



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

MESURER

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

RAPPORT DE CERTIFICATION

Clinique chirurgicale esthétique de la Riviera

31 rue Meyerbeer 06000 Nice



Validé par la HAS en Octobre 2025

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



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

Sommaire

Préambule	4
Décision	5
Présentation	6
Résultats	7
Chapitre 1 : Le patient.....	8
Synthèse chapitre 1	9
Objectif 1.1 : L'information et le consentement du patient.....	10
Objectif 1.2 : Le respect des droits du patient	11
Objectif 1.3 : L'engagement du patient et de ses représentants	12
Chapitre 2 : L'équipe.....	13
Synthèse chapitre 2	14
Objectif 2.1 : La pertinence des actes et des prescriptions	15
Objectif 2.2 : La coordination pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire des équipes	16
Objectif 2.3 : La maîtrise des risques liés aux pratiques	17
Chapitre 3 : L'IACE	18
Synthèse chapitre 3	19
Objectif 3.1 : Le management par la qualité et la gestion des risques	20
Objectif 3.2 : La gestion des ressources et compétences professionnelles	21
Objectif 3.3 : La qualité du fonctionnement de l'IACE	22

Préambule

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

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

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

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

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

| ... et sur des méthodes

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

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

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

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

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

Décision

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

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

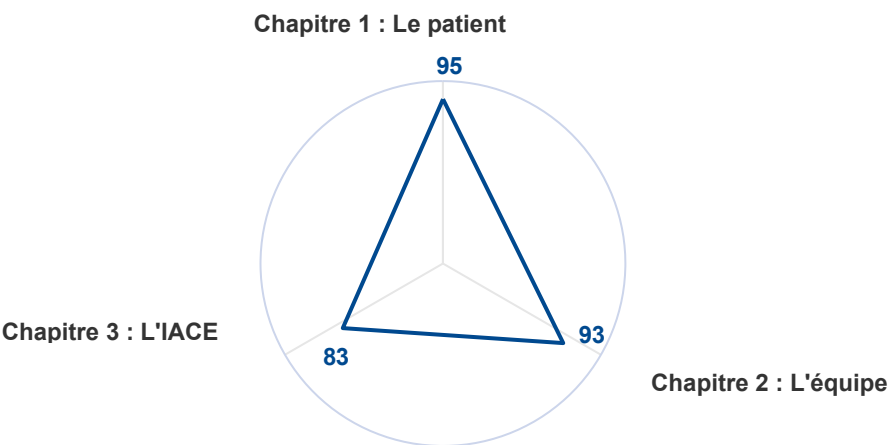
En l'espèce, au vu des éléments mentionnés dans le présent rapport, la Haute Autorité de santé décide la certification de l'installation de chirurgie esthétique.

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

Présentation

NOM DE LA STRUCTURE	
Adresse	31 rue Meyerbeer 06000 Nice
Département / Région	Alpes-Maritimes / PACA

Résultats

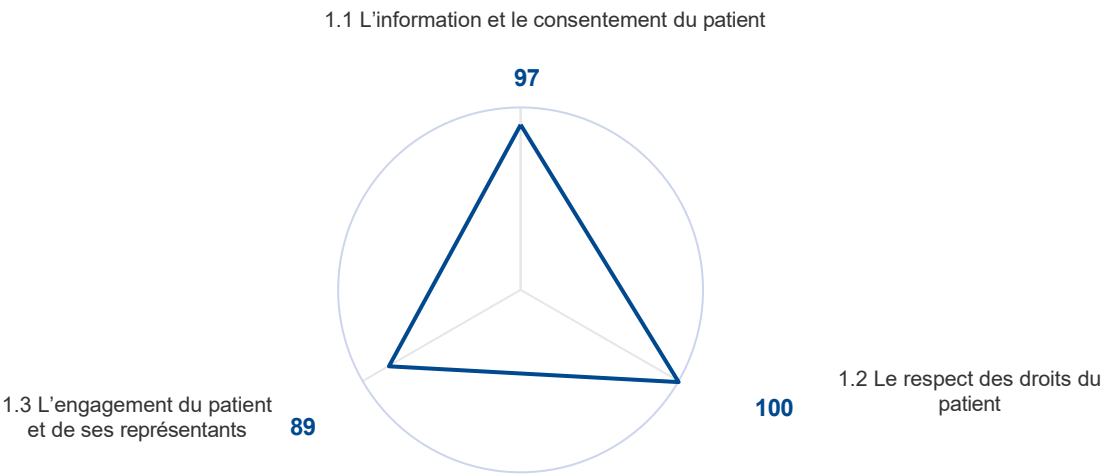


Score global de satisfaction aux attendus du référentiel **90%**

Chapitre		Score %
Chapitre 1	Le patient	95%
Chapitre 2	L'équipe	93%
Chapitre 3	L'IACE	83%

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 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%
3.1-01	Un programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins décline les orientations qualité et sécurité des soins de l'IACE	80%

Chapitre 1 : Le patient



Score du chapitre **95%** du score maximal

Objectifs		
1.1	L'information et le consentement du patient	97%
1.2	Le respect des droits du patient	100%
1.3	L'engagement du patient et de ses représentants	89%

Synthèse chapitre 1

La clinique de La Riviera est un institut autonome de chirurgie esthétique (IACE) pratiquant des actes de chirurgie esthétique exclusivement en ambulatoire. Il dispose de locaux adaptés à l'accueil et la prise en charge des patients, d'une salle opératoire, d'une salle de surveillance post-opératoire et d'un espace de repos composé de deux places où le patient prend sa collation avant sa sortie.

Sa création est récente (19 mai 2025) avec la prise en charge de 8 patients depuis son ouverture.

Les patients sont informés par le site internet de l'établissement, par la remise du livret d'accueil, ainsi que directement par les professionnels.

