



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

MESURER

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

RAPPORT DE CERTIFICATION

FLC Clinique Esthétique du Docteur Canizares

3 rue Edme Mariotte 66000 Perpignan



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	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 ;

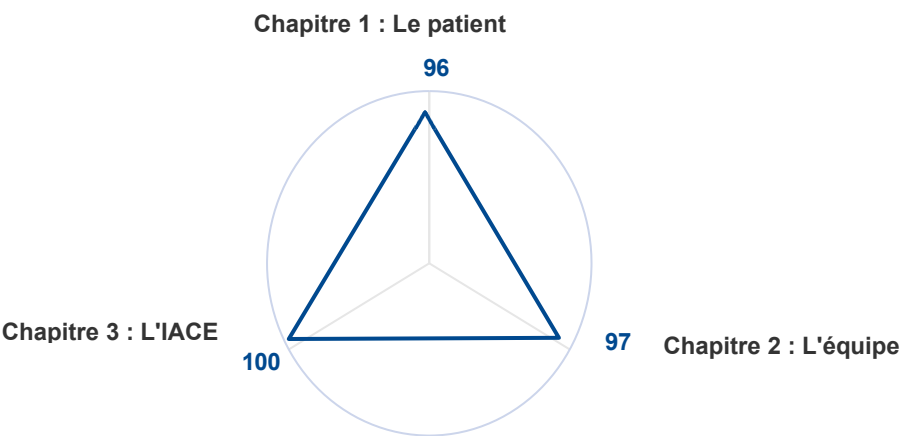
En l'espèce, au vu des éléments mentionnés dans le présent rapport, la Haute Autorité de santé décide la certification de l'installation de chirurgie esthétique.

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

FLC CLINIQUE ESTHETIQUE DU DOCTEUR CANIZARES	
Adresse	3 rue Edme Mariotte 66000 Perpignan
Département / Région	Pyrénées-Orientales / Occitanie

Résultats

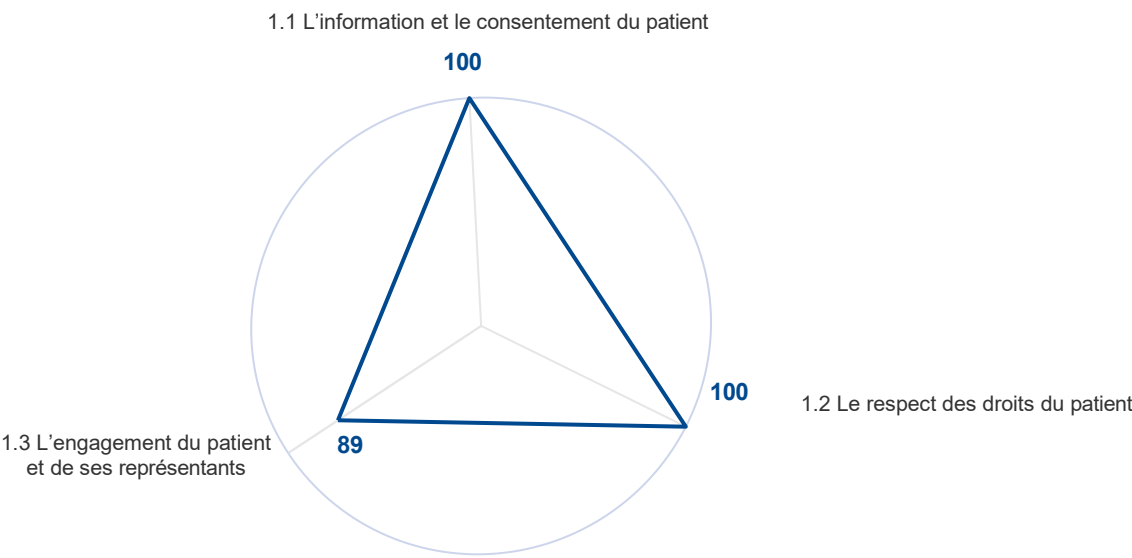


Score global de satisfaction aux attendus du référentiel **98%**

Chapitre		
Chapitre 1	Le patient	96%
Chapitre 2	L'équipe	97%
Chapitre 3	L'IACE	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'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	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 **96%** 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	89%

Synthèse chapitre 1

L'Institut Autonome de Chirurgie Esthétique (IACE) du Dr Canizares, 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. 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 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 ainsi que l'existence ou non de directives anticipées sont recueillies par le secrétariat. Dans le livret d'accueil le patient peut retrouver des informations sur ses droits et celles concernant les représentants des usagers et des modalités pour soumettre une réclamation. Les patientes rencontrées connaissaient la possibilité de contacter les représentants des usagers et le recours auprès de ceux-ci ainsi que les possibilités de déclarer des événements indésirables.

