
MESURER
& AMÉLIORER LA QUALITÉ

RAPPORT DE
CERTIFICATION

Clinique Mougins Aesthetic Clinic

2070 Chemin Notre Dame de Vie 06250 Mougins



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	11
Objectif 1.2 : Le respect des droits du patient	12
Objectif 1.3 : L'engagement du patient et de ses représentants	13
Chapitre 2 : L'équipe	14
Synthèse chapitre 2	15
Objectif 2.1 : La pertinence des actes et des prescriptions	17
Objectif 2.2 : La coordination pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire des équipes	18
Objectif 2.3 : La maîtrise des risques liés aux pratiques	19
Chapitre 3 : L'IACE	20
Synthèse chapitre 3	21
Objectif 3.1 : Le management par la qualité et la gestion des risques	23
Objectif 3.2 : La gestion des ressources et compétences professionnelles	24
Objectif 3.3 : La qualité du fonctionnement de l'IACE	25

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.

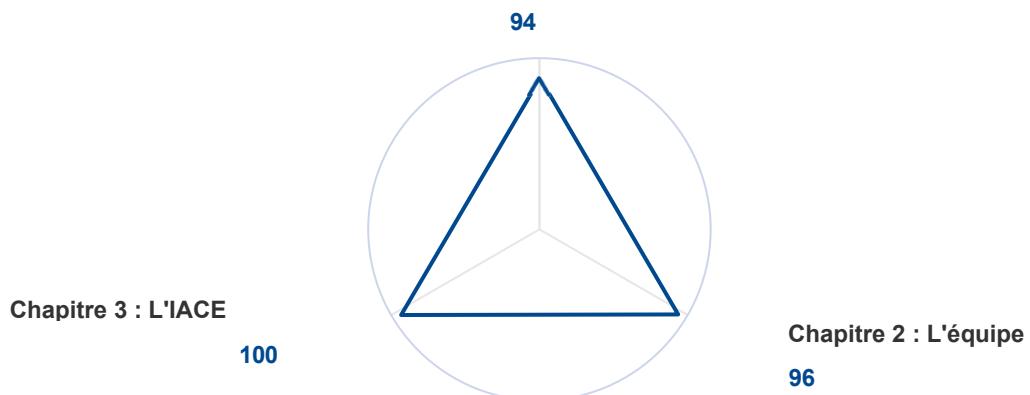
Le rapport et la décision sont publiés sur le site Internet de la HAS et communiqués à l'autorité de tutelle de l'installation de chirurgie esthétique. L'installation de chirurgie esthétique doit en assurer la plus large diffusion interne. Elle doit notamment la porter à la connaissance des instances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

Présentation

CLINIQUE MOUGINS AESTHETIC CLINIC	
Adresse	2070 Chemin Notre Dame de Vie 06250 Mougins
Département / Région	Alpes-Maritimes / PACA

Résultats

Chapitre 1 : Le patient



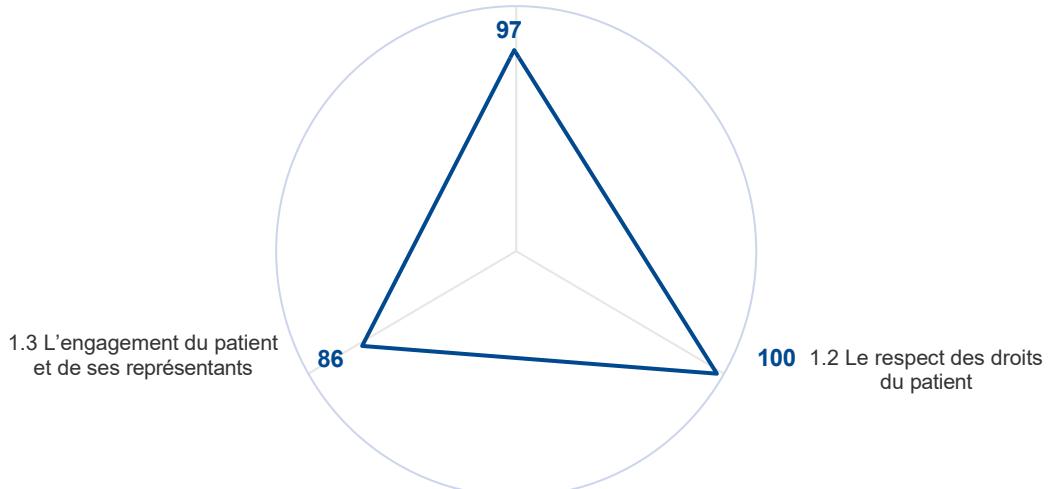
Score global de satisfaction aux attendus du référentiel **97%**