Les consignes préopératoires et pré thérapeutiques sont expliquées par le chirurgien lors de la consultation initiale et de la 2^{-ème} consultation avant l'intervention. L'anesthésiste lors de sa consultation prodigue ses directives spécifiques.

A l'arrivée du patient lors de son admission, il est vu par la secrétaire d'accueil qui lui rappelle les consignes et vérifie la complétude du dossier.

Les patients interrogés connaissent les conditions de leur intervention, les risques, les impacts post-opératoires et les complications à moyen et long terme au moyen de documents remis, expliqués par le chirurgien et signés.

Les patients sont informés du coût global de leur intervention. Le chirurgien adresse un devis complet en intégrant toutes les prestations, honoraires et autres frais divers pour l'intervention. Ce devis détaillé est expliqué au patient par le chirurgien, daté et signé. Le délai d'un minimum de 15 jours entre la réception du devis et son acceptation par le patient est toujours respecté.

La personne de confiance est toujours désignée et tracée dans le dossier.

Le consentement du patient est tracé dans tous les dossiers pour le chirurgien et le type d'intervention (ainsi que le droit à l'image) et l'anesthésiste.

En amont de l'intervention, le patient reçoit les informations générales sur le fonctionnement de l'IACE par le secrétariat et le livret d'accueil.

Le livret d'accueil détaille certaines informations : parcours de soin (consultation anesthésie, admission, sortie), commission des usagers (CDU), représentant des usagers (RU), personne de confiance, non divulgation de présence, modalité pour exprimer une plainte ou une réclamation. Cependant, tous les patients interrogés n'avaient pas connaissance des RU.

Un coffre sécurisé est présent dans la salle de déshabillage des patients.

Un appel est effectué par la secrétaire à J moins 7, J moins 1 et J plus 1. Elle trace les appels sur la fiche de suivi de la prise en charge opératoire. En postopératoire, une consultation est prévue systématiquement les jours suivants avec pansements les lundis et jeudis.

La préparation de la sortie est anticipée lors des différentes consultations initiales, pour l'adapter au mieux aux conditions de vie habituelles du patient. Cette préparation inclut l'entourage du patient. Avant son admission, le patient dispose de toutes les ordonnances pour sa sortie.

A la sortie, excepté la lettre de liaison qui n'est pas en place, le compte rendu opératoire (CRO) et les consignes post opératoires sont remises au patient avec les numéros d'appel en cas de problème lié à son intervention (IACE et chirurgien) et un rendez-vous de suivi est programmé.

Le patient est respecté tout au long de sa prise en charge, les professionnels étant très attentifs au respect de son intimité et de sa dignité. (Absence de croisement des patients). De même les équipes sont très sensibilisées au respect de la confidentialité (anonymat si demande du patient, confidentialité de l'intervention et de la transmission d'informations).

Au bloc, la salle de surveillance post interventionnelle (SSPI) composée de 2 postes et la salle de repos de deux places sont équipées de paravents de séparation.

Les professionnels sont sensibilisés à la bientraitance. (Charte de bientraitance connue des professionnels). L'utilisation de dispositifs de contention en SSPI ou de barrières de lit en chambre dans l'éventualité d'une immobilisation en cas d'agitation est formalisée dans une procédure.

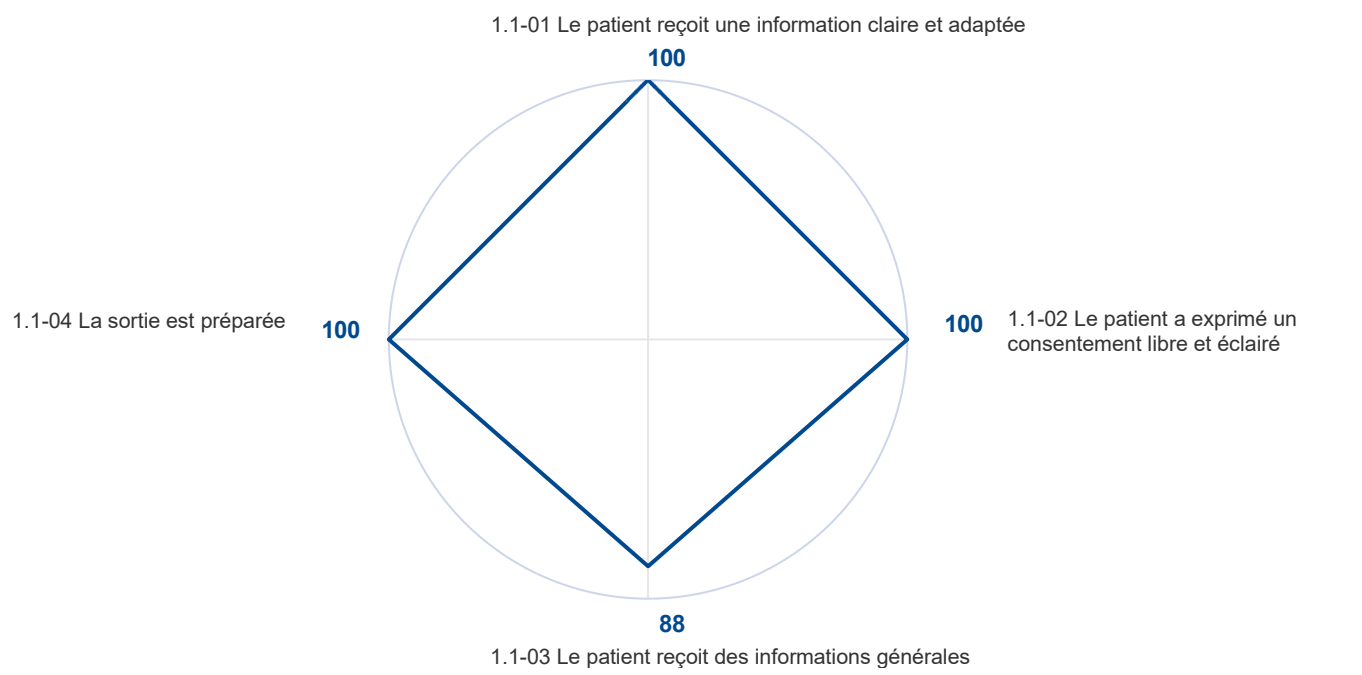
Le patient bénéficie de soins visant à anticiper et soulager rapidement sa douleur ce que confirme les rencontres avec les patients et la traçabilité dans les dossiers. Les prescriptions conditionnelles sont assorties d'un seuil de déclenchement en fonction d'une échelle de douleur (échelle numérique).

