
MESURER
& AMÉLIORER LA QUALITÉ

RAPPORT DE
CERTIFICATION

Centre de Chirurgie Esthétique et Dermatologie de l'Alboni

6 rue de l'Alboni 75016 Paris



Validé par la HAS en Octobre 2025

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



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 ;

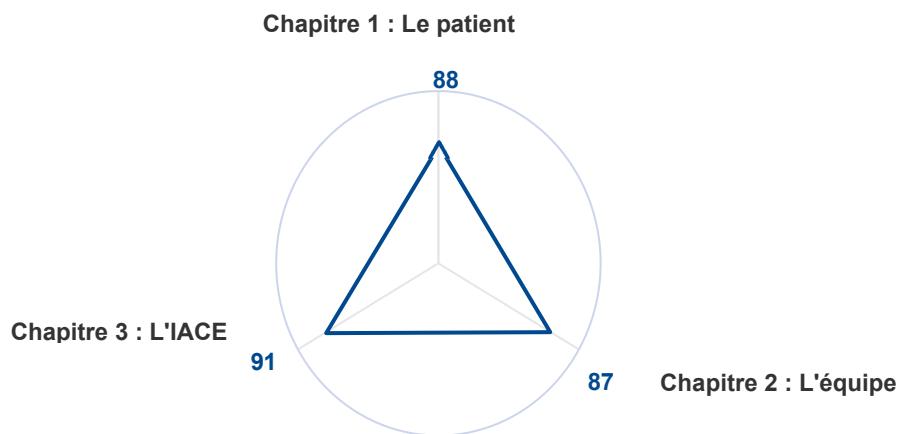
En l'espèce, au vu des éléments mentionnés dans le présent rapport, la Haute Autorité de santé décide la certification de l'installation de chirurgie esthétique.

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 et dermatologie de l'Alboni	
Adresse	6 rue de L'Alboni 75016 Paris
Département / Région	Paris / Île-de-France

Résultats



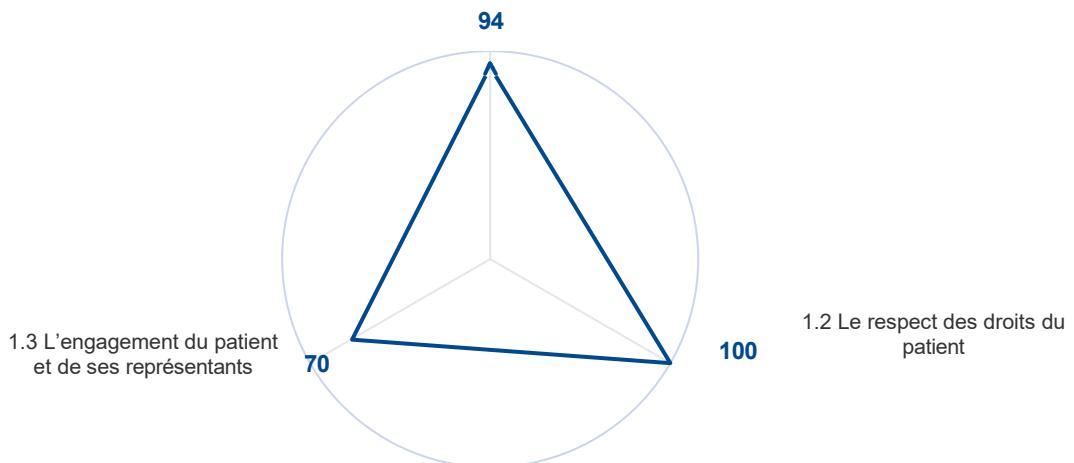
Score global de satisfaction aux attendus du référentiel **89%**

Chapitre		Score %
Chapitre 1	Le patient	88%
Chapitre 2	L'équipe	87%
Chapitre 3	L'IACE	91%

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	75%
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	60%
3.1-01	Un programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins décline les orientations qualité et sécurité des soins de l'IACE	100%

Chapitre 1 : Le patient

1.1 L'information et le consentement du patient



Score du chapitre **88%** 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	70%

Synthèse chapitre 1

Les patients sont informés sur leur séjour par leur chirurgien lors des consultations concernant d'une part les bénéfices risques du traitement choisi et d'autre part des modalités de leur prise en charge. Le Centre de Chirurgie Esthétique et de Dermatologie de l'Alboni (CCEDA) a mis à disposition des patients des messages d'information via un livret d'accueil permettant de l'informer et de l'impliquer dans sa prise en charge. Les patients concernés par la pose d'un dispositif médical implantable bénéficient d'informations complémentaires. La feuille de consentement éclairé à la chirurgie permet de recueillir aussi l'éventuel refus du patient d'accéder à son espace santé.

Les modalités de prise en charge sont partagées avec le patient et le cas échéant, avec la personne de confiance qu'il a désignée. La traçabilité des informations, les consentements sont retrouvés dans les dossiers. Le délai de réflexion de 15 jours avant la chirurgie est respecté et le montant des honoraires et frais attenants clairement renseignées dans la feuille de consentement. Toutes les ordonnances mentionnent que les actes et prescriptions ne sont pas pris en charge par la sécurité sociale.

Le dossier patient est en partie en version électronique (partie administrative, synthèse médicale, DMI). En parallèle le dossier patient papier suit le patient pendant toute sa prise en charge.

