

---

**MESURER**  
& AMÉLIORER LA QUALITÉ

---

**RAPPORT DE**  
**CERTIFICATION**

---

**Clinique du lac  
chirurgie et médecine esthétique**

8, route de Paris 73100 Brison-Saint-Innocent



---

Validé par la HAS en Octobre 2025

Ce document ainsi que sa référence bibliographique sont téléchargeables sur [www.has-sante.fr](http://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 ;

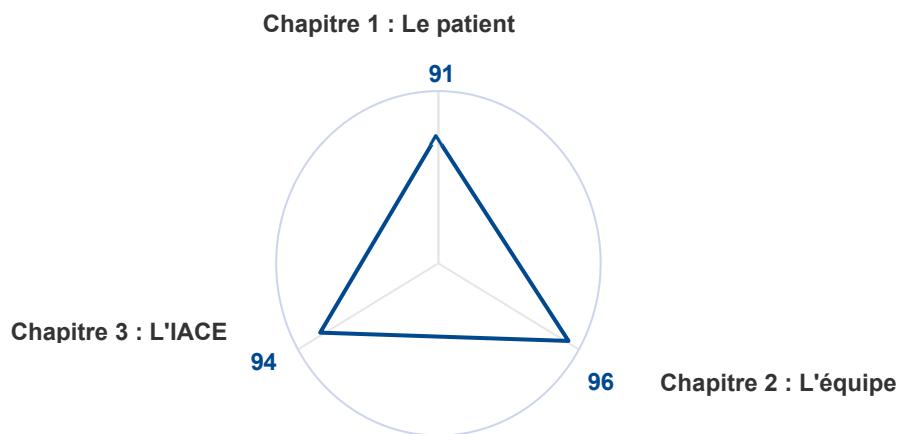
En l'espèce, au vu des éléments mentionnés dans le présent rapport, la Haute Autorité de santé décide la certification de l'installation de chirurgie esthétique.

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 DU LAC CHIRURGIE ET MÉDECINE ESTHÉTIQUE	
Adresse	8 route de Paris 73100 Brison-Saint-Innocent
Département / Région	Savoie / Auvergne-Rhône-Alpes

# Résultats



Score global de satisfaction aux attendus du référentiel **93%**

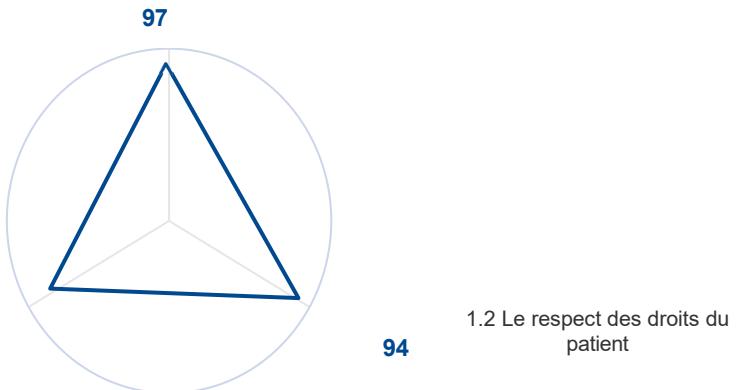
Chapitre		
Chapitre 1	Le patient	91%
Chapitre 2	L'équipe	96%
Chapitre 3	L'IACE	94%

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

1.3 L'engagement du patient  
et de ses représentants **82**



## 1.2 Le respect des droits du patient

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

Objectifs		
1.1	L'information et le consentement du patient	97%
1.2	Le respect des droits du patient	94%
1.3	L'engagement du patient et de ses représentants	82%

