



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

MESURER

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

RAPPORT DE CERTIFICATION

Clinique Pietra

49 Avenue Jean Jaurès 30900 Nîmes



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.

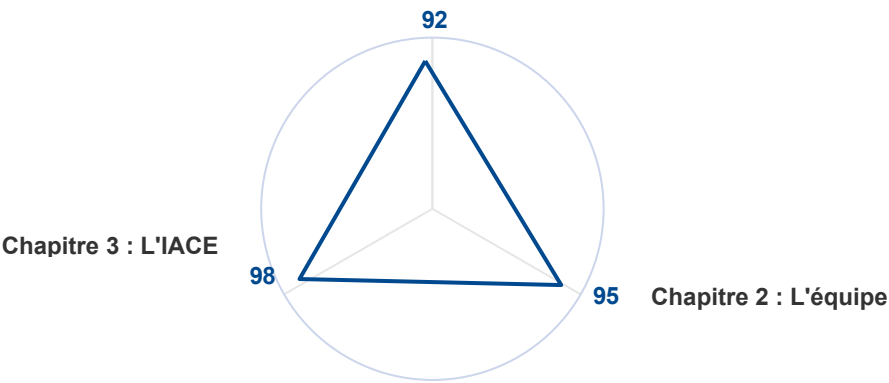
Le rapport et la décision sont publiés sur le site Internet de la HAS et communiqués à l'autorité de tutelle de l'installation de chirurgie esthétique. L'installation de chirurgie esthétique doit en assurer la plus large diffusion interne. Elle doit notamment la porter à la connaissance des instances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

Présentation

| Clinique Pietra | |
|----------------------|-----------------------------------|
| Adresse | 49 Avenue Jean Jaurès 30900 Nîmes |
| Département / Région | Gard / Occitanie |

Résultats

Chapitre 1 : Le patient

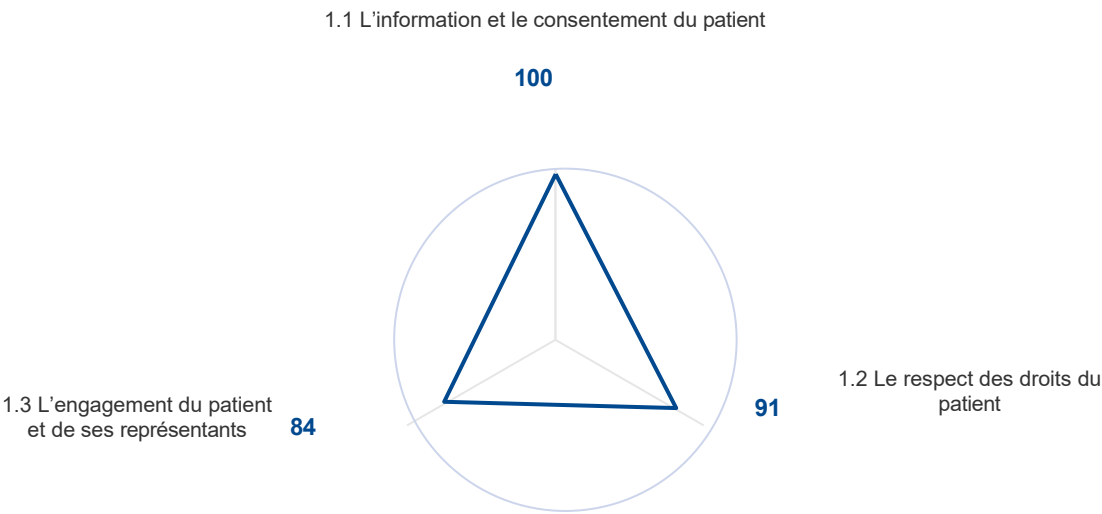


Score global de satisfaction aux attendus du référentiel **95%**

| Chapitre | | Score % |
|------------|------------|---------|
| Chapitre 1 | Le patient | 92% |
| Chapitre 2 | L'équipe | 95% |
| Chapitre 3 | L'IAE | 98% |

| 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 | 72% |
| 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'IAE dispose | 36% |
| 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'IAE | 80% |

Chapitre 1 : Le 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 | 91% |
| 1.3 | L'engagement du patient et de ses représentants | 84% |

