



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

MESURER

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

RAPPORT DE CERTIFICATION

IACE Alphanth Pergolèse

12 Avenue Alphanth 75116 Paris



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.

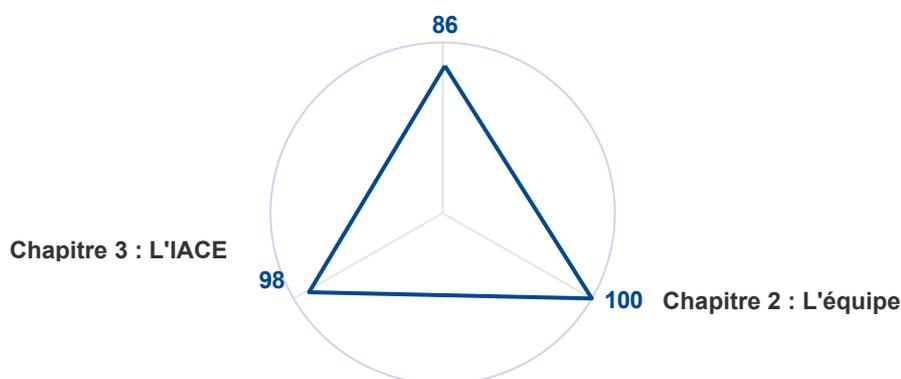
Le rapport et la décision sont publiés sur le site Internet de la HAS et communiqués à l'autorité de tutelle de l'installation de chirurgie esthétique. L'installation de chirurgie esthétique doit en assurer la plus large diffusion interne. Elle doit notamment la porter à la connaissance des instances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

Présentation

| IACE Alphanth Pergolèse | |
|-------------------------|--------------------------------|
| Adresse | 12 Avenue Alphanth 75116 Paris |
| Département / Région | Paris / Île-de-France |

Résultats

Chapitre 1 : Le patient



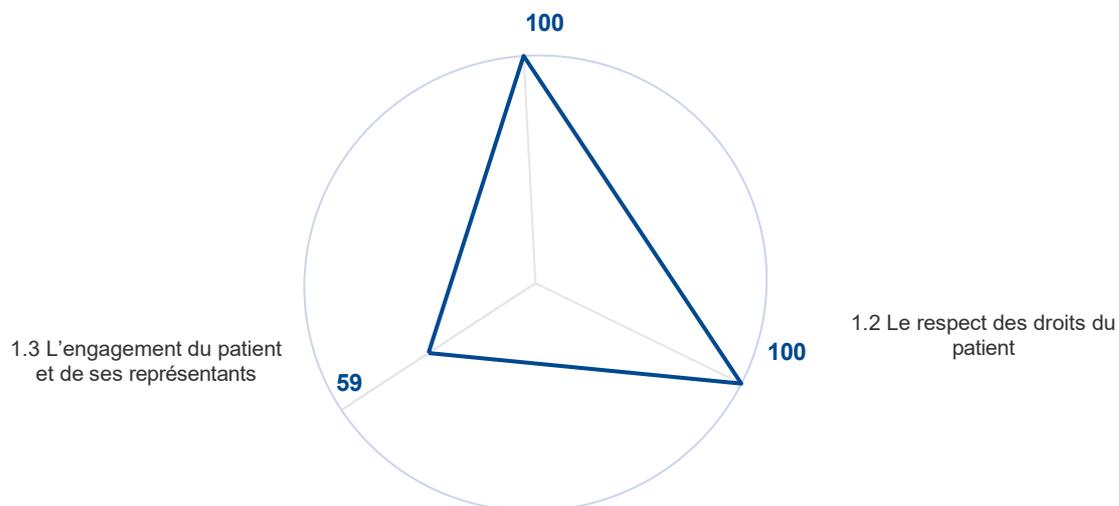
Score global de satisfaction aux attendus du référentiel **95%**

| Chapitre | | Score % |
|------------|------------|---------|
| Chapitre 1 | Le patient | 86% |
| Chapitre 2 | L'équipe | 100% |
| 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 | 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 | 80% |

Chapitre 1 : Le patient

1.1 L'information et le consentement du patient



Score du chapitre **86%** 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 | 59% |

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 émanant de la Société Française de Chirurgie Plastique Reconstructrice et Esthétique lui sont remises. Les patients signent un consentement éclairé qui n'est pas une décharge de responsabilité mais une reconnaissance d'information.