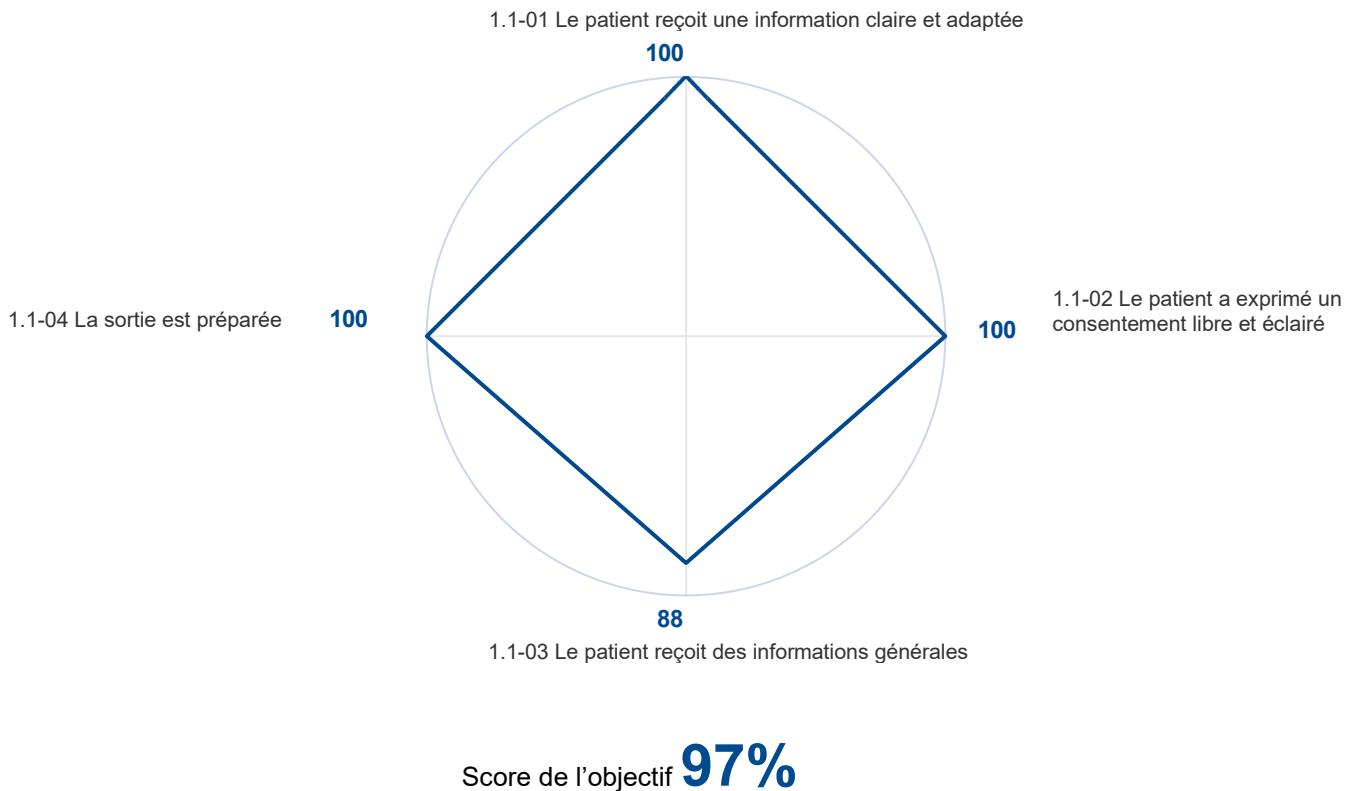
# Synthèse chapitre 1

La clinique du Lac d'Aix-Les-Bains, Installation Autonome de Chirurgie Esthétique (IACE), prend en charge des patients majoritairement en ambulatoire (88% en 2024). L'information reçue est complète et adaptée, à la fois orale, et par le biais de supports écrits tels les fiches des sociétés savantes de chirurgie plastique. Les consignes préopératoires et les bénéfices / risques des différents dispositifs médicaux implantables sont partagés avec le patient dès la première consultation. Le consentement éclairé est recueilli et tracé dans le dossier pour les prises en charge opératoire et anesthésique. Un devis complet comprenant toutes les prestations, honoraires et autres frais divers pour son intervention est remis au patient et cosigné, plus de 15 jours avant l'hospitalisation. Le patient est incité à désigner sa personne à prévenir et sa personne de confiance. Les moyens de sécuriser ses effets personnels sont à sa disposition. Le patient est informé des recommandations post-opératoires et des traitements à poursuivre après la sortie. Les contacts en cas de besoins sont précisés, un rendez-vous de suivi en consultation est programmé.

Les pratiques professionnelles garantissent le respect de l'intimité, la dignité, la confidentialité. Les locaux et équipements sont adaptés et maintenus ce qui permet de favoriser la sécurisation du parcours du patient et ses droits. La seule contention mécanique utilisée est la pose de barrières en post-opératoire immédiat pour sécuriser le patient. Cependant, cette pratique n'est pas formalisée. Une charte de la bientraitance et une charte des patients sont affichées. L'IACE n'a pas été confronté à des situations de maltraitance, mais les conduites à tenir pour signaler et prendre en charge ces situations sont connues. La douleur est évaluée, la prescription d'antalgiques ou de moyens non médicamenteux est anticipée et les prescriptions conditionnelles sont assorties d'un seuil de déclenchement.

