
MESURER
& AMÉLIORER LA QUALITÉ

RAPPORT DE
CERTIFICATION

Institut Européen Chirurgie Esthétique et Plastique (IECEP)

10 rue Anna Jacquin 92100 Boulogne



Validé par la HAS en Novembre 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.

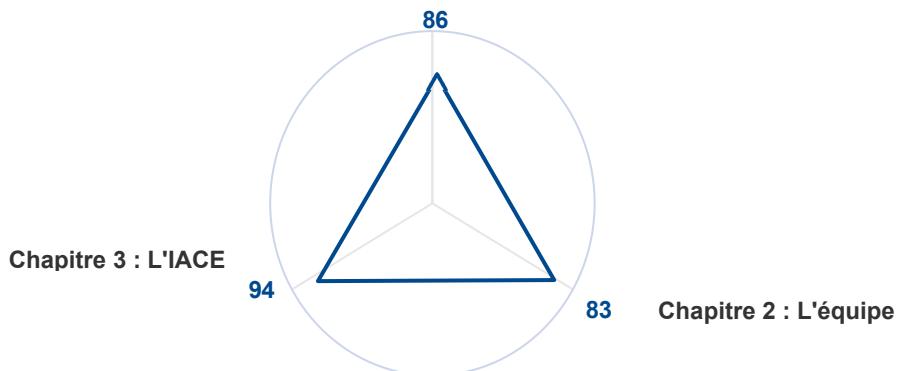
Le rapport et la décision sont publiés sur le site Internet de la HAS et communiqués à l'autorité de tutelle de l'installation de chirurgie esthétique. L'installation de chirurgie esthétique doit en assurer la plus large diffusion interne. Elle doit notamment la porter à la connaissance des instances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

Présentation

INST EUR CHIRURGIE ESTHÉTI PLASTIQUE	
Adresse	10 rue Anna Jacquin 92100 Boulogne
Département / Région	Hauts-de-Seine / Île-de-France

Résultats

Chapitre 1 : Le patient



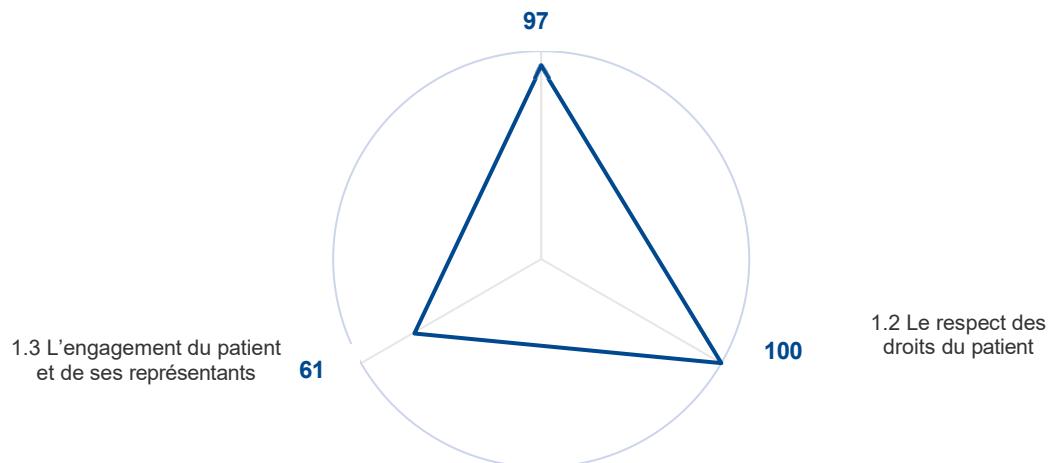
Score global de satisfaction aux attendus du référentiel **87%**

Chapitre		
Chapitre 1	Le patient	86%
Chapitre 2	L'équipe	83%
Chapitre 3	L'IACE	94%

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	80%
3.1-01	Un programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins décline les orientations qualité et sécurité des soins de l'IACE	100%

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	97%
1.2	Le respect des droits du patient	100%
1.3	L'engagement du patient et de ses représentants	61%

Synthèse chapitre 1

L'institut Européen de Chirurgie Esthétique et Plastique (IECEP) 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. Une information concernant l'espace santé est jointe au livret d'accueil. 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. Les patients concernés par la pose d'un dispositif médical implantable bénéficient d'informations complémentaires. 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. 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 de 15 jours avant la chirurgie est respecté et le montant des honoraires et frais attenants clairement renseignées dans la feuille de consentement. La trace de l'acceptation du devis par le patient est retrouvée dans le dossier avec la signature lors de la remise du devis et la signature après le délai de réflexion. Toutes les ordonnances mentionnent que les actes et prescriptions ne sont pas pris en charge par la sécurité sociale.

