au bloc opératoire est assurée : l'activité (deux à trois interventions par jour) est régulée tous les vendredis avec l'équipe. 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, réduction de la douleur.).

La fiche d'autorisation de sortie (constat d'aptitude à la rue) est validée par le chirurgien et l'anesthésiste qui voient systématiquement le patient avant sa sortie.

Ils remettent au patient la lettre de sortie, la carte d'implant s'il y a lieu, avec les explications (numéros d'appel en cas de besoin du chirurgien et du secrétariat ou d'urgence). Le compte rendu opératoire (CRO) est transmis à la sortie ou envoyé rapidement par mail sécurisé. 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 aux laboratoires). L'approvisionnement et le stockage sont conformes. 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.

Tous les dispositifs médicaux sont à usage unique.

La traçabilité des dispositifs médicaux implantés permet si besoin de retrouver facilement à quel patient a été posé le DMI.

Dans tout l'IACE, l'équipe applique les prérequis en matière de risque infectieux (non port de bijoux et montres, manches courtes, ongles courts, utilisation de solution hydroalcoolique, tenues adaptées usage unique au bloc). Cependant, un professionnel avait du vernis aux ongles.

L'équipe améliore ses pratiques en matière de risque infectieux (audits hygiène des mains ..)

Le circuit des déchets à risques infectieux (DASRI) est conforme aux règles de tri et d'hygiène (local sécurisé, boîtes d'OPCT disponibles).

L'IACE a une convention de repli avec le CHU de Nice permettant d'accueillir les patients aux urgences et en réanimation et la Clinique proche Santa Maria ; en pratique pour les urgences vitales la régulation est effectuée par le SAMU.

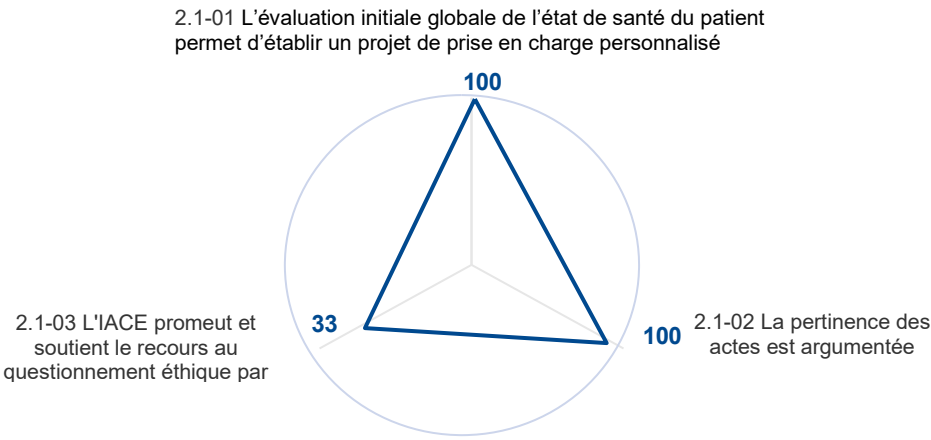
Les équipes connaissent le numéro d'appel d'urgence unique (15).

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.

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.