Le patient reçoit le livret d'accueil rassemblant les informations utiles : règles d'or de l'identitovigilance, organisation des soins, discréetion et non divulgation de présence, modalités d'accès au dossier médical, prévention des infections liées aux soins, recueil de satisfaction, suites opératoires, informatique et libertés, moyens de sécurisation, Représentants des Usagers (RU), Commission des Usagers (CDU), ... Une représentante des usagers récemment désignée a participé à sa première réunion de CDU en février 2025. Cependant, bien que relayées par différents canaux, les informations sont partiellement acquises par les patients : modalités pour contacter les Représentants des Usagers (RU), modalités pour formuler une réclamation, signaler un événement indésirable associé aux soins (EIAS). Le patient sait qu'il peut consulter son dossier médical. Par ailleurs, l'équipe médicale ne consulte pas le Dossier Médical Partagé (DMP) des patients et ne complète pas le DMP avec les documents concernant la prise en charge à l'IACE, même si le patient ne s'y est pas opposé.

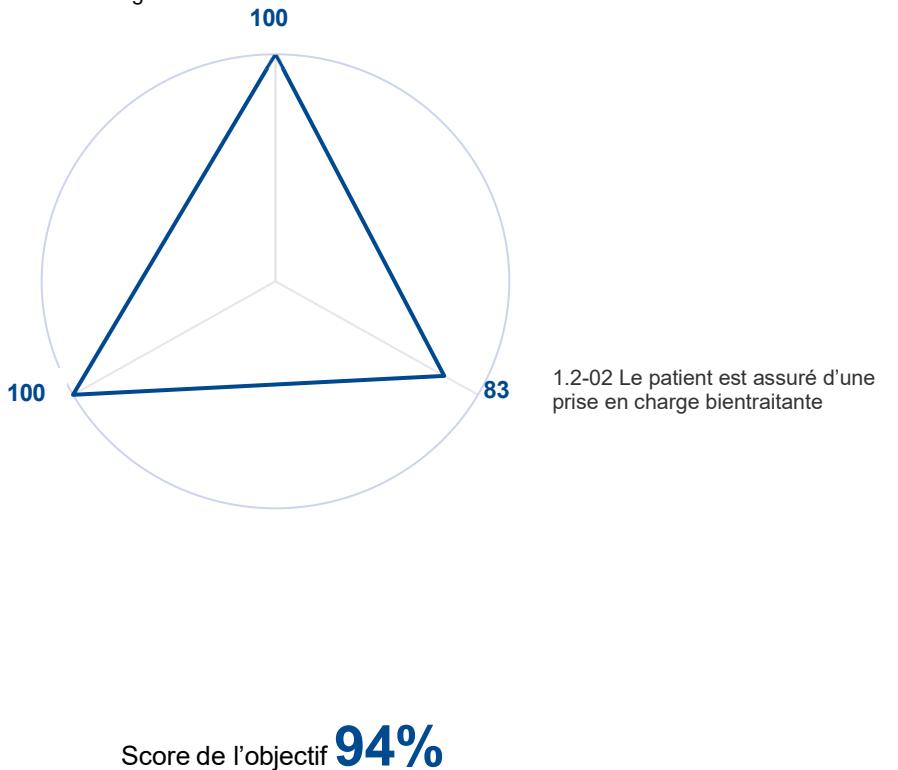
# Objectif 1.1 : L'information et le consentement du patient



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

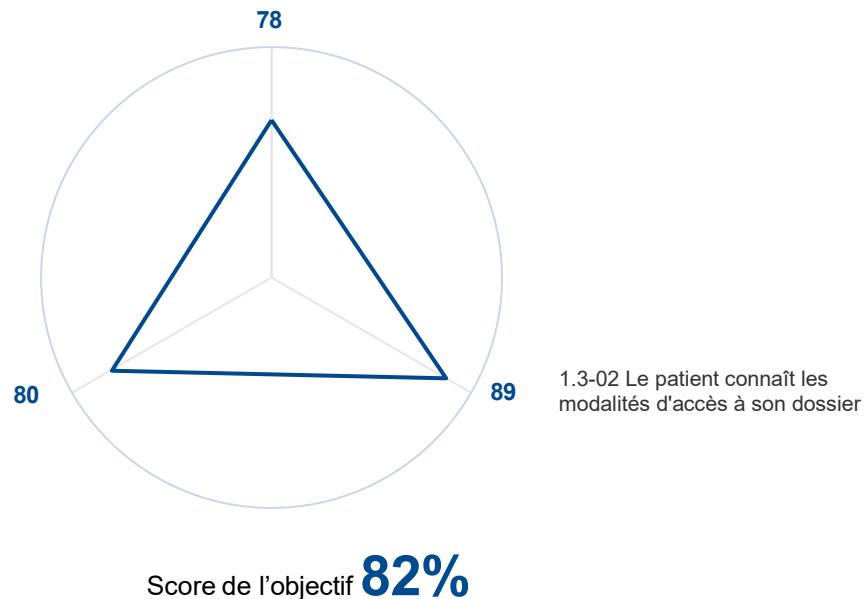
1.2-01 Le patient bénéficie du respect de son intimité, de sa dignité et de la confidentialité



