
MESURER
& AMÉLIORER LA QUALITÉ

RAPPORT DE
CERTIFICATION

IACE Rampillon Fouquet Florence

103 rue Achille Viadieu 31400 Toulouse



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.

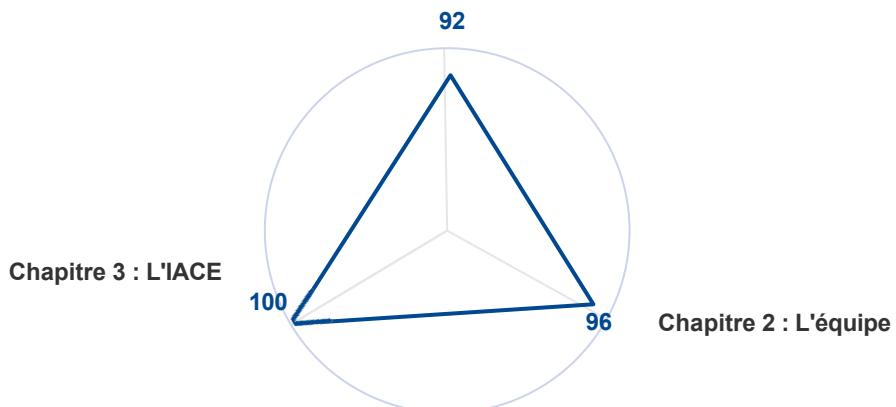
Le rapport et la décision sont publiés sur le site Internet de la HAS et communiqués à l'autorité de tutelle de l'installation de chirurgie esthétique. L'installation de chirurgie esthétique doit en assurer la plus large diffusion interne. Elle doit notamment la porter à la connaissance des instances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

Présentation

| IACE RAMPILLON FOUQUET FLORENCE | |
|--|--|
| Adresse | 103 rue Achille Viadieu 31400 Toulouse |
| Département / Région | Haute-Garonne / Occitanie |

Résultats

Chapitre 1 : Le patient



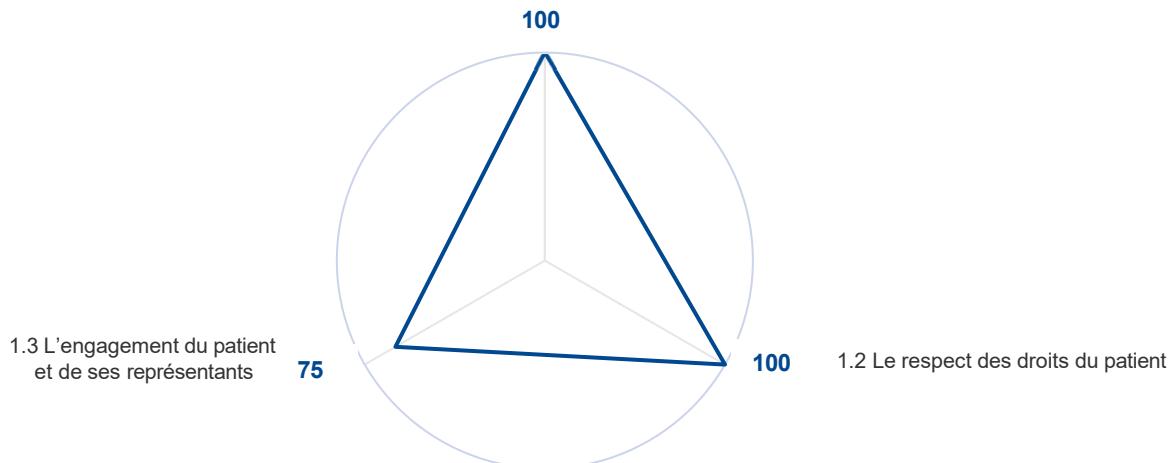
Score global de satisfaction aux attendus du référentiel **96%**

| Chapitre | | |
|------------|------------|------|
| Chapitre 1 | Le patient | 92% |
| Chapitre 2 | L'équipe | 96% |
| 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 | 80% |
| 3.1-01 | Un programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins décline les orientations qualité et sécurité des soins de l'IACE | 100% |

