



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

MESURER

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

RAPPORT DE CERTIFICATION

Clinique 55

55, Allée de l'Argentine

30900 Nîmes



Validé par la HAS en Juillet 2026

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 – Juillet 2026

Sommaire

Préambule	7
Décision	8
Présentation	9
Résultats	10
Chapitre 1 : Le patient.....	11
Synthèse chapitre 1	12
Objectif 1.1 : L'information et le consentement du patient.....	14
Objectif 1.2 : Le respect des droits du patient	15
Objectif 1.3 : L'engagement du patient et de ses représentants	16
Chapitre 2 : L'équipe.....	17
Synthèse chapitre 2	18
Objectif 2.1 : La pertinence des actes et des prescriptions	20
Objectif 2.2 : La coordination pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire des équipes	21
Objectif 2.3 : La maîtrise des risques liés aux pratiques	22
Chapitre 3 : L'IACE	23
Synthèse chapitre 3	24
Objectif 3.1 : Le management par la qualité et la gestion des risques	26
Objectif 3.2 : La gestion des ressources et compétences professionnelles	27
Objectif 3.3 : La qualité du fonctionnement de l'IACE	28

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 ;

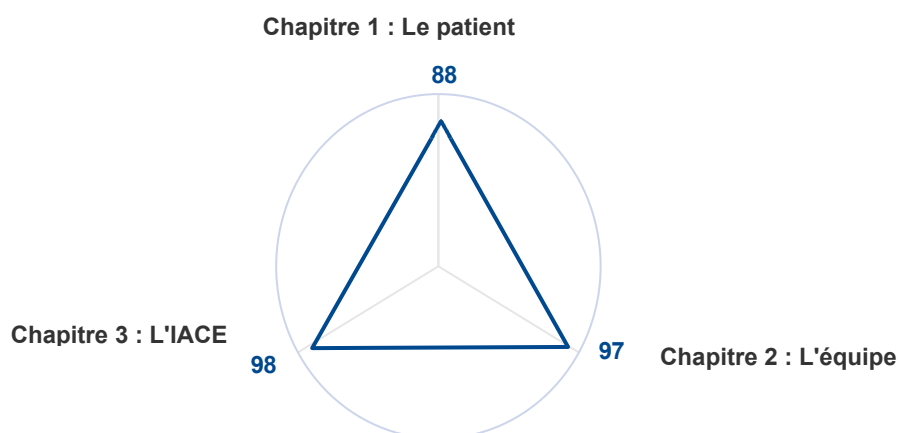
En l'espèce, au vu des éléments mentionnés dans le présent rapport, la Haute Autorité de santé décide la certification ou la non-certification de l'installation de chirurgie esthétique.

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 55	
Adresse	Clinique 55 55 allée de l'Argentine 30900 Nîmes
Département / Région	Gard / Occitanie

Résultats

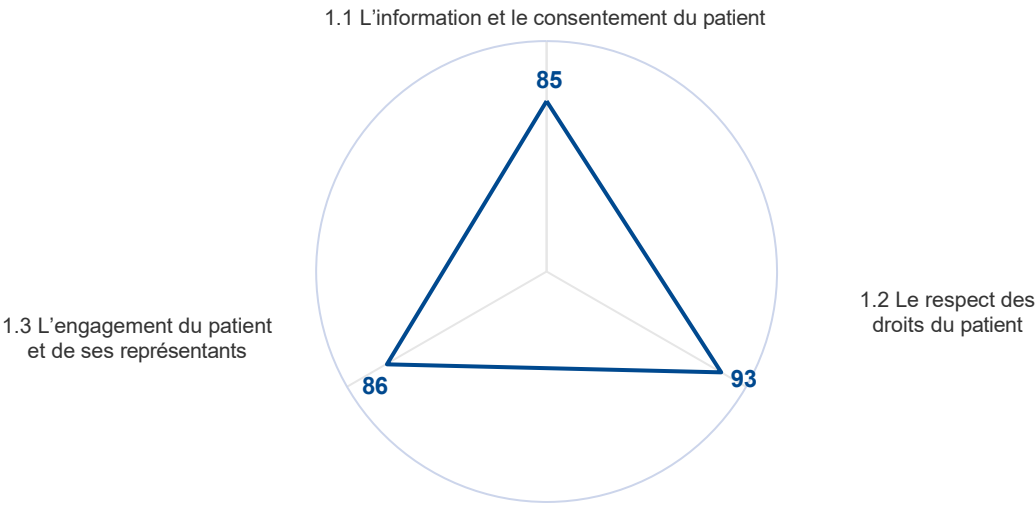


Score global de satisfaction aux attendus du référentiel **94%**

Chapitre		
Chapitre 1	Le patient	88%
Chapitre 2	L'équipe	97%
Chapitre 3	L'IACE	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	80%
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	86%
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



Score du chapitre **88%** du score maximal

Objectifs		
1.1	L'information et le consentement du patient	85%
1.2	Le respect des droits du patient	93%
1.3	L'engagement du patient et de ses représentants	86%

Synthèse chapitre 1

La Clinique 55, autorisée en juin 2025, est un Institut Autonome de Chirurgie Esthétique (IACE) réalisant des actes de chirurgie ambulatoire sous anesthésie locale ainsi que des actes de médecine esthétique. Elle dispose d'un bloc opératoire avec deux salles d'opération, de boxes post-opératoires, d'un secrétariat, de salons d'accueil et de bureaux de consultation.

Aucun dispositif médical invasif n'est implanté dans la Clinique.

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. Le patient a reçu une information claire concernant les consignes préopératoires.

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).

Une personne de confiance est nommée avec son consentement signé.

L'organisation de la sortie est préparée dès la consultation chirurgicale avec organisation des soins infirmiers et de soins de supports éventuels.

Le livret d'accueil remis au patient, lors des consultations préalables, détaille l'ensemble du parcours de soins au sein de la clinique. Il comprend les étapes préopératoires (consultations, préparation), le déroulement de l'intervention, l'organisation de la sortie, la gestion de la douleur, les consignes post-opératoires et les contacts utiles en cas d'urgence : coordonnées téléphoniques de l'établissement ainsi que du numéro de téléphone portable du chirurgien, numéro des Urgences de la Polyclinique Grand Sud-Nîmes.