Les coordonnées de la personne de confiance et de la personne à prévenir sont recueillies par les professionnels. Dans le livret d'accueil le patient peut retrouver l'ensemble de ses droits (dont modalité de déclaration d'événement indésirable ou de réclamation etc...), et les informations concernant les représentants des usagers. Ce livret d'accueil est remis systématiquement, contre signature. La patiente rencontrée ne connaissait pas la possibilité de contacter les représentants des usagers ni le recours auprès de ceux-ci. De plus, l'entretien réalisé auprès de cette patiente démontre la méconnaissance relative de la déclaration des événements indésirables et des modalités pour soumettre une réclamation bien que cette information soit également disponible dans le livret d'accueil. Le patient est invité à exprimer sa satisfaction via un questionnaire de satisfaction remis avant sa sortie.

Le CCEDA ne prend pas en charge les patients porteurs de handicap autre que visuel ou auditif. Il ne prend pas en charge les patients à mobilité réduite.

Dans le secteur d'hospitalisation comprenant 3 chambres individuelles avec douche, les locaux permettent de préserver l'intimité des patients. Les chambres disposent d'armoire avec un coffre permettant de sécuriser les biens personnels. Les chambres ne sont pas adaptées PMR.

La douleur est évaluée à l'aide d'échelles EVA et l'Echelle Bieri Von Bayer. Le protocole d'évaluation de la douleur précise la réévaluation systématique après une administration d'antalgique. La trace de ces réévaluations se retrouvent dans le dossier.

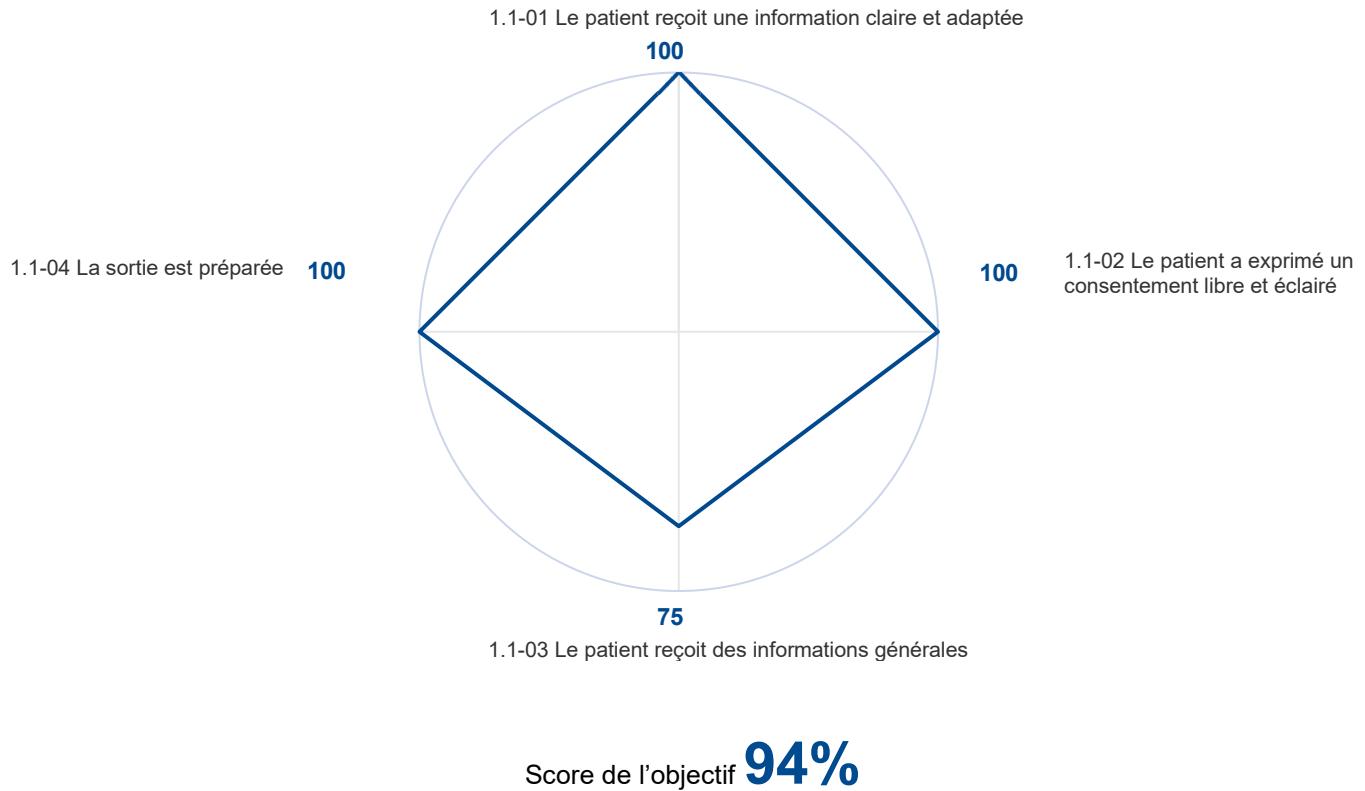
La patiente rencontrée était porteuse d'un bracelet d'identification pour sécuriser sa prise en charge.

La recherche de la satisfaction du patient se fait à l'aide de questionnaires de sortie proposés aux patients à différents moments de sa prise en charge : post op immédiate, post op à distance (entre 2 à 6 mois selon l'intervention), sur la médecine esthétique. Ces questionnaires sont analysés par l'équipe, le score est de 4,90/5 sur l'ensemble des thèmes investigués.

