



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

MESURER

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

RAPPORT DE CERTIFICATION

Centre de Chirurgie Esthétique

Candon Bernard

2040 avenue du Père Soulas 34090 Montpellier



Validé par la HAS en octobre 2025

Ce document ainsi que sa référence bibliographique sont téléchargeables sur www.has-sante.fr



Haute Autorité de santé – Service communication et information
5 avenue du Stade de France – 93218 SAINT-DENIS LA PLAINE CEDEX. Tél. : +33 (0)1 55 93 70 00
© Haute Autorité de santé – Octobre 2025

Sommaire

Préambule	4
Décision	5
Présentation	6
Résultats	7
Chapitre 1 : Le patient.....	8
Synthèse chapitre 1	9
Objectif 1.1 : L'information et le consentement du patient.....	10
Objectif 1.2 : Le respect des droits du patient	11
Objectif 1.3 : L'engagement du patient et de ses représentants	12
Chapitre 2 : L'équipe.....	13
Synthèse chapitre 2	14
Objectif 2.1 : La pertinence des actes et des prescriptions	16
Objectif 2.2 : La coordination pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire des équipes	17
Objectif 2.3 : La maîtrise des risques liés aux pratiques	18
Chapitre 3 : L'IACE	19
Synthèse chapitre 3	20
Objectif 3.1 : Le management par la qualité et la gestion des risques	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 ;

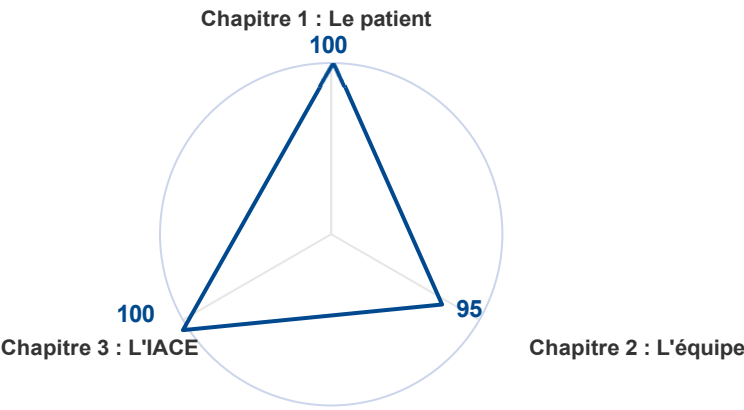
En l'espèce, au vu des éléments mentionnés dans le présent rapport, la Haute Autorité de santé décide la certification de l'installation de chirurgie esthétique.

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

Centre de Chirurgie Esthétique Candon Bernard	
Adresse	2040 avenue du Père Soulas 34090 Montpellier
Département / Région	Hérault / Occitanie

Résultats

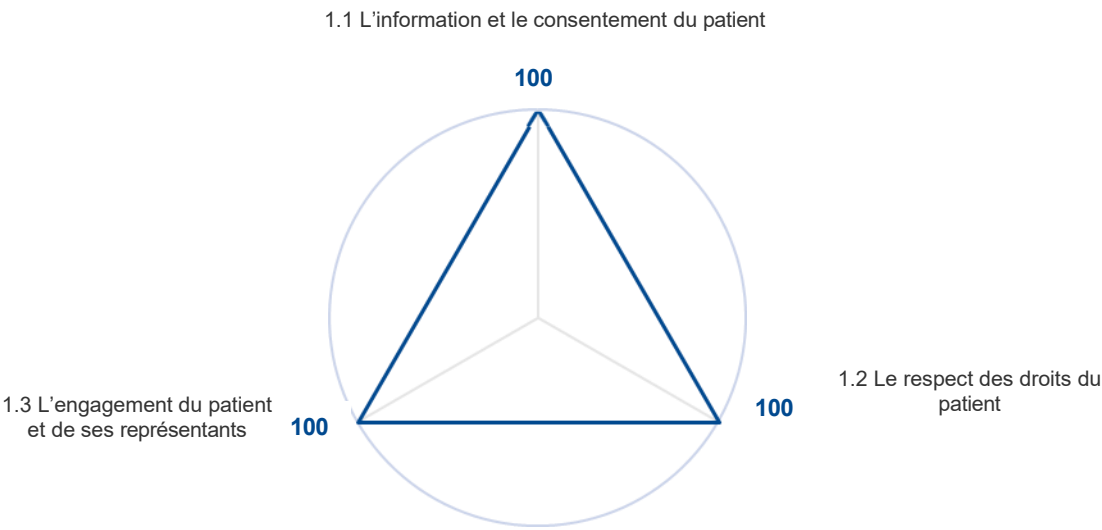


Score global de satisfaction aux attendus du référentiel **98%**

Chapitre		Score %
Chapitre 1	Le patient	100
Chapitre 2	L'équipe	95
Chapitre 3	L'IACE	100

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	36%
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 **100%** 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	100%

Synthèse chapitre 1

La Clinique FONT TROUVE du Dr Bernard CANDON est un Institut Autonome de Chirurgie Esthétique (IACE). Cette structure ambulatoire dispose de locaux d'accueil, de bureaux de consultation, d'un bloc opératoire et de 2 places en SSPI, de 5 chambres particulières. Il pratique des actes de chirurgie et de médecine esthétique sous anesthésie générale ou locale et des actes de Médecine Esthétique.

Lors de la première consultation avec le chirurgien, le patient reçoit toutes les informations sur son intervention chirurgicale. Des documents lui sont remis décrivant les différentes étapes, les impacts potentiels sur sa vie quotidienne ainsi que les bénéfices et risques liés à l'intervention. Un devis complet, daté et signé, incluant toutes les prestations et honoraires pour l'intervention est également fourni. Le patient dispose de 15 jours pour réfléchir, avant de signer ce devis.

Une consultation d'anesthésie est programmée à distance, un dossier d'information est remis et le consentement à l'anesthésie est signé. Un Livret d'Accueil est remis au patient, lors d'une consultation ou envoyé par courriel. Ce document comprend les détails concernant la préparation préopératoire, le déroulement de l'intervention et l'organisation de la sortie. Il informe également sur les Droits des Usagers, incluant le consentement éclairé, les plaintes et réclamations, la procédure pour déclarer un Evènement Indésirable, l'accès au dossier médical, la désignation de la personne de confiance, les Directives Anticipées, mon Espace Santé, ainsi que la Démarche Qualité et Sécurité des soins, la lutte contre la douleur, l'organisation et les missions de la Commission des Usagers (CDU), et les chartes de bientraitance, du patient hospitalisé, Romain-Jacob. Les patients connaissent leurs droits et la désignation de la personne de confiance est systématiquement renseignée.

