
MESURER

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

**RAPPORT DE
CERTIFICATION**

Clinique Esthétique Lyon Tête d'Or

88 Boulevard des Belges 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	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.

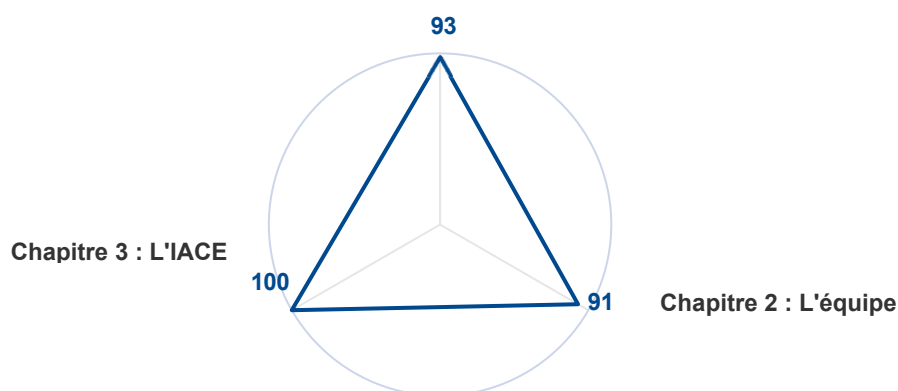
Le rapport et la décision sont publiés sur le site Internet de la HAS et communiqués à l'autorité de tutelle de l'installation de chirurgie esthétique. L'installation de chirurgie esthétique doit en assurer la plus large diffusion interne. Elle doit notamment la porter à la connaissance des instances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

Présentation

Clinique Esthétique Lyon Tête d'or	
Adresse	88 Boulevard des Belges 69006 Lyon
Département / Région	Rhône / Auvergne-Rhône-Alpes

Résultats

Chapitre 1 : Le patient



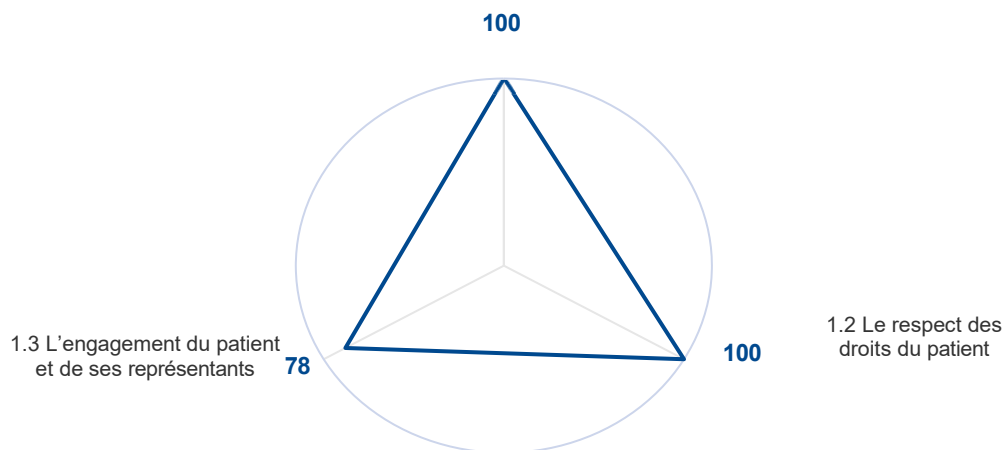
Score global de satisfaction aux attendus du référentiel **95%**

Chapitre		Score %
Chapitre 1	Le patient	93%
Chapitre 2	L'équipe	91%
Chapitre 3	L'ACE	100%

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'ACE dispose	73%
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'ACE	100%

Chapitre 1 : Le patient

1.1 L'information et le consentement du patient



Score du chapitre **93%** 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	78%

Synthèse chapitre 1

Le patient de la Clinique Esthétique Lyon Tête d'Or (CELTO) 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 ou le passeport ambulatoire précisant le fonctionnement général de l'ACE et un document d'information annexé abordant les sujets du consentement éclairé, l'accès au dossier, les représentants des usagers, les directives anticipées, la prise en charge de la douleur, le DMP (dossier médical partagé) ...

La sortie est préparée et les différents documents remis lui sont expliqués : ordonnances de sorties, rendez-vous de suivi, cartes d'implants, compte rendu opératoire et lettre de liaison ainsi que les numéros de téléphone à appeler en cas d'urgence. Toutefois malgré l'information diffusée dans le livret d'accueil et dans les chambres, 1 patient sur les 2 interrogés n'a pas connaissance des représentants 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 (chambres seules) de même que la confidentialité. La bientraitance est une des valeurs de l'établissement, une sensibilisation du personnel a eu lieu en 2025 et un protocole de détection des situations de maltraitance existe.

