



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

---

## MESURER

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

---

## RAPPORT DE CERTIFICATION

---

# Clinique Clémenceau

179 Boulevard Clémenceau 59700 Marcq En Baroeul



Validé par la HAS en Octobre 2025

---

Ce document ainsi que sa référence bibliographique sont téléchargeables sur [www.has-sante.fr](http://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 .....	5
Décision .....	6
Présentation .....	7
Résultats .....	8
Chapitre 1 : Le patient.....	9
Synthèse chapitre 1 .....	10
Objectif 1.1 : L'information et le consentement du patient.....	11
Objectif 1.2 : Le respect des droits du patient .....	12
Objectif 1.3 : L'engagement du patient et de ses représentants .....	13
Chapitre 2 : L'équipe.....	14
Synthèse chapitre 2 .....	15
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 .....	21
Objectif 3.2 : La gestion des ressources et compétences professionnelles .....	22
Objectif 3.3 : La qualité du fonctionnement de l'IACE .....	23



# Préambule

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

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

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

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

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

**| ... et sur des méthodes**

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

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

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

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

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

## Décision

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

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

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

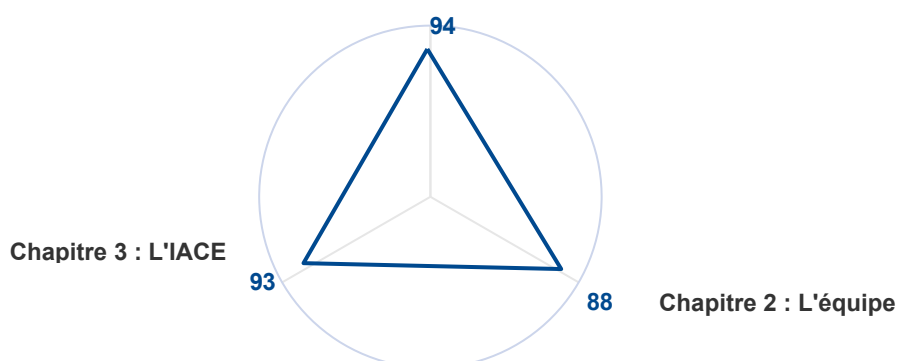
Le rapport et la décision sont publiés sur le site Internet de la HAS et communiqués à l'autorité de tutelle de l'installation de chirurgie esthétique. L'installation de chirurgie esthétique doit en assurer la plus large diffusion interne. Elle doit notamment la porter à la connaissance des instances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

# Présentation

CLINIQUE CLÉMENCEAU	
Adresse	179 Boulevard Clemenceau 59700 Marcq En Baroeul
Département / Région	Nord / Hauts-de-France

# Résultats

## Chapitre 1 : Le patient

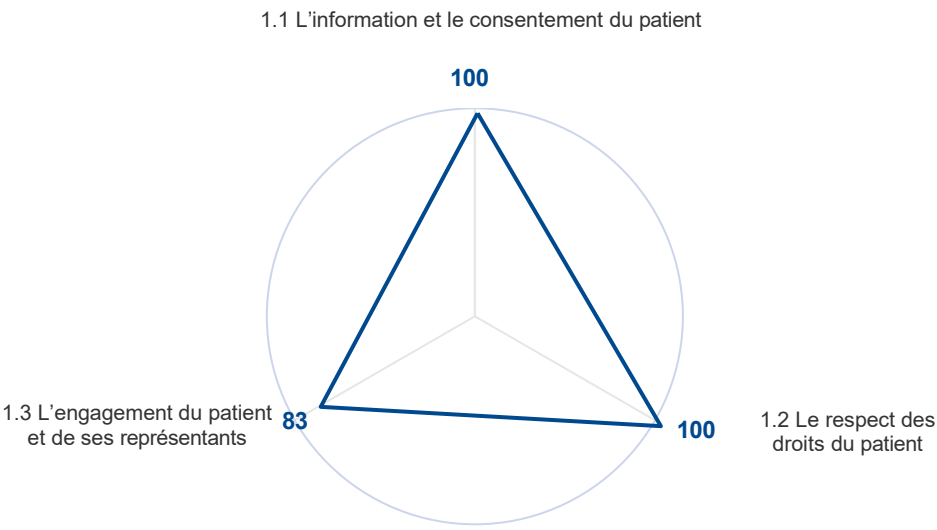


Chapitre		Score %
Chapitre 1	Le patient	94%
Chapitre 2	L'équipe	88%
Chapitre 3	L'ACE	93%

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'ACE 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	80%
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%



# Chapitre 1 : Le patient



Score du chapitre **94%** du score maximal

Objectifs		
1.1	L'information et le consentement du patient	100%
1.2	Le respect des droits du patient	100%
1.3	L'engagement du patient et de ses représentants	83%

# Synthèse chapitre 1

Le patient est informé et exprime son consentement.