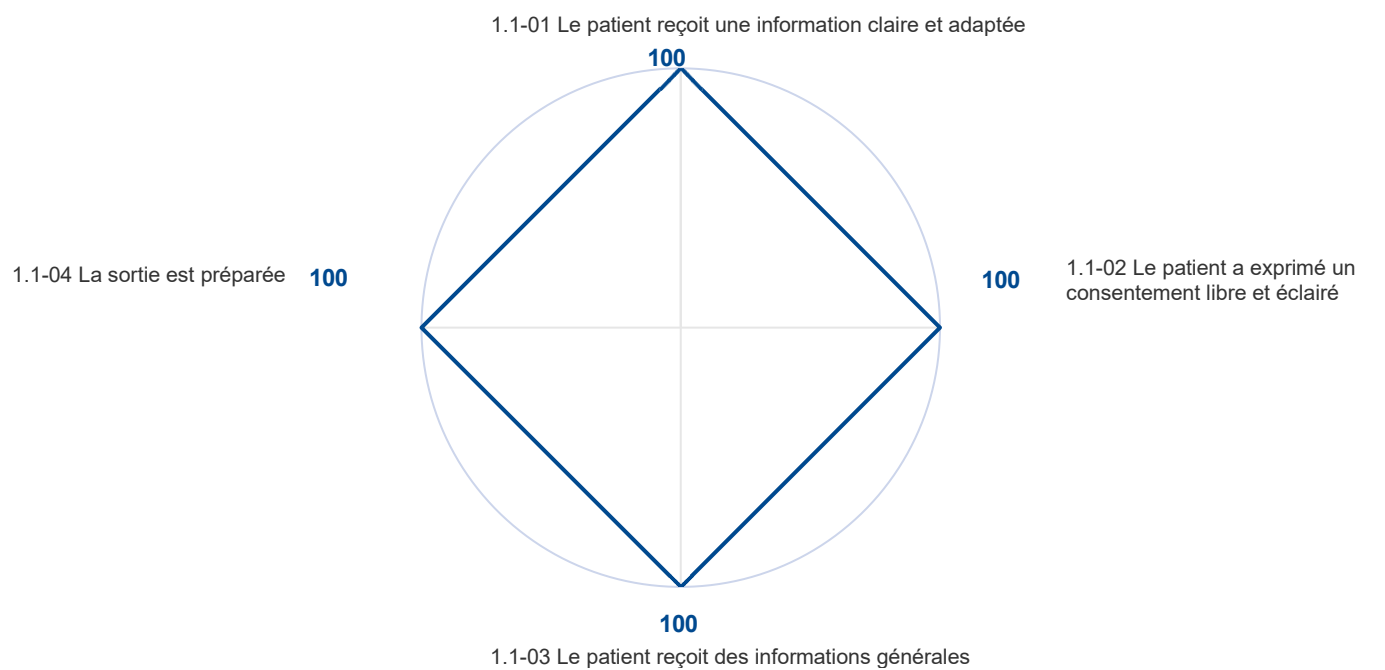
Un appel J-1 avec rappel des consignes est effectué. Des check-lists « Parcours et Tenue de dossier » sont remplies pour les patients avant, pendant et après l'intervention. La sortie est validée, selon le score de CHUNG, par les IDE formés et signée par le chirurgien. Les IDE réalisent un appel de suivi, le jour suivant. Un rendez-vous de suivi post-opératoire est prévu à J+1, ainsi que pour les mois suivants. Tous les soins post-opératoires sont effectués, dans l'établissement. À sa sortie, le patient reçoit le numéro de téléphone de l'établissement et le numéro de téléphone portable du chirurgien, pour toute urgence.

Les professionnels respectent la dignité, l'intimité et la confidentialité des patients. Les locaux garantissent leur dignité et sont adaptés aux personnes handicapées. Une démarche institutionnelle de prévention de la maltraitance est mise en place. Le Projet d'Etablissement 2023-2028 inclut une orientation visant à garantir le respect des droits des patients, notamment ceux en situation de handicap. La conduite à tenir en cas de maltraitance est connue des professionnels et a été formalisée. En 2024, une formation sur la bientraitance, l'éthique et les droits des patients a été dispensée aux IDE. Un questionnaire d'appréciation du séjour inclut des éléments concernant la confidentialité, le secret professionnel, l'intimité et la dignité.

La douleur est évaluée avec des échelles adaptées pendant et après l'intervention, ainsi qu'aux consultations post-opératoires. En 2024, un médecin anesthésiste a formé les IDE sur la prise en charge de la douleur. Des ordonnances d'antalgiques et de traitements post-opératoires sont remises systématiquement. Les audits des analyses de dossiers et des Patients Traceurs montrent une bonne gestion de la douleur et une traçabilité de son évaluation, à chaque étape de la prise en charge. La contention mécanique n'est pas utilisée, sauf les barrières du brancard de SSPI, mises par le médecin anesthésiste, pour la sécurité des patients.

Des questionnaires de satisfaction, tels que le questionnaire d'appréciation du séjour et le questionnaire d'expérience patient, sont complétés par les patients. Ces questionnaires font l'objet d'analyses approfondies et conduisent à des actions d'amélioration. Aucune plainte ou réclamation n'a été enregistrée, cependant, les patients sont informés de la procédure de déclaration. Le patient est informé sur la façon d'accéder à son dossier médical via « Mon espace santé » (DMP). Selon l'accord du patient, le compte-rendu opératoire et la lettre de liaison sont envoyés au médecin traitant pour intégration au DMP, car l'établissement n'a pas accès à ce dernier. Aucune demande de dossier n'a été faite, mais les modalités d'analyse et les délais de transmission sont présentés en CDU. La Commission des Usagers inclut une Représentante des Usagers impliquée dans la Politique Qualité et informée des événements indésirables et des résultats des questionnaires de satisfaction.