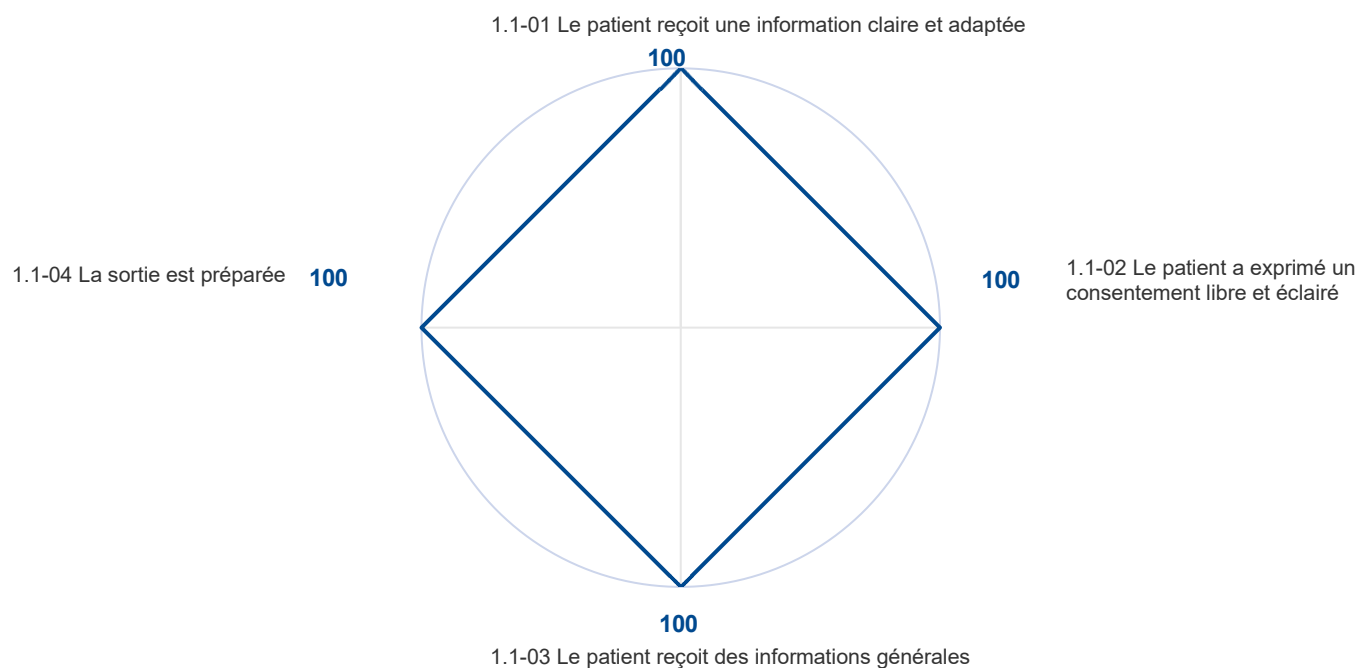
La clinique n'a pas recours à la contention mais dispose d'une procédure qui prend en compte la prescription argumentée (motif, type de contention et points de contention), la surveillance, l'information du patient et de sa famille ainsi que la réévaluation après 24 heures.

La prise en charge de la douleur est effective et tracée dans le dossier, la réévaluation est réalisée après l'administration d'antalgique. Les prescriptions en « si besoin » sont assorties d'un seuil de déclenchement.

Un questionnaire de satisfaction est remis à chaque patient dans sa chambre, les patients sont très satisfaits de leur prise en charge. Des actions comme l'acquisition d'un paravent en salle de réveil a été prise en compte.

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 de dossier en 2023 et 2024. Les patients rencontrés n'avaient pas connaissance du DMP. L'établissement recueille l'accord du patient pour alimenter son DMP, la plupart des patients s'y opposent. Le dossier patient n'étant pas informatisé, le DMP ne peut être alimenté même en cas de non-refus du patient.