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

Les patients connaissent « Mon espace santé » mais ne souhaitent pas l'activer. Par ailleurs, l'IACE n'alimente pas le DMP des patients.

Un RU est impliqué au sein de l'IACE. Toutefois, l'existence de la CDU est méconnue des patients rencontrés.

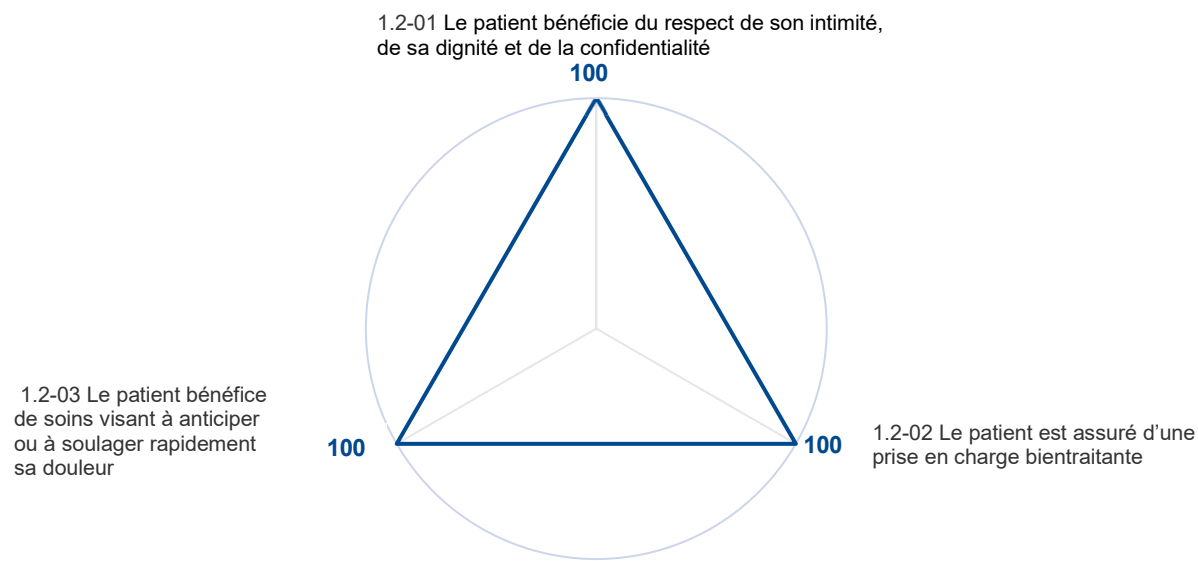
Objectif 1.1 : L'information et le consentement du patient



Score de l'objectif **97%**

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	88%
1.1-04	La sortie est préparée	100%