Par ailleurs, il décrit les droits des patients, notamment, l'accès au dossier médical, la médiation possible, la désignation de la personne de confiance, les directives anticipées, la Commission des Usagers (CDU), ainsi que l'accès à « Mon Espace Santé ». Mais le livret d'accueil ne précise ni les modalités de déclaration d'un événement indésirable associé aux soins, ni les responsabilités du patient en tant qu'acteur de sa prise en charge.

Les informations sur la Commission des Usagers (CDU), les représentants des usagers (RU), ainsi que les chartes éthiques, de bientraitance et des consultations externes sont affichées dans les salons d'accueil de l'établissement. Toutefois, malgré la mise à disposition de ces supports d'information, il a été constaté que tous les patients ne connaissent pas l'existence de la CDU et des RU.

Des informations concernant les soins prodigués au sein de l'établissement, sont diffusées sur les écrans de télévision dans les salons d'accueil.

Un rappel des consignes ainsi que de l'heure d'arrivée est envoyé la veille, par courrier électronique et SMS. Un appel de suivi post-opératoire est effectué à J+1, une consultation est prévue à J+7 et J+14 avec l'IDE Référente « Plaies et cicatrisation », et un nouvel appel est réalisé à J+30 afin d'assurer le suivi du patient.

Les soins post opératoires sont réalisés soit au sein de l'établissement, soit par des infirmiers libéraux, selon la situation et l'organisation retenue.

La dignité et l'intimité du patient sont respectées tout au long de son parcours de soins. Les pratiques professionnelles observées sont bientraitantes et respectueuses des personnes. L'organisation des locaux est adaptée à la prise en charge du patient et permet une marche en avant, avec une absence de croisement entre les différents circuits, contribuant ainsi à la sécurité et à la confidentialité des prises en charge. Toutefois, il a été constaté qu'il est possible depuis la rue, de voir à travers les vitres transparentes, la salle d'attente de sortie et le bureau infirmier attenant, ceci pouvant altérer le respect de l'intimité et de la confidentialité.

Les locaux sont adaptés à la prise en charge des patients, y compris des patients en situation de handicap. L'établissement dispose notamment de rampes d'accès, de locaux avec accès PMR dont un des vestiaires d'entrée au bloc opératoire, d'ascenseurs avec une signalétique adaptée, incluant le braille. Concernant les autres types de handicap, les patients font l'objet d'un accompagnement systématique et individualisé par les professionnels, afin de garantir leur sécurité, leur confort et le respect de leur autonomie.

Aucun recours à la contention mécanique n'est pratiqué au sein de l'établissement. Une procédure précise la mise en place éventuelle de sangles de maintien sur la table d'opération, uniquement en cas d'agitation, dans un objectif exclusif de sécurité, et conformément aux bonnes pratiques. Les sangles sont actuellement en phase d'achat. Il est à noter qu'aucun brancard n'est présent dans l'établissement, l'organisation de la prise en charge étant adaptée à cette spécificité.

Une procédure institutionnelle de prévention de la maltraitance est appliquée : la charte de bientraitance et les valeurs de respect de l'IACE sont affichées. Les professionnels savent comment signaler et gérer les cas de maltraitance.

La douleur est évaluée à l'aide d'échelles adaptées et fait l'objet d'une traçabilité tout au long de la prise en charge, notamment pendant l'intervention et en post opératoire. Des ordonnances de traitements antalgiques anticipés en consultation préopératoire ainsi que des traitements post opératoires sont remises systématiquement.

Toutes les prescriptions conditionnelles sont soumises à une valeur seuil. En plus des traitements médicamenteux, des méthodes non médicamenteuses comme le froid, la musique, l'hypnose, la sophrologie, un vibreur antidouleur et une table opératoire chauffante sont proposées.

Un questionnaire de satisfaction est remis aux patients, au moment de leur sortie. Celui-ci est proposé au format papier ou via un QR code. Les résultats font l'objet d'une analyse systématique et sont présentés en Commission des Usagers (CDU).

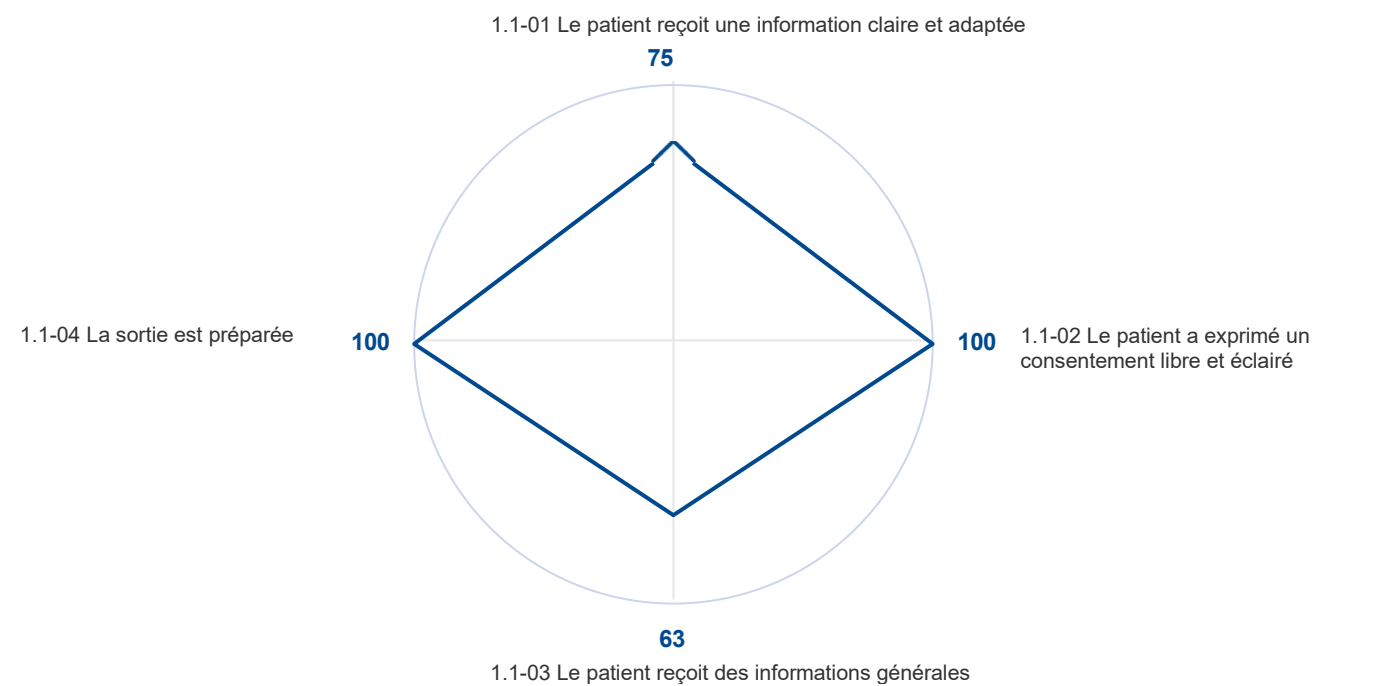
Par ailleurs, une analyse des avis « Google » est également réalisée et partagée lors des réunions de la CDU.