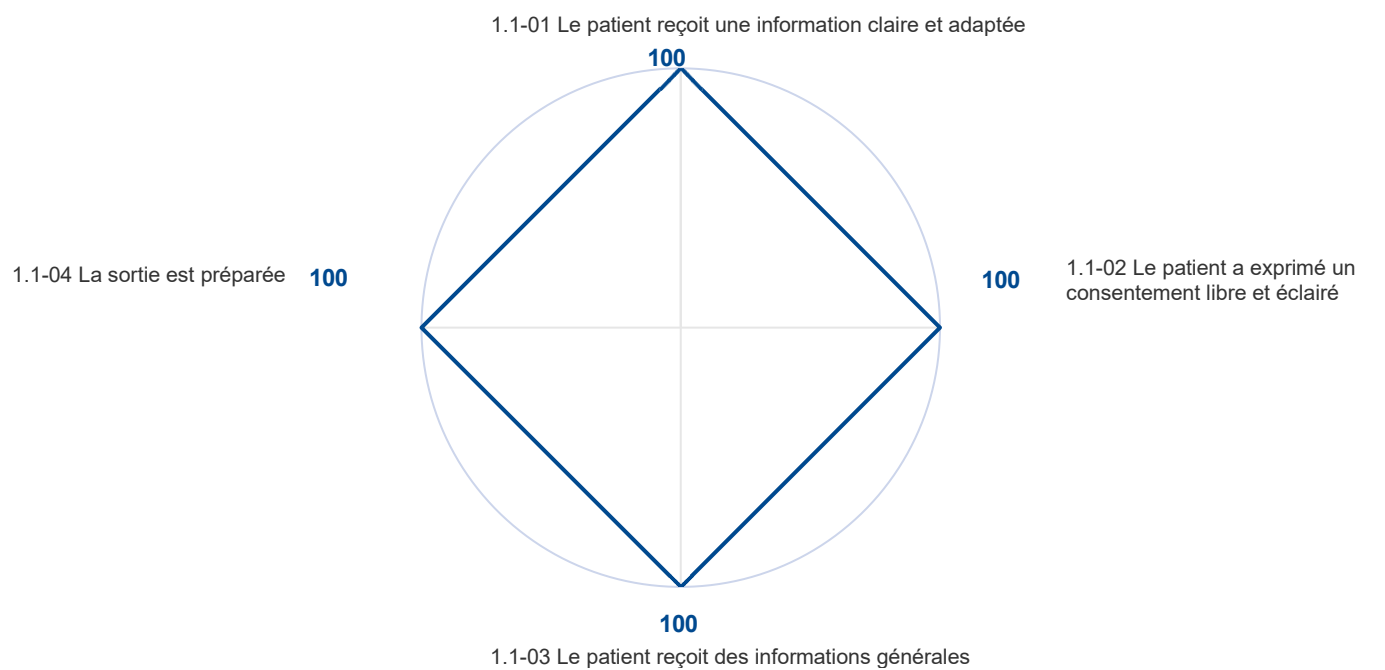
Le patient est invité à exprimer sa satisfaction via un questionnaire de satisfaction remis avant sa sortie.

Dans le secteur d'hospitalisation comprenant 4 chambres individuelles avec douche, les locaux permettent de préserver l'intimité des patients. L'IACE prend rarement en charge des patients à mobilité réduite. Il y a une 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 (EN) 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.

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. L'identité est vérifiée avec la pièce d'identité. Les patientes rencontrées étaient porteuses d'un bracelet d'identification.

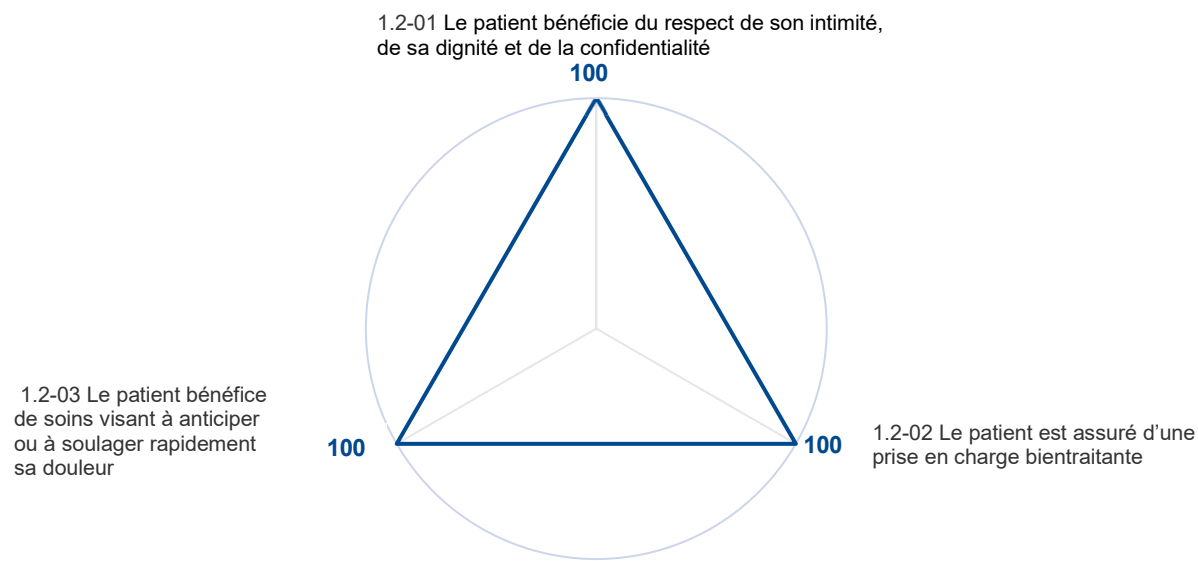
Objectif 1.1 : L'information et le consentement du patient



