



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

MESURER

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

RAPPORT DE CERTIFICATION

Clinique Parc Crillon

96 rue Crillon 69006 Lyon



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	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 ;

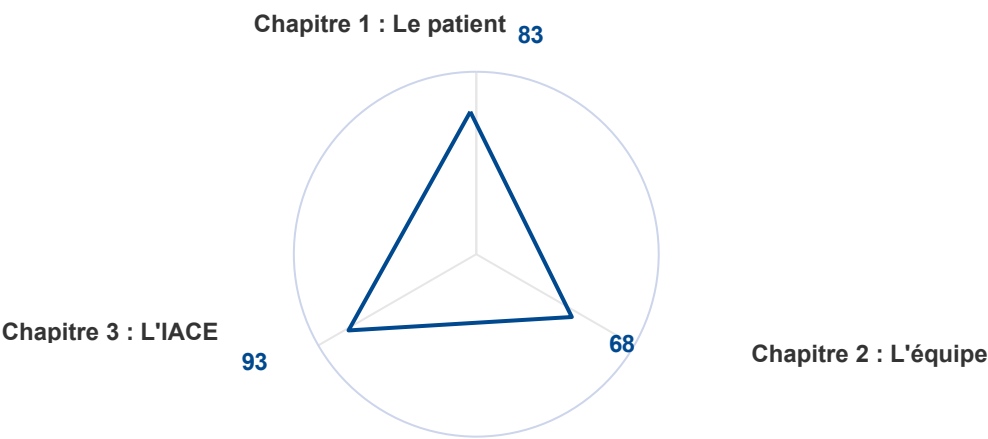
En l'espèce, au vu des éléments mentionnés dans le présent rapport, la Haute Autorité de santé décide la non-certification de l'installation de chirurgie esthétique.

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

CLINIQUE PARC CRILLON	
Adresse	96 rue Crillon 69006 Lyon
Département / Région	Rhône / Auvergne-Rhône-Alpes

Résultats

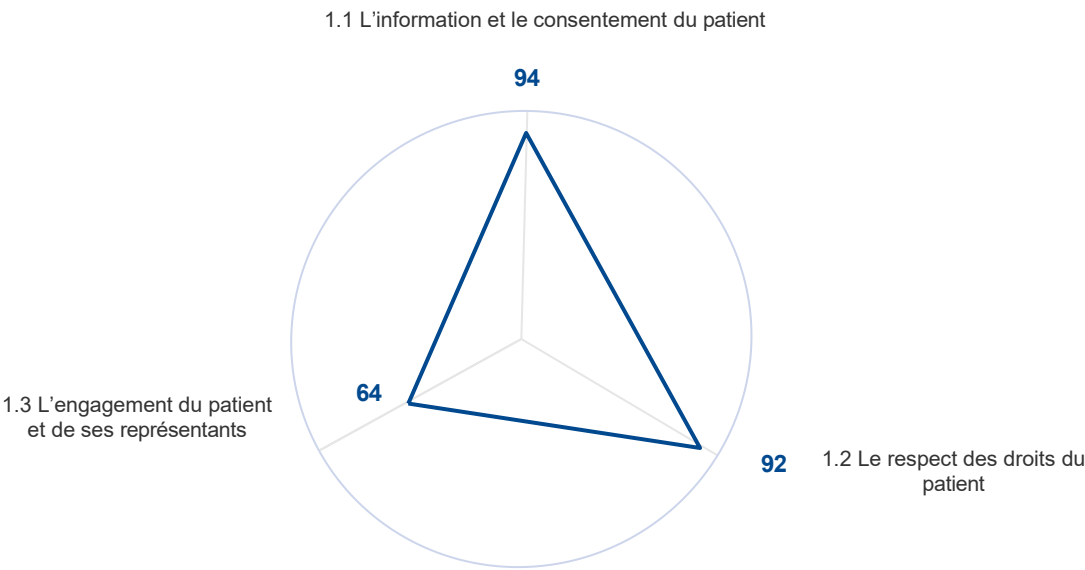


Score global de satisfaction aux attendus du référentiel **81%**

Chapitre		
Chapitre 1	Le patient	83%
Chapitre 2	L'équipe	68%
Chapitre 3	L'IACE	93%

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	75%
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	50%
2.3-01	Les équipes assurent la maîtrise des risques en lien avec les produits de santé dont l'IACE dispose	82%
2.3-02	Les équipes assurent la maîtrise du risque infectieux en lien avec leurs activités	100%
2.3-03	Les équipes assurent la maîtrise du risque dans le cadre de la survenue d'une urgence vitale ou d'un choc	100%
3.1-01	Un programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins décline les orientations qualité et sécurité des soins de l'IACE	100%

Chapitre 1 : Le patient



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

Objectifs		
1.1	L'information et le consentement du patient	94%
1.2	Le respect des droits du patient	92%
1.3	L'engagement du patient et de ses représentants	64%

Synthèse chapitre 1

A la clinique esthétique Parc Crillon le patient reçoit une information claire et adaptée sur les détails de l'intervention, les bénéfices et risques à court et long terme et les devis correspondants.

Le consentement libre et éclairé est recueilli, le délai minimum de 15 jours de réflexion est respecté.