Le patient sait accéder à son dossier médical « Mon espace santé » (DMP) et que son équipe de soins l'alimente, sauf opposition. Il connaît la procédure pour plainte ou réclamation, mais ignore la possibilité de déclarer un événement indésirable lié aux soins (EIAS).

Une seule demande de dossier a été faite depuis l'ouverture de l'IACE, 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 d'amélioration de la Qualité ainsi qu'aux projets de l'établissement. Elle connaît les résultats des questionnaires de satisfaction, des plaintes et réclamations ainsi que des événements Indésirables.

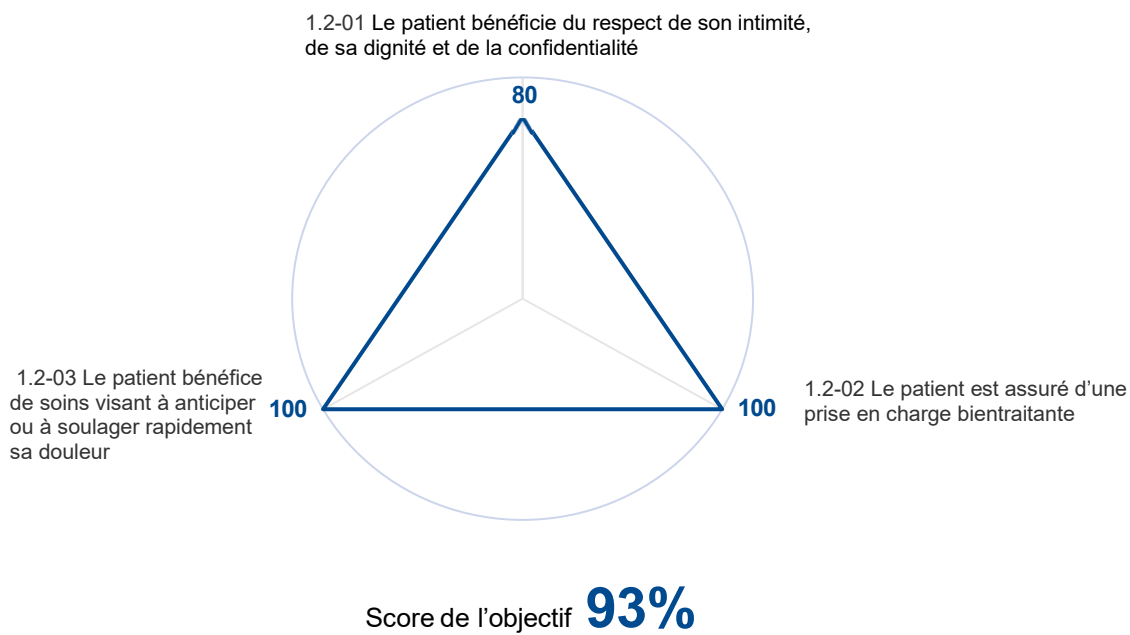
Objectif 1.1 : L'information et le consentement du patient



Score de l'objectif **85%**

Critères		
1.1-01	Le patient reçoit une information claire et adaptée sur l'intervention	75%
1.1-02	Le patient a exprimé un consentement libre et éclairé	100%
1.1-03	Le patient reçoit des informations générales	63%
1.1-04	La sortie est préparée	100%

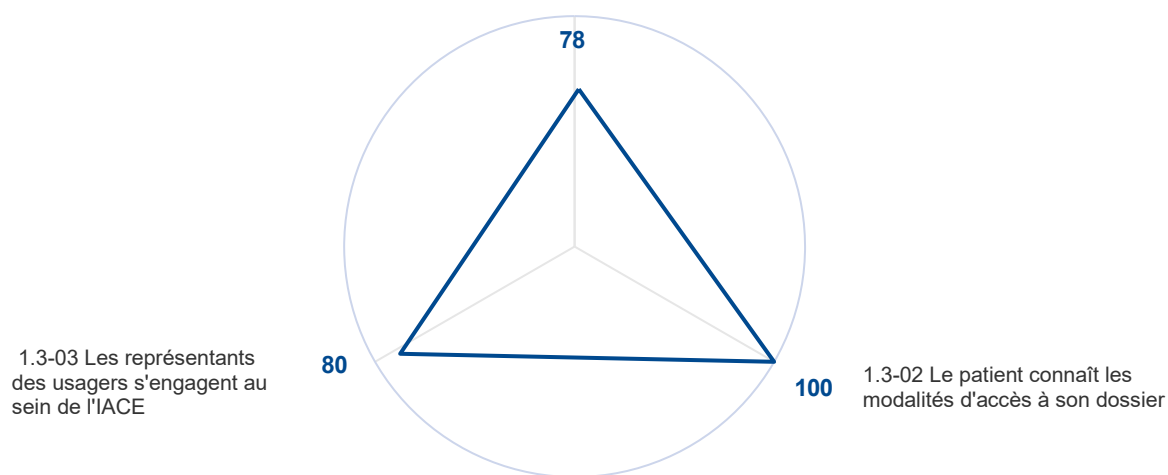
Objectif 1.2 : Le respect des droits du patient