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 lors des consultations préalables à l'acte opératoire, 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 bienveillante 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, notamment au bloc opératoire.

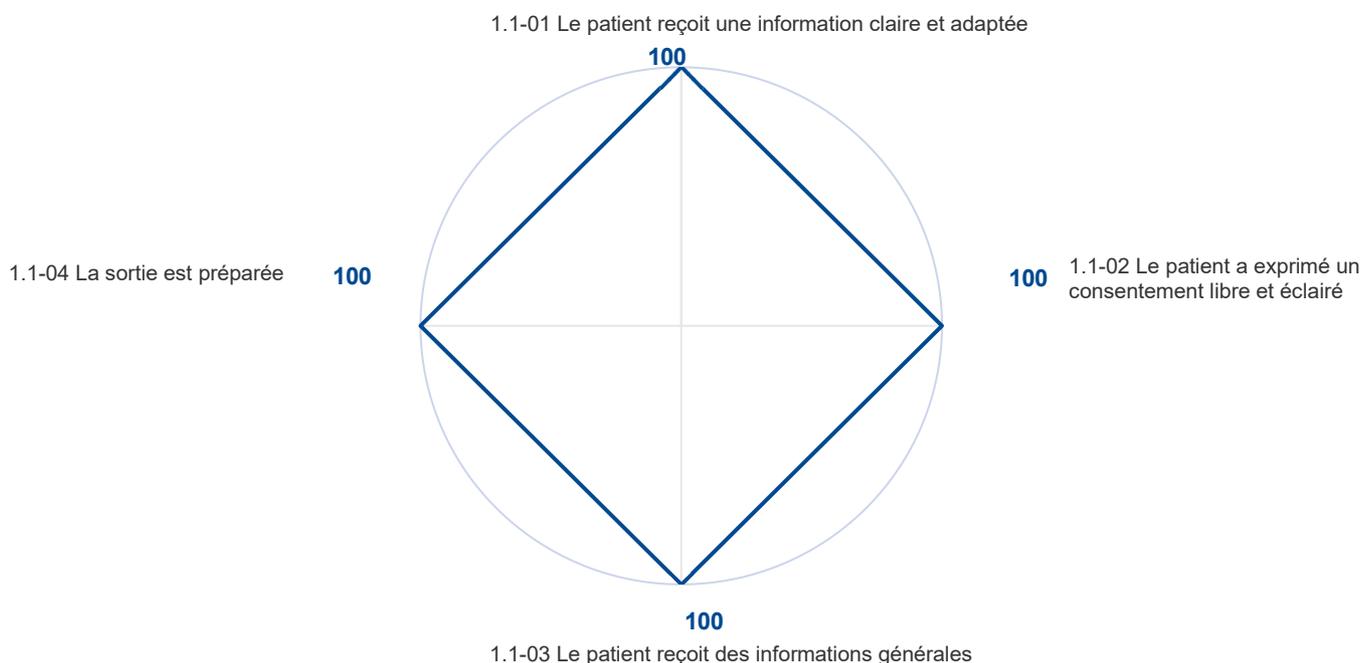
La douleur est évaluée et un traitement antalgique est délivré. Des ordonnances d'antalgiques sont données au patient avant son intervention, permettant de faciliter l'analgésie dès le retour à domicile.

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 connaît l'usage du dossier médical de « Mon Espace Santé » et sait que l'équipe de soins peut l'alimenter et le consulter sauf en cas d'opposition de celui-ci. Un formulaire rempli à l'entrée permet de tracer clairement son accord ou son refus.