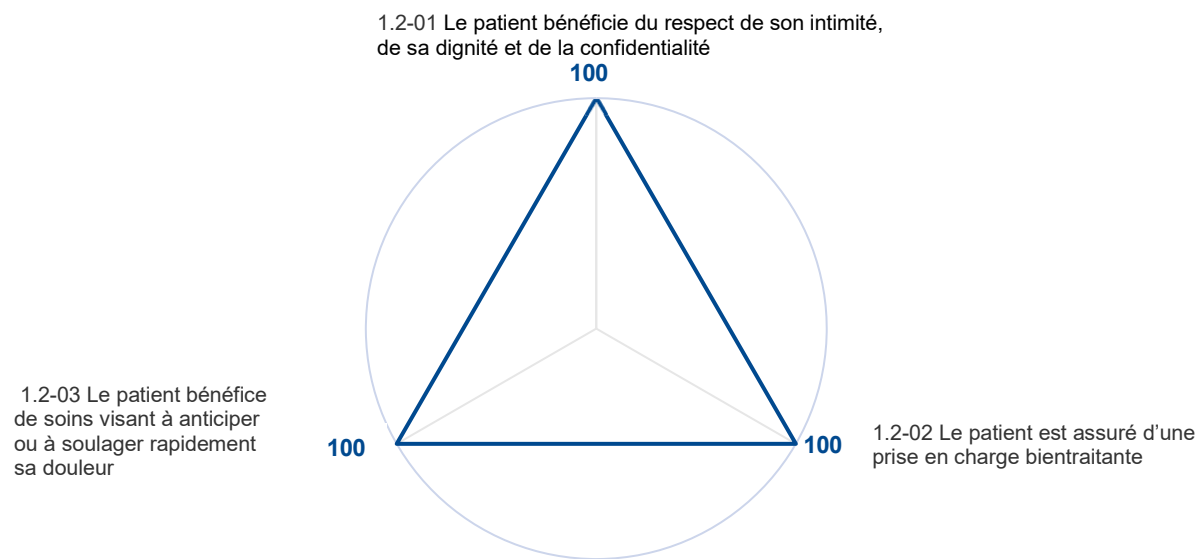
Objectif 1.1 : L’information et le consentement du patient



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%

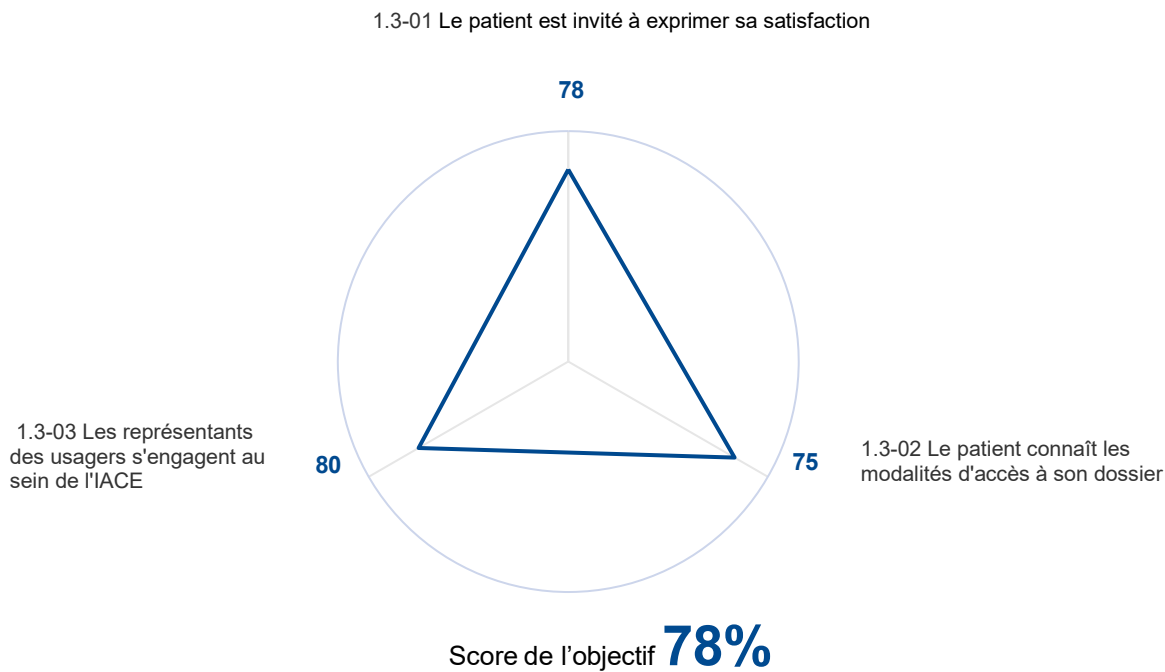
Objectif 1.2 : Le respect des droits du patient