Chapitre		Score %
Chapitre 1	Le patient	94
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	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

1.1 L'information et le consentement du patient



Score du chapitre **94%** du score maximal

Objectifs		
1.1	L'information et le consentement du patient	97%
1.2	Le respect des droits du patient	100%
1.3	L'engagement du patient et de ses représentants	86%

Synthèse chapitre 1

La clinique Aesthetic Mougins est un institut autonome de chirurgie esthétique (IACE) pratiquant uniquement des actes de chirurgie esthétique principalement en ambulatoire et exceptionnellement en hospitalisation complète. 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 lors de la consultation anesthésique, chacun prodiguant 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 connaissaient 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. Ils avaient pris connaissance des consignes relatives aux DMI devant être implantés.

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 et le livret d'accueil : éléments administratifs à fournir lors de l'admission, parcours patient (consultation chirurgien, anesthésiste ...), prise en charge de la douleur. Par ailleurs, après la consultation initiale du chirurgien tous les patients bénéficient d'un temps d'explication avec une infirmière qui reprend tous les points de son parcours de soin.

Le livret d'accueil détaille certaines informations : prévention contre les infections nosocomiales, politique qualité et gestion des risques, droit d'accès à son dossier médical, non divulgation de présence, règlement intérieur, modalité pour exprimer une réclamation. Mais, bien qu'il évoque l'existence et le nom de la représentante des usagers ainsi que la façon de la contacter certains patients n'en n'ont pas connaissance.

Toutes les chambres disposent d'un coffre sécurisé.

Un appel est effectué par l'infirmière à J moins 7. En postopératoire, le lendemain est réalisé soit un appel téléphonique soit une consultation du chirurgien. 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 en cas de problème lié à son intervention et un rendez-vous de suivi est programmé systématiquement à J 4. De même, le patient est, si besoin, orienté vers d'autres professionnels médicaux et paramédicaux.

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 sur la demande du patient).

Au bloc, la salle de surveillance post interventionnelle (SSPI) composée de 4 postes est équipée de paravents de séparation. L'IACE ne dispose que de chambres individuelles (hospitalisation et ambulatoire) excepté une chambre à deux lits pour l'accompagnant.

Les professionnels sont sensibilisés à la bientraitance. (charte de bientraitance). Il n'y a dans l'établissement jamais de recours à la contention mécanique. (lits sans barrière) L'établissement (ES) a mis en place un protocole de prévention de la maltraitance.