Synthèse chapitre 1

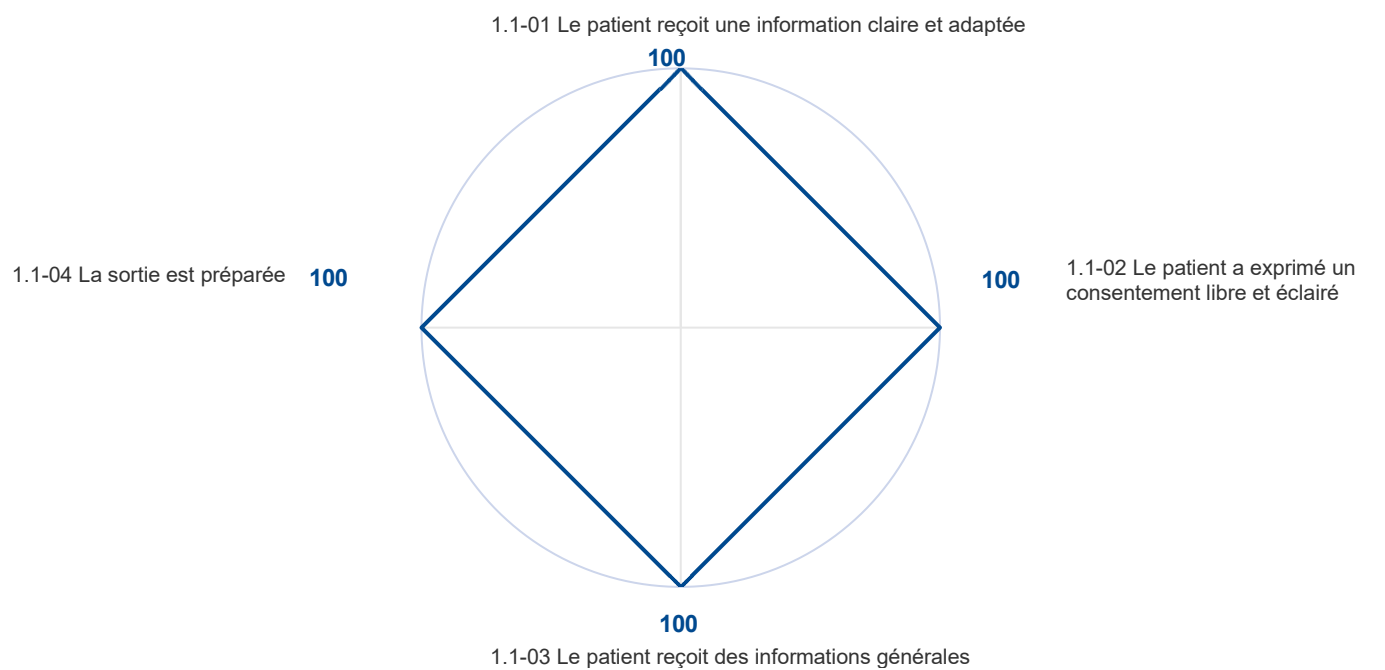
La clinique Pietra est un Institut Autonome de Chirurgie Esthétique (IACE) créé en 2023. Il réalise des actes de chirurgie esthétique ambulatoires, sous anesthésie locale et des actes de Médecine Esthétique. Dès la première consultation avec le chirurgien, le patient reçoit toutes les informations sur son intervention chirurgicale. Des documents lui seront remis sur les différentes étapes et les impacts potentiels sur sa vie quotidienne ainsi que les bénéfices risques concernant son intervention. Un devis détaillé complet daté et signé intégrant toutes les prestations et honoraires pour son intervention lui est remis. Il bénéficie d'un délai de réflexion de plus de 15 jours et signe ce devis lors de la nouvelle consultation. L'ensemble de ces documents sont intégrés au dossier patient informatisé (DPI). Un Livret d'accueil est remis au patient en consultation, décrivant son parcours avec la préparation préopératoire, le déroulement de l'intervention, l'organisation de la sortie. Il décrit les Droits des Usagers concernant les plaintes et réclamations, comment accéder à son dossier, la désignation de la personne de confiance, les Directives Anticipées, le questionnaire de satisfaction, la lutte contre la douleur, l'organisation et les missions de la Commission des Usagers (CDU). Ces informations sont par ailleurs, affichées dans le hall d'accueil avec la charte de la bientraitance, les tarifs pratiqués ainsi que comment déclarer un EIAS. Les patients connaissent leurs droits mais ne savent pas comment déclarer un EIAS, cette information a été introduite dans le livret d'accueil, au cours de la visite.

Un appel j-1 avec rappel des consignes est réalisé par les IDE et tracé dans le DPI. Un rendez-vous de suivi post opératoire à J +1 est effectuée et de manière itérative pour les mois suivants. Tous les soins post- opératoires sont accomplis, dans l'établissement. À sa sortie, validée par le chirurgien, le patient connaît le numéro de téléphone de l'établissement aux horaires d'ouverture et dispose du numéro de téléphone portable du chirurgien qui l'a opéré, en cas de nécessité. La dignité, l'intimité du patient sont respectées, tout au long du parcours. Mais lors de l'accueil des patients, l'agencement de la banque d'accueil ne permet pas d'assurer la confidentialité des échanges d'informations entre le patient et l'infirmière d'accueil. L'établissement a conscience de cette absence de confidentialité qu'il a pu mettre en évidence, lors de l'audit « éthique » ainsi que par des verbatims des questionnaires de satisfaction et des patients traceurs réalisés. L'accueil du patient à la suite de ces évaluations avait été modifié mais les résultats n'étant pas satisfaisants, des travaux de réagencement de l'accueil ont été programmés, la semaine suivant la visite de certification avec mise en place de boxes permettant d'assurer la confidentialité.

Une démarche institutionnelle de prévention de la maltraitance est en place. Une charte de la bientraitance est affichée dans les locaux ainsi que les valeurs de l'IACE concernant l'éthique, la bientraitance, la Qualité et la Sécurité des soins, le respect des Droits des Patients. Un questionnaire de satisfaction patient, axé sur l'éthique et la maltraitance a été réalisé donnant lieu à une analyse et un plan d'action associé. L'évaluation de la douleur par des échelles adaptées est tracée et réévaluée pendant l'intervention ainsi que lors des consultations de suivi post-opératoire. Un des chirurgiens est référent douleur et a réalisé une formation douleur pour les IDE en 2024. Des ordonnances de traitements antalgiques anticipés ainsi que des traitements post opératoires sont remises systématiquement. Les différents audits réalisés sur les analyses de dossiers à postériori et les Patients Traceurs montrent une bonne prise en charge analgésique ainsi que la traçabilité de l'évaluation de la douleur à toutes les étapes de la prise en charge du patient. Les locaux sont adaptés à la prise en charge des patients en situation de handicap dont les PMR. Aucun recours à la contention mécanique n'est réalisé mais une procédure décrit la pose de barrières du brancard, en cas de transfert de patient.

Un questionnaire de satisfaction est rempli par le patient, en post opératoire à j +7 de manière informatisée. Aucune plainte ni réclamation n'a été réalisée mais les patients connaissent la procédure de déclaration. Le patient sait comment accéder au dossier médical de « Mon espace santé » (DMP) mais il ne sait pas que son équipe de soins va l'alimenter sauf opposition. Cette information a été rajoutée dans les informations préopératoires, en cours de visite. Aucune demande de dossier, n'a été faite depuis l'ouverture de l'IACE mais les modalités d'analyse des demandes et des délais de transmission sont déterminées et présentées en CDU. La Commission des Usagers est en place avec une Représentante des Usagers qui participe à la Politique Qualité, connaît les événements indésirables, les résultats des questionnaires de satisfaction.