Critères		
1.2-01	Le patient bénéficie du respect de son intimité, de sa dignité et de la confidentialité	80%
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

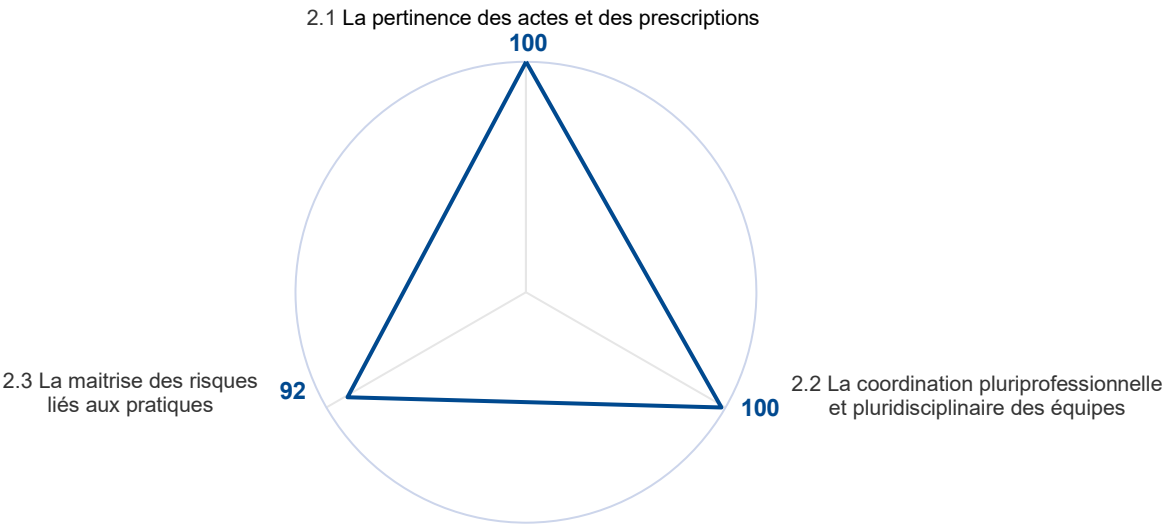
1.3-01 Le patient est invité à exprimer sa satisfaction



Score de l'objectif **86%**

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	100%
1.3-03	Les représentants des usagers s'engagent au sein de l'IACE	80%

Chapitre 2 : L'équipe



Score du chapitre **97%** 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	92%

Synthèse chapitre 2

Un projet de prise en charge personnalisé est réalisé, lors des différentes consultations chirurgicales. 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.

La mise en place d'une démarche de réflexion éthique constitue un des axes de la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Un comité éthique pluridisciplinaire est opérationnel, au sein de l'établissement. Plusieurs thématiques ont été abordées, notamment la notion de contention, la bientraitance, les cicatrices postopératoires. Ces situations peuvent faire l'objet d'une analyse collégiale et argumentée à l'aide de la grille d'aide à la réflexion éthique (COZ), notamment pour certaines situations complexes telles que l'addiction à la chirurgie esthétique.

Par ailleurs, une charte éthique intégrant les principes de bientraitance, de confidentialité et de respect du consentement éclairé a été élaborée. Elle est présentée en Commission des Usagers (CDU) et diffusée auprès des professionnels, qui s'engagent à la respecter par la signature d'un formulaire d'engagement. Enfin, les questionnements éthiques font l'objet d'échanges réguliers et sont abordés lors de chaque réunion de la Commission Médicale d'Établissement (CME).

Le dossier patient est 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. Des photographies réalisées avant et après chirurgie sont intégrées au dossier et une autorisation de droit à l'image renseignée.

Le chirurgien, Président de CME, est le responsable de la régulation des activités du bloc opératoire. Une réunion hebdomadaire associant l'ensemble des professionnels concernés planifie l'activité chirurgicale.

La check-list « Sécurité au bloc opératoire » est systématiquement réalisée selon les bonnes pratiques. À la suite de plusieurs audits, elle a fait l'objet d'une révision afin d'être mieux adaptée aux pratiques interventionnelles de l'établissement.

Par ailleurs, un audit des procédures de go / no go a été réalisé montrant une conformité des prises en charge.

Des indicateurs d'activité spécifiques au bloc opératoire ont été définis, notamment le nombre d'interventions, les différents types de chirurgie, le taux d'occupation des salles et le taux de conversion consultation / intervention chirurgicale.

Par ailleurs, des audits mensuels de dossiers portant sur la qualité de la traçabilité aux différentes étapes de la prise en charge (identitovigilance, consentements, respect des droits des patients, évaluation et prise en charge de la douleur, prévention du risque infectieux, organisation de la sortie ainsi que traçabilité des appels pré et post opératoires) sont réalisés.

Les résultats de ces audits mettent en évidence une amélioration progressive des pratiques.

Un compte rendu opératoire est donné lors de la consultation post opératoire, une lettre de liaison d'entrée et de sortie sont remis aux patients. Ces documents sont intégrés au DMP et envoyés au médecin traitant, selon l'accord du patient. Le praticien a accès au dossier médical de mon espace santé du patient (DMP). Le score de Chung, réalisé lors de la sortie du patient est en cours de mise en place, par du personnel formé.

L'établissement ne dispose pas de pharmacie à usage intérieur (PUI). Il a signé une convention avec une pharmacie d'officine, pour la dispensation des médicaments. Un bilan annuel de la collaboration et du partenariat avec la pharmacie d'officine est réalisé. 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 équipes respectent les bonnes pratiques de prescription et d'administration des médicaments avec traçabilité informatique.

Les médicaments sont stockés dans l'armoire à médicaments, dans des réfrigérateurs dédiés, dans le kit de secours salarié (comprenant le traitement en cas d'AES) ainsi que le sac d'Urgence.

Les bonnes pratiques de stockage et de sécurisation des médicaments sont respectées. Toutefois, un défaut de sécurisation concernant des solutés de glucose à 5 % et de chlorure de sodium à 0,9 %, initialement stockés sur une étagère, a été identifié. Cette non conformité a été immédiatement corrigée par la mise en place d'un lieu de stockage sécurisé.

