



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

MESURER

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

RAPPORT DE CERTIFICATION

Clinique esthétique Paris Étoile

12, rue Beaujon 75008 Paris



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 2024

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 ;

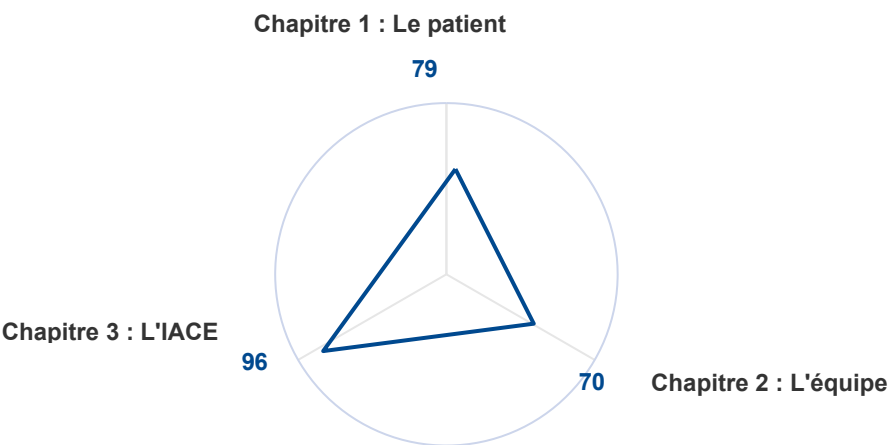
En l'espèce, au vu des éléments mentionnés dans le présent rapport, la Haute Autorité de santé décide la certification de l'installation de chirurgie esthétique.

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 PARIS ÉTOILE	
Adresse	12 rue Beaujon 75008 Paris
Département / Région	Paris / Île-de-France

Résultats

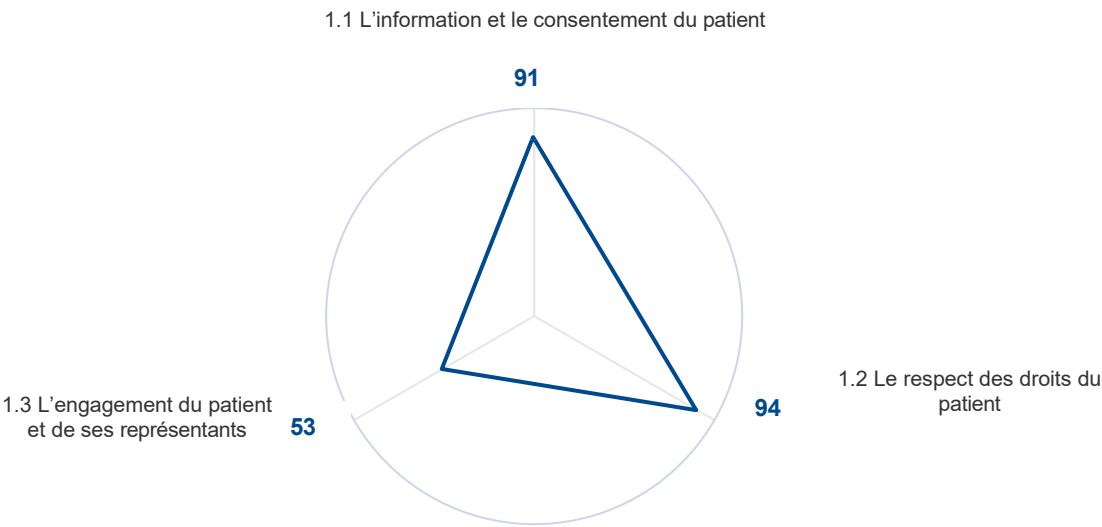


Score global de satisfaction aux attendus du référentiel **82%**

Chapitre		
Chapitre 1	Le patient	79%
Chapitre 2	L'équipe	70%
Chapitre 3	L'IACE	96%

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	45%
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	60%
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	80%

Chapitre 1 : Le patient



Score du chapitre **79%** du score maximal

Objectifs		
1.1	L'information et le consentement du patient	91%
1.2	Le respect des droits du patient	94%
1.3	L'engagement du patient et de ses représentants	53%

Synthèse chapitre 1

A la Clinique Esthétique Paris Etoile (CEPE), le patient reçoit une information claire et adaptée sur les détails de l'intervention, les bénéfices et risques à court et long terme et les devis correspondants.

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

La personne de confiance et à prévenir sont identifiées. A l'arrivée dans le service, le patient reçoit le livret d'accueil précisant le fonctionnement général de l'ACE (Installation Autonome de Chirurgie Esthétique).

La sortie est préparée, le patient connaît les consignes post opératoires et les traitements ainsi que les numéros de téléphone à appeler en cas d'urgence.