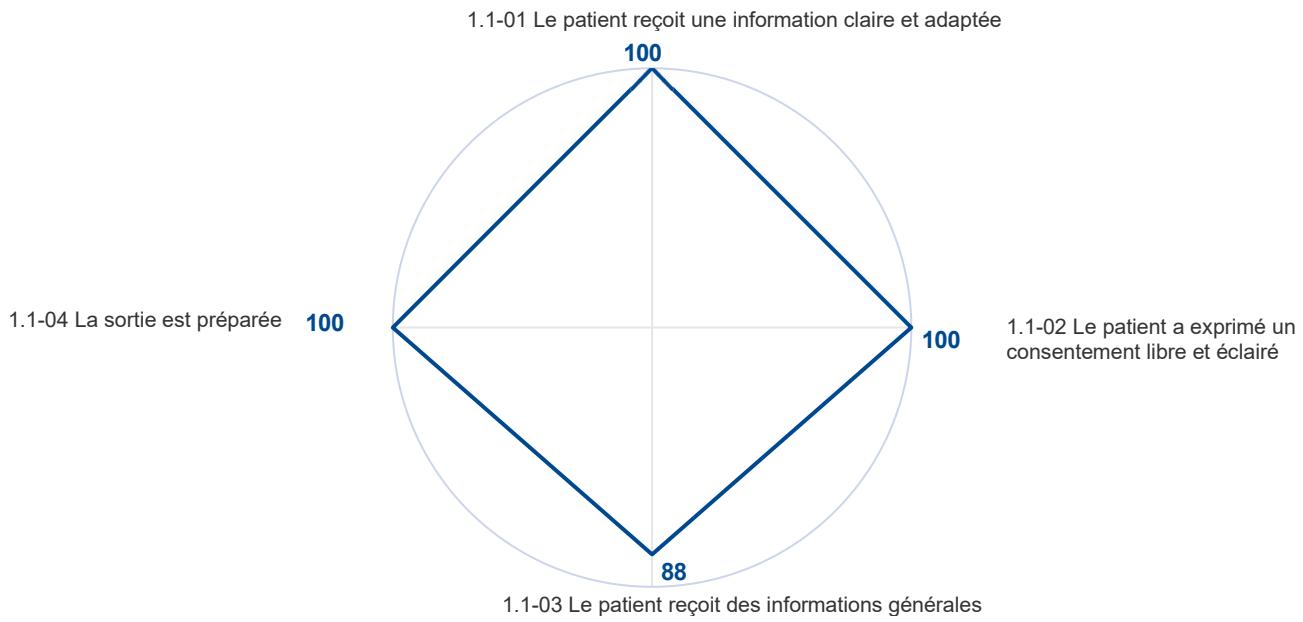
Les coordonnées de la personne de confiance et de la personne à prévenir sont recueillies par les professionnels. Dans le livret d'accueil le patient peut retrouver des informations sur ses droits et celles concernant les représentants des usagers. Sur ce derniers point la patiente en ambulatoire rencontrée ne connaissaient 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. La patiente hospitalisée rencontrée connaissait la possibilité de déclarer des événements indésirables et les modalités pour soumettre une réclamation ainsi que l'existence d'une représentante des usagers mais pas la possibilité de la contacter. Les deux patientes n'étaient pas capables de s'exprimer sur leur espace santé ni sur la possibilité de refuser l'accès à ce dossier.

Le patient est invité à exprimer sa satisfaction via un questionnaire de satisfaction remis avant sa sortie. L'un des chirurgiens associés de la clinique utilise un logiciel de suivi de la satisfaction après consultation, à J15 et à 3 mois. Dans le secteur d'hospitalisation comprenant 5 chambres individuelles avec douche dont une chambre double pour accompagnant, les locaux permettent de préserver l'intimité des patients. L'IECEP prend rarement en charge les patients à mobilité réduite. Il n'y a pas de chambre avec douche adaptée PMR. Les chambres disposent d'armoire avec un coffre permettant de sécuriser les biens personnels.

La douleur est évaluée à l'aide d'échelles EVA et l'Echelle Bieri Von Bayer. Le protocole d'évaluation de la douleur précise les seuils de déclenchement pour les antalgiques. Les seuils sont retrouvés dans la prescription médicale. La trace des réévaluations se retrouvent dans le dossier du patient informatisé.

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. Une identité provisoire est signalée dans le logiciel quand le patient ne présente pas de pièce d'identité. Les patientes rencontrées étaient porteuses d'un bracelet d'identification pour sécuriser leur prise en charge.

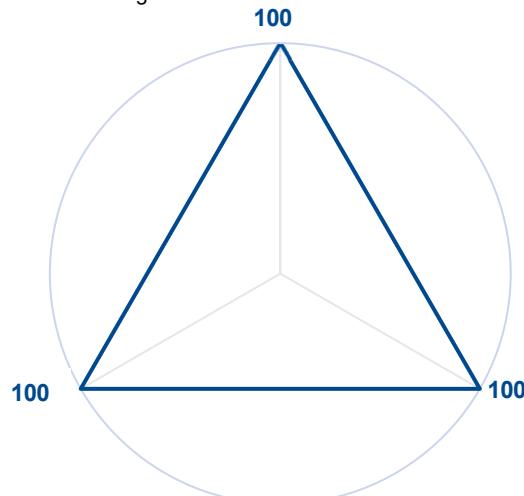
Objectif 1.1 : L'information et le consentement du patient



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	88%
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