Les modalités de dotation et de gestion des médicaments sont formalisées. Les médicaments thermosensibles sont conservés, dans deux enceintes réfrigérées dont la température est contrôlée et enregistrée par des thermomètres connectés, avec alarme sur le téléphone portable du chirurgien.

La surveillance des dates de péremption des médicaments est assurée et tracée mensuellement. Les procédures de commande et de stockage des médicaments sont rédigées et connues des professionnels. Cependant, la procédure relative à la gestion des stocks et des situations de rupture reste

à formaliser, en lien avec la pharmacie d'officine.

Des audits du circuit du médicament ont été réalisés en juin 2025, septembre 2025 et mars 2026, avec mise en place de plans d'actions d'améliorations. Une liste de médicaments à haut risque (MHR) est déterminée, ils sont identifiés par un logo et font l'objet d'une vigilance spécifique.

Les professionnels sont formés au risque d'erreur médicamenteuse par le pharmacien d'officine et par la Responsable Qualité. Des quizz et des mises en situation sous forme de jeux de rôle ont permis d'évaluer l'appropriation des connaissances des professionnels.

Une RMM sous forme de jeu de rôle, concernant l'administration de médicaments périmés a été réalisée en Aout 2025. Cet exercice a permis d'évaluer le fonctionnement de l'organisation, d'identifier les axes d'amélioration et de définir un plan d'actions associé.

Par ailleurs, les erreurs médicamenteuses et événements indésirables liés aux médicaments sont déclarés et analysés afin de renforcer la sécurité de la prise en charge médicamenteuse.

Le risque infectieux est maîtrisé. Le patient reçoit lors des consultations préalables, les 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. Un autoclave dont la maintenance est assurée permet le traitement de matériels chirurgicaux. Les professionnels sont formés à son utilisation.

Le bionettoyage de la salle d'intervention et des différents locaux avec traçabilité est réalisé par des professionnels formés. De nombreux protocoles concernant le risque infectieux au bloc opératoire sont disponibles, dans la gestion documentaire.

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. Un protocole concernant les Accidents d'Exposition au Sang (AES) et un kit de prise en charge sont disponibles.

La surveillance environnementale (surface, air, eau) et qualification de la salle d'opération est assurée par des prestataires conventionnés.

Le circuit des DASRI est conforme aux règles de tri et d'hygiène. Tous les DM souillés sont conditionnés dans des sacs jaunes fermés et entreposés dans le local prévu et sécurisé. Une société conventionnée assure l'évacuation régulière des DASRI.

L'IACE a signé des conventions de coopération sanitaire avec des établissements de santé du territoire concernant l'orientation des patients relevant d'un service d'accueil et de traitement des Urgences et d'un service de Réanimation.

Le numéro d'Urgence Vitale est affiché et connu des professionnels. Il permet de contacter le médecin compétent qui, selon le degré d'urgence, sollicite le SAMU Centre 15. Un sac d'Urgence Vitale scellé est disponible, accessible et fait l'objet de vérifications régulières

Un défibrillateur automatisé externe (DAE) est installé dans le hall d'accueil. Il est connecté et son bon fonctionnement est assuré et signalé par la société prestataire directement au chirurgien esthétique.

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 et procédures sur des conduites à tenir sont rédigées : choc anaphylactique, intoxication aux anesthésiques locaux, différentes situations d'urgence...

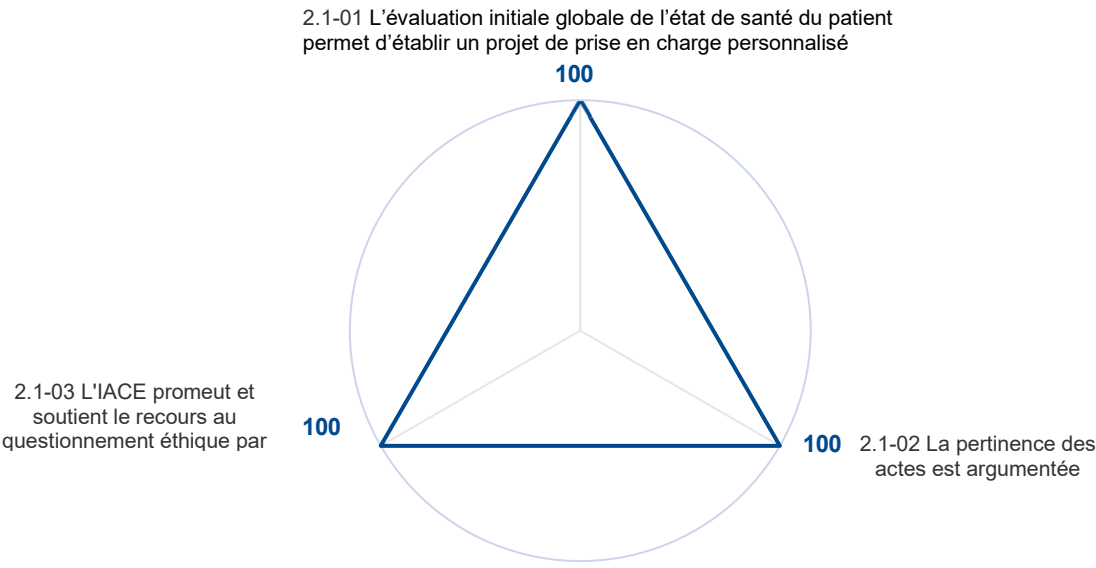
Un exercice de simulation a été réalisé avec un médecin anesthésiste. Toutefois, l'efficacité du dispositif de prise en charge des urgences vitales n'a pas été évaluée. Aucun retour d'expérience n'a été formalisé et aucune action d'amélioration n'a été mise en place à l'issue de cet exercice.

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 informatique. Des dossier papiers sont disponibles comme solution dégradée, en cas de cyberattaque.