Chapitre 1 : Le patient

1.1 L'information et le consentement du patient



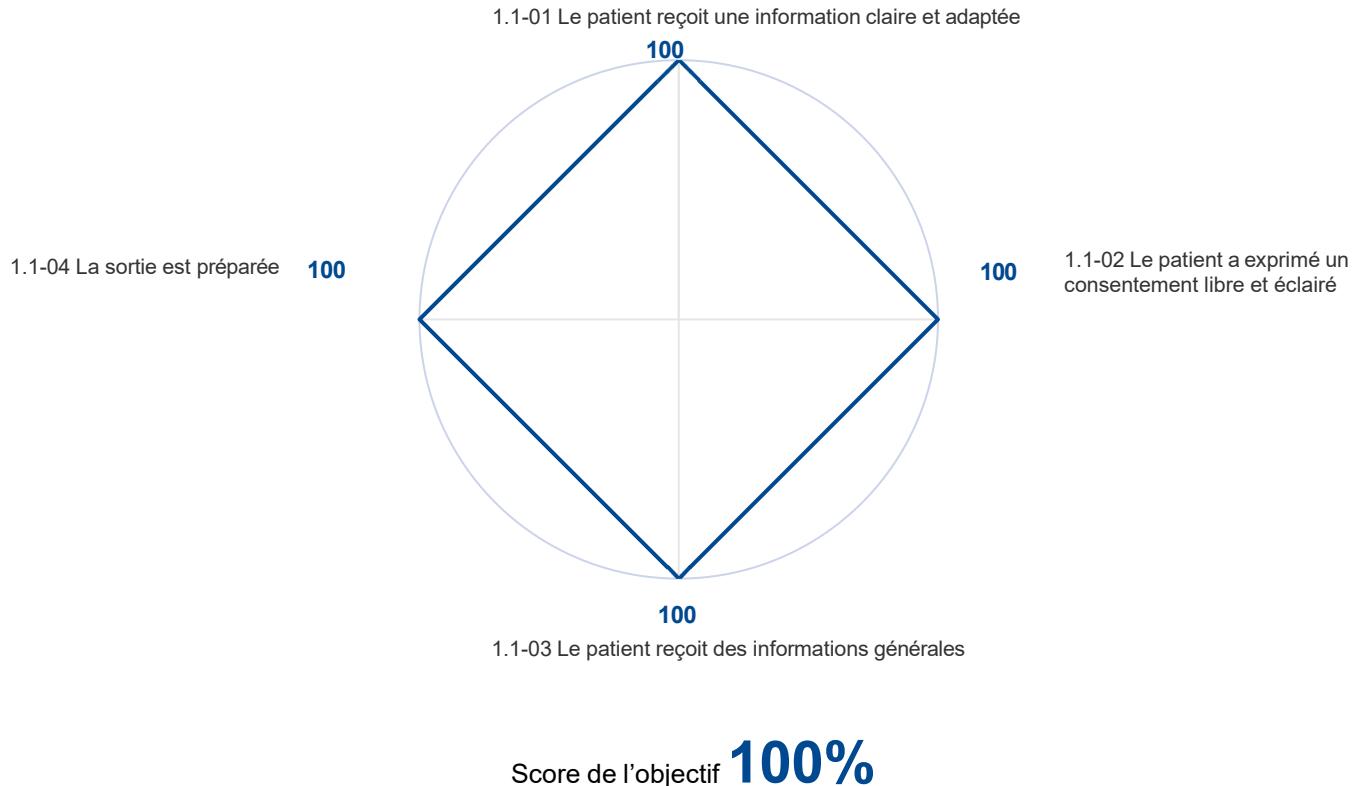
Score du chapitre **92%** du score maximal

| 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 | 75% |

Synthèse chapitre 1

L’Institut Autonome de Chirurgie Esthétique (IACE) du Dr Rampillon, 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 chirurgienne 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 (fil tenseur) bénéficient d’informations complémentaires. Les modalités de prise en charge sont partagées avec le patient et le cas échéant, avec la personne de confiance qu’il a désignée. La traçabilité des informations, les consentements sont retrouvés dans les dossiers. Un devis est remis au patient avec l’ensemble des informations obligatoires, les tarifs, le délai d’arrêt de travail, la prise en charge ou non par la CPAM. Le délai de réflexion de 15 jours avant la chirurgie est respecté et le montant des honoraires et frais attenants clairement renseignées dans la feuille de consentement. La trace de l’acceptation du devis par le patient est retrouvée dans le dossier avec la signature lors de la remise du devis et la signature après le délai de réflexion. Toutes les ordonnances mentionnent que les actes et prescriptions ne sont pas pris en charge par la sécurité sociale. Les coordonnées de la personne de confiance et de la personne à prévenir 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. Sur ce derniers point toutes les patientes rencontrées ne connaissaient pas la possibilité de contacter les représentants des usagers ni le recours auprès de ceux-ci. De plus, l’entretien réalisé auprès de ces patientes démontre la méconnaissance relative des possibilités de déclarer des événements indésirables et des modalités pour soumettre une réclamation ces informations ne figurant pas dans le livret d’accueil. Le patient est invité à exprimer sa satisfaction via un questionnaire de satisfaction remis avant sa sortie. Les patients bénéficient d’une anesthésie locale pour la chirurgie et en général n’exprime pas de douleurs en postopératoire. La douleur est évaluée à l’aide d’échelles EVA avant la sortie. Les patients viennent avec les antalgiques prescrits en préopératoire et sont invités à démarrer le traitement avant la sortie. La trace des évaluations se retrouvent dans le dossier du patient. Les bonnes pratiques d’identitovigilance sont 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.