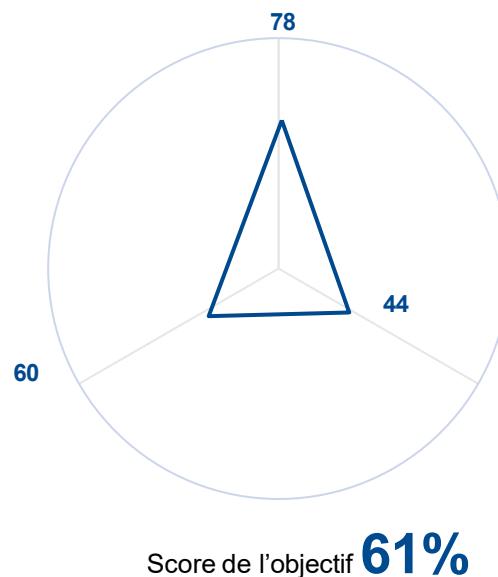
1.2-02 Le patient est assuré d'une prise en charge bientraitante

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

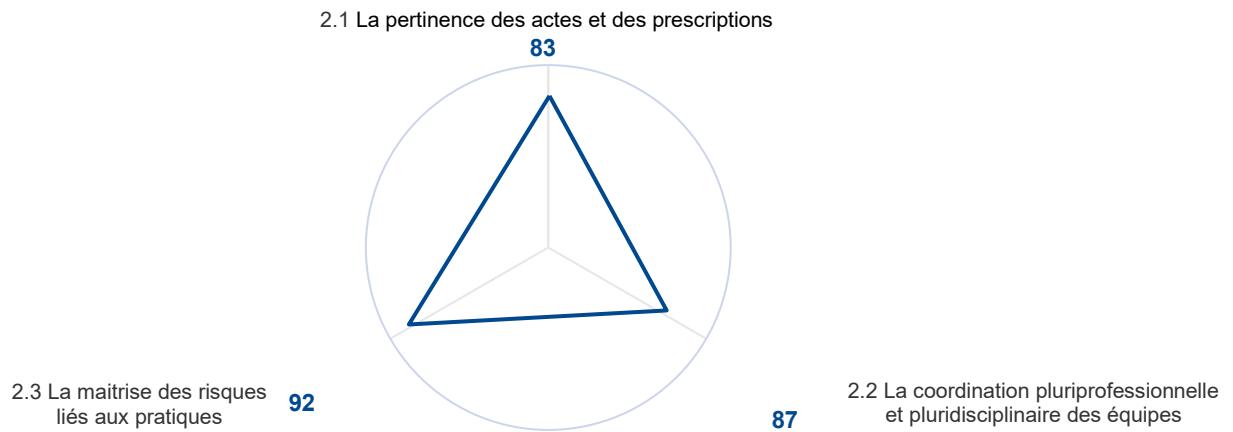


1.3-03 Les représentants des usagers s'engagent au sein de l'IACE

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	78%
1.3-02	Le patient connaît les modalités d'accès à son dossier	44%
1.3-03	Les représentants des usagers s'engagent au sein de l'IACE	60%

Chapitre 2 : L'équipe



Score du chapitre **83%** du score maximal

Objectifs		
2.1	La pertinence des actes et des prescriptions	83%
2.2	La coordination pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire des équipes	87%
2.3	La maîtrise des risques liés aux pratiques	92%

Synthèse chapitre 2

Les patients s'adressent à la structure soit par téléphone, soit par l'intermédiaire d'une application « Doctolib », ou par adressage. Un rendez-vous médical est programmé. Lors de la consultation une évaluation médicale (psychique et somatique) est effectuée. Le bilan global est tracé dans le dossier de consultation. Si le patient présente une addictologie à la chirurgie esthétique il lui est proposé des alternatives comme par exemple, une consultation avec un psychologue. Les bénéfice-risque à court et à long termes des dispositifs médicaux implantables sont discutées avec le patient. Suite à l'information donnée par le praticien et en s'appuyant sur les documents remis, ses préférences sont prises en compte. L'implication du patient et son adhésion sont systématiquement recherchées dans la programmation et l'organisation de son intervention.

Le patient bénéficie d'une prise en charge bientraitante tout le long de son séjour. En service ambulatoire, une infirmière est présente et accompagne le patient durant son séjour jusqu'à la sortie. En hospitalisation complète, une infirmière et une aide-soignante sont présente de jour, une infirmière prend le relai pour la nuit. Le dossier informatisé permet une coordination, des informations de la prise en charge pour l'ensemble des intervenants. Des protocoles de surveillance des patients en post opératoire sont disponibles pour les professionnels para médicaux. La sortie est organisée. 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.

En ambulatoire, les informations des suites opératoires sont données par le praticien qui signe également la sortie en s'appuyant sur le score de Chung.

Une présence médicale sur la journée et une astreinte de nuit contribue à répondre immédiatement aux besoins et attentes des patients. Chaque patient peut joindre son chirurgien directement en cas de problème.

