



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

MESURER

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

**RAPPORT DE
CERTIFICATION**

HÔPITAL PRIVE DE LA LOIRE

39 boulevard de la palle
42030 Saint-Etienne



Validé par la HAS en Juin 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 – Juin 2025

Sommaire

Préambule	4
Décision	7
Présentation	8
Champs d'applicabilité	9
Résultats	10
Chapitre 1 : Le patient	11
Chapitre 2 : Les équipes de soins	13
Chapitre 3 : L'établissement	15
Table des Annexes	18
Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche	19
Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2025	20
Annexe 3. Programme de visite	24

Préambule

La certification, mission confiée à la Haute Autorité de Santé (HAS) par les ordonnances de 1996, est une procédure d'évaluation externe des établissements de santé publics et privés effectuée par des professionnels (des pairs) mandatés par la HAS : les experts-visiteurs. Cette procédure quadri-annuelle, indépendante de l'établissement et de ses organismes de tutelle, porte sur le niveau de qualité et de sécurité des soins délivrés aux patients. Obligatoire, elle est codifiée à l'article L6113-3 (et suivants) du code de la santé publique.

La certification constitue une des modalités de mesure de la qualité des soins en établissements de santé et vise l'appropriation des standards de la qualité par les établissements. Elle y favorise également la mise en œuvre d'une dynamique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Elle est une certification globale et non une certification de toutes les activités de l'établissement. En effet, le dispositif porte sur le fonctionnement global de l'établissement et n'a pas vocation à évaluer spécifiquement le fonctionnement de chaque secteur d'activité.

Elle fournit une évaluation de la qualité et de la sécurité des soins des établissements de santé aux usagers et aux Agences régionales de santé (ARS) sans se substituer aux inspections et contrôles de sécurité sanitaire menés par ces autorités de tutelle.

Cette démarche nationale est réalisée selon des standards internationaux : la procédure de certification est elle-même évaluée par l'International Society for Quality in Health Care via l'International Accreditation Program (IAP), le seul programme international qui accrédite les organismes qui accréditent des structures de soins. La HAS a obtenu de l'ISQua en 2018 le renouvellement de son accréditation pour son activité de certification.

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 établissement de santé est évalué sur les critères génériques, s'appliquant à tout l'établissement, ainsi que sur des critères spécifiques relevant :

- de populations spécifiques : enfant et adolescent, patient âgé, personne en situation de handicap,
- de modes de prise en charge spécifiques : ambulatoire, hospitalisation à domicile (HAD), SAMU-SMUR, urgences, soins critiques (soins continus, soins intensifs et réanimation)
- de secteurs d'activités spécifiques : chirurgie et interventionnel, maternité, psychiatrie et santé mentale, soins médicaux et de réadaptation (SMR), unité de soins de longue durée (USLD).

Ce référentiel, publié sur le site Internet de la HAS, comprend des critères ayant des niveaux d'exigence différents :

- des critères standards correspondent aux attendus de la certification;
- des critères impératifs correspondent à ce que l'on ne veut plus voir au sein d'un établissement de santé. Ils ont un impact particulier dans la décision de certification. En effet, si une évaluation de l'un de ces critères est négative pour un ou plusieurs de ses éléments d'évaluation, la HAS se réserve le droit de ne pas accorder la certification de l'établissement.
- des critères avancés correspondent à des exigences souhaitées mais non exigibles à ce jour. Ils correspondent potentiellement aux critères de certification de demain et sont valorisés pour les établissements qui peuvent y répondre sous condition d'un niveau minimal sur l'ensemble des critères standards et impératifs.

| ... et sur des méthodes

- des patients traceurs pour évaluer la qualité et la sécurité de la prise en charge d'un patient dans l'établissement de santé
- des parcours traceurs pour évaluer la continuité et la coordination de la prise en charge des patients, le travail en équipe et la culture qualité et sécurité au cours d'un parcours de soins défini
- des traceurs ciblés pour évaluer la mise en œuvre d'un processus ciblé
- des audits systèmes pour évaluer les organisations de l'établissement 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 structuré en 3 chapitres

Les résultats des évaluations réalisées durant une visite de l'établissement par des experts-visiteurs se traduisent dans un rapport de visite articulé en cohérence avec les 3 chapitres du référentiel.:

- Le premier chapitre concerne directement le résultat pour le patient. Tout au long de sa prise en charge, ses droits sont respectés, ses besoins spécifiques pris en compte de la même façon que ses attentes et ses préférences. Au-delà, l'engagement du patient est recherché. Son implication comme partenaire de sa prise en charge, tout comme celle de ses proches et aidants, est favorisée par l'expression de son point de vue sur son expérience et le résultat des soins.
- Le deuxième chapitre concerne les équipes de soins, à tous les niveaux. 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. Les analyses des événements indésirables associés aux soins, notamment les événements indésirables graves ainsi que des rapports de certification précédents conduisent à mettre un accent particulier sur le risque infectieux et le risque lié aux médicaments.
- Le troisième chapitre concerne l'établissement et sa gouvernance (direction et commission/conférence médicale d'établissement). Cette dernière favorise l'insertion territoriale en lien avec les autres acteurs de l'offre de soins et médico-sociale. Elle impulse une dynamique forte d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins qui associe et soutient les équipes, ainsi que les patients, représentants d'usagers et associations de malades.

Cette structuration permet l'analyse croisée entre le résultat pour le patient, les pratiques mises en œuvre par les équipes de soins et la dynamique impulsée par la gouvernance de l'établissement et du groupement, le cas échéant.

| Une décision et un rapport rendus publics

Sur la base du rapport de visite, complété d'éventuelles fiches d'anomalies et des observations de l'établissement, la HAS adopte le rapport de certification et rend une décision. La HAS peut prononcer trois types de décision :

- une décision de certification valable quatre ans qu'elle peut assortir d'une mention ;
- une décision de non-certification impliquant la mise en œuvre d'une nouvelle procédure dans un délai maximum de deux ans ;
- une décision de certification sous conditions ; une nouvelle procédure est alors programmée dans un délai compris entre six et douze mois. À l'issue de cette seconde procédure, la HAS constate si l'établissement a rempli les conditions pour être certifié. Elle prononce alors une décision de certification, avec ou sans mention, ou une décision de non-certification.

Le rapport et la décision sont publiés sur le site Internet de la HAS et communiqués à l'autorité de tutelle de l'établissement.

L'établissement doit en assurer la plus large diffusion interne. Il doit notamment la porter à la connaissance des instances délibérantes, de la commission ou conférence médicale d'établissement et de la commission des usagers.

Ce rapport de visite est produit par l'équipe des experts-visiteurs dans un délai d'une quinzaine de jour après la fin des évaluations et de la réunion de restitution, il est transmis à l'établissement pour que celui-ci puisse formuler ses observations. Il sera remis également à la HAS et fera partie des éléments de référence pour l'élaboration du rapport de certification

Décision

Au vu des éléments mentionnés dans le présent rapport, issus de la visite sur site, la Haute Autorité de santé décide la certification de l'établissement.

Présentation

HÔPITAL PRIVE DE LA LOIRE	
Adresse	39 boulevard de la palle 42030 Saint-Etienne Cedex 2 FRANCE
Département / Région	Loire / Auvergne-Rhône-Alpes
Statut	Privé
Type d'établissement	Établissement privé à but lucratif

Établissement(s) juridique(s) rattaché(s) à cette démarche (la liste des établissements géographiques se trouve en annexe 1)

Type de structure	N° FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Établissement juridique	420011405	SA HOPITAL PRIVE DE LA LOIRE	39 boulevard de la palle 42030 Saint-Etienne Cedex 2 FRANCE

Synthèse des activités réalisées par l'établissement au 2025

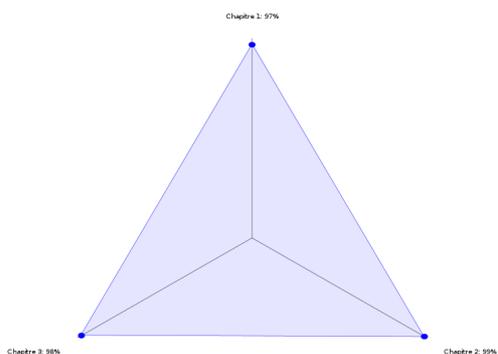
Vous trouverez en annexe 2 l'ensemble des activités réalisées par l'établissement.