La Commission des Usagers n'est pas encore en place, mais un représentant des usagers est désigné et a été rencontré lors de notre venue. Il n'attend plus que la validation de son statut par l'ARS. En effet, la clinique Alphanand a bénéficié d'une nouvelle direction il y a neuf mois, accompagnée d'un turn-over d'une partie des professionnels, ce qui n'a pas encore rendu possible la formalisation de cette commission qui devrait se réunir après l'été.

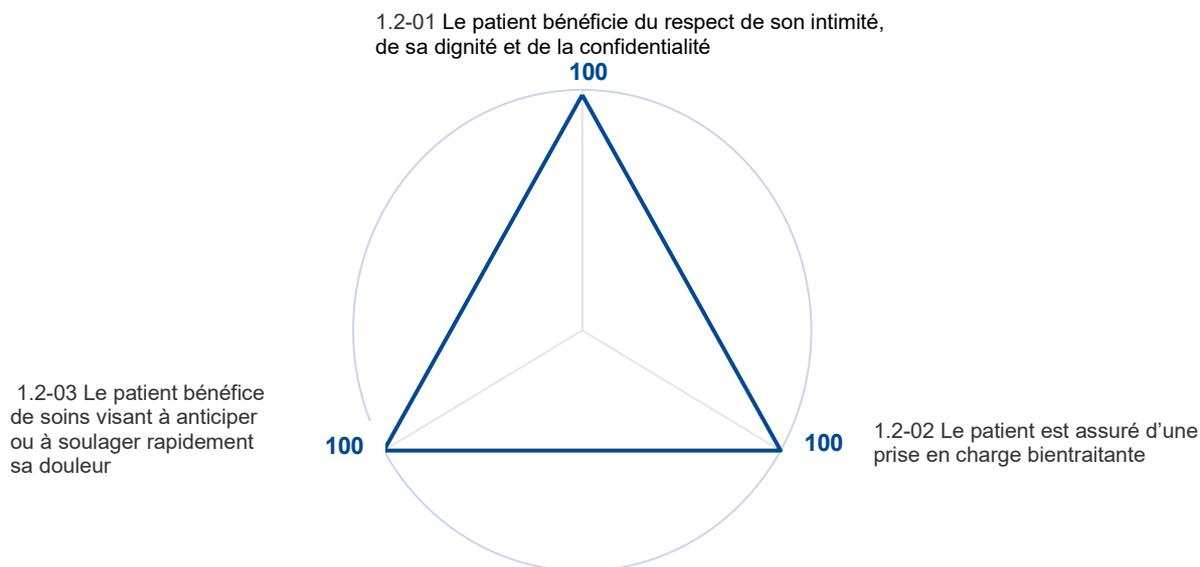
Objectif 1.1 : L'information et le consentement du patient