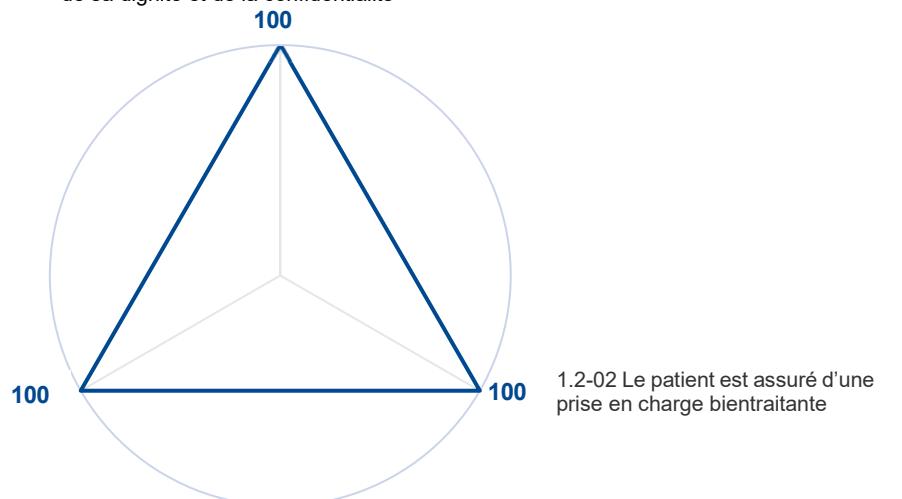
Objectif 1.1 : L'information et le consentement du patient