La personne de confiance et à prévenir sont identifiées. En amont de l'hospitalisation le patient reçoit le livret d'accueil précisant le fonctionnement général de l'IACE (Installation Autonome de Chirurgie Esthétique).

Toutefois malgré l'information diffusée dans le livret d'accueil et dans la chambre, les patients interrogés n'ont pas connaissance du représentant des usagers (RU), de la possibilité de déclarer un événement indésirable associé aux soins et de la possibilité de rédiger une plainte ou une réclamation.

Les locaux et les pratiques respectent la dignité et l'intimité des patients de même que la confidentialité.

La bientraitance est une des valeurs de l'établissement, une charte bientraitance est présente dans le livret d'accueil et le personnel est sensibilisé.

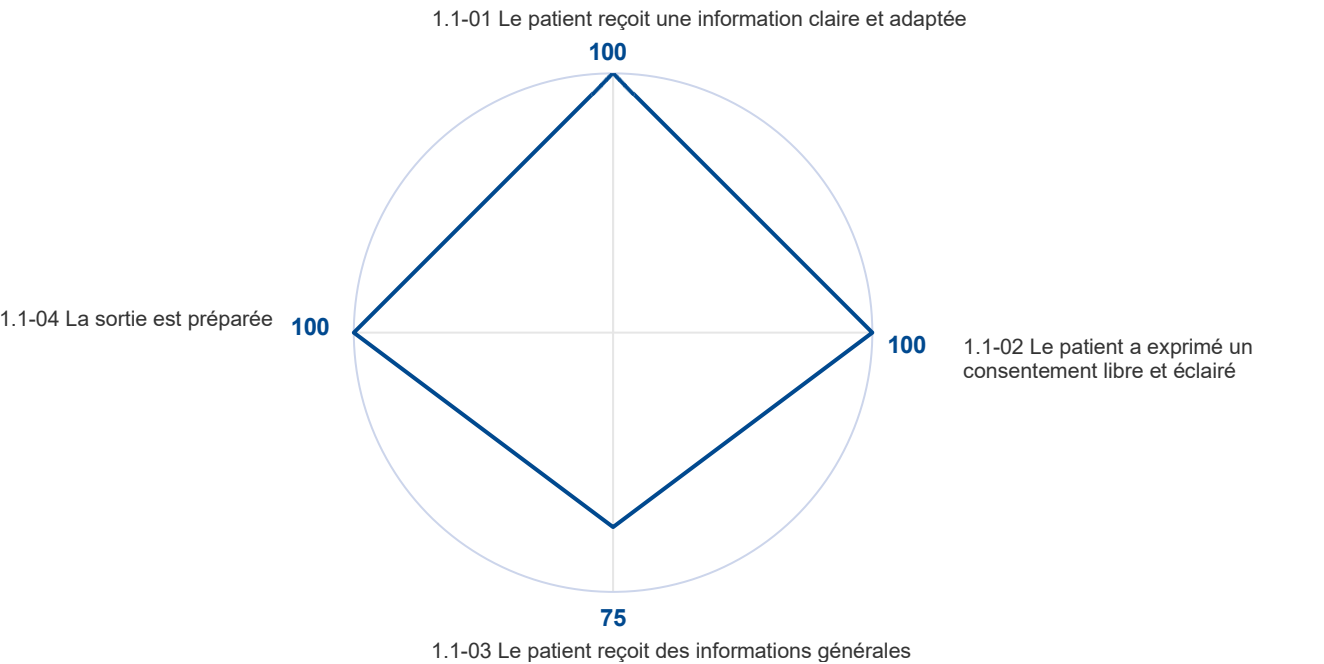
La clinique n'a pas recours à la contention mais dispose d'une procédure qui prend en compte la prescription argumentée : motif, type de contention et points de contention, la surveillance, l'information du patient et de sa famille ainsi que la réévaluation après 24 heures.

Les prescriptions en « si besoin » sont assorties d'un seuil de déclenchement. Cependant l'évaluation de la douleur et la réévaluation après l'administration d'un traitement antalgique ne sont pas systématiquement tracées dans le dossier patient.

Un questionnaire de satisfaction est remis à chaque patient avec le livret d'accueil, le taux de retour est de 91% en avril 2025. Des actions sont mises en place comme l'amélioration des délais de rendez-vous. Les patients sont très satisfaits de leur prise en charge.

L'accès du patient à son dossier est organisé, les délais sont suivis et communiqués en CDU (commission des usagers). Il n'y a pas eu de demande en 2023 et 2024 et 1 en 2025.