Le patient reçoit systématiquement une information claire et adaptée sur son intervention, sur les soins post-opératoires et sur les dispositifs médicaux implantables utilisés. Cette information est tracée et retrouvée dans le dossier du patient. Les bénéfices et risques engendrés par l'intervention sont expliqués au patient lors des entretiens préopératoires et des fiches d'information lui sont remises. Un devis complet détaillant les prestations et honoraires est délivré et un délai minimum de quinze jours entre la réception de ce devis et l'intervention est respecté. Le patient reçoit un livret d'accueil qui présente l'établissement, son fonctionnement et ses valeurs, et qui précise ses droits. La sortie est préparée en amont et les rendez-vous de suivi sont programmés.

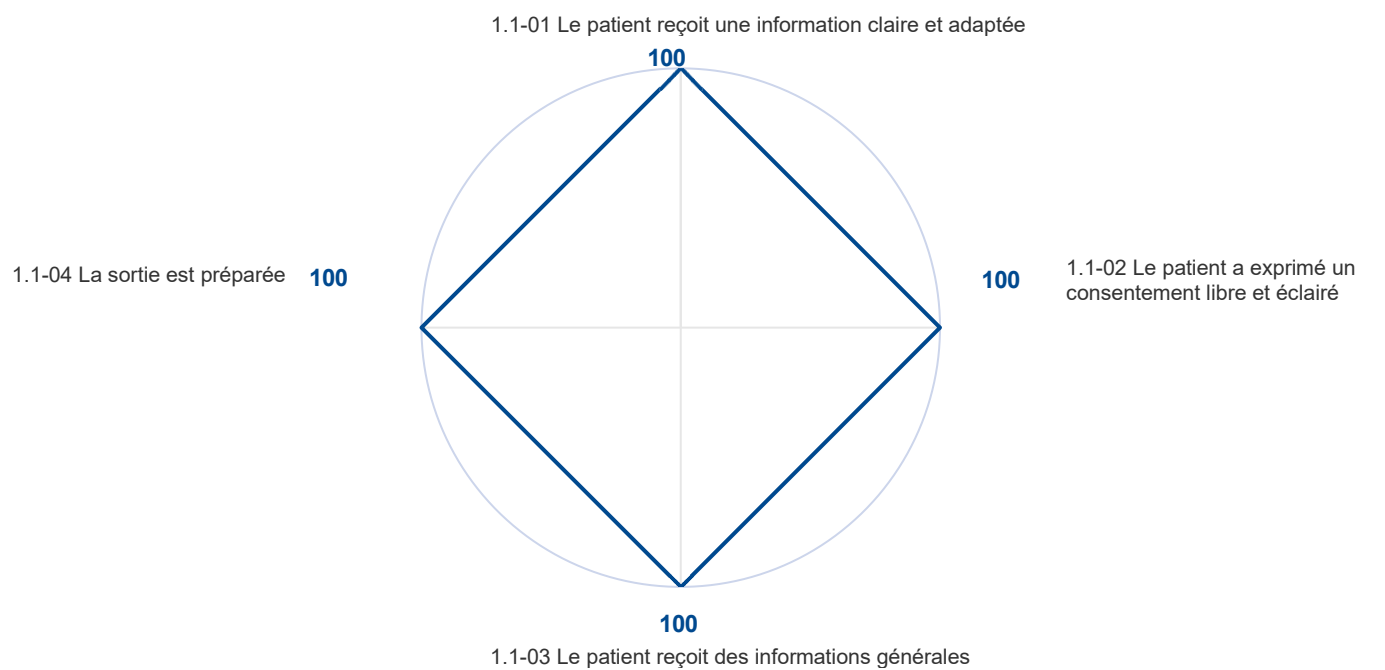
Le respect du patient est constant à toutes les étapes de sa prise en charge.

Les échanges avec les patients rencontrés ainsi que les observations ont mis en avant la prise en charge bientraitante ainsi que le respect constant de leur intimité et de leur dignité de la part des professionnels. De même, les équipements et les pratiques garantissent cette dignité. La douleur est évaluée et un traitement antalgique est délivré. Des techniques d'anesthésie loco-régionales sont parfois utilisées, favorisant l'analgésie post-opératoire. Des ordonnances d'antalgiques sont délivrées au patient avant son intervention, permettant de faciliter l'analgésie dès le retour à domicile.

L'engagement du patient est recherché.

Un questionnaire de satisfaction est remis à chaque patient et les réponses sont exploitées par l'établissement. Le patient ne connaît pas toujours l'usage du dossier médical de « Mon Espace Santé ». L'établissement ne l'alimente pas. Cependant, l'IACE a été réactif puisqu'avant même notre départ, une mise à jour du livret d'accueil permettant une meilleure information sur l'usage du DMP (Dossier Médical Partagé) était entreprise et le site internet réactualisé. La Commission des Usagers se réunit régulièrement. Les représentants des usagers sont impliqués notamment dans la définition de la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et participent à la mise en place des actions d'amélioration à la suite de réclamations ou la survenue d'événements indésirables.