Objectif 1.2 : Le respect des droits du patient

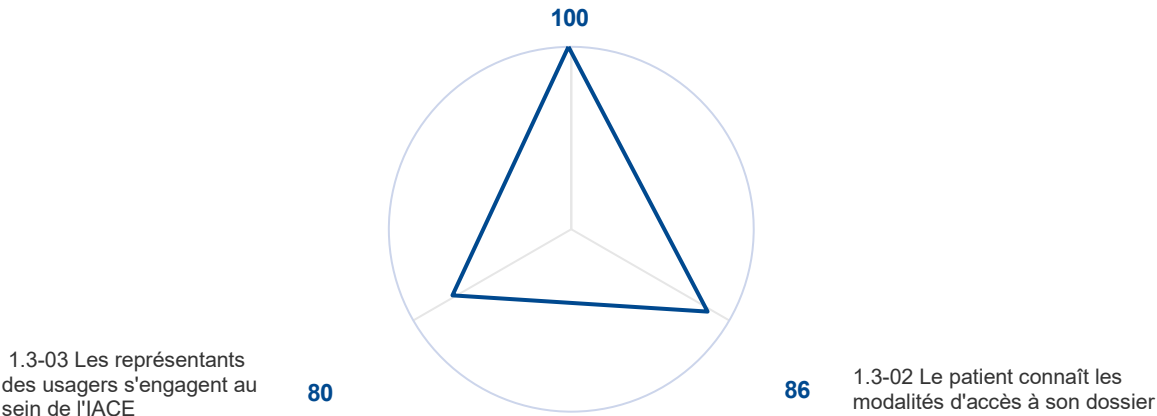


Score de l'objectif **100%**

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

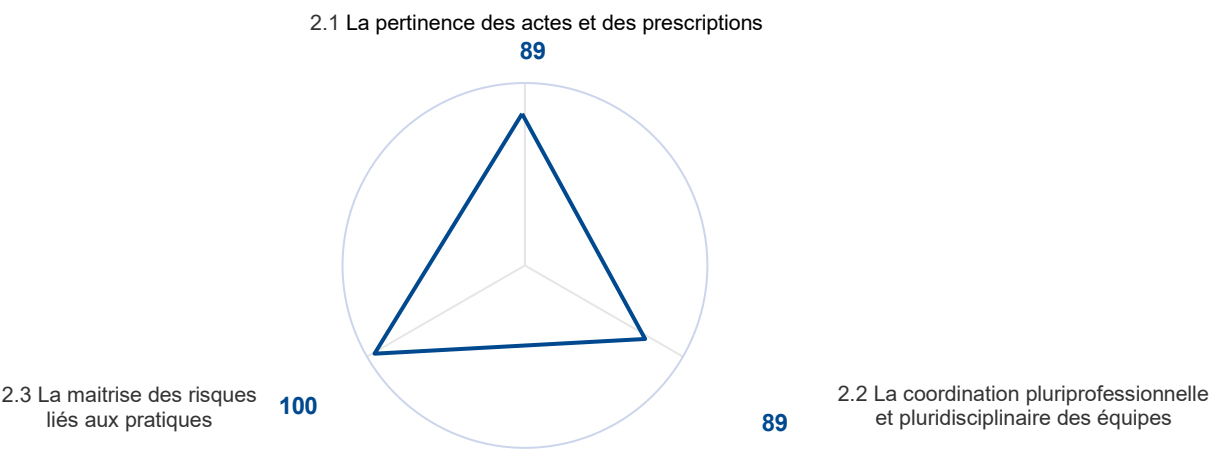
1.3-01 Le patient est invité à exprimer sa satisfaction



Score de l'objectif **89%**

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	86%
1.3-03	Les représentants des usagers s'engagent au sein de l'IACE	80%

Chapitre 2 : L'équipe



Score du chapitre **93%** du score maximal

Objectifs		
2.1	La pertinence des actes et des prescriptions	89%
2.2	La coordination pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire des équipes	89%
2.3	La maitrise des risques liés aux pratiques	100%

Synthèse chapitre 2

Lors de la consultation, une évaluation initiale globale est réalisée par le chirurgien et l'anesthésiste si besoin. En effet, les actes de chirurgie esthétique pratiqués dans l'établissement (ES) ne nécessitent pas toujours de sédation (chirurgie sous anesthésie locale).

La décision de prise en charge (projet de soin) des patients tient compte des conditions de vie et des risques liés à leur santé (éligibilité en fonction du stade ASA, à l'ambulatoire et recherche de dysmorphophobie).

L'addiction à la chirurgie esthétique est systématiquement recherchée par le chirurgien.

L'équipe s'appuie sur des protocoles qui intègrent les recommandations de bonnes pratiques (protocoles SFAR et société savante de chirurgie esthétique).

Au cours des différentes consultations, initiale et à distance avant l'intervention, les bénéfices et les risques à court et long terme de l'acte interventionnel envisagé dans le projet de prise en charge sont partagés avec le patient pour éclairer son choix.

Une réflexion éthique est engagée. La question éthique est abordée dans la charte RSE. Les professionnels peuvent avoir accès à une ressource extérieure proche (psychiatre) en cas de besoin. La démarche éthique est cependant à renforcer.

Tous les professionnels tracent, en temps utile, tous les éléments nécessaires à la prise en charge du patient dans le dossier papier complet (documents administratifs, désignation de la personne de confiance, formulaires de traçabilité des actes, de la surveillance, des prescriptions, courriers...) qui suit le patient tout au long de son parcours. Les professionnels concernés (chirurgien, anesthésiste, IDE) peuvent accéder aux éléments utiles à la prise en charge du patient dans son dossier. Ces documents papier sont identifiés au nom du patient.

La sécurité au bloc opératoire est assurée : l'équipe régule les activités du bloc opératoire le lundi pour la semaine suivante (matériel, programme horaire de convocation, planning anesthésiste). La check-list est réalisée conformément aux bonnes pratiques : avant induction, avant le geste et avant la sortie de la salle. (Signée par le chirurgien). L'IACE a identifié ses indicateurs d'activité spécifique mais ils ne sont pas encore relevés compte tenu de l'ouverture récente de l'ES.

La sortie de la SSPI est conditionnée par l'accord de l'anesthésiste et la sortie d'hospitalisation est autorisée par le chirurgien.

Lors de sa sortie, le CRO est remis au patient avec les explications et les consignes post opératoires ainsi que les numéros d'appel en cas de besoin ou d'urgence excepté la lettre de liaison qui n'est pas faite. Les informations nécessaires à la continuité de la prise en charge sont transmises aux patients (ordonnances en amont de la sortie). La transmission du CRO au médecin traitant est laissée au choix du patient.

La fiche d'autorisation de sortie est validée par le chirurgien et l'anesthésiste qui voient systématiquement le patient avant sa sortie.

Le circuit du médicament répond aux attendus : approvisionnement, (convention avec une officine de ville et achat en direct aux laboratoires), prescription, dispensation et administration.

Le stockage est conforme y compris pour les médicaments thermosensibles (absence de médicaments de ce type lors de la visite (réfrigérateurs avec sonde enregistreuse)).

La préparation est adaptée à chaque acte interventionnel (procédures en place) et contrôlée à l'arrivée du patient au bloc. Les protocoles d'antibioprophylaxie sont établis et à jour des dernières recommandations.

L'IACE n'utilise pas de dispositifs médicaux réutilisables, uniquement du jetable. De même il n'est jamais posé de DMI dans l'ES.

Dans tout l'IACE, l'équipe applique les prérequis en matière de risque infectieux (non-port de bijoux et montres, utilisation de solution hydroalcoolique, tenues adaptées usage unique au bloc ...).