Score de l'objectif **100%**

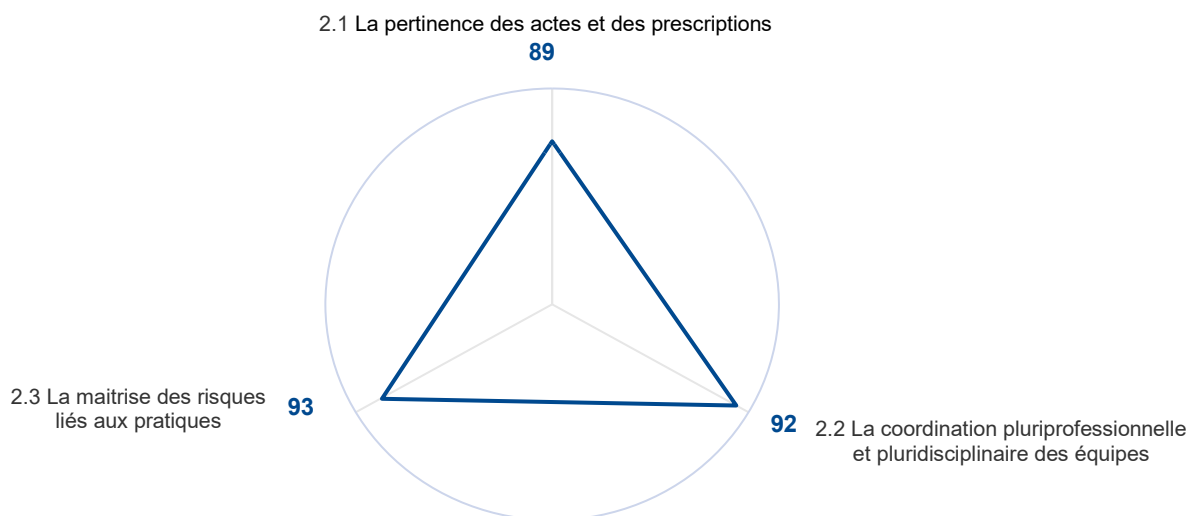
Critères		
1.2-01	Le patient bénéficie du respect de son intimité, de sa dignité et de la confidentialité	100%
1.2-02	Le patient est assuré d'une prise en charge bienveillante	100%
1.2-03	Le patient bénéficie de soins visant à anticiper ou à soulager rapidement sa douleur	100%

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



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	75%
1.3-03	Les représentants des usagers s'engagent au sein de l'IACE	80%

Chapitre 2 : L'équipe



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

Objectifs		
2.1	La pertinence des actes et des prescriptions	89%
2.2	La coordination pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire des équipes	92%
2.3	La maîtrise des risques liés aux pratiques	93%

Synthèse chapitre 2

L'évaluation clinique initiale 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 intervention, incluant les bénéfices et risques ainsi que les solutions alternatives possibles. L'addiction à la chirurgie esthétique est recherchée, évaluée et réorientée si nécessaire vers les professionnels spécialisés.

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

Les sujets éthiques sont abordés lorsque la situation le nécessite, le personnel a été sensibilisé. La CELTO souhaite se rapprocher de la structure éthique régionale (EREARA).

Le dossier patient est accessible par tous les intervenants qui tracent en temps utile les éléments nécessaires à la prise en charge des patients.

La check-list est réalisée selon le protocole de la HAS, une procédure d'utilisation de la check-list est accessible et un audit sur la réalisation de la check-list a été réalisé, des actions ont été mise en œuvre et inscrites dans le PAQSS (programme d'amélioration de la qualité et sécurité des soins).

L'IDE (Infirmière diplômée d'état) est responsable de la programmation opératoire. Les patients sont autorisés à sortir de la salle de réveil et du service ambulatoire selon un score de sortie toutefois le personnel n'a pas été formé, la formation est prévue la semaine du 7 avril par les anesthésistes.

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 existe. L'ACE a mis en place le registre réglementaire des dispositifs médicaux implantables (DMI). Cependant la traçabilité de l'administration des médicaments n'est pas toujours conforme aux attendus, il manque dans plusieurs dossiers consultés, soit la date, soit la signature de l'IDE (l'infirmière diplômée d'état) qui a administré. La responsable qualité a revu le support papier avec les praticiens et les IDE durant la visite.