Objectif 2.1 : La pertinence des actes et des prescriptions



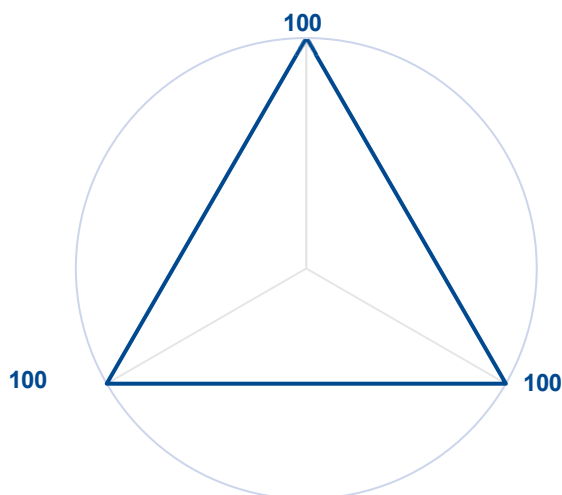
Score de l'objectif **100%**

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

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

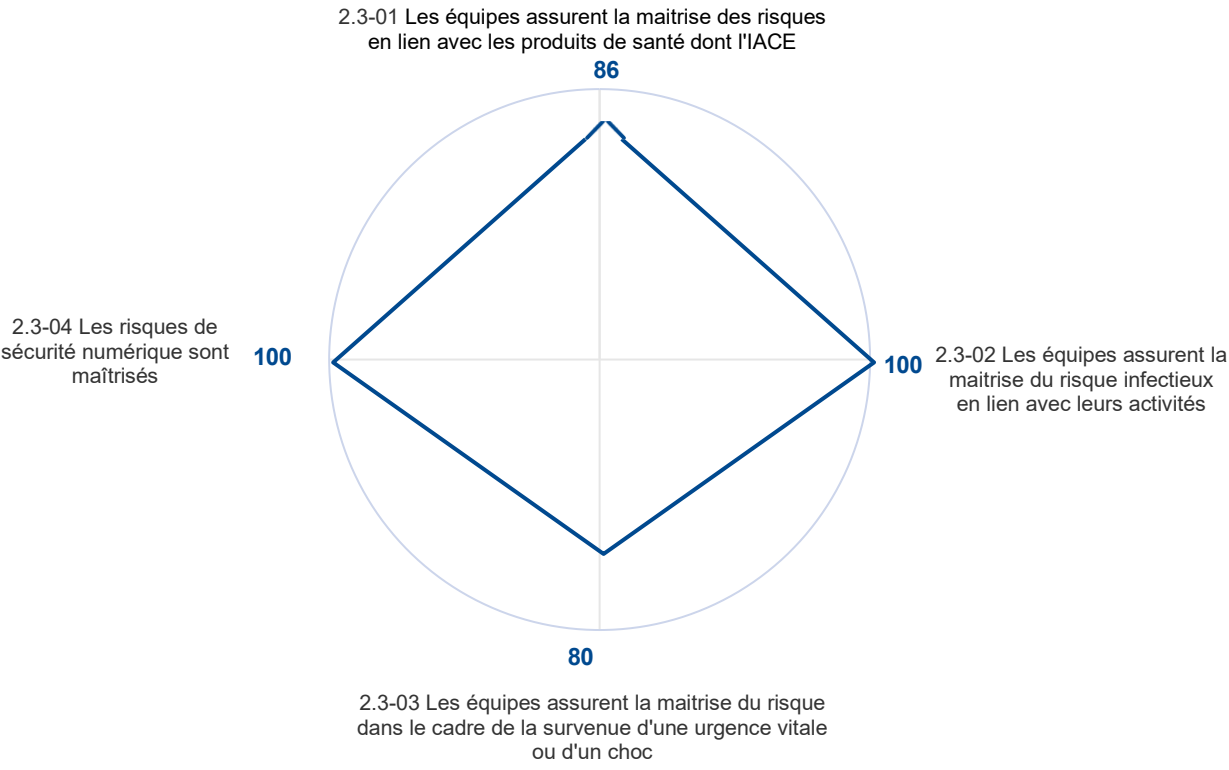


2.2-02 Les équipes sécurisent l'activité interventionnelle au bloc opératoire

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%

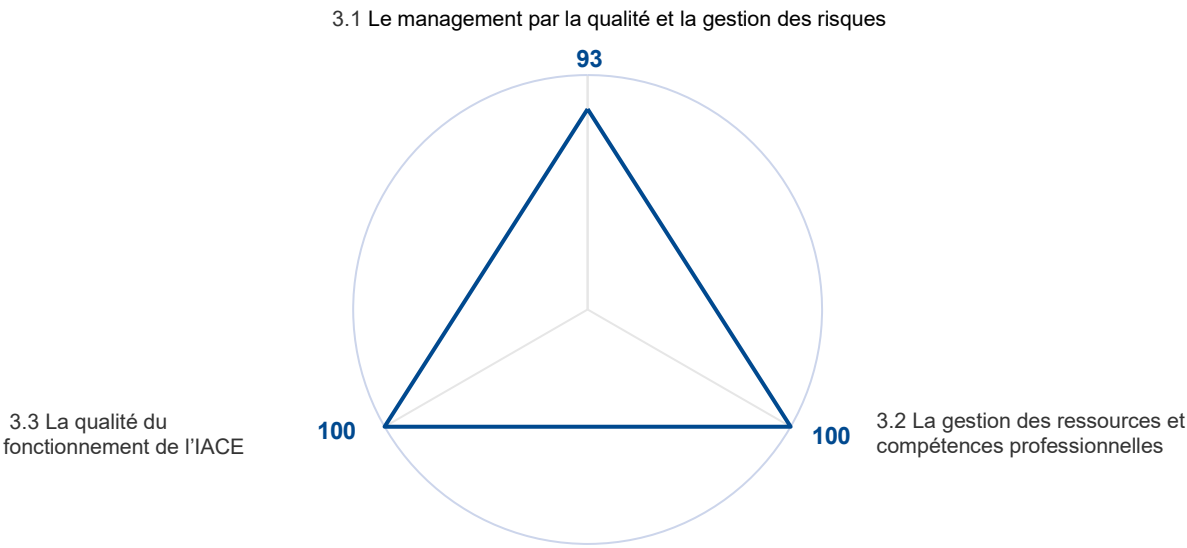
Objectif 2.3 : La maitrise des risques liés aux pratiques



Score de l'objectif **92%**

Critères		
2.3-01	Les équipes assurent la maitrise des risques en lien avec les produits de santé dont l'IACE dispose	86%
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	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 au sein de l'établissement.