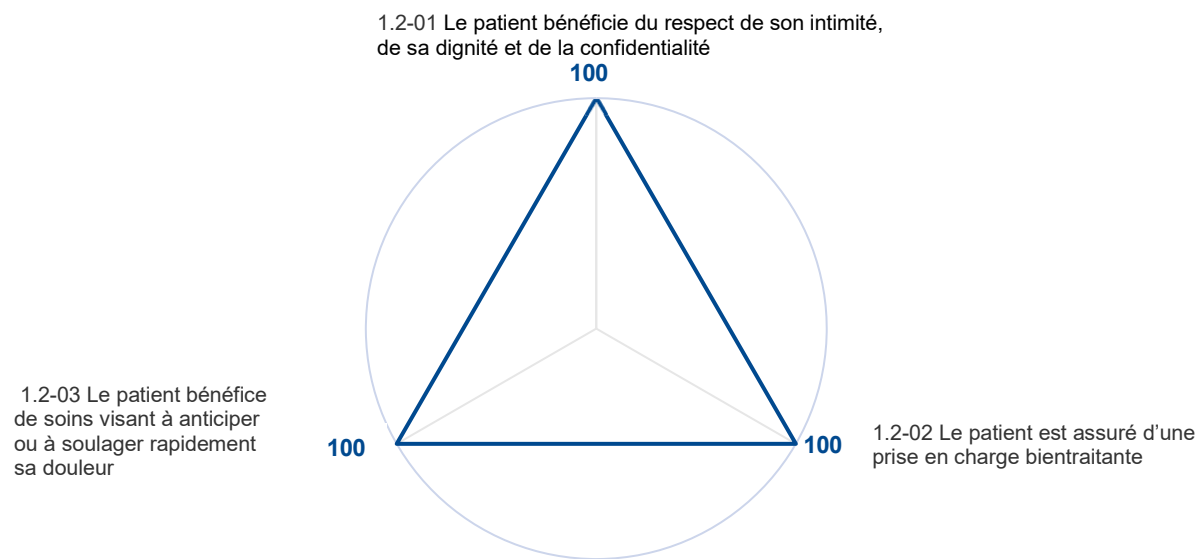
Objectif 1.1 : L'information et le consentement du patient



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%

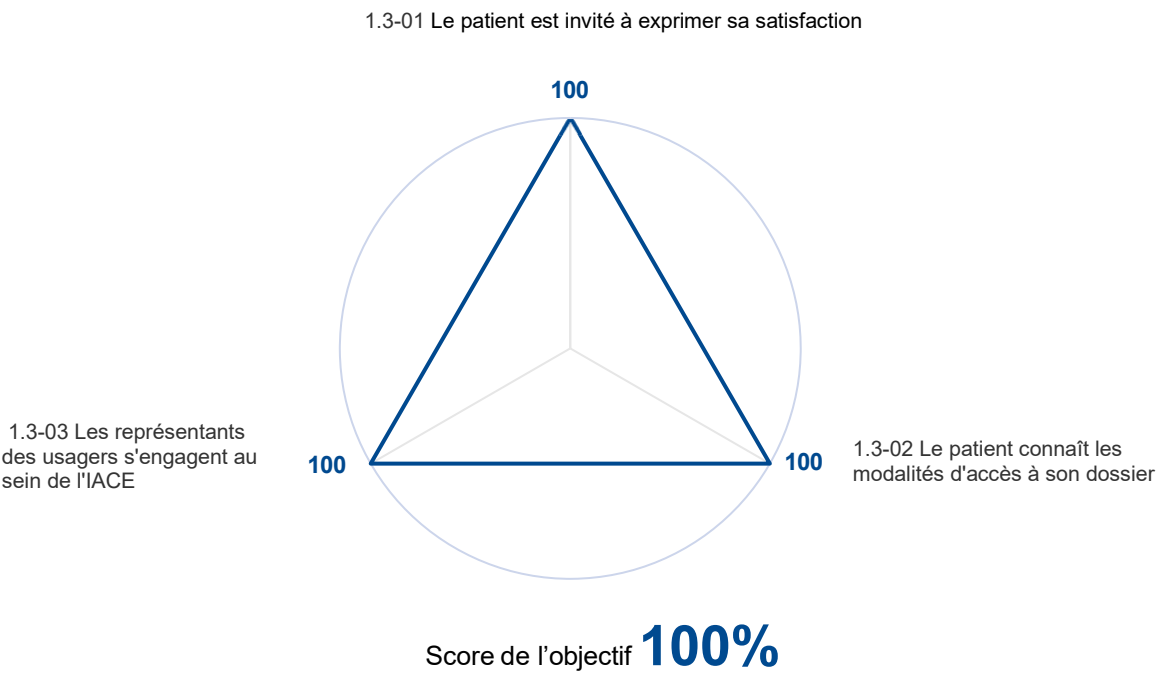
Objectif 1.2 : Le respect des droits du patient



Score de l'objectif **100%**

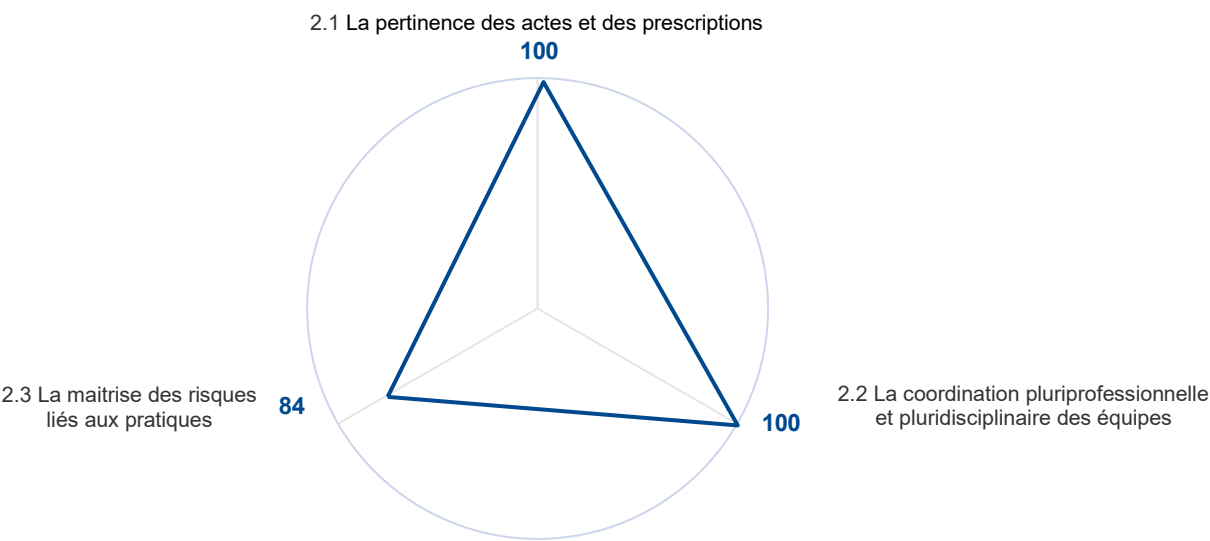
Critères		
1.2-01	Le patient bénéficie du respect de son intimité, de sa dignité et de la confidentialité	100%
1.2-02	Le patient est assuré d'une prise en charge bienveillante	100%
1.2-03	Le patient bénéficie de soins visant à anticiper ou à soulager rapidement sa douleur	100%

