



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

MESURER

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

RAPPORT DE CERTIFICATION

Clinique Grimaldi

8 rue Maccarani 06000 Nice



Validé par la HAS en Octobre 2025

Ce document ainsi que sa référence bibliographique sont téléchargeables sur www.has-sante.fr



Haute Autorité de santé – Service communication et information
5 avenue du Stade de France – 93218 SAINT-DENIS LA PLAINE CEDEX. Tél. : +33 (0)1 55 93 70 00
© Haute Autorité de santé – Octobre 2025

Sommaire

Préambule	4
Décision	5
Présentation	6
Résultats	7
Chapitre 1 : Le patient.....	8
Synthèse chapitre 1	9
Objectif 1.1 : L'information et le consentement du patient.....	10
Objectif 1.2 : Le respect des droits du patient	11
Objectif 1.3 : L'engagement du patient et de ses représentants	12
Chapitre 2 : L'équipe.....	13
Synthèse chapitre 2	14
Objectif 2.1 : La pertinence des actes et des prescriptions	15
Objectif 2.2 : La coordination pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire des équipes	16
Objectif 2.3 : La maîtrise des risques liés aux pratiques	17
Chapitre 3 : L'IACE	18
Synthèse chapitre 3	19
Objectif 3.1 : Le management par la qualité et la gestion des risques	20
Objectif 3.2 : La gestion des ressources et compétences professionnelles	21
Objectif 3.3 : La qualité du fonctionnement de l'IACE	22

Préambule

La certification, mission confiée à la Haute Autorité de santé (HAS) par les ordonnances de 1996, est une procédure d'évaluation du niveau de qualité et de sécurité des soins des établissements de santé, des groupements de coopération sanitaire, des réseaux de santé, des hôpitaux des armées et des installations de chirurgie esthétique visées à l'article L.6322-1 du Code de la santé publique.

La certification est une mesure de la qualité des soins et vise l'appropriation de standards de qualité par les installations de chirurgie esthétique. Elle informe les usagers et les Agences régionales de santé (ARS) sans se substituer aux inspections et contrôles menés par ces autorités de tutelle. Enfin, elle favorise la mise en œuvre d'une dynamique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

| Une évaluation qui s'appuie sur un référentiel élaboré par la HAS en concertation avec les professionnels de santé, les organisations représentatives et les représentants des usagers...

Chaque installation de chirurgie esthétique est évaluée sur des critères ayant des niveaux d'exigence différents :

- des critères standards correspondent aux attendus de la certification ;
- des critères impératifs qui correspondent à des exigences jugées prioritaires. Ils ont un impact particulier dans la décision de certification. En effet, si une évaluation de l'un de ces critères est négative, la HAS se réserve le droit de ne pas accorder la certification.

| ... et sur des méthodes

Pour chaque installation de chirurgie esthétique, la Haute Autorité de santé mobilise plusieurs méthodes d'évaluation :

- des patients traceurs pour la qualité et de la sécurité de la prise en charge d'un patient
- des parcours traceurs pour évaluer la continuité et de la coordination de la prise en charge des patients, le travail en équipe et la culture qualité et sécurité
- des traceurs ciblés pour évaluer la mise en œuvre réelle d'un processus
- des audits systèmes pour évaluer les organisations et s'assurer de leur maîtrise sur le terrain
- des observations pour évaluer les conditions générales de qualité et de sécurité des soins.

| Un rapport de certification rendu public et structuré en 3 chapitres

Les résultats des évaluations réalisées durant une visite par des experts-visiteurs se traduisent dans un rapport structuré en 3 chapitres :

- Le premier chapitre concerne le résultat pour le patient. Tout au long de sa prise en charge, ses droits sont respectés, son engagement recherché, ses besoins, attentes et préférences sont pris en compte. Au-delà de son engagement dans sa prise en charge, son implication comme partenaire de la démarche qualité est favorisée par l'expression de son expérience.
- Le deuxième chapitre concerne les équipes de soins. La certification vise à apprécier leur capacité à rechercher la pertinence, l'efficacité et la sécurité des soins, à se concerter et se coordonner tout au long du parcours du patient. Elle met également l'accent sur la maîtrise des risques liés au soin.
- Le troisième chapitre concerne l'IACE et sa gouvernance (direction et conférence médicale d'établissement). Cette dernière impulse une dynamique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins qui associe et soutient les équipes, ainsi que les patients et représentants d'usagers.

Décision

Sur la base du rapport de certification, la HAS peut rendre deux types de décision :

- une décision de certification valable quatre ans ;
- une décision de non-certification impliquant une nouvelle visite dans un délai maximum de deux ans ;

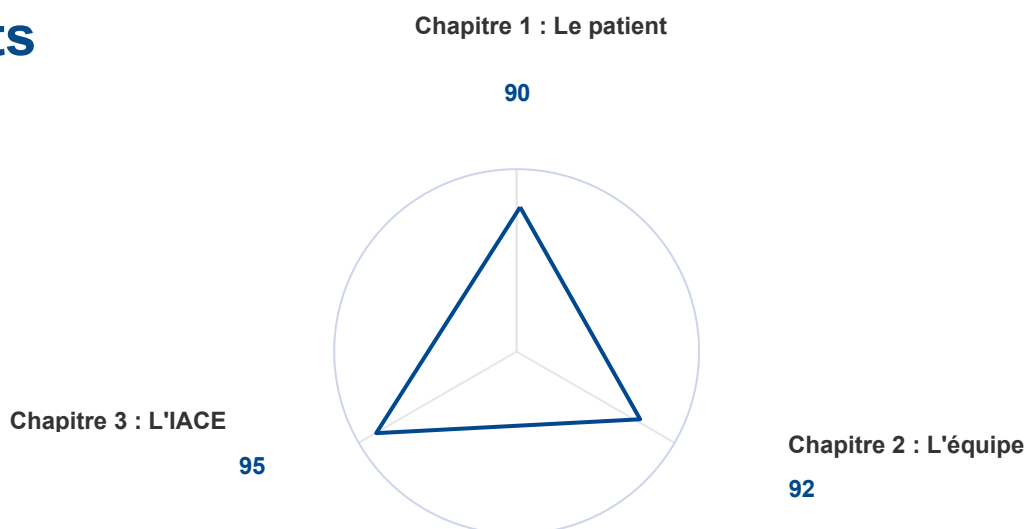
En l'espèce, au vu des éléments mentionnés dans le présent rapport, la Haute Autorité de santé décide la certification de l'installation de chirurgie esthétique.