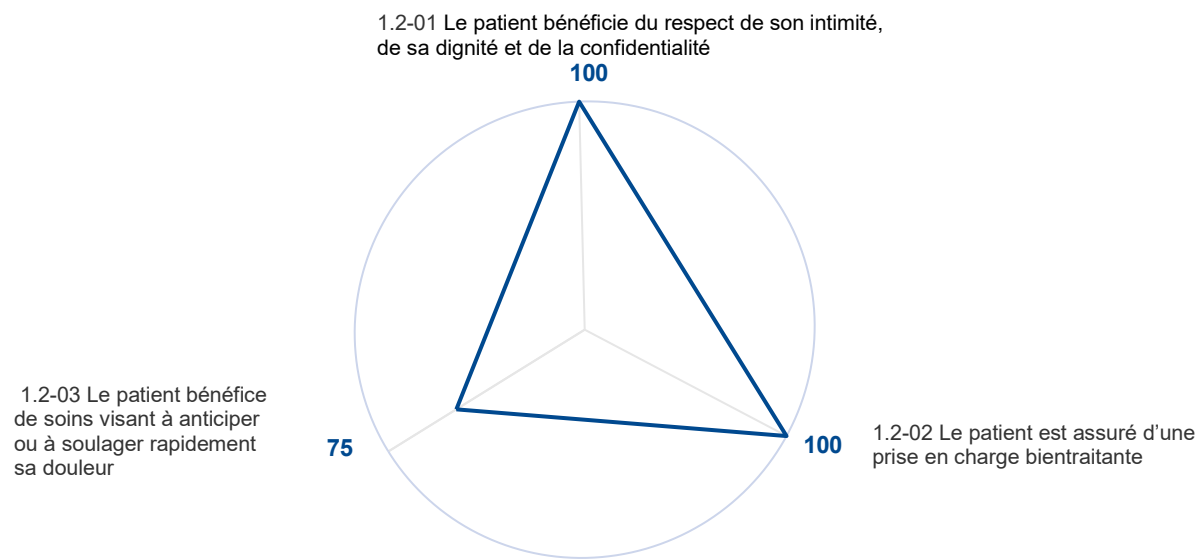
Objectif 1.1 : L'information et le consentement du patient



Score de l'objectif **94%**

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%

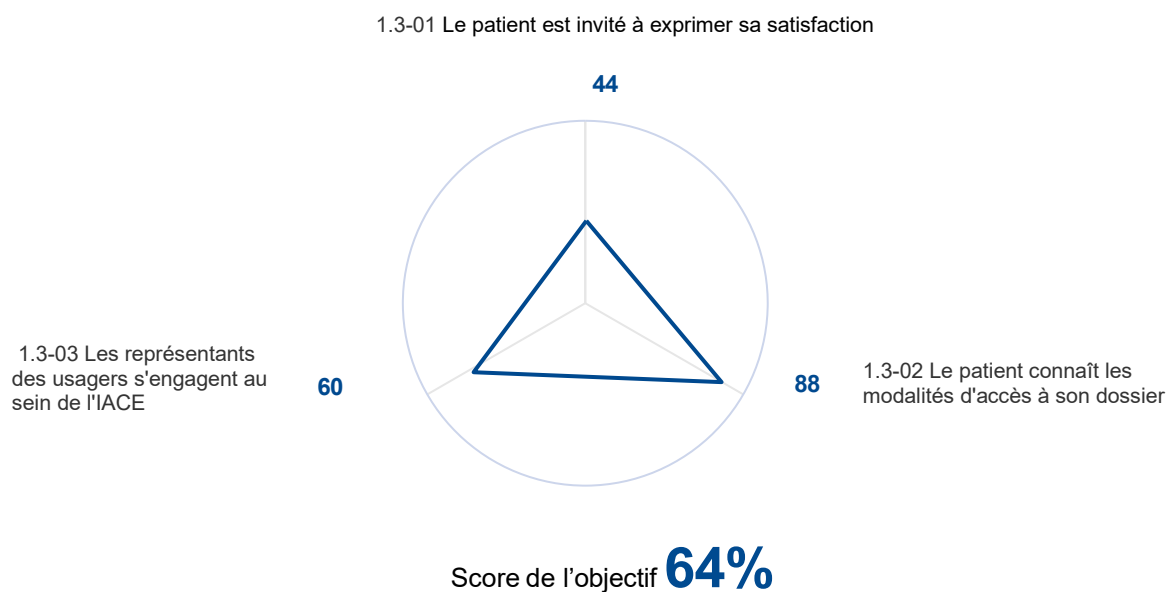
Objectif 1.2 : Le respect des droits du patient



Score de l'objectif **92%**

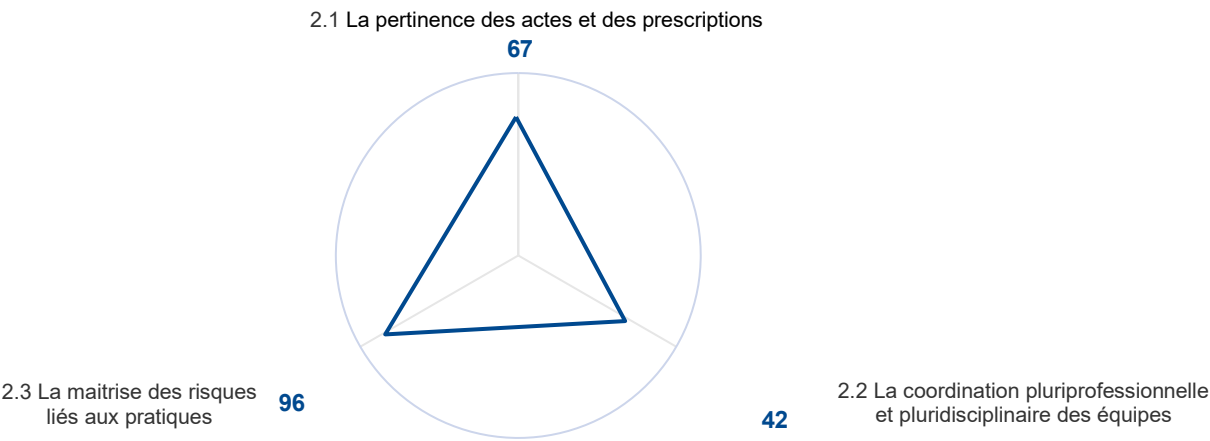
Critères		
1.2-01	Le patient bénéficie du respect de son intimité, de sa dignité et de la confidentialité	100%
1.2-02	Le patient est assuré d'une prise en charge bienveillante	100%
1.2-03	Le patient bénéficie de soins visant à anticiper ou à soulager rapidement sa douleur	75%