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



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

Chapitre 2 : L'équipe



Score du chapitre **95%** 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	84%

Synthèse chapitre 2

Lors de la consultation chirurgicale, un projet personnalisé de soins est établi, tenant compte des conditions de vie et des risques pour la santé du patient. L'addiction à la chirurgie esthétique est étudiée et les alternatives sont discutées avec le patient. Une analyse détaillée des bénéfices et des risques liés à la prise en charge chirurgicale est systématiquement effectuée et documentée. L'équipe se base sur des protocoles conformes aux recommandations de bonnes pratiques, disponibles dans la gestion documentaire. Le projet d'établissement vise à instaurer une réflexion éthique, garantissant le respect des droits des patients, y compris ceux en situation de handicap. Cela inclut la formation et la sensibilisation des professionnels, ainsi qu'une réflexion éthique spécifique à la chirurgie esthétique. La CME est l'instance interne de la réflexion éthique. Une procédure sur la bientraitance éthique et les droits des patients est mise en œuvre dans l'IACE. Une formation avec évaluation a eu lieu en 2024.

Le livret d'accueil du nouveau salarié précise les obligations liées aux droits des patients. Les professionnels ont évalué les questionnements éthiques spécifiques à la chirurgie esthétique, abordant la pression sociale, le consentement éclairé, les interventions itératives, le désir de modification externe, la santé mentale et l'accès à la chirurgie esthétique. Une procédure opératoire indique les moyens à mettre en œuvre, en cas de maltraitance constatée par l'équipe.

Le dossier patient est sous forme papier, à l'exception des éléments administratifs qui sont informatisés. Il est archivé dans l'établissement. L'ensemble des professionnels de santé tracent et ont accès à tous les éléments utiles à la prise en charge du patient. Les éléments administratifs, y compris la CNI, sont intégrés dans le dossier informatisé. Les photographies réalisées avant et après la chirurgie sont ajoutées au dossier, accompagnées de l'autorisation de droit à l'image.

Une charte de bloc opératoire énonce les règles de fonctionnement du bloc opératoire. Elle est élaborée et mise à jour collectivement, au moins une fois par an, par le conseil de bloc opératoire. Cette charte est ensuite soumise à la CME pour validation. Un conseil de bloc opératoire prend en charge l'organisation du secteur. La planification des interventions est effectuée lors de concertations hebdomadaires. La Check-List « Sécurité au bloc opératoire est utilisée conformément aux bonnes pratiques. Un audit de pratiques niveau 2 a analysé les modalités de réalisation de la Check List et déterminé comme axe d'amélioration que le médecin anesthésiste est le coordonnateur. Une cartographie des risques au bloc opératoire, incluant une analyse des différentes situations à risques, la criticité, les barrières existantes et les actions d'amélioration pour réduire les risques, a été réalisée. Des indicateurs spécifiques du bloc opératoire sont suivis : taux d'infections, événements indésirables, conformité de la check-list, suivi des GO/NOGO, temps de préparation par les IDE, taux de panne des équipements critiques, respect des délais opératoires, et satisfaction des patients. Ils font l'objet d'un suivi par la Coordination Qualité et Gestion des Risques. Une check-list quotidienne assure la traçabilité, l'entretien et le bon fonctionnement des matériels et dispositifs en salle d'opération, à l'ouverture et à la fermeture du bloc opératoire.

La prise en charge en SSPI est protocolisée et sa sortie est sous condition du score d'Aldrete. L'établissement n'a pas de Pharmacie à Usage Interne (PUI). L'approvisionnement en médicaments est assuré par la pharmacie d'un établissement de santé libéral (en cours de convention), une pharmacie d'officine conventionnée et des laboratoires pharmaceutiques. La dispensation et le transport des médicaments respectent les bonnes pratiques. Les stupéfiants sont gérés par les médecins anesthésistes avec des commandes sécurisées faxées au laboratoire. Les dotations sont conservées dans un coffre fermé à code. L'administration est effectuée par les médecins anesthésistes et les IDE sur un document papier, de prescription et d'administration, unique. Les médicaments sont stockés et sécurisés dans des armoires à médicaments, dans le chariot d'urgence vitale et dans le chariot d'anesthésie.

Cependant, il a été observé que le stockage des médicaments ne correspond pas aux recommandations de bonnes pratiques. Les médicaments ne sont pas classés, par liste de médicaments et différents médicaments sont mélangés, dans les casiers. La bouteille d'oxygène du chariot d'Urgence Vitale n'était pas amarrée, un dispositif a été mis en place en cours de visite. Lors de la visite, l'établissement a modifié les rangements des médicaments, validés par le pharmacien d'officine, mais ces modifications n'ont pas été entièrement exhaustives. La gestion des produits thermosensibles n'était pas conforme, la température des réfrigérateurs n'étant pas surveillée, en dehors des heures d'ouverture de l'IACE et en l'absence des IDE. Le Chirurgien, Directeur a commandé un enregistreur de température avec alarme reliée à son téléphone portable mais il n'a pas été installé avant la fin de la visite.

La gestion des médicaments périmés se fait mensuellement et semestriellement pour les médicaments d'Urgence. Un audit du circuit du médicament a été réalisé en 2025. Un médecin anesthésiste a mené une formation sur la gestion des médicaments, sensibilisant les professionnels aux risques d'erreur médicamenteuse. Une formation supplémentaire est programmée par le pharmacien pour le 30 juin 2025.

Le circuit des Dispositifs Médicaux Implantables (DMI) respecte les normes en vigueur. Il comprend l'information au patient sur les bénéfices et risques, les recommandations post-opératoires, le stockage, la carte d'implant, ainsi que la traçabilité des DMI dans le dossier patient et dans le système informatique de référence, accompagnée du compte rendu opératoire.