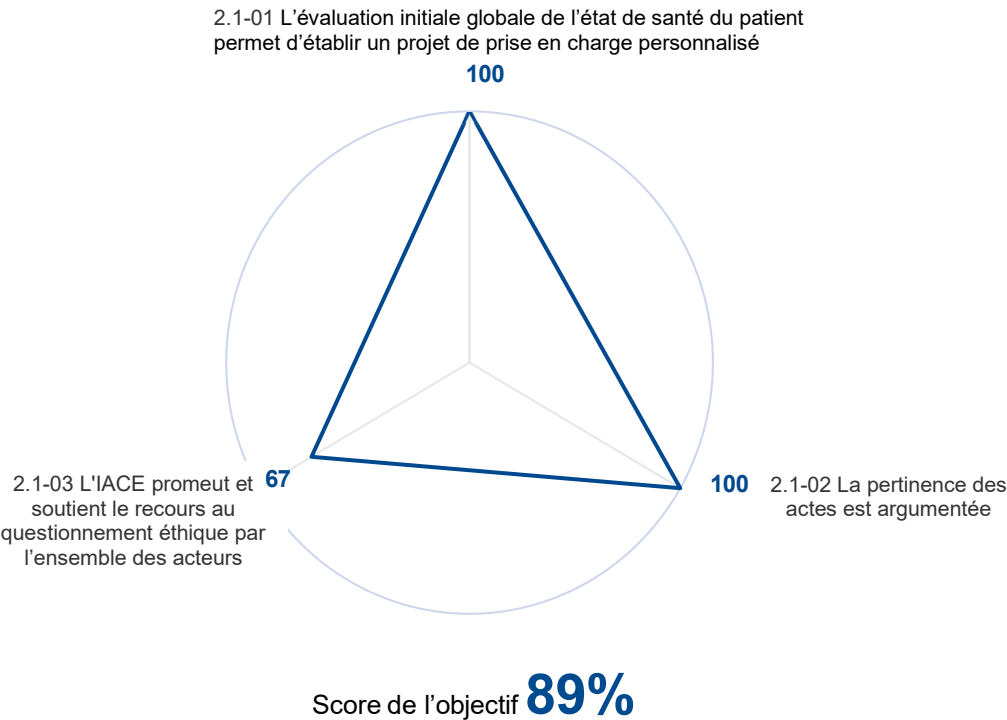
D'autre part des dispositifs médicaux stériles (DMS), casques et des boîtes de fils de sutures sont stockés sur des étagères ouvertes dans la salle de réveil près d'un brancard. L'établissement a réagi et a prévu d'acquérir des armoires à rideaux pour stocker ces DMS et a commencé à les déplacer durant la visite. Par ailleurs, la clinique souhaite acquérir un petit chariot de soins pour la préparation des perfusions qui se fait actuellement dans la pharmacie.

Les équipes maîtrisent le risque infectieux : il existe un protocole de préparation de l'opéré pour chaque type d'intervention. 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 l'Hôpital St Joseph St Luc. Les professionnels connaissent le numéro d'appel d'urgence qui est affiché. Le matériel est disponible, vérifié et accessible. Le personnel est formé. Un exercice de simulation a eu lieu.

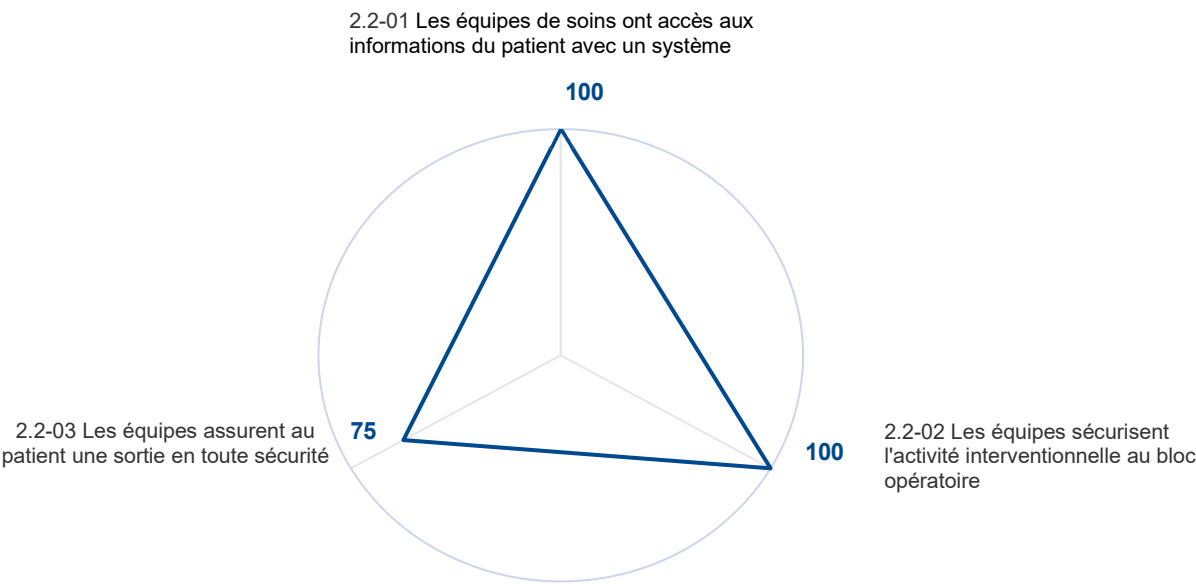
L'établissement ne dispose pas de messagerie sécurisée car le dossier patient n'est pas informatisé. Le lien avec le médecin traitant si le patient est d'accord se fait par voie postale. Une procédure et une affiche en cas de cyberattaque ont été élaborées pour les secrétariats la qualité et les praticiens.