L'information concernant les plaintes et réclamation est retrouvée dans le livret d'accueil. En revanche, l'information du patient concernant la possibilité de déclarer sur le portail national est absente.

Un registre de plainte est à disposition des patients au niveau de l'accueil : pas de plainte de patient enregistrée depuis 3 ans. Les procédures « gestion des plaintes, annonces dommages associés aux soins » sont retrouvées dans la GED. Les réclamations qui apparaissent sur les questionnaires de sorties bénéficient de mesures correctives immédiates.

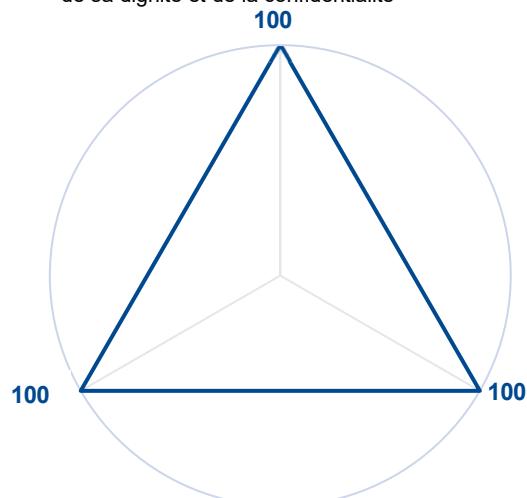
Objectif 1.1 : L'information et le consentement du patient



Critères		
1.1-01	Le patient reçoit une information claire et adaptée sur l'intervention	100%
1.1-02	Le patient a exprimé un consentement libre et éclairé	100%
1.1-03	Le patient reçoit des informations générales	75%
1.1-04	La sortie est préparée	100%

Objectif 1.2 : Le respect des droits du patient

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



1.2-03 Le patient bénéficie de soins visant à anticiper ou à soulager rapidement sa douleur

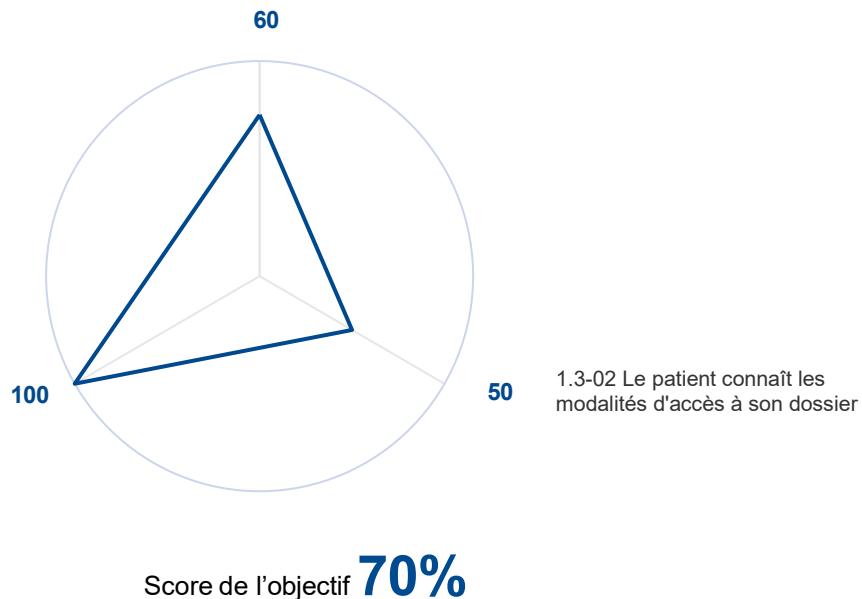
1.2-02 Le patient est assuré d'une prise en charge bientraitante

Score de l'objectif **100%**

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

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

1.3-01 Le patient est invité à exprimer sa satisfaction



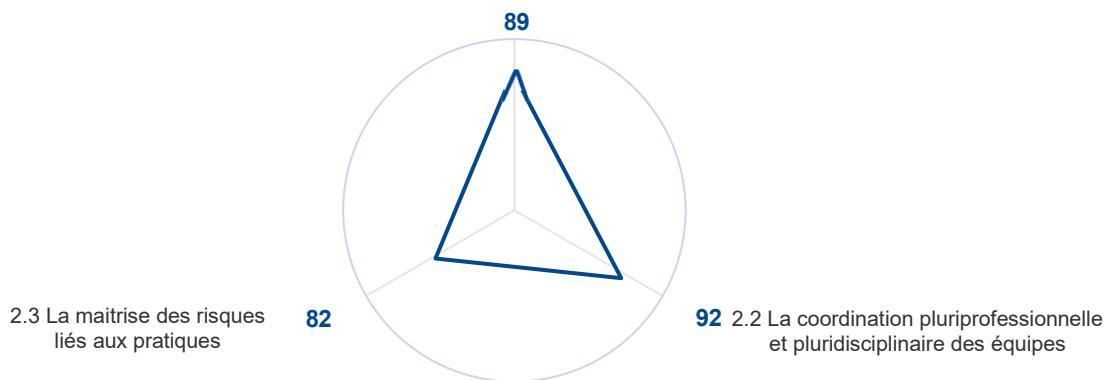
1.3-03 Les représentants des usagers s'engagent au sein de l'IACE

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

Critères		
1.3-01	Le patient est invité à exprimer sa satisfaction	60%
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

2.1 La pertinence des actes et des prescriptions



Score du chapitre **87%** du score maximal

Objectifs		
2.1	La pertinence des actes et des prescriptions	89%
2.2	La coordination pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire des équipes	92%
2.3	La maitrise des risques liés aux pratiques	82%

Synthèse chapitre 2

La prise en charge du patient repose sur une implication des professionnels et sur la coordination pluriprofessionnelle et multidisciplinaire.