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%

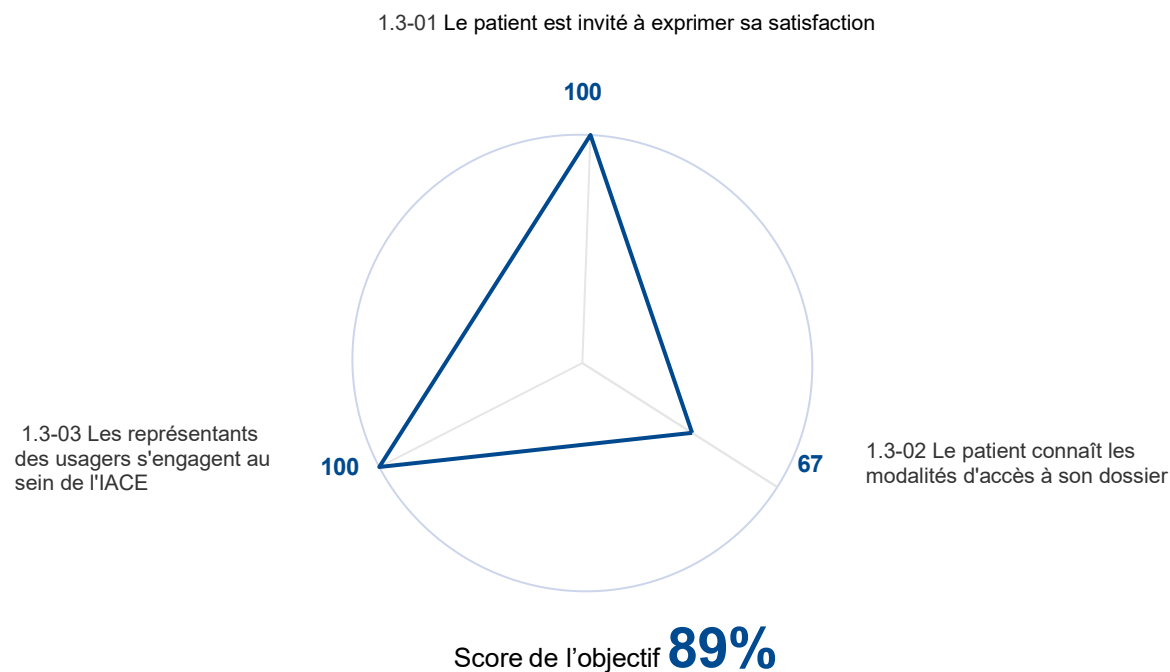
Objectif 1.2 : Le respect des droits du patient



Score de l'objectif **100%**

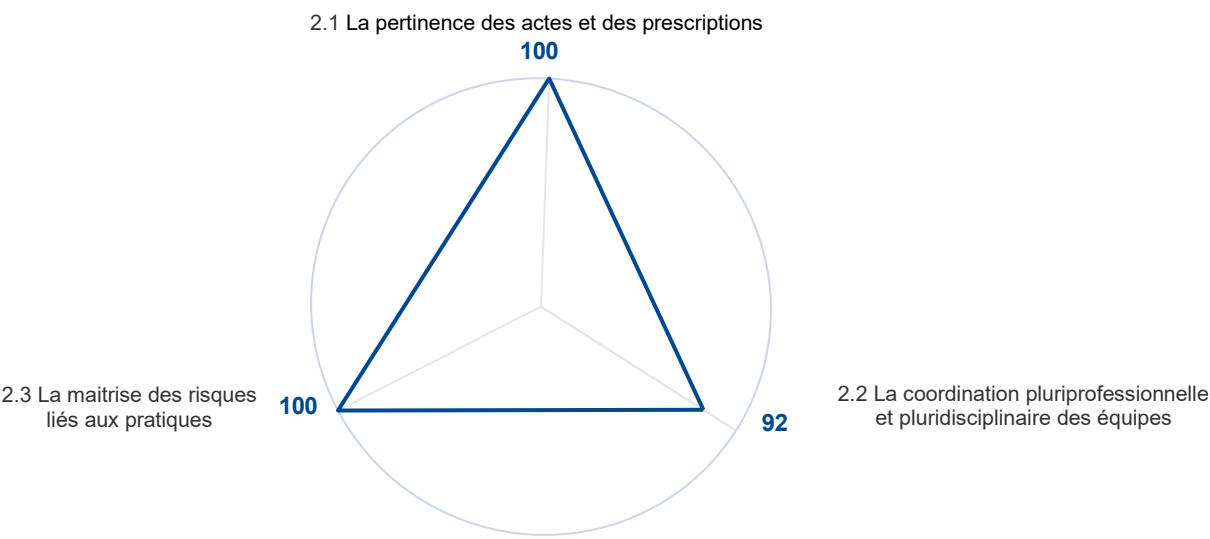
Critères		
1.2-01	Le patient bénéficie du respect de son intimité, de sa dignité et de la confidentialité	100%
1.2-02	Le patient est assuré d'une prise en charge bienveillante	100%
1.2-03	Le patient bénéficie de soins visant à anticiper ou à soulager rapidement sa douleur	100%

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



Critères		
1.3-01	Le patient est invité à exprimer sa satisfaction	100%
1.3-02	Le patient connaît les modalités d'accès à son dossier	67%
1.3-03	Les représentants des usagers s'engagent au sein de l'IACE	100%

Chapitre 2 : L'équipe



Score du chapitre **97%** 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 maitrise des risques liés aux pratiques	100%

Synthèse chapitre 2

Les patients s'adressent à la structure soit par téléphone, soit 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 bénéfices-risques à court et à long termes des dispositifs médicaux implantables sont discutées avec le patient. Une carte d'implant est remise au patient et la traçabilité suivie par le secrétariat. 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.

Les questions éthiques posées au sein de l'IACE sont discutées lors des réunions mensuelles.

Une infirmière et une aide-soignante sont présentes et accompagnent le patient durant son séjour jusqu'à la sortie. Le dossier informatisé et le dossier papier permet une coordination de la prise en charge par l'ensemble des intervenants. Des protocoles de surveillance des patients en post opératoire sont disponibles pour les professionnels para médicaux. La sortie sur score est organisée par l'infirmière. Le chirurgien et l'anesthésiste signent la sortie. 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. Chaque patient peut joindre son chirurgien directement en cas de problème.

Le dossier patient est en partie électronique à l'aide d'un logiciel métier partagé entre le chirurgien et la secrétaire. Le dossier papier comprenant les consultations chirurgicales et anesthésiques, la feuille d'écologie du bloc avec traçabilité des DMI, les médicaments administrés, les papiers remis au patient au moment des consultations et à la sortie (CRO, ordonnances...) ainsi que les devis, les consentements, la personne de confiance, sont scannés par le secrétariat et intégrés au dossier informatisé. Le chirurgien ne dépose aucun document dans l'espace santé du patient. Il n'y a pas de recueil du refus du patient à l'accès à son espace santé. Face à ce constat la clinique va faire un audit patient (inscrit dans le PAQS) sur ce sujet et le refus éventuel d'accès au DMP sera tracé dans la feuille de consentement. 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.