Champs d'applicabilité

Champs d'applicabilité
Adulte
Ambulatoire
Chirurgie et interventionnel
Enfant et adolescent
Hospitalisation complète
Maladie chronique
Maternité
Médecine
Pas de situation particulière
Patient âgé
Patient atteint d'un cancer
Patient en situation de handicap
Patient en situation de précarité
Programmé
Soins critiques
Tout l'établissement
Urgences

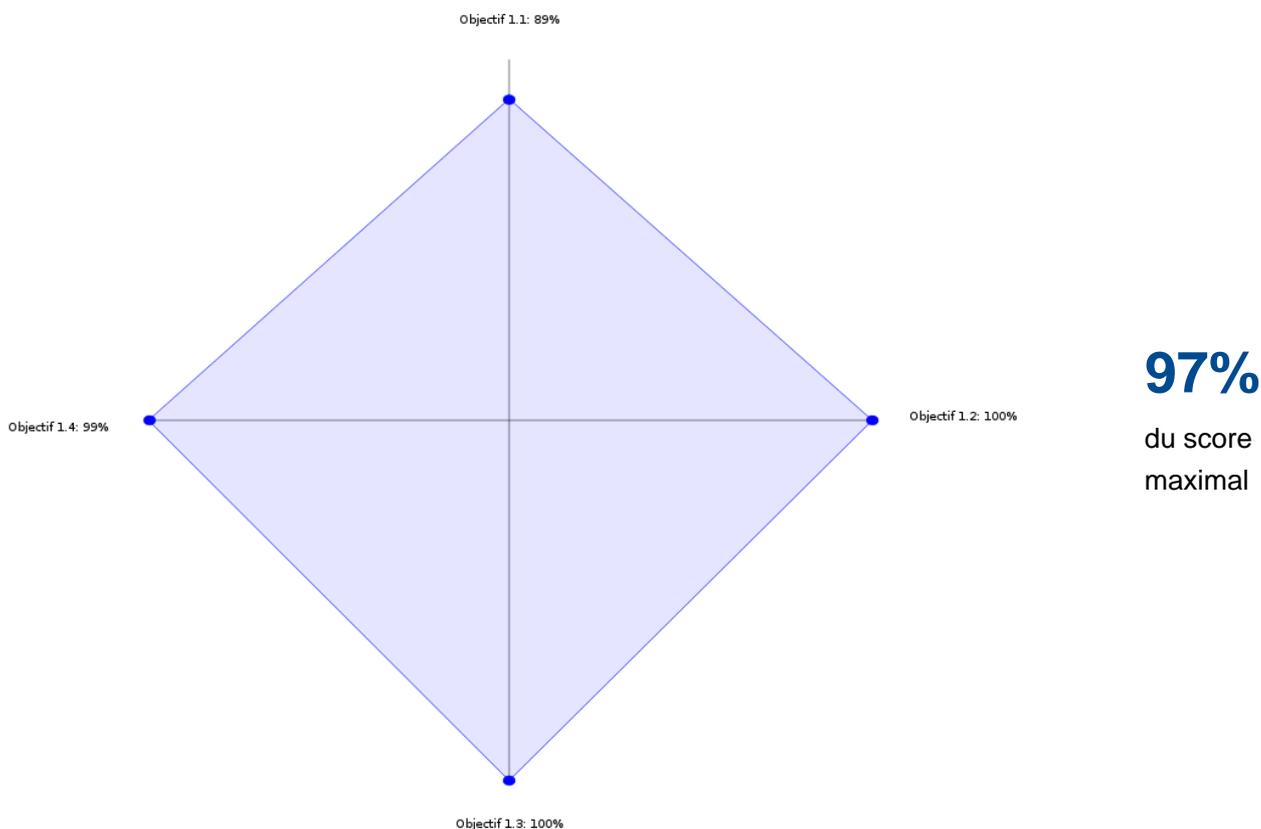
Au regard du profil de l'établissement, **115** critères lui sont applicables

Résultats



Chapitre	
Chapitre 1	Le patient
Chapitre 2	Les équipes de soins
Chapitre 3	L'établissement