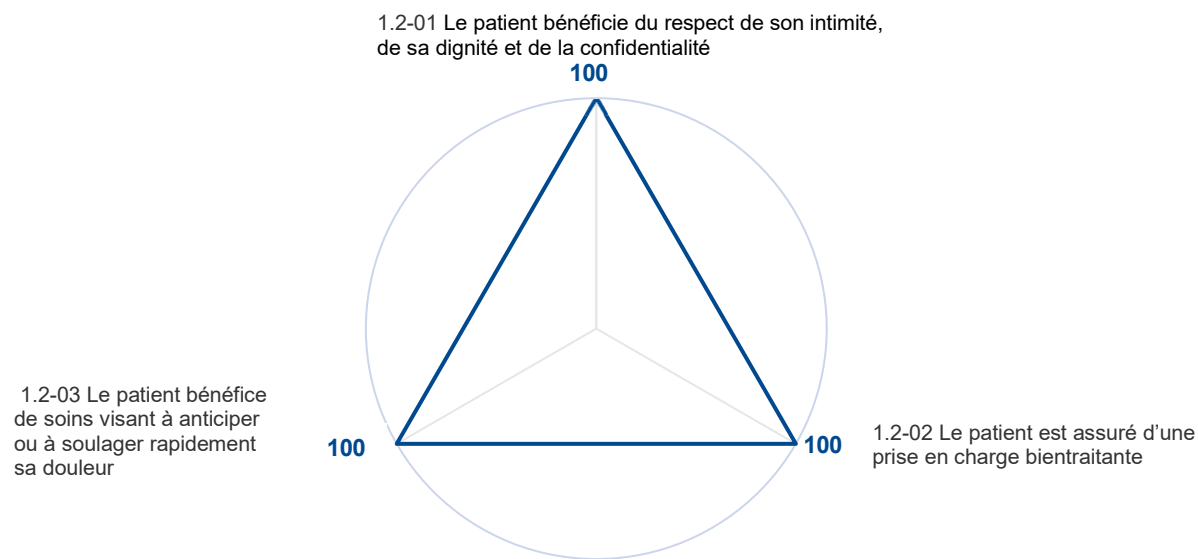
# Objectif 1.1 : L'information et le consentement du patient



Score de l'objectif **100%**

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	100%
1.1-04	La sortie est préparée	100%