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

Présentation

CLINIQUE GRIMALDI	
Adresse	8 rue Maccarani 06000 Nice
Département / Région	Alpes-Maritimes / PACA

Résultats



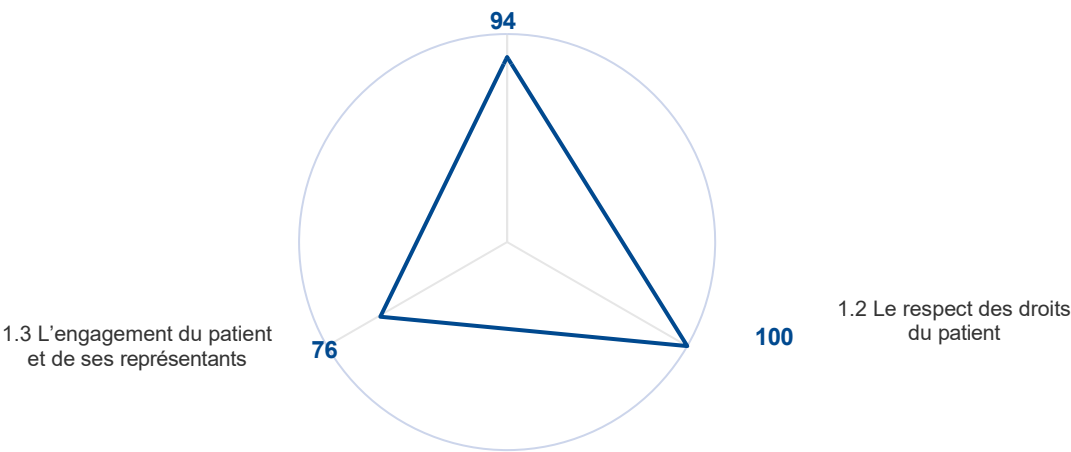
Score global de satisfaction aux attendus du référentiel **92%**

Chapitre		Score %
Chapitre 1	Le patient	90
Chapitre 2	L'équipe	92
Chapitre 3	L'IACE	95

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	80%

Chapitre 1 : Le patient

1.1 L'information et le consentement du patient



Score du chapitre **90%** du score maximal

Objectifs		
1.1	L'information et le consentement du patient	94%
1.2	Le respect des droits du patient	100%
1.3	L'engagement du patient et de ses représentants	76%

Synthèse chapitre 1

La clinique Grimaldi est un institut autonome de chirurgie esthétique (IACE) pratiquant des actes de chirurgie esthétique exclusivement en ambulatoire. Il dispose de locaux adaptés à l'accueil et la prise en charge des patients, de deux salles opératoires, d'une salle de surveillance post-opératoire adaptée et de 5 chambres seules dont une PMR. L'établissement ne prend pas en charge les mineurs.

Les patients sont informés par le site internet de l'établissement, par la remise du livret d'accueil, ainsi que directement par les professionnels des services.

Les consignes préopératoires et pré thérapeutiques sont expliquées par le chirurgien lors de la consultation initiale et des consultations suivantes (2 à 3 semaines avant l'intervention). L'anesthésiste lors de sa consultation prodigue ses directives spécifiques.

A l'arrivée du patient lors de son admission, il est vu par la secrétaire d'accueil qui lui rappelle les consignes et vérifie la complétude du dossier.

Les patients interrogés connaissent les conditions de leur intervention, les risques, les impacts post-opératoires et les complications à moyen et long terme au moyen de documents remis, expliqués par le chirurgien et signés. Les patients sont informés du coût global de leur intervention. Le chirurgien adresse un devis complet en intégrant toutes les prestations, honoraires et autres frais divers pour l'intervention. Ce devis détaillé est expliqué au patient par le chirurgien, daté et signé. Le délai d'un minimum de 15 jours entre la réception du devis et son acceptation par le patient est toujours respecté.

La personne de confiance est toujours désignée et tracée dans le dossier.

Le consentement du patient est tracé dans tous les dossiers pour le chirurgien et le type d'intervention (ainsi que le droit à l'image) et l'anesthésiste.

En amont de l'intervention, le patient reçoit les informations générales sur le fonctionnement de l'IACE par le secrétariat, le livret d'accueil et un livret de présentation de l'établissement, des différentes interventions pratiquées ainsi que des tarifs.

Le livret d'accueil détaille certaines informations : le parcours de soin (avant l'intervention , le jour de l'intervention, son déroulement et le post-opératoire), la désinfection cutanée préopératoire (dépilation, douches préopératoires), la commission des usagers (CDU) , le représentant des usagers (RU), la lutte contre les infections nosocomiales contre la douleur, les droits et devoirs (personne de confiance, non divulgation de présence, modalité pour exprimer une plainte ou une réclamation), la prévention des risques d'addiction. Cependant, les patients interrogés n'ont pas connaissance des RU.

Toutes les chambres disposent d'un coffre sécurisé.

La préparation de la sortie est anticipée lors des différentes consultations initiales, pour l'adapter au mieux aux conditions de vie habituelles du patient. Cette préparation inclut l'entourage du patient. Avant son admission, le patient dispose de toutes les ordonnances pour sa sortie. Un appel est effectué par la secrétaire à J moins 7 et J moins 1. En postopératoire, l'appel du lendemain est réalisé par l'IDE et une consultation est prévue systématiquement les jours suivants avec pansements tous les jeudis

A la sortie, une lettre de liaison, le compte rendu opératoire (CRO) et les consignes post opératoires sont remises au patient avec les numéros d'appel (IACE et chirurgien) en cas de problème lié à son intervention. De même, le patient est, si besoin, orienté vers d'autres professionnels médicaux et paramédicaux (IDE à domicile).

