



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

MESURER

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

RAPPORT DE CERTIFICATION

Clinique Eiffel Carré d'Or

6, Square Pétrarque 75116 Paris



Validé par la HAS en Octobre 2025

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



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

Sommaire

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

Préambule

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

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

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

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

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

| ... et sur des méthodes

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

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

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

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

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

Décision

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

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

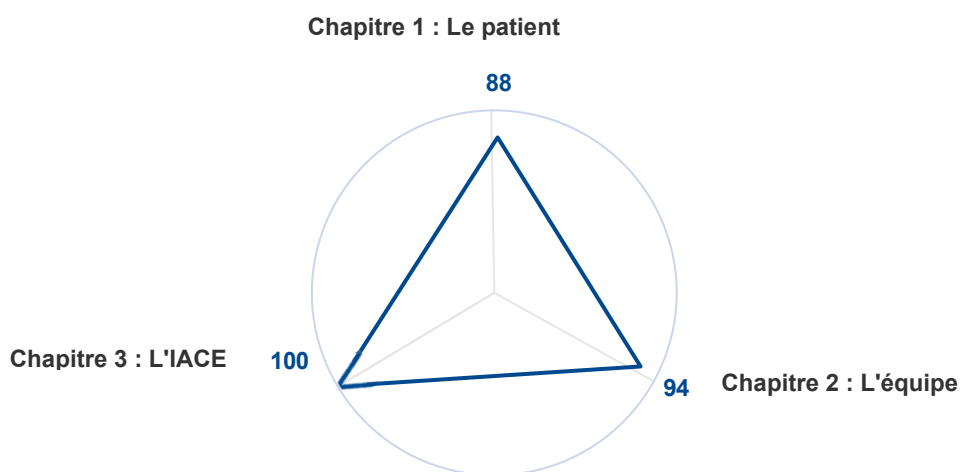
En l'espèce, au vu des éléments mentionnés dans le présent rapport, la Haute Autorité de santé décide la certification de l'installation de chirurgie esthétique.

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

Présentation

Clinique Eiffel carré d'or	
Adresse	6, Square Pétrarque 75116 Paris
Département / Région	Paris / Île-de-France

Résultats

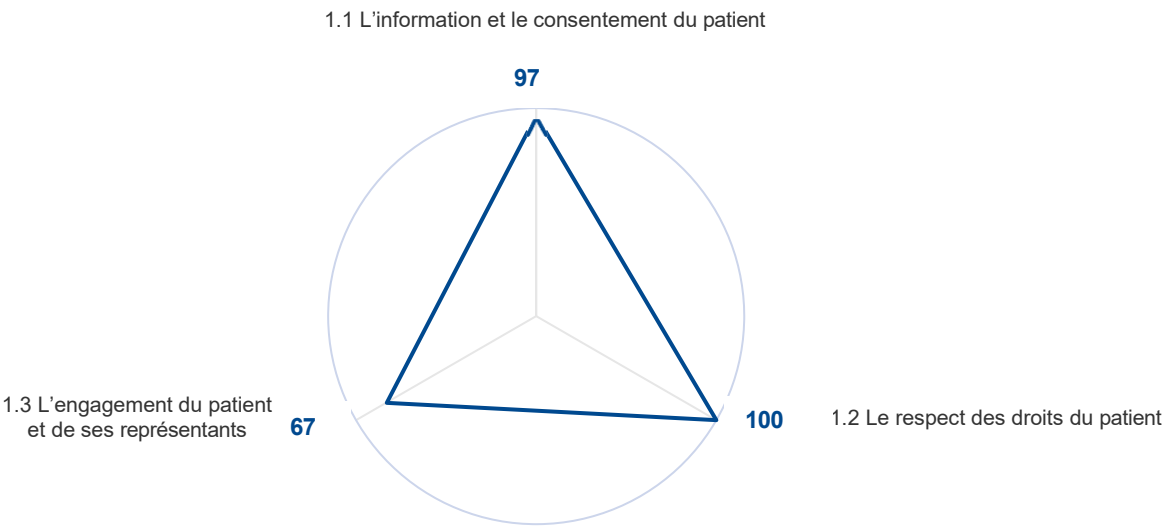


Score global de satisfaction aux attendus du référentiel **94%**

Chapitre		
Chapitre 1	Le patient	88%
Chapitre 2	L'équipe	94%
Chapitre 3	L'IACE	100%

Critères	Résultats des critères impératifs	Score
1.1-02	Le patient exprime un consentement libre et éclairé	100%
1.2-01	Le patient bénéficie du respect de son intimité, de sa dignité et de la confidentialité	100%
1.2-03	Le patient bénéficie de soins visant à anticiper ou à soulager rapidement sa douleur	100%
2.1-01	L'évaluation initiale globale de l'état de santé du patient permet d'établir un projet de prise en charge personnalisé	100%
2.2-02	Les équipes sécurisent l'activité interventionnelle au bloc opératoire	100%
2.3-01	Les équipes assurent la maîtrise des risques en lien avec les produits de santé dont l'IACE dispose	100%
2.3-02	Les équipes assurent la maîtrise du risque infectieux en lien avec leurs activités	100%
2.3-03	Les équipes assurent la maîtrise du risque dans le cadre de la survenue d'une urgence vitale ou d'un choc	100%
3.1-01	Un programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins décline les orientations qualité et sécurité des soins de l'IACE	100%