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



Critères		
1.3-01	Le patient est invité à exprimer sa satisfaction	44%
1.3-02	Le patient connaît les modalités d'accès à son dossier	88%
1.3-03	Les représentants des usagers s'engagent au sein de l'IAE	60%

Chapitre 2 : L'équipe



Score du chapitre **68%** du score maximal

Objectifs		
2.1	La pertinence des actes et des prescriptions	67%
2.2	La coordination pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire des équipes	42%
2.3	La maitrise des risques liés aux pratiques	96%

Synthèse chapitre 2

L'évaluation clinique initiale globale et le projet de soins sont élaborés à partir de plusieurs consultations, avec des temps de réflexion. Le patient reçoit des informations claires et adaptées à chaque type d'intervention, incluant les bénéfices et risques ainsi que les solutions alternatives possibles. L'addiction à la chirurgie esthétique est recherchée, et le patient réorienté si nécessaire vers les professionnels spécialisés. Toutefois l'évaluation clinique initiale n'est pas retrouvée dans le dossier de la clinique, excepté la fiche d'intervention qui mentionne le type de chirurgie programmée.

La pertinence des actes est argumentée et l'équipe s'appuie sur les protocoles qui intègrent les bonnes pratiques des sociétés savantes.

L'identification des sujets éthiques et la réflexion commune ne sont pas en place, l'établissement va solliciter les partenaires du territoire.

Le dossier patient est accessible par tous les professionnels qui tracent en temps utile les éléments nécessaires à la prise en charge des patients. Les ordonnances de sorties et la lettre de liaison ne sont pas intégrées au dossier de la clinique, une sensibilisation des praticiens intervenants a eu lieu.

Le recueil de l'opposition du patient à la consultation de son DMP (dossier médical partagé) n'est pas recherché.

La check-list est réalisée selon le protocole de la HAS, néanmoins le support utilisé est celui de 2010 et n'intègre pas le GO/No Go. L'établissement a réagi et mis en place le support de 2018. Un audit sur la réalisation de la check-list est inscrit dans le PAQSS 2025 (programme d'amélioration de la qualité et sécurité des soins). Il n'y a pas d'évènement indésirable lié à la Check-list.

L'IDE coordinatrice, la Directrice et le chirurgien sont responsables de la programmation opératoire.

Les patients sont autorisés par les praticiens à sortir de la salle de réveil et du service ambulatoire selon un score de sortie, cependant le personnel n'a pas été formé à l'évaluation de ce score, ni celui de sortie de l'ambulatoire.

La liste des médicaments à risque (MAR) est affichée et connue des professionnels, les MAR sont identifiés dans les pharmacies. Les péremptions et stocks sont suivis. Un cahier nominatif des stupéfiants est en place. Toutefois les prescriptions ne sont pas toujours complètes : il manque quelquefois, le nom du prescripteur, et/ou la signature, et/ou la durée du traitement. De même la traçabilité de l'administration n'est pas toujours effective ainsi que le motif de non-administration.