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

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

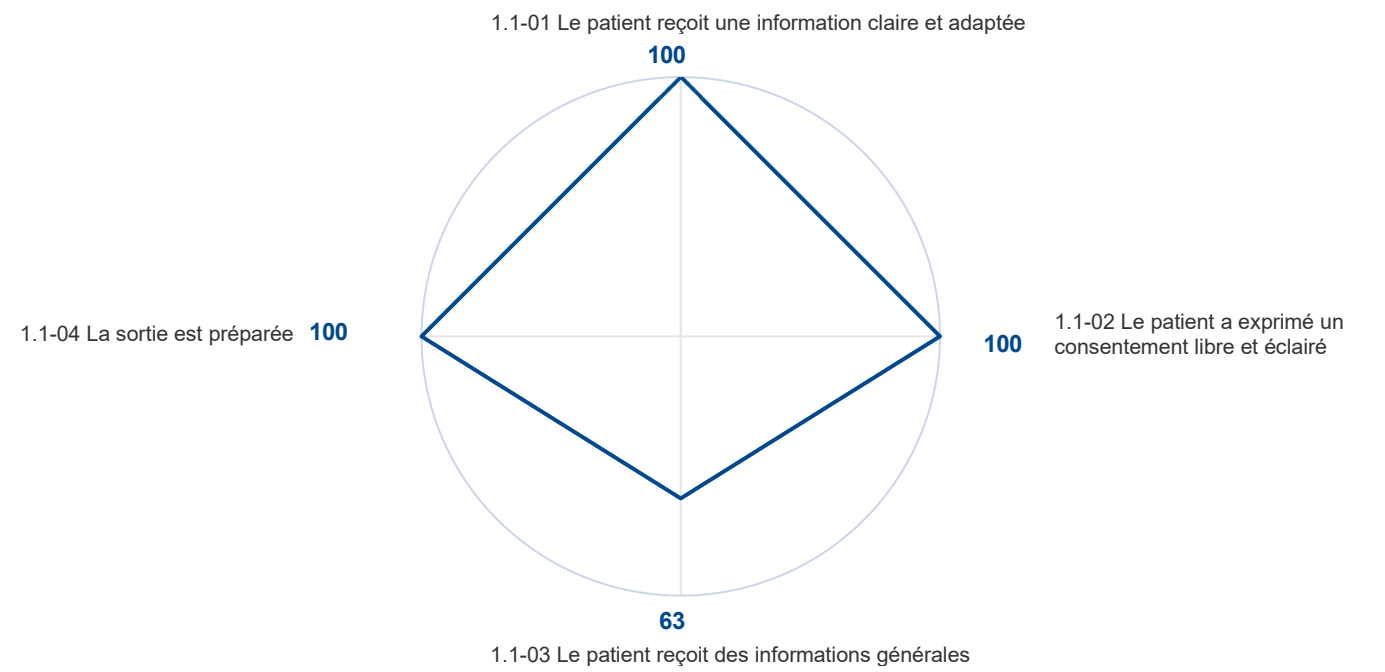
La bientraitance est une des valeurs de l'établissement, et un protocole de détection des situations de maltraitance existe.

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

Le questionnaire de satisfaction a été revu avec la RU et remis en place depuis le 1 mai 2025. Les patients rencontrés sont très satisfaits de leur prise en charge.

Au jour de la visite, aucune demande de dossier n'a été effectuée, l'indicateur de suivi relatif au délai de remise ne peut être calculé par l'établissement.

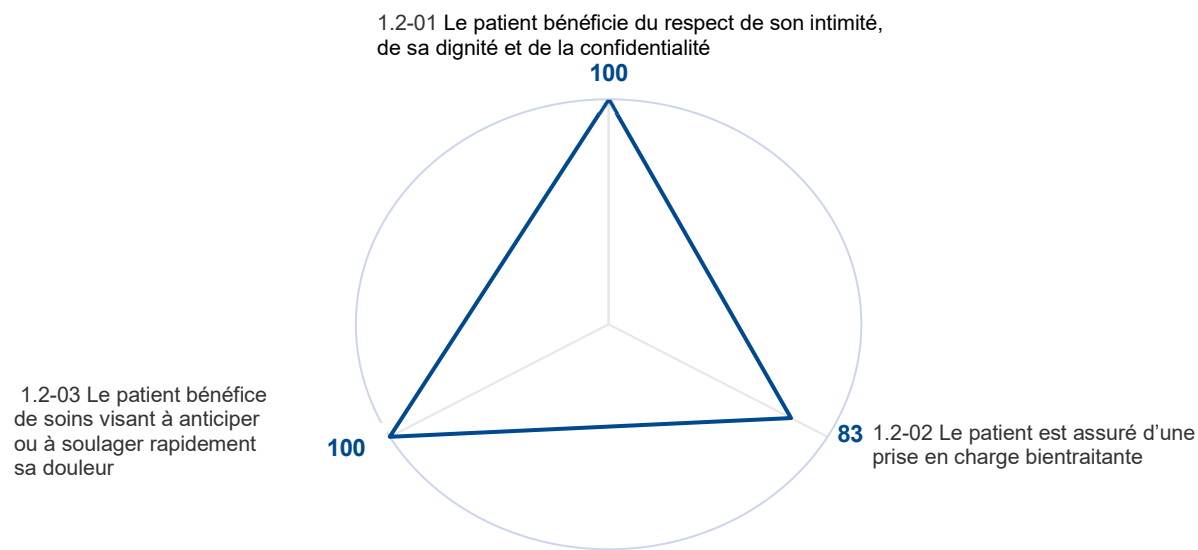
Objectif 1.1 : L'information et le consentement du patient