Le bloc opératoire est composé d'une salle d'intervention armée. Un manuel qualité concernant la stérilisation est en place auquel s'ajoute une procédure de circulation des personnes et du matériel.

La planification des interventions est organisée avec le chirurgien et la secrétaire. Le programme est validé à 8 jours lors d'une réunion de bloc en présence de l'ensemble du personnel. 2 IDE de bloc opératoire interviennent en salle, une en circulante, l'autre en aide opératoire. Une IDE est présente en salle de réveil contiguë à la salle d'opération avec un visuel entre les deux salles. L'organisation du bloc opératoire est protocolisé. L'ouverture de salle est effectuée, les règles d'hygiène sont respectées, la check-list est réalisée conformément aux bonnes pratiques, le patient bénéficie d'une préparation adaptée à l'acte interventionnel. 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 et post opératoire. Les protocoles d'antibioprophylaxie sont validés par un médecin anesthésiste au regard des recommandations de la SFAR. Des audits sur les modalités de réalisation et de remplissage de la check-list et de l'antibioprophylaxie ont été réalisés en 2024 et 2025. La traçabilité des prélèvements environnementaux (eaux, surface...) et de maintenances de l'ensemble du matériel médicale sont retrouvés dans un carnet sanitaire et de maintenance.

L'équipe s'appuie sur des protocoles qui intègrent les recommandations de bonnes pratiques et des protocoles définis sur la base de documents scientifiques. Des outils de communication et d'implications des équipes sont mis à jour tous les trimestres suite au copil qualité et sont affichés en salle de repos.

Le risque infectieux est maîtrisé : les précautions standards sont respectées par l'ensemble des professionnels.

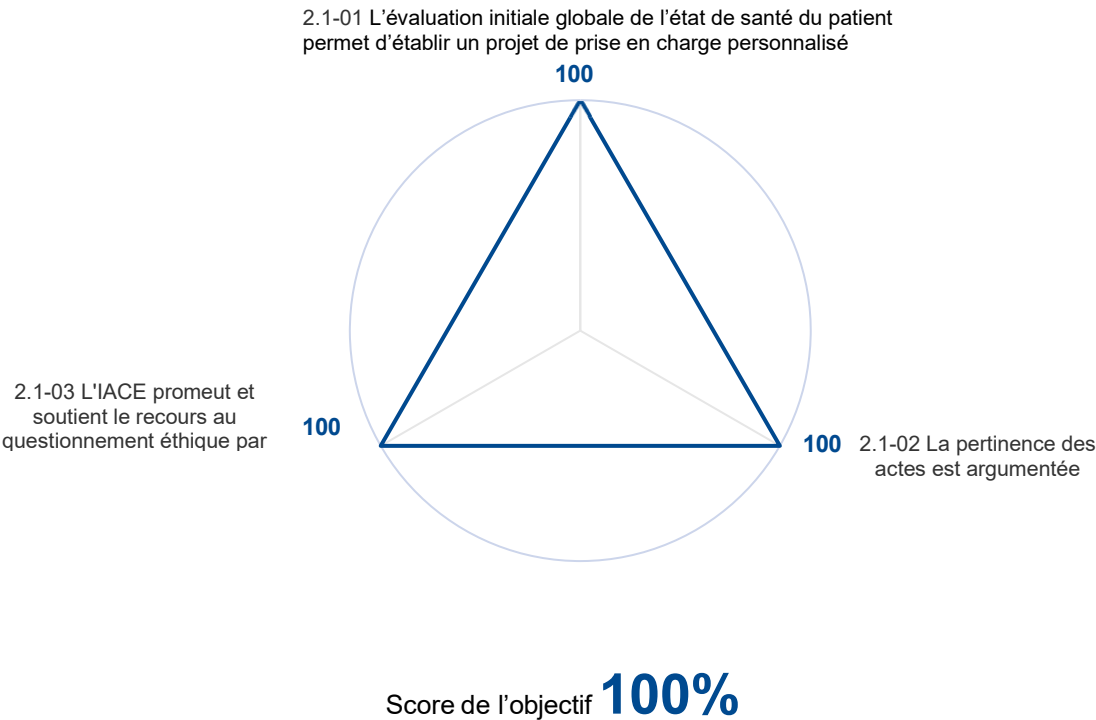
L'ensemble du traitement nécessaire à la prise en charge du patient (pré, per, post opératoire) est prescrit lors de la consultation du chirurgien. Le circuit du médicament est protocolisé. Il existe une liste de médicaments à risque connue des professionnels. Un responsable du circuit du médicament, correspondant pharmaco vigilante est nommé et sa fiche de poste rédigée. De même un responsable des DMI est identifié ainsi que sa fiche de poste. Les prescriptions au bloc, dans le service et la traçabilité de l'administration se font sur un support papier. Une armoire de pharmacie fermée à clef ainsi qu'un coffre à stupéfiants sont sécurisés dans le bureau de consultation. L'armoire est organisée avec identification des médicaments à risque. Cette dotation est vérifiée mensuellement. Des coffres de transport fermant à clefs permettent d'alimenter le bloc et la SSPI lors des programmes opératoires. Une convention avec une officine est signée pour la délivrance des produits de santé en dépannage ou urgence et pour la gestion des fluides. Les commandes des médicaments et des dispositifs médicaux se font par l'intermédiaire d'une central d'achat. La commande est effectuée informatiquement, la délivrance est sécurisée. Seuls les infirmières et les médecins ont accès aux produits de santé. Le réfrigérateur du bloc dans l'arsenal dispose d'un système d'enregistrement 24H/24 des températures permettant la conservation des médicaments thermosensibles. En cas de dysfonctionnement, la traçabilité de la température est vérifiée par le pharmacien d'officine qui donne le GO ou No GO pour l'utilisation des médicaments. Un réfrigérateur de secours est en place. Les prescriptions et l'administration du médicament respectent les bonnes pratiques. Le dossier du patient n'est pas informatisé néanmoins, l'administration est tracée au regard de la prescription. La traçabilité est faite dans le dossier papier. Les dispositifs médicaux implantables sont tracés sur la fiche de bloc, au sein d'un registre et une