La consultation d'anesthésie à distance permet de vérifier les bilans et de prescrire une antibioprophylaxie. La décision d'intervention est prise de façon collégiale entre le patient, l'anesthésiste et le chirurgien. La prise de rendez-vous se fait soit par téléphone, soit par l'intermédiaire d'une application. Lors du premier appel du patient, un premier dossier est formalisé avec prise de renseignement (fiche de pré consultation) afin de confirmer le rendez-vous médical.

Les bonnes pratiques d'identitovigilance sont maîtrisées et appliquées à toutes les étapes de la prise en charge avec la pose d'un bracelet d'identité avant le bloc opératoire. La patiente rencontrée était bien porteuse d'un bracelet d'identification pour sécuriser sa prise en charge.

Lors de la visite avec le praticien, le patient bénéficie d'une évaluation médicale (psychique et somatique), le bilan global est tracé dans le dossier. Les bénéfices-risques à court et à long termes des dispositifs médicaux implantables sont discutées avec le patient. Son avis est sollicité pour les prises de décisions majeures le concernant suite à l'information donnée par le praticien en s'appuyant sur les documents remis et ses préférences sont prises en compte.

Un devis est remis au patient avec l'ensemble des informations obligatoires, les tarifs, le délai d'arrêt de travail, la prise en charge ou non par la CPAM, le délai de réflexion. La trace de l'acceptation du devis par le patient dans le respect du délai de réflexion est retrouvée dans le dossier.

L'implication du patient et son adhésion sont systématiquement recherchées dans la programmation et l'organisation de son intervention. Le patient est informé de son admission.

Tous les éléments utiles à la prise en charge du patient (antécédents, examen clinique, prescriptions, résultats de laboratoire...) sont intégrés dans le dossier du patient. Le dossier papier permet l'accessibilité de ces informations et la coordination entre les professionnels.

Le patient bénéficie d'une prise en charge bientraitante tout le long de son séjour.

Les éventuelles indications de la nécessité d'une consultation avec un psychologue avant chirurgie sont posées lors de chaque consultation de chirurgie si le profil du patient laisse à penser à une éventuelle addiction.

Les questions éthiques posées au sein du CCEDA sont discutées lors de la réunion mensuelle. Toutefois les professionnels n'ont pas accès à des ressources (structures de réflexion ou d'aide à la décision, internes ou externes à l'IACE, documentation, formations, etc.) en matière d'éthique.

En ambulatoire ou en hospitalisation complète une IDE reçoit le patient à son arrivée (contrôle de l'identité et pose de bracelet) et le prépare pour l'intervention (douche, constantes, prémédication). L'IDE de bloc opératoire assiste le chirurgien pendant l'intervention et transfère le patient en SSPI. L'IDE d'hospitalisation assure sa surveillance en SSPI et dans sa chambre (surveillance post-opératoire et suivi infirmier). Elle organise aussi la sortie du patient et lui donne toutes les informations et documents nécessaires au suivi, en collaboration avec la responsable relation clientèle.

Le parcours ambulatoire est sécurisé. La mise à la rue est faite à partir du score de sortie. L'autorisation de sortie sur score (Chung) est tracée dans le DPI. Les médicaments et soins postopératoires sont prescrits par le chirurgien et l'anesthésiste au moment de la consultation préopératoire. Les soignants documentent la sortie signée par l'anesthésiste ou l'opérateur. L'information du patient est assurée lors de sa sortie avec une remise de documents CRO, consignes post opératoire, ordonnance de sortie, document avec le numéro des professionnels à joindre en cas de problème. L'appel du lendemain est fait par le chirurgien. Les patients peuvent joindre 24h/24 le chirurgien. Une présence médicale sur la journée et une astreinte de nuit contribue à répondre immédiatement aux besoins et attentes des patients sur l'hospitalisation complète. Les risques spécifiques à la chirurgie ambulatoire sont maîtrisés.

Au bloc opératoire la communication, la coordination et la sécurité de la prise en charge du patient sont assurées par la réalisation effective et efficace de la check-list cependant il n'y a pas eu d'audit de conformité de la check-list et les NOGO ne sont pas suivis.

Les professionnels au bloc opératoire sont identifiables avec le port de badge d'identification. Le bionettoyage réalisé par une aide-soignante est tracé.

Les compétences et la qualification de tous les intervenants sont effectives. L'équipe s'appuie sur des protocoles qui intègrent les recommandations de bonnes pratiques et des protocoles définis sur la base de documents scientifiques. D'une manière générale, la continuité et coordination de la prise en charge est effective. Une bonne coordination des équipes médicales et paramédicales existe. Les liens avec les laboratoires extérieurs et le délai de rendu des résultats sont conformes. On retrouve tous les éléments dans les observations.