Les questions éthiques posées au sein de l'IECEP sont discutées lors des réunions des associés de la clinique. Les professionnels n'ont pas eu de formation à la réflexion éthique et 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. Néanmoins le directeur médical peut contacter le comité éthique de l'hôpital de Percy si besoin.

A l'exception des documents relatifs aux consultations d'anesthésie faites en visioconférence le dossier patient est en version électronique : consultation chirurgicale, partie administrative, dossier de soin, feuille d'anesthésie per opératoire et surveillance en SSPI, prescription médicamenteuse, DMI, papiers remis au patient à la sortie (CR, Ordonnances...), consultations de suivis. En parallèle le dossier patient papier comprenant les consentements, la personne de confiance et une copie de la consultation d'anesthésie suit le patient pendant toute sa prise en charge. Les chirurgiens ne déposent aucun documents dans l'espace santé du patient. Il n'y a pas de recueil du refus du patient à l'accès à son espace santé. Ce recueil de consentement a été rajouté à la procédure d'accueil du patient pendant la visite. Les accès au dossier informatisé sont organisés avec des ouvertures de droits. L'ouverture d'une session s'effectue avec un identifiant et un mot de passe individuel. Il n'existe pas de double authentification.

Les attendus concernant l'organisation du bloc sont conformes, les bonnes pratiques sont appliquées : préparation du patient, checklist, traçabilité des dispositifs médicaux utilisés, surveillance per opératoire, surveillance en SSPI. Néanmoins les équipes ne font pas d'analyse de suivi de modalités de réalisation de la checklist et n'ont donc pas d'indicateurs. Il est à préciser que le bloc est composé de 2 salles où intervient qu'un seul IBODE titulaire directeur de la structure et en charge de l'organisation du bloc et de la mise en pratique de la check List à chaque intervention.

L'équipe s'appuie sur des protocoles qui intègrent les recommandations de bonnes pratiques et des protocoles définis sur la base de documents scientifiques.

Le risque infectieux est maîtrisé : les précautions standards sont respectées par l'ensemble des professionnels et un protocole de précautions complémentaires existe malgré le peu d'isolement effectué dans la structure.

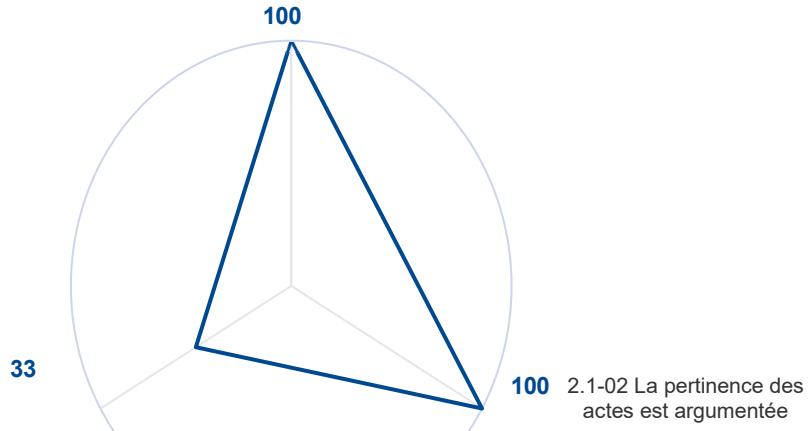
L'IECEP a une autorisation de PUI et de stérilisation. Les bonnes pratiques en stérilisation sont respectées et la libération des charges est validée par le pharmacien. Les prescriptions médicales de médicament, l'administration et la concordance respectent les bonnes pratiques. La traçabilité est faite dans le dossier informatisé. Néanmoins lorsque la consultation d'anesthésie est faite en visioconférence l'éventuelle prémédication est prescrite sur cette feuille et reprise par l'infirmière sans support unique prescription administration. Les anesthésistes ont décidé qu'ils prescriraient la prémédication sur le logiciel de la clinique à leur arrivée le jour de la chirurgie. Les dispositifs médicaux implantables sont tracés au sein d'un registre et une carte est remise au patient à sa sortie, avec l'ensemble des informations.

L'IECEP a une convention avec l'hôpital Ambroise Paré pour la prise en charge de l'urgence vitale. Le numéro unique affiché est le 15. Pendant le fonctionnement du bloc opératoire soit trois jours par semaine l'anesthésiste peut être joint sur un numéro unique affiché au bloc opératoire. Pendant la visite une procédure actualisée de la prise en charge de l'urgence a été mise en place et validée. Elle précise que le numéro unique est le 15 et que l'autre numéro ne sert qu'à joindre rapidement l'anesthésiste quand il est présent. Le chariot d'urgence en salle de réveil et le sac d'urgence au niveau de l'hospitalisation sont contrôlés et rapidement accessibles. Le

défibrillateur en SSPI est vérifié de façon hebdomadaire et cette vérification tracée. Néanmoins la vérification du défibrillateur n'était pas tracée sur la check-list d'ouverture de la SSPI lors de la visite. Les locaux sont accessibles aux secours en cas d'urgence vitale. Il n'y a pas eu d'exercice récent sur l'efficacité du dispositif de prise en charge de l'urgence vitale.