carte est remise au patient à sa sortie, avec l'ensemble des informations

Les bonnes pratiques en stérilisation sont respectées. La stérilisation est sous traitée pour les boîtes au CH de Perpignan et pour les sachets avec la clinique de proximité. Une convention existe avec les deux établissements. L'IACE a une convention avec la réanimation du CH de Perpignan pour la prise en charge de l'urgence vitale et les patients nécessitant des soins critiques. Le numéro unique, connu de l'ensemble des professionnels est affiché. Les procédures de prise en charge des urgences vitales sont connues de l'ensemble des professionnels de la structure et ces derniers sont à jour de leur formation AFGSU2. La secrétaire et la directrice ont bénéficié d'une sensibilisation par le médecin anesthésiste mais ne sont pas formées AFGSU1. L'inscription de ces 2 personnes à l'AFGSU 1 a été programmée pendant la visite.

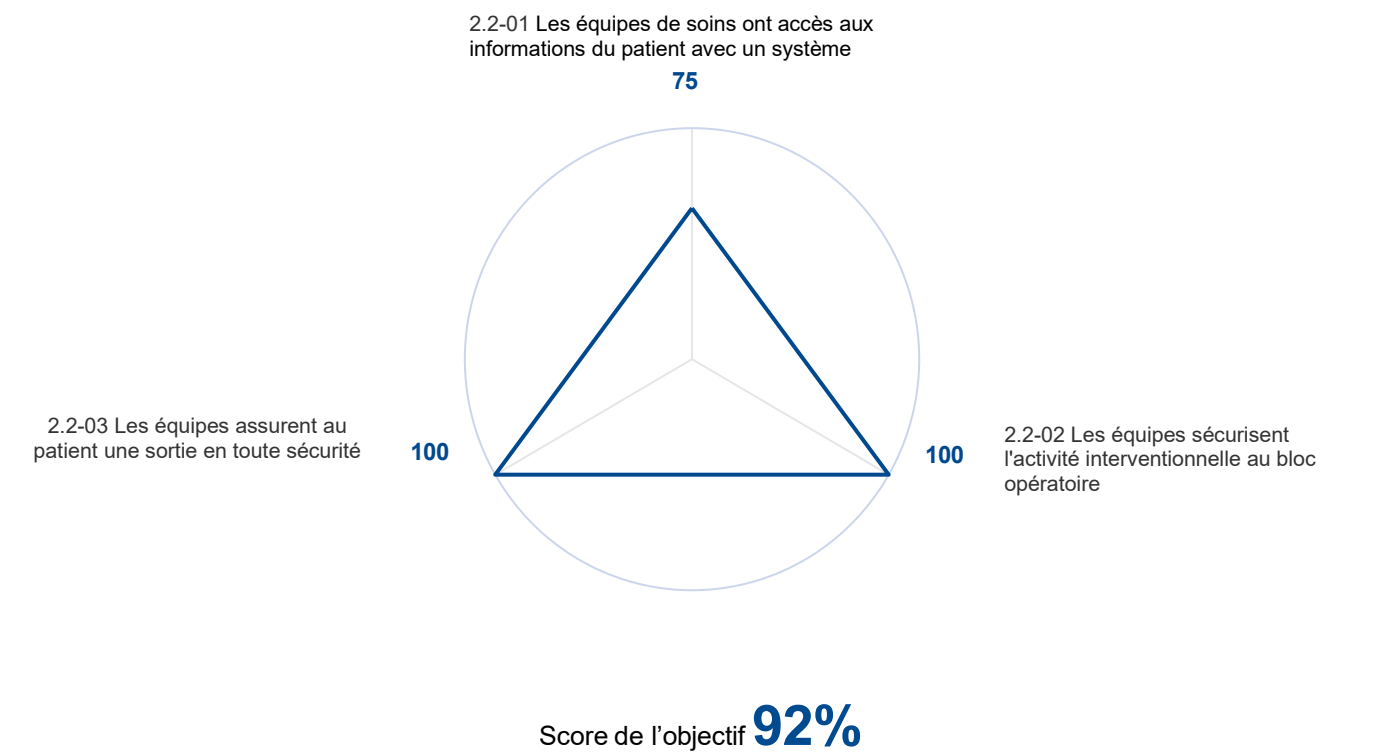
Un chariot d'urgence validée par l'anesthésiste de la clinique est en place au niveau du bloc opératoire. Il est contrôlé et rapidement accessible. Un sac d'urgence est disponible dans une salle de soin. Le défibrillateur est vérifié quotidiennement. Les locaux sont accessibles aux secours en cas d'urgence vitale. L'établissement effectue avec l'ensemble de l'équipe de la clinique, des exercices permettant d'évaluer l'efficacité du dispositif : prise en charge d'une urgence vitale, prise en charge d'une hyperthermie maligne, choc anaphylactique.