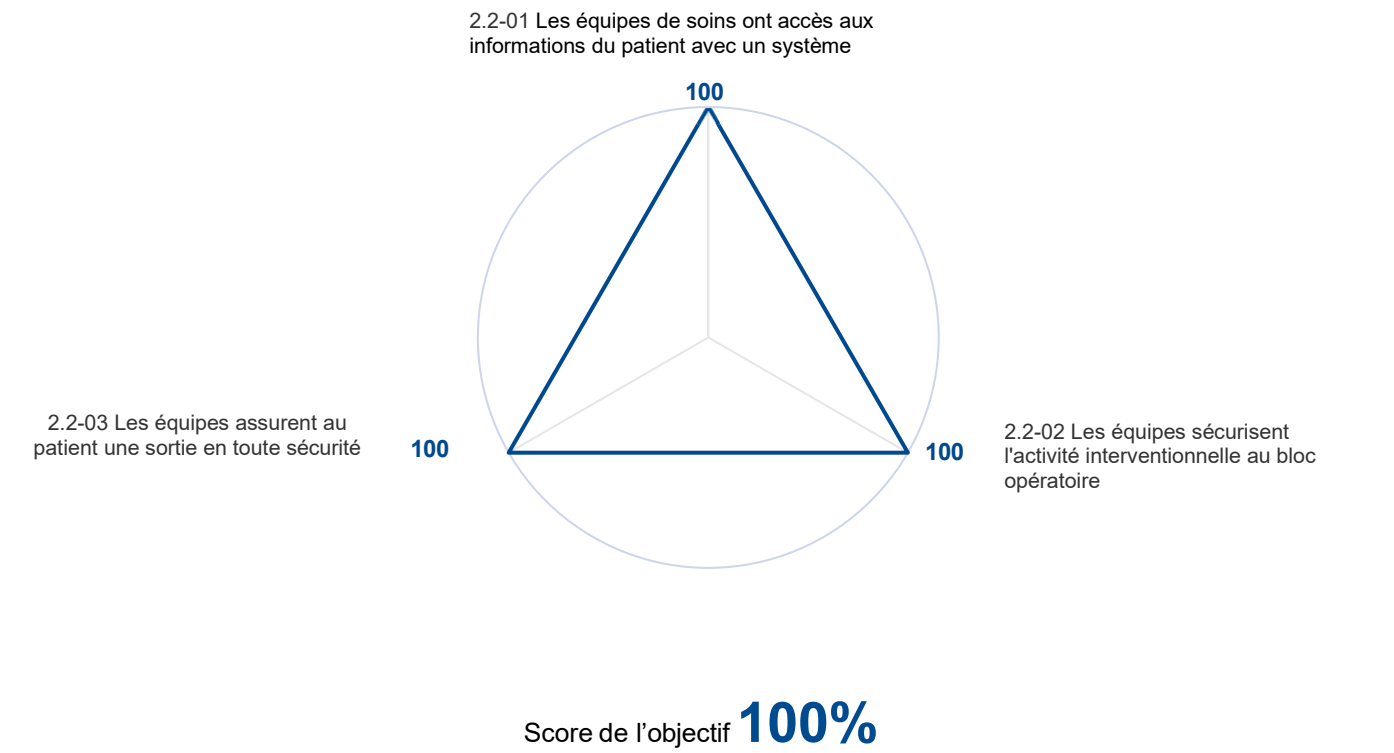
Objectif 2.1 : La pertinence des actes et des prescriptions