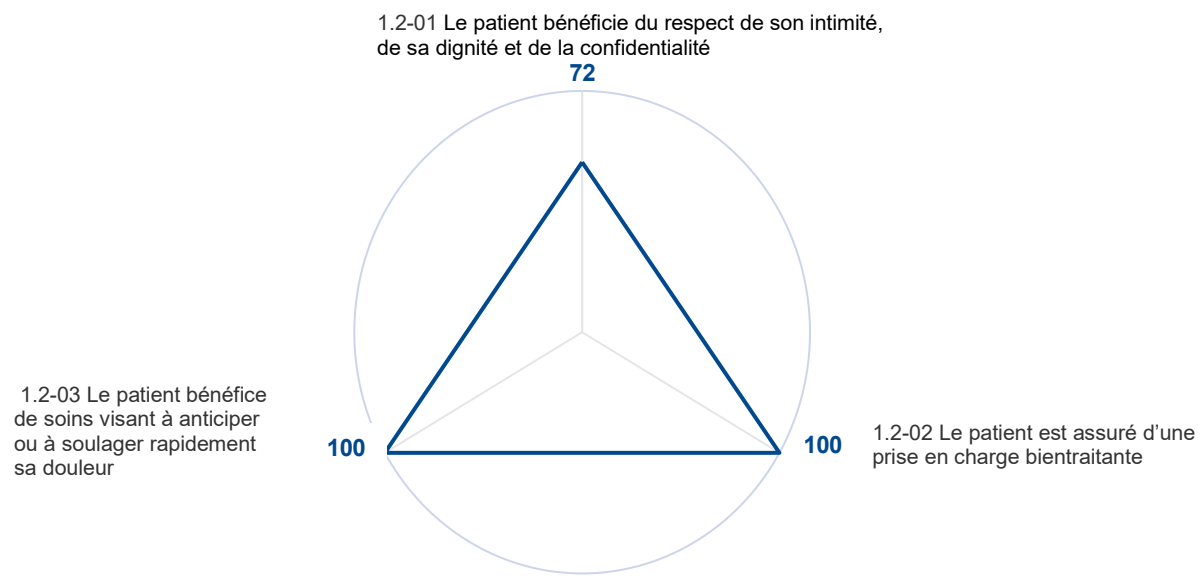
Objectif 1.1 : L'information et le consentement du patient



Score de l'objectif **100%**

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

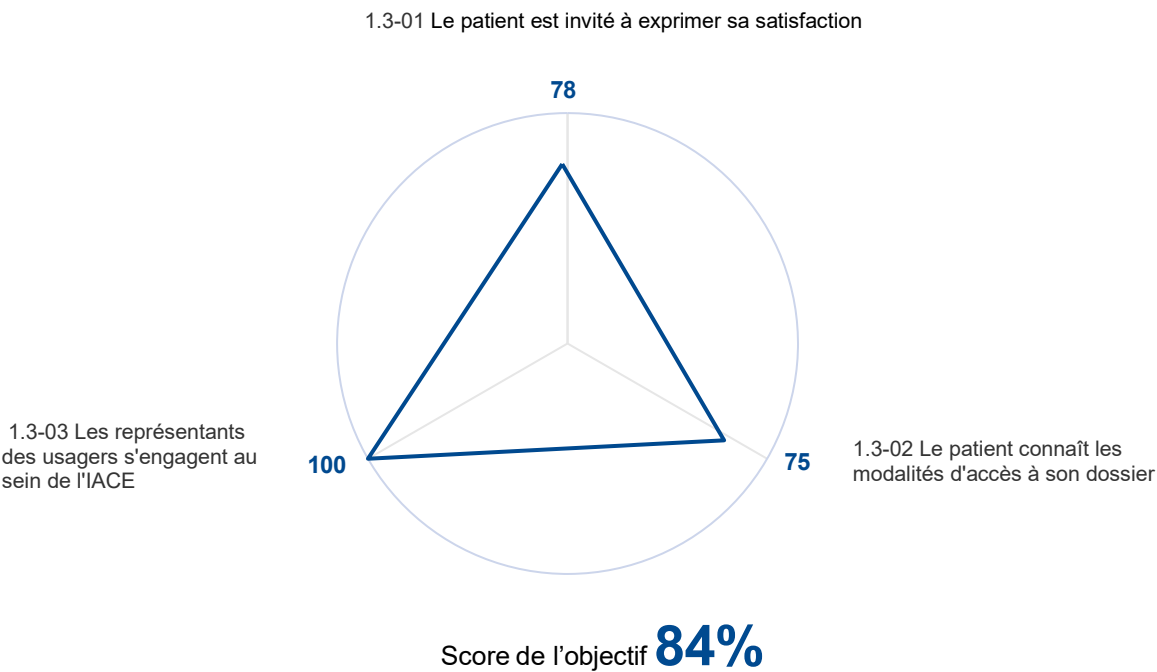
Objectif 1.2 : Le respect des droits du patient



Score de l'objectif **92%**

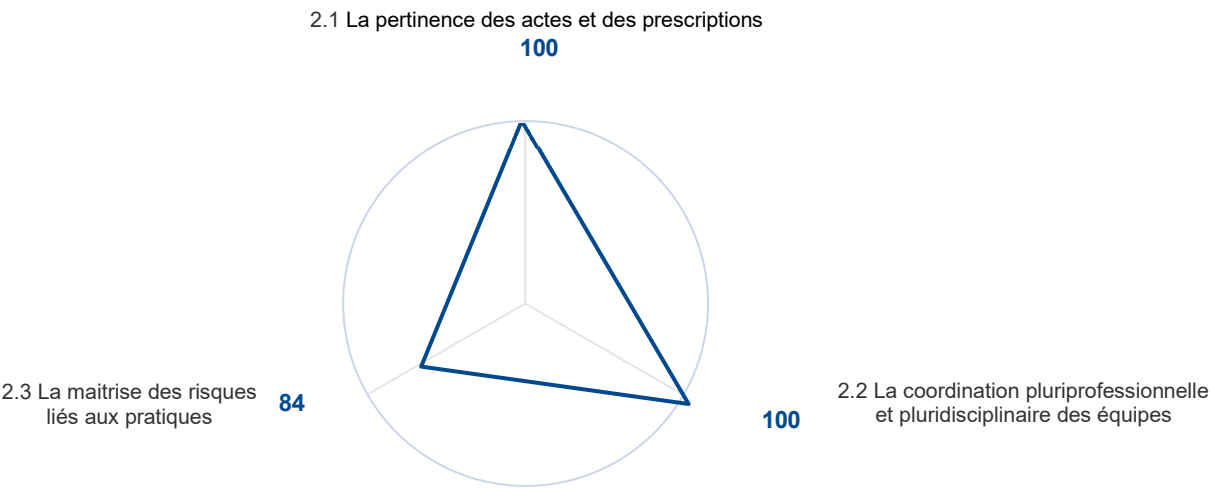
| Critères | | |
|----------|---|------|
| 1.2-01 | Le patient bénéficie du respect de son intimité, de sa dignité et de la confidentialité | 72% |
| 1.2-02 | Le patient est assuré d'une prise en charge bienveillante | 100% |
| 1.2-03 | Le patient bénéficie de soins visant à anticiper ou à soulager rapidement sa douleur | 100% |