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

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

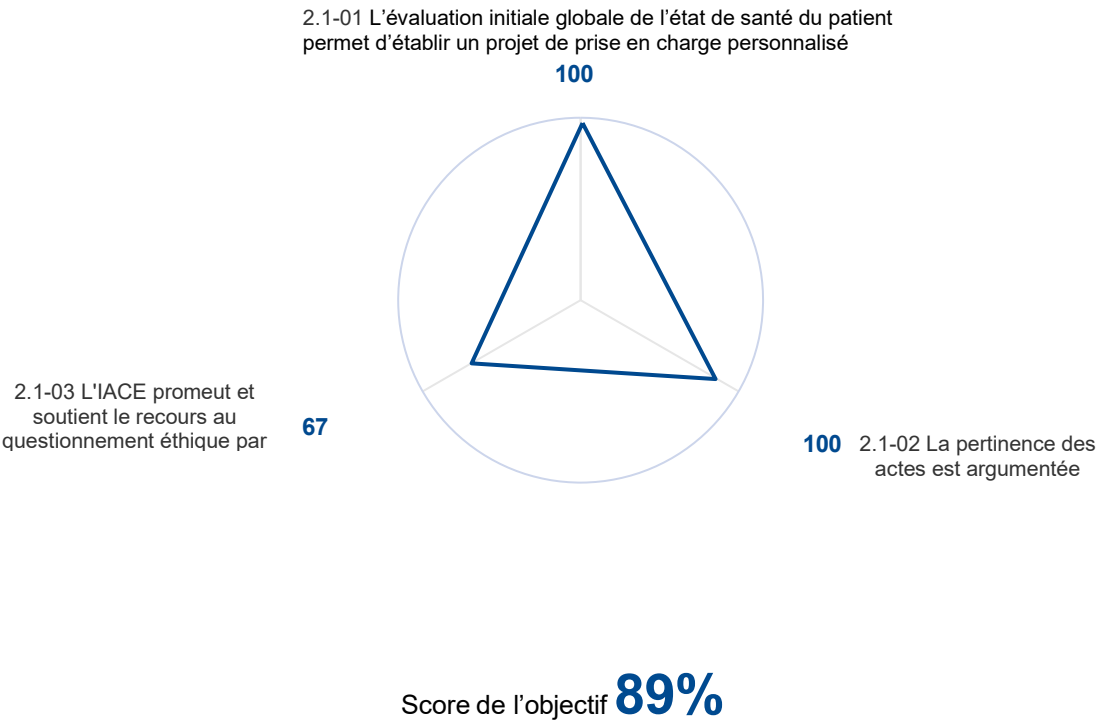
Concernant l'urgence vitale, une convention est établie avec la clinique du Parc impérial ; en pratique c'est le SAMU qui régule le transfert en urgence des patients. Les équipes connaissent le numéro d'appel unique (15). Le dispositif de prise en charge des urgences vitales a été évalué avec l'anesthésiste ce qui a conduit à refaire les procédures du choc anaphylactique et de l'arrêt cardiaque.

Le matériel de prise en charge des urgences vitales régulièrement contrôlé par l'IDE (chariot d'urgence dans la salle du bloc avec deux défibrillateurs) est rapidement accessible par les professionnels qui ont bénéficié de formations internes aux gestes d'urgence.

Les médecins disposent d'une messagerie sécurisée de santé (Doctolib).

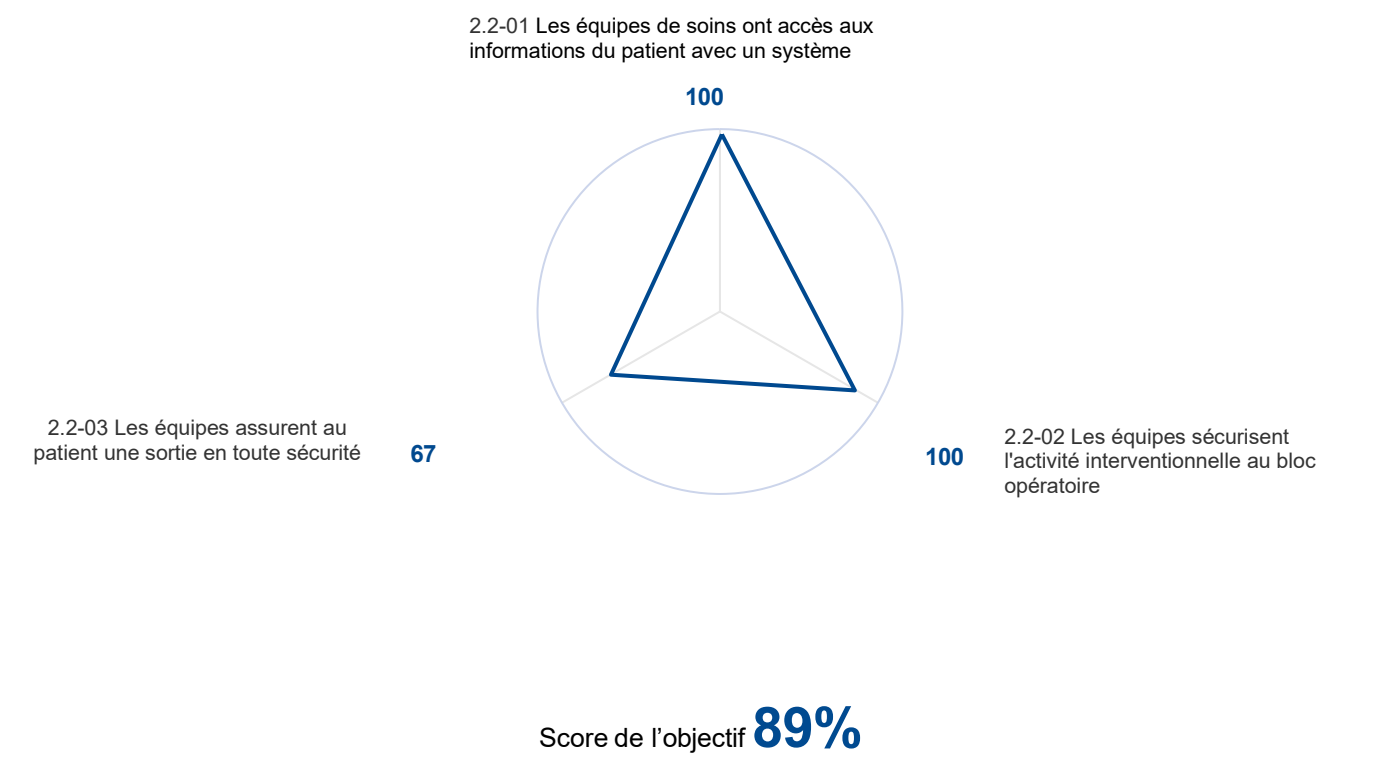
Le personnel utilise un identifiant personnel et un mot de passe personnel et unique pour accéder au système d'information chaque professionnel ayant un PC personnel. En cas d'incident ou d'attaque informatique les professionnels peuvent faire appel au prestataire informatique.