Score de l'objectif **78%**

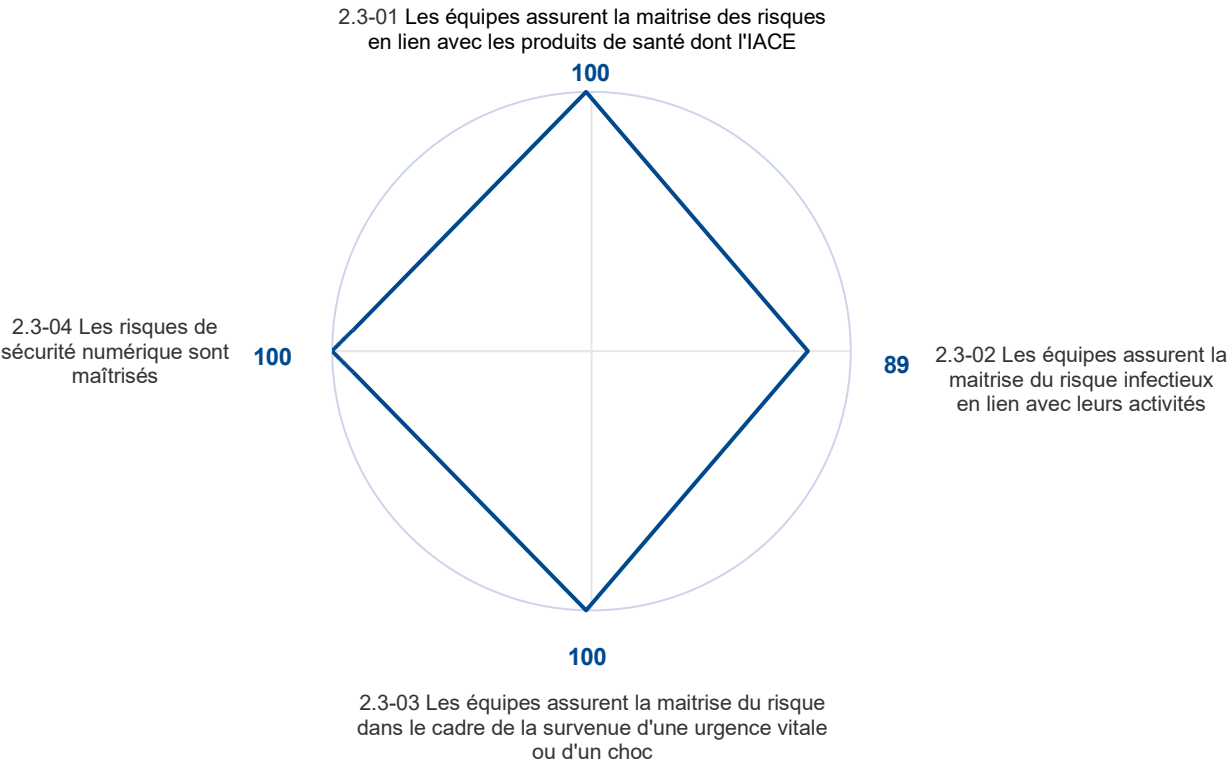
Critères		
2.1-01	L'évaluation initiale globale de l'état de santé du patient permet d'établir un projet de prise en charge personnalisé	100%
2.1-02	La pertinence des actes est argumentée	100%
2.1-03	L'ACE promeut et soutient le recours au questionnement éthique par l'ensemble des acteurs	33%

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%

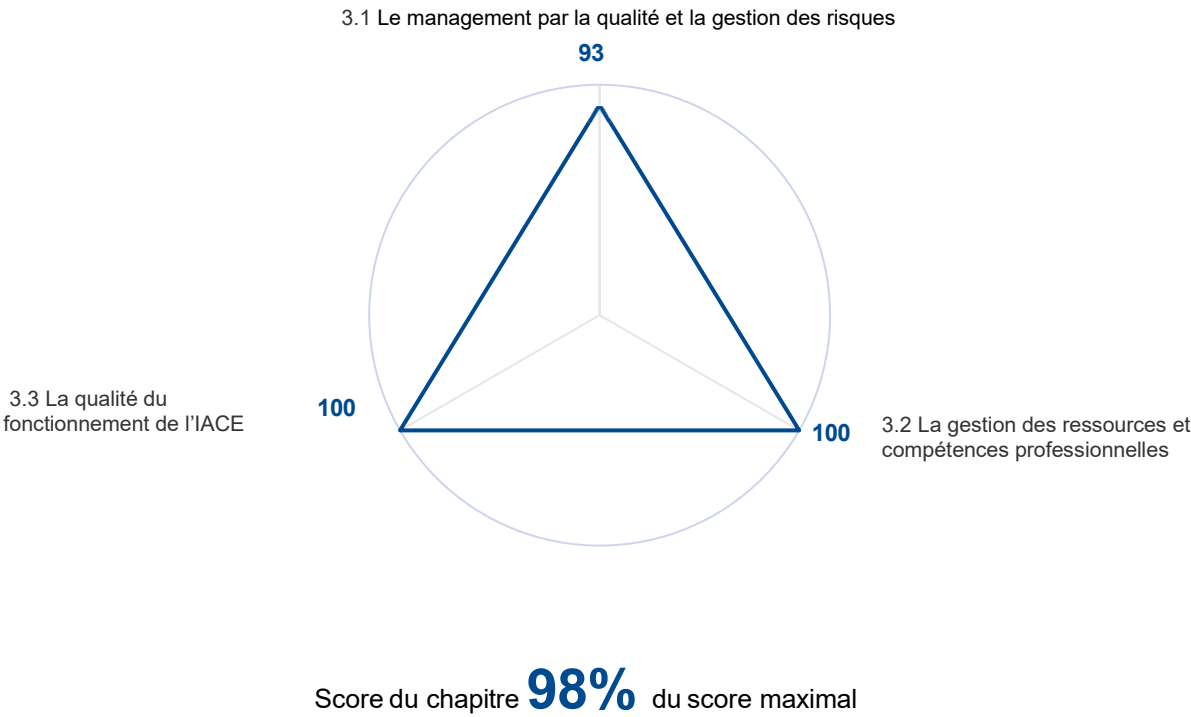
Objectif 2.3 : La maitrise des risques liés aux pratiques