Chapitre 1 : Le patient

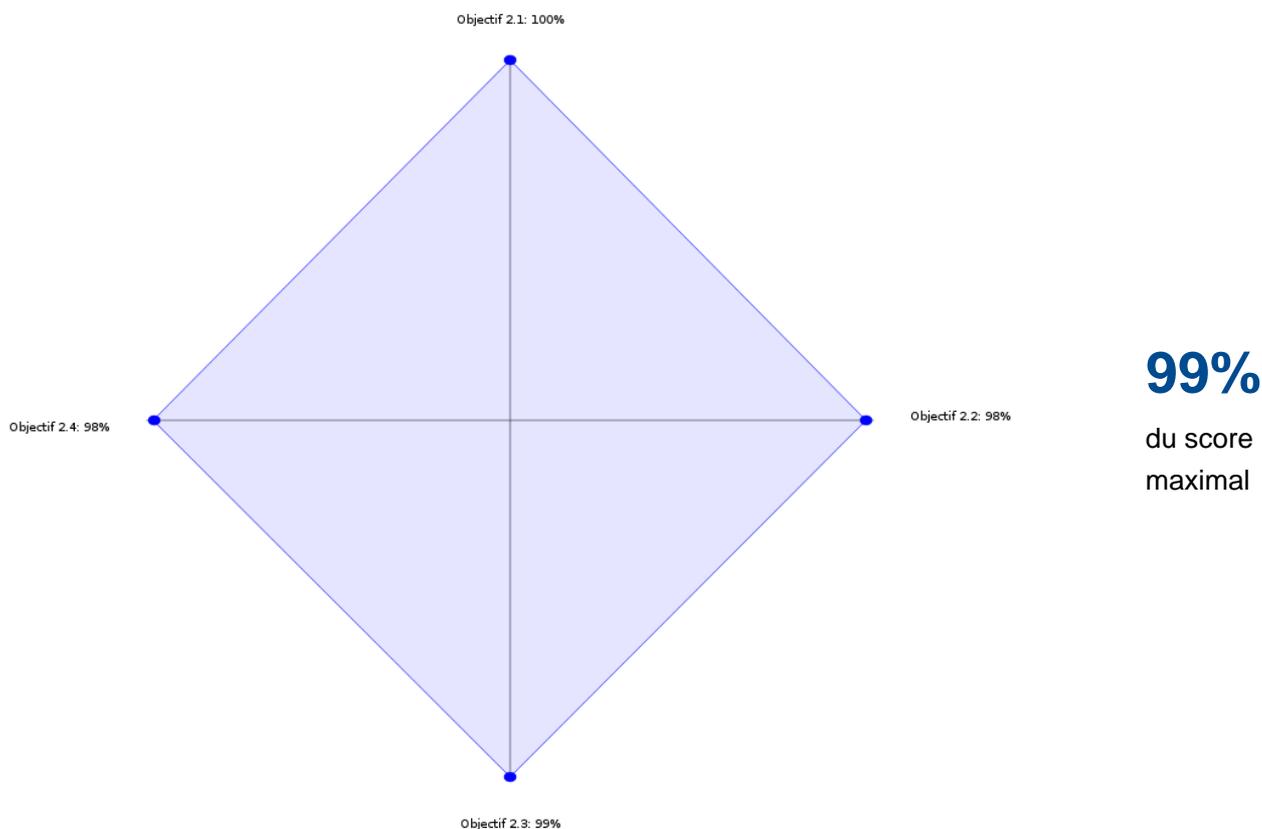


Objectifs		
1.1	Le patient est informé et son implication est recherchée.	89%
1.2	Le patient est respecté.	100%
1.3	Les proches et/ou aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins avec l'accord du patient	100%
1.4	Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte dans le cadre de sa prise en charge	99%

Les patients de l'hôpital privé de la Loire sont informés et leur implication est recherchée. Il existe un livret d'accueil pour l'hospitalisation disponible en téléchargement sur le site internet de l'établissement et il peut, le cas échéant, être remis sous forme papier, un passeport ambulatoire, un livret patient pour la chirurgie de l'obésité et la chimiothérapie ainsi qu'un document spécifique en maternité. Le patient est invité à exprimer son consentement libre et éclairé sur son projet de soins. La personne de confiance et ses coordonnées sont systématiquement retrouvées dans les dossiers informatisés. Le patient est également sensibilisé pour rédiger ses directives anticipées, ce qui est systématiquement retrouvé. Les mineurs bénéficient d'un environnement adapté, des locaux dédiés, notamment au bloc, en salle de réveil, en service, avec une décoration adaptée et un coin jeu avec des personnels spécifiquement formés. Les patients rencontrés ne semblent pas tous avoir