| 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

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

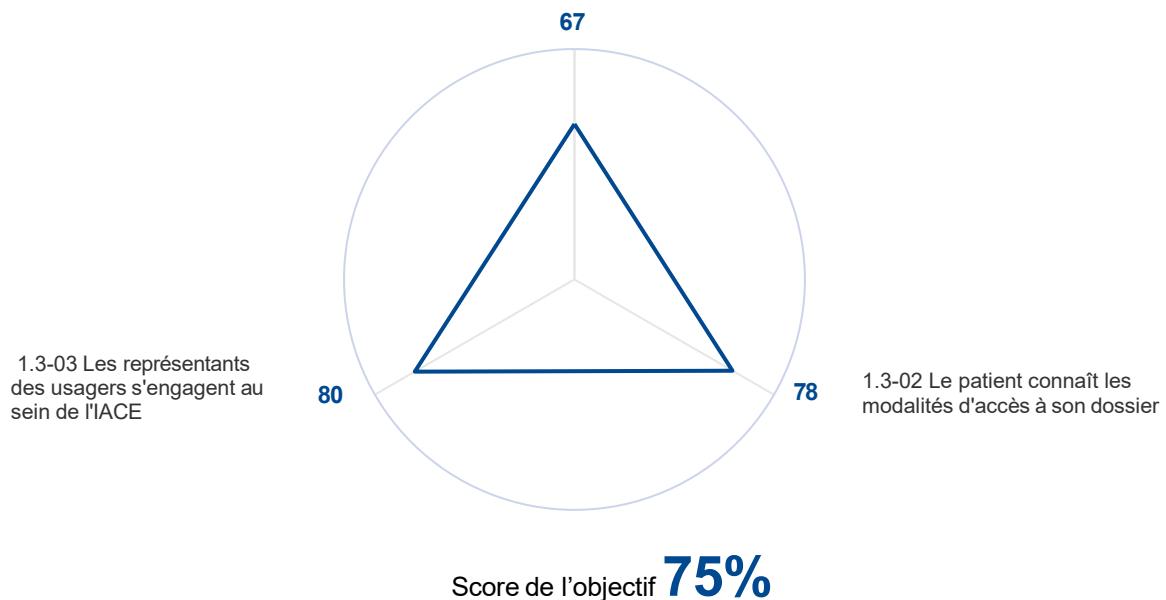


Score de l'objectif **100%**

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

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

1.3-01 Le patient est invité à exprimer sa satisfaction

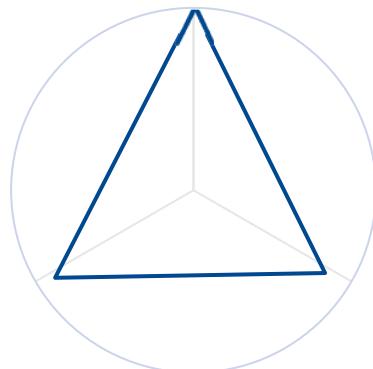


| Critères | | |
|----------|--|-----|
| 1.3-01 | Le patient est invité à exprimer sa satisfaction | 67% |
| 1.3-02 | Le patient connaît les modalités d'accès à son dossier | 78% |
| 1.3-03 | Les représentants des usagers s'engagent au sein de l'IACE | 80% |

Chapitre 2 : L'équipe

2.1 La pertinence des actes et des prescriptions

100



2.3 La maîtrise des risques liés aux pratiques **95**

92 2.2 La coordination pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire des équipes

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

Les patients s'adressent à la structure soit par téléphone, soit par l'intermédiaire d'une application « Doctolib », ou par adressage. Un rendez-vous médical est programmé. Lors de la consultation une évaluation médicale (psychique et somatique) est effectuée. Le bilan global est tracé dans le dossier de consultation. Si le patient présente une addictologie à la chirurgie esthétique il lui est proposé des alternatives comme par exemple, une consultation avec un psychologue. Les bénéfice-risque à court et à long termes des dispositifs médicaux implantables sont discutées avec le patient. 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.

Le patient bénéficie d'une prise en charge bientraitante tout le long de son séjour. Une infirmière est présente et accompagne 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 est organisée par l'infirmière qui signe également la sortie en s'appuyant sur un document de sortie. Les informations concernant les suites opératoires sont données par le praticien. 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.

Les questions éthiques posées au sein de l'IACE sont discutées lors des réunions mensuelles. Tous les professionnels y compris l'assistante médicale assistent au congrès annuel de chirurgie esthétique et suivent les formations éthiques proposées. Une soirée éthique avec une dizaine d'anciennes patientes a été organisée récemment.

Le dossier patient est en partie électronique (consultation chirurgicale, consultations de suivis, documents administratifs) dans le cadre d'un logiciel métier. Le dossier papier comprenant la feuille d'écologie du bloc avec traçabilité des DMI, les médicaments administrés, les papiers remis au patient à la sortie (CR, ordonnances...) ainsi que les devis, les consentements, la personne de confiance, est scanné par le secrétariat et intégré 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. Ce recueil de consentement a été rajouté à la procédure d'accueil du patient pendant la visite. Les accès au dossier informatisé sont organisés avec des ouvertures de droits. L'ouverture d'une session s'effectue avec un identifiant et un mot de passe individuel. Il existe une double authentification.

L'activité au bloc opératoire ne comprend que des actes chirurgicaux sous anesthésie locale. Le bloc opératoire est composé d'une salle d'intervention armée, d'une salle pour des actes de médecine esthétique, d'une zone de repos patient, d'un sas séparant le bloc de la zone bureau infirmier/vestiaire des patients et d'une salle de décontamination des dispositifs médicaux réutilisables et de recomposition de boîtes. La stérilisation est sous traitée à la Clinique la Croix du Sud. 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 la chirurgienne et la secrétaire, le programme est validé à 15 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. 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 de la check-list et sur la qualité de remplissage ont été réalisé en 2024. Les scores des audits sont de 100% pour la réalisation, 99% pour la traçabilité (une seule check-list avait une erreur de traçabilité). 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.

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. Une convention avec une officine est signée pour la délivrance des produits de santé. Il existe une armoire de pharmacie de dépannage fermée à clef dans le poste de soins. Celle-ci est organisée avec identification des médicaments à risque. Un réfrigérateur réservé aux produits de santé thermosensible a une sonde de température reliée au téléphone du chirurgien pour signalement de toutes alertes. Les bonnes pratiques en stérilisation sont respectées. Les prescriptions médicales de médicament, l'administration et la concordance respectent les bonnes pratiques. La traçabilité est faite dans le dossier papier. Les dispositifs médicaux implantables sont tracés au sein d'un registre et une carte est remise au patient à sa sortie, avec l'ensemble des informations.