Score de l'objectif **97%**

Critères		
2.3-01	Les équipes assurent la maitrise des risques en lien avec les produits de santé dont l'IACE dispose	100%
2.3-02	Les équipes assurent la maitrise du risque infectieux en lien avec leurs activités	89%
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



Objectifs		
3.1	Le management par la qualité et la gestion des risques	93%
3.2	La gestion des ressources et compétences professionnelles	100%
3.3	La qualité du fonctionnement de l'IACE	100%

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. 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 le vendredi de tous les professionnels).

Les professionnels sont impliqués dans la mise en œuvre des actions d'amélioration avec des suivis d'indicateurs (audits), ils n'ont cependant pas connaissance d'une évaluation de la culture qualité sécurité des soins.

L'IACE a une stratégie d'adaptation sur les risques environnementaux auxquels elle est exposée (incendie, canicule, risque sismique ...) formalisée dans le document gestion des risques patients mise à jour en 2024. L'ES mène des actions de développement durable (installation de LED, fontaine à eau, utilisations de produits recyclés, détecteurs de mouvements, plan d'économie d'énergie).

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, premiers secours, incendie ...).

Un pool d'IBODE et IDE travaillant dans la clinique proche officie régulièrement ; l'ES dispose d'une aide-soignante fixe. 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 multiples sujets.

Concernant la qualité de vie au travail (QVT), l'IACE 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, repas conviviaux...)

L'IACE identifie les risques professionnels (physiques et psychologiques) : DUERP en place et réactualisé dernière version en juin 2024.

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 qualicien. Les recommandations de bonnes pratiques sont disponibles auprès des équipes en version papier et informatisée.

Les événements indésirables (EI) sont déclarés par les professionnels sur papier avec la direction. Tout événement indésirable grave (absence depuis 5 ans) peut être analysé avec la méthode ALARM (cf. procédure).

La maintenance des équipements (matériel, locaux) est assurée par des prestataires externes.

Le dernier avis favorable de la commission incendie date de 2008 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).

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.