Objectif 2.1 : La pertinence des actes et des prescriptions

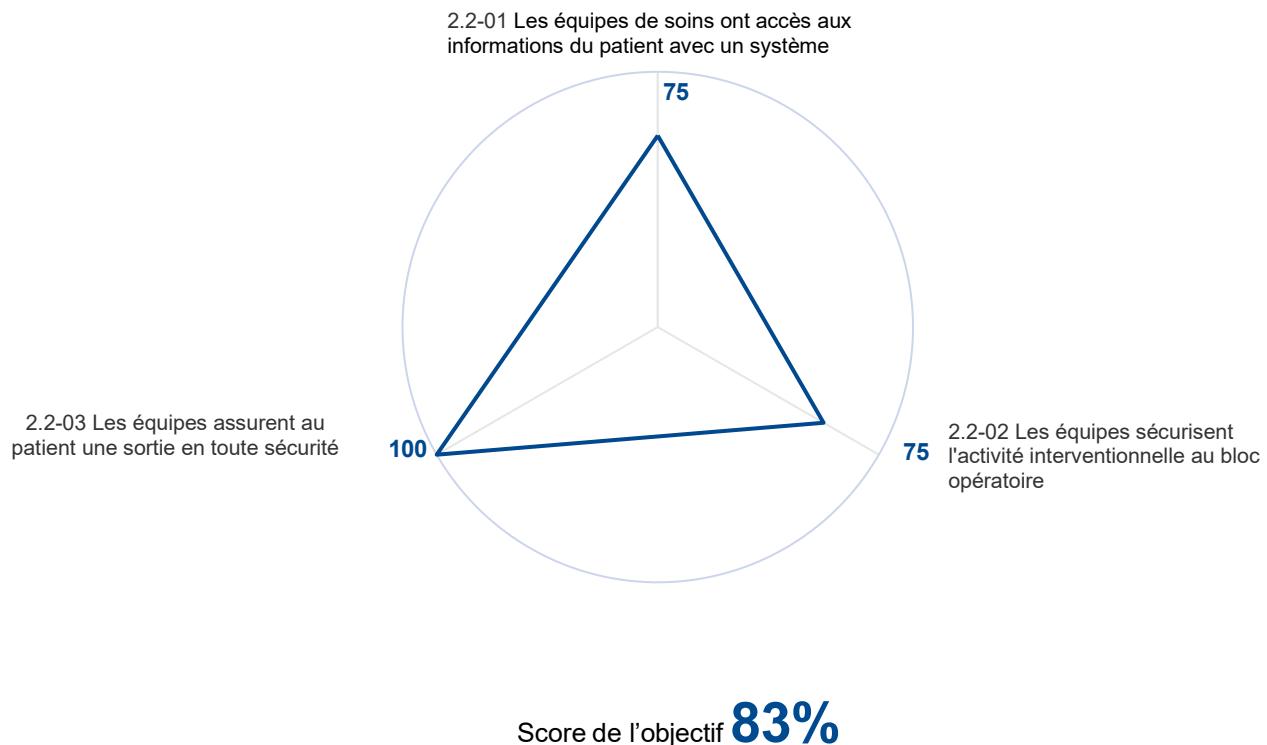
2.1-01 L'évaluation initiale globale de l'état de santé du patient permet d'établir un projet de prise en charge personnalisé



Score de l'objectif **78%**

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	33%

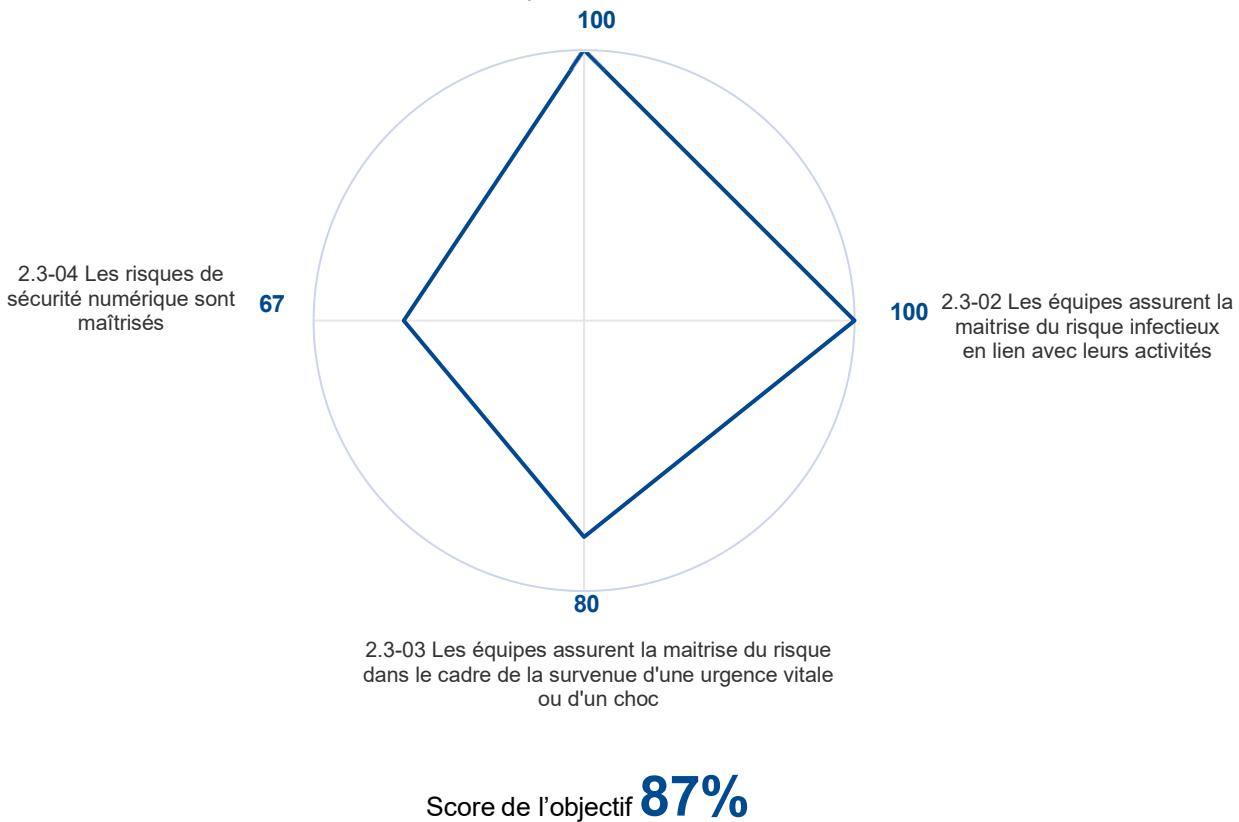
Objectif 2.2 : La coordination pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire des équipes