# Objectif 1.2 : Le respect des droits du patient

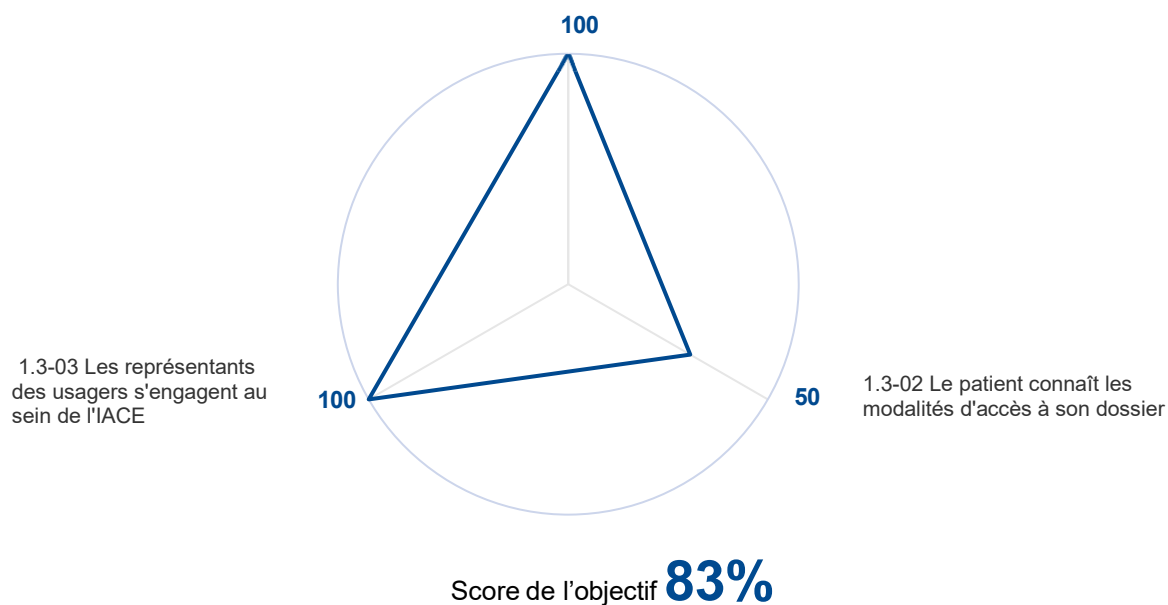


Score de l'objectif **100%**

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%

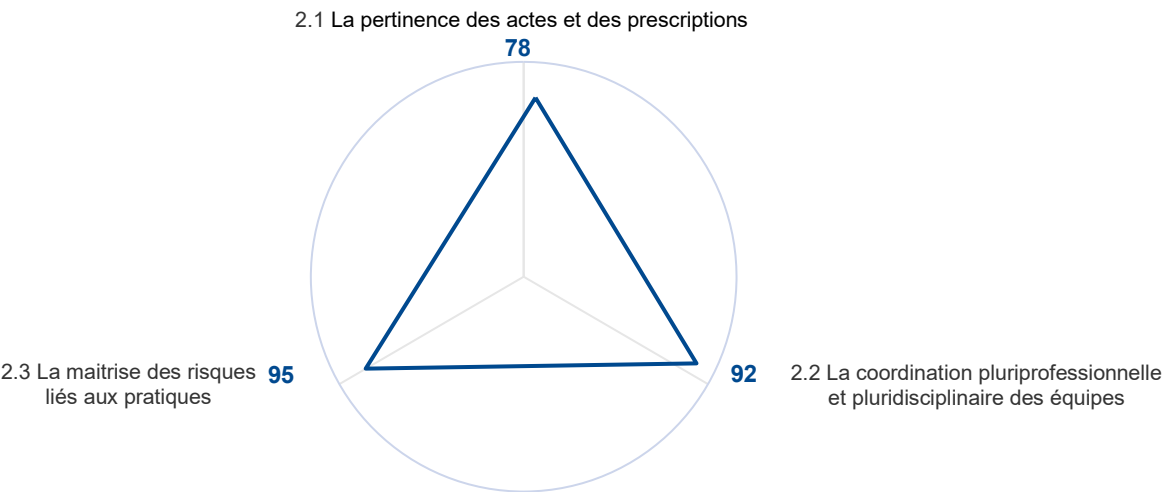
## Objectif 1.3 : L'engagement du patient et de ses représentants

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	50%
1.3-03	Les représentants des usagers s'engagent au sein de l'IACE	100%

# Chapitre 2 : L'équipe



Score du chapitre **88%** du score maximal

Objectifs		
2.1	La pertinence des actes et des prescriptions	78%
2.2	La coordination pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire des équipes	92%
2.3	La maitrise des risques liés aux pratiques	95%

## Synthèse chapitre 2

La pertinence des actes et des prescriptions est évaluée.

Le patient est associé à la mise en œuvre de son projet de prise en charge initié dès la première consultation avec le chirurgien. L'addiction à la chirurgie esthétique est recherchée, et si besoin, le patient est orienté vers un psychologue ou un psychiatre. Les recommandations de bonnes pratiques font l'objet de protocoles qui sont régulièrement révisés. Les questionnements sont identifiés et traités en comité de pilotage, mais la démarche reste à formaliser, notamment en ce qui concerne la formation des personnels et leur accès aux différentes ressources internes ou externes.

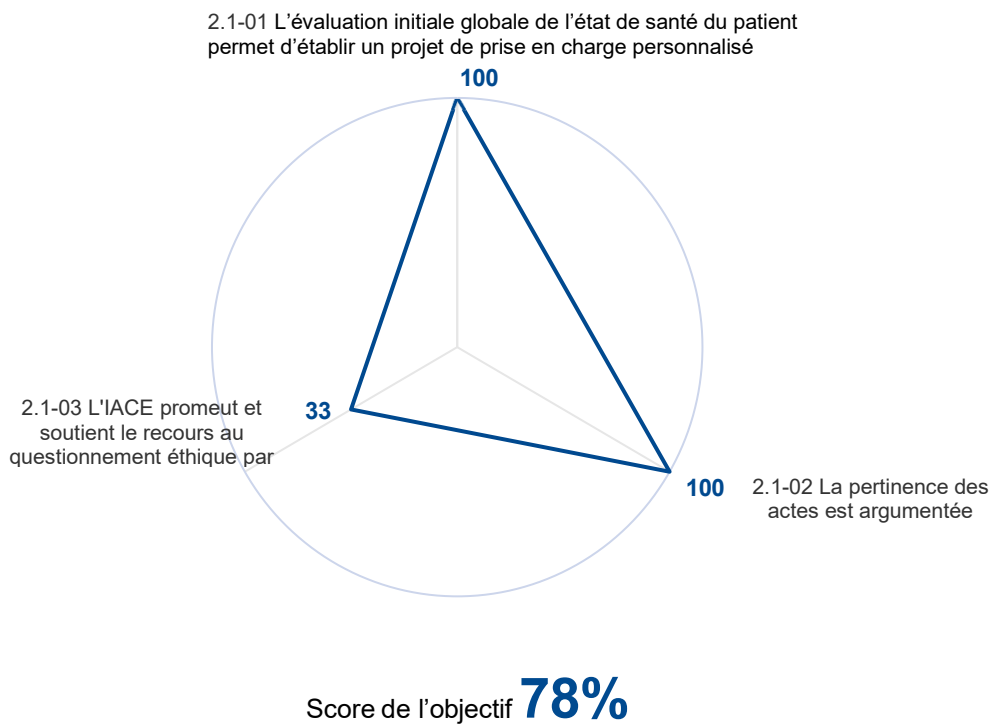
Les différentes équipes sont coordonnées.