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

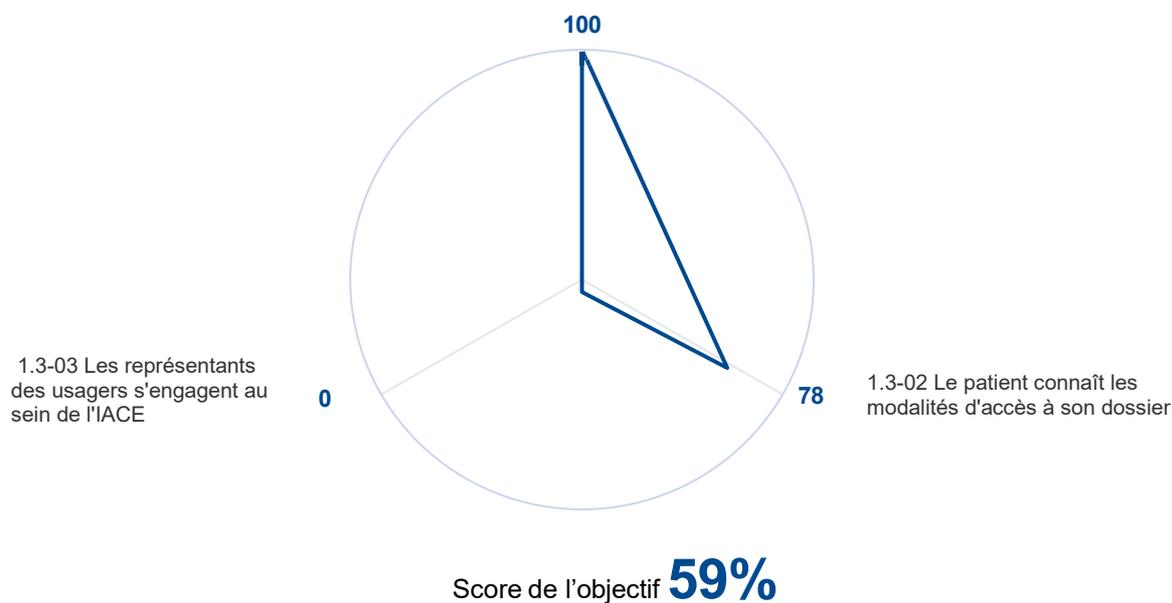


Score de l'objectif **100%**

| 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% |

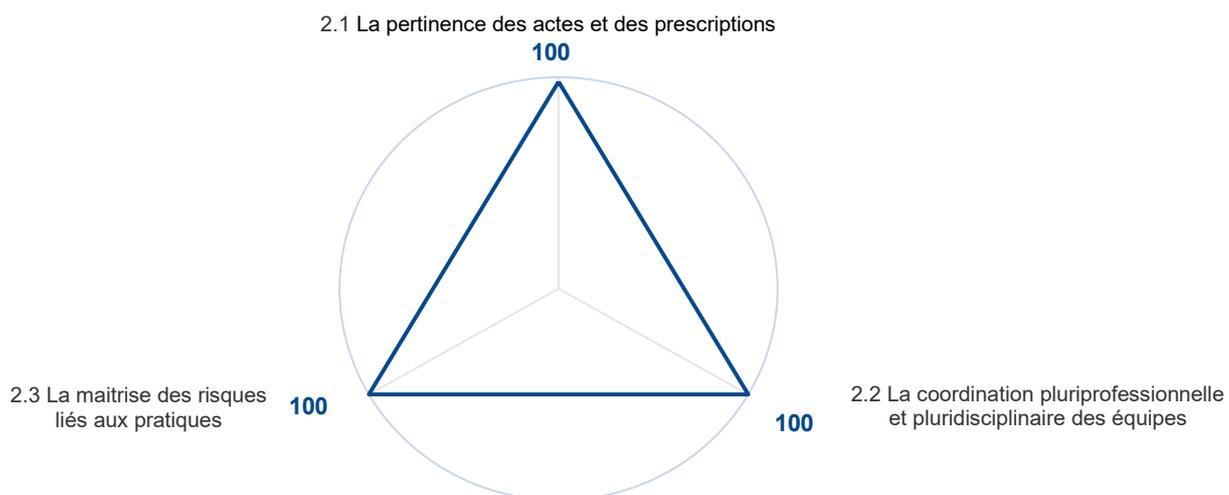
Objectif 1.3 : L'engagement du patient et de ses représentants

1.3-01 Le patient est invité à exprimer sa satisfaction



| Critères | | |
|----------|--|------|
| 1.3-01 | Le patient est invité à exprimer sa satisfaction | 100% |
| 1.3-02 | Le patient connaît les modalités d'accès à son dossier | 78% |
| 1.3-03 | Les représentants des usagers s'engagent au sein de l'IACE | 0% |

Chapitre 2 : L'équipe



Score du chapitre **100%** du score maximal

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

Synthèse chapitre 2

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 en cas de dysmorphophobie, 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 bénéfices et risques des différents dispositifs médicaux implantables sont partagés avec le patient.

Une réflexion éthique est en place et les questionnements sont identifiés et font l'objet d'échanges collectifs lors de tables rondes tous les trois mois.