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%

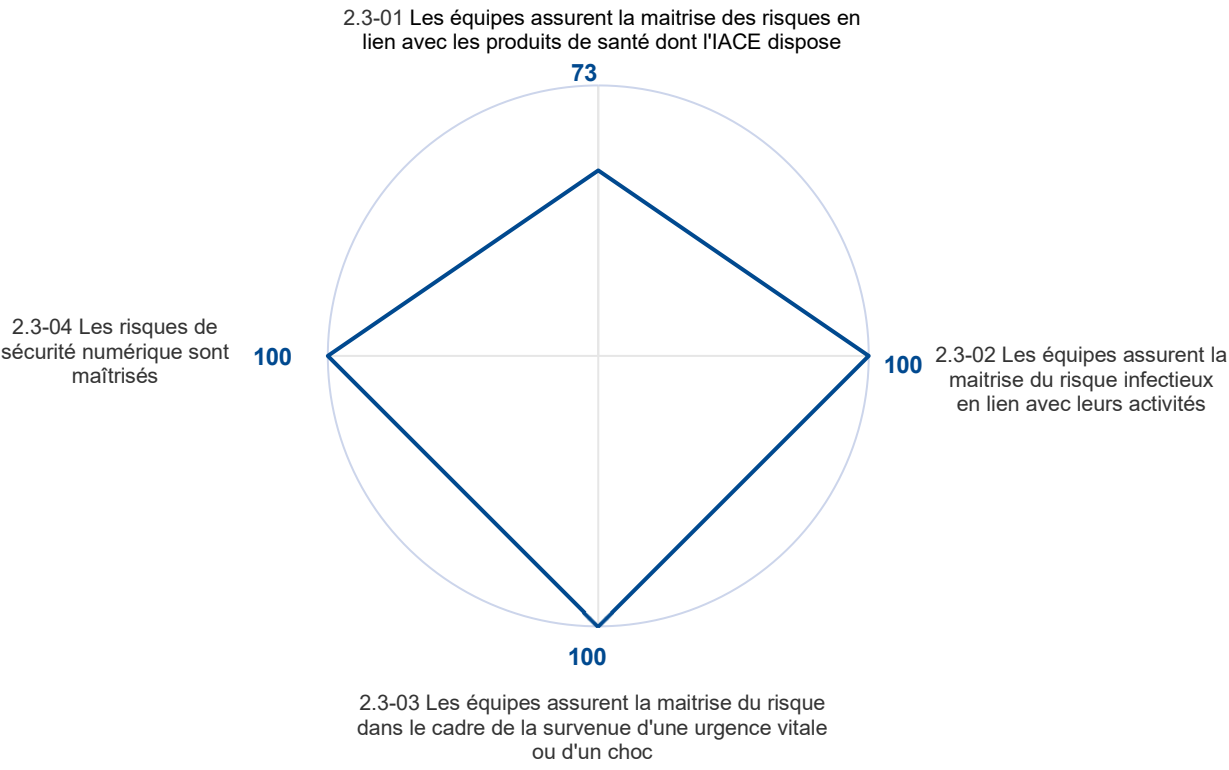
Objectif 2.2 : La coordination pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire des équipes



Score de l'objectif **92%**

Critères		
2.2-01	Les équipes de soins ont accès aux informations du patient avec un système d'information adapté	100%
2.2-02	Les équipes sécurisent l'activité interventionnelle au bloc opératoire	100%
2.2-03	Les équipes assurent au patient une sortie en toute sécurité	75%