Tous les éléments utiles à sa prise en charge sont retrouvés dans le dossier du patient, en cours d'informatisation. Les praticiens ne consultent pas le dossier médical de Mon espace santé. L'activité du bloc opératoire est régulée. La check-list est réalisée conformément aux bonnes pratiques et l'analyse des modalités de sa réalisation est effectuée. La sortie est préparée en amont. Une lettre de liaison ainsi que les cartes d'implant sont remises le jour de la sortie.

Les risques liés aux pratiques sont maîtrisés.

Toutes les étapes du circuit du médicament respectent les règles de bonnes pratiques. Les dispositifs médicaux implantables sont tracés dans un registre. Un audit du circuit du médicament est effectué une fois par an. Les bonnes pratiques en matière de prévention du risque infectieux sont globalement respectées. Un suivi des pratiques relatives à l'antibioprophylaxie au bloc est réalisé régulièrement. Il n'existe pas de numéro d'appel unique et dédié en cas de survenue d'une urgence vitale, mais simplement une liste des anesthésistes d'astreinte à joindre. L'établissement a été réactif et a mis en place à la suite de ce constat un numéro unique (105) avec un appareil dédié pour l'anesthésiste. Une formation AFGSU pour le personnel administratif est prévue l'an prochain et un exercice sur la conduite à tenir en cas d'urgence vitale sera organisé dans les prochaines semaines. La sécurité numérique est assurée avec l'aide d'un prestataire extérieur.

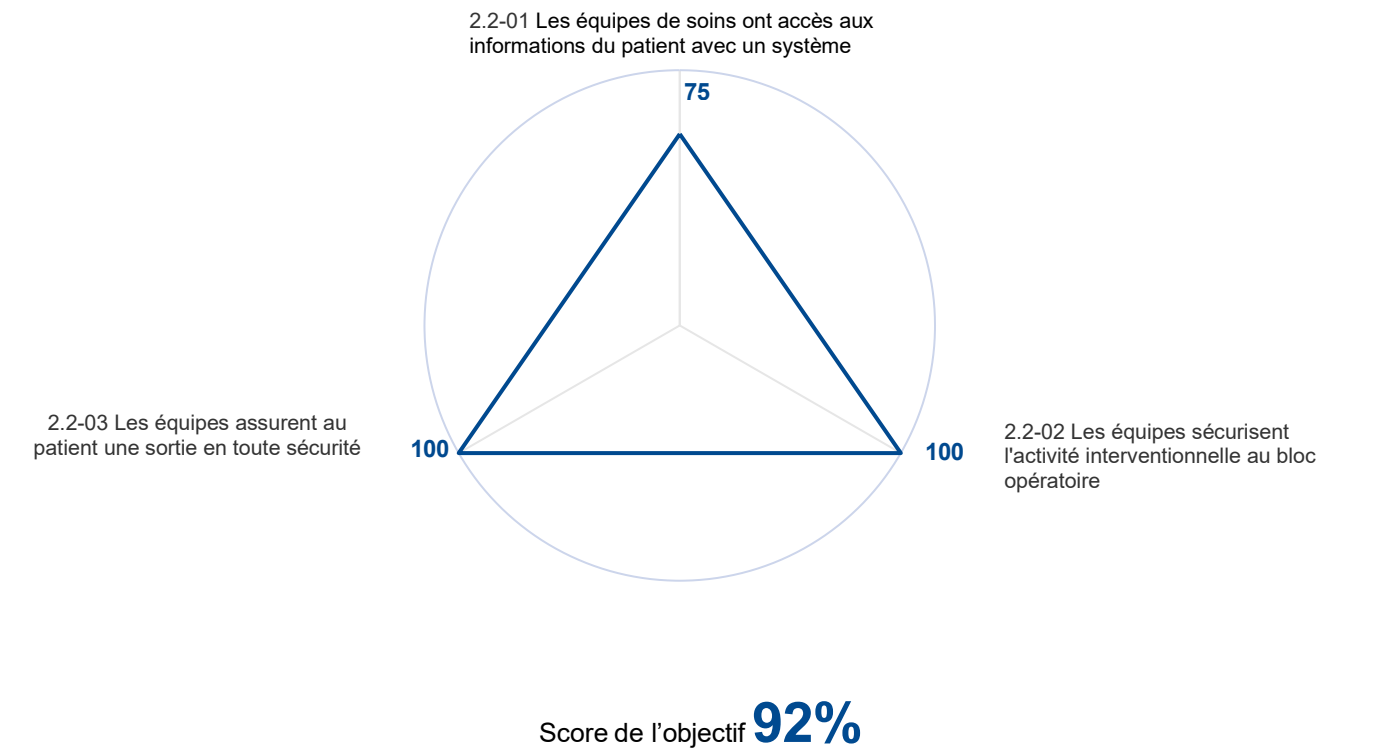
# Objectif 2.1 : La pertinence des actes et des prescriptions