Les différentes équipes sont coordonnées

Une informatisation du dossier patient (et de son parcours de soin : bloc, pharmacie, ...) adaptée aux particularités de la clinique est en voie de finalisation, rendant plus efficiente la traçabilité et l'accès à tous les éléments utiles à la prise en charge du patient.

L'activité du bloc opératoire est régulée. La check-list est réalisée conformément aux bonnes pratiques et fait l'objet d'audits.

La sortie est préparée en amont. Une lettre de liaison est remise le jour de la sortie, ainsi que les cartes d'implant. Les professionnels sont formés à l'utilisation du score de sortie.

Les risques liés aux pratiques sont maîtrisés

Toutes les étapes du circuit du médicament respectent les règles de bonnes pratiques, y compris concernant les médicaments à risque. Les dispositifs médicaux implantables sont tracés dans un registre.

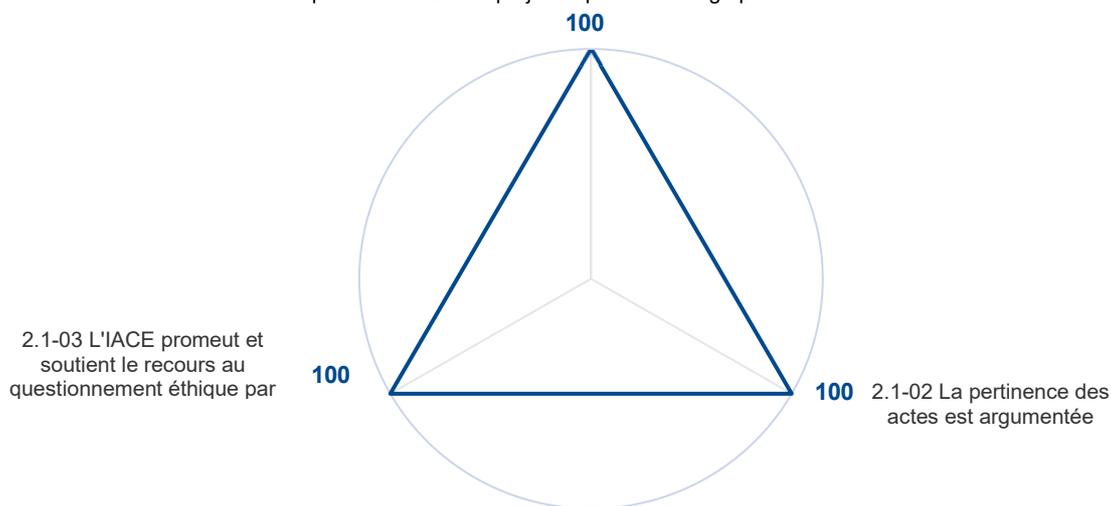
Les bonnes pratiques en matière de prévention du risque infectieux sont globalement respectées.

La prise en charge de l'urgence vitale est maîtrisée. Un numéro d'appel unique et dédié est en place et les personnels sont formés.

La sécurité numérique est assurée avec l'aide d'un prestataire extérieur joignable 24h/24.