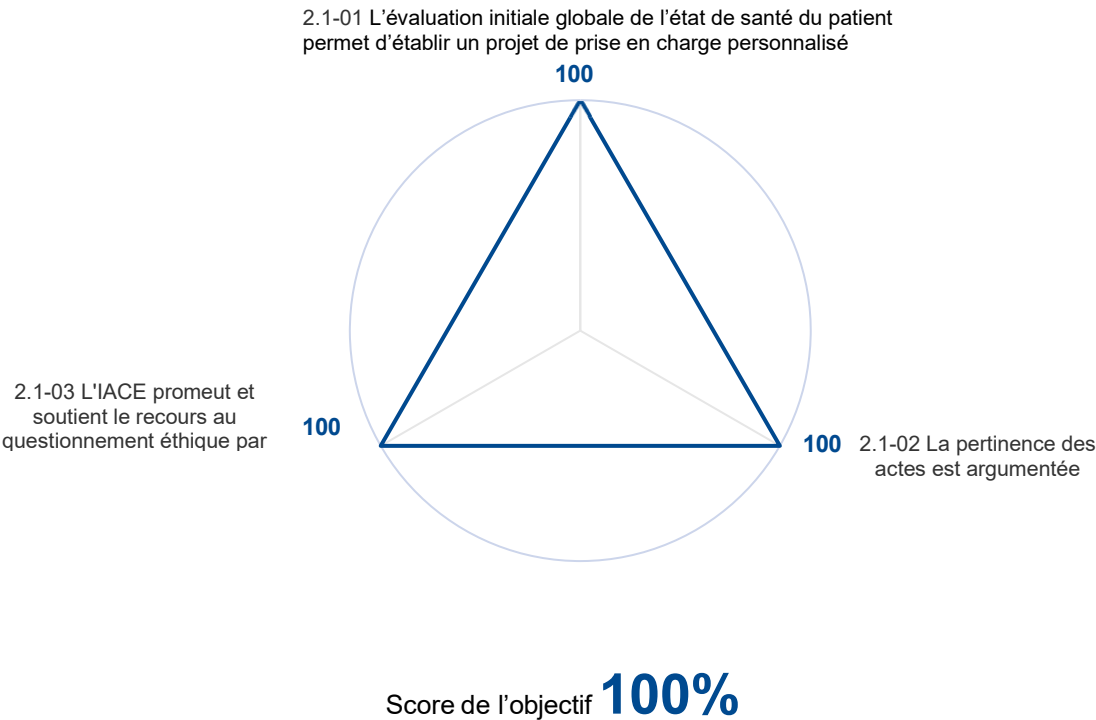
La politique de prévention des infections associées aux soins 2024-2025 décline la formalisation des procédures et protocoles, la surveillance bactériologique de l'eau, de l'air et des surfaces, le suivi des antibiogrammes, la surveillance des sites opératoires, la sensibilisation aux bonnes pratiques de bionettoyage du bloc opératoire par une IDE hygiéniste. Un programme d'action avec des objectifs et des indicateurs de suivi sont déterminés.

Le patient se voit remettre des documents relatifs à la préparation préopératoire, comprenant les instructions pour la douche préopératoire ainsi que la préparation cutanée avant l'intervention. Ces procédures sont contrôlées et documentées, dès son admission dans l'établissement. L'antibioprophylaxie est effectuée en suivant les recommandations en chirurgie plastique et reconstructrice. Une convention est signée avec un établissement régional pour la stérilisation des dispositifs médicaux. Le prétraitement conforme des instruments chirurgicaux a lieu dans des locaux adaptés. Une fiche de liaison entre les structures assure la traçabilité des Dispositifs Médicaux Stériles. Le bionettoyage de la salle est effectué par des IDE. De nombreux protocoles sur le risque infectieux au bloc opératoire sont disponibles. Un audit de l'hygiène des mains au bloc opératoire a révélé de bonnes pratiques, mais a identifié des améliorations nécessaires concernant la durée de désinfection. Les professionnels respectent les prérequis contre les risques infectieux : pas de bijoux, manches courtes, utilisation de solutions hydroalcooliques, et tenues à usage unique. La surveillance des surfaces, de l'air et de l'eau de la salle d'opération est assurée. Aucun patient nécessitant des précautions complémentaires n'est admis.

Le circuit des Déchets d'activités de soins à risques infectieux (DASRI) respecte les règles de tri et d'hygiène. Tous les Dispositifs Médicaux souillés sont placés dans des sacs jaunes fermés, datés et renseignés, puis stockés dans un local prévu et sécurisé. Une société conventionnée s'occupe de l'évacuation régulière des DASRI. L'IACE a conclu des conventions avec des établissements de santé pour orienter les patients vers les services d'urgence et de réanimation. Le numéro 15, Urgence Vitale, est affiché et connu des professionnels. Un chariot d'Urgence Vitale scellé est disponible, accessible et vérifié régulièrement. Les professionnels ont leur formation AFGSU à jour et une formation en interne a été réalisée par un médecin anesthésiste. Les locaux permettent l'accessibilité des secours. Des protocoles de prise en charge du patient selon les risques identifiés sont formalisés.