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	33%

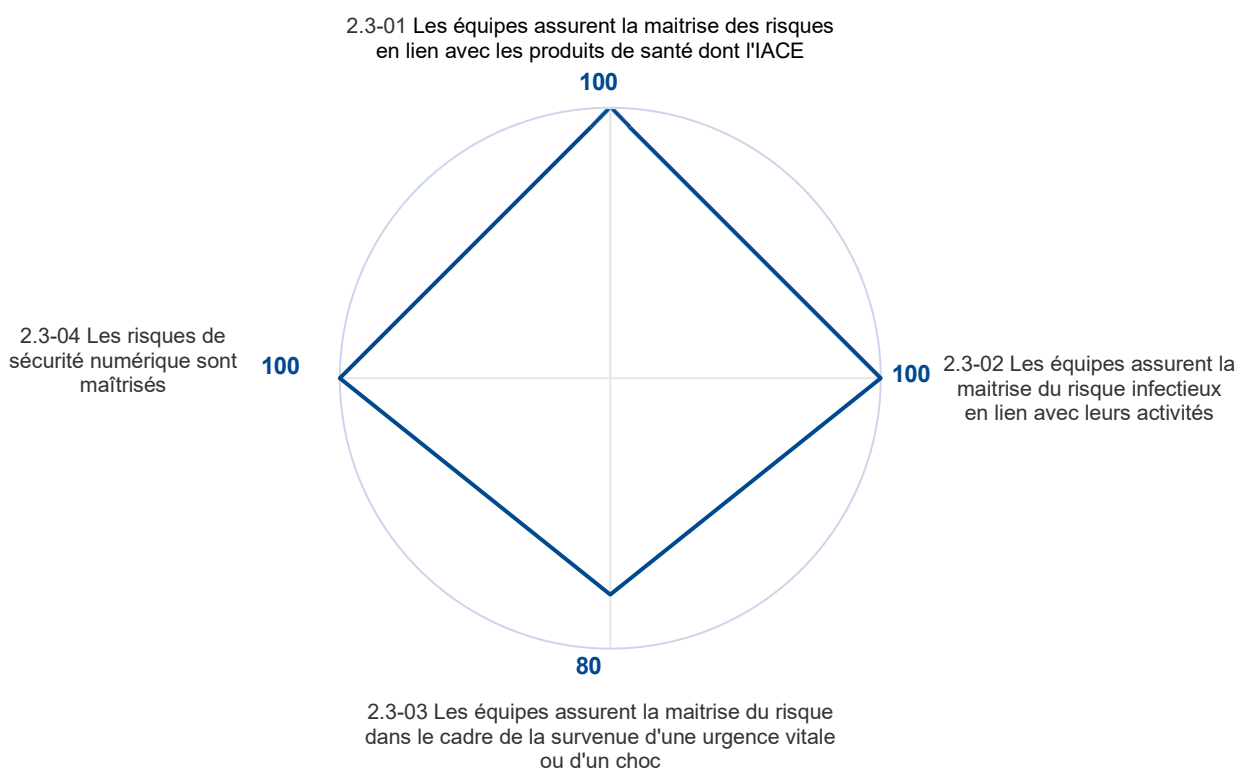


# Objectif 2.2 : La coordination pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire des équipes



Critères		
2.2-01	Les équipes de soins ont accès aux informations du patient avec un système d'information adapté	75%
2.2-02	Les équipes sécurisent l'activité interventionnelle au bloc opératoire	100%
2.2-03	Les équipes assurent au patient une sortie en toute sécurité	100%

## Objectif 2.3 : La maîtrise des risques liés aux pratiques

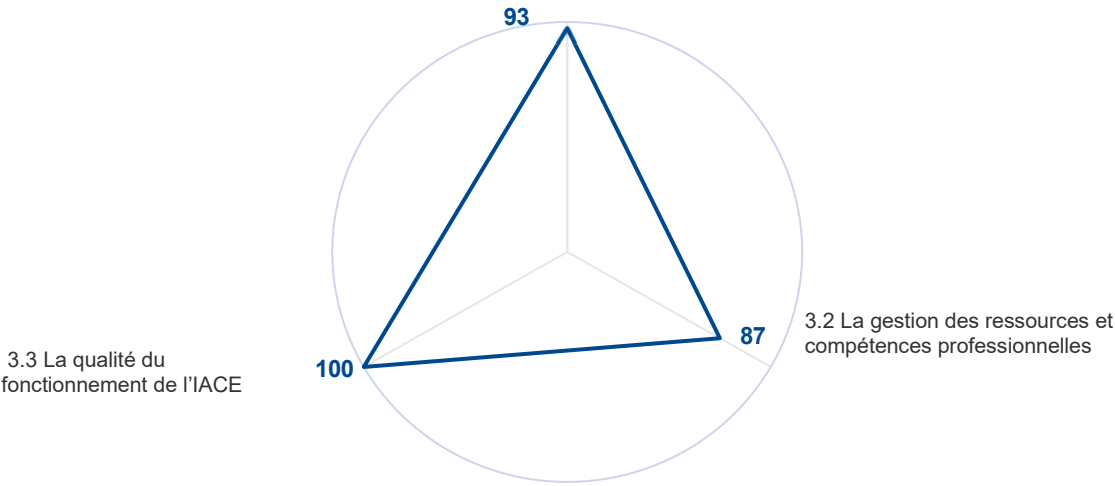


Score de l'objectif **95%**

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	80%
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 **93%** du score maximal

Objectifs		
3.1	Le management par la qualité et la gestion des risques	93%
3.2	La gestion des ressources et compétences professionnelles	87%
3.3	La qualité du fonctionnement de l'IACE	100%

## Synthèse chapitre 3

L'établissement identifie ses risques et décline un plan d'amélioration de la qualité.