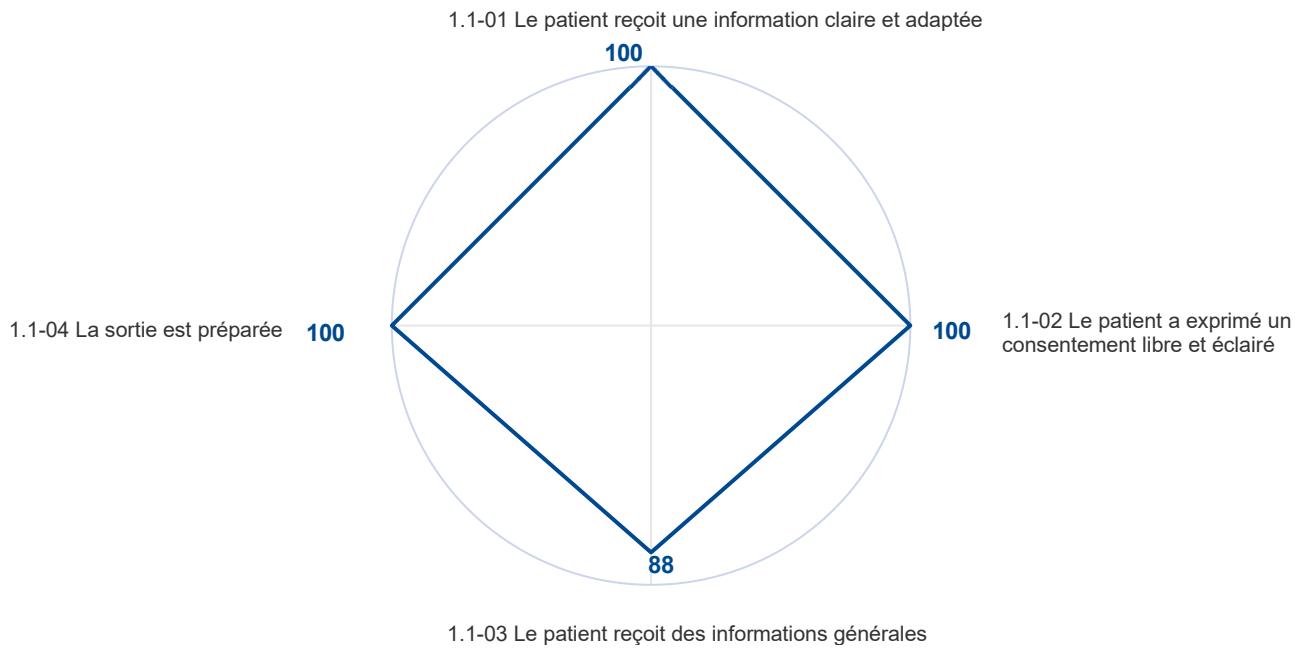
Le patient bénéficie de soins visant à anticiper et soulager rapidement sa douleur ce que confirme les rencontres avec les patients et la traçabilité dans les dossiers (utilisation des échelles de douleur numérique et visuelle). Il n'existe pas de prescriptions conditionnelles car toutes les prescriptions antalgiques sont systématiquement effectuées par l'anesthésiste présent si besoin (en général EV supérieur à 3) sur demande de l'IDE.

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.

Une représentante des usagers (RU) est impliquée au sein de l'IACE et participe activement à la commission des usagers (CDU). Elle pratique par ailleurs des audits d'observation patient.

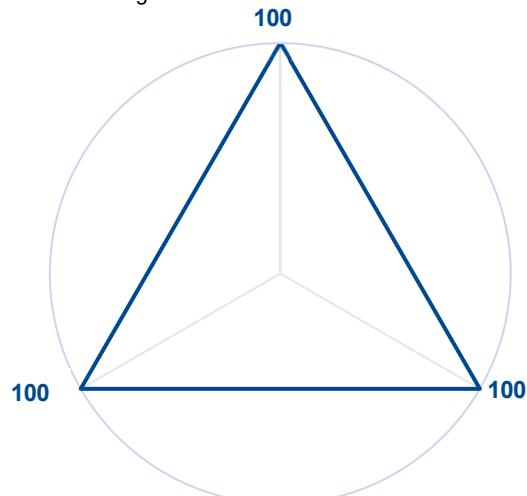
Objectif 1.1 : L'information et le consentement du patient



Critères		
1.1-01	Le patient reçoit une information claire et adaptée sur l'intervention	100%
1.1-02	Le patient a exprimé un consentement libre et éclairé	100%
1.1-03	Le patient reçoit des informations générales	88%
1.1-04	La sortie est préparée	100%

Objectif 1.2 : Le respect des droits du patient

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



1.2-03 Le patient bénéficie de soins visant à anticiper ou à soulager rapidement sa douleur

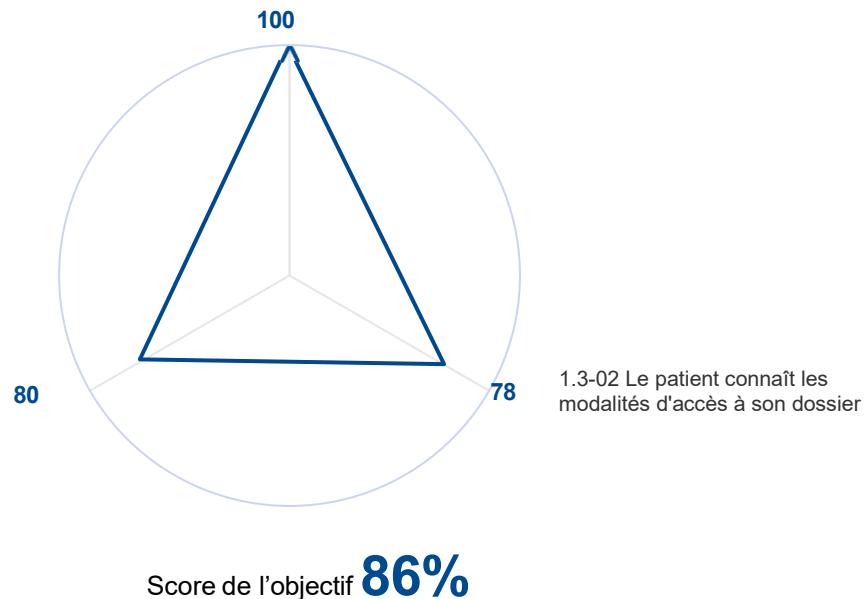
1.2-02 Le patient est assuré d'une prise en charge bientraitante