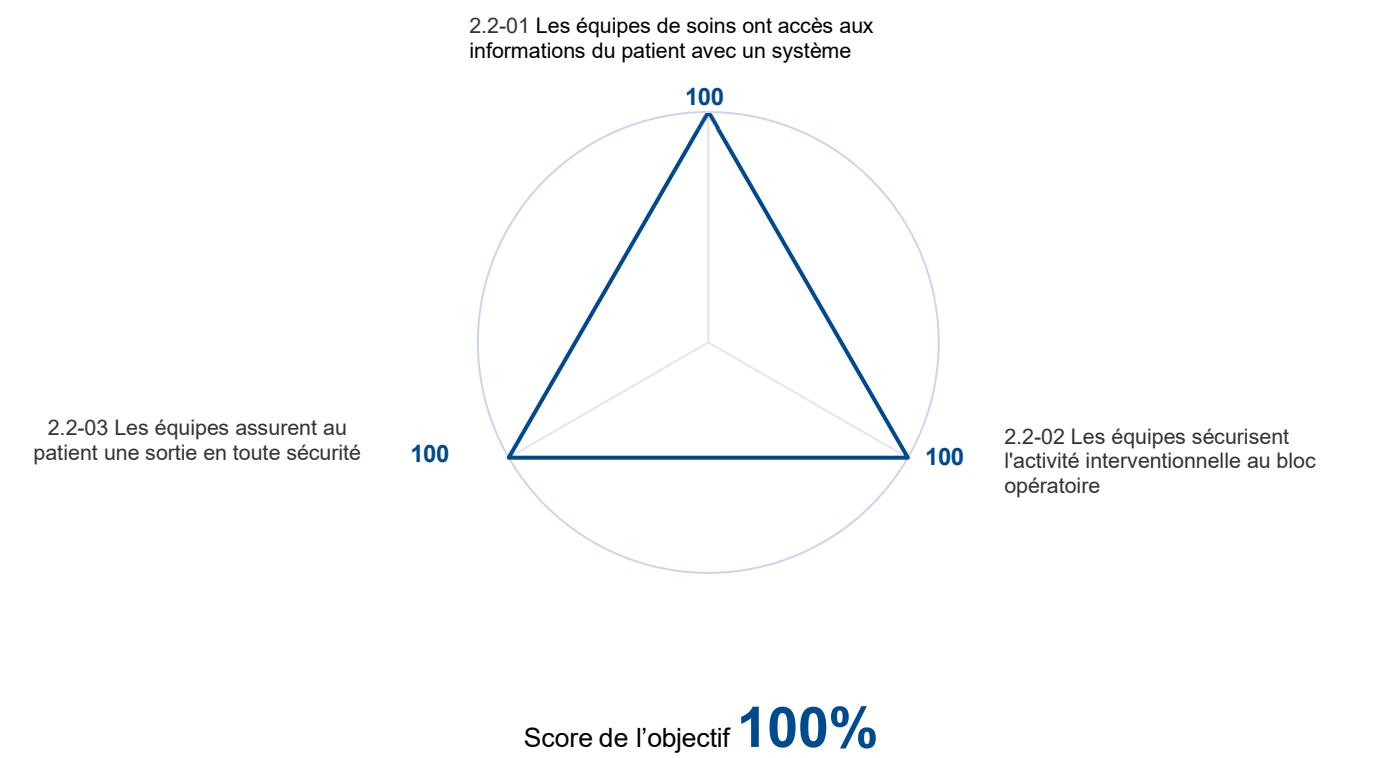
Une messagerie de santé sécurisée permet d'échanger entre les professionnels. Une charte d'accès et d'usage du système informatique décrit l'utilisation des ressources et logiciels. Les professionnels utilisent un identifiant personnel et un mot de passe personnel changé régulièrement. Les règles de protection informatique détaillent comment se prémunir de cyber-attaques ou d'incidents informatiques.

Objectif 2.1 : La pertinence des actes et des prescriptions



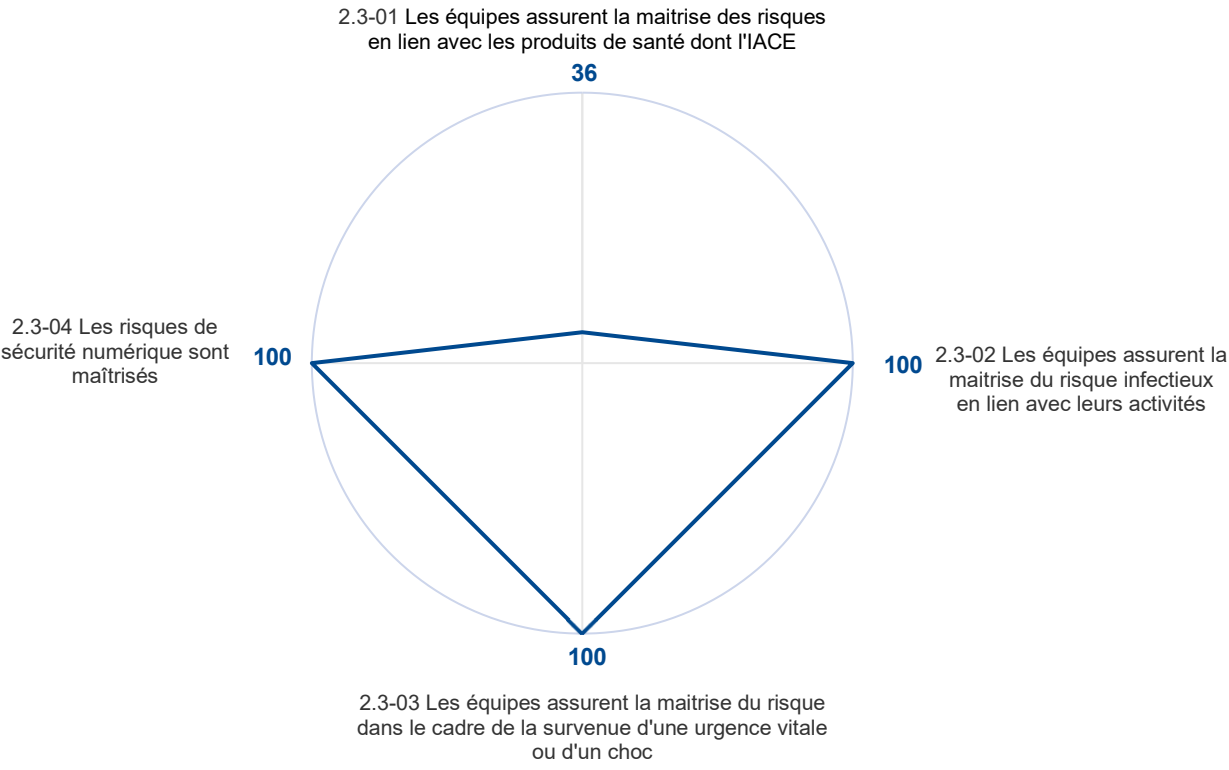
Critères		
2.1-01	L'évaluation initiale globale de l'état de santé du patient permet d'établir un projet de prise en charge personnalisé	100%
2.1-02	La pertinence des actes est argumentée	100%
2.1-03	L'ACE promeut et soutient le recours au questionnement éthique par l'ensemble des acteurs	100%

