
MESURER
& AMÉLIORER LA QUALITÉ

**RAPPORT DE
CERTIFICATION**

Clinique Esthetis

Morne Bernard, rue de la radio Moudong Nord 97122 Baie Mahault



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

_Toc212473306Préambule	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 ;

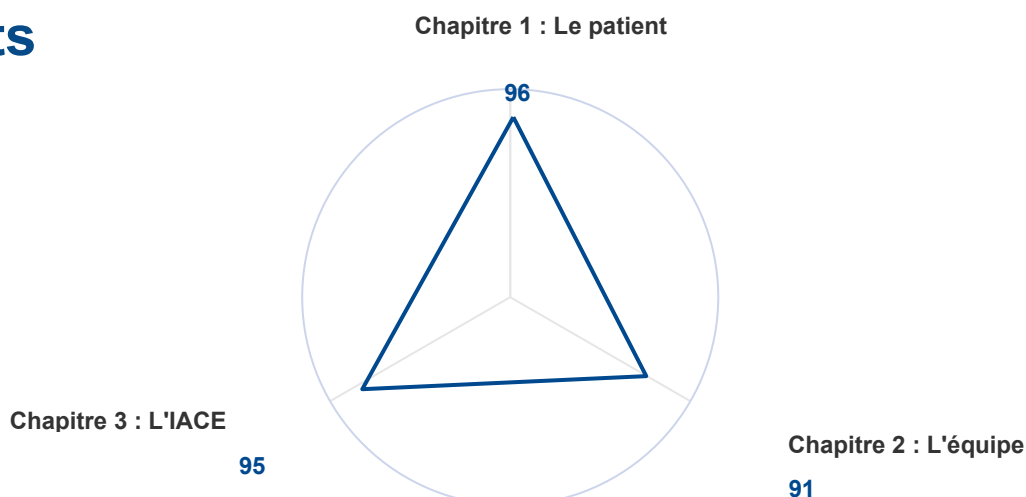
En l'espèce, au vu des éléments mentionnés dans le présent rapport, la Haute Autorité de santé décide la certification de l'installation de chirurgie esthétique.

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 ESTHETIS	
Adresse	Morne Bernard, rue de la radio Moudong Nord 97122 Baie Mahault
Département / Région	Guadeloupe

Résultats

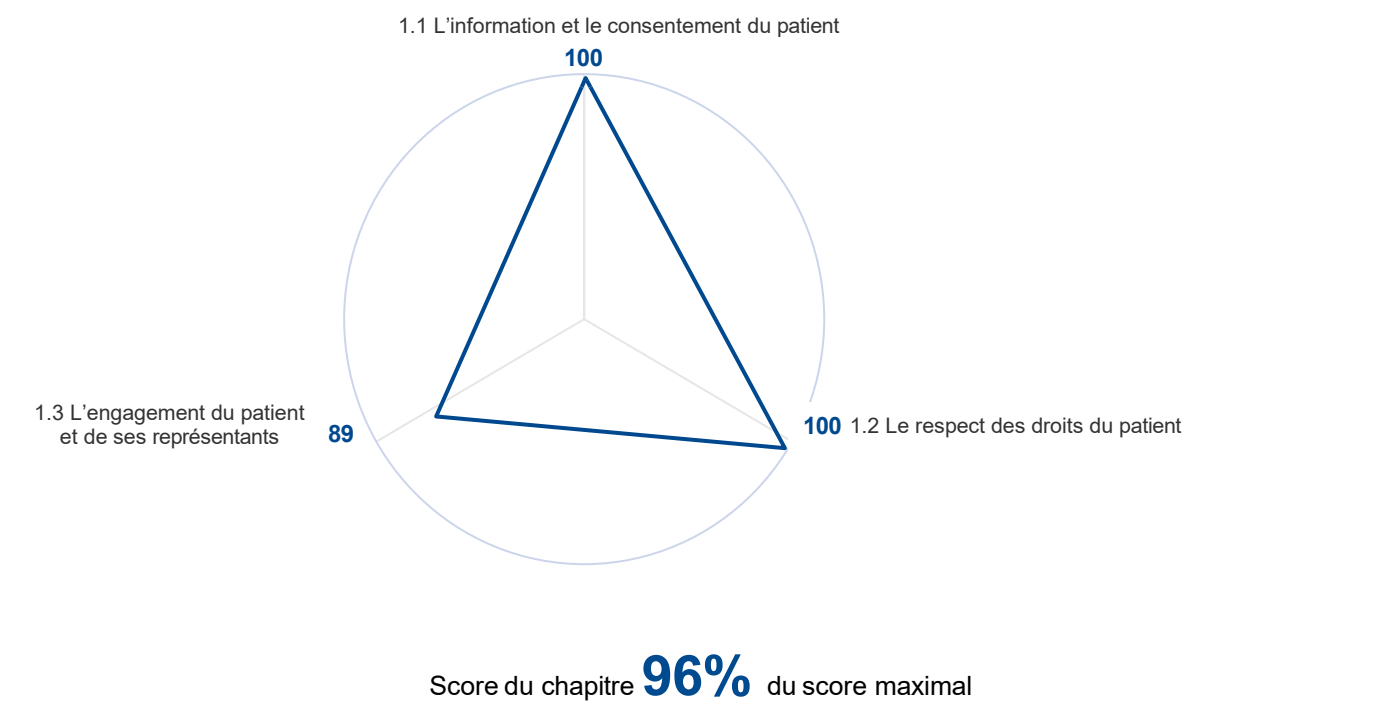


Score global de satisfaction aux attendus du référentiel **94%**

Chapitre		Score %
Chapitre 1	Le patient	96
Chapitre 2	L'équipe	91
Chapitre 3	L'ACE	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'ACE 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'ACE	80%