Chapitre 1 : Le patient



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

Objectifs		
1.1	L'information et le consentement du patient	97%
1.2	Le respect des droits du patient	100%
1.3	L'engagement du patient et de ses représentants	67%

Synthèse chapitre 1

Le patient est informé et exprime son consentement

Le patient reçoit systématiquement une information claire et adaptée sur son intervention, sur les soins post-opératoires et sur les dispositifs médicaux implantables utilisés. Cette information est tracée et retrouvée dans le dossier du patient. Les bénéfices et risques engendrés par l'intervention sont expliqués au patient lors des entretiens préopératoires et des fiches d'information émanant de la Société Française de Chirurgie Plastique Reconstructrice et Esthétique lui sont remises. Les patients signent un consentement éclairé qui n'est pas une décharge de responsabilité mais une reconnaissance d'information.

Un devis complet détaillant les prestations et honoraires est délivré et un délai minimum de quinze jours entre la réception de ce devis et l'intervention est respecté.

Le patient reçoit un livret d'accueil qui présente l'établissement, son fonctionnement et ses valeurs, et qui précise ses droits. Cependant, les patients rencontrés n'ont pas tous reçu le livret d'accueil avant l'hospitalisation.

La sortie est préparée en amont et les rendez-vous de suivi sont programmés.

Le respect du patient est constant à toutes les étapes de sa prise en charge

Les échanges avec les patients rencontrés ainsi que les observations ont mis en avant la prise en charge bientraitante ainsi que le respect constant de leur intimité et de leur dignité de la part des professionnels. De même, les équipements et les pratiques garantissent cette dignité, notamment en salle de surveillance post-interventionnelle qui dispose d'un rideau séparant les boxes.

La douleur est évaluée et un traitement antalgique est délivré. Des ordonnances d'antalgiques sont souvent données au patient avant son intervention, permettant de faciliter l'analésie dès le retour à domicile.

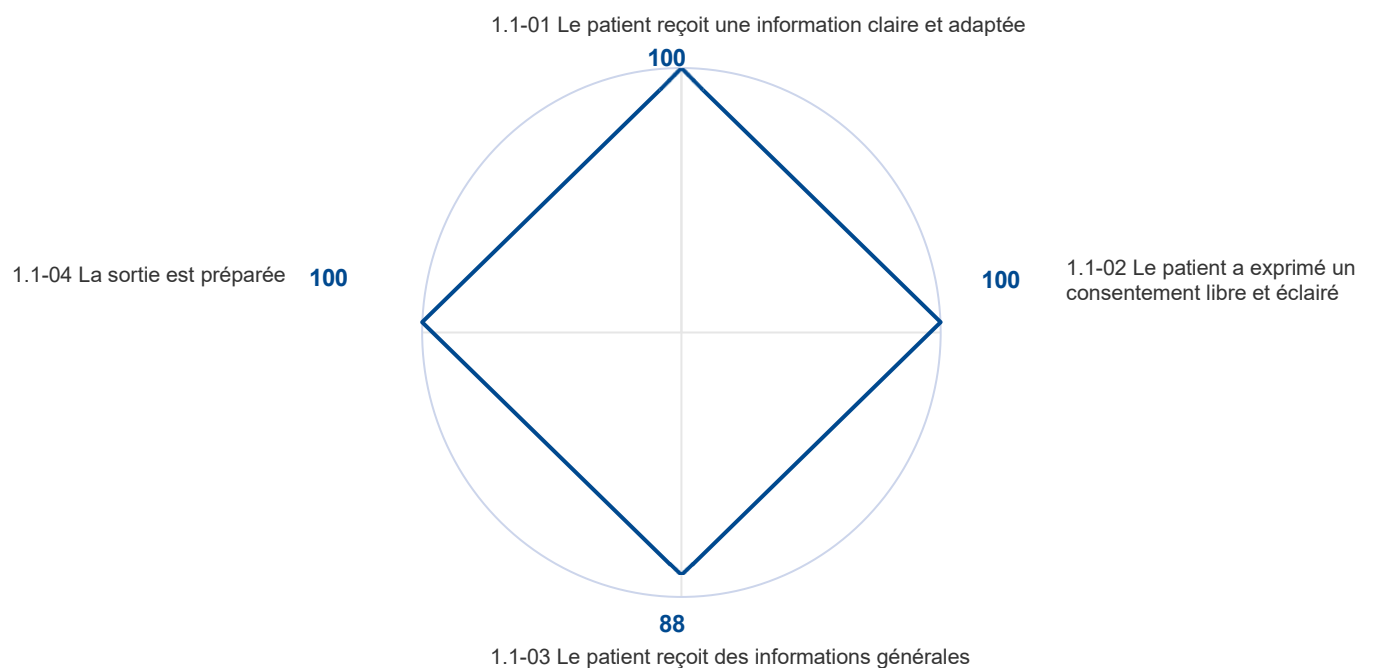
L'engagement du patient est recherché

Un questionnaire de satisfaction est remis à chaque patient et les réponses sont exploitées par l'établissement, mais les patients rencontrés ne connaissent pas la possibilité de déclarer un événement indésirable associé à leurs soins.