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

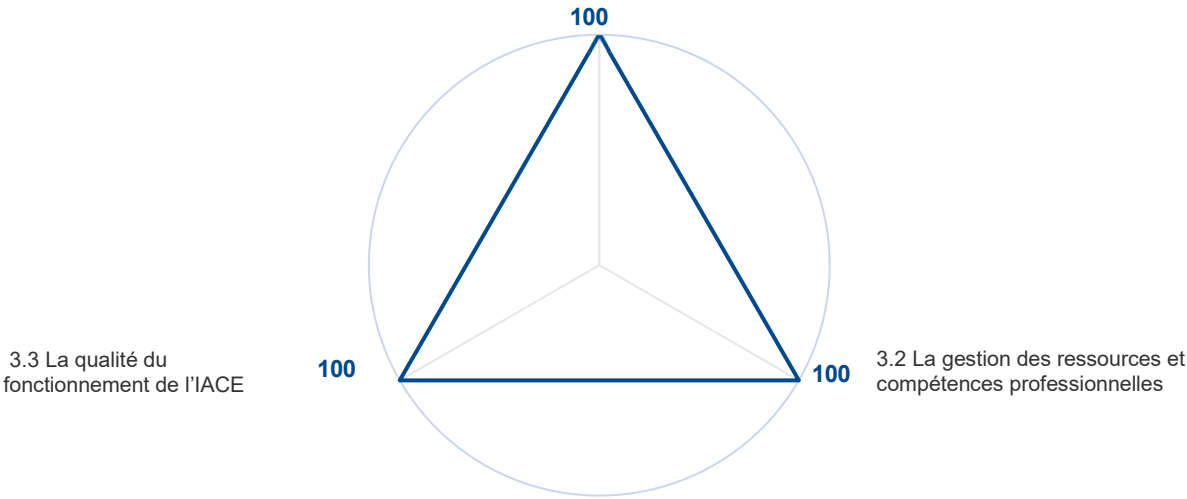


Score de l'objectif **84%**

Critères		
2.3-01	Les équipes assurent la maitrise des risques en lien avec les produits de santé dont l'IACE dispose	36%
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 **100%** 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	100%

Synthèse chapitre 3

Le management de la qualité de la sécurité des soins et de la gestion des risques est structuré par différentes instances. Le pilotage stratégique définissant la politique et la mise en œuvre est sous la responsabilité du Directeur, Chirurgien, Président de la CME. Le Pilotage opérationnel coordonnant la mise en œuvre du programme d'action est la Coordination de la Qualité et Gestion des risques (CGQR), et comprend le chirurgien, les anesthésistes, la consultante qualité, les IDE et l'assistante administrative.

Les axes prioritaires de la politique qualité et gestion des risques sont la maîtrise de la démarche de qualité et gestion des risques, le maintien du niveau de qualité de sécurité des soins et d'une prise en charge des patients respectueuse de leurs droits, de poursuivre l'évaluation des pratiques professionnelles.

La commission des usagers (CDU) comprend une Représentante des Usagers, impliquée dans la démarche qualité. Elle se réunit régulièrement. Chaque axe définit des objectifs qui sont déclinés dans un programme d'action qualité sécurité des soins (PAQSS). Chaque plan d'action a un pilote, une méthode, une date de réalisation, avec un suivi d'indicateurs et de cibles à atteindre. Il comprend l'analyse des risques majeurs et récurrents, le bilan des vigilances, des plaintes et réclamations, des événements indésirables associés aux soins ainsi que les demandes de dossiers patients.

Une charte d'incitation à la Déclaration des Evénements Indésirables avec engagement de la direction vise à la prévention de la récurrence de ces événements. Les événements indésirables déclarés sont analysés selon la méthode ALARM et un plan d'action mis en place.

La culture sécurité des soins des professionnels a été évaluée, par un questionnaire.

La politique de développement durable constitue l'un des aspects du projet de l'établissement. Plusieurs mesures ont été mises en place : gestion et valorisation des déchets, amélioration du tri, promotion du recyclage et de l'utilisation de matériaux durables, utilisation du nettoyage à la vapeur en fin de programme opératoire, achats écoresponsables, maîtrise de la consommation énergétique et de l'eau...

Un plan de sécurisation comprenant la prévention des atteintes aux personnes, aux biens et des risques environnementaux a été rédigé. Les risques environnementaux sont analysés et un plan d'action, déterminé. Tous les locaux sont sécurisés et sous alarme.

Aucun incident significatif de sécurité du système d'information n'a eu lieu mais la procédure de déclaration, auprès de l'ANSSI est connue.

L'ACE a identifié ses besoins en compétence et effectifs : Chirurgien, Médecins Anesthésistes, IDE disposant tous des diplômes pour pratiquer leur activité. En cas de nécessité, une procédure dégradée permet le maintien du fonctionnement de la structure. Un livret d'accueil du nouvel arrivant est disponible.

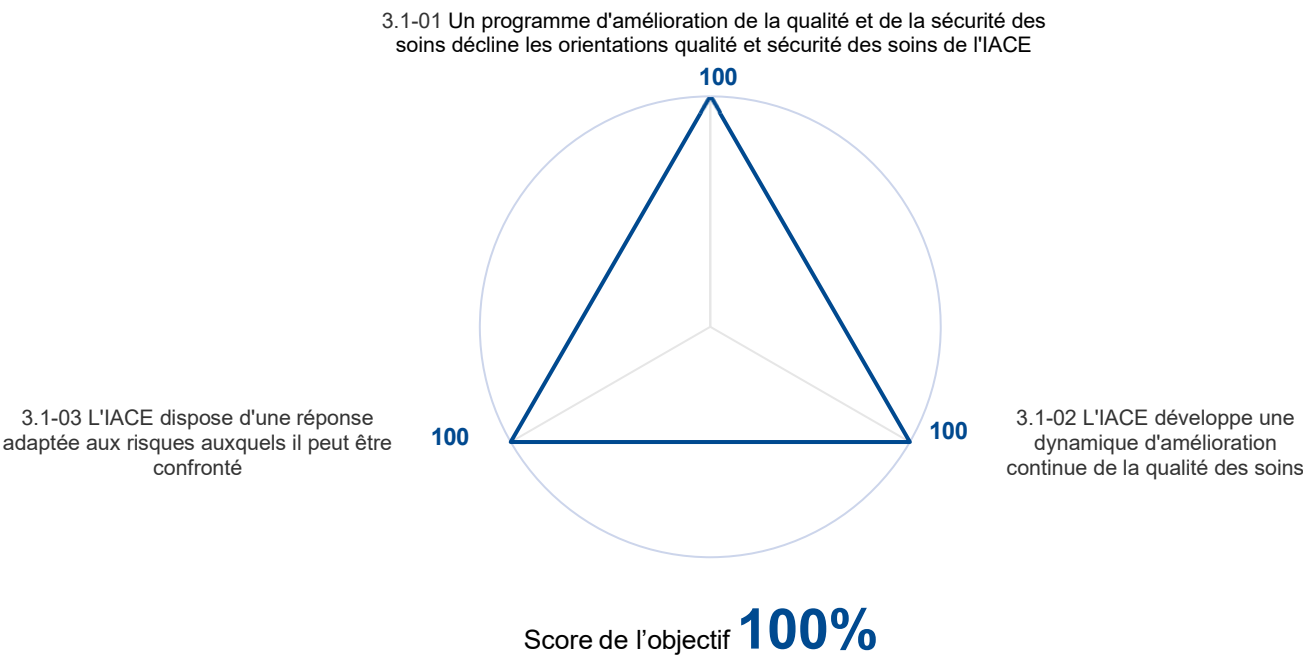
La politique de qualité de vie au travail est décrite dans le projet d'établissement. Elle comporte des objectifs d'amélioration au regard des réponses apportées par la boussole « Qualité de vie au travail de l'HAS » réalisée auprès des professionnels. Le document unique « Evaluation des risques professionnels » a priorisé les moyens de prévention et de protection, selon leur criticité. Des discussions collectives sont organisées avec un temps de parole partagé, concernant l'organisation du travail. Les entretiens professionnels individuels sont en cours de formalisation. Les formations sont programmées, annuellement.