Score de l'objectif **91%**

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	63%
1.1-04	La sortie est préparée	100%

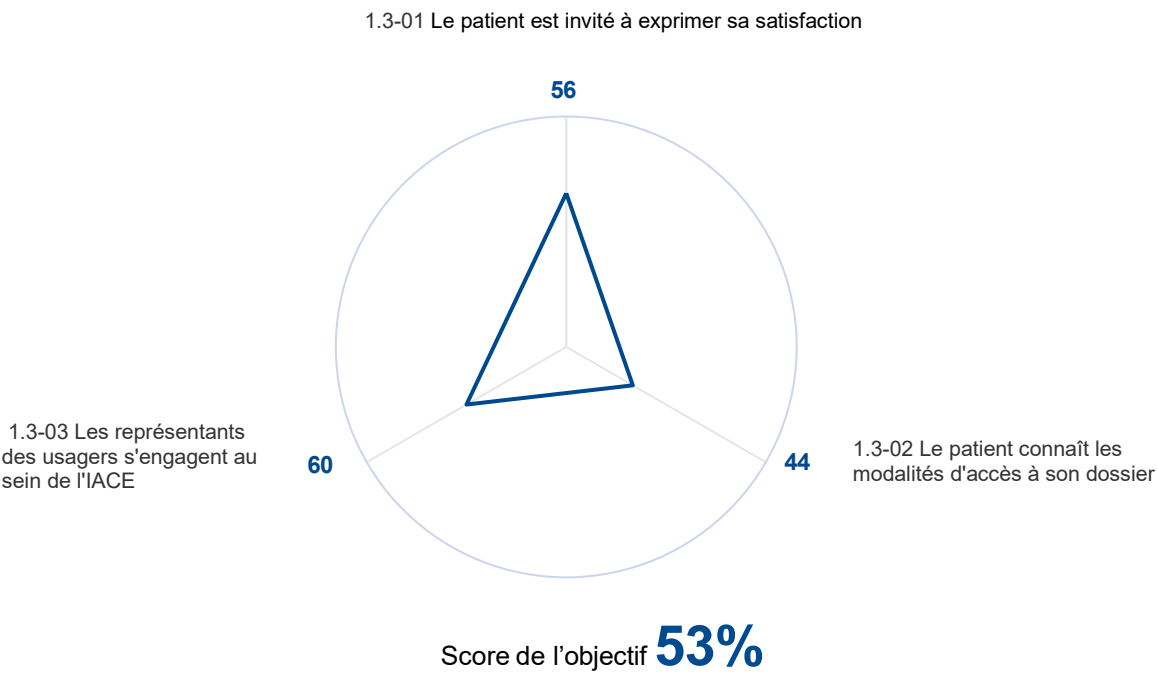
Objectif 1.2 : Le respect des droits du patient