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

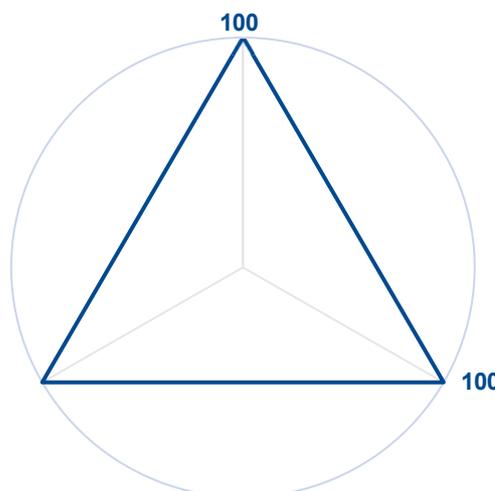


Score de l'objectif **100%**

| 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

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

100

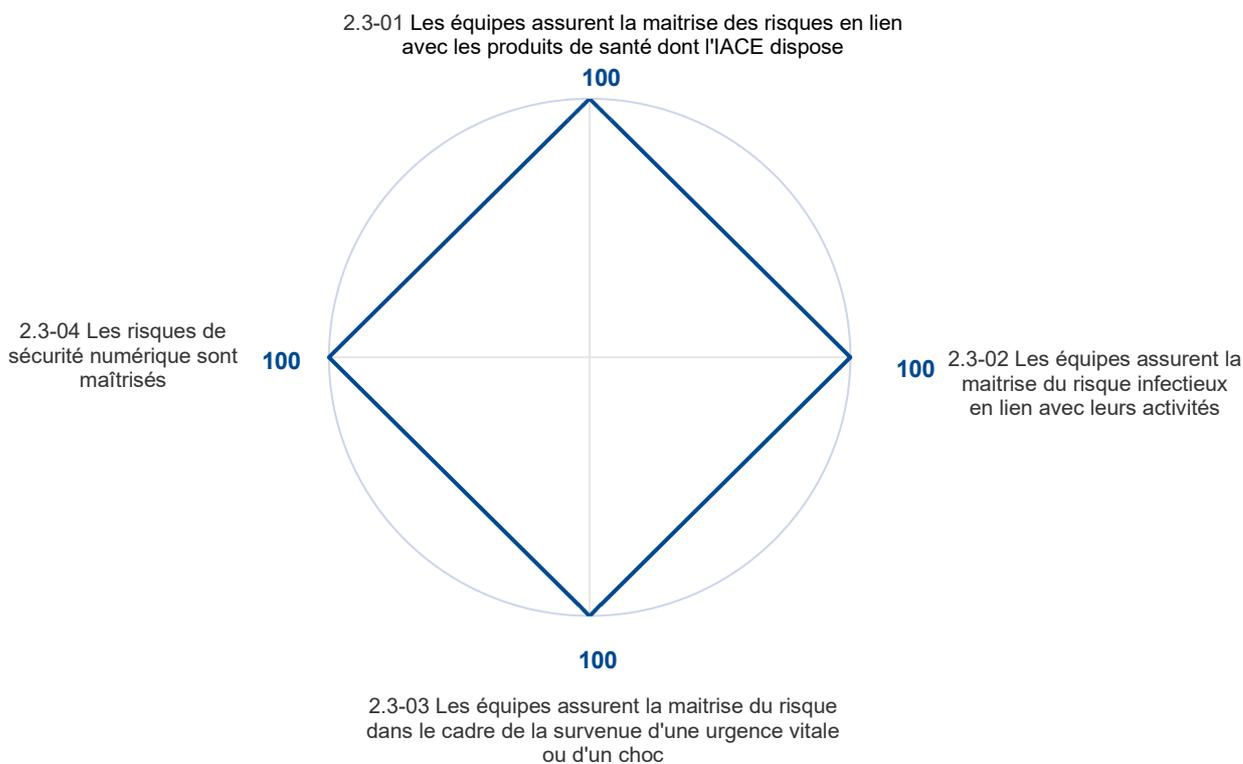
2.2-02 Les équipes sécurisent l'activité interventionnelle au bloc opératoire

100

Score de l'objectif **100%**

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

Objectif 2.3 : La maitrise des risques liés aux pratiques



Score de l'objectif **100%**

| Critères | | |
|----------|---|------|
| 2.3-01 | Les équipes assurent la maitrise des risques en lien avec les produits de santé dont l'IACE dispose | 100% |
| 2.3-02 | Les équipes assurent la maitrise du risque infectieux en lien avec leurs activités | 100% |
| 2.3-03 | Les équipes assurent la maitrise du risque dans le cadre de la survenue d'une urgence vitale ou d'un choc | 100% |
| 2.3-04 | Les risques de sécurité numérique sont maîtrisés | 100% |