L'ACE est en lien avec le service de santé au travail et tous les professionnels ont un suivi annuel. La vaccination est gratuite et délivrée par la pharmacie d'officine.

De nombreux indicateurs de pratiques cliniques et d'activités dans la prise en charge du patient sont recueillis : indicateurs de qualité et d'activité au bloc opératoire, EPP (hygiène, douleur, dossier...), dans le PAQSS, analyse des EI, analyse des questionnaires de satisfaction et sont suivis par la Coordination de la Qualité et Gestion des Risques. La procédure de déclaration de EIGS sur le portail national est formalisée mais aucun EIGS n'est survenu depuis l'ouverture de la structure.

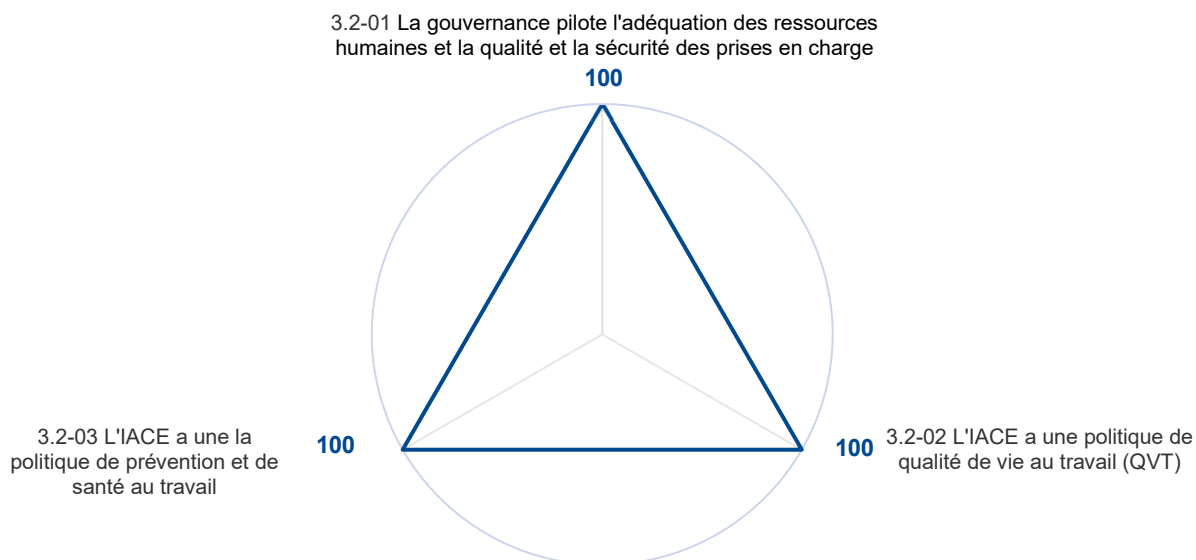
L'ensemble des matériels et équipements font l'objet d'une maintenance régulière. Les prestations sous convention font l'objet d'évaluation et d'actions d'amélioration. Les locaux sont conformes concernant la mise aux normes de la sécurité incendie, les professionnels sont formés. De même, ils sont conformes quant à son activité chirurgicale, accueil des patients, circulation aisée, espaces de travail adaptés.

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



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%

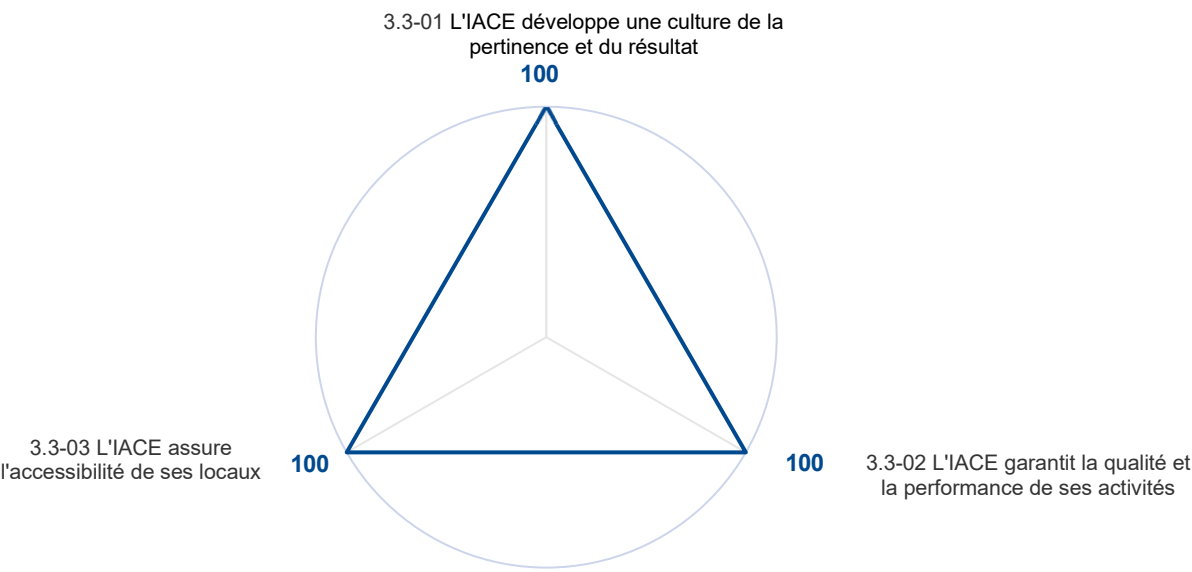
Objectif 3.2 : La gestion des ressources et compétences professionnelles



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 **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