Une politique qualité est rédigée et revue régulièrement. Un plan d'actions permet de la mettre en œuvre et des pilotes sont désignés afin de superviser les actions d'amélioration qui en découlent. Il est alimenté au fil de l'eau par de multiples entrées et les représentants des usagers ainsi que la gouvernance sont impliqués dans son suivi. La culture sécurité n'a pas été évaluée jusqu'ici, mais un audit sur ce thème sera organisé en juin. Il comprend des actions issues de l'analyse des réclamations et de l'analyse des événements indésirables. Un point est fait en comité de pilotage qualité une fois par trimestre. Les entrées de l'établissement sont surveillées et les chambres des patients sont sécurisées. Une charte de sécurité du système d'information définit les règles et les bonnes pratiques d'utilisation des outils numériques.

La gestion des ressources humaines et des compétences est assurée.

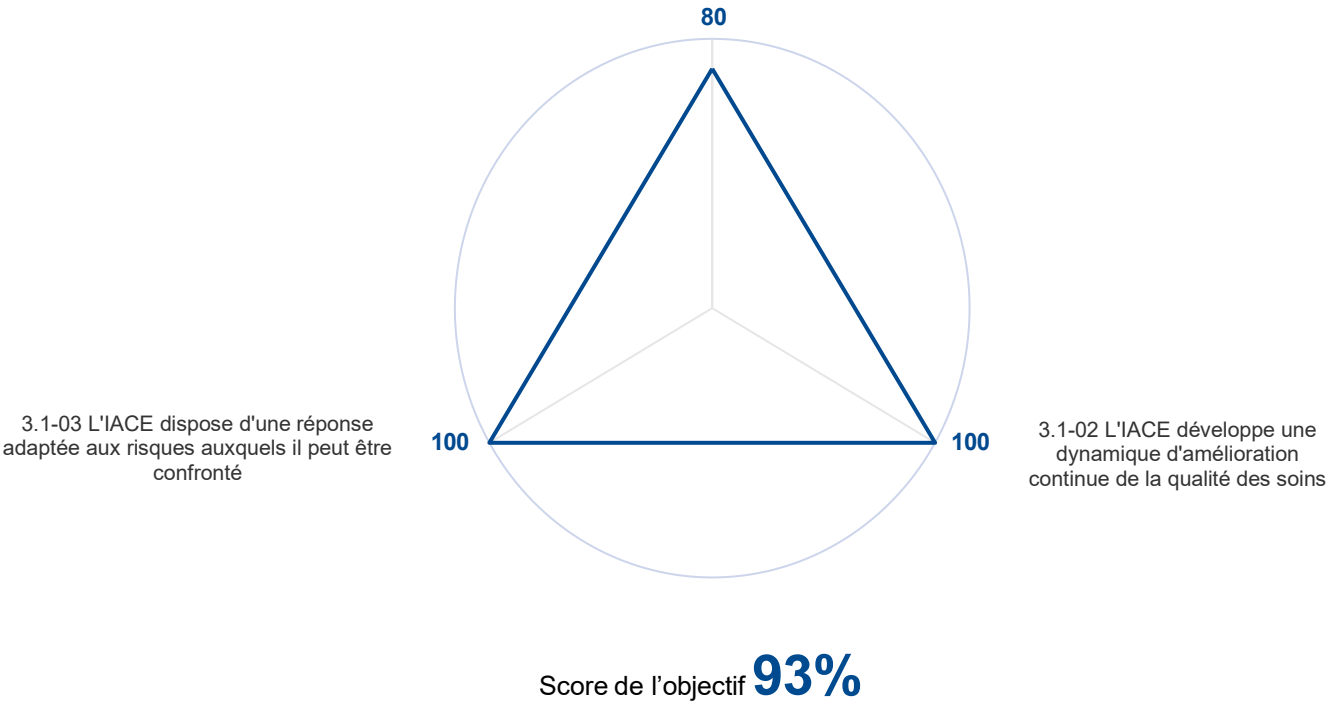
Les diplômes des nouveaux professionnels sont toujours vérifiés. Des formations sont régulièrement assurées grâce des séances de e-learning. Un audit portant sur la QVT (qualité de vie au travail) a été réalisé au mois de janvier. Les risques professionnels sont identifiés et les personnels auront accès gratuitement à la vaccination dès la prochaine campagne.

La qualité des prises en charge est assurée.