Critères		
2.2-01	Les équipes de soins ont accès aux informations du patient avec un système d'information adapté	75%
2.2-02	Les équipes sécurisent l'activité interventionnelle au bloc opératoire	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

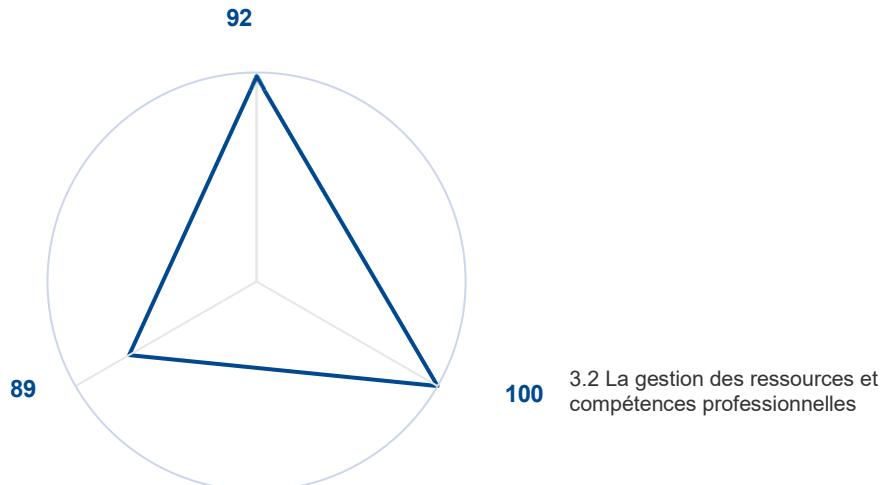
2.3-01 Les équipes assurent la maîtrise des risques en lien avec les produits de santé dont l'IACE



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	80%
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 **94%** 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	100%
3.3	La qualité du fonctionnement de l'IACE	89%

Synthèse chapitre 3

L'IECEP, créé en 1989, est un établissement où la chirurgie esthétique est pratiquée en exclusivité, et qui, fonctionne avec trois chirurgiens esthétiques associés, deux médecins anesthésiste réanimateur, accompagnés du personnel paramédical et administratif nécessaire. Il dispose de six lits d'hospitalisation avec un poste de soins infirmiers, trois box ambulatoires, deux salles d'opération et trois postes de réveil. Trois bureaux de consultation et deux salles de soins complètent les locaux pour la prise en charge des patients. L'activité du bloc opératoire se déroule les lundis, mardis et jeudis uniquement.

L'IECEP a sollicité l'ARS pour la désignation d'un représentant des usagers. Celui-ci s'est présenté puis n'a jamais répondu aux demandes de l'établissement. L'établissement a sollicité une ancienne patiente et représentante des usagers pour remplacer cette personne nommée par l'ARS. Lors de sa rencontre, elle nous a fait part de sa participation et son implication dans différents projets de l'IECEP : sécurisation des armoires à médicaments en collaboration avec la pharmacienne et les équipes, réfection des chambres d'hospitalisation, reconfiguration de l'accueil pour optimiser la confidentialité, analyse des questionnaires de satisfaction. La gouvernance tient compte de ses remarques et de ses propositions, ces dernières sont retrouvées dans le programme qualité (PAQSS). La réunion des représentants des usagers a lieu une fois par an mais à la demande des équipes cette représentante est associée régulièrement aux différentes réunions de travail. Elle parle d'échanges très constructifs. Très peu de dossiers sont réclamés (aucun en 2024) mais le délai d'envoi est rapide (-10 jours) quand une demande est faite. Elle assiste également aux réunions de la CPTS de Boulogne Billancourt.