Le patient ne connaît pas toujours l'usage du dossier médical de « Mon Espace Santé ». L'établissement ne l'alimente pas. Cependant, il a été réactif puisque déjà avant la fin de la visite, une réflexion portant sur la manière de délivrer une meilleure information sur l'usage du DMP (Dossier Médical Partagé) était entreprise, ainsi qu'une information auprès des praticiens.

La Commission des Usagers se réunit régulièrement, mais les patients ne connaissent pas toujours son existence. Les représentants des usagers sont impliqués notamment dans la définition de la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et participent à la mise en place des actions d'amélioration faisant suite à des réclamations ou à la survenue d'événements indésirables.

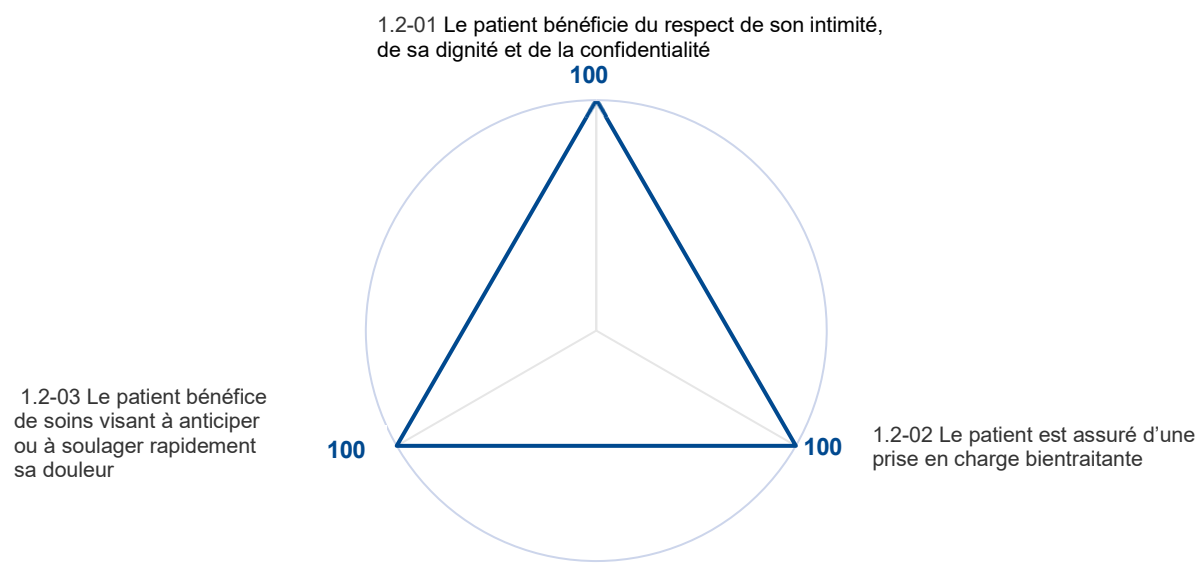
Objectif 1.1 : L'information et le consentement du patient



Score de l'objectif **97%**

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

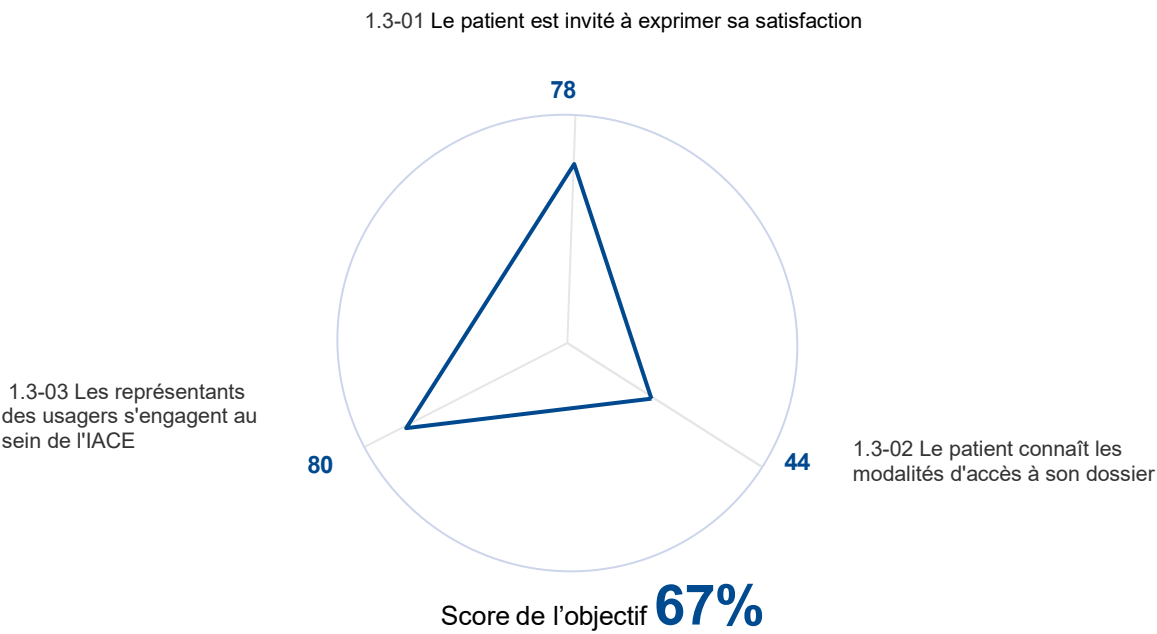
Objectif 1.2 : Le respect des droits du patient