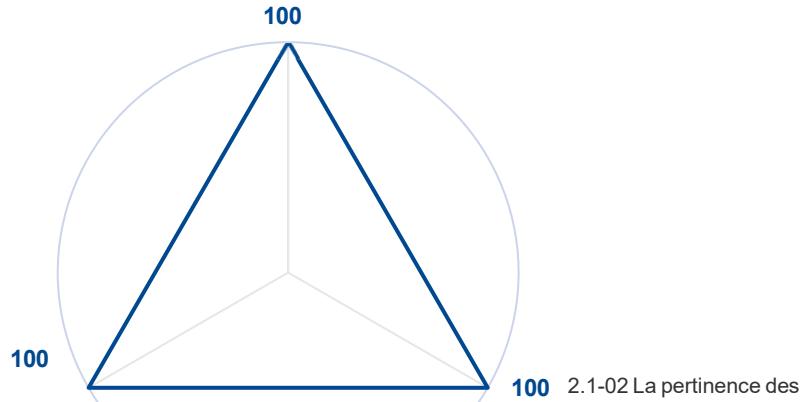
L'IACE a une convention avec la réanimation de la clinique de la Croix du Sud pour la prise en charge de l'urgence

vitale et les patients nécessitant des soins critiques. Le numéro unique (le 15), connu de l'ensemble des professionnels est affiché. Chaque année la directrice de l'établissement sollicite par lettre recommandée une demande de convention auprès du SAMU. Cette convention est formalisée de fait. 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 le praticien sont également formés. Une mallette d'urgence validée par l'anesthésiste de la clinique la Croix du Sud est en place au niveau du bloc opératoire. Elle est contrôlée et rapidement accessible. Le kit d'urgence pour prendre en charge une toxicité aux anesthésiques locaux est en place. Le défibrillateur est vérifié à l'ouverture de salle et cette vérification tracée. Les locaux sont accessibles aux secours en cas d'urgence vitale. Il n'y a pas eu d'exercice récent sur l'évaluation de l'efficacité du dispositif de prise en charge de l'urgence vitale.