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



| Critères | | |
|----------|--|------|
| 1.3-01 | Le patient est invité à exprimer sa satisfaction | 78% |
| 1.3-02 | Le patient connaît les modalités d'accès à son dossier | 75% |
| 1.3-03 | Les représentants des usagers s'engagent au sein de l'IACE | 100% |

Chapitre 2 : L'équipe



Score du chapitre **95%** du score maximal

| Objectifs | | |
|-----------|--|------|
| 2.1 | La pertinence des actes et des prescriptions | 100% |
| 2.2 | La coordination pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire des équipes | 100% |
| 2.3 | La maitrise des risques liés aux pratiques | 84% |

Synthèse chapitre 2

Un projet de prise en charge personnalisé est réalisé, lors de la consultation chirurgicale. Il prend en compte les conditions de vie et les risques liés à la santé du patient. L'addiction à la chirurgie esthétique est recherchée et les alternatives sont discutées avec le patient. L'analyse Bénéfice/Risque de la prise en charge chirurgicale est systématiquement réalisée et tracée. L'équipe s'appuie sur des protocoles qui intègrent les recommandations de bonnes pratiques disponibles, dans la gestion documentaire informatisée.

La mise en place d'une démarche de réflexion éthique est un des objectifs de la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Une démarche éthique est en place avec un groupe de réflexion éthique pluridisciplinaire. Plusieurs thèmes ont été évoqués comme la notion de secret professionnel, la confidentialité, le consentement éclairé et les informations données aux patients en chirurgie esthétique. Une auto-évaluation sur les questionnements éthiques a été remplie par les professionnels permettant une amélioration des pratiques. Les professionnels ont été formés et sensibilisés aux questionnements éthiques. Le numéro de téléphone de signalement de maltraitance est connu des professionnels. Le dossier patient est entièrement informatisé, l'ensemble des professionnels tracent tous les éléments de la prise en charge du patient. Les rares documents papiers sont scannés et intégrés au DPI. Les éléments administratifs dont la CNI sont intégrés dans le DPI. La personne de confiance est systématiquement renseignée. Une information concernant les Directives Anticipées est délivrée, dans le livret d'accueil. Les patients opérés portent un bracelet d'identification, et un trombinoscope intégré au DPI. Des photographies réalisées avant et après chirurgie sont intégrées au dossier et une autorisation de droit à l'image renseignée. Un compte rendu opératoire et une lettre de liaison sont remis aux patients, à la sortie. Selon l'accord du patient, ces documents sont envoyés au médecin traitant. Le praticien a accès au dossier médical de mon espace santé du patient (DMP). Un conseil de bloc opératoire se réunit hebdomadairement pour organiser la programmation des interventions. La check-list « sécurité au bloc opératoire » est réalisée conformément aux bonnes pratiques. Un audit de la check-list « observationnel » et sur dossier a été réalisé montrant une bonne maîtrise de son utilisation. Des indicateurs d'activités spécifiques du bloc opératoire ont été déterminés : nombre d'interventions et taux d'occupation de salles, nombre d'interventions et de reprises chirurgicales, prise en charge de la douleur, satisfaction du patient, délai d'attente, suivi des EIG. Ils font l'objet d'un tableau de bord annuel et de suivi en Conseil de bloc opératoire. Une check List d'ouverture de salle d'opération avec la traçabilité et l'entretien des matériels et dispositifs ainsi que de leur fonctionnement est réalisée quotidiennement. Une feuille de suivi de l'intervention comprend la traçabilité des DMI utilisés ainsi que le numéro de cycle des Dispositifs Médicaux Stériles (DMS).

L'établissement ne dispose pas de pharmacie à usage intérieur (PUI). Le directeur d'établissement, chirurgien plasticien est responsable de la qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient. L'établissement a signé une convention avec une centrale d'achat pour les médicaments de délivrance hospitalière et une autre avec une pharmacie d'officine pour les autres médicaments. La dispensation et le transport des médicaments notamment thermosensibles sont conformes aux bonnes pratiques. Il n'y a pas de produits stupéfiants dans l'établissement. Les médicaments sont stockés et sécurisés, dans des armoires à médicaments et dans le chariot d'urgence vitale. Les médicaments thermosensibles sont conservés, dans une enceinte réfrigérée dont la température est contrôlée et enregistrée par des thermomètres connectés, avec alarme sur le téléphone portable du chirurgien. Les équipes respectent les bonnes pratiques de prescription et d'administration des médicaments avec traçabilité informatique. Le circuit des DMI est procéduré et le registre réglementaire des DMI est en place. Aucun DMI n'a été implanté depuis l'ouverture de l'établissement. La gestion des médicaments périmés est réalisée mensuellement et des stocks annuellement. Un audit du circuit du médicament a été réalisé en 2024 et une action d'amélioration mise en place concernant la traçabilité de l'administration des médicaments, sur la fiche surveillance peropératoire. Une formation sur la gestion des médicaments a été réalisée par un médecin anesthésiste. Des sensibilisations ont été réalisées par la pharmacienne sur les risques médicamenteux mais non formalisées ni tracées. Une nouvelle formation est programmée pour juillet 2025.

Mais il a été constaté que le stockage des médicaments n'était pas conforme aux recommandations. Les médicaments dans l'armoire à médicament, dans le réfrigérateur, dans le chariot d'Urgence Vitale ne sont pas correctement identifiés et classés par liste.

Par ailleurs, différents médicaments et médicaments de différentes posologies sont mélangés dans le même casier. Au cours de la visite, le stockage des médicaments d'Urgence Vitale a été réajusté. Le pharmacien d'officine a constaté ces anomalies et pris rendez-vous au mois de mai pour réorganiser le stockage. Le patient reçoit des documents concernant la préparation préopératoire dont la douche préopératoire et la préparation cutanée pré interventionnelle. Ces éléments sont vérifiés et tracés à l'arrivée dans la structure. Aucune antibioprophylaxie n'est réalisée conformément aux recommandations sur cette prise en charge chirurgicale.