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	83%
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



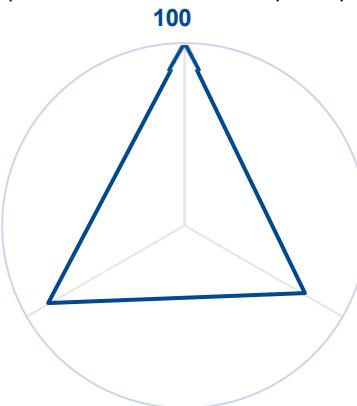
1.3-03 Les représentants des usagers s'engagent au sein de l'IACE

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	89%
1.3-03	Les représentants des usagers s'engagent au sein de l'IACE	80%

# Chapitre 2 : L'équipe

## 2.1 La pertinence des actes et des prescriptions



Score du chapitre **96%** du score maximal

Objectifs		
2.1	La pertinence des actes et des prescriptions	100%
2.2	La coordination pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire des équipes	92%
2.3	La maîtrise des risques liés aux pratiques	95%

## Synthèse chapitre 2

L'évaluation initiale globale de l'état de santé du patient est réalisée par le chirurgien puis par l'anesthésiste et tracée. Cette évaluation permet d'établir le projet de prise en charge personnalisée. La consultation et la visite pré-anesthésique sont réalisées et tracées. L'équipe recherche toute addiction à la chirurgie esthétique. Le cas échéant, des alternatives à l'acte interventionnel sont discutées avec le patient et une orientation vers des professionnels adaptés peut être proposée. Les protocoles thérapeutiques s'appuient sur les recommandations de bonnes pratiques. Les professionnels sont formés/sensibilisés à la réflexion éthique et ont accès à des ressources en la matière.

La coordination pluriprofessionnelle et pluridisciplinaires des équipes est effective. Le dossier à ce jour « papier » est adapté aux besoins de la prise en charge, et complété par les différents intervenants. Les activités du bloc opératoire sont régulées par le chirurgien. Les vérifications des ouvertures de salle sont tracées par les IDE et IADE. La check-list HAS sécurité du patient est systématiquement réalisée conformément aux bonnes pratiques. Cependant, une évaluation des modalités de sa réalisation avec définition et suivi d'indicateurs et plan d'actions d'amélioration associé n'a pas été menée. Le suivi et l'analyse de déprogrammation / reprogrammation et d'écart de programmation au bloc opératoire n'ont pas été réalisés. Les informations nécessaires à la continuité de la prise en charge (prescriptions, carte d'implant, ordonnances, ...) sont remises à la sortie. Le patient dispose des médicaments et des produits de santé fournis par la clinique pour toute la durée du traitement post-interventionnel. L'autorisation de sortie de la clinique est validée par l'anesthésiste et le chirurgien.

Les bonnes pratiques de prescription, d'administration des médicaments sont respectées. L'approvisionnement, le stockage, la conservation et l'accès à l'ensemble des médicaments et produits de santé sont réalisés conformément aux recommandations de bonnes pratiques. La traçabilité des dispositifs médicaux implantés est réalisée au sein du registre réglementaire. La prescription de l'antibioprophylaxie est réalisée par l'anesthésiste dès la consultation d'anesthésie sur la base des recommandations de la Société Française d'Anesthésie et de Réanimation (SFAR). L'administration des médicaments est assurée par l'anesthésiste lui-même ou par l'IADE sous la responsabilité du médecin. Les prérequis à l'hygiène des mains sont respectés, les précautions standard et complémentaires sont appliquées. La stérilisation des instruments est réalisée par un prestataire externe. Le circuit d'élimination des DASRI est conforme.