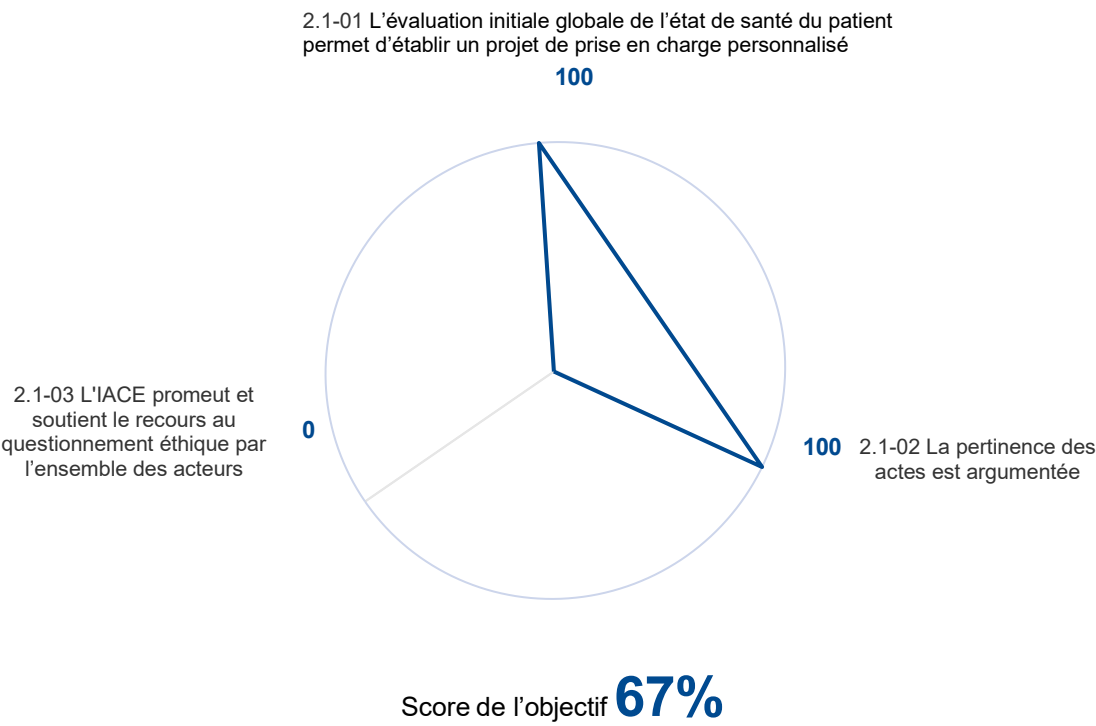
L'IACE a instauré le registre réglementaire des dispositifs médicaux implantables (DMI) en format papier.

Les équipes maîtrisent le risque infectieux : il existe un protocole de préparation de l'opéré. Les bonnes pratiques de l'antibioprophylaxie suivent les recommandations de la SFAR (société française d'anesthésie réanimation) et sont adaptées aux différentes opérations. La tenue des professionnels est conforme aux attendus. Le circuit des déchets est organisé. La stérilisation du matériel est externalisée.

Pour la prise en charge des urgences vitales et la réanimation, la clinique a signé une convention de coopération avec la clinique de la Sauvegarde. Les professionnels connaissent le numéro d'appel d'urgence unique qui est affiché. Le matériel est disponible, vérifié et accessible. Le personnel est formé. Un exercice de simulation a eu lieu avec un médecin anesthésiste et les pompiers.

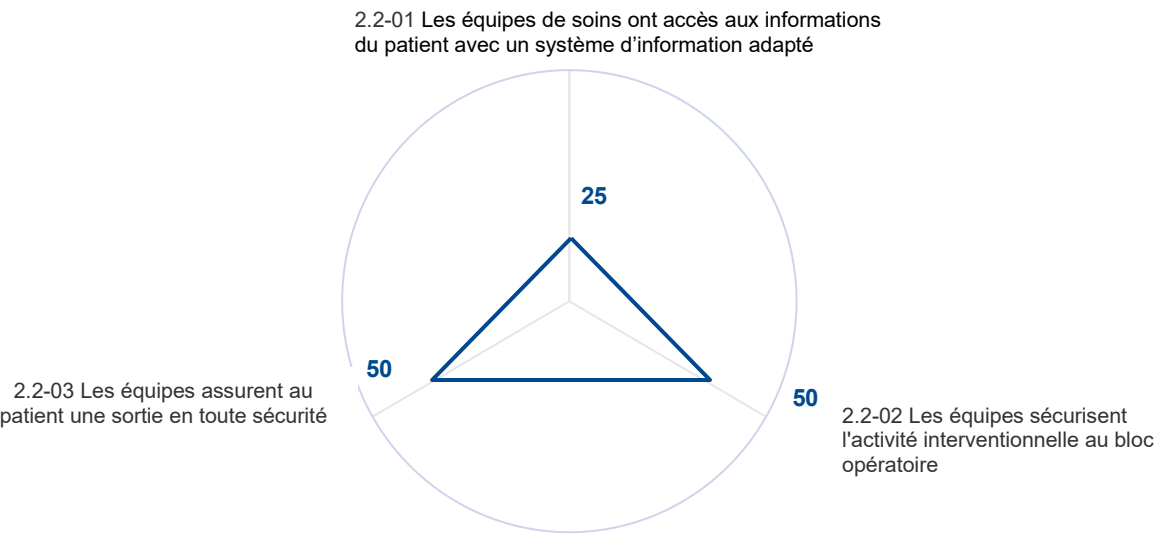
Une messagerie sécurisée en santé permet d'échanger les informations entre les professionnels intervenant dans la prise en charge. Les professionnels disposent d'un identifiant et mot de passe personnel qui est changé régulièrement. Les équipes connaissent la conduite à tenir en cas de panne /attaque 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	0%