Score de l'objectif **94%**

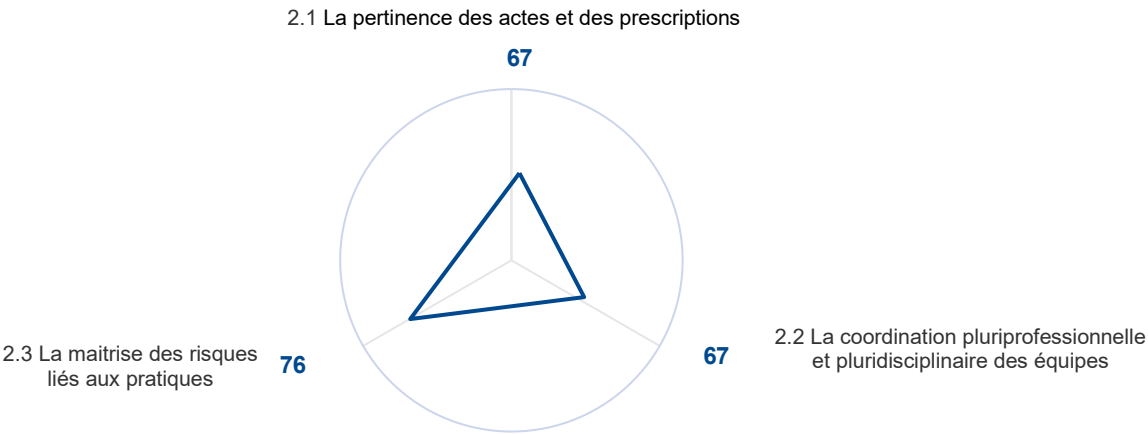
Critères		
1.2-01	Le patient bénéficie du respect de son intimité, de sa dignité et de la confidentialité	100%
1.2-02	Le patient est assuré d'une prise en charge bienveillante	83%
1.2-03	Le patient bénéficie de soins visant à anticiper ou à soulager rapidement sa douleur	100%

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



Critères		
1.3-01	Le patient est invité à exprimer sa satisfaction	56%
1.3-02	Le patient connaît les modalités d'accès à son dossier	44%
1.3-03	Les représentants des usagers s'engagent au sein de l'IACE	60%

Chapitre 2 : L'équipe



Score du chapitre **70%** du score maximal

Objectifs		
2.1	La pertinence des actes et des prescriptions	67%
2.2	La coordination pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire des équipes	67%
2.3	La maitrise des risques liés aux pratiques	76%

Synthèse chapitre 2

L'évaluation clinique initiale et le projet de soins sont élaborés avec le patient en consultation.

Le patient reçoit des informations claires et adaptées à chaque type d'intervention, incluant les bénéfices et risques ainsi que les solutions alternatives possibles. L'addiction à la chirurgie esthétique est recherchée, évaluée et réorientée si nécessaire vers les professionnels spécialisés.

Le personnel n'a pas bénéficié de formation ou de sensibilisation à l'éthique. Les questions éthiques n'ont pas été recensées afin de les traiter collectivement.

Le dossier patient est accessible par tous les intervenants qui tracent en temps utile les éléments nécessaires à la prise en charge des patients. Tous les documents papiers sont scannés dans le dossier patient informatisé lors de la sortie.

La check-list est réalisée selon le protocole de la HAS, néanmoins l'établissement n'a pas réalisé d'audit sur les modalités de réalisation de la check-list, l'action est inscrite dans le PAQSS (programme d'amélioration de la qualité et sécurité des soins).

Les patients sont autorisés par les praticiens à sortir de la salle de réveil et du service ambulatoire selon un score de sortie auquel le personnel n'a pas encore été formé.

La clinique n'a pas mis en place le recueil de l'opposition du patient à la consultation du DMP (dossier médical partagé) cette action est prévue prochainement.

Un modèle de lettre de liaison a été mis en place durant la visite et l'établissement s'engage à la remettre au patient le jour de la sortie avec son compte rendu opératoire. Actuellement le compte rendu opératoire et le compte rendu d'hospitalisation faisant office de lettre de liaison sont remis à J+1. Les ordonnances et conduite à tenir sont remises en préopératoire.

Les risques liés aux produits de santé ne sont pas entièrement maîtrisés. Un cahier nominatif des stupéfiants est en place. Cependant le suivi des péremptions n'est pas fait régulièrement pour les autres médicaments et n'est pas tracé. L'établissement a réagi, a mis en place un support de suivi des péremptions et a procédé à la vérification des différentes pharmacies et stockages de médicaments et dispositifs médicaux.

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

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 Ambroise Paré. Les professionnels connaissent le numéro d'appel d'urgence qui est affiché dans les chambres, salles de soins. Le matériel est disponible, vérifié mais la traçabilité n'est pas effective. Il n'y a pas eu d'exercice de simulation de prise en charge des urgences vitales.

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

L'évaluation clinique initiale et le projet de soins sont élaborés avec le patient en consultation.

Le patient reçoit des informations claires et adaptées à chaque type d'intervention, incluant les bénéfices et risques ainsi que les solutions alternatives possibles. L'addiction à la chirurgie esthétique est recherchée, évaluée et réorientée si nécessaire vers les professionnels spécialisés.