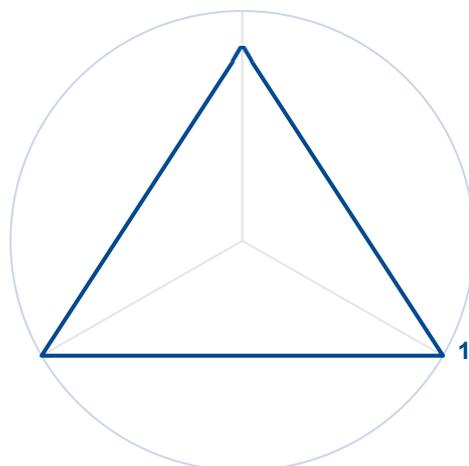
Chapitre 3 : L'IACE

3.1 Le management par la qualité et la gestion des risques

93

3.3 La qualité du fonctionnement de l'IACE

100



3.2 La gestion des ressources et compétences professionnelles

Score du chapitre **98%** 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 | 100% |
| 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 pour les cinq prochaines années. 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 professionnels ainsi que la gouvernance sont impliqués dans son suivi et dans la mise en œuvre des actions d'amélioration. La représentante des usagers devrait les rejoindre très prochainement. Il comprend des actions issues de l'analyse des réclamations et de l'analyse des événements indésirables. Le comité de pilotage qualité se réunit une fois par mois et analyse les déclarations d'événements indésirables selon leur criticité.

Les entrées de l'établissement sont surveillées et les patients disposent d'un coffre dans chaque chambre. 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 notamment lors des « masterclass » qui ont lieu régulièrement. Un accompagnement et un livret d'accueil sont mis en place pour les nouveaux arrivants.

La qualité de vie au travail (QVT) est une valeur de l'établissement, qui souhaite développer la cohésion dans une équipe de professionnels nouvellement constituée. Des échanges collectifs réguliers et des moments de convivialité (soirées « team building », repas à l'extérieur...) permettent de développer cette QVT.

Les risques professionnels sont identifiés et les personnels sont suivis par un service de médecine du travail externalisé.

La qualité des prises en charge est assurée

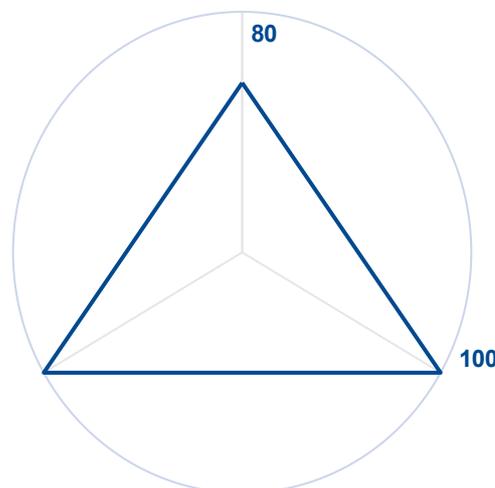
Les recommandations de bonnes pratiques sont actualisées et disponibles et des audits d'évaluation des pratiques sont réalisés régulièrement.

Un plan stratégique définit les orientations et il est réactualisé tous les cinq ans. La maintenance des locaux et équipements, ainsi que les prestations (blanchisserie, restauration) sont externalisées et font l'objet d'un suivi régulier débouchant sur des actions d'amélioration.

Un avis favorable de la commission incendie a été délivré en avril 2022 et les locaux sont accessibles aux personnes vivant avec un handicap et 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