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

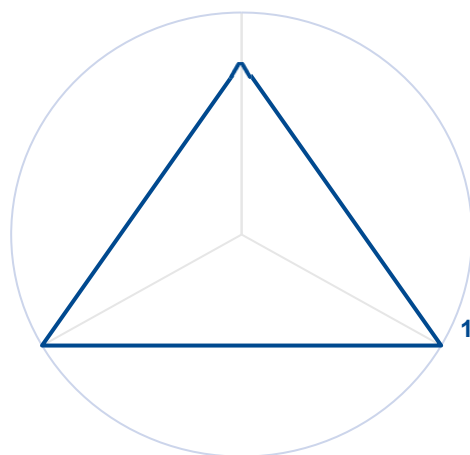
80

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

100

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

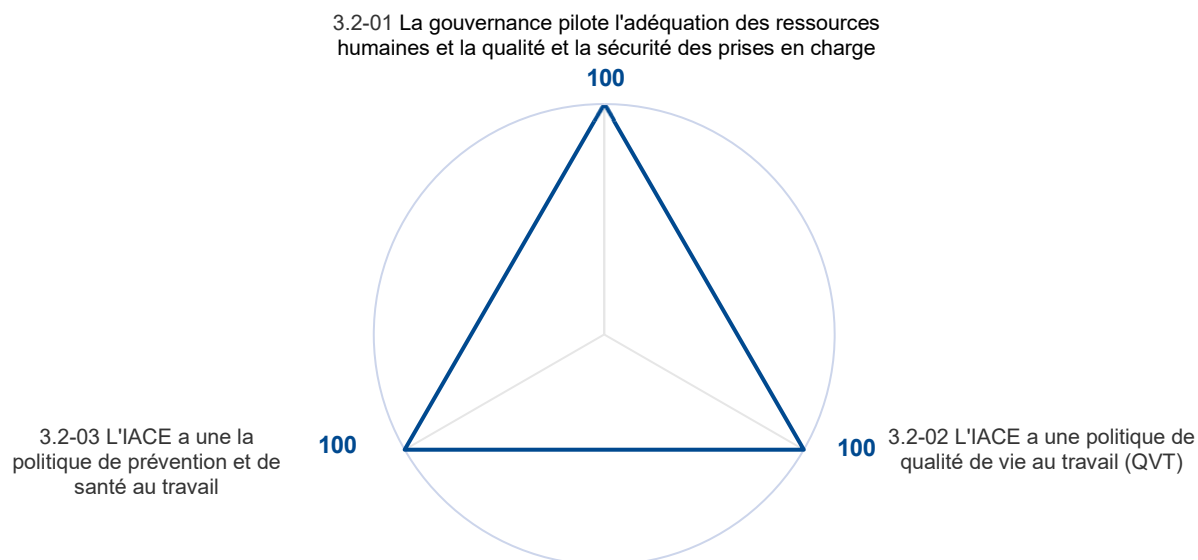
100



Score de l'objectif **93%**

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	80%
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%

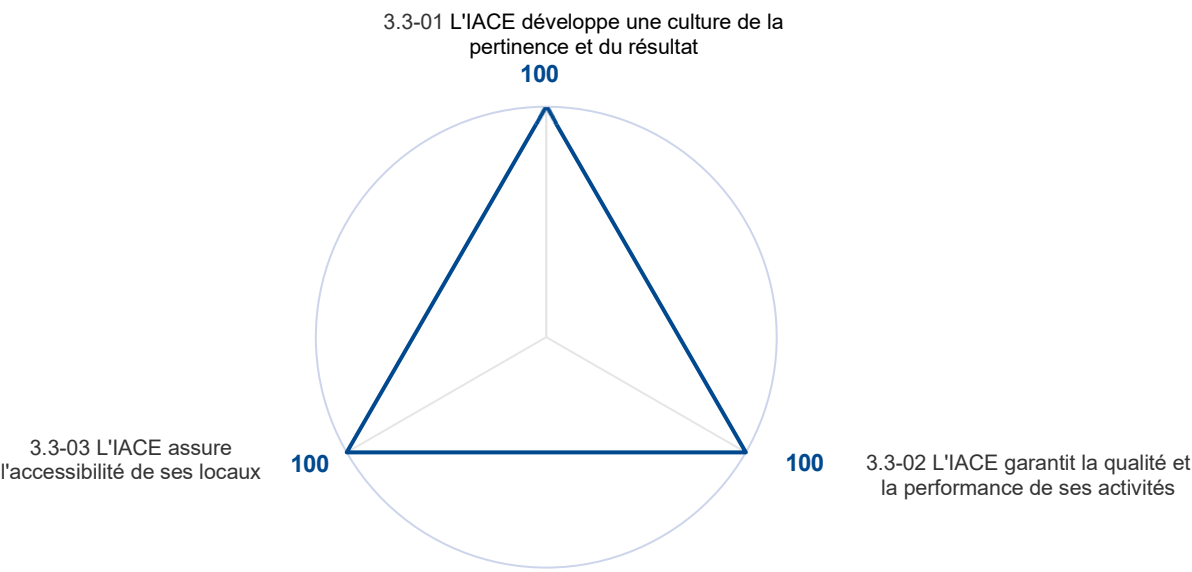
Objectif 3.2 : La gestion des ressources et compétences professionnelles



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