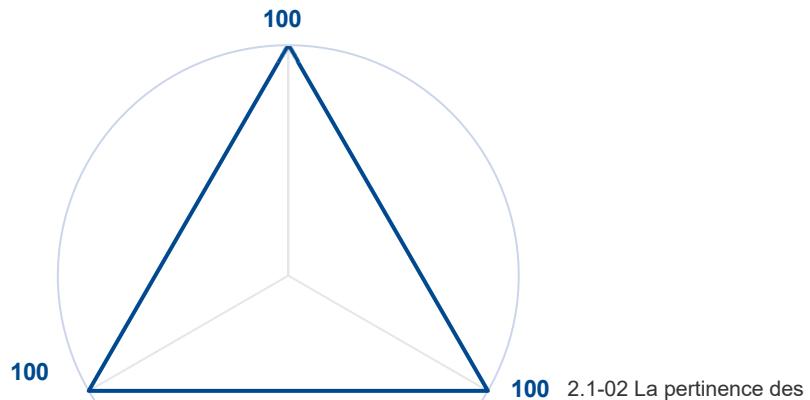
Une convention de coopération est établie avec le Centre Hospitalier métropole Savoie pour la prise en charge des urgences vitales. Le numéro d'appel est connu, le matériel est disponible, les professionnels sont formés. Cependant, les exercices de mise en situation ne sont pas formalisés avec mise en place d'actions d'amélioration et d'indicateurs de suivi de l'efficacité du dispositif.

Les accès au système d'information sont sécurisés par un identifiant et un mot de passe personnel changés régulièrement. Les données informatisées sont sauvegardées par un hébergeur de données de santé certifié RGPD. Les conduites à tenir en cas d'incident sont connues. Un exercice cybersécurité a été mis en œuvre en juin 2025.

# 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

2.1-03 L'IACE promeut et soutient le recours au questionnement éthique par l'ensemble des acteurs

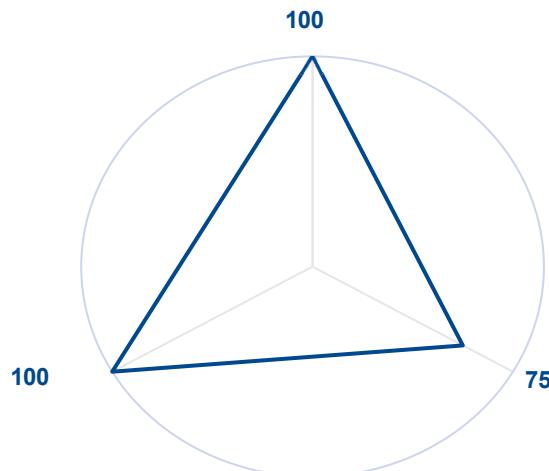


Score de l'objectif **100%**

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

## Objectif 2.2 : La coordination pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire des équipes

2.2-01 Les équipes de soins ont accès aux informations du patient avec un système



2.2-03 Les équipes assurent au patient une sortie en toute sécurité

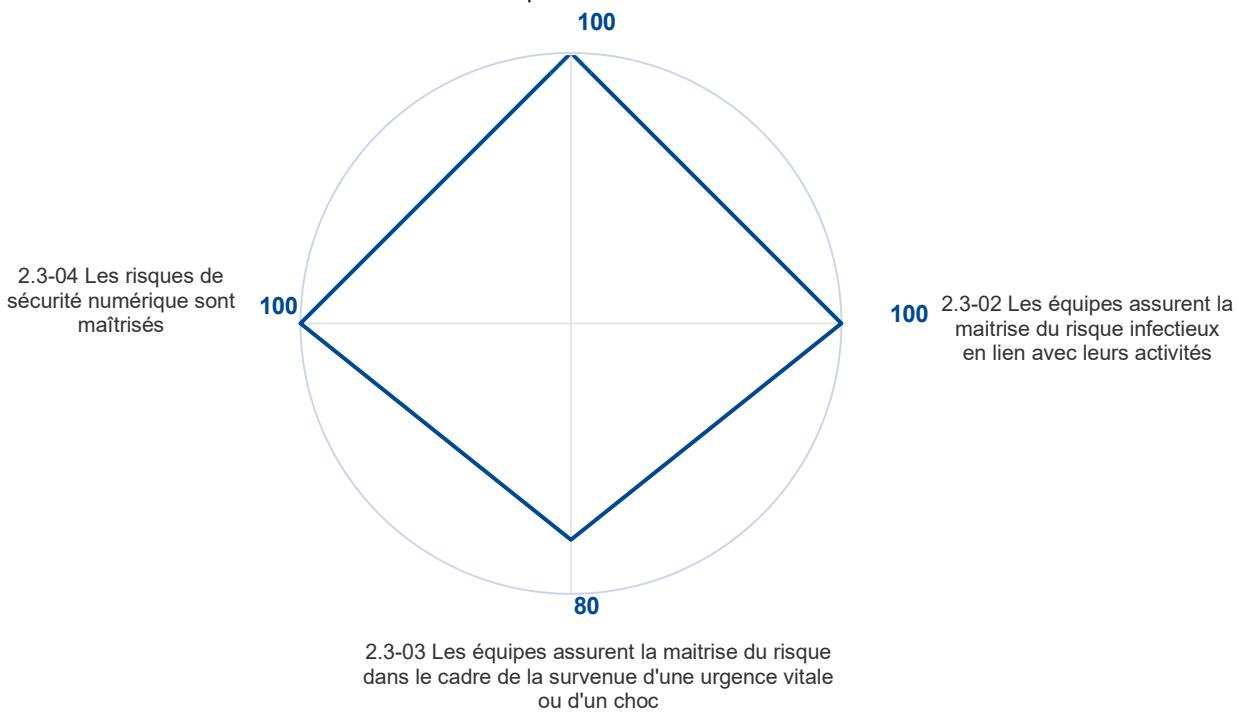
2.2-02 Les équipes sécurisent l'activité interventionnelle au bloc opératoire