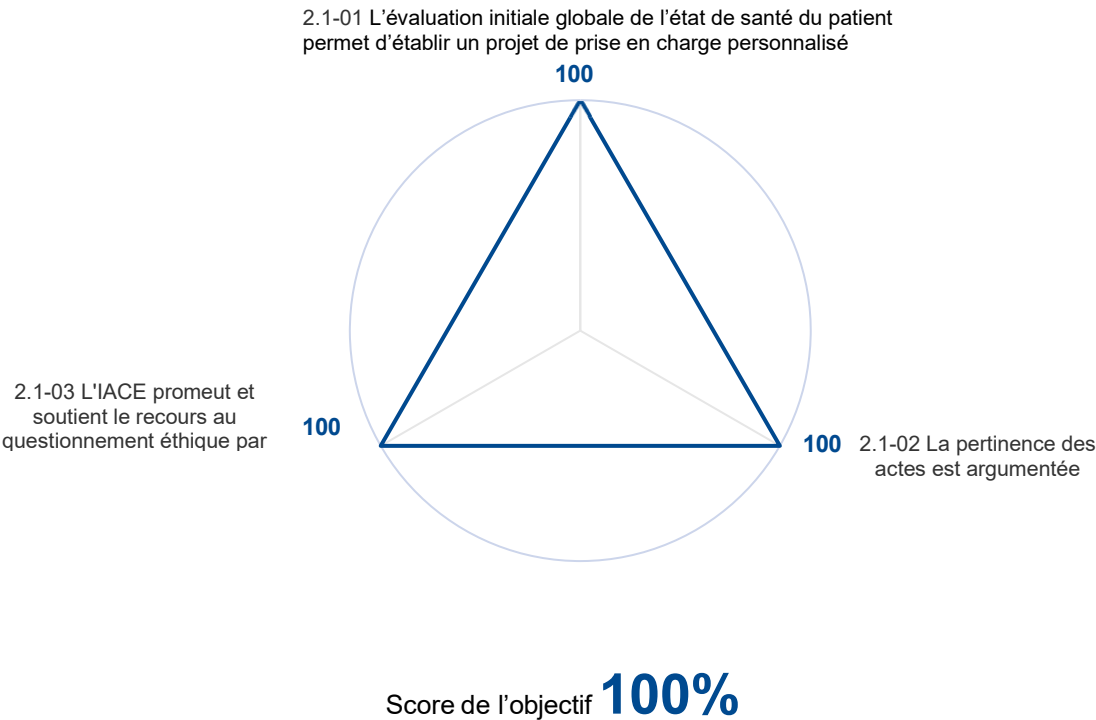
Une convention est signée avec un établissement de la région, relative à la stérilisation des dispositifs médicaux (DMS). Le prétraitement des instruments chirurgicaux est réalisé de manière conforme et dans des locaux respectant la marche en avant. Une fiche de liaison entre les 2 structures permet la traçabilité des DMS. Le bionettoyage de la salle d'intervention est réalisé par des IDE dont une a un DU d'hygiène. De nombreux protocoles concernant le risque infectieux au bloc opératoire sont disponibles dans la gestion documentaire informatisée. Un audit d'hygiène a été réalisé concernant la préparation cutanée de l'opéré avec suivi à distance du risque infectieux de la cicatrice montrant

de bonnes pratiques. Tous les professionnels appliquent les prérequis en matière de risques infectieux : absence de port de bijoux, manches courtes, utilisation de solutions hydroalcooliques, tenues à usage unique. La surveillance environnementale (surface, air, eau) et qualification de la salle d'opération est assurée. Aucun patient nécessitant des précautions complémentaires n'est admis. Le circuit des DASRI est conforme aux règles de tri et d'hygiène. Tous les DM souillés sont conditionnés dans des sacs jaunes fermés, datés, renseignés et entreposés dans le local prévu et sécurisé. Une société conventionnée assure l'évacuation régulière des DASRI.

L'ACE a signé des conventions de coopération sanitaire avec des établissements de santé du territoire concernant l'orientation des patients relevant d'un service de médecine d'urgence, d'un service d'accueil et de traitement des urgences, d'un service de réanimation. Le numéro d'Urgence Vitale, le 15 est affiché et connu des professionnels. Un chariot d'Urgence Vitale scellé est disponible, accessible et vérifié régulièrement. Les professionnels ont leur formation AFGSU à jour et une formation en interne a été réalisée par un médecin anesthésiste. Les locaux permettent l'accessibilité des secours. Une procédure d'évacuation du patient en cas d'urgence et de transfert décrit les modalités pour assurer la sécurité des patients. Des protocoles de prise en charge du patient selon les risques identifiés sont formalisés. Un exercice de simulation est programmé pour juillet 2025.

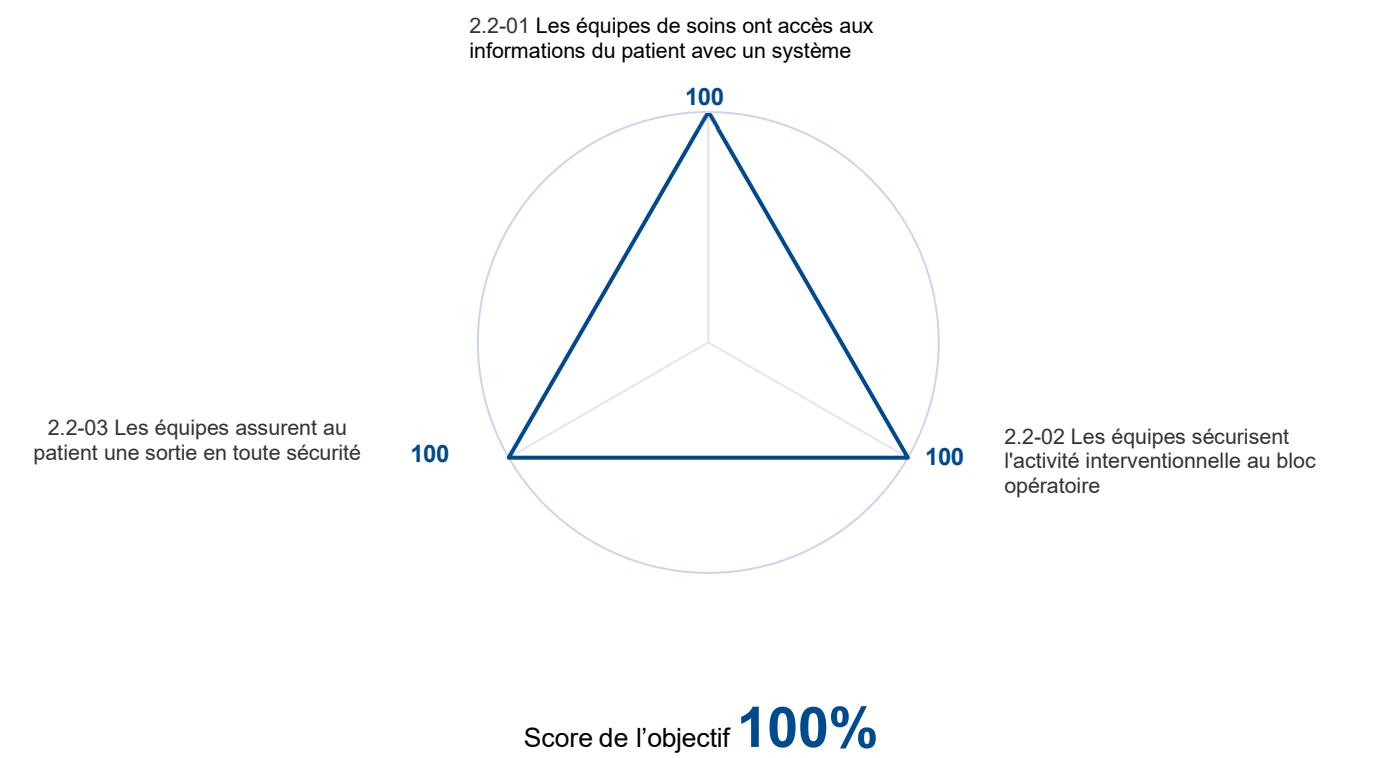
Une messagerie de santé sécurisée permet d'échanger entre les professionnels. Une charte d'accès et d'usage du système informatique décrit l'utilisation des ressources et logiciels. Les professionnels utilisent un identifiant personnel et un mot de passe personnel changé régulièrement. Les règles de protection informatique signées par les professionnels détaillent comment se prémunir de cyber-attaques ou d'incidents informatiques. Un exercice de cyberattaque est prévu en juillet 2025.