Le patient est respecté tout au long de sa prise en charge, les professionnels étant très attentifs au respect de leur intimité et de leur dignité. De même les équipes sont très sensibilisées au respect de la confidentialité (anonymat si demande du patient, confidentialité de l'intervention et de la transmission d'informations).

Au bloc, la salle de surveillance post interventionnelle (SSPI) est composée de 5 postes et est équipée de paravents de séparation. L'IACE ne dispose que de chambres individuelles (dont une PMR).

Les professionnels sont sensibilisés à la bientraitance. (Charte de comportement et d'Interactions au sein de l'Équipe de la Clinique). L'utilisation de dispositifs de contention en SSPI ou de barrières de lit en chambre dans l'éventualité d'une immobilisation en cas d'agitation est formalisée dans une procédure.

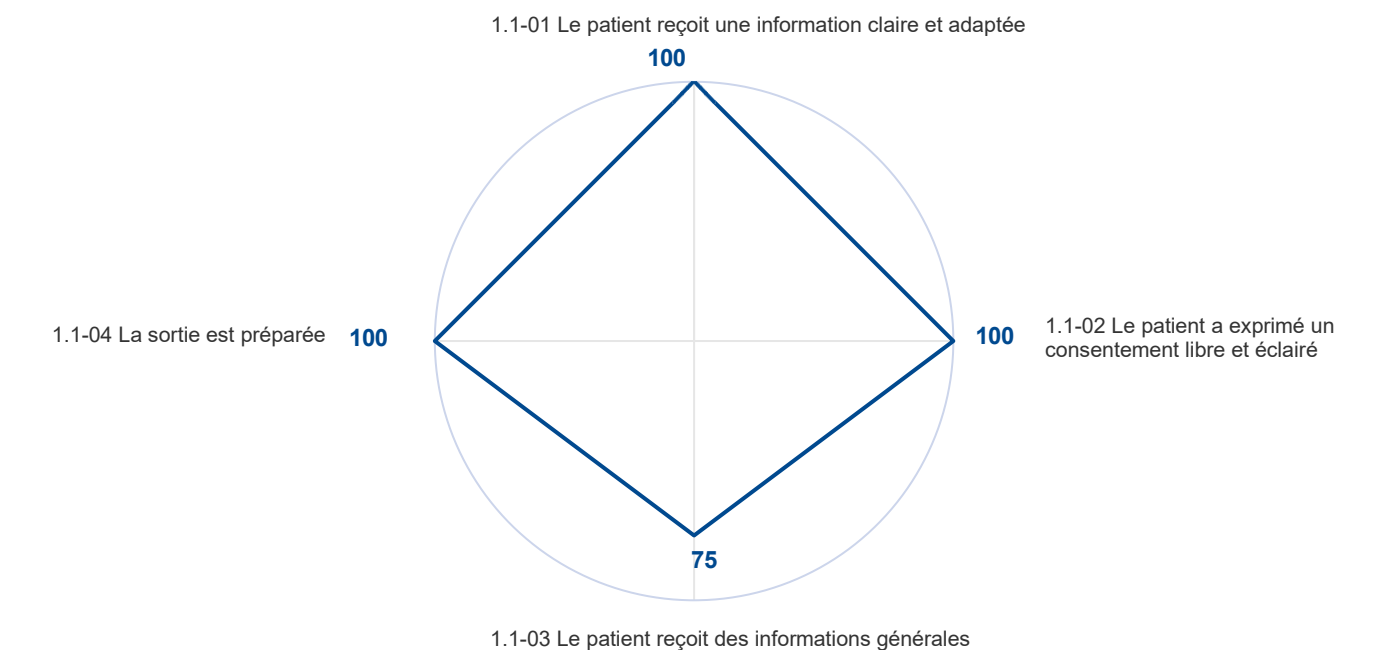
Le patient bénéficie de soins visant à anticiper et soulager rapidement sa douleur ce que confirme les rencontres avec les patients et la traçabilité dans les dossiers. Les prescriptions conditionnelles sont assorties d'un seuil de déclenchement en fonction d'une échelle de douleur (échelle numérique).

L'expérience et la satisfaction du patient peuvent s'exprimer par le questionnaire de satisfaction remis lors de sa sortie.

Certains patients ne sont pas sensibilisés à l'activation de leur « Mon espace santé » et n'en connaissent pas l'usage. Par ailleurs l'IACE n'alimente pas le DMP des patients.

En l'absence de nomination d'un RU par l'ARS, malgré les multiples relances de l'IACE, celui-ci a recherché et identifié un ancien patient qui assure et s'implique activement dans cette nouvelle mission (la réunion de la CDU en 2024 a été faite en son absence avant sa nomination). Toutefois, l'existence de la CDU est méconnue des patients rencontrés.

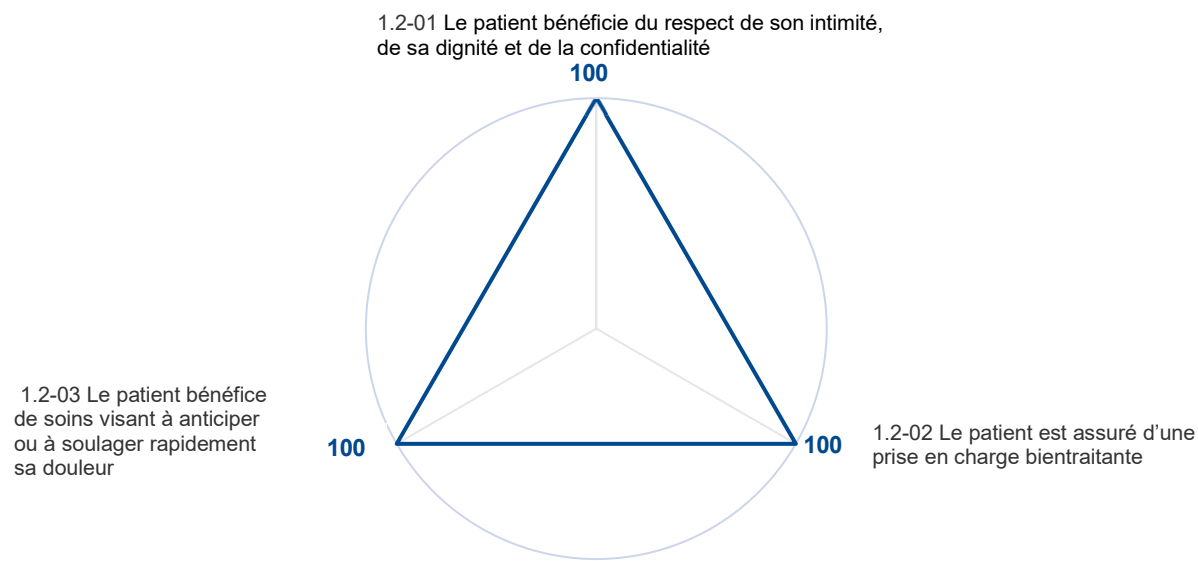
Objectif 1.1 : L'information et le consentement du patient