Chapitre 1 : Le patient



Objectifs		
1.1	L'information et le consentement du patient	100%
1.2	Le respect des droits du patient	100%
1.3	L'engagement du patient et de ses représentants	89%

Synthèse chapitre 1

Le Centre Esthétis, Institut Autonome de Chirurgie Esthétique (IACE), prend en charge des patients en ambulatoire. L'information reçue est complète et adaptée, à la fois orale, et par le biais de support écrits telles les fiches des sociétés savantes. Les consignes préopératoires et celles relatives aux dispositifs médicaux implantables (DMI) sont explicitées dès la première consultation. Après présentation des bénéfices et des risques, le consentement éclairé est recueilli et tracé dans le dossier, pour la prise en charge opératoire et anesthésique. Un devis détaillé comprenant tous les éléments est remis et cosigné, plus de deux semaines avant l'intervention. Le patient est incité à désigner une personne de confiance. Cependant la nuance entre la personne à prévenir et la personne de confiance n'apparaît pas clairement dans le dossier.

Le livret d'accueil conçu récemment rassemble les informations utiles : modalités d'accès au dossier médical, questionnaire de satisfaction, frais d'intervention, suites opératoires, informatique et libertés, Représentants des Usagers (RU), associations, Commission des Usagers (CDU), moyens de sécurisation... Le patient connaît les traitements à poursuivre après la sortie et les recommandations post-opératoires. Les contacts en cas de besoins sont précisés, un RDV de suivi en consultation est programmé le lendemain de l'acte.

Les locaux et équipements datent de l'ouverture du Centre en septembre 2023. Ils sont adaptés et maintenus, favorisant ainsi la sécurisation du parcours du patient, et le respect de l'intimité, la dignité, la confidentialité. La seule contention mécanique utilisée est la pose de barrières en post-opératoire immédiat pour sécuriser le patient, un onglet spécifique de prescription a été créé dans le dossier patient informatisé (DPI).

Une Charte de bientraitance, et une Charte des patients sont établies. L'IACE n'a pas été confrontée à des situations de maltraitance, mais les conduites à tenir pour signaler et prendre en charge ces situations sont connues.

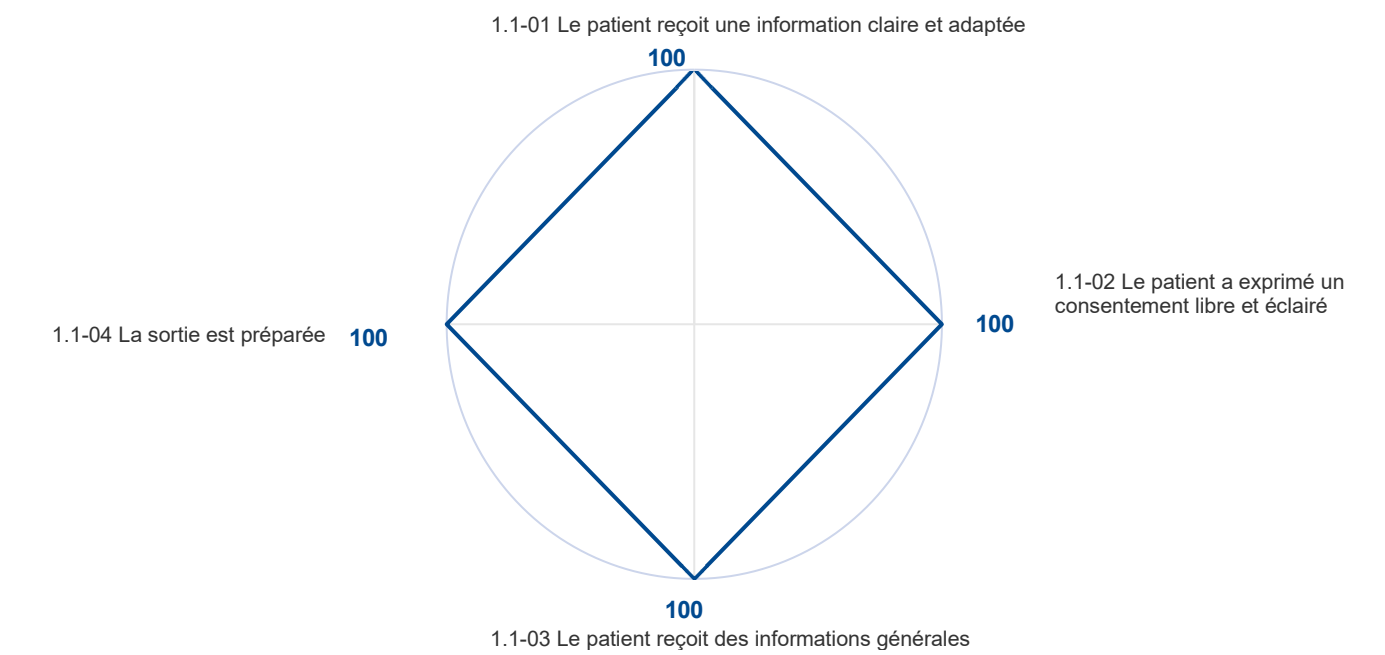
La douleur est évaluée, la prescription d'antalgiques est anticipée.