Les recommandations de bonnes pratiques sont actualisées et disponibles et des audits d'évaluation des pratiques sont réalisés régulièrement (antibioprophylaxie, médicament). Un plan stratégique définit les orientations et il est réactualisé régulièrement La maintenance des locaux et équipements, ainsi que les prestations (blanchisserie, restauration) sont externalisées et font l'objet d'un suivi débouchant éventuellement sur des actions d'amélioration. Un avis favorable de la commission incendie a été délivré en 2024 et les locaux sont conformes au regard de l'activité de l'établissement.

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

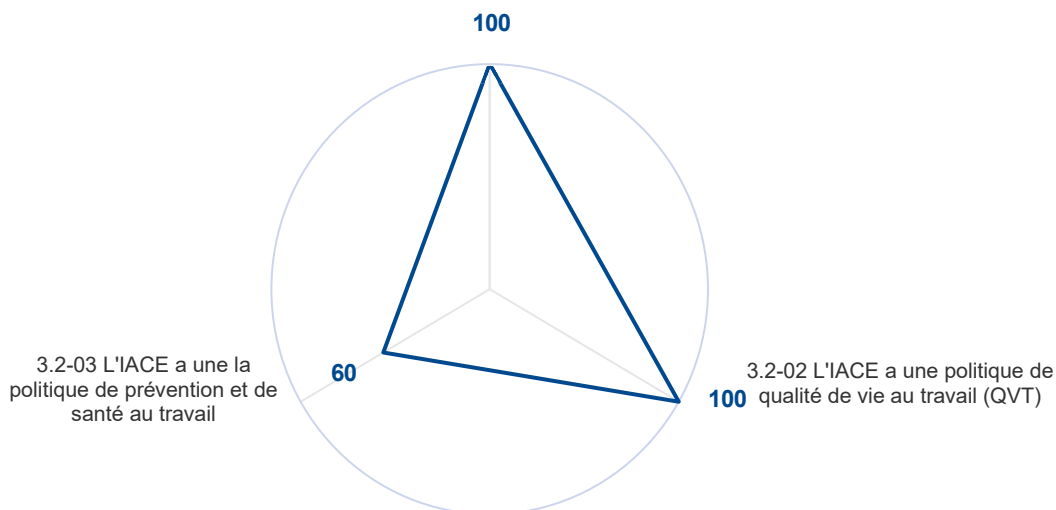
3.1-01 Un programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins décline les orientations qualité et sécurité des soins de l'IACE



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	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

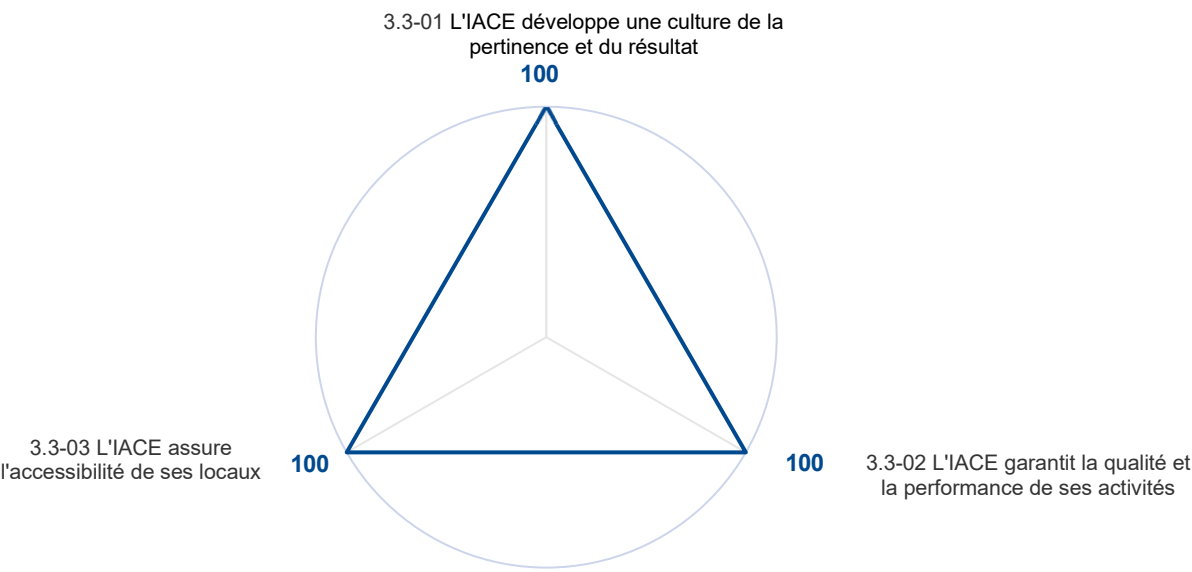
3.2-01 La gouvernance pilote l'adéquation des ressources humaines et la qualité et la sécurité des prises en charge



Score de l'objectif **87%**

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'ACE a une politique de qualité de vie au travail (QVT)	100%
3.2-03	L'ACE a une la politique de prévention et de santé au travail	60%

# 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](http://www.has-sante.fr)

---