été informés des modalités de déclaration des évènements indésirables associés aux soins. De même, ils ne semblent pas tous avoir connaissance des représentants des usagers et de leurs rôles. Pourtant ces informations sont disponibles sur différents supports tel que le livret d'accueil et sur les différents espaces d'affichages au sein de l'établissement. L'information sur la possibilité d'alimenter leur DMP par les professionnels est également donnée aux patients mais ces derniers patients disent ne pas en avoir connaissance. Les supports d'information et de communication sur les messages de santé publique étaient rares à notre arrivée sauf en secteur de maternité. L'établissement a réagi en visite en organisant une campagne d'affichage adaptée sur l'ensemble des secteurs. Il est de même concernant les supports d'informations sur les dons d'organes. De nombreux supports d'information sont par contre mis à disposition des patients notamment des films pédagogiques en cancérologie. Le patient bénéficie du respect de sa dignité et de son intimité. Pour ce qui est de la confidentialité il a été retrouvé en début de visite et à la marge, des données patients en local sur l'écran d'accueil de l'ordinateur de l'unité utilisées par les professionnels de santé. L'établissement a immédiatement solutionné cette problématique. La prise en charge de la douleur est effective et efficace, avec l'accès à des protocoles de prise en charge, des séances d'hypnose peuvent être proposées à certains patients. Les échelles d'évaluation de la douleur sont utilisées et des référents douleur sont présents dans les services. Il existe des échelles spécifiques à la pédiatrie qui sont disponibles et utilisées au besoin. Le patient porteur d'un handicap bénéficie du maintien de son autonomie tout au long de son séjour. L'ensemble des locaux de l'établissement sont accessibles aux patients ou visiteurs porteurs de handicap quel que soit sa nature. Une liste d'interprètes est à disposition. Les proches et aidants sont associés à la mise œuvre du projet de soins, avec l'accord du patient, et le lien social du patient et son autonomie sont maintenus. Les visites sont facilitées au besoin notamment dans les services de soins critiques comme la réanimation, les soins continus, l'Unité de Soins Intensifs Cardiologiques (USIC) ainsi que l'oncologie. Pour les patients en fin de vie, les équipes ont recours à l'équipe de soins palliatifs. Le recours à la contention est organisé, les contentions sont prescrites, une réflexion en équipe est menée, un protocole a été élaboré et la réévaluation est présente dans le dossier patient. Les prescriptions de transfusion et la surveillance sont organisées. Le patient reçoit une information écrite sur la transfusion sanguine. Le personnel est formé annuellement par e learning. La possibilité de délivrer les produits sanguins labiles est assurée 24h/24 et 7 jours sur 7 par les sage-femmes formées par l'hémovigilant. Les procédures et les signes d'une éventuelle complication sont connus. Le taux de destruction est inférieur à 1%. Pour organiser la sortie, les conditions de vie sociale et environnementale sont prises en compte à l'entrée du patient lors du recueil de données et tracées dans le dossier informatisé. L'engagement des professionnels des soins de supports est particulièrement remarquable tant auprès des équipes que des patients et de leurs familles.