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	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



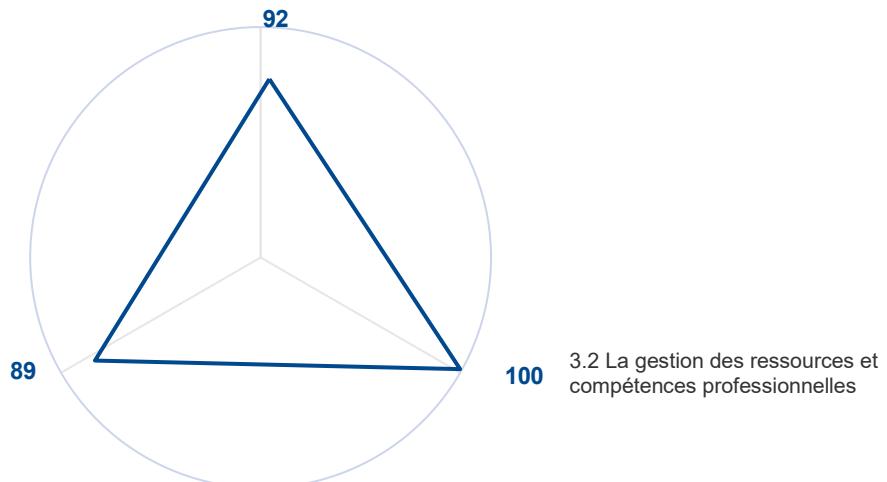
Score de l'objectif **95%**

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	100%

# Chapitre 3 : L'IACE

## 3.1 Le management par la qualité et la gestion des risques

3.3 La qualité du fonctionnement de l'IACE



3.2 La gestion des ressources et compétences professionnelles

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

La cartographie des risques actualisée sur la base des éléments d'évaluation disponibles, et le suivi des exigences réglementaires ont permis de définir la politique qualité et gestion des risques 2024-2029. Un programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (PAQSS) a été récemment établi. Les professionnels sont impliqués dans sa mise en œuvre. Néanmoins, il ne comporte pas d'indicateurs de suivi, ni de cibles à atteindre. La culture sécurité des soins a été évaluée récemment à partir de l'enquête proposée par la Fédération des Organismes Régionaux et territoriaux pour l'Amélioration des Pratiques en santé (FORAP). Les réponses sont en cours d'analyse. La sécurité des biens et des personnes est assurée. Des actions de développement durables sont menées (par exemple le projet zéro papier). Les procédures de signalement des incidents significatifs de sécurité du système d'information sont formalisées.