Le circuit du médicament est maîtrisé de la prescription à l'administration. Il existe des procédures de vérification des péremptions. Lors de la pose d'un DMI, il est remis une carte de traçabilité au patient, celui-ci est également tracé dans le dossier du patient et dans le registre d'intervention du bloc opératoire.

Les professionnels connaissent le dispositif relatif aux vigilances sanitaires.

La gestion des dispositifs médicaux est conforme (circuit, prélèvement, traçabilité) et les DMI tracés dans le dossier.

Les équipes maîtrisent le risque infectieux en appliquant les bonnes pratiques d'hygiène des mains. Le risque infectieux est maîtrisé : les précautions standards sont respectées par l'ensemble des professionnels. Il n'est pas mis en place des précautions complémentaires car la moindre infection est incompatible avec la chirurgie esthétique. Le respect du moment de l'administration et de la durée de l'antibioprophylaxie est tracé.

Le CCEDA a renouvelé récemment sa convention avec l'Hôpital Européen Georges Pompidou concernant la prise en charge de l'urgence vitale. Les professionnels vacataires sont formés aux gestes d'urgence dans leur établissement d'origine. Le médecin anesthésiste intervenant assure des formations informelles. L'ensemble du personnel de la structure n'est pas formé AFGSU. L'établissement va s'assurer que tous les professionnels sont à jour de la formation AFGSU et une formation a été programmée pour les responsables de la structure. Depuis 2018 il n'y a pas eu de simulation à la prise en charge d'une urgence vitale. Les locaux sont adaptés à l'intervention des services d'urgence et au brancardage si besoin. Lors du contrôle incendie récent il a été vérifié la possibilité d'évacuer un patient alité par l'escalier de service.

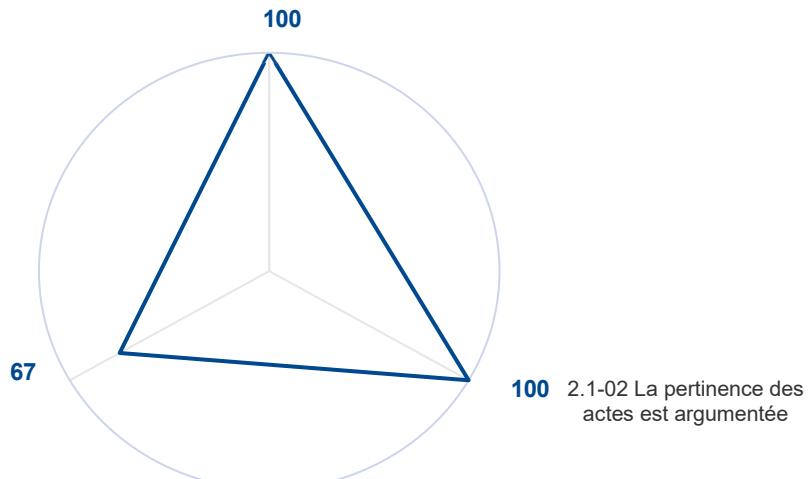
Le numéro unique d'urgence est connu des professionnels mais non affiché (correction faite pendant la visite). Le chariot d'urgence est opérationnel avec cahier de suivi et contrôle des périmés et du matériel mensuel cependant le défibrillateur n'est contrôlé qu'avec le chariot d'urgence alors qu'il devrait l'être à chaque fois que le bloc est en activité (checklist d'ouverture de la salle de réveil). La vérification du défibrillateur a été rajoutée à la check List d'ouverture de la salle de réveil pendant la visite.

La sécurité informatique est en place. Un prestataire externe assure la conservation des données. Les codes d'accès aux éléments informatisés du dossier patient sont personnels. La messagerie sécurisée est en cours de développement.

Le DMP n'est pas complété pour des raisons de confidentialité à la demande des patients. Le chirurgien n'alimente pas le dossier patient dans son espace santé par contre le consentement du patient d'accéder à son dossier est recueilli dans la feuille de « consentement éclairé mutuel ».

Objectif 2.1 : La pertinence des actes et des prescriptions

2.1-01 L'évaluation initiale globale de l'état de santé du patient permet d'établir un projet de prise en charge personnalisé

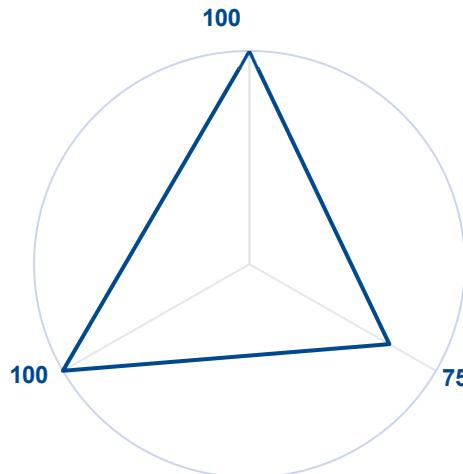


Score de l'objectif **89%**

Critères		
2.1-01	L'évaluation initiale globale de l'état de santé du patient permet d'établir un projet de prise en charge personnalisé	100%
2.1-02	La pertinence des actes est argumentée	100%
2.1-03	L'IACE promeut et soutient le recours au questionnement éthique par l'ensemble des acteurs	67%

Objectif 2.2 : La coordination pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire des équipes

2.2-01 Les équipes de soins ont accès aux informations du patient avec un système