Le patient est invité à s'exprimer sur son expérience, il sait comment exprimer sa satisfaction, soumettre une réclamation, déclarer tout évènement indésirable.

L'ARS a désigné et formé deux RU en février 2025. Une première réunion s'est tenue début mars. La CDU est composée de deux praticiens, d'IDE, des deux RU, et du gestionnaire de risques, son règlement intérieur est validé. La première réunion d'avril 2025 a été l'occasion d'une visite des locaux par les RU, et d'une covalidation de l'enquête de satisfaction, et de la fiche de réclamation.

Le patient sait qu'il peut consulter son dossier médical, et comment accéder à son Dossier Médical Partagé (DMP) de Mon espace santé. Toutefois, il ne sait pas que l'équipe peut le consulter, et l'alimenter sauf opposition de sa part. Par ailleurs à ce jour, l'équipe médicale ne consulte pas le DMP des patients, et ne transmet pas de document, par ailleurs, elle n'établit pas de contact avec le médecin traitant. En cours de visite, le chirurgien responsable a précisé vouloir mettre en place cette transmission à brève échéance.

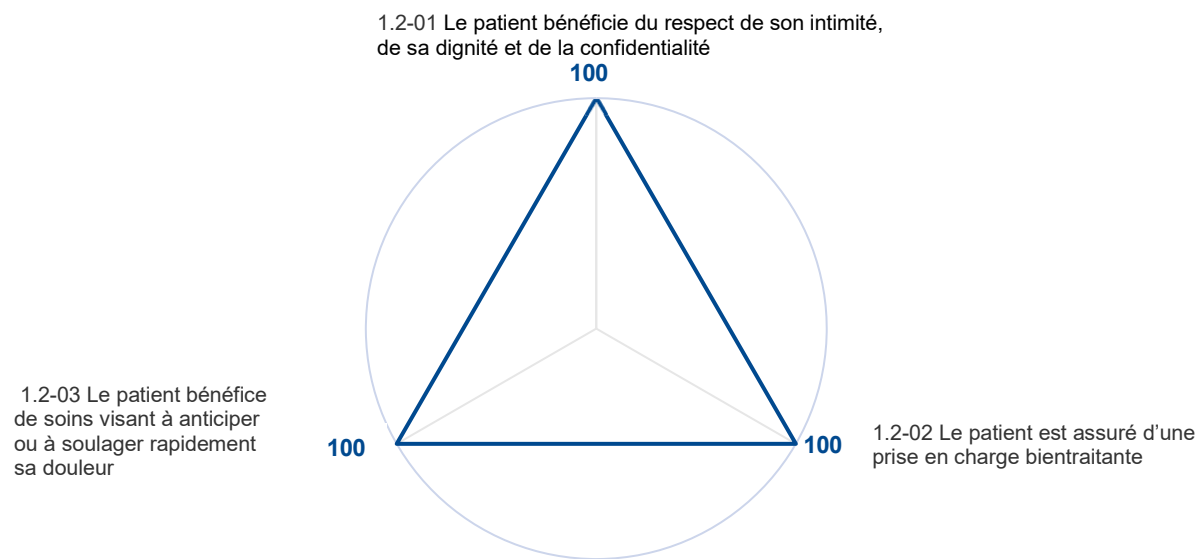
Objectif 1.1 : L'information et le consentement du patient