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	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

89

2.3 La maîtrise des risques liés aux pratiques

100

2.2 La coordination pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire des équipes

100

Score du chapitre **96%** 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	100%

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).

L'addiction à la chirurgie esthétique est recherchée par le chirurgien avec récusation de certains patients ou de certaines techniques (observée lors des entretiens patients).

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 charte éthique a été élaborée et partagées avec tous les professionnels. Le questionnement reste à structurer.

Tous les professionnels tracent, en temps utile, tous les éléments nécessaires à la prise en charge du patient dans le dossier papier qui suit le patient tout au long de son parcours. Les professionnels concernés (chirurgien, anesthésiste, IBODE, IADE, IDE) peuvent accéder aux éléments utiles à la prise en charge du patient dans son dossier.

La sécurité au bloc opératoire est assurée : une référente IDE régule les activités du bloc opératoire. 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. (Taux de conformité check list ; taux de contrôle microbiologique et aéraulique des salles, analyse trimestrielle de la complétude du dossier ...).

Lors de sa sortie, une lettre de liaison et le CRO est remise au patient avec les explications et consignes post opératoires. 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 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 toute 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 ...). L'équipe améliore ses pratiques en matière de risque infectieux (audits réalisés par l'IDE référente hygiène). L'ES réuni le CLIN une à deux fois par an pour établir le bilan des actions. Le circuit des déchets à risques infectieux (DASRI) est conforme aux règles de tri et d'hygiène (locaux sécurisés, OPCT disponibles).

Une convention est établie avec la Polyclinique Saint Jean pour le transfert en urgence des patients. Concernant l'urgence vitale, les équipes connaissent le numéro d'appel unique (106). Ce numéro dédié appelle l'anesthésiste présent dans l'établissement. Une évaluation globale du dispositif de prise en charge des urgences vitales est pratiquée régulièrement (2 fois par an) avec une mise en situation. Le dernier en mars 2025 a permis de mettre en place des actions d'amélioration notamment la répartition des rôles de chaque professionnel.

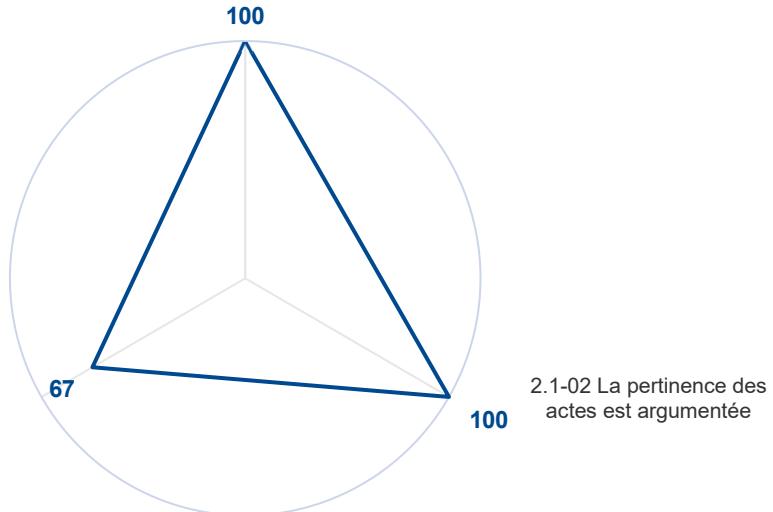
Le matériel de prise en charge des urgences vitales régulièrement contrôlé par l'IADE (chariot d'urgence en SSPI) est rapidement accessible par les professionnels qui bénéficient de formations aux gestes d'urgence (internes et externes).

Les médecins disposent d'une messagerie sécurisée de santé (Doctolib Siilo)

Le personnel utilise un identifiant personnel et un mot de passe personnel et unique pour accéder au système d'information. (Doctolib, e docteur). En cas d'incident ou d'attaque informatique les professionnels peuvent faire appel au prestataire informatique.