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

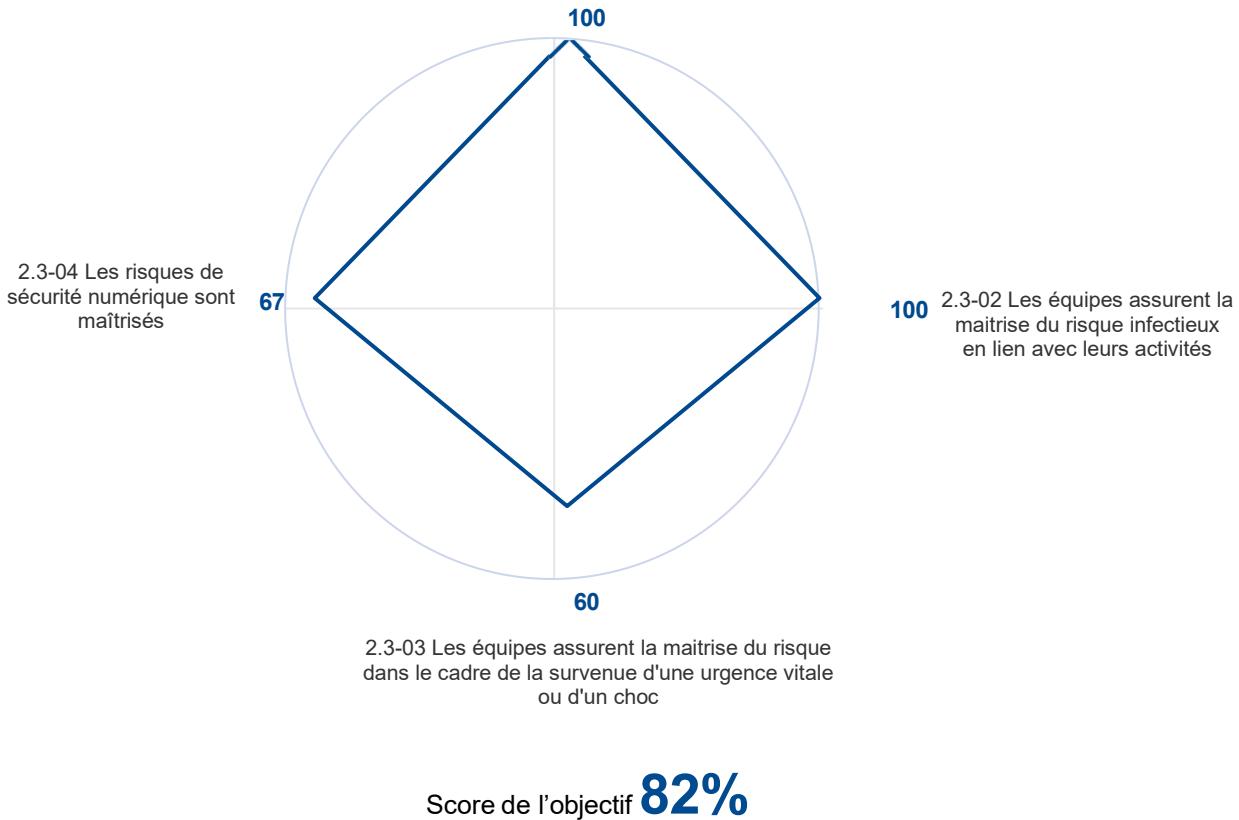
2.2-02 Les équipes sécurisent l'activité interventionnelle au bloc opératoire

Score de l'objectif **92%**

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	75%
2.2-03	Les équipes assurent au patient une sortie en toute sécurité	100%

Objectif 2.3 : La maîtrise des risques liés aux pratiques

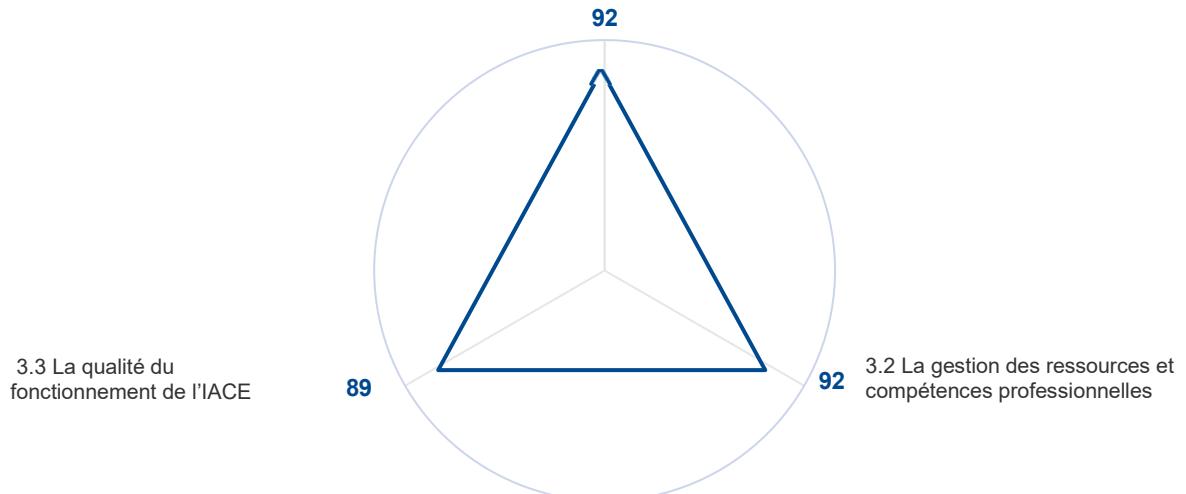
2.3-01 Les équipes assurent la maîtrise des risques en lien avec les produits de santé dont l'IACE