La gouvernance via son directeur infirmier responsable du bloc opératoire s'implique dans la mise en œuvre des plans d'actions inscrit dans le programme qualité (PAQSS) de la clinique. Une évaluation de la culture qualité impliquant aussi les infirmiers anesthésistes vacataires a été faite en mars 2025. Les vigilances et veille sanitaire sont suivis.

La clinique connaît et maîtrise les risques auxquels elle est exposée notamment concernant les risques environnementaux (risque d'inondation).

Le système d'information est sécurisé. L'établissement possède un DPI informatisé et crypté propre à l'établissement et non partagé avec l'extérieur. Il n'y a pas de messagerie sécurisée.

Une réflexion est en cours dans le cadre du développement durable pour supprimer le protoxyde d'azote au bloc opératoire et remplacer celui-ci par de l'air. Le tri sélectif est en place.

La qualification et diplôme des soignants sont vérifiés lors de l'entretien d'embauche. Une formation récente à la prise en charge des patients en SSPI a été effectué par l'infirmière. La clinique reçoit des stagiaires élèves infirmiers. La clinique n'emploie pas de personnel intérimaire ou remplaçant. Les infirmiers anesthésistes vacataires sont employés par les anesthésistes.

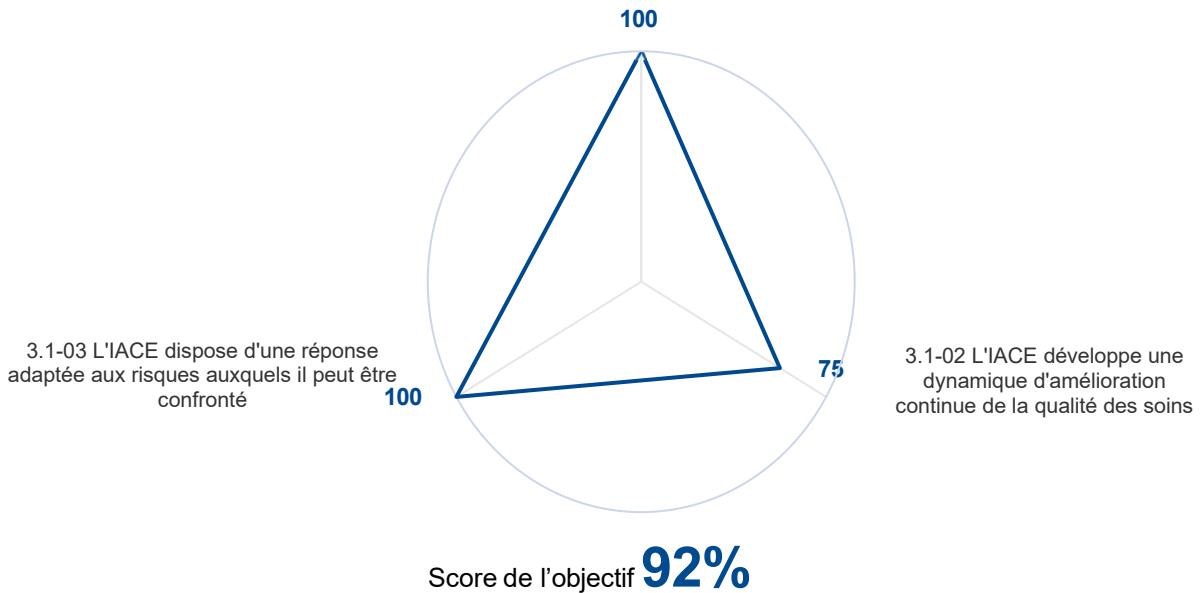
La sécurité des biens et des personnes est assurée. La qualité de vie des professionnels est au cœur du fonctionnement de cette clinique avec une politique de management bienveillant.

La maintenance des locaux et du matériel est assurée par des prestataires externes dont la qualité de prestation est évaluée. L'IECEP a eu un avis favorable de la commission incendie

Les indicateurs d'activité sont suivis par la gouvernance mais non partagé avec l'ensemble des professionnels. Il existe une procédure de gestion des plaintes qui précise la prise en charge de la plainte et de sa gestion. A ce jour, aucune plainte de patient n'est connue de l'établissement. Les réclamations issues des questionnaires de sortie sont analysées et les actions correctives sont retrouvées dans le PAQSS. Une enquête sur la perception globale de la sécurité a été réalisé auprès des professionnels. Il en ressort une très bonne perception de la sécurité avec un effort à produire sur la déclaration des FEI. L'établissement encourage les déclarations des FEI, l'analyse collective et la participation aux CREX, RMM. Néanmoins, il existe peu d'actions dans le PAQSS qui découle de ces analyses. Le PAQSS est surtout le bilan d'actions correctives des audits de bonnes pratiques. Les EIGS sont déclarés sur le portail national. Il n'y a pas eu de déclaration sur l'année 2024/2025.