Objectif 2.1 : La pertinence des actes et des prescriptions



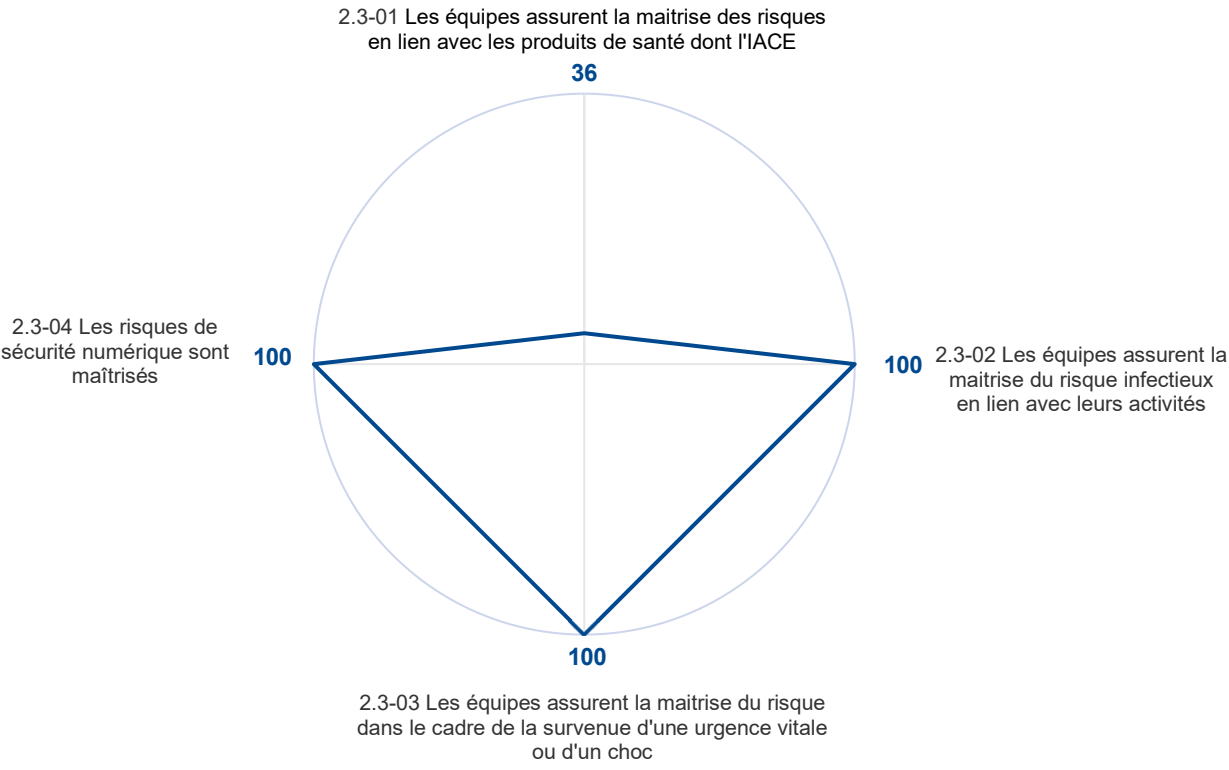
| Critères | | |
|----------|--|------|
| 2.1-01 | L'évaluation initiale globale de l'état de santé du patient permet d'établir un projet de prise en charge personnalisé | 100% |
| 2.1-02 | La pertinence des actes est argumentée | 100% |
| 2.1-03 | L'ACE promeut et soutient le recours au questionnement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

Objectif 2.2 : La coordination pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire des équipes



| Critères | | |
|----------|---|------|
| 2.2-01 | Les équipes de soins ont accès aux informations du patient avec un système d'information adapté | 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% |

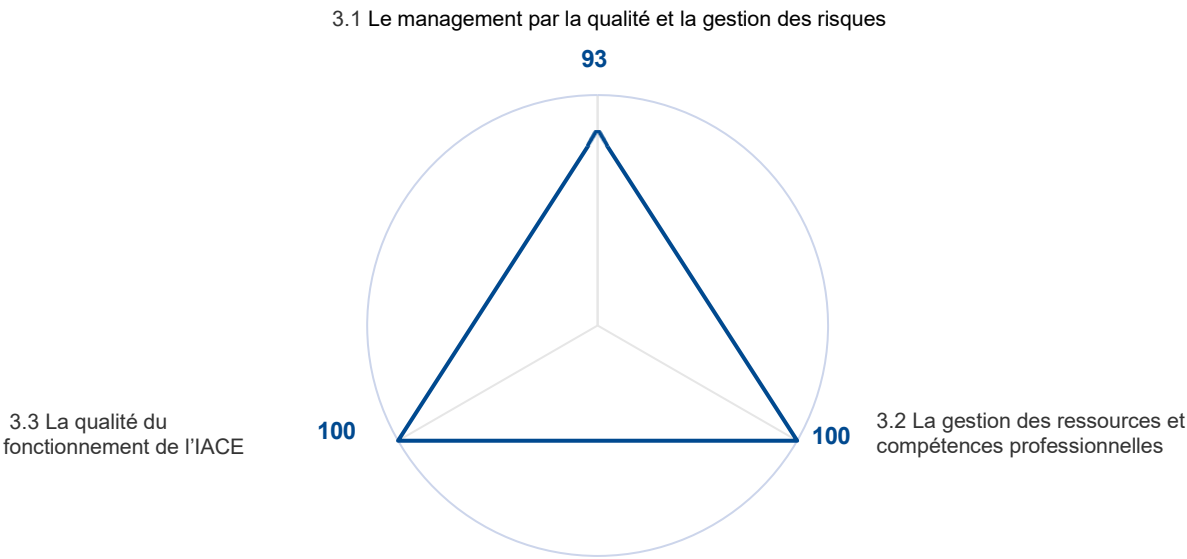
Objectif 2.3 : La maitrise des risques liés aux pratiques