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%

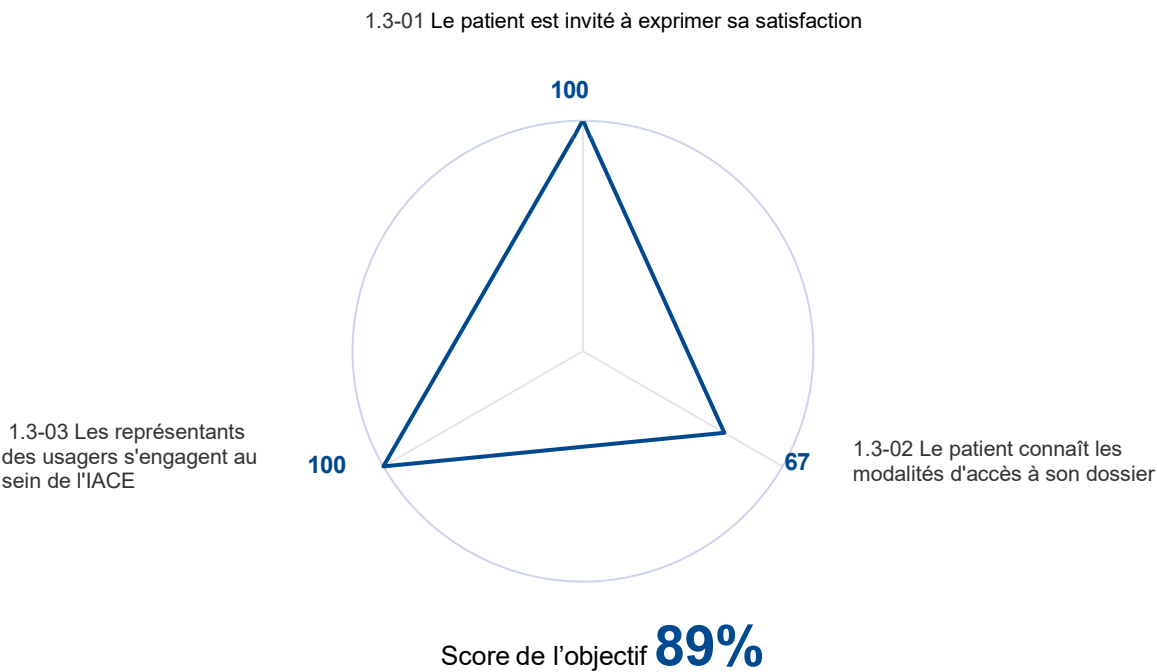
Objectif 1.2 : Le respect des droits du patient



Score de l'objectif **100%**

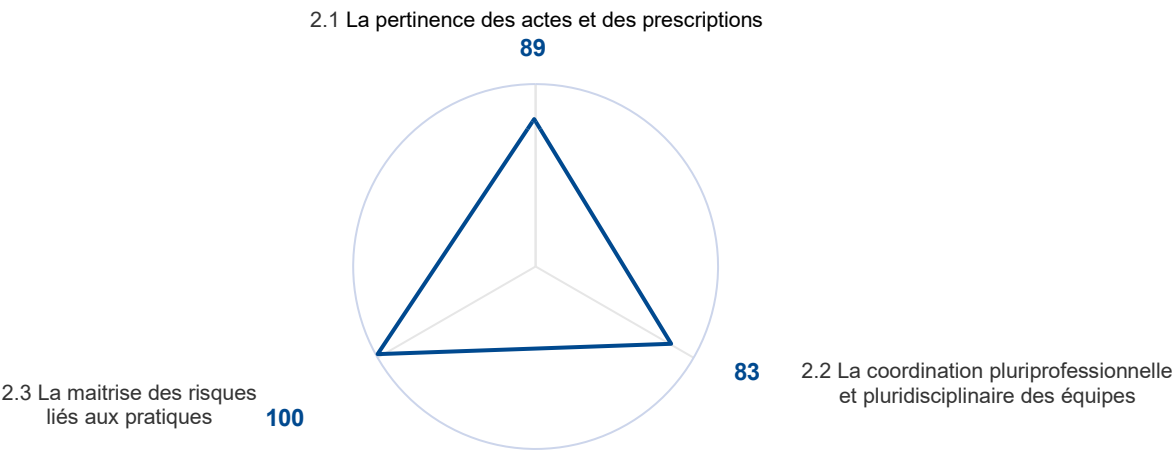
Critères		
1.2-01	Le patient bénéficie du respect de son intimité, de sa dignité et de la confidentialité	100%
1.2-02	Le patient est assuré d'une prise en charge bienveillante	100%
1.2-03	Le patient bénéficie de soins visant à anticiper ou à soulager rapidement sa douleur	100%

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



Critères		
1.3-01	Le patient est invité à exprimer sa satisfaction	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	100%

Chapitre 2 : L'équipe



Score du chapitre **91%** du score maximal

Objectifs		
2.1	La pertinence des actes et des prescriptions	89%
2.2	La coordination pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire des équipes	83%
2.3	La maitrise des risques liés aux pratiques	100%

Synthèse chapitre 2

L'évaluation initiale globale de l'état de santé du patient réalisée par le chirurgien puis l'anesthésiste est tracée. Elle permet de concevoir le projet de soins. Pour les patients résidant en dehors de la Guadeloupe l'anesthésiste assure une téléconsultation avant l'intervention. La visite pré-anesthésiste est réalisée le matin de l'intervention.

L'équipe recherche toute addiction à la chirurgie esthétique et propose des alternatives le cas échéant. Les protocoles thérapeutiques s'appuient sur les recommandations de bonnes pratiques. Le Centre peut avoir accès aux ressources du CHU de Guadeloupe en matière d'éthique si besoin. En revanche, les professionnels ne sont pas formés à la réflexion éthique, et n'ont pas répertorié les principales problématiques auxquelles ils pourraient être confrontés. Le DPI est adapté aux besoins de la prise en charge, et complété par les différents intervenants.