Objectif 2.3 : La maitrise des risques liés aux pratiques

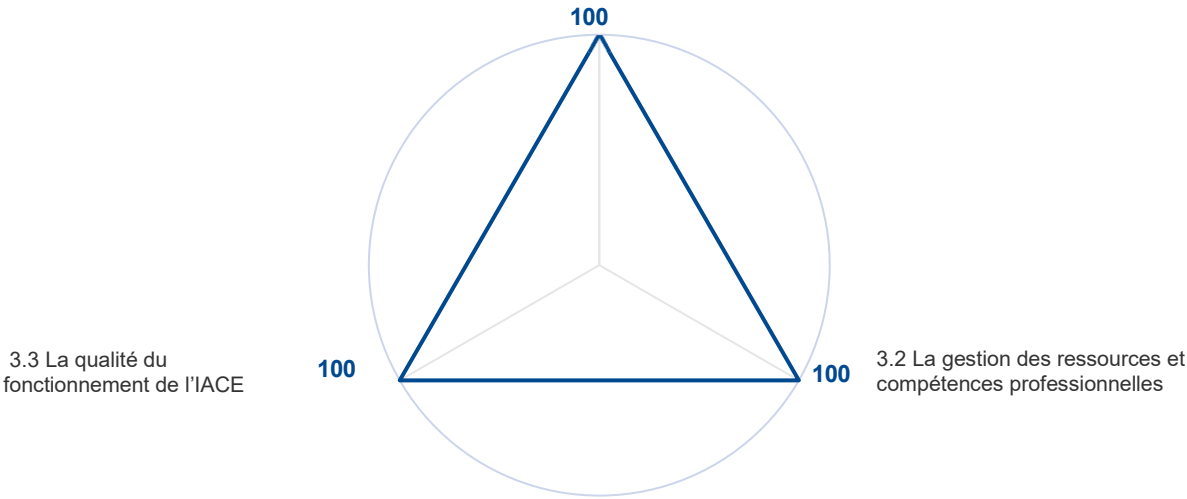


Score de l'objectif **93%**

Critères		
2.3-01	Les équipes assurent la maitrise des risques en lien avec les produits de santé dont l'IACE dispose	73%
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 **100%** 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	100%

Synthèse chapitre 3

Un PAQSS est construit à partir des audits, EPP (Evaluation des Pratique 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.

Les représentants des usagers sont impliqués dans la vie de l'établissement et la prise en charge des patients. Ils sont informés des plaintes, réclamations, FEI, retour des questionnaires de sortie, PAQSS et indicateurs. Ils sont impliqués dans la réflexion relative à l'impact de l'intervention sur la chirurgie mammaire. Ils ont proposé de revoir le questionnaire de sortie. Un projet des usagers est défini.

L'analyse des FEI, plaintes et réclamations est réalisée de manière pluri professionnelle, selon la méthode ALARM, des actions sont définies et intègrent le PAQSS. Une RMM (Revue Morbi Mortalité) a été organisée à la suite d'une FEI. L'évaluation de la culture sécurité a été faite à l'aide du questionnaire culture sécurité simplifié de la HAS.

La sécurité des biens et des personnes est assurée : l'entrée de la clinique est surveillée, un coffre est à disposition des patients à l'accueil.

L'établissement a identifié les risques environnementaux auxquels il peut être confronté (inondation, Vigipirate).

Le tri des déchets est effectué. La direction suit la consommation énergétique. Une communication sur les éco gestes a eu lieu auprès des professionnels.

La gouvernance pilote l'adéquation des ressources humaines à l'activité : le personnel (IDE et secrétaires) est fixe depuis plusieurs années, il est polyvalent et peut tourner sur tous les postes. Pour tout nouveau professionnel une période de doublure est organisée. Les entretiens annuels individuels sont réalisés, les besoins en formations obligatoires (AFGSU, Incendie...) le maintien des compétences par rapport au poste occupé et l'évolution des techniques sont définis : circuit du médicament et Never events, bientraitance, précautions standard et hygiène des mains, éthique, gestion des EI, participation au congrès annuel de chirurgie esthétique...

Une enquête QVT (qualité de vie au travail) a été réalisée en mars 2025. Des actions en ont découlé, comme la définition de la politique QVT et le souhait par les professionnels que la clinique propose des actions de formation. La vaccination est réalisée gratuitement. Le Document unique a été mis à jour en mars 2025.

La culture de la pertinence et du résultat est développée. Des EPP sur la douleur post opératoire, sur la checklist ont été réalisées et ont donné lieu à des actions qui intègrent le PAQSS. Des audits sur le contenu du dossier patient ont été menées. La clinique suit un tableau de bord d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs ainsi que ses orientations stratégiques.

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.

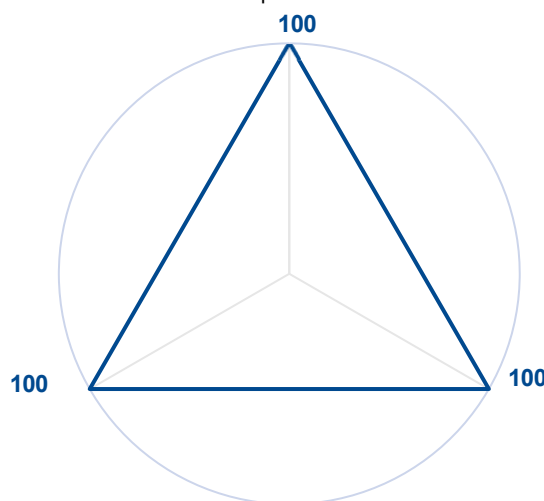
La maintenance des locaux et équipements est sous traitée. L'IACE dispose d'un avis favorable de la commission communale de sécurité et d'accessibilité qui a émis des prescriptions que l'établissement a intégrées au PAQSS, certaines actions sont réalisées, d'autres sont en cours (juin 2025).