Score de l'objectif **84%**

| Critères | | |
|----------|---|------|
| 2.3-01 | Les équipes assurent la maitrise des risques en lien avec les produits de santé dont l'IACE dispose | 36% |
| 2.3-02 | Les équipes assurent la maitrise du risque infectieux en lien avec leurs activités | 100% |
| 2.3-03 | Les équipes assurent la maitrise du risque dans le cadre de la survenue d'une urgence vitale ou d'un choc | 100% |
| 2.3-04 | Les risques de sécurité numérique sont maîtrisés | 100% |

Chapitre 3 : L'IACE



Score du chapitre **98%** 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 | 100% |
| 3.3 | La qualité du fonctionnement de l'IACE | 100% |

Synthèse chapitre 3

Le management de la qualité de la sécurité des soins et de la gestion des risques est structuré par différentes instances. Le comité de qualité de vigilance et des Risques (COVIRIS) et l'instance stratégique qui impulse la démarche qualité, la gestion des risques et l'analyse des événements indésirables. Le comité de pilotage (COPIL) assure la gestion des plans d'action qualité. L'ensemble des professionnels de l'ACE font partie des différents comités.

La commission des usagers (CDU) comprend une Représentante des Usagers, ancienne patiente, impliquée dans la démarche qualité. La Politique d'amélioration de la qualité de la sécurité des soins et de la gestion des risques (V1-09/23) définit 5 axes pour l'amélioration de la qualité : information du patient, amélioration continue de la sécurité des soins, porter une attention particulière à la qualité de l'écoute du patient, poursuivre la mise en place de la gestion documentaire, s'inscrire dans une démarche de développement durable. Chaque axe définit des objectifs qui sont déclinés dans un programme d'action qualité sécurité des soins (PAQSS). Chaque plan d'action a un pilote, une méthode, une date de réalisation, avec un suivi d'indicateurs et de cibles à atteindre. Il comprend le bilan des vigilances, des plaintes et réclamations, des événements indésirables associés aux soins ainsi que les demandes de dossiers patients. Une charte de confiance pour la transparence en matière de signalement et de gestion des événements indésirables est incitatrice au signalement. Les événements indésirables déclarés sont analysés selon la méthode ALARM et un plan d'action mis en place. Mais la culture sécurité n'est pas évaluée.

Tous les locaux sont sécurisés et sous alarme. Des actions de protection de l'environnement et du développement durable sont inscrites dans le Management stratégique de l'établissement ainsi que dans la Politique Qualité. Des actions ont été mises en place : maîtrise énergétique par une pompe à chaleur, arrêt de la climatisation lors de l'arrêt d'activité de fonctionnement, maîtrise et valorisation des déchets grâce au tri effluents, maîtrise la consommation d'eau, nettoyage des filtres à charbon, stratégie d'achat éco-responsable... Les risques environnementaux sont analysés et un plan d'action déterminé.

Aucun incident significatif de sécurité du système d'information n'a eu lieu mais la procédure de déclaration, auprès de l'ANSSI est connue.

L'ACE a identifié ses besoins en compétence et effectifs : 2 chirurgiens plasticiens et 4 IDE disposant tous des diplômes pour pratiquer leur activité. En cas de nécessité, une procédure dégradée permet le maintien du fonctionnement de la structure, remplacement par la Directrice, IDE ou par appel à une société d'Intérim. Un livret d'accueil du nouvel arrivant est disponible.

Des discussions collectives sont organisées avec la direction avec un temps de parole partagé concernant l'organisation du travail. Les entretiens professionnels individuels annuels sont réalisés comprenant les besoins de formation et l'avis des professionnels concernant leur qualité de vie au travail. Une analyse de situations de risques professionnels a priorisé les actions de prévention appropriées. Des mesures d'amélioration ont été mises en place comme l'ergonomie du poste de travail à l'accueil, rotation des IDE sur les différents postes de travail, affichage des devoirs des patients, présence d'un bouton d'appel d'urgence en cas d'agressivité du patient... L'ACE est en lien avec le service de santé au travail et tous les professionnels ont un suivi annuel. La vaccination est gratuite et délivrée par la pharmacie d'officine. Le Document Unique sur les risques professionnels est formalisé. Les recommandations de bonnes pratiques sont disponibles sous forme de protocoles et de procédures dans la gestion documentaire informatisée. Les nouveaux documents sont présentés à l'ensemble des professionnels et une fiche de prise de connaissance est signée.

De nombreux indicateurs de pratiques cliniques et d'activités dans la prise en charge du patient sont recueillis : indicateurs de qualité et d'activité au bloc opératoire, EPP (hygiène, douleur, dossier...), Patients Traceurs (1 par mois), analyse des EI, analyse des questionnaires de satisfaction et sont suivis en Comité de Pilotage.

La procédure de déclaration de EIGS sur le portail national est formalisée mais aucun EIGS n'est survenu depuis l'ouverture de la structure.

L'ACE créée en 2023 et autorisée pour une durée de 5 ans a rédigé ses orientations stratégiques et de gouvernance. Ce document décrit la politique, les objectifs et les valeurs et engagements de l'établissement.

L'ensemble des matériels et équipements font l'objet d'une maintenance régulière.