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

100

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

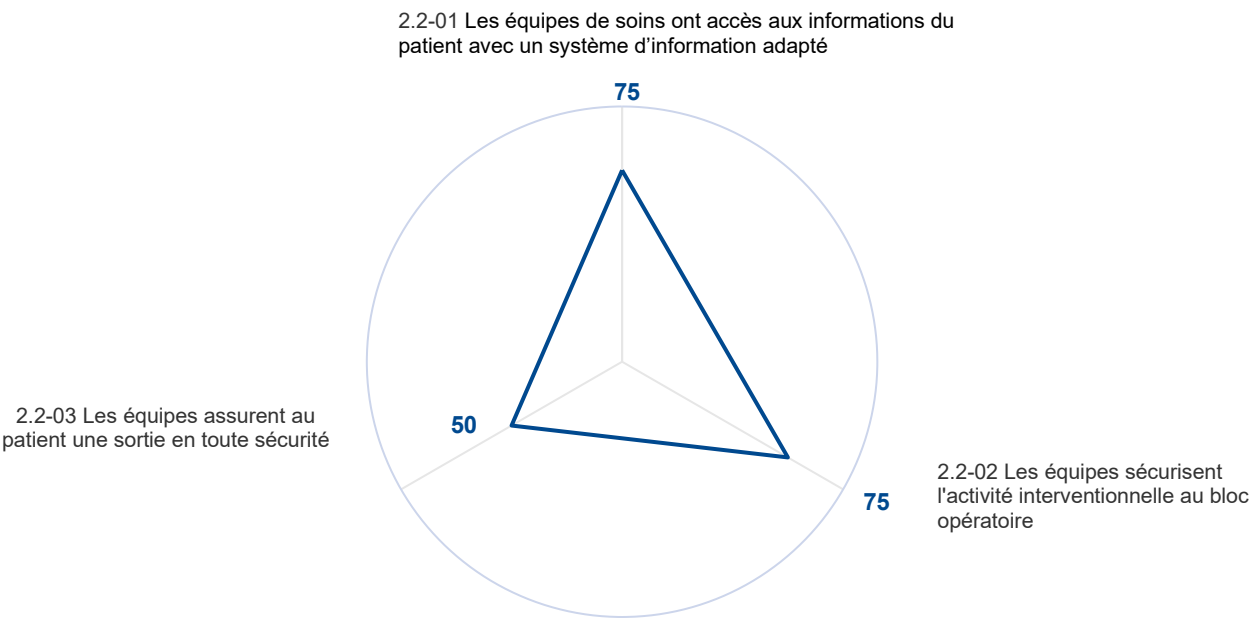
0

100 2.1-02 La pertinence des actes est argumentée

Score de l'objectif 67%

Critères		
2.1-01	L'évaluation initiale globale de l'état de santé du patient permet d'établir un projet de prise en charge personnalisé	100%
2.1-02	La pertinence des actes est argumentée	100%
2.1-03	L'ACE promeut et soutient le recours au questionnement éthique par l'ensemble des acteurs	0%

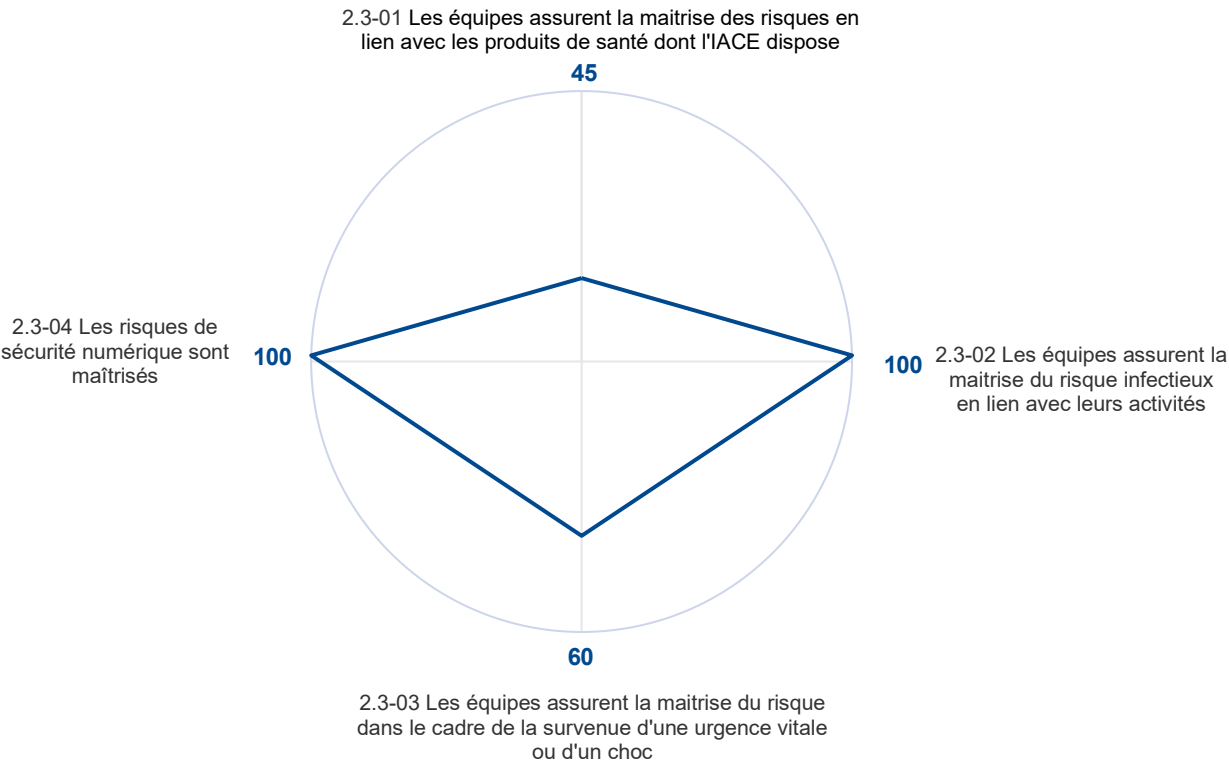
Objectif 2.2 : La coordination pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire des équipes