Objectif 2.1 : La pertinence des actes et des prescriptions



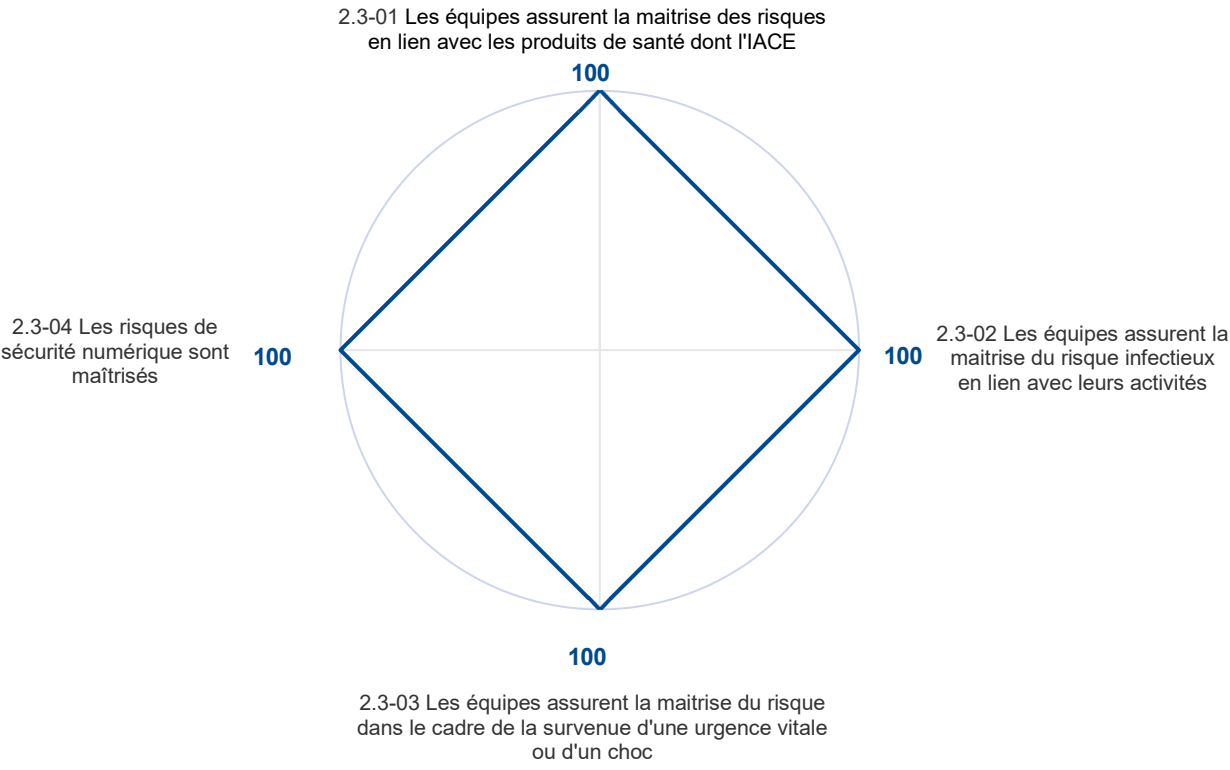
Critères		
2.1-01	L'évaluation initiale globale de l'état de santé du patient permet d'établir un projet de prise en charge personnalisé	100%
2.1-02	La pertinence des actes est argumentée	100%
2.1-03	L'ACE promeut et soutient le recours au questionnement éthique par l'ensemble des acteurs	67%

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	67%

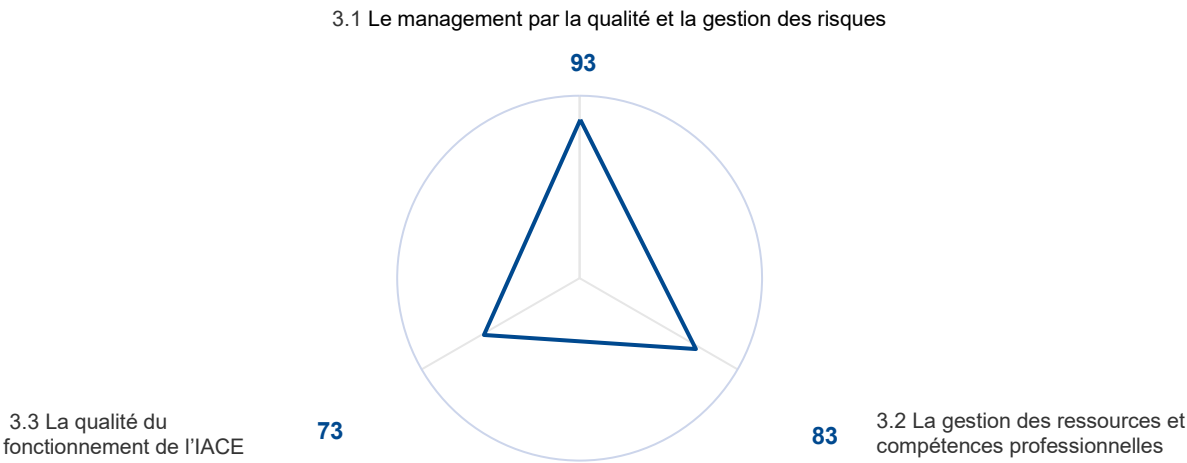
Objectif 2.3 : La maitrise des risques liés aux pratiques