Score de l'objectif **94%**

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	75%
1.1-04	La sortie est préparée	100%

Objectif 1.2 : Le respect des droits du patient

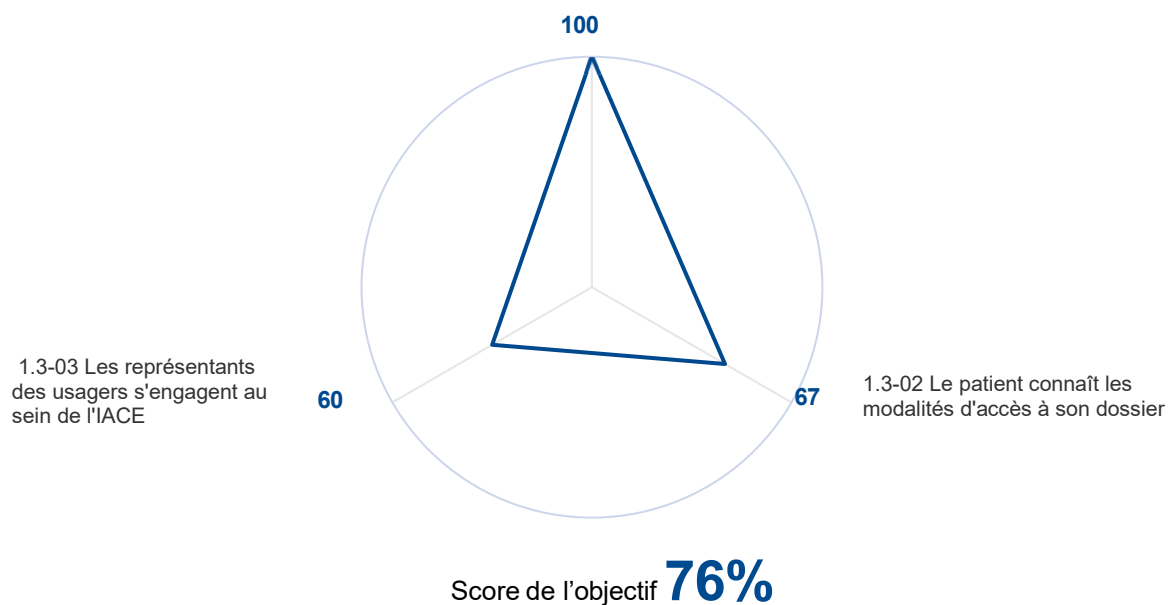


Score de l'objectif **100%**

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 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

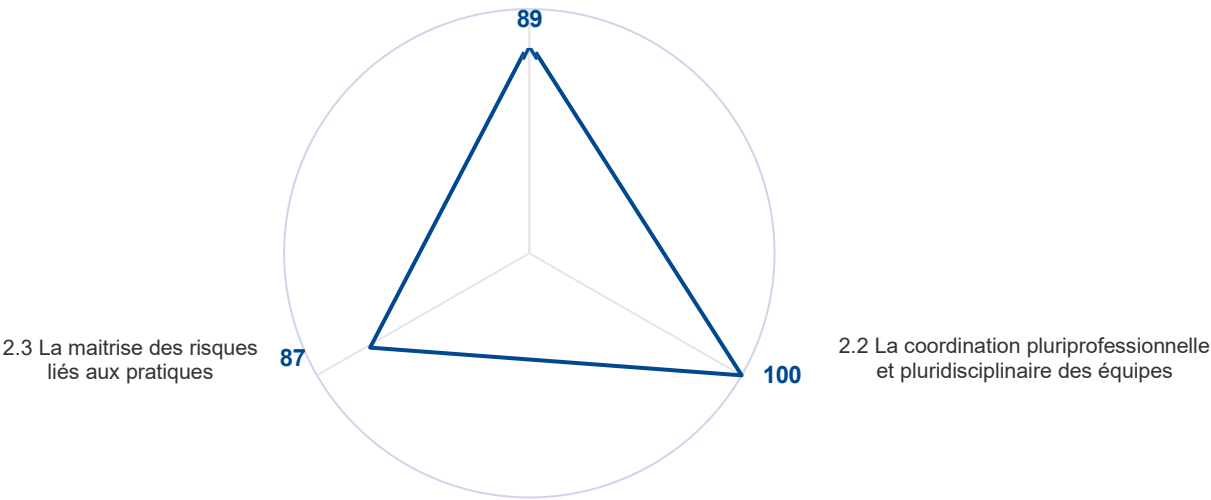
1.3-01 Le patient est invité à exprimer sa satisfaction



Critères		
1.3-01	Le patient est invité à exprimer sa satisfaction	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	60%

Chapitre 2 : L'équipe

2.1 La pertinence des actes et des prescriptions



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

Objectifs		
2.1	La pertinence des actes et des prescriptions	89%
2.2	La coordination pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire des équipes	100%
2.3	La maîtrise des risques liés aux pratiques	87%

Synthèse chapitre 2

Lors de la consultation, une évaluation initiale globale est réalisée par le chirurgien et l'anesthésiste. La décision de prise en charge (projet de soin) des patients tient compte des conditions de vie et des risques liés à sa santé (éligibilité à l'ambulatoire, en fonction du stade ASA et recherche de dysmorphophobie).

L'addiction à la chirurgie esthétique est recherchée par le chirurgien.