Score de l'objectif **100%**

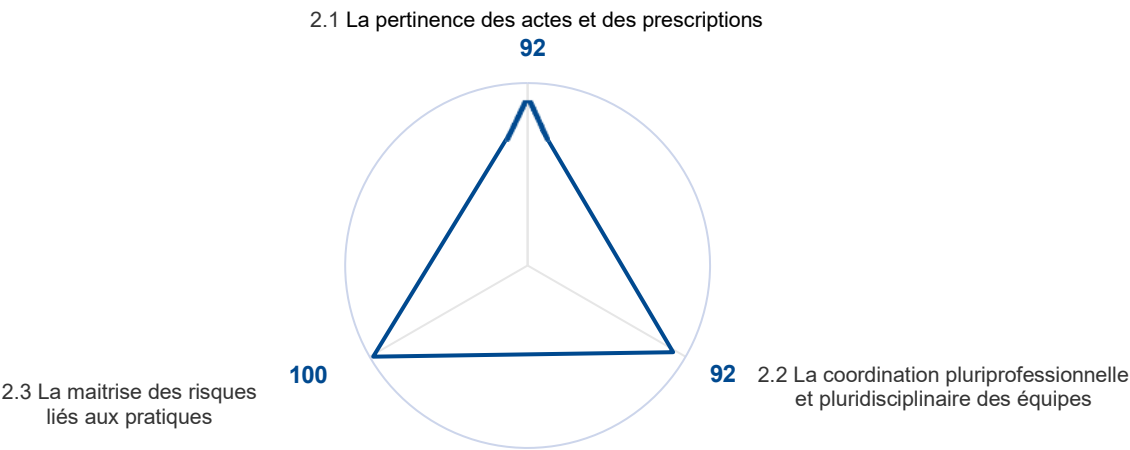
Critères		
1.2-01	Le patient bénéficie du respect de son intimité, de sa dignité et de la confidentialité	100%
1.2-02	Le patient est assuré d'une prise en charge bientraitante	100%
1.2-03	Le patient bénéficie de soins visant à anticiper ou à soulager rapidement sa douleur	100%

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



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	44%
1.3-03	Les représentants des usagers s'engagent au sein de l'IACE	80%

Chapitre 2 : L'équipe



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

Objectifs		
2.1	La pertinence des actes et des prescriptions	92%
2.2	La coordination pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire des équipes	92%
2.3	La maitrise des risques liés aux pratiques	100%

Synthèse chapitre 2

La pertinence des actes et des prescriptions est évaluée

Le patient est associé à la mise en œuvre de son projet de prise en charge initié dès la première consultation avec le chirurgien. L'addiction à la chirurgie esthétique est recherchée et en cas de dysmorphophobie, le patient est orienté vers un psychologue ou un psychiatre.

Les recommandations de bonnes pratiques font l'objet de protocoles qui sont régulièrement révisés, et leur diffusion est accompagnée parfois d'un livret explicatif. Les bénéfices et risques des différents dispositifs médicaux implantables sont partagés avec le patient. Les différents circuits (patients, professionnels, DMI, stupéfiants, fluides, stérilisation et déchets) sont formalisés sur des fiches synthétiques.

Une réflexion éthique est en place et les questionnements sont identifiés et font l'objet d'échanges collectifs.

Les différentes équipes sont coordonnées

Tous les éléments utiles à sa prise en charge sont retrouvés dans le dossier du patient, en cours d'informatisation. Les praticiens ne consultent pas le dossier médical de Mon espace santé.

L'activité du bloc opératoire est régulée. La check-list est réalisée conformément aux bonnes pratiques et fait l'objet d'audits réguliers.

La sortie est préparée en amont. Une lettre de liaison est remise le jour de la sortie, ainsi que les cartes d'implant. Le chirurgien et l'anesthésiste voient systématiquement les patients avant de valider la sortie.