Objectif 2.1 : La pertinence des actes et des prescriptions

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



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

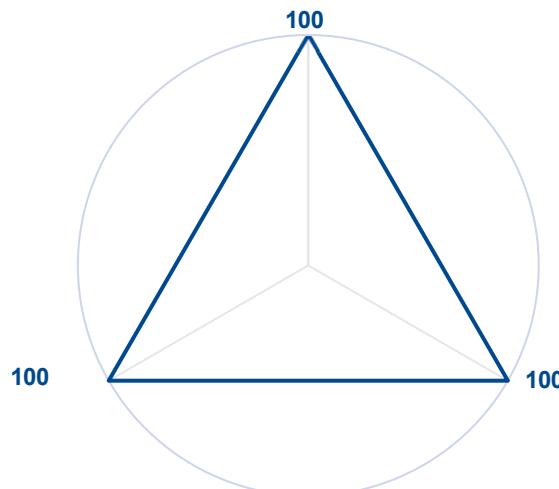
2.1-02 La pertinence des actes est argumentée

Score de l'objectif **89%**

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	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

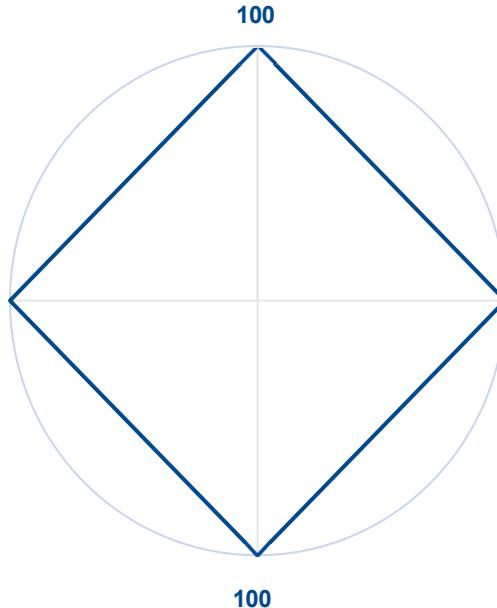
Score de l'objectif **100%**

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 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 dispose

2.3-04 Les risques de sécurité numérique sont maîtrisés



2.3-02 Les équipes assurent la maîtrise du risque infectieux en lien avec leurs activités

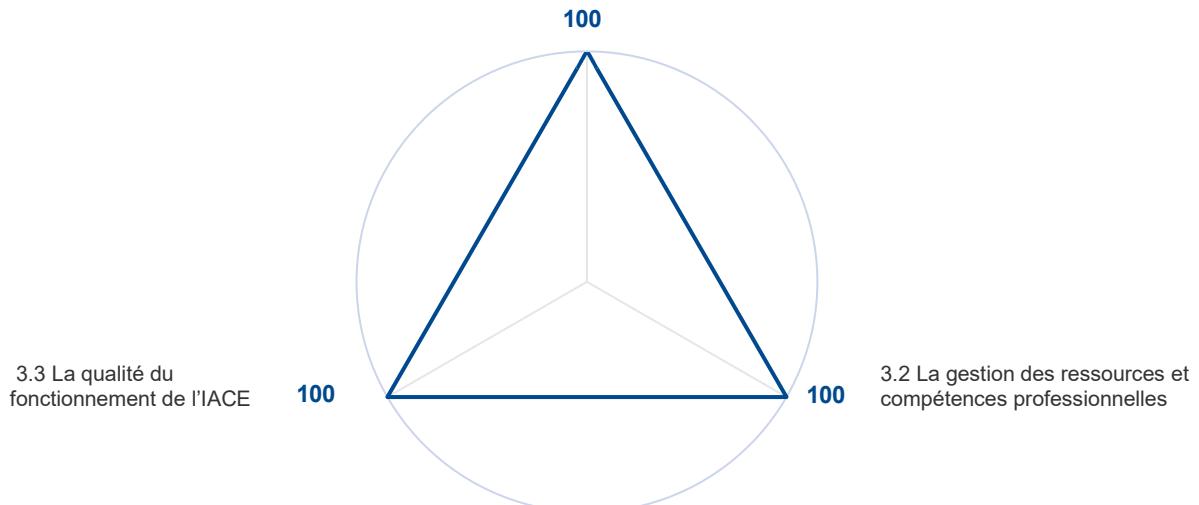
2.3-03 Les équipes assurent la maîtrise du risque dans le cadre de la survenue d'une urgence vitale ou d'un choc

Score de l'objectif **100%**

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	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

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. 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.