L'équipe s'appuie sur des protocoles qui intègrent les recommandations de bonnes pratiques (protocoles SFAR et société savante de chirurgie esthétique).

Au cours des différentes consultations, initiale et à distance avant l'intervention, les bénéfices et les risques à court et long terme de l'acte interventionnel envisagé dans le projet de prise en charge sont partagés avec le patient pour éclairer son choix.

Une réflexion éthique est engagée. Une réunion (mars 2025) sur le thème « Réflexion éthique sur la non-prise en charge des patients mineurs pour les interventions de chirurgie esthétique non reconstructrice » a permis d'élaborer la recommandation de « ne pas prendre en charge les mineurs pour des interventions de chirurgie à visée uniquement esthétique au sein de la clinique ». La démarche éthique reste cependant à renforcer.

Tous les professionnels tracent, en temps utile, tous les éléments nécessaires à la prise en charge du patient dans le dossier papier complet (documents administratifs, documents d'identité et de couverture sociale, désignation de la personne de confiance, formulaires de traçabilité des actes, de la surveillance, des prescriptions, courriers...) qui suit le patient tout au long de son parcours. Les professionnels concernés (chirurgien, anesthésiste, IDE) peuvent accéder aux éléments utiles à la prise en charge du patient dans son dossier. Ces documents papier sont identifiés au nom du patient. La transmission des courriers au médecin traitant est laissée au choix du patient.

La sécurité au bloc opératoire est assurée : une réunion pluriprofessionnelle (chirurgien, anesthésiste, secrétaire, IDE) régule les activités du bloc opératoire le mercredi pour la semaine suivante (implant, matériel, programme horaire de convocation, planning anesthésiste). La check-list est réalisée conformément aux bonnes pratiques : avant induction, avant le geste et avant la sortie de la salle.

L'IACE suit ses indicateurs d'activité spécifique au bloc opératoire : nombre d'événements indésirables (EI), nombre d'EI clôturés, nombre de réunions du conseil du bloc opératoire, ISO des salles, nombre d'audit (taux de check List dans le dossier patient, taux de conformité audit check List « sécurité du patient au bloc opératoire »).

Lors de sa sortie, une lettre de liaison et le CRO sont remis au patient avec les explications et consignes post opératoires et les numéros d'appel en cas de besoin ou d'urgence. Les informations nécessaires à la continuité de la prise en charge (y compris la carte d'implant) sont transmises aux patients (ordonnances en amont de la sortie). Les professionnels transmettent au médecin traitant la lettre de liaison et le CRO avec l'accord patient.

La sortie de la SSPI est conditionnée par le score d'Aldrete et la sortie d'hospitalisation est autorisée sous condition de score (Chung) pour lequel le personnel est formé.

La fiche d'autorisation de sortie est validée par le chirurgien et l'anesthésiste qui voient systématiquement le patient avant sa sortie.

Le circuit du médicament répond aux attendus : approvisionnement, (convention avec une officine de ville et achat en direct au laboratoires et centrale d'achat), prescription, dispensation et administration.

Le stockage est conforme y compris pour les médicaments thermosensibles (réfrigérateurs avec sonde enregistreuse).

La préparation est adaptée à chaque acte interventionnel (procédures en place) et contrôlée à l'arrivée du patient au bloc. Les protocoles d'antibioprophylaxie sont établis et à jour des dernières recommandations

Les dispositifs médicaux réutilisables sont décontaminés sur place par du personnel formé. La stérilisation est réalisée par un prestataire externe. La traçabilité des dispositifs médicaux implantés (DMI) est conforme avec un registre réglementaire informatisé permettant de retrouver facilement les informations (DMI/patient)

Dans tout l'IACE, l'équipe applique les prérequis en matière de risque infectieux (non-port de bijoux et montres, utilisation de solution hydroalcoolique, tenues adaptées usage unique au bloc ...). Le circuit des déchets à risques infectieux (DASRI) est conforme aux règles de tri et d'hygiène (locaux sécurisés, OPCT disponibles).

L'équipe améliore ses pratiques en matière de risque infectieux (audits). L'établissement (ES) réunit le CLIN une fois par an pour établir le bilan des actions.

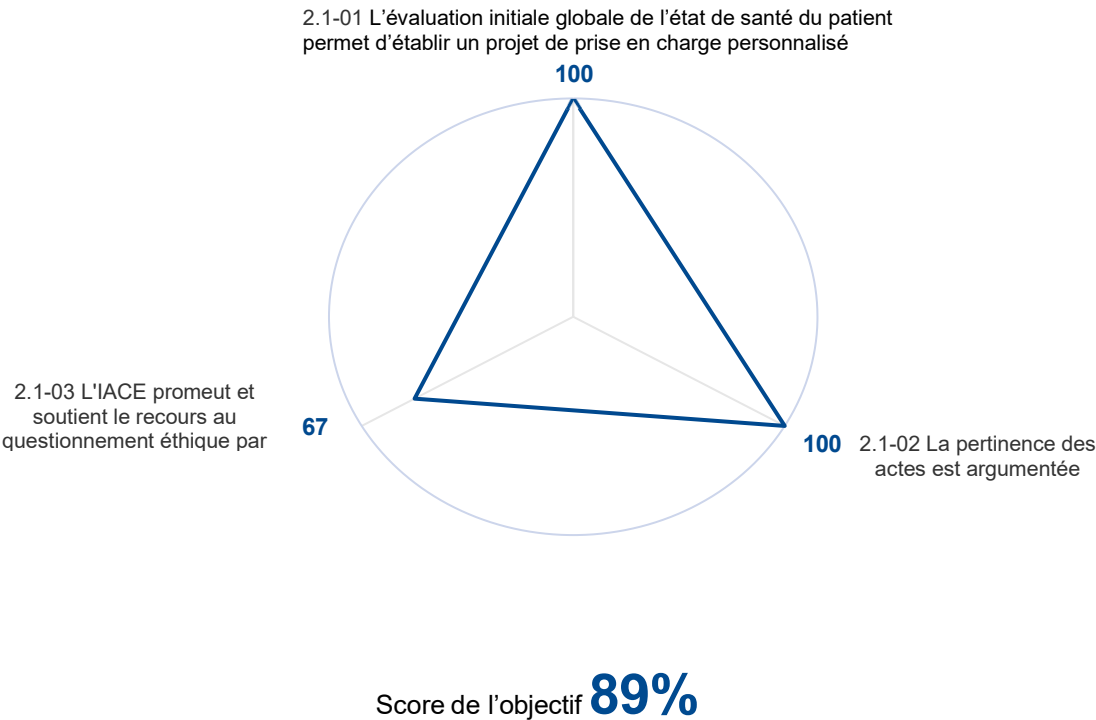
Une convention est établie avec la clinique du Parc impérial et le CHU Nice (réanimation) pour le transfert en urgence des patients.