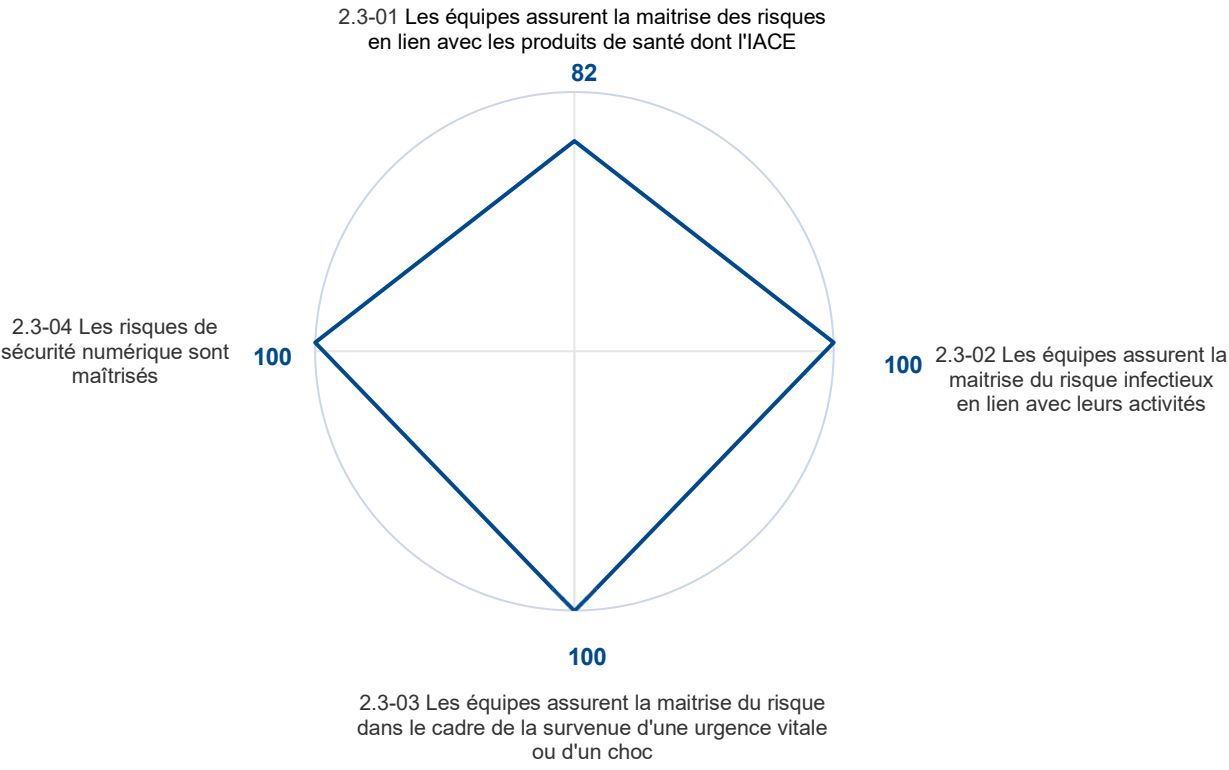
Objectif 2.2 : La coordination pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire des équipes



Score de l'objectif **42%**

Critères		
2.2-01	Les équipes de soins ont accès aux informations du patient avec un système d'information adapté	25%
2.2-02	Les équipes sécurisent l'activité interventionnelle au bloc opératoire	50%
2.2-03	Les équipes assurent au patient une sortie en toute sécurité	50%

Objectif 2.3 : La maitrise des risques liés aux pratiques

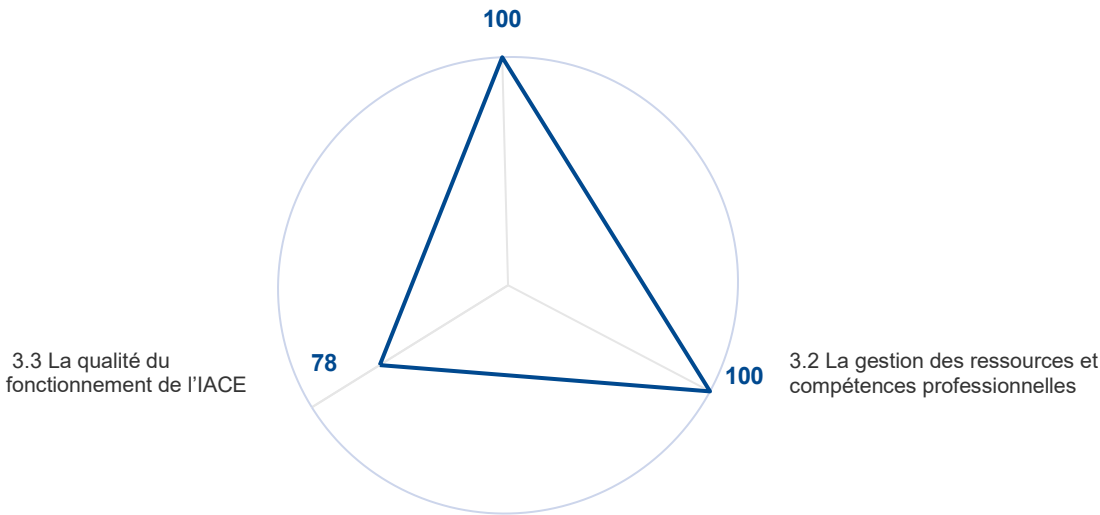


Score de l'objectif **96%**

Critères		
2.3-01	Les équipes assurent la maitrise des risques en lien avec les produits de santé dont l'IACE dispose	82%
2.3-02	Les équipes assurent la maitrise du risque infectieux en lien avec leurs activités	100%
2.3-03	Les équipes assurent la maitrise du risque dans le cadre de la survenue d'une urgence vitale ou d'un choc	100%
2.3-04	Les risques de sécurité numérique sont maîtrisés	100%

Chapitre 3 : L'IACE

3.1 Le management par la qualité et la gestion des risques



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

Objectifs		
3.1	Le management par la qualité et la gestion des risques	100%
3.2	La gestion des ressources et compétences professionnelles	100%
3.3	La qualité du fonctionnement de l'IACE	78%

Synthèse chapitre 3

Un PAQSS est construit à partir des audits, EPP (Evaluation des Pratiques Professionnelles), contrôles, plaintes, réclamations, questionnaires de sortie, Fiches d'événements indésirables (FEI)... Il est suivi et mis à jour par la gouvernance en collaboration avec les professionnels.