Objectif 2.1 : La pertinence des actes et des prescriptions



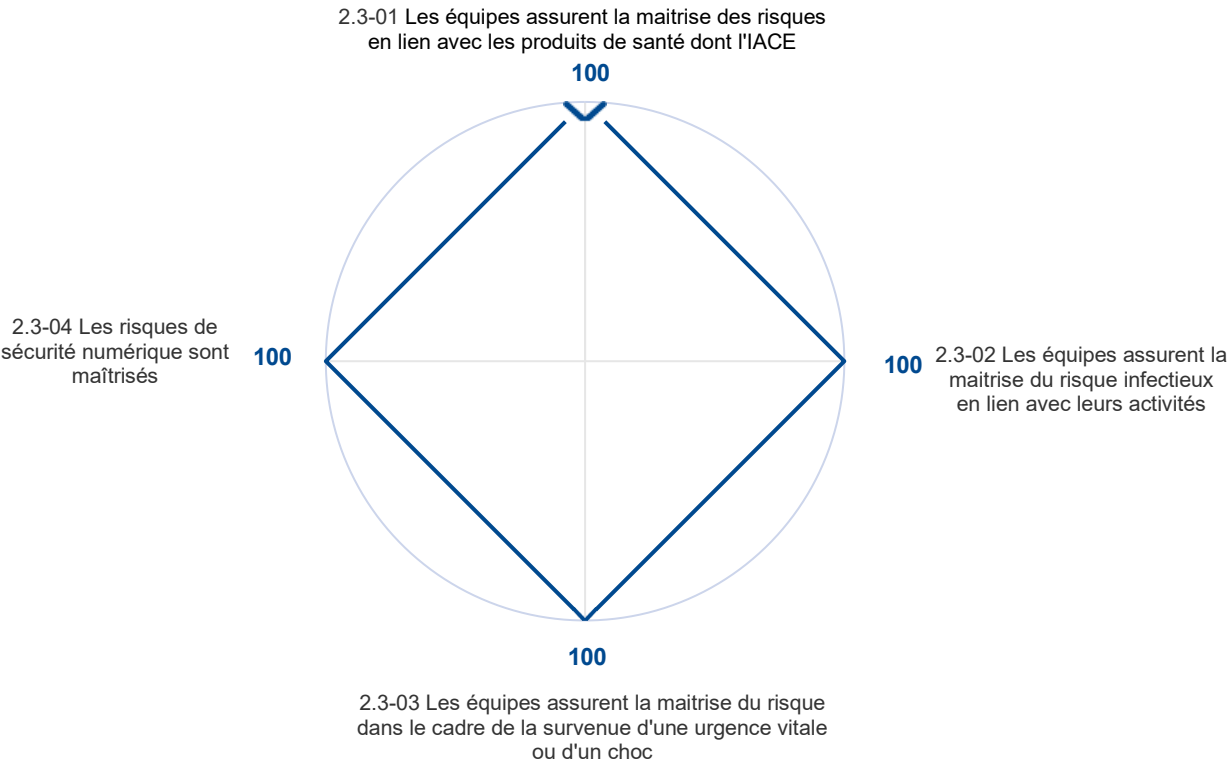
Critères		
2.1-01	L'évaluation initiale globale de l'état de santé du patient permet d'établir un projet de prise en charge personnalisé	100%
2.1-02	La pertinence des actes est argumentée	100%
2.1-03	L'ACE promeut et soutient le recours au questionnement éthique par l'ensemble des acteurs	100%

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	100%
2.2-03	Les équipes assurent au patient une sortie en toute sécurité	100%

Objectif 2.3 : La maitrise des risques liés aux pratiques

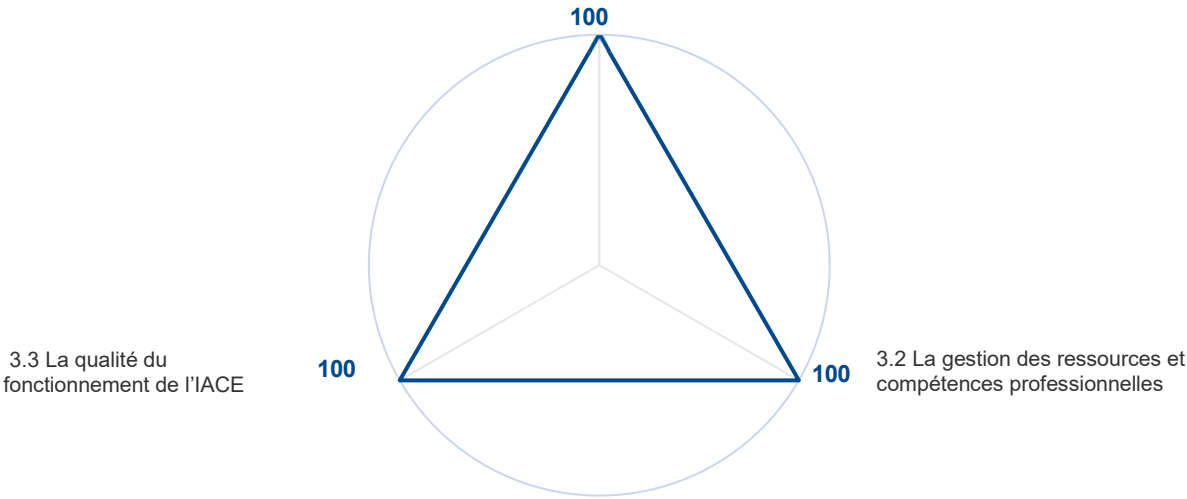


Score de l'objectif **100%**

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

Chapitre 3 : L'IACE

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

La Clinique FLC Esthétique est une Installation Autonome de Chirurgie Esthétique (IACE) ouverte depuis septembre 2019. La clinique dispose de locaux d'accueil avec secrétariat, bureaux de consultation, salles de soins, salles d'attente et salle de repos. Le secteur hospitalisation comporte quatre chambres dont une adaptée PMR et un plateau technique avec un bloc opératoire, un arsenal et une salle de réveil avec deux postes. L'activité est réalisée avec un chirurgien et son infirmière de bloc opératoire (IBODE), deux anesthésistes, deux IDE, une AS. La responsable qualité sous contrat avec l'établissement intervient sur site deux fois par mois.