Objectif 2.1 : La pertinence des actes et des prescriptions

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

2.1-03 L'IACE promeut et soutient le recours au questionnement éthique par

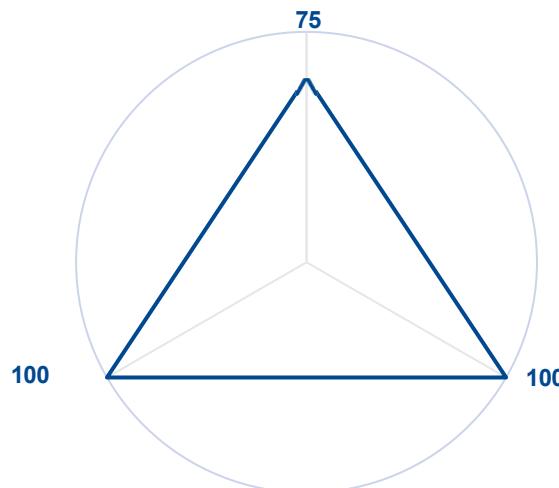


Score de l'objectif **100%**

| 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

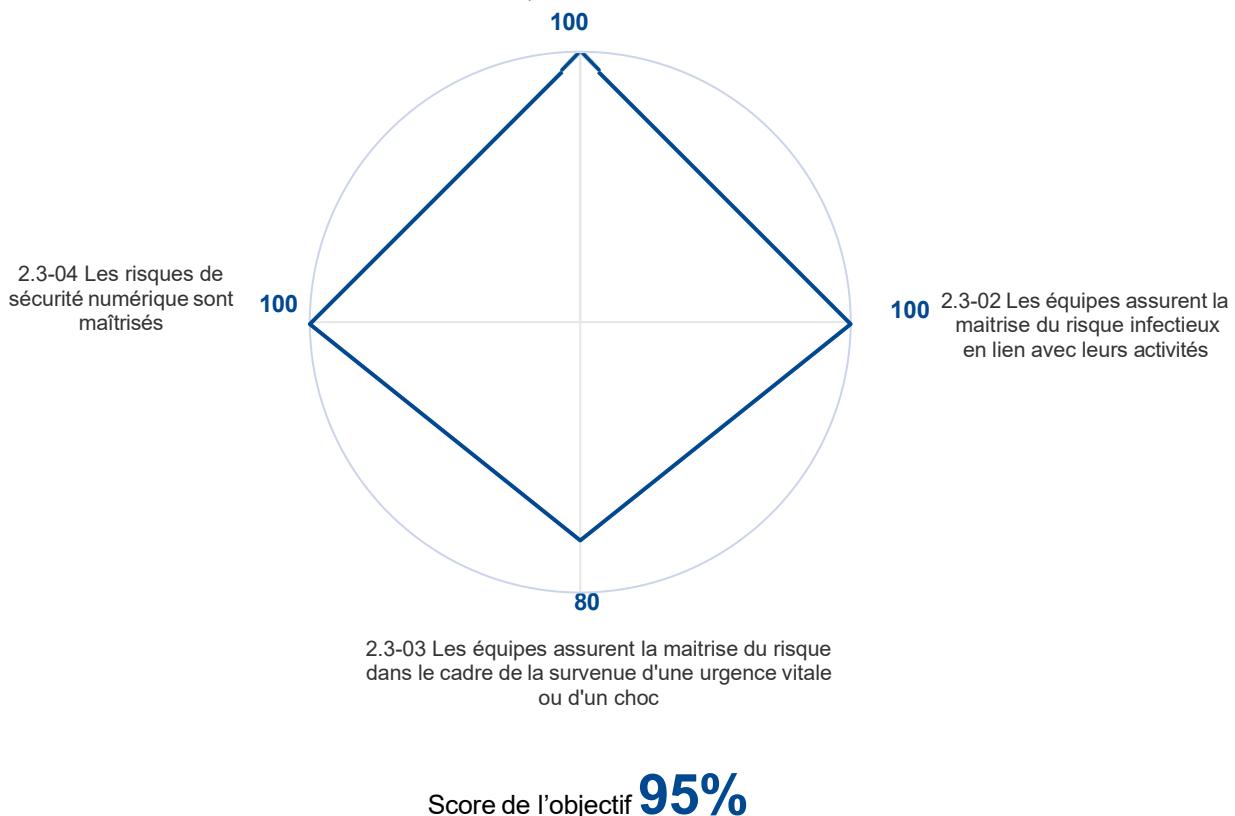
2.2-02 Les équipes sécurisent l'activité interventionnelle au bloc opératoire

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 | 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 maîtrise des risques liés aux pratiques

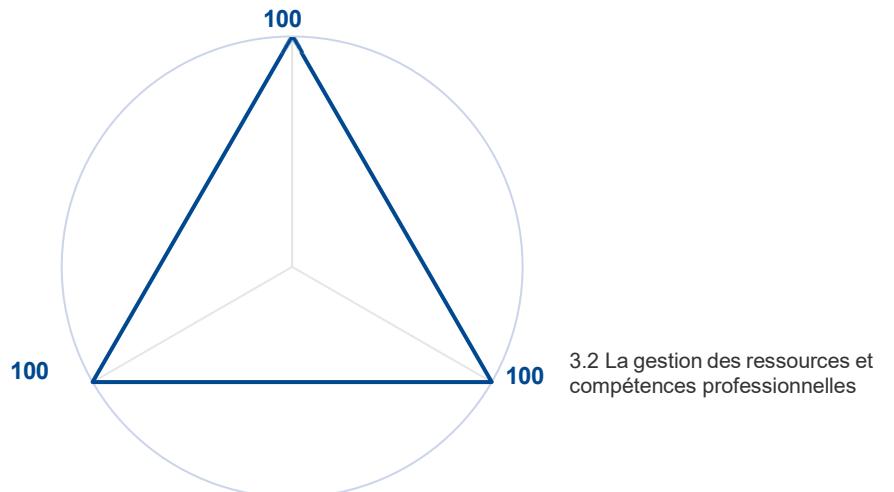
2.3-01 Les équipes assurent la maîtrise des risques en lien avec les produits de santé dont l'IACE



| Critères | | |
|----------|---|------|
| 2.3-01 | Les équipes assurent la maîtrise des risques en lien avec les produits de santé dont l'IACE dispose | 100% |
| 2.3-02 | Les équipes assurent la maîtrise du risque infectieux en lien avec leurs activités | 100% |
| 2.3-03 | Les équipes assurent la maîtrise du risque dans le cadre de la survenue d'une urgence vitale ou d'un choc | 80% |
| 2.3-04 | Les risques de sécurité numérique sont maîtrisés | 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

Le cabinet du Dr Rampillon est un Institut Autonome de Chirurgie Esthétique (IACE), créée en 2019 par le Dr Rampillon, spécialiste en Chirurgie Plastique Reconstructrice et Esthétique, Directeur de l'établissement. C'est une structure de chirurgie esthétique ambulatoire, ne réalisant que des actes sous anesthésie locale, équipée de toutes les installations techniques pour pratiquer des actes de chirurgie. L'IACE dispose d'une zone d'accueil, d'un bureau pour la secrétaire, et d'un bureau de consultation pour la chirurgienne. L'IACE dispose également d'une salle de bloc ISO 7, et de deux salles attenantes au bloc permettant de réaliser des actes médicaux et infirmiers. L'activité du bloc opératoire se déroule 3 jours par semaine