Concernant l'urgence vitale, les équipes connaissent le numéro d'appel unique (5218). Ce numéro dédié appelle l'anesthésiste présent dans l'établissement. Le matériel de prise en charge des urgences vitales régulièrement contrôlé par l'IADE (chariot d'urgence situé dans le service ambulatoire) est rapidement accessible par les professionnels qui ont bénéficié de formations internes aux gestes d'urgence. Les formations AFGSU et incendie sont programmées en 2025. Il n'y a cependant pas eu d'évaluation du dispositif de prise en charge des urgences vitales.

Les médecins disposent d'une messagerie sécurisée de santé.

Le personnel utilise un identifiant personnel et un mot de passe personnel et unique pour accéder au système d'information. En cas d'incident ou d'attaque informatique les professionnels peuvent faire appel au prestataire informatique mais ne connaissent pas la conduite à tenir en pratique.

Objectif 2.1 : La pertinence des actes et des prescriptions

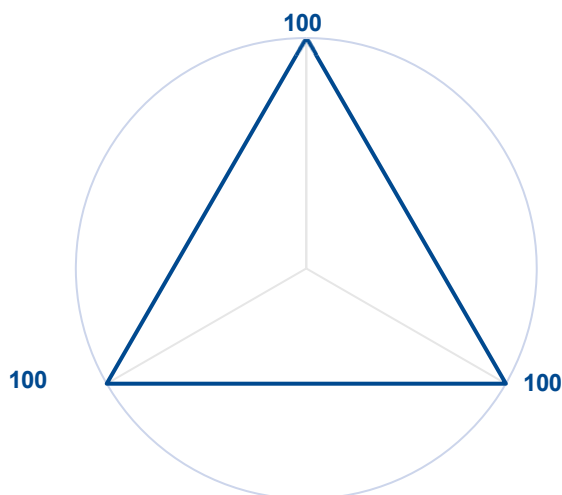


Critères		
2.1-01	L'évaluation initiale globale de l'état de santé du patient permet d'établir un projet de prise en charge personnalisé	100%
2.1-02	La pertinence des actes est argumentée	100%
2.1-03	L'ACE promeut et soutient le recours au questionnement éthique par l'ensemble des acteurs	67%

Objectif 2.2 : La coordination pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire des équipes