Les activités du bloc opératoire sont régulées par le chirurgien. Les vérifications des ouvertures de salle sont tracées par les IDE et IADE. La check-list HAS "sécurité du patient" est systématiquement réalisée conformément aux bonnes pratiques. Une évaluation de sa réalisation a été menée. Les informations nécessaires à la continuité de la prise en charge (prescriptions, carte d'implant...) sont remises à la sortie. L'autorisation de sortie du Centre est validée par l'anesthésiste et le chirurgien.

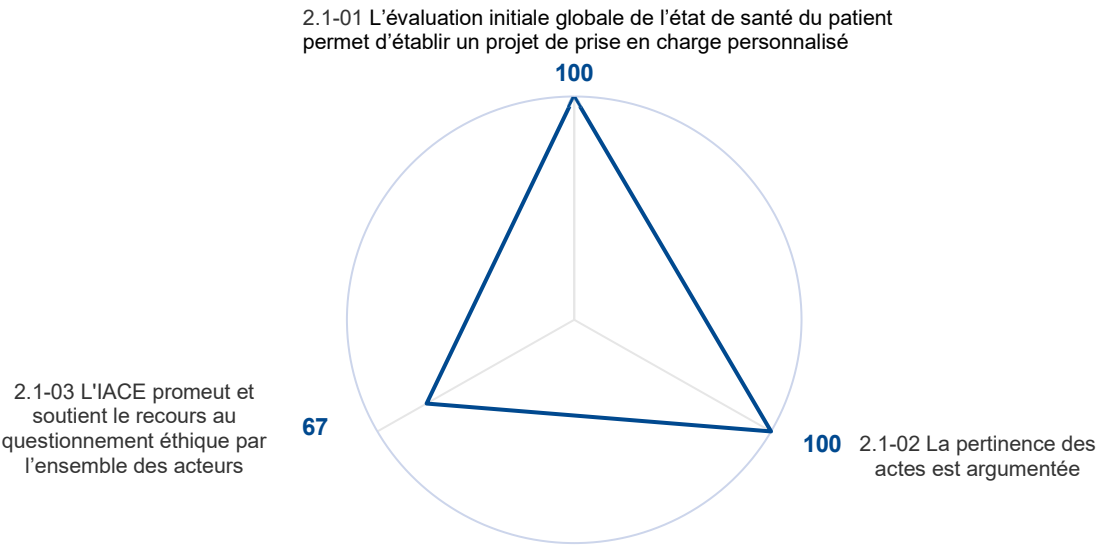
L'approvisionnement, le stockage, la conservation et l'accès à l'ensemble des médicaments et produits sont réalisés conformément aux recommandations de bonnes pratiques. Une convention avec une officine de ville, met à disposition un pharmacien qui assure les commandes et leur vérification mensuelle, ainsi que la pharmacovigilance. Les informations concernant les DMI sont suivies.

La prescription de l'antibioprophylaxie est réalisée par l'anesthésiste dès la consultation d'anesthésie, selon les protocoles de la SFAR. L'administration des médicaments est assurée par l'anesthésiste lui-même ou par l'IADE sous la responsabilité du médecin. Les prérequis à l'hygiène des mains sont respectés, les précautions standard et complémentaires sont appliquées. La stérilisation des instruments est réalisée par un prestataire externe. Le circuit d'élimination des DASRI est conforme.

Une convention est établie avec le CHU pour la prise en charge des urgences vitales. Le numéro d'appel est connu, le matériel est disponible, les professionnels sont formés.

Les accès au système d'information sont sécurisés par un identifiant et un mot de passe personnel. Les données informatisées sont stockées sur un serveur en local, puis sauvegardées de façon journalière par un hébergeur de données de santé certifié RGPD. Les conduites à tenir en cas d'incident sont connues.