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

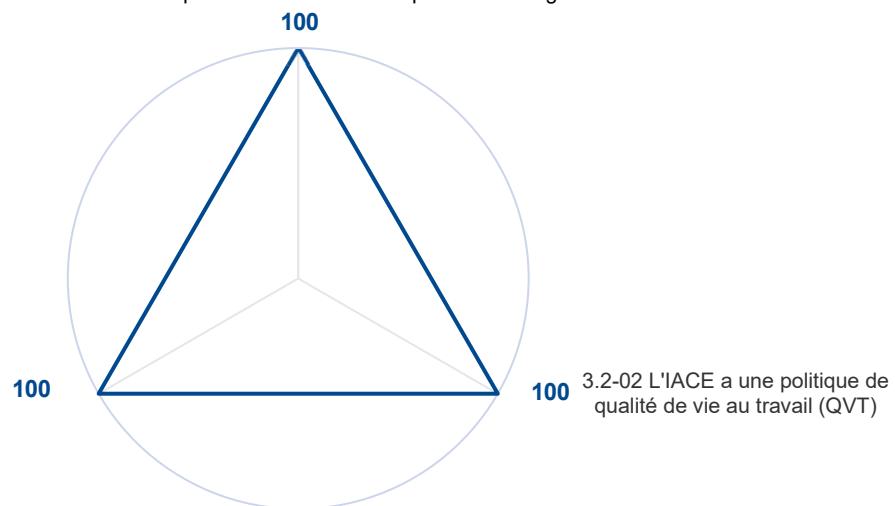
3.1-01 Un programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins décline les orientations qualité et sécurité des soins de l'IACE



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

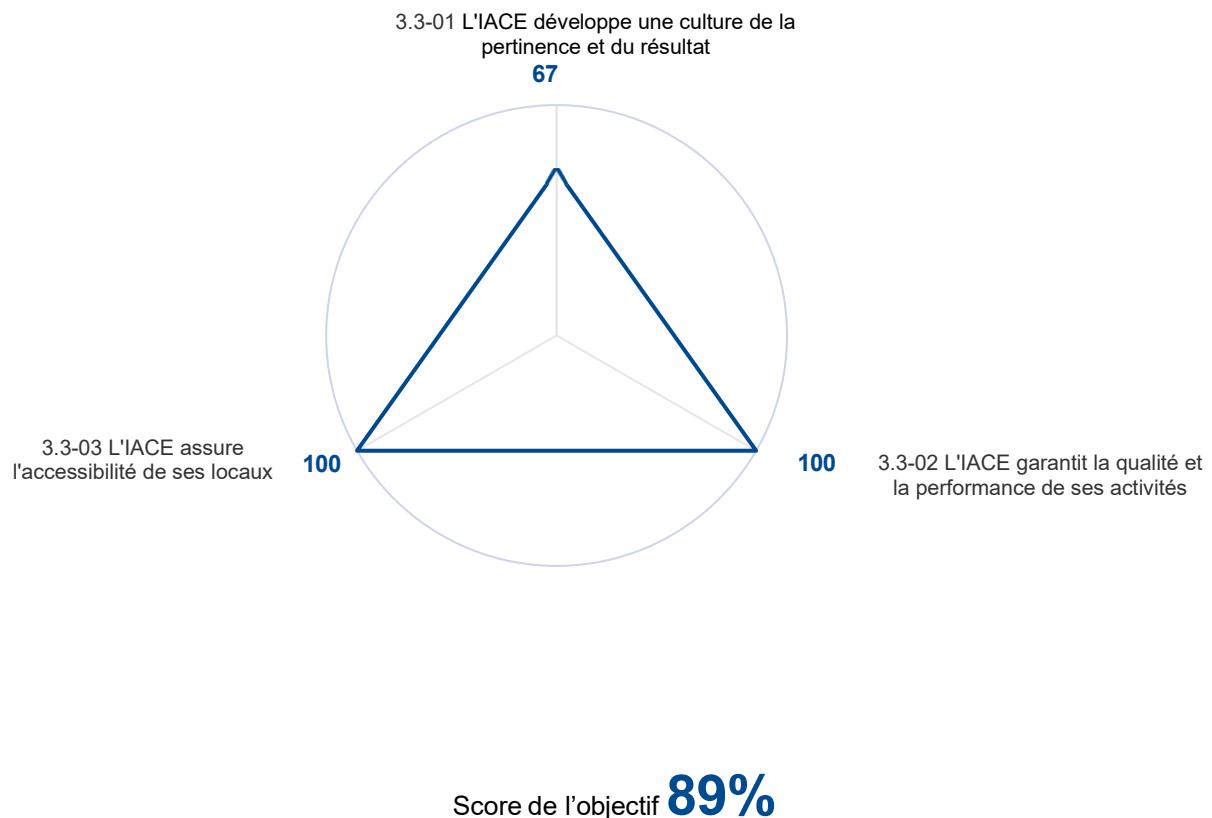
3.2-01 La gouvernance pilote l'adéquation des ressources humaines et la qualité et la sécurité des prises en charge



Score de l'objectif **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



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