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	60%
2.3-04	Les risques de sécurité numérique sont maîtrisés	67%

Chapitre 3 : L'IACE

3.1 Le management par la qualité et la gestion des risques



Score du chapitre **91%** du score maximal

Objectifs		
3.1	Le management par la qualité et la gestion des risques	92%
3.2	La gestion des ressources et compétences professionnelles	92%
3.3	La qualité du fonctionnement de l'IACE	89%

Synthèse chapitre 3

Le Centre de Chirurgie Esthétique et de Dermatologie de l'Alboni (CCEDA) se situe au 1er étage d'un immeuble haussmannien. Sur une surface de 237 m² il comprend une salle d'attente, des locaux de consultation, un secrétariat, 3 chambres individuelles pour l'hospitalisation ambulatoire ou complète. Le CCEDA dispose d'un secteur opératoire unique, d'une salle d'intervention et d'une Salle de Surveillance Post Interventionnelle (SSPI) de 2 postes. L'activité chirurgicale est réalisée sous anesthésie générale et/ou sous anesthésie locale.

La politique qualité est au cœur du fonctionnement de la structure celle-ci ayant bénéficié après son ouverture d'une accréditation par un organisme américain. La gouvernance analyse les risques auxquels l'établissement est exposé et suit les actions d'amélioration mises en place. Les professionnels du bloc et du soin, tous vacataires réguliers sont sollicités pour améliorer la prise en charge des patients. Toutefois on ne retrouve pas d'indicateurs qualitatifs partagés avec ces professionnels. Le plan d'action qualité fait apparaître de mesures correctives en lien avec les EI. On note aussi une absence d'analyse d'indicateurs cliniques et d'activité.

La sécurité des biens et des personnes est assurée. Les risques environnementaux sont pris en compte et une réflexion en cours sur la pertinence d'utiliser du protoxyde d'azote au bloc. Le développement durable en particulier pour le tri des déchets est en place et une réflexion sur la diminution ou recyclage des déchets au bloc est initiée.

Les risques professionnels sont identifiés et le document unique à jour. Les vacataires sont suivis par la médecine du travail de leurs établissements respectifs. Toutefois l'IACE n'est pas en mesure de démontrer que tous les soignants sont à jour des vaccinations obligatoires. Une mesure corrective a été initiée.

La maintenance des locaux et des équipements est assurée et une action mise en place récemment pour s'assurer que ces maintenances sont faites à périodicité régulière (procédure de rappel).

L'IACE a eu un avis favorable de la commission incendie récemment.

La CDU est en place. Elle s'est réunie une fois en 2024 et en mars 2025. Elle comprend le chirurgien, l'infirmière responsable de la structure, la responsable de la patientèle, les deux représentants des usagers qui sont d'anciens patients et récemment l'IBODE vacataire qui a un DU qualité. Le compte rendu de cette réunion reprend les résultats de l'évaluation de la satisfaction des patients, les éventuels recours ou plaintes formulés, l'exposé des événements indésirables (2 en 2024) et l'avenir de la structure suite au changement de chirurgien propriétaire. Ce compte rendu ne mentionne pas les actions mises en œuvre pour améliorer les délais de transmission des dossiers. Les demandes d'accès au dossier par les patients sont exceptionnelles. La représentante des usagers rencontrée, qui a participé aux 2 dernières CDU ne pouvait pas citer les actions d'amélioration mises en œuvre par l'établissement.

Le CCEDA a renouvelé récemment sa convention avec l'Hôpital Européen Georges Pompidou concernant la prise en charge de l'urgence vitale. Les professionnels vacataires sont formés aux gestes d'urgence dans leur établissement d'origine. Le médecin anesthésiste intervenant assure des formations informelles. L'ensemble du personnel de la structure n'est pas formé AFGSU. L'établissement va s'assurer que tous les professionnels sont à jour de la formation AFGSU et une formation a été programmée pour les responsables de la structure. Depuis 2018 il n'y a pas eu de simulation à la prise en charge d'une urgence vitale. Les locaux sont adaptés à l'intervention des services d'urgence et au brancardage si besoin. Lors du contrôle incendie récent il a été vérifié la possibilité d'évacuer un patient alité par l'escalier de service.

Le numéro unique d'urgence est connu des professionnels mais non affiché (correction faite pendant la visite). Le chariot d'urgence est opérationnel avec cahier de suivi et contrôle des périmés et du matériel mensuel cependant le défibrillateur n'est contrôlé qu'avec le chariot d'urgence alors qu'il devrait l'être à chaque fois que le bloc est en activité (checklist d'ouverture de la salle de réveil). La vérification du défibrillateur a été rajoutée à la check List d'ouverture de la salle de réveil pendant la visite.