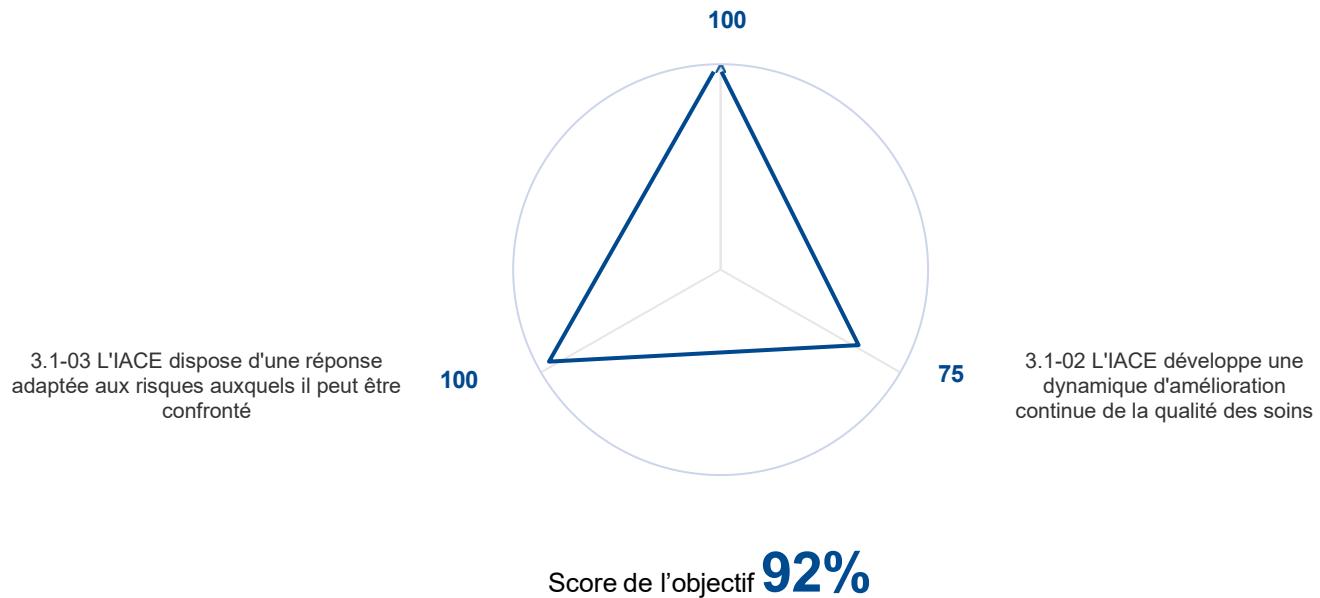
Les besoins en effectifs et compétences sont identifiés (chirurgien, anesthésiste, IADE, IBODE, IDE, gestionnaires, personnels d'accueil, factotum, ...). Les diplômes sont vérifiés, des formations sont accessibles. Une enquête Qualité de Vie au Travail (QVT) a été menée en début d'année. Des actions favorisant la QVT sont développées (locaux spacieux, salles de détente, temps dédié aux questions avec le directeur, accès aisément aux directeurs général et médical), ainsi qu'une démarche de gestion des conflits. Des actions de prévention des risques professionnels sont menées. Le document unique d'évaluation des risques professionnels est actualisé. L'accès gratuit à la vaccination et le suivi médical des professionnels sont assurés.

L'IACE développe une culture de la pertinence. Il dispose de recommandations professionnelles actualisées. Des évaluations de pratiques professionnelles (EPP) sont menées (hygiène, audits de dossiers, ...). Des échanges informels sur leurs pratiques ont lieu entre médecins. Cependant, l'amélioration des pratiques au regard d'indicateurs de pratique clinique et d'activité n'est pas développée. Une procédure de signalement et de gestion des événements indésirables graves associés aux soins (EIGS) est établie.

Des conventions sont en place pour la prise en charge des urgences avec le Centre Hospitalier métropole Savoie, pour les analyses médicales avec un laboratoire, pour l'approvisionnement des médicaments avec une pharmacie de ville, pour la stérilisation des dispositifs médicaux. Des contrats de maintenance de locaux et des équipements sont signés. L'IACE dispose d'un avis favorable de la commission de sécurité incendie de moins de 5 ans. Les locaux sont accessibles aux personnes porteuses d'un handicap.