La démarche qualité est structurée. Un COPIL est en place, il se réunit régulièrement pour suivre les indicateurs qualité et sécurité des soins. Les professionnels sont impliqués dans la mise en œuvre des actions d'amélioration à partir d'évaluations de leur pratique. L'ES a défini des thématiques prioritaires (dossier patient, risque infectieux, circuit du médicament ...). Le pilotage de la démarche qualité est assuré principalement par les médecins et les professionnels référents par thématique.

L'évaluation est assurée par des audits réguliers sur toutes ces thématiques avec un planning annuel. Chaque audit analysé entraîne des actions d'amélioration inscrits dans le PAQSS avec un pilote et un échéancier.

La culture sécurité a été évaluée collectivement en 2024.

Le plan d'actions est issu de l'analyse collective des événements indésirables mais aussi des CREX et RMM réalisés avec les professionnels. Le suivi du plan d'actions s'appuie sur des indicateurs et des cibles à atteindre, avec l'implication des professionnels facilitée par la présence des référents.

L'IACE a une stratégie d'adaptation sur les risques environnementaux auxquels elle est exposée (plan blanc). L'établissement a initié des actions de développement durable (ventilation double flux, évacuation filtrée des gaz inhalés, détecteurs de mouvement, tri des déchets, bornes électriques sur le parking).

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 IBODE, d'une ou deux IADE si les deux blocs fonctionnent et d'une IDE en ambulatoire.

Les professionnels ont accès à des formations (demandes recueillies lors des entretiens annuels contribuant à la qualité et à la sécurité des prises en charge. (Hygiène, sécurité, premiers secours, VAE IBODE)).

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 nécessaire, 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 régulières pluri professionnelles sont organisées toutes les 6 semaines.

L'IACE dispose d'une démarche QVT avec réalisation d'actions : parking gratuit, aménagement du temps de travail, actions de team building, spectacle avec repas, atelier maquillage à Noël, participation aux congrès médecine esthétique...).

L'IACE identifie les risques professionnels (physiques et psychologiques) : document unique d'évaluation des risques professionnels (DUERP) en place et réactualisé.

L'ES s'assure de la réalisation des visites médicales obligatoires.

La veille réglementaire est assurée par la direction et les référents des thématiques.

Les professionnels améliorent leurs pratiques au regard d'indicateurs de pratique clinique et d'activité : audits réalisés dans chaque thématique.

Les événements indésirables (EI) sont déclarés par les professionnels sur un support papier. Ils sont analysés avec la direction et les personnes concernées. La méthode ALARM est utilisée si besoin (forte criticité). 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 annuelle.

La qualité des prestataires (linge, stérilisation, DASRI) sous convention est suivie avec mise 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 incendie lors de son ouverture en 2023 (IACE classée en catégorie 5).

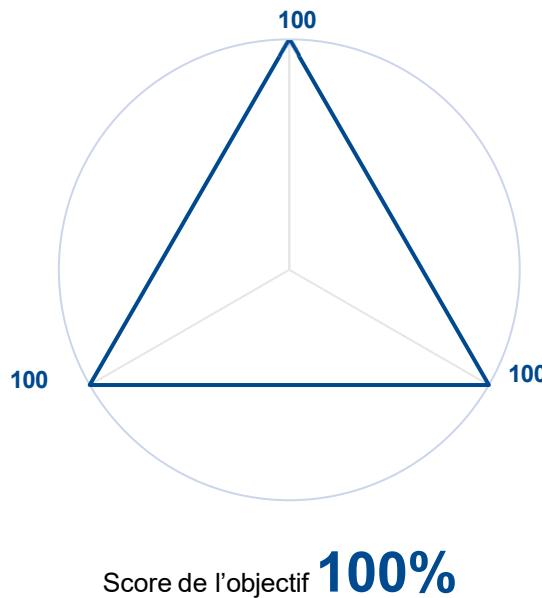
La clinique assure l'accessibilité de ses locaux aux personnes vivant avec un handicap ; présence d'une chambre PMR.