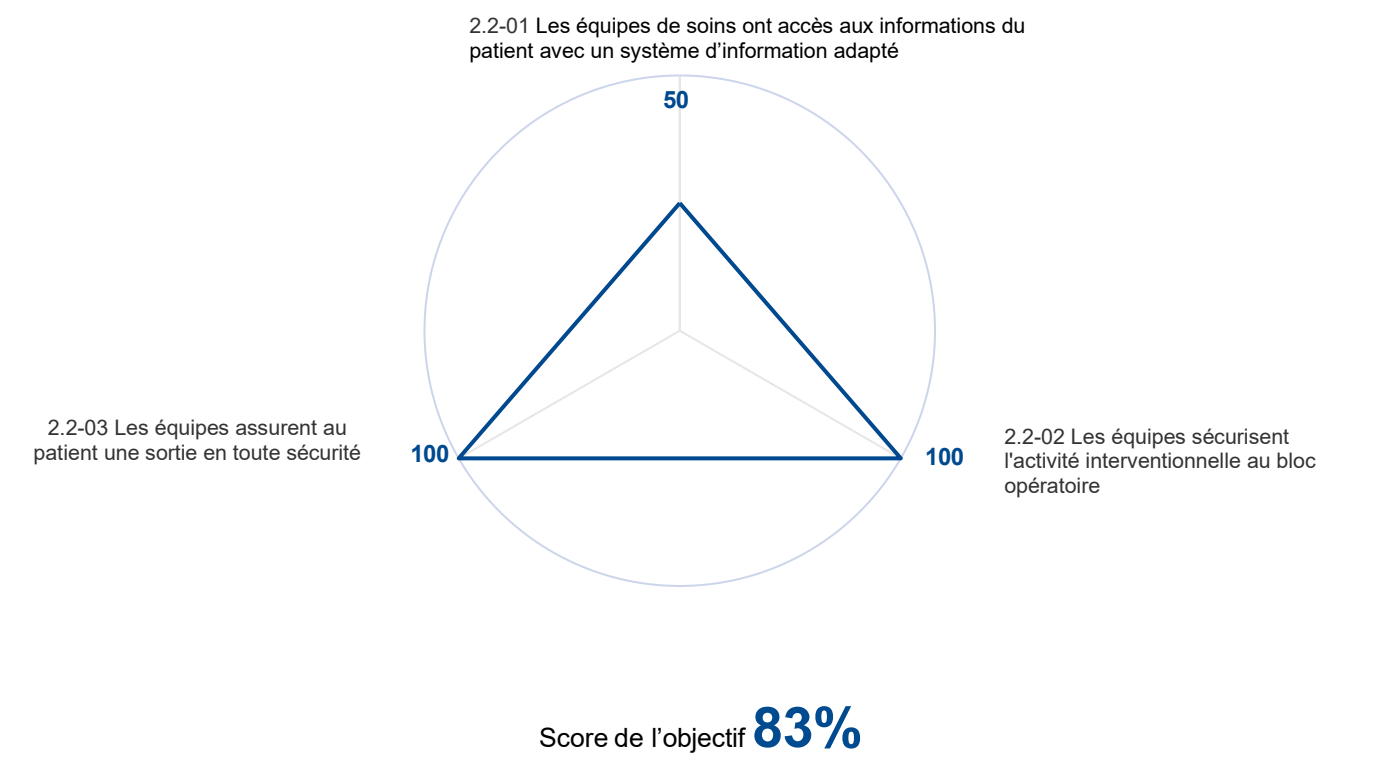
Objectif 2.1 : La pertinence des actes et des prescriptions



Score de l'objectif **89%**

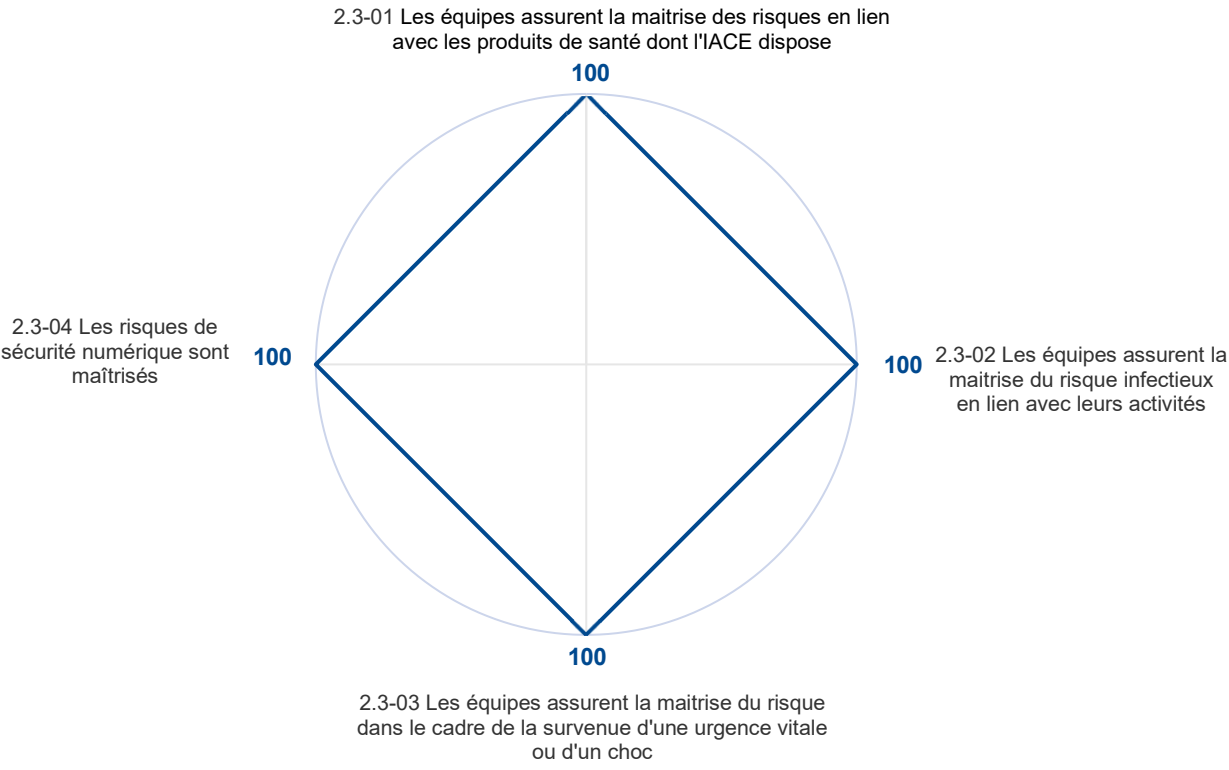
Critères		
2.1-01	L'évaluation initiale globale de l'état de santé du patient permet d'établir un projet de prise en charge personnalisé	100%
2.1-02	La pertinence des actes est argumentée	100%
2.1-03	L'IACE promeut et soutient le recours au questionnement éthique par l'ensemble des acteurs	67%