Une des représentantes des usagers a été nommée par l'ARS et l'IACE a aussi demandé à une ancienne patiente de prendre cette fonction. Les représentantes des usagers rencontrées sont très impliquées dans la structure. Il y a une à deux réunions de la CDU par an lors desquelles sont évoquées le taux de retour et de satisfaction des questionnaires de sortie, résultats des indicateurs investigués, les événements indésirables, les plaintes, les remerciements, les avis (aucune plainte en 2024, 83 commentaires ou remerciements, 204 avis google). En co-construction le projet des usagers est rédigé et les actions sont retrouvées dans le PAQSS. Elles participent aux différentes formations proposées par l'IACE : éthique, médiation, expérience patiente... Elles sont intégrées dans la démarche d'amélioration qualité de la prise en charge des patients et sont sources de proposition que l'on retrouve dans le plan qualité. Elles expriment leurs satisfactions d'être sollicitée régulièrement par la structure pour donner leur avis. Elles participent aux recueils de l'expérience patients lors des entretiens post opératoire à J+45. Résultats 100% (PREMS, PROMS, CROMS) et ont participé à la mise en place du sous-comité de la CDU « Ethique et bientraitance ».

Il y a peu de demande de dossier (aucun en 2024) mais sur les demandes antérieures, le délai d'envoi est très court.

Le chirurgien directeur de la structure s'implique dans la mise en œuvre des plans d'actions inscrit dans le programme qualité (PAQSS) de la clinique. L'IBODE est la référente qualité en lien avec le cabinet de consultant qui assure aussi les formations. Une évaluation de la culture qualité a été faite en 2023 et 2024. Les vigilances et veille sanitaire sont suivies.

La clinique connaît et maîtrise les risques auxquels elle est exposée notamment concernant les risques environnementaux (risque canicule, inondation, sismique).

Le système d'information est sécurisé. Le chirurgien et l'assistante en charge du secrétariat partagent l'accès au dossier patient informatisé. Cet accès se fait par un code d'identification personnalisé sans double authentification. Le dossier papier est accessible et complété par les infirmières au bloc opératoire. Les documents papiers sont ensuite scannés et intégrés au DPI. Le médecin utilise une messagerie sécurisée et les patients ne communiquent pas avec la structure via une messagerie.

Le tri sélectif est en place.

La qualification et diplôme des soignants sont vérifiés lors de l'entretien d'embauche. La clinique n'emploie pas de personnel intérimaire. Une infirmière, une IBODE et une secrétaire assurent les éventuels remplacements.

La sécurité des biens et des personnes est assurée. Le plan de prévention a été mis à jour et une demande de convention avec la police, la gendarmerie et la préfecture effectuée.

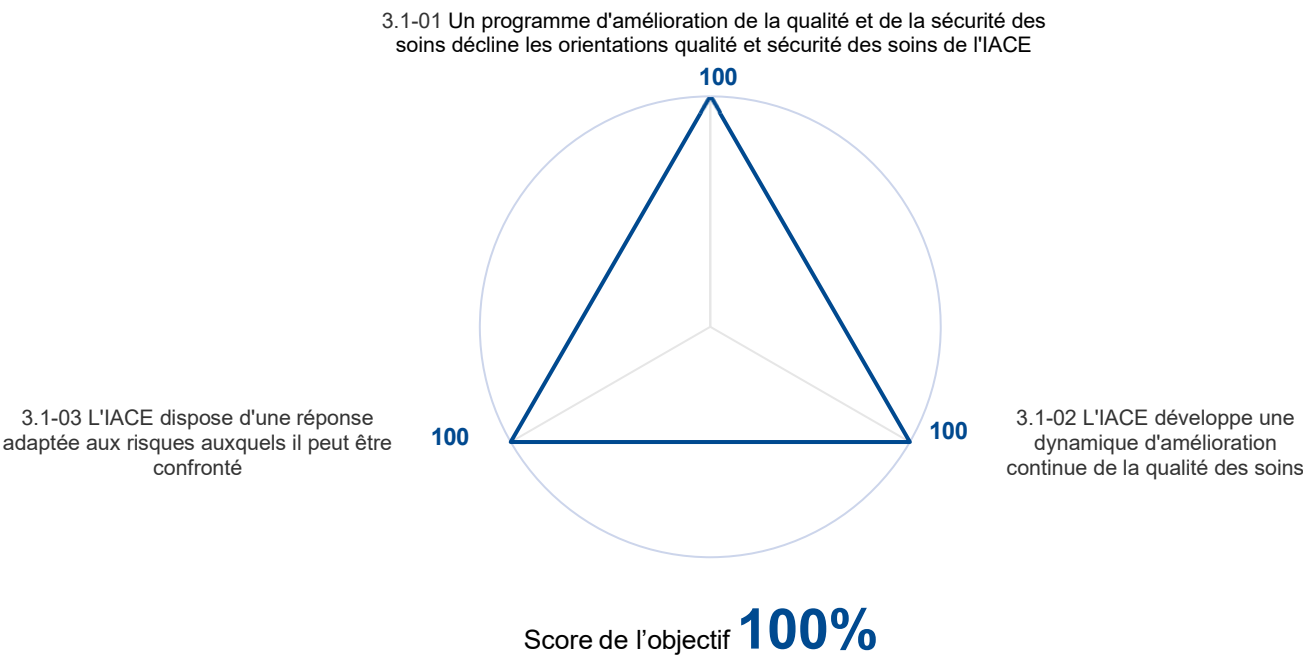
La qualité de vie des professionnels est au cœur du fonctionnement de cette clinique avec une politique de management bienveillant. Une enquête sur la qualité de vie au travail a été réalisée. La clinique suit le taux de vaccination contre la grippe et propose une éventuelle vaccination sur site par le pharmacien partenaire.