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

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

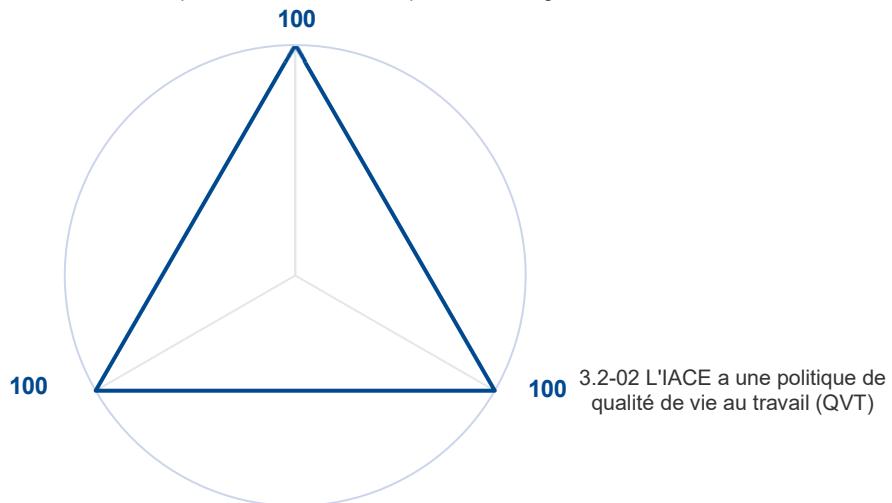


3.1-03 L'IACE dispose d'une réponse adaptée aux risques auxquels il peut être confronté

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

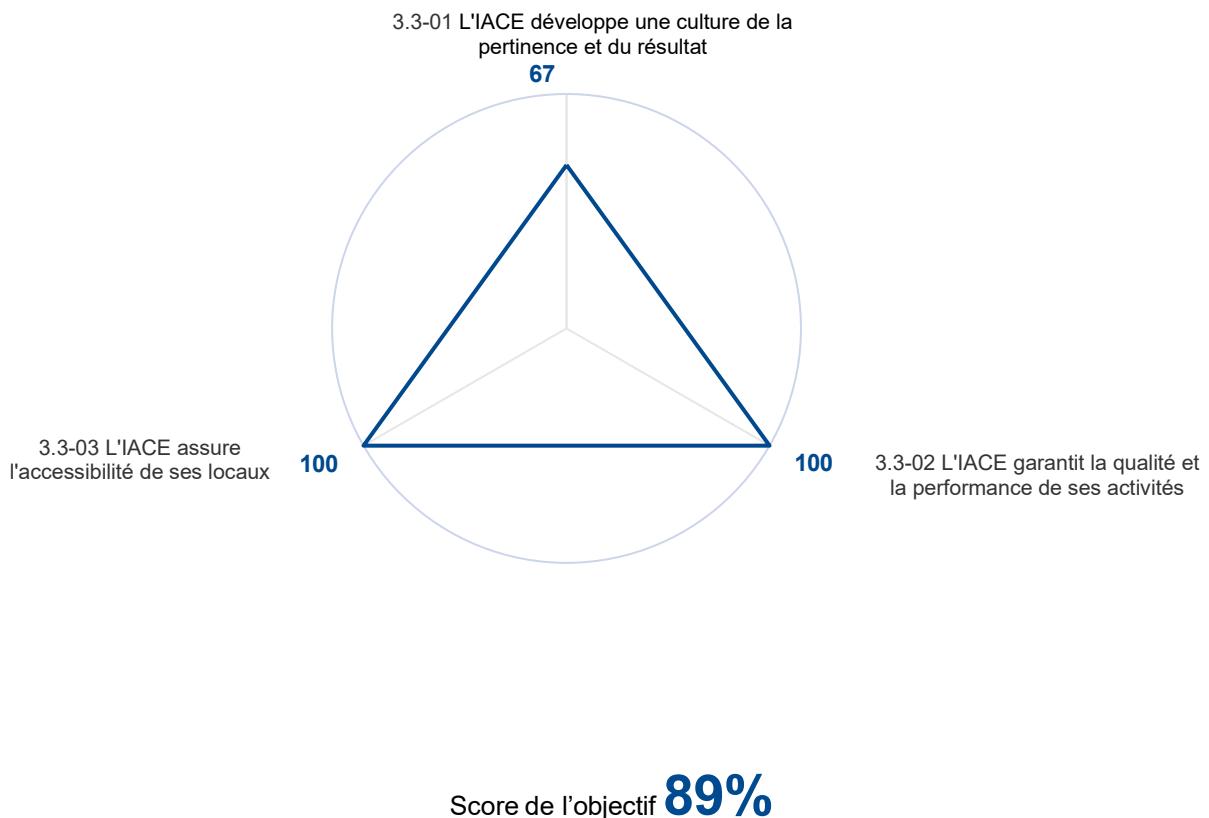
3.2-01 La gouvernance pilote l'adéquation des ressources humaines et la qualité et la sécurité des prises en charge



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](http://www.has-sante.fr)

---