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



Score du chapitre **83%** 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	83%
3.3	La qualité du fonctionnement de l'IACE	73%

Synthèse chapitre 3

Un plan d'actions décline la politique qualité et de sécurité des soins a été élaboré avant l'ouverture de l'établissement. Il a défini des axes prioritaires : élaboration de la cartographie des risques, du document unique des risques professionnels, suivi des indicateurs : audit sur la tenue du dossier patient, audit processus chirurgie ambulatoire, évaluation de la satisfaction des usagers par le questionnaire de satisfaction, suivi des actions correctives des événements indésirables. Un responsable et une échéance sont définis pour chaque action.

La gouvernance s'implique dans la mise en œuvre du plan d'actions à l'appui de la politique qualité et de sécurité des soins.

La démarche qualité est suivie par la direction et l'aide opératoire (l'aide opératoire a une validation des acquis et une mission transversale sur la qualité).

Le système de gestion des plaintes est opérationnel même si, jusqu'à présent, aucune plainte n'est survenue. La culture sécurité n'a pas été évaluée. Le signalement d'un événement indésirable (EI) est également opérationnel avec une procédure en place.

L'établissement a initié des actions de développement durable (détecteurs de mouvement, tri des déchets, tri des papiers).

Les besoins en compétences et effectifs sont identifiés. L'IACE s'assure de l'adéquation entre les ressources humaines disponibles et la qualité et la sécurité des prises en charge que ce soit au niveau des secrétariats ou du personnel soignant (diplômes) : présence au bloc d'une aide opératoire et d'une IDE.

La charte RSE prévoit une formation continue des professionnels. Ils ont d'ailleurs déjà bénéficié d'une formation interne aux gestes d'urgence.

Des dispositions sont mises en œuvre pour assurer la qualité et la sécurité de la prise en charge du patient dans les cas où les effectifs nécessaires ne sont pas présents. Si nécessaire, l'établissement fait appel aux vacataires du pool de remplaçants habituels (IDE).

Les différentes procédures sont accessibles aux professionnels.

Les temps d'échange entre professionnels sont facilités par la taille de l'établissement et des réunions pluri professionnelles sont organisées tous les lundis.

Des actions QVT sont en place : rénovation récente du bâtiment, mobilier neuf, parking médecine esthétique gratuite).

L'IACE n'a pas identifié les risques professionnels (physiques et psychologiques) : le document unique d'évaluation des risques professionnels (DUERP) est une des actions envisagées dans le PAQSS.

L'ES s'assure de la réalisation des visites médicales obligatoires.

La veille réglementaire est assurée par la direction (messagerie sécurisée de la direction) et le pharmacien (matérovigilance et pharmacovigilance). L'ES a prévu la vaccination gratuite des professionnels.

Le système de déclaration et de gestion des événements indésirables est opérationnel avec une procédure détaillée (déclaration des EI par les professionnels sur un support papier, analyse avec la direction la RAQ et les personnes concernées...). Il n'y a pas eu d'EI ni d'EI grave depuis l'ouverture de l'ES cependant la procédure prévoit la déclaration sur le portail national en cas d'événement indésirable grave.

Les orientations stratégiques de l'IACE ont fait l'objet d'une réflexion approfondie avant son ouverture.

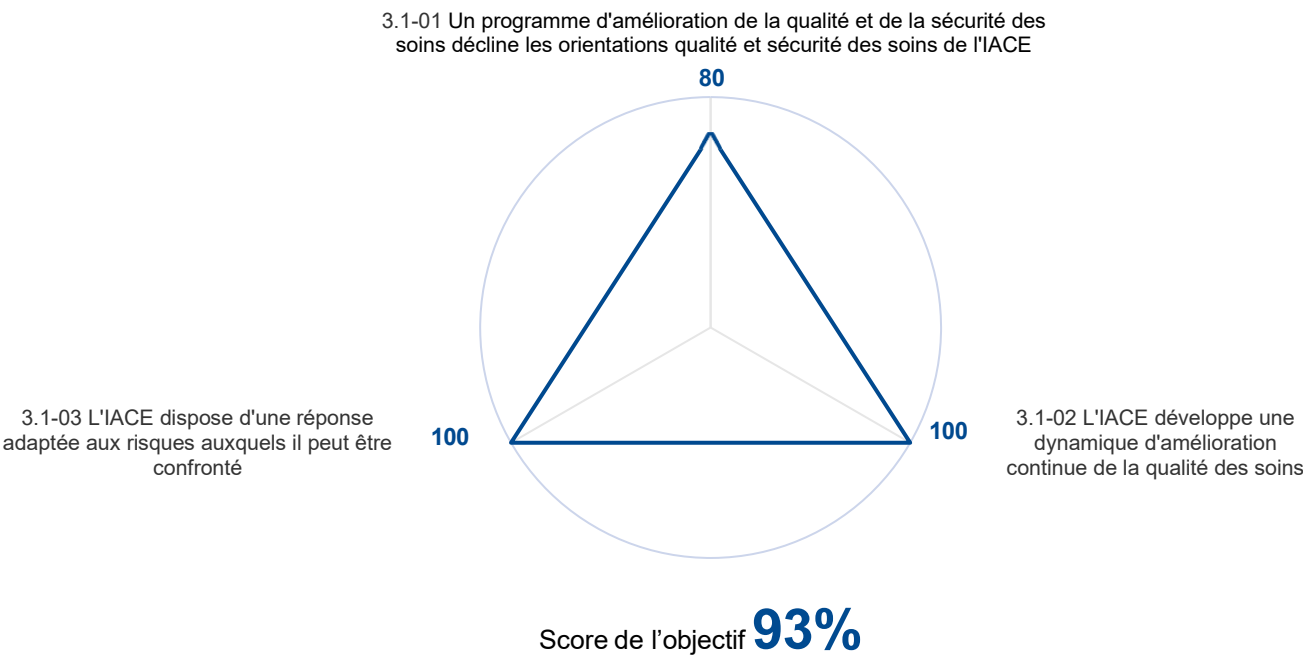
Les équipements et les locaux font l'objet d'une maintenance formalisée réalisée par des prestataires externes.