La maintenance des locaux et du matériel (bloc), la vérification des fluides, les contrôles air/surface, la pharmacie, la stérilisation et la gestion du linge sont assurés par des prestataires externes dont la qualité de prestation est évaluée. Un suivi d'indicateurs en lien avec ces prestations et conventions sera mis en place. L'IACE n'est pas soumis à un passage de la commission incendie mais les formations sont assurées et un registre incendie complété annuellement est en place.

Les indicateurs d'activité sont suivis par la gouvernance et partagés avec l'ensemble des professionnels.

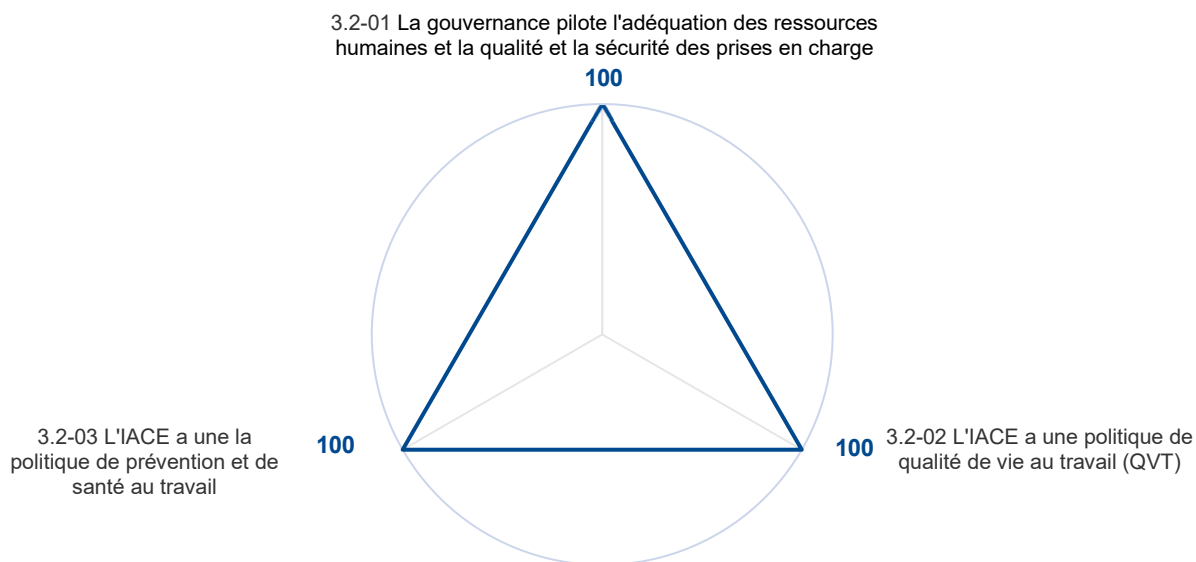
Il existe une procédure de gestion des plaintes qui précise la prise en charge de la plainte et de sa gestion. A ce jour, aucune plainte de patient n'est connue de l'établissement. Les réclamations issues des questionnaires de sortie sont analysées et les actions correctives sont retrouvées dans le PAQSS. L'établissement encourage les déclarations des événements indésirables. Un copil composé de l'ensemble de l'équipe IACE et des RU se réunit de façon trimestrielle. Les différentes instances sont représentées en fonction de l'ordre du jour. Lors de ce copil, les déclarations des EI, le résultat des analyses (comptes rendus de CREX, RETEX) et les actions mises en place sont présentées. Les actions d'améliorations sont retrouvées dans le PAQSS. L'équipe connaît le portail national pour les déclarations des EIGS. 1 EIG en 2025 a été déclaré (presqu'accident sur le médicament).

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



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

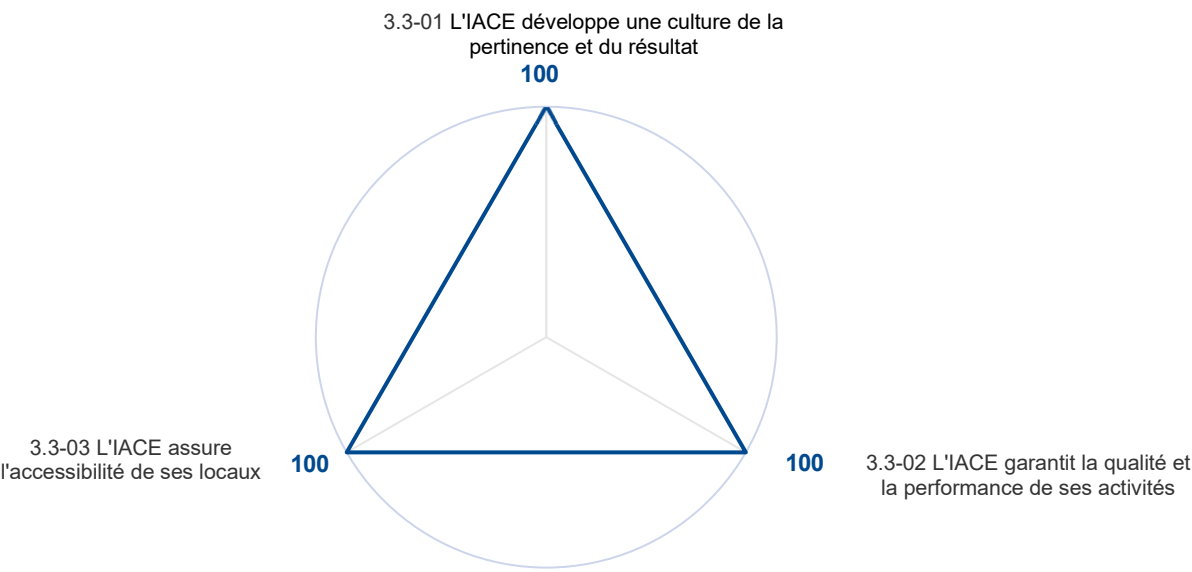
Objectif 3.2 : La gestion des ressources et compétences professionnelles



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