Faute de nomination d'une représentante des usagers par l'ARS, l'IACE a demandé à une patiente de prendre cette fonction. La représentante des usagers rencontrée est très impliquée dans la structure. Elle participe à 2 réunions par an. Elle a connaissance des très rares réclamations, des EI, du PAQSS, du résultat des questionnaires de sortie (taux de satisfaction 98%), les 2% sont des remarques concernant le vestiaire qui est un peu petit. Elle a participé à la modification du questionnaire de satisfaction avec ajout de "smiley" pour faciliter les réponses. Les échanges informels avec la structure sont nombreux et elle est sollicitée parfois sur des questionnements éthiques. En avril de cette année, il a été organisé une réunion d'information et d'échange entre patients et la représentante des usagers. Cette rencontre a permis de la faire connaître et d'échanger de vive voix avec les patients. Il y a peu de demande de dossier (aucun en 2024) mais sur les demandes antérieures, le délai d'envoi est très court. Un médecin extérieur à la structure a intégré la CDU en tant que médecin médiateur.

La chirurgienne directrice de la structure s'implique dans la mise en œuvre des plans d'actions inscrit dans le programme qualité (PAQSS) de la clinique. Une évaluation de la culture qualité a été faite en mai 2025. Les vigilances et veille sanitaire sont suivis.

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

Le système d'information est sécurisé. La chirurgienne et l'assistante en charge du secrétariat partage l'accès au dossier patient informatisé crypté et habilité à recevoir des données médicales. Cet accès se fait par un code d'identification personnalisé et une 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 des messageries sécurisées et les patients communiquent avec la structure via la messagerie sécurisée de Doctolib.

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 exerçant un jour par semaine assure les éventuels remplacements.

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

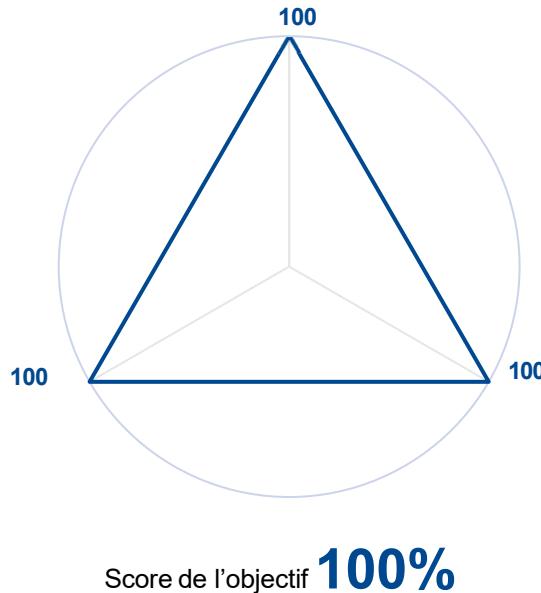
La maintenance des locaux et du matériel est assurée par des prestataires externes dont la qualité de prestation est évaluée. Les locaux de l'IACE se situent au premier étage d'un immeuble de trois étages hébergeant des locaux de consultations et un plateau de radiologie. Ces locaux ont eu un avis favorable de la commission incendie.

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. Les actions d'améliorations sont retrouvées dans le PAQSS. L'équipe connaît le portail national pour les déclarations des EIGS. Il n'y a pas eu de déclaration d'EIGS sur l'année 2024/2025.