Score de l'objectif **67%**

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	75%
2.2-03	Les équipes assurent au patient une sortie en toute sécurité	50%

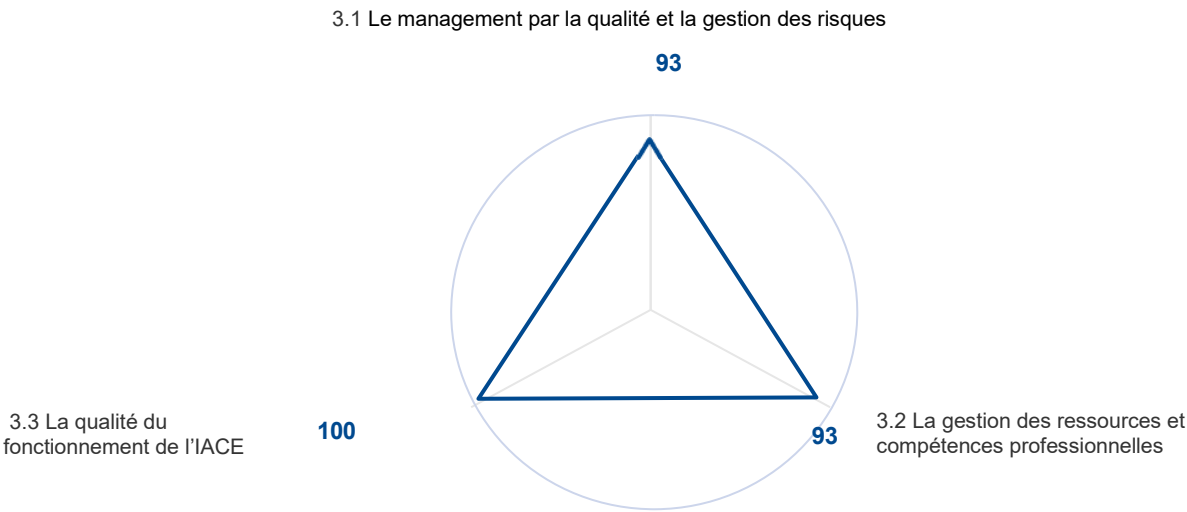
Objectif 2.3 : La maitrise des risques liés aux pratiques



Score de l'objectif **76%**

Critères		
2.3-01	Les équipes assurent la maitrise des risques en lien avec les produits de santé dont l'IACE dispose	45%
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	60%
2.3-04	Les risques de sécurité numérique sont maîtrisés	100%

Chapitre 3 : L'IACE



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

Objectifs		
3.1	Le management par la qualité et la gestion des risques	93%
3.2	La gestion des ressources et compétences professionnelles	93%
3.3	La qualité du fonctionnement de l'IACE	100%

Synthèse chapitre 3

Préambule

« L'établissement a changé de propriétaire en septembre 2024, ce qui a entraîné un renouvellement complet des équipes tant médicales, soignantes qu'administratives. La nouvelle direction a eu à cœur de mettre en œuvre un système management de et par la qualité. Le temps imparti de 9 mois, entre la reprise de la clinique et la visite de certification n'a pas permis de réaliser l'ensemble des actions et évaluations souhaitées ».

Un PAQSS structuré contient des actions en lien avec les vigilances sanitaires et les EI (événements indésirables). Il est suivi et mis à jour par la gouvernance.

La représentante des usagers, ancienne patient est très impliquée dans la vie de l'établissement. Elle a participé à la révision du livret d'accueil, des consentements, la traduction en anglais de différents documents, l'amélioration du parcours patient... Elle est au courant des événements indésirables, des plaintes et réclamations et des retours des questionnaires de sortie.