Objectif 2.2 : La coordination pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire des équipes



Critères		
2.2-01	Les équipes de soins ont accès aux informations du patient avec un système d'information adapté	50%
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

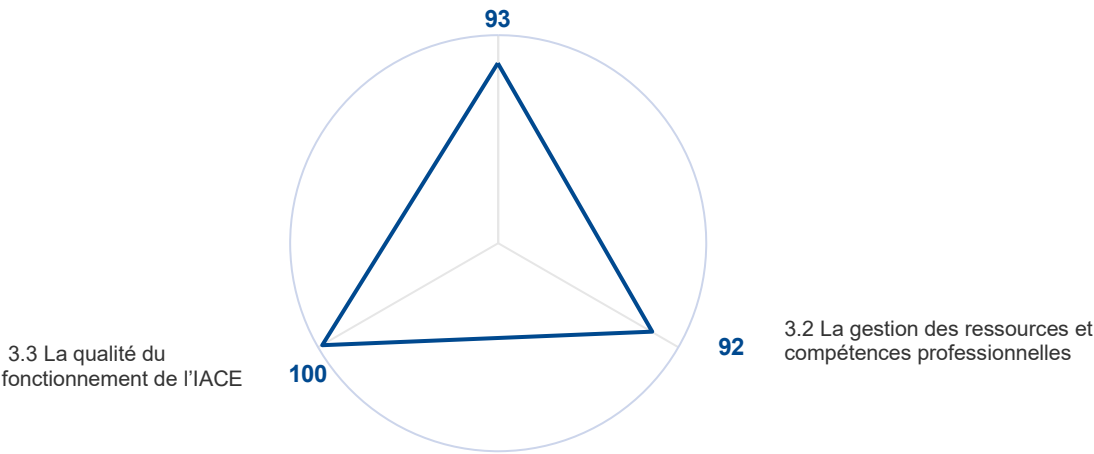


Score de l'objectif **100%**

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	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 **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 cartographie des risques actualisée sur la base des éléments d'évaluation disponibles, et le suivi des exigences réglementaires ont permis de définir la politique qualité 2024-2025, déclinée dans un PAQSS avec des indicateurs et cibles à atteindre. Les professionnels et RU sont impliqués dans sa mise en œuvre. Toutefois, à ce jour la culture sécurité n'a pas été évaluée.

La sécurité des biens et des personnes est assurée.

Des actions de développement durable sont menées (panneaux solaires par exemple).

Les procédures de signalement des incidents significatifs de sécurité du système d'information ont été formalisées durant la visite.

Les besoins en effectifs et compétences sont identifiés (chirurgien, anesthésiste, IADE, IDE, secrétaire, gestionnaire...). Les diplômes sont vérifiés, des formations sont accessibles.

Des actions favorisant la QVT sont développées (salle de détente, repas fournis...), ainsi qu'une démarche de gestion des conflits. Cependant la satisfaction des professionnels n'a pas fait l'objet d'une évaluation formalisée.

Des actions de prévention des risques professionnels sont menées à partir du document unique d'évaluation des risques professionnels actualisé. On peut citer l'accès à la vaccination, le suivi médical...

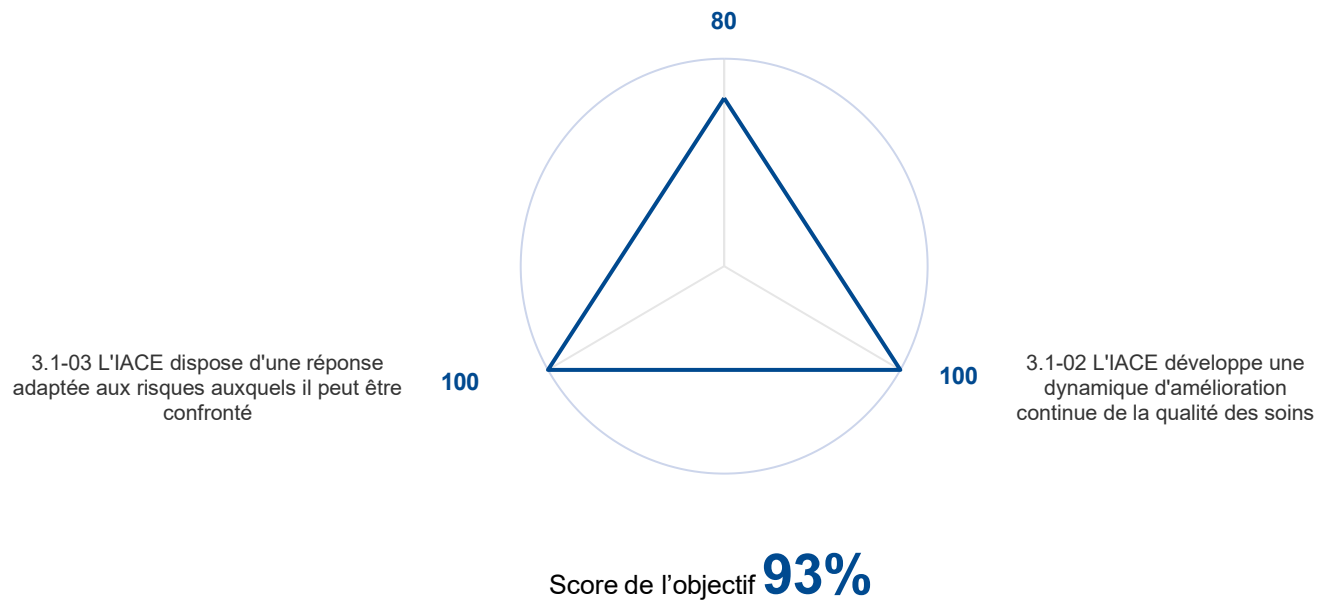
Le Centre dispose de recommandations professionnelles actualisées, assorties d'indicateurs de pratique (taux d'infections post-opératoires par exemple). Une procédure de signalement des EIGS est établie.