Les risques liés aux pratiques sont maîtrisés

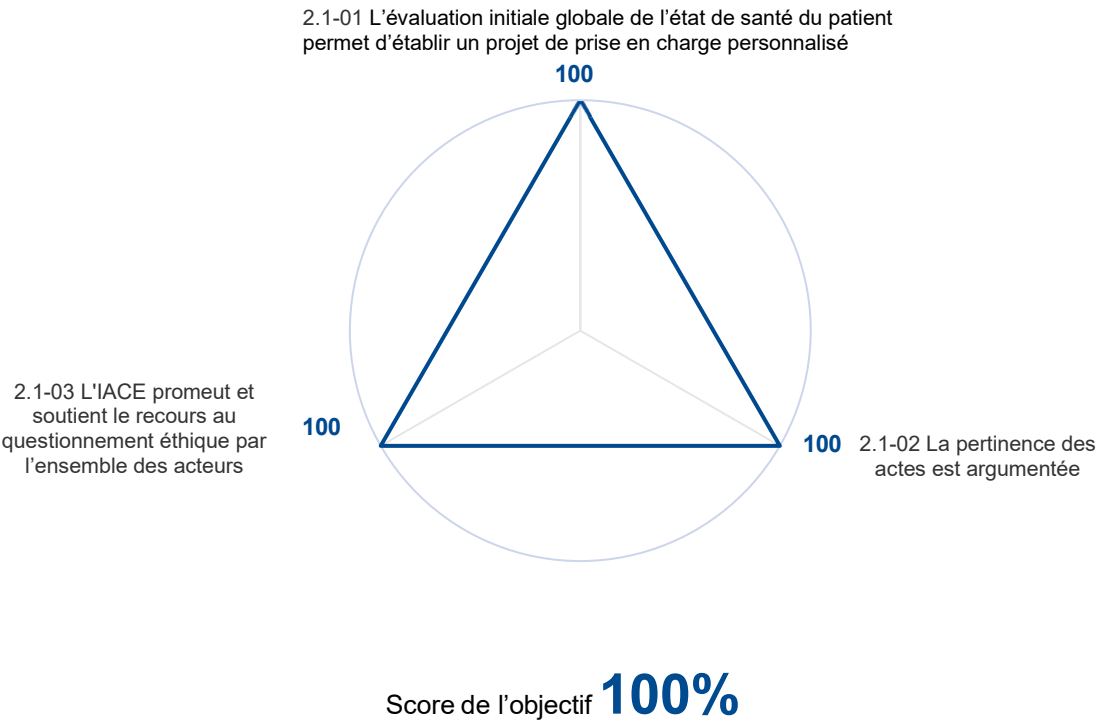
Toutes les étapes du circuit du médicament respectent les règles de bonnes pratiques, y compris concernant les médicaments à risque. Les dispositifs médicaux implantables sont tracés dans un registre.

Les bonnes pratiques en matière de prévention du risque infectieux sont globalement respectées et des audits sont réalisés (antibioprophylaxie, hygiène des mains, zéro bijoux, préparation cutanée de l'opéré).

La prise en charge de l'urgence vitale est maîtrisée. Un numéro d'appel unique et dédié est en place et les personnels sont formés et réalisent des exercices de simulation.

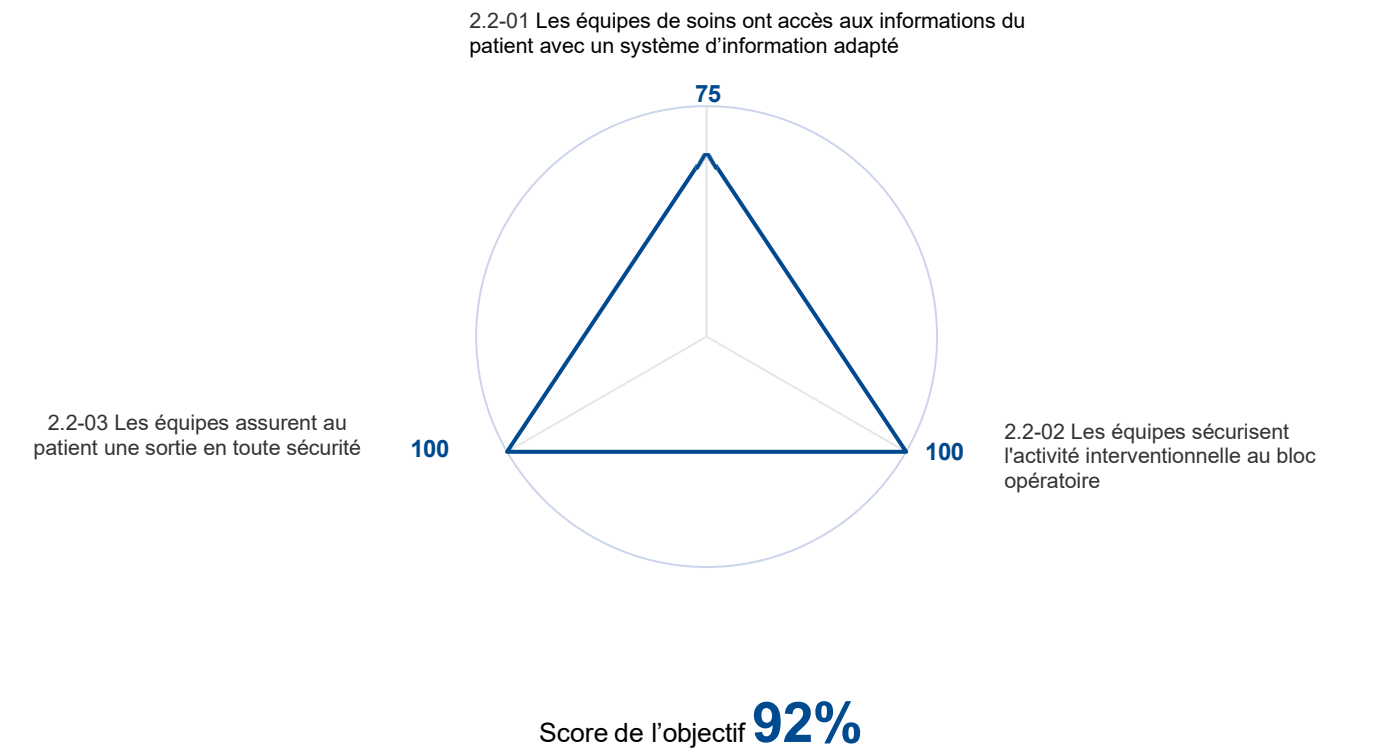
La sécurité numérique est assurée avec l'aide d'un prestataire extérieur joignable 24h/24 et la présence sur place d'un référent un jour par semaine. Cependant, les professionnels ne connaissent pas toujours la conduite à tenir face au risque de cyber malveillance.