La gestion des FEI, plaintes et réclamations est réalisée de manière pluri professionnelle, des actions sont définies et intègrent le PAQSS.

Il n'y a pas eu d'évaluation de la culture qualité au jour de la visite.

La sécurité des biens et des personnes est assurée ; l'entrée de la clinique est surveillée, des coffres sont à disposition des patients. L'établissement a identifié les risques environnementaux auxquels il peut être confronté. Le tri des déchets est effectué. La direction suit la consommation énergétique et a mis des actions en place pour diminuer les consommations (exemple : changement du ballon d'eau chaude...)

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

La gouvernance pilote l'adéquation des ressources humaines à l'activité : une partie du personnel est polyvalent et peut tourner sur les différents postes (service et bloc opératoire) , ce qui permet de combler les absences. Pour tout nouveau professionnel une période de doublure est organisée et un livret d'accueil des nouveaux salariés est à disposition.

La politique QVT (Qualité de Vie au Travail) est définie. Des aménagements de temps de travail et d'horaires de travail sont organisés, le télétravail est autorisé sur certains postes. Le Document unique sur les risques professionnels a été mis à jour en 2025

La culture de la pertinence et du résultat est développée à travers l'évaluation des pratiques professionnelles. Des EPP sur le dossier patient, l'identitovigilance, le circuit du médicament, la prise en charge de la douleur, la prise en charge anesthésique ont été initiées et donnent lieu à des actions dans le PAQSS.

La clinique suit un tableau de bord d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs

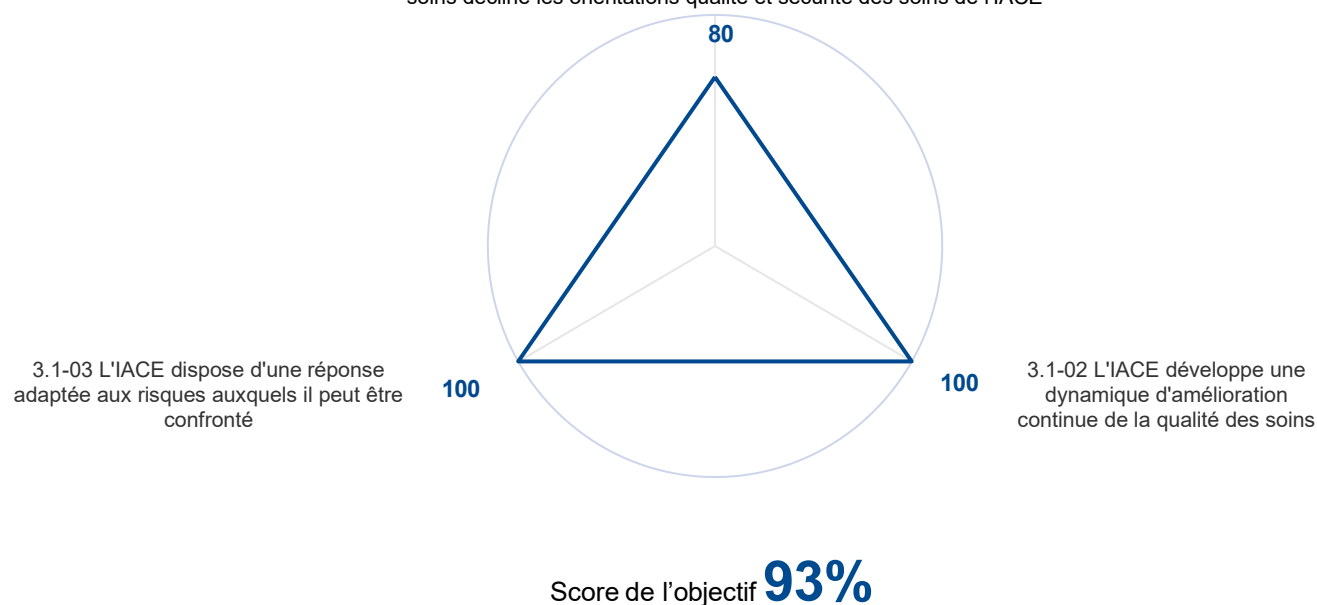
L'ACE s'appuie sur les recommandations des bonnes pratiques de la Société Française De Chirurgie Plastique Reconstructrice et Esthétique (SoFCPRE), SFAR et autres sociétés savantes.

La maintenance des locaux et équipements est externalisée.

L'ACE dispose d'un avis favorable de la commission incendie de la préfecture de police datant de février 2018 et le Directeur s'engage à demander un nouveau passage de la commission incendie.