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

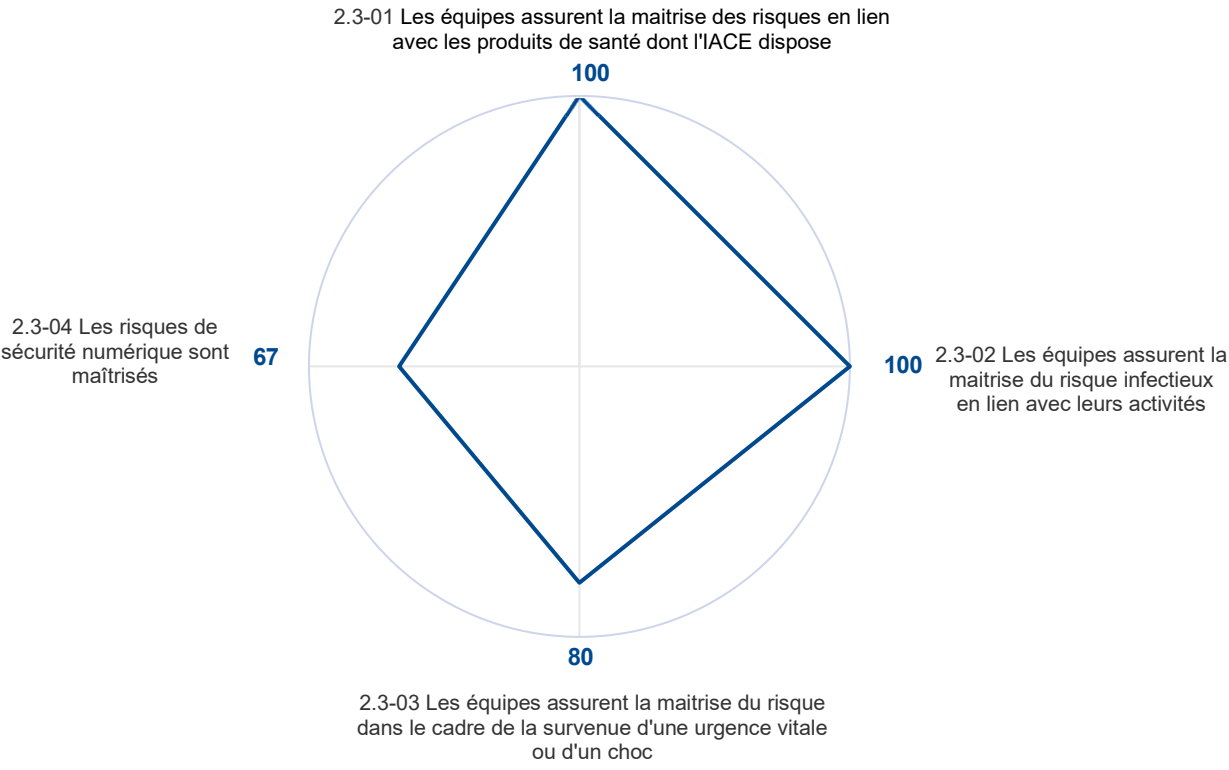


2.2-02 Les équipes sécurisent l'activité interventionnelle au bloc opératoire

Score de l'objectif **100%**

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

Objectif 2.3 : La maitrise des risques liés aux pratiques

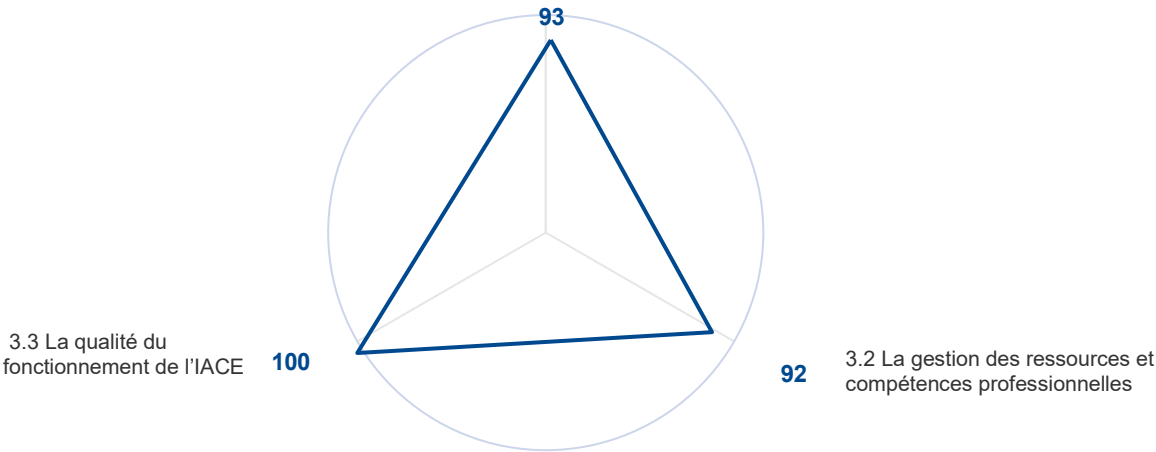


Score de l'objectif **87%**

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	80%
2.3-04	Les risques de sécurité numérique sont maîtrisés	67%

Chapitre 3 : L'IACE

3.1 Le management par la qualité et la gestion des risques



Score du chapitre **95%** 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	92%
3.3	La qualité du fonctionnement de l'IACE	100%

Synthèse chapitre 3

La politique qualité de l'IACE est définie par la direction en concertation avec les instances réglementaires de l'établissement. Un plan d'actions décline la politique qualité et de sécurité des soins définie à partir de l'analyse de la conformité à la réglementation, des dysfonctionnements et des risques majeurs et récurrents (cartographie des risques), et des événements indésirables. Celui-ci a ciblé certaines thématiques (bientraitance, parcours patient, bloc opératoire, logistique ...). La gouvernance s'implique dans la mise en œuvre du plan d'actions à l'appui de la politique qualité et de sécurité des soins. Le pilotage de la démarche qualité est assuré par les chirurgiens, le RAQ et la cadre. La culture sécurité a été évaluée en avril 2025 avec 100 % de participants.

La démarche qualité est mise en place sur la base des indicateurs qualité et sécurité des soins (gestion des risques, éthique, dossier patient, bloc opératoire, hygiène, circuit du médicament). Les professionnels sont impliqués dans la mise en œuvre des actions d'amélioration à partir d'évaluations de leur pratique. (audits, EPP...) L'évaluation est assurée par des audits annuels ou tous les 2 ans sur les principales thématiques (check List sécurité au bloc opératoire, bonnes pratiques de désinfection, bonnes pratiques de prescription, hygiène des mains, traçabilité des DMI). Une EPP tenue de dossier patient a été réalisée. Chaque audit analysé entraîne des actions d'amélioration inscrites dans le PAQSS avec un responsable et un échéancier.

Le suivi du plan d'actions s'appuie sur des indicateurs et des cibles à atteindre, avec l'implication des professionnels.

L'IACE a une stratégie d'adaptation sur les risques environnementaux auxquels elle est exposée.

L'établissement a initié des actions de développement durable (détecteurs de mouvement, tri des déchets, consommation papier minimale).

Les besoins en compétences et effectifs sont identifiés. L'IACE s'assure de l'adéquation entre les ressources humaines disponibles et la qualité et la sécurité des prises en charge que ce soit au niveau des secrétariats ou du personnel soignant (diplômes) : présence au bloc d'une aide opératoire et d'une IDE. Deux autres IDE sont présentes (en SSPI et dans le service ambulatoire composé de 5 places).

Les professionnels ont accès à des formations (demandes recueillies lors des entretiens annuels et tout au long de l'année) contribuant à la qualité et à la sécurité des prises en charge. (gestion des risques, incendie, gestes d'urgence).

Des dispositions sont mises en œuvre pour assurer la qualité et la sécurité de la prise en charge du patient dans les cas où les effectifs nécessaires ne sont pas présents. Si besoin, l'établissement fait appel aux vacataires du pool de remplaçants habituels. Les différentes procédures sont accessibles aux professionnels.

Les temps d'échange entre professionnels sont facilités par la taille de l'établissement et des réunions pluri professionnelles sont organisées tous les mercredis.

Une évaluation de la qualité de vie au travail a été réalisée début 2025 avec des actions correctives à réaliser (échéancier). Des actions sont déjà en place : gestion des vacances, repas convivial, adaptation des horaires de travail.

L'IACE identifie les risques professionnels (physiques et psychologiques) : document unique d'évaluation des risques professionnels (DUERP) en place. L'ES s'assure de la réalisation des visites médicales obligatoires mais ne propose pas la vaccination gratuite.

La veille réglementaire est assurée par la direction (messagerie sécurisée de l'établissement).

Les professionnels améliorent leurs pratiques au regard d'indicateurs de pratique clinique et d'activité : suivi des indicateurs, audits réguliers. Les résultats obtenus sont analysés, présentés en équipe et bénéficient d'actions d'amélioration intégrées dans le plan annuel.

Les événements indésirables (EI) sont déclarés par les professionnels sur un support papier. Ils sont analysés avec la direction le RAQ et les personnes concernées. Ils sont présentés lors des CDU et aux professionnels. Il n'y a pas eu d'EI grave ces dernières années, cependant la procédure prévoit la déclaration sur le portail national en cas de d'événement indésirable grave.