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'ACE

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

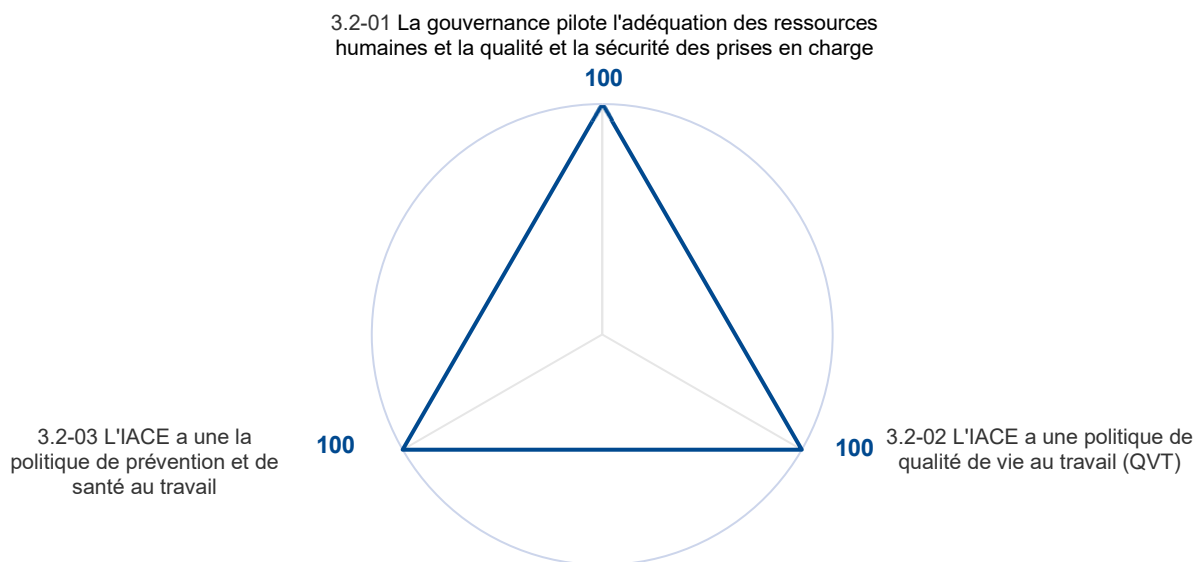
3.1-02 L'ACE développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins



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%

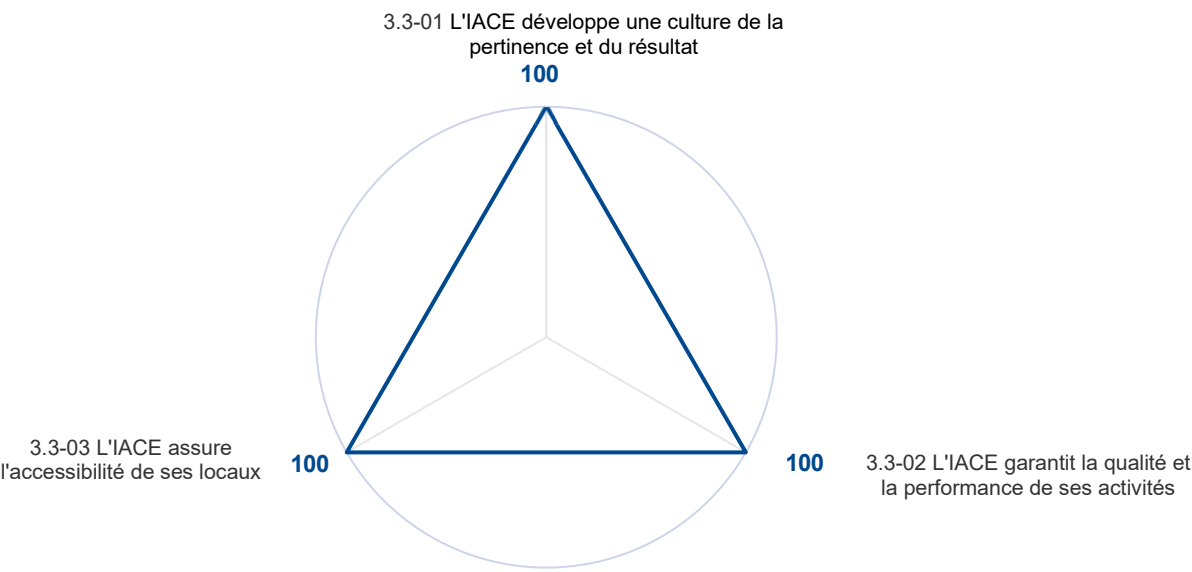
Objectif 3.2 : La gestion des ressources et compétences professionnelles



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 **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