La représentante des usagers est impliquée dans la vie de l'établissement et la prise en charge des patients. Elle est informée des plaintes, réclamations, FEI, retour des questionnaires de sortie, PAQSS et indicateurs. Elle est impliquée dans la réflexion relative aux nouveaux projets notamment le projet d'établissement et le livret d'accueil. Elle rencontre quelquefois les patients.

La gestion des FEI, plaintes et réclamations est réalisée lors de la commission pluri professionnelle.

La sécurité des biens et des personnes est assurée ; l'entrée de la clinique est surveillée, des coffres sont à disposition des patients.

L'établissement a identifié les risques environnementaux auxquels il peut être confronté. Le tri des déchets est effectué. La direction suit la consommation énergétique et a mis des actions en place pour diminuer les consommations.

La clinique n'a pas déclaré d'incident grave ou significatif à l'ANSSI (Agence Nationale de la Sécurité des Systèmes d'Information) mais dispose d'un protocole décrivant la conduite à tenir.

La gouvernance pilote l'adéquation des ressources humaines à l'activité : la clinique fait appel à des CDD habitués ou intérim en cas de besoin, le report d'intervention peut être décidé si besoin.

Le développement des compétences est un des axes forts de l'établissement, outre les formations obligatoires comme la sécurité incendie et les urgences, l'établissement propose des formations en hygiène, circuit patient, médicament, DU douleur, plaie et cicatrisation, microbiote, diététique et physio nutrition... Le personnel participe aux congrès de chirurgie esthétique.

L'accueil des nouveaux arrivants est organisé, ils sont formés, doublés, encadrés et bénéficient d'un «Welcome Kit» qui leur explique l'organisation de la clinique.

Il existe une politique QVT, des entretiens trimestriels sont réalisés par la Directrice, l'ergonomie de travail est prise en compte, des temps conviviaux sont organisés, le télétravail est autorisé pour certaines fonctions administratives, la flexibilité des horaires et des plannings sont appliqués.

La culture de la pertinence et du résultat est développée à travers l'évaluation des pratiques professionnelles. Des EPP sur les questionnaires de satisfaction, les devis et consentements, la douche pré-opératoire et la prise en charge de la douleur ont été réalisées et ont donné lieu à des actions qui intègrent le PAQSS. L'IACE s'appuie sur les recommandations des bonnes pratiques de la Société Française De Chirurgie Plastique Reconstructrice et Esthétique (SoFCPRE), et autres sociétés savantes.

La clinique suit ses orientations stratégiques et suivait un tableau de bord d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs qu'elle a abandonné depuis 2019 et qui doit être relancé en 2025. Des indicateurs sur l'ICSHA, le nombre d'interventions et le pourcentage des retours de questionnaires de sortie sont suivis : 80% de retour en 2024 et 91% de retour début 2025.

La maintenance des locaux et équipements est assurée par une société extérieure. L'IACE dispose d'un avis favorable de la commission communale de sécurité et d'accessibilité.

La HAS prononce une non-certification et encourage prioritairement l'établissement à :

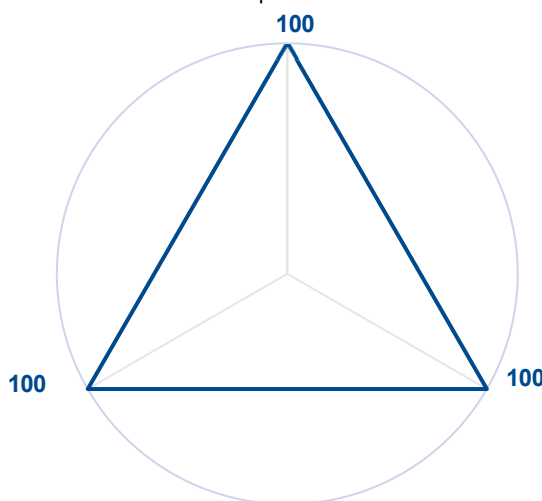
- Renforcer les bonnes pratiques de traçabilité (administration et motif de non-administration des médicaments, prise en charge de la douleur...)
- Renforcer l'utilisation de la check-list ;
- Former le personnel au score de sortie ;
- Respecter les bonnes pratiques de prescription (nom du prescripteur, signature, durée du traitement) ;
- Tracer systématiquement l'évaluation clinique initiale dans le dossier patient.

Une nouvelle visite sera programmée, au plus tard, dans deux ans.