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

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



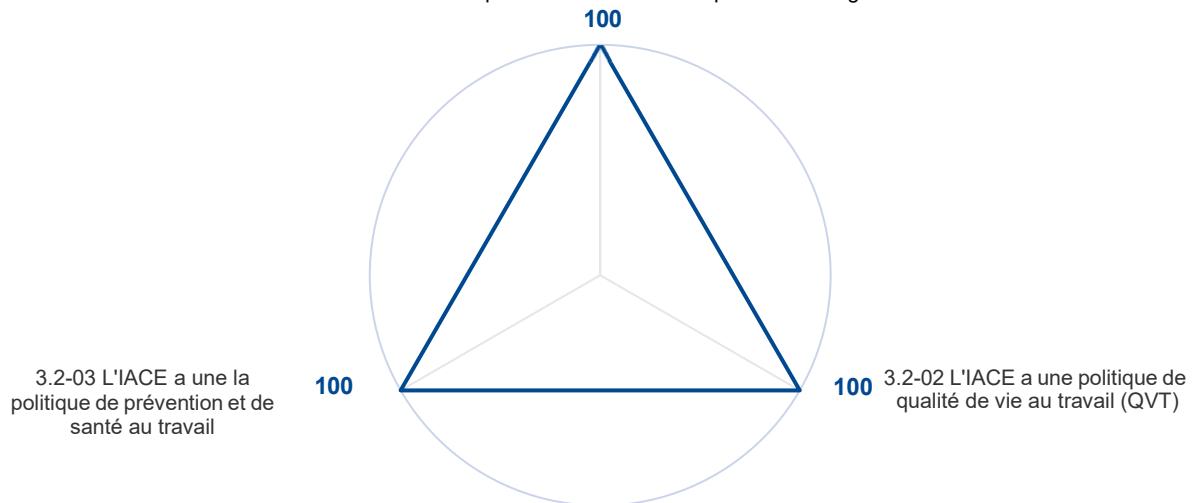
3.1-03 L'IACE dispose d'une réponse adaptée aux risques auxquels il peut être confronté

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

| 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 | 100% |
| 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

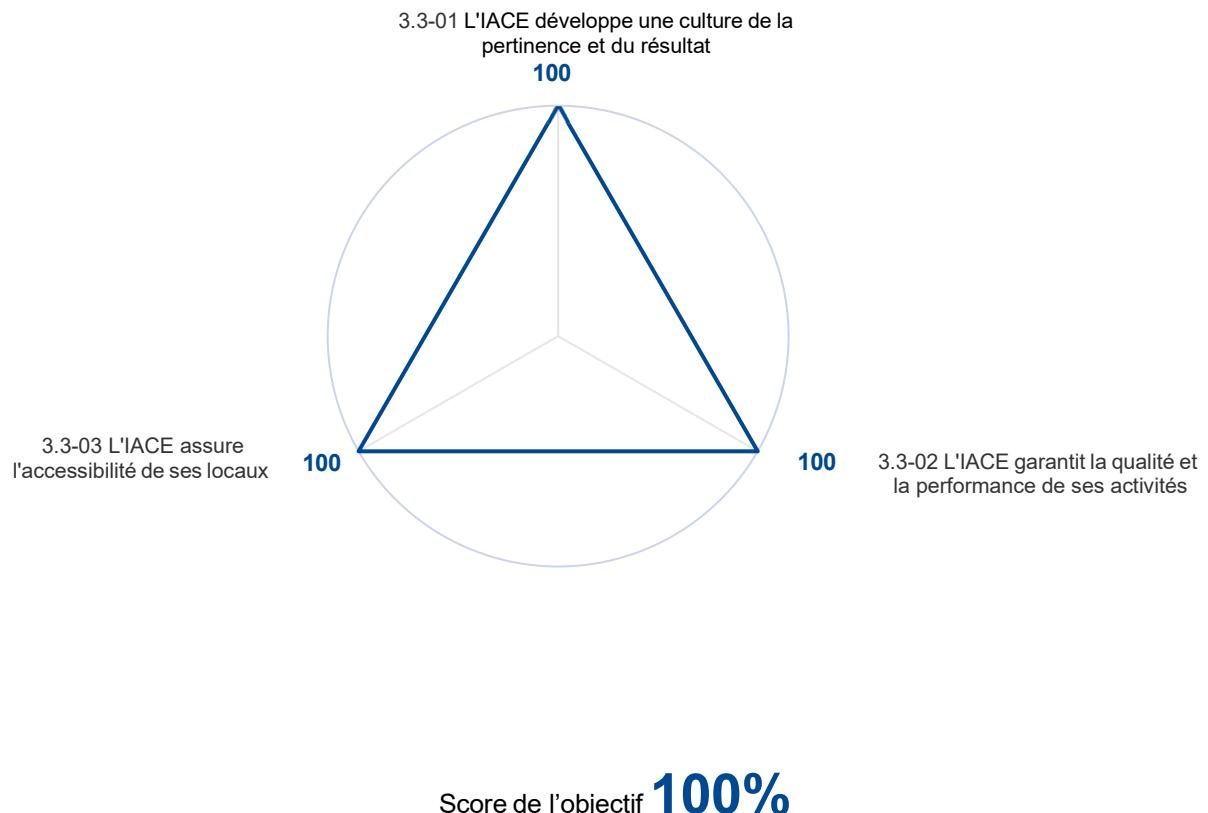
3.2-01 La gouvernance pilote l'adéquation des ressources humaines et la qualité et la sécurité des prises en charge



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 | 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