Les orientations stratégiques de l'IACE font l'objet d'une réflexion régulière.

La qualité des prestataires (linge, stérilisation, DASRI) sous convention est suivie avec mise en œuvre d'actions correctives si besoin. Les équipements et les locaux font l'objet d'une maintenance formalisée réalisée par des prestataires externes.

L'ES a eu un avis favorable de la Commission Communale de Sécurité à la délivrance du permis de construire (IACE classée en catégorie 5) en 2021 et une visite à l'ouverture en 2024.

La clinique assure l'accessibilité de ses locaux aux personnes vivant avec un handicap (présence d'une chambre PMR).

L'IACE s'assure de la conformité de ses locaux au regard de son activité (passage aisé des brancards, circulation des professionnels, espace suffisant de travail...). Les locaux garantissent l'accessibilité des secours en cas d'urgence vitale.

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

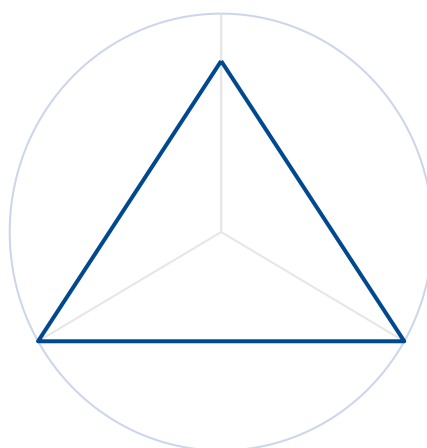
80

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

100

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

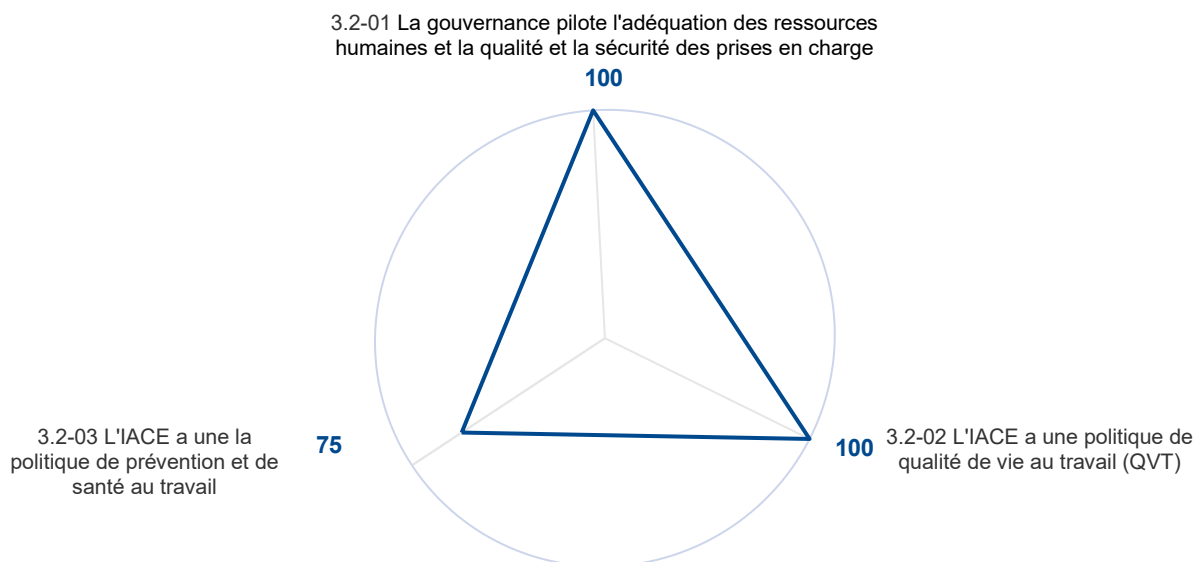
100



Score de l'objectif **93%**

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%

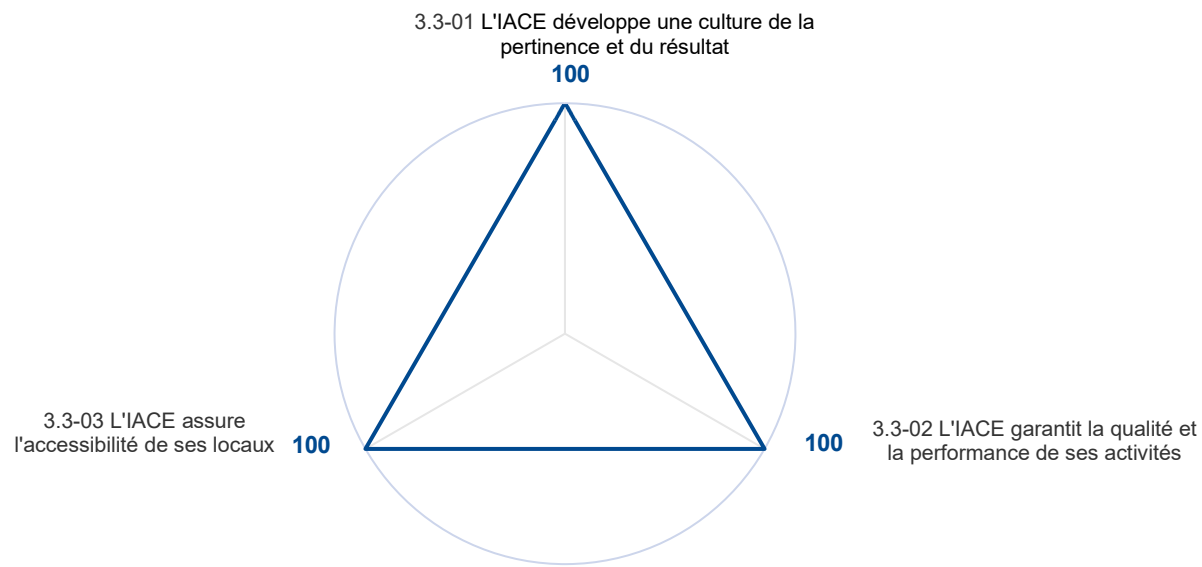
Objectif 3.2 : La gestion des ressources et compétences professionnelles



Score de l'objectif **92%**

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	75%

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