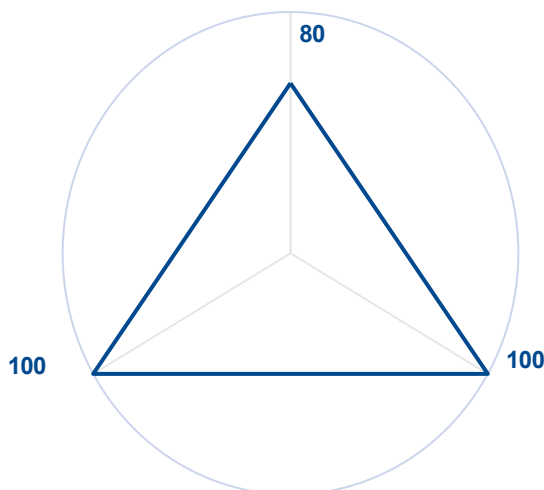
Les prestations sous convention : nettoyage des locaux, société informatique, SOS oxygène, enlèvement des DASRI font l'objet d'actions d'amélioration.

Les locaux sont conformes concernant la mise aux normes de la sécurité incendie, les professionnels sont formés. De même, ils sont conformes quant à son activité chirurgicale, accueil des patients, circulation aisée, espaces de travail adaptés.

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

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

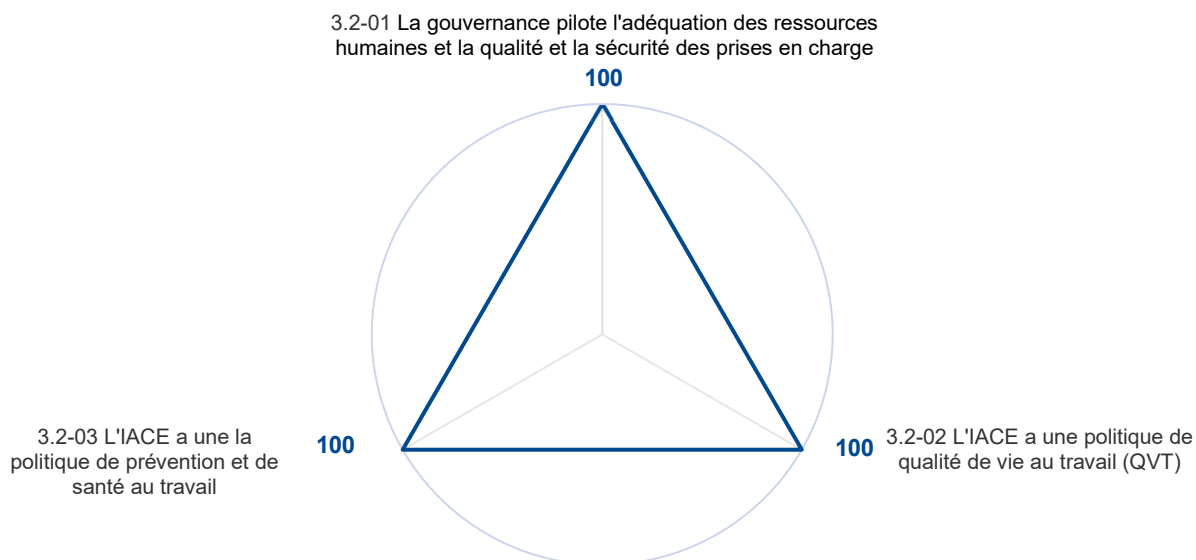


3.1-02 L'ACE développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins

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% |

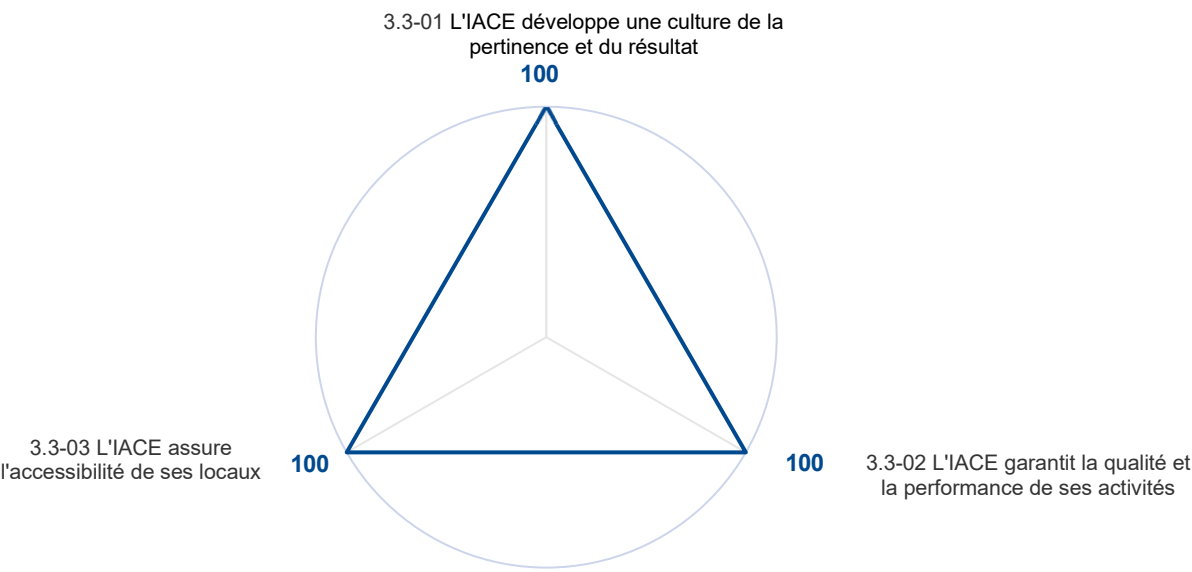
Objectif 3.2 : La gestion des ressources et compétences professionnelles



Score de l'objectif **100%**

| Critères | | |
|----------|--|------|
| 3.2-01 | La gouvernance pilote l'adéquation des ressources humaines et la qualité et la sécurité des prises en charge | 100% |
| 3.2-02 | L'IACE a une politique de qualité de vie au travail (QVT) | 100% |
| 3.2-03 | L'IACE a une la politique de prévention et de santé au travail | 100% |

Objectif 3.3 : La qualité du fonctionnement de l’IACE



Score de l'objectif **100%**

| Critères | | |
|----------|---|------|
| 3.3-01 | L'IACE développe une culture de la pertinence et du résultat | 100% |
| 3.3-02 | L'IACE garantit la qualité et la performance de ses activités | 100% |
| 3.3-03 | L'IACE assure l'accessibilité de ses locaux | 100% |

Retrouvez tous nos travaux sur
www.has-sante.fr