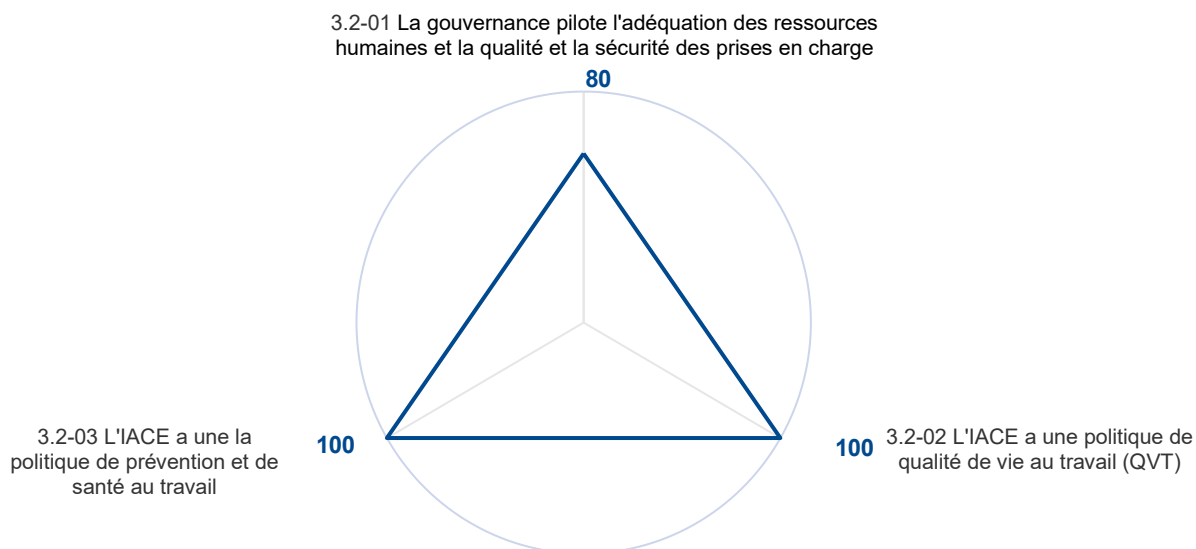
Objectif 3.1 : Le management par la qualité et la gestion des risques

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



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	80%
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%

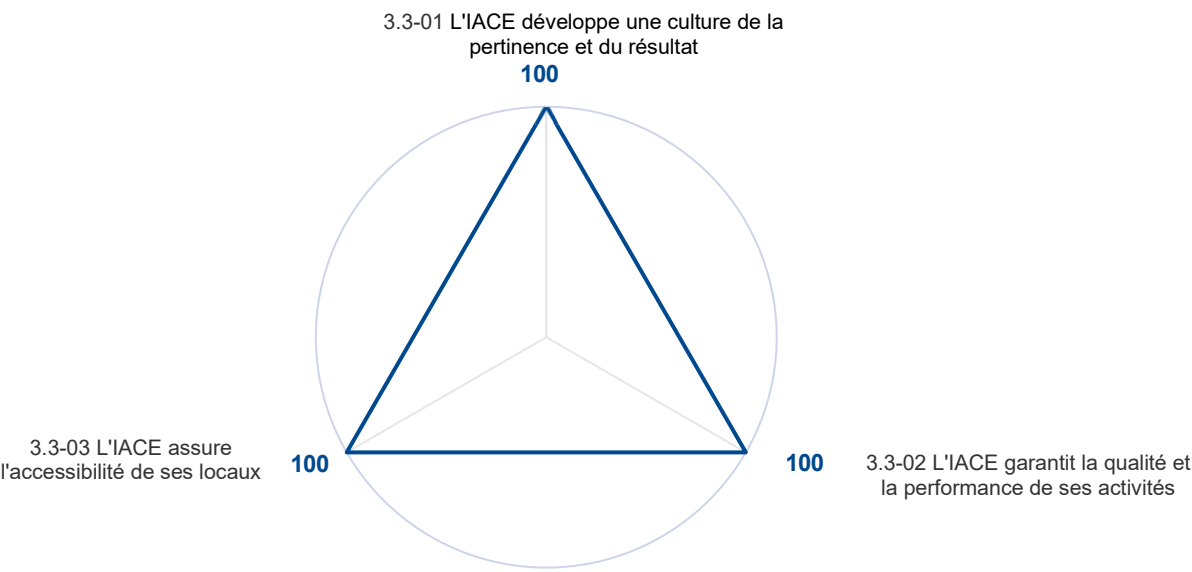
Objectif 3.2 : La gestion des ressources et compétences professionnelles



Score de l'objectif **93%**

Critères		
3.2-01	La gouvernance pilote l'adéquation des ressources humaines et la qualité et la sécurité des prises en charge	80%
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