L'ES a bénéficié avant son ouverture de rapports de vérification (électrique, alarme, sécurité incendie, air liquide pour les gaz. (21 05 2024).

La clinique n'assure pas l'accessibilité de ses locaux de toutes les personnes vivant avec un handicap mais l'installation d'une rampe d'accès est prévue.

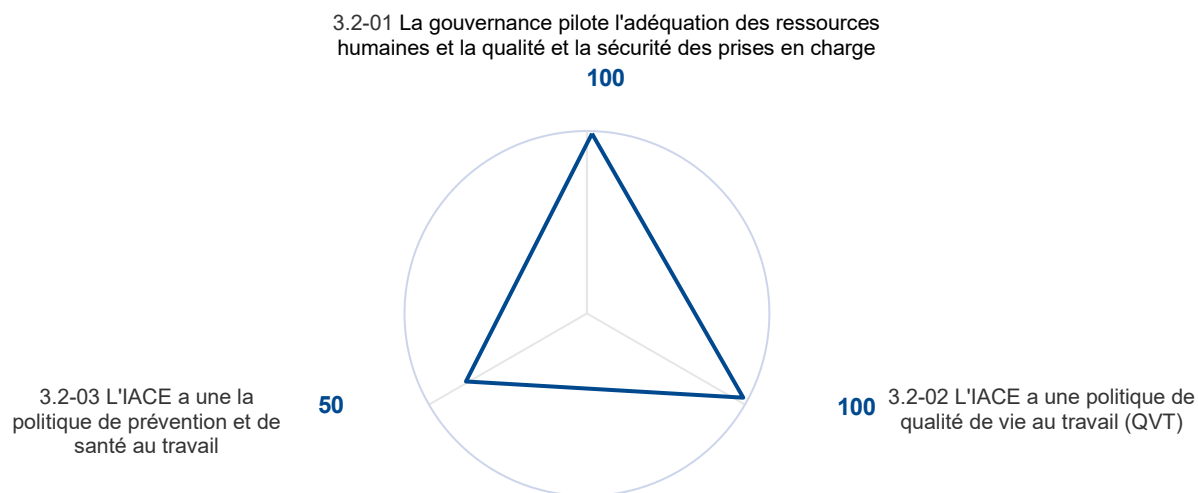
L'IACE s'assure de la conformité de ses locaux au regard de son activité (passage aisé des brancards, circulation des professionnels, espace suffisant de travail...). Les locaux garantissent l'accessibilité des secours en cas d'urgence vitale.

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



Critères		
3.1-01	Un programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins décline les orientations qualité et sécurité des soins de l'ACE	80%
3.1-02	L'ACE développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins	100%
3.1-03	L'ACE dispose d'une réponse adaptée aux risques auxquels il peut être confronté	100%

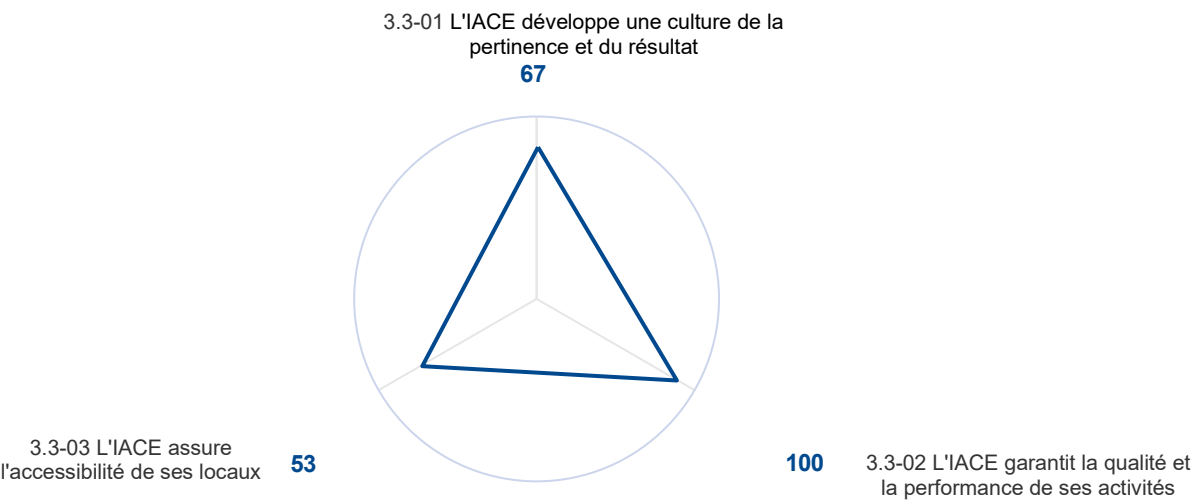
Objectif 3.2 : La gestion des ressources et compétences professionnelles



Score de l'objectif **83%**

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	50%

Objectif 3.3 : La qualité du fonctionnement de l’IACE



Score de l'objectif **73%**

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	53%

Retrouvez tous nos travaux sur
www.has-sante.fr