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'IACE

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

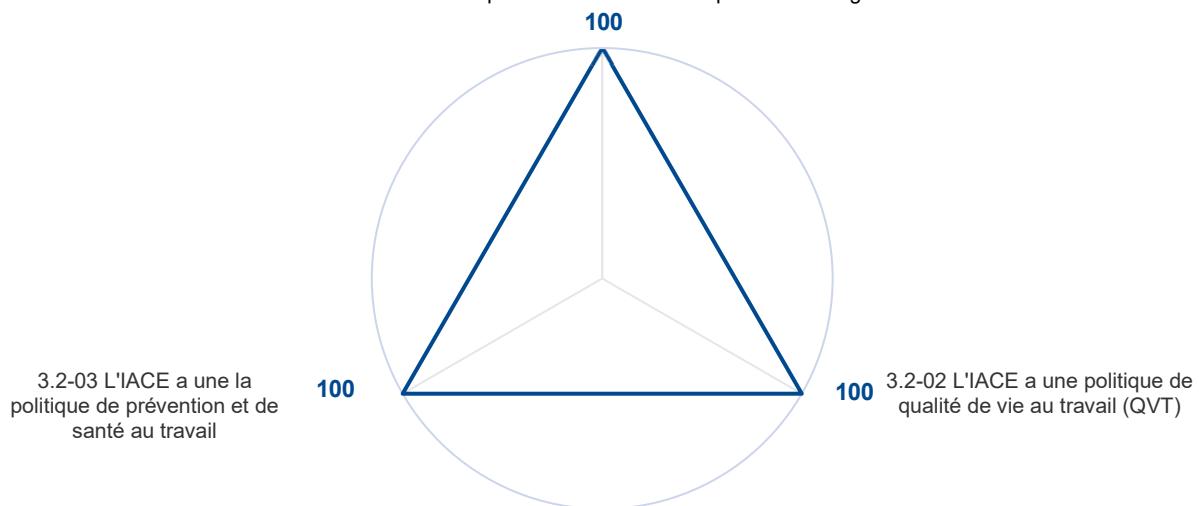


3.1-02 L'IACE développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins

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

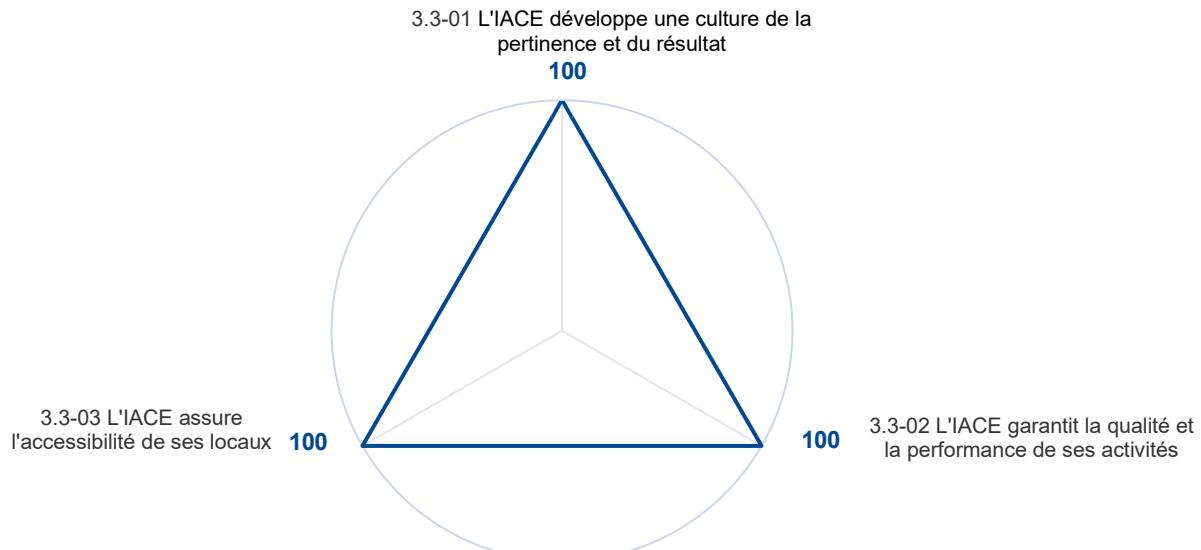
3.2-01 La gouvernance pilote l'adéquation des ressources humaines et la qualité et la sécurité des prises en charge



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