Le Comité de pilotage de la qualité et de la gestion des risques (COPIL Qualité Risques) constitue l'instance stratégique : il impulse la politique qualité, coordonne la gestion des risques et analyse les événements indésirables. Il assure également les missions relevant du CLIN, du CLUD ainsi que des différentes vigilances sanitaires.

Un comité de pilotage de la certification est par ailleurs en place afin d'accompagner la démarche de certification.

La Commission des Usagers (CDU) comprend une Représentante des Usagers, ancienne patiente, impliquée dans la démarche qualité, ainsi que les médiateurs médicaux et non médicaux, contribuant à la prise en compte de l'expérience et des droits des patients.

La politique qualité et gestion des risques 2024-2029 décrit la démarche d'amélioration continue de l'établissement. Elle s'inscrit dans des objectifs stratégiques visant la qualité des soins, la sécurité des patients, l'amélioration continue des pratiques, ainsi que la transparence et la traçabilité des actions mises en œuvre.

Les axes majeurs de cette politique reposent sur la cartographie, la maîtrise et l'optimisation des processus, notamment par la standardisation des prises en charge et l'amélioration continue de la qualité de la prise en charge des patients.

Cette démarche intègre les principes de bientraitance, le respect des droits des patients, la participation des usagers et la sécurisation des parcours de soins, la lutte contre les infections associées aux soins, la gestion des risques liés à la prise en charge des patients, des risques professionnels et de la qualité de vie au travail (QVT), ainsi que des risques techniques et environnementaux.

Cette démarche d'amélioration continue s'appuie sur la réalisation d'audits et d'évaluations, l'analyse des événements indésirables et des actions d'amélioration, avec la mise en place et le suivi continu d'indicateurs qualité.

Ces objectifs 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. Mais la culture de sécurité n'a pas été évaluée auprès des professionnels ne permettant pas l'appréciation du niveau de son appropriation au sein des équipes.

L'ensemble des locaux est sécurisé et placé sous alarme. L'accès aux locaux est contrôlé par badge nominatif, avec des droits attribués aux professionnels, en fonction de leurs habilitations.

Un Plan SSE (Santé, Sécurité, Environnement) évaluant les risques environnementaux a été formalisé. Il prévoit notamment la mise en place d'une cellule de crise ainsi que des fiches réflexes adaptées aux situations à risque.

Des exercices de simulation ont été organisés, portant sur une cyberattaque et sur la prise en charge d'un choc anaphylactique, avec analyse a posteriori et retour d'expérience (Retex).

Le comité de Pilotage du Développement Durable a élaboré une politique environnementale structurée, axée en particulier sur la gestion et le tri des déchets, la suppression des usages uniques, l'amélioration de la performance énergétique de la structure avec l'installation d'une pompe à chaleur, la mise en place d'une organisation domotique des éclairages et du chauffage, éclairage LED avec détecteurs de présence, ainsi que la suppression des bouteilles d'eau à usage unique (achat en cours d'une fontaine d'eau).

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'IACE a identifié ses besoins en compétence et effectifs médicaux et paramédicaux. L'ensemble des professionnels intervenant au sein de la structure est titulaire des diplômes et qualifications requis pour l'exercice de leur activité. Les fiches de postes sont formalisées. Afin d'assurer la continuité, la qualité et la sécurité des soins en cas de manque d'effectifs, des modalités organisationnelles adaptées sont prévues, incluant un plan de continuité de l'activité en mode dégradé.

Un livret d'accueil du personnel est disponible ainsi qu'une check-list et un parcours d'intégration. L'établissement a recours de manière limitée à des professionnels remplaçants mais leur intégration est assurée.

Des discussions collectives sont organisées à l'initiative de la direction, avec un temps de parole partagé, portant notamment sur l'organisation du travail. Une assemblée générale s'est tenue en janvier 2026. Elle a porté sur le projet d'établissement, le développement et la pérennisation de l'activité, ainsi que sur les ressources humaines et le climat social.

Des entretiens professionnels individuels annuels sont réalisés et intègrent l'identification des besoins en

formation. Par ailleurs, un baromètre social a été mené afin d'évaluer le ressenti des professionnels. Des avantages sociaux sont accordés aux salariés, comprenant notamment une prime de Noël, des titres-restaurant, une mutuelle santé, ainsi que des temps de restauration collective organisés deux fois par an.

Le Document Unique sur les Risques Professionnels est formalisé. Une analyse de situations de risques professionnels a priorisé les actions de prévention appropriées. Des mesures d'amélioration ont été mises en place, en particulier l'intervention d'un ergonome du travail.

L'établissement a mis en place des actions de prévention des conflits et des risques psychosociaux en collaboration avec le service de santé au travail, incluant la possibilité de recours à l'infirmière de santé au travail et à la psychologue du travail.

L'établissement est en lien avec le service de santé au travail. L'ensemble des professionnels bénéficie des visites médicales obligatoires réglementaires. Par ailleurs, ils ont accès à la vaccination gratuite, délivrée par la pharmacie d'officine partenaire.

Les recommandations de bonnes pratiques sont formalisées et accessibles sous la forme de protocoles et de procédures, intégrés au système de gestion documentaire de l'établissement. Tout nouveau document est diffusé et présenté à l'ensemble des professionnels. Une fiche de prise de connaissance est utilisée afin d'assurer la traçabilité de l'information et de l'appropriation des contenus.

De nombreux indicateurs de pratiques cliniques et d'activité relatifs à la prise en charge du patient sont recueillis. Ils concernent notamment les indicateurs de qualité et d'activité au bloc opératoire, les analyses de dossiers, les patients et parcours traceurs, le circuit du médicament, le risque infectieux, l'analyse des événements indésirables, ainsi que l'exploitation des questionnaires de satisfaction des patients.

Ces indicateurs sont regroupés au sein d'un tableau de bord et font l'objet d'un suivi régulier en Comité de Pilotage.