Objectif 2.1 : La pertinence des actes et des prescriptions



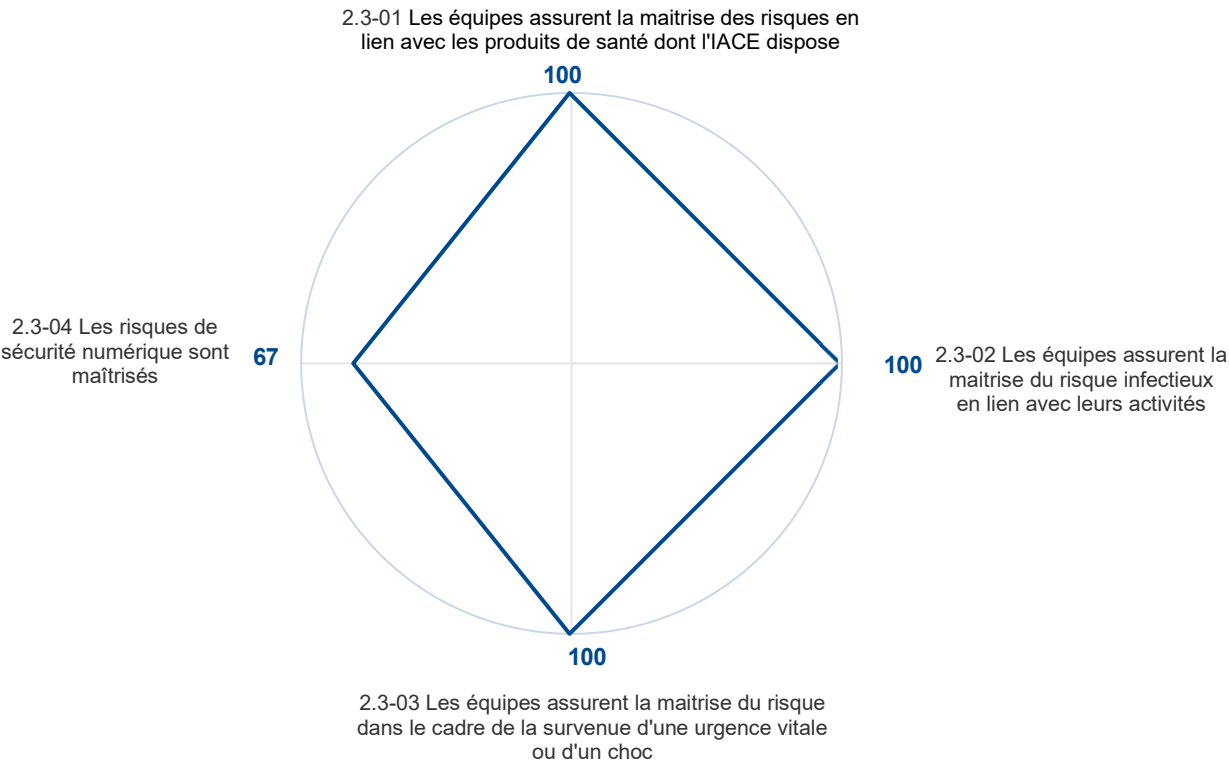
Critères		
2.1-01	L'évaluation initiale globale de l'état de santé du patient permet d'établir un projet de prise en charge personnalisé	100%
2.1-02	La pertinence des actes est argumentée	100%
2.1-03	L'ACE promeut et soutient le recours au questionnement éthique par l'ensemble des acteurs	100%

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	75%
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