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

100

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

100

75

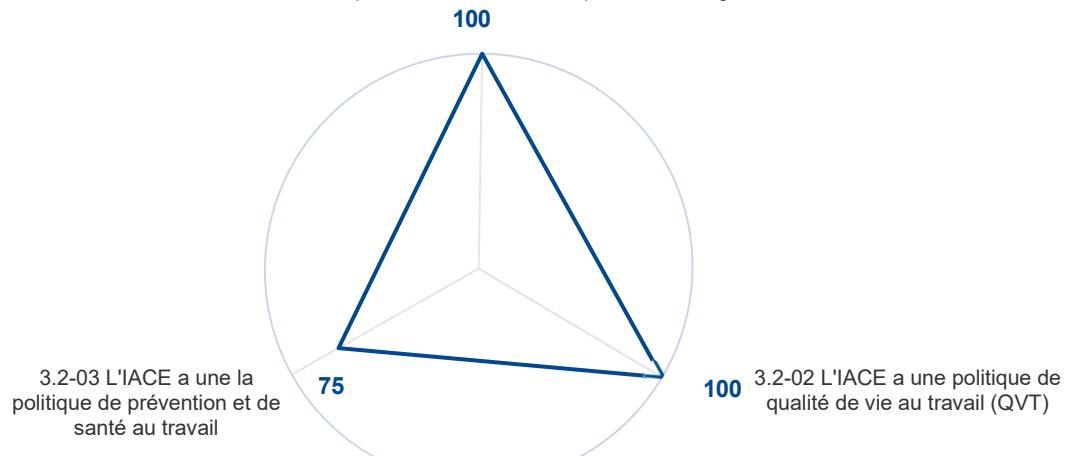
3.1-02 L'IACE développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins

Score de l'objectif **92%**

Critères		
3.1-01	Un programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins décline les orientations qualité et sécurité des soins de l'IACE	100%
3.1-02	L'IACE développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins	75%
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

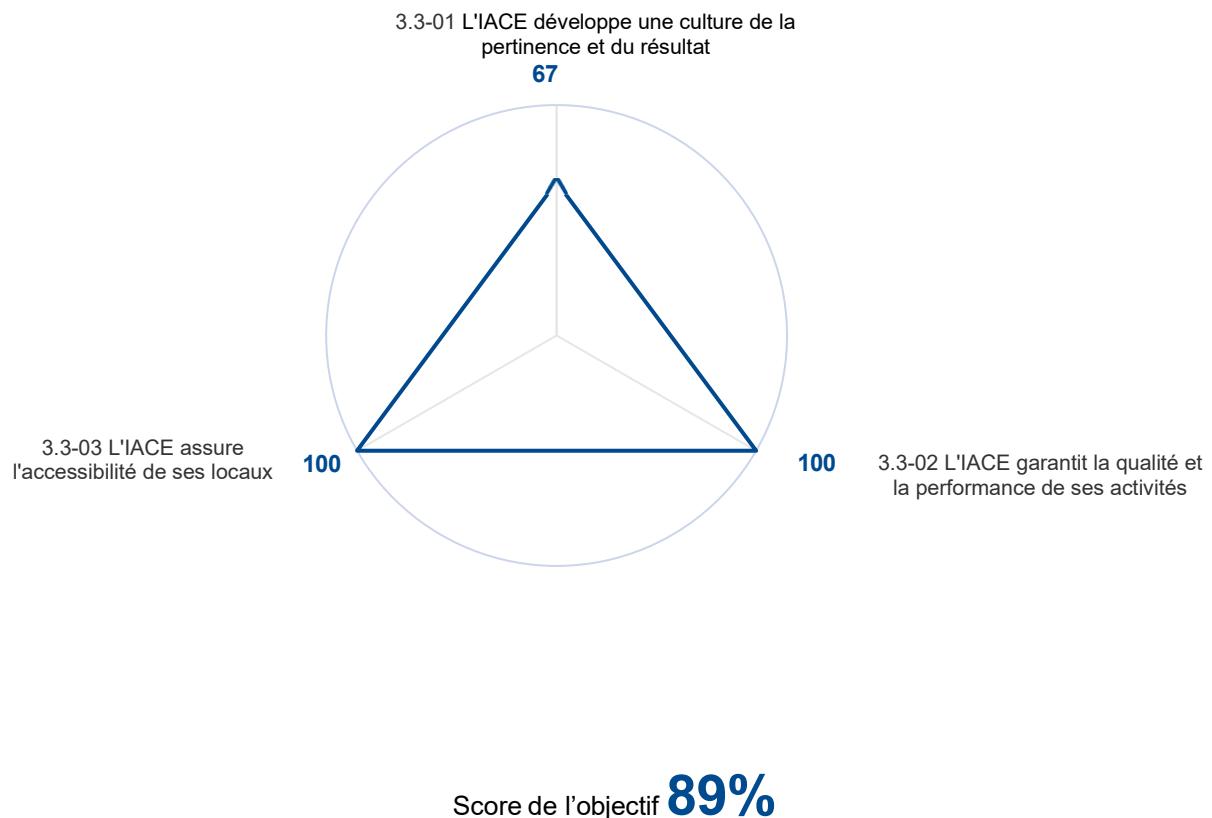
3.2-01 La gouvernance pilote l'adéquation des ressources humaines et la qualité et la sécurité des prises en charge



Score de l'objectif **92%**

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	75%

Objectif 3.3 : La qualité du fonctionnement de l'IACE



Critères		
3.3-01	L'IACE développe une culture de la pertinence et du résultat	67%
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