Le formulaire de déclaration des événements indésirables est disponible en format papier et les professionnels ont été formés à la déclaration des événements indésirables. L'analyse de ces événements est réalisée de manière collective, selon la méthode ALARM. La gestion des plaintes et réclamations des patients est organisée au sein de l'établissement. Le patient est informé des suites données à sa plainte, des déclarations effectuées ainsi que des actions correctives mises en place.

La procédure de déclaration des événements indésirables graves associés aux soins (EIGS) sur le portail national est formalisée. Aucun EIGS n'a été déclaré depuis l'ouverture de la structure.

Le Projet d'Etablissement 2024-2029 de la Clinique 55 définit les orientations stratégiques en matière de gouvernance, de politique qualité et de sécurité des soins.

Il précise également les objectifs, les priorités d'action ainsi que les engagements de l'établissement, en cohérence avec le développement de l'activité et l'amélioration continue de la prise en charge des patients. L'établissement participe à des actions de recherche clinique médicale dans le cadre de conventions de partenariat portant sur la collecte de tissus humains.

L'ensemble des matériels et équipements fait l'objet d'une maintenance régulière, conformément aux exigences de sécurité et de fonctionnement.

Les prestations externalisées, faisant l'objet de conventions (nettoyage des vitres, support informatique, enlèvement des DASRI...), sont suivies.

Les locaux sont conformes aux exigences réglementaires en matière de sécurité incendie, les professionnels sont formés aux procédures en vigueur.

Ils répondent également aux normes relatives à l'activité chirurgicale, avec des espaces adaptés à l'accueil des patients, une circulation fluide, ainsi que des conditions de travail adéquates pour les professionnels.

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

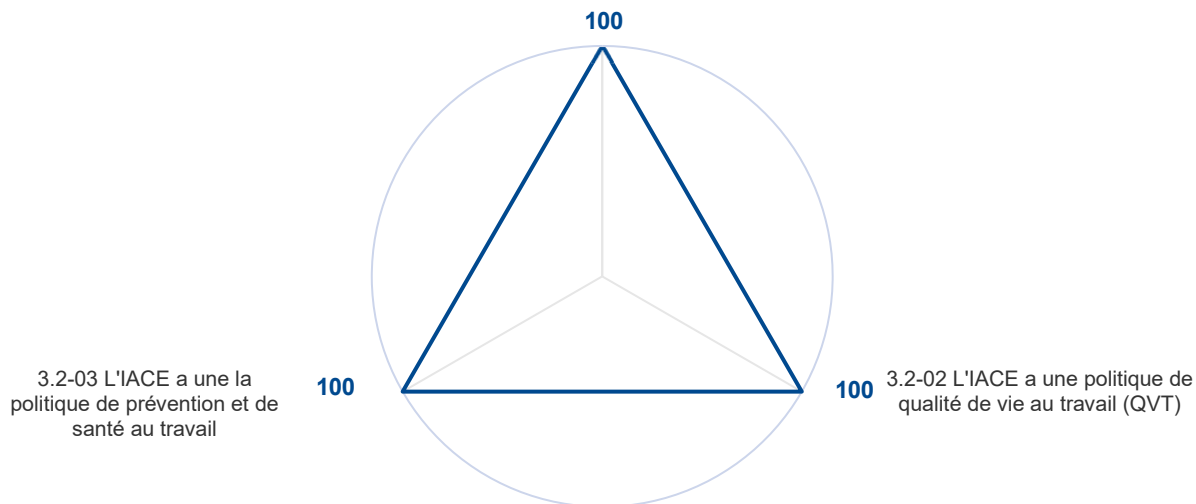
100

Score de l'objectif **100%**

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

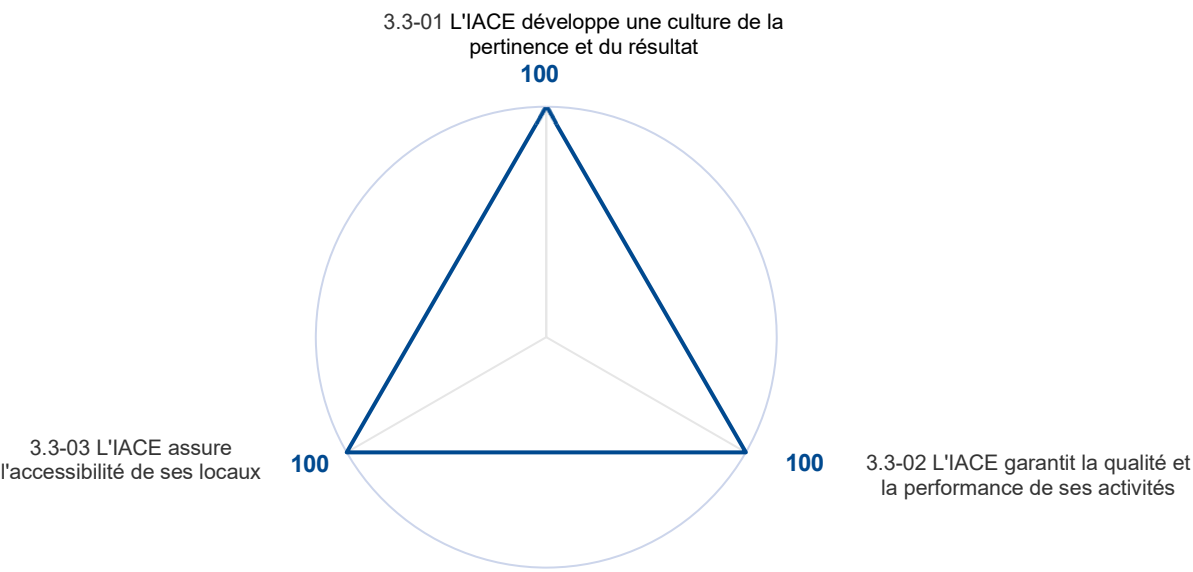
3.2-01 La gouvernance pilote l'adéquation des ressources humaines et la qualité et la sécurité des prises en charge



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'ACE a une politique de qualité de vie au travail (QVT)	100%
3.2-03	L'ACE 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