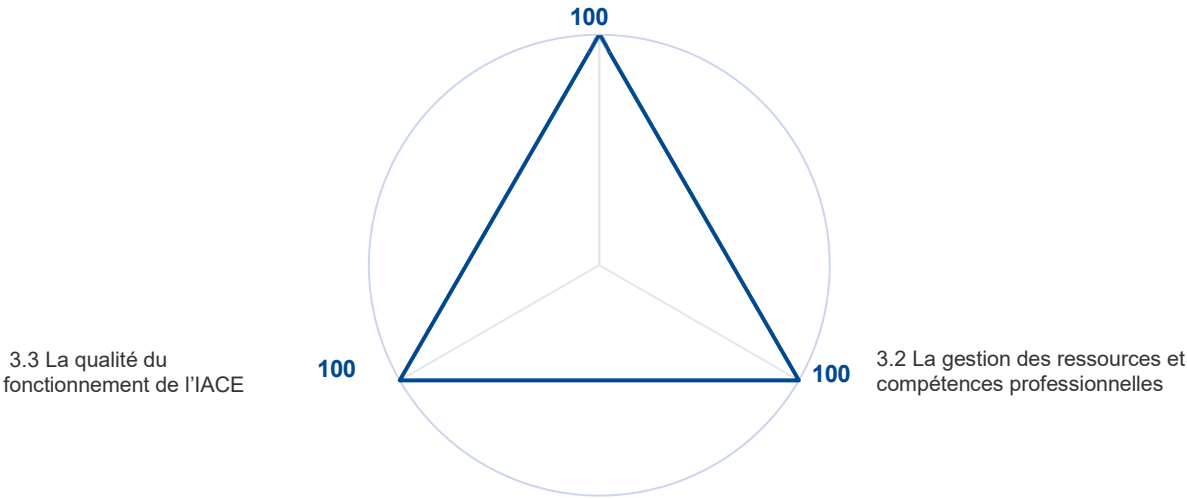


Score de l'objectif **92%**

Critères		
2.3-01	Les équipes assurent la maitrise des risques en lien avec les produits de santé dont l'IACE dispose	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	67%

Chapitre 3 : L'IACE

3.1 Le management par la qualité et la gestion des risques



Score du chapitre **100%** du score maximal

Objectifs		
3.1	Le management par la qualité et la gestion des risques	100%
3.2	La gestion des ressources et compétences professionnelles	100%
3.3	La qualité du fonctionnement de l'IACE	100%

Synthèse chapitre 3

L'établissement identifie ses risques et décline un plan d'amélioration de la qualité

Une politique qualité est rédigée et revue tous les cinq ans. Un plan d'actions permet de la mettre en œuvre et des pilotes sont désignés afin de superviser les actions d'amélioration qui en découlent. Il est alimenté au fil de l'eau par de multiples entrées et les représentants des usagers, les professionnels ainsi que la gouvernance sont impliqués dans son suivi et dans la mise en œuvre des actions d'amélioration.

Il comprend des actions issues de l'analyse des réclamations et de l'analyse des événements indésirables. Le comité de pilotage qualité largement ouvert à tous (vigilants praticiens, personnel...) se réunit une fois par mois et analyse les déclarations d'événements indésirables selon leur criticité (CREX ou RMM).

Les entrées de l'établissement sont surveillées et les patients disposent d'un coffre dans chaque chambre. Une charte de sécurité du système d'information définit les règles et les bonnes pratiques d'utilisation des outils numériques.

La gestion des ressources humaines et des compétences est assurée

Les diplômes des nouveaux professionnels sont toujours vérifiés. Des formations sont régulièrement assurées notamment lors des « Lundis d'Eiffel » qui ont lieu chaque mois. Un accompagnement et un livret d'accueil sont mis en place pour les nouveaux arrivants, y compris pour les chirurgiens (« Carnet de bord destiné aux chirurgiens »).

La qualité de vie au travail (QVT) est une valeur forte de l'établissement. Une politique sociale est rédigée tous les trois ans et un bilan social annuel est réalisé. Une réunion de service réunit les personnels chaque vendredi. De nombreuses actions sont mises en place dans un esprit de « bien vivre ensemble » (espace de relaxation avec pressothérapie, nombreux espaces de détente, moments de convivialité en extérieur...). Les risques professionnels sont identifiés (DUERP) et les personnels sont suivis par un service de médecine du travail externalisé.

La qualité des prises en charge est assurée

Les recommandations de bonnes pratiques sont actualisées et disponibles et des audits d'évaluation des pratiques sont réalisés régulièrement.

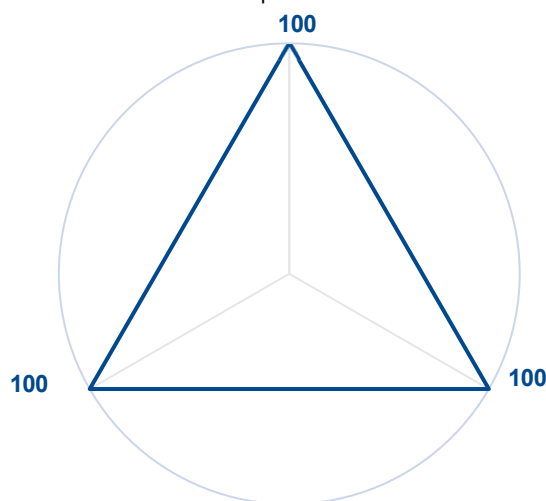
Un plan stratégique définit les orientations et il est réactualisé tous les trois ans. La maintenance des locaux et équipements, ainsi que les prestations (blanchisserie, restauration) sont externalisées et font l'objet d'un suivi régulier débouchant sur des actions d'amélioration.