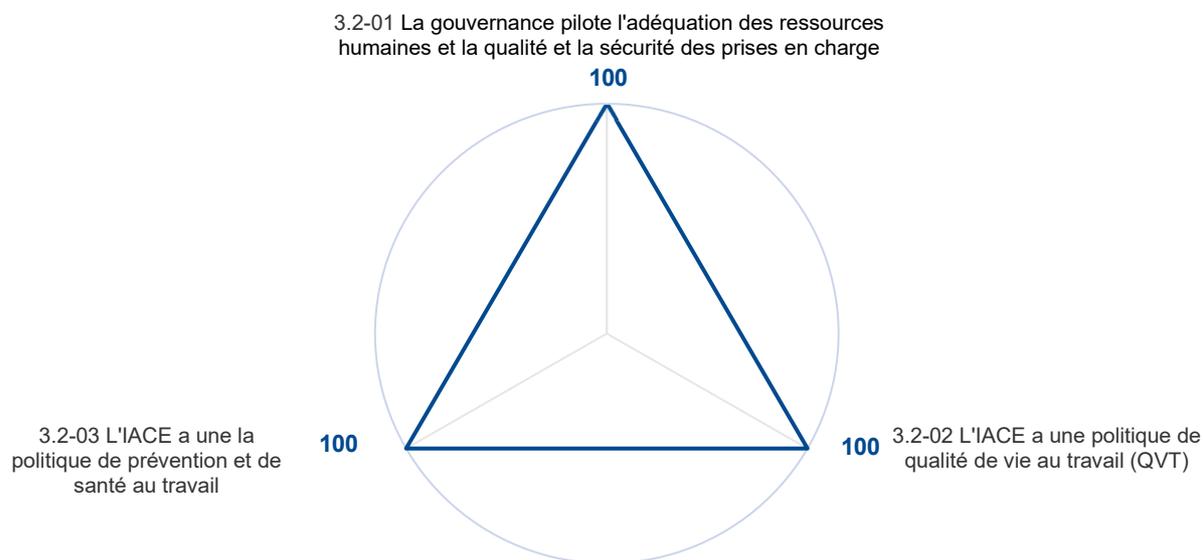
3.1-03 L'IACE dispose d'une réponse adaptée aux risques auxquels il peut être confronté

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

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'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% |

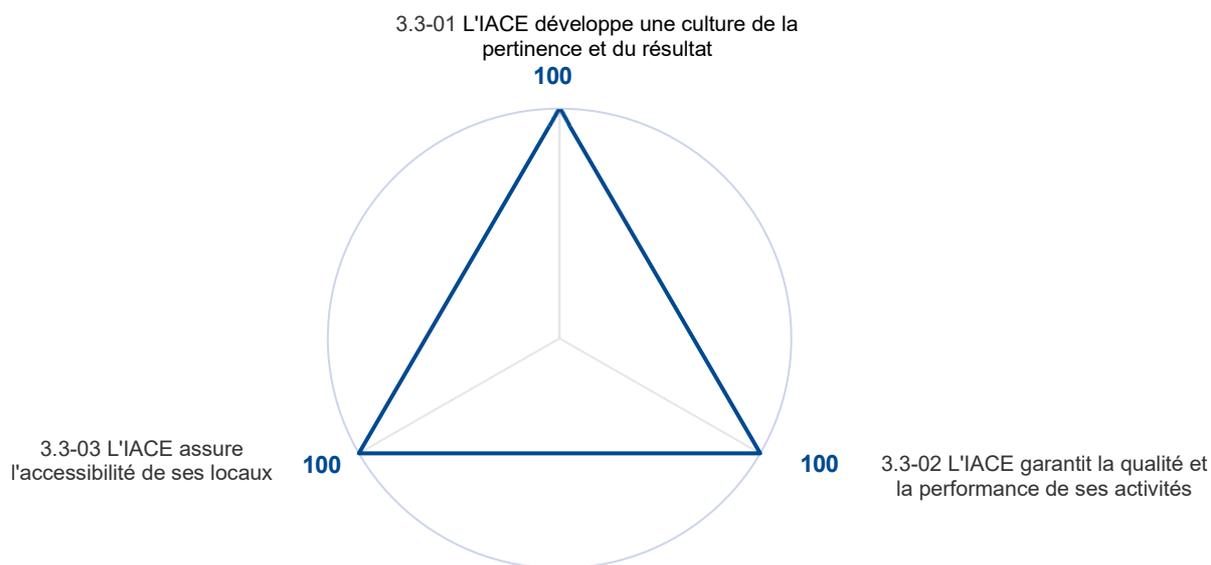
Objectif 3.2 : La gestion des ressources et compétences professionnelles



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