Des conventions sont en place pour le suivi biomédical des dispositifs critiques, les achats et approvisionnements, la gestion des ressources humaines, la gestion de la qualité et des risques, la maintenance des locaux...

La commission de sécurité incendie a délivré un avis favorable à l'ouverture du Centre. Les locaux sont accessibles aux personnes porteuses d'un handicap.

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

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



Critères		
3.1-01	Un programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins décline les orientations qualité et sécurité des soins de l'ACE	80%
3.1-02	L'ACE développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins	100%
3.1-03	L'ACE dispose d'une réponse adaptée aux risques auxquels il peut être confronté	100%

Objectif 3.2 : La gestion des ressources et compétences professionnelles

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

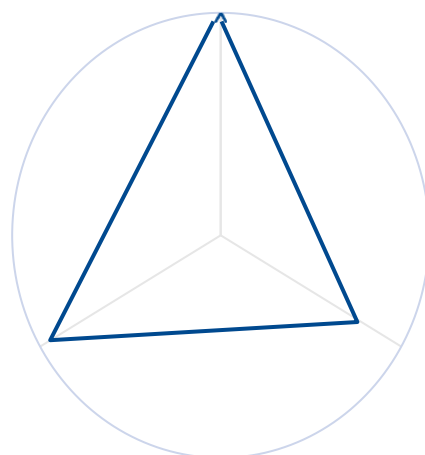
100

3.2-03 L'IACE a une la politique de prévention et de santé au travail

100

75

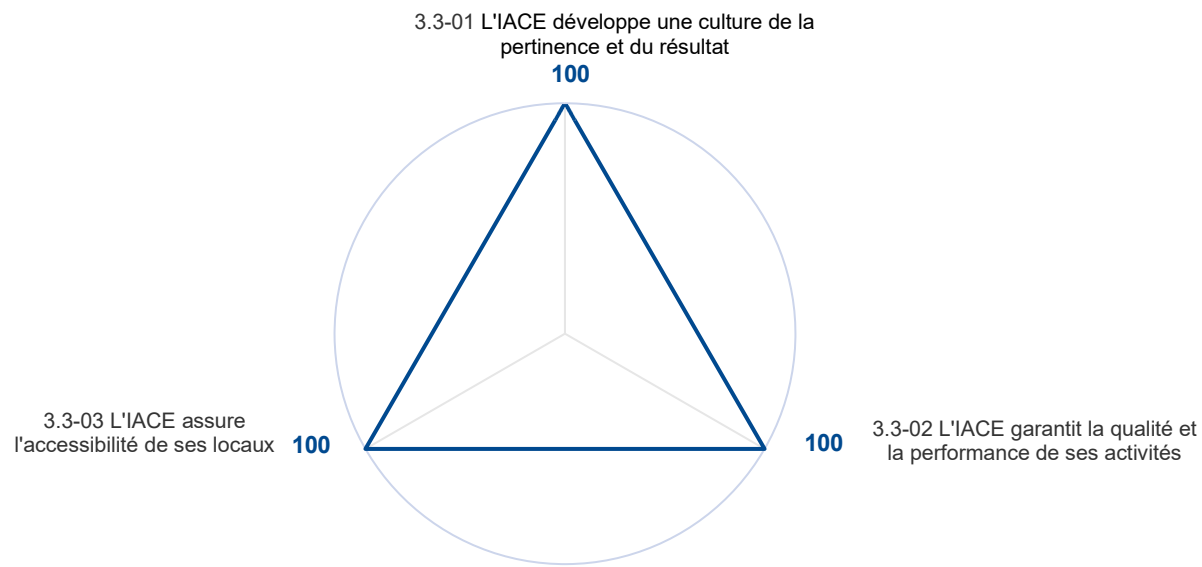
3.2-02 L'IACE a une politique de qualité de vie au travail (QVT)



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)	75%
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