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'ACE

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

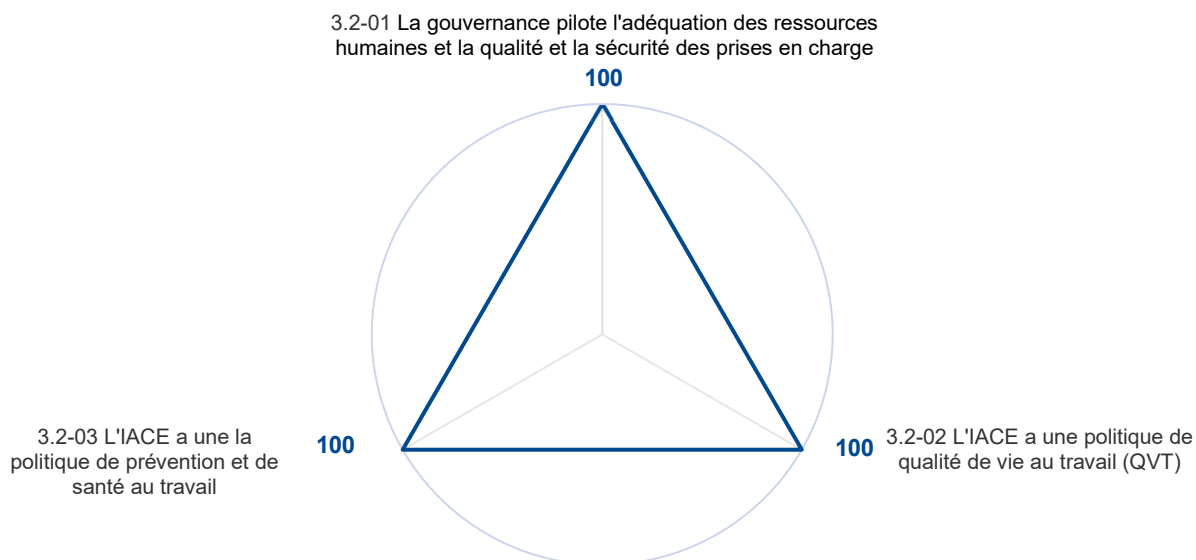


3.1-02 L'ACE développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins

Score de l'objectif **100%**

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

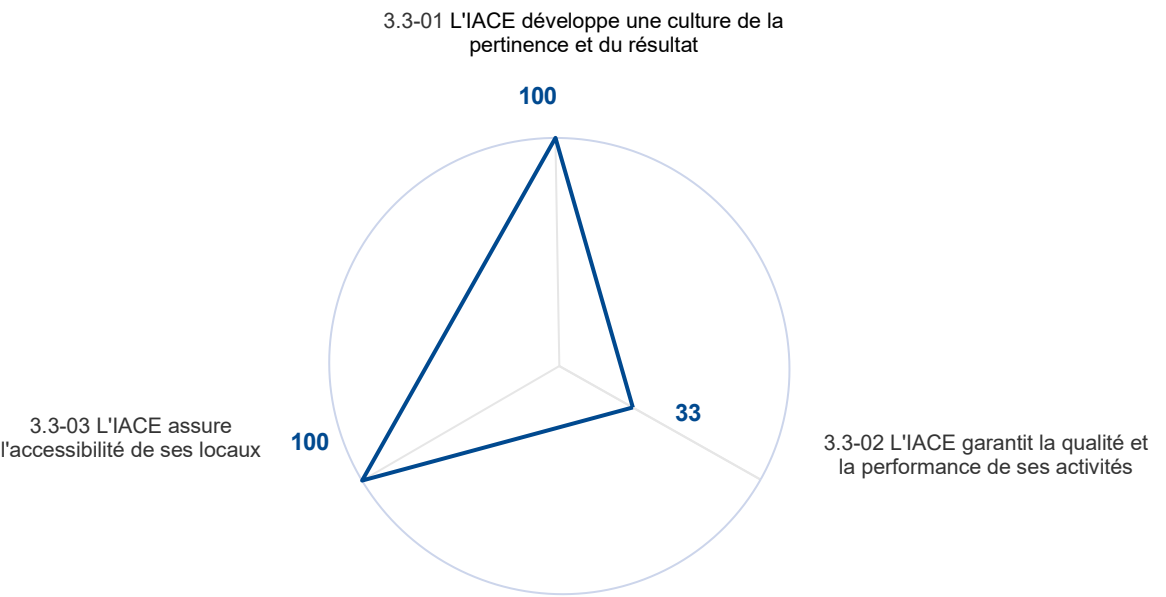
Objectif 3.2 : La gestion des ressources et compétences professionnelles



Score de l'objectif **100%**

Critères		
3.2-01	La gouvernance pilote l'adéquation des ressources humaines et la qualité et la sécurité des prises en charge	100%
3.2-02	L'IACE a une politique de qualité de vie au travail (QVT)	100%
3.2-03	L'IACE a une la politique de prévention et de santé au travail	100%

Objectif 3.3 : La qualité du fonctionnement de l’IACE



Score de l'objectif **78%**

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	33%
3.3-03	L'IACE assure l'accessibilité de ses locaux	100%

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