Un avis favorable de la commission incendie a été délivré il y a moins de cinq ans et les locaux sont accessibles aux personnes vivant avec un handicap et conformes au regard de l'activité de l'établissement.

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

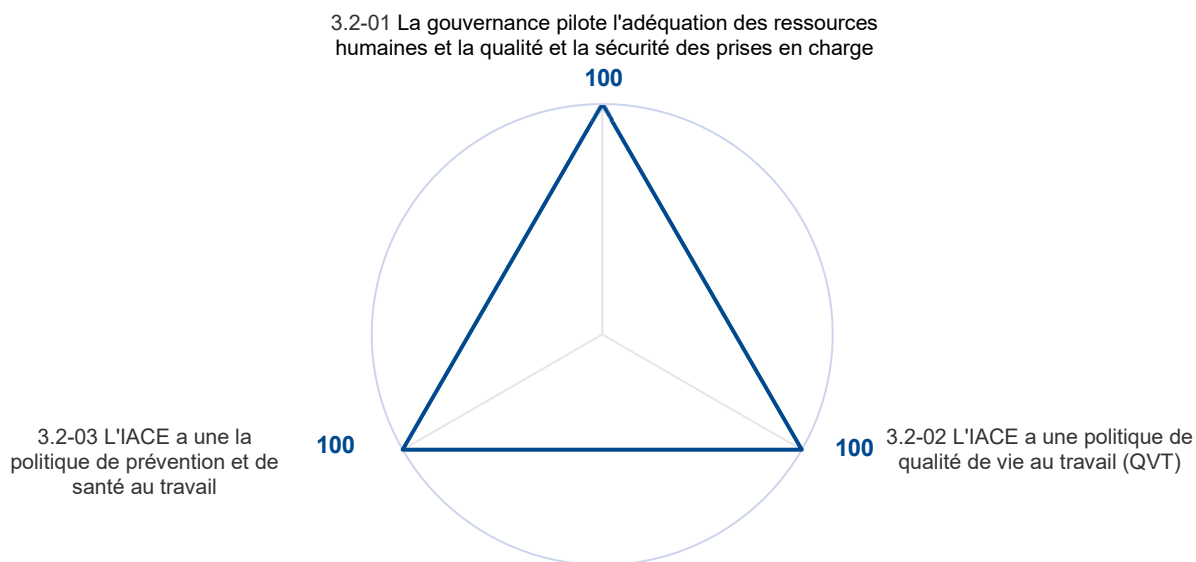


3.1-02 L'ACE développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins

Score de l'objectif **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	100%
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%

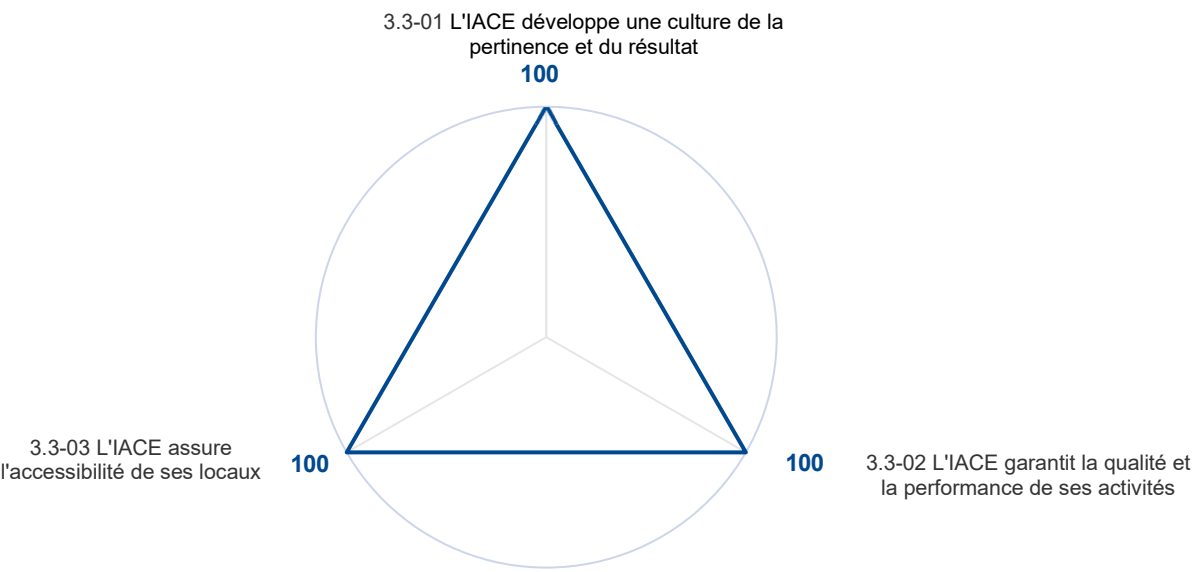
Objectif 3.2 : La gestion des ressources et compétences professionnelles



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