Chapitre 2 : Les équipes de soins



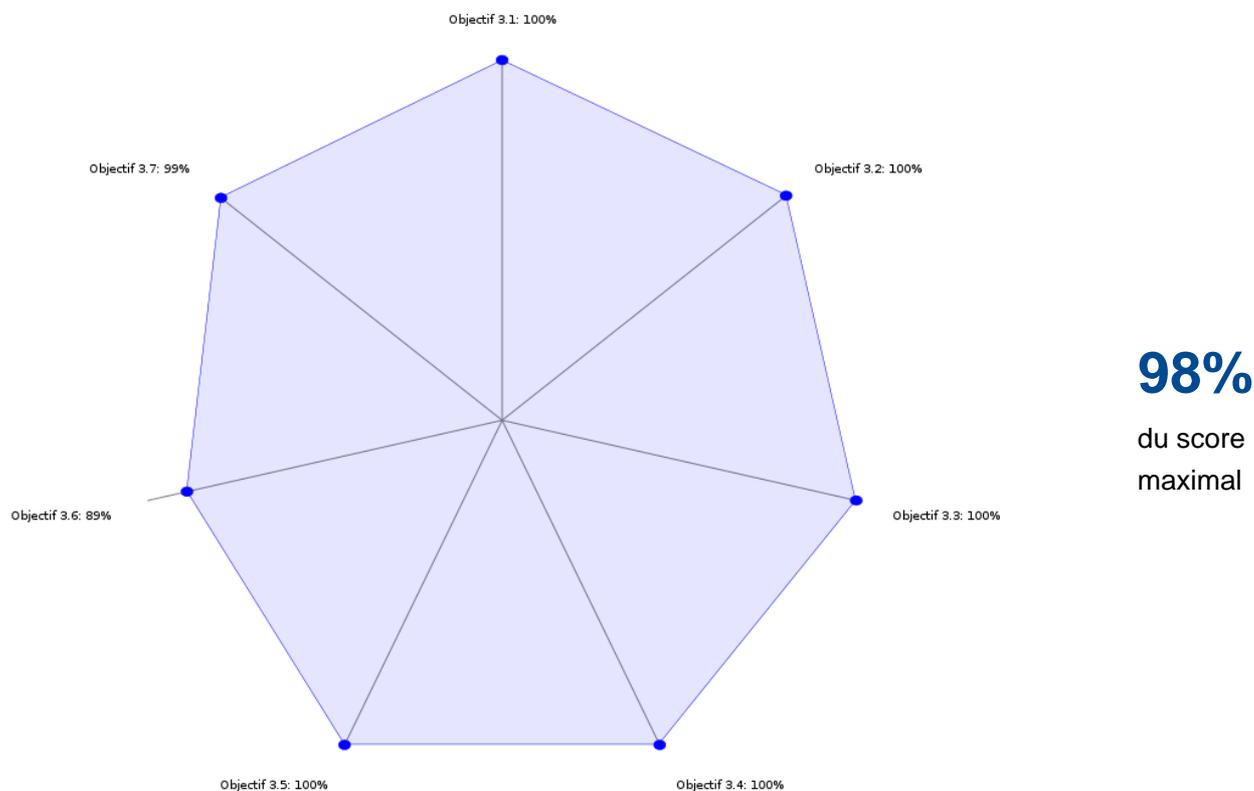
Objectifs		
2.1	La pertinence des parcours, des actes et des prescriptions est argumentée au sein de l'équipe	100%
2.2	Les équipes sont coordonnées pour prendre en charge le patient de manière pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire tout au long de sa prise en charge	98%
2.3	Les équipes maîtrisent les risques liés à leurs pratiques	99%
2.4	Les équipes évaluent leurs pratiques notamment au regard du suivi des résultats cliniques de leur patientèle	98%

Les prises en charge complexes font l'objet d'une concertation pluriprofessionnelle et pluri disciplinaire tracée dans le Dossier Patient Informatisé (DPI). Les professionnels peuvent faire appel à différents experts ou s'appuyer sur différents réseaux ou plateformes d'appui en fonction des besoins identifiés pour les patients. L'antibiothérapie est maîtrisée, la réévaluation à 48h et les justifications des durées supérieures à 7 jours sont tracées dans les dossiers. L'ensemble des prescripteurs a été formé. Le référent antibiotique et un infectiologue sont identifiés. La pertinence des transfusions et produits sanguins est argumentée dans le dossier patient. Les équipes de soins se transmettent les informations utiles à la coordination en amont et en aval de l'hospitalisation pour sécuriser le parcours du patient tant au sein de l'établissement qu'en aval du séjour. Le DPI est accessible de tous les postes informatiques. Il subsiste quelques secteurs utilisant le papier mais un

plan d'informatisation complet est en cours. Le projet de soins ou parcours de soins est construit avec les futurs parents en maternité, le patient et/ou les proches. La sortie du patient quel que soit le secteur est largement anticipé avec la mise en contact au besoin avec des prestataires. De nombreux ateliers sont proposés au sein de l'établissement avec un dynamisme particulier en maternité avec un atelier pour les futurs papas, la chambre de prévention des risques domestiques ou le massage des bébés. Il existe également d'autres parcours particulièrement élaborés en chirurgie bariatrique associant médecin nutritionniste, diététicienne, psychologue, Enseignant en Activités Physiques Adaptées (APA) ainsi qu'en chirurgie de féminisation. Les parcours sont évoqués hebdomadairement en équipe pluridisciplinaire en maternité, réanimation, Unité de Soins Continus (USC), USIC, médecine. L'équipe de soins de supports composée de psychologues, assistantes sociales, diététiciennes et de socio-esthéticienne est remarquablement active et reconnue au sein de l'établissement. Il persiste encore quelques ajustements nécessaires quant à la composition de la lettre de liaison qui est néanmoins systématiquement retrouvé. Alors que dans certains secteurs les médecins expliquent en détails au patient avant sa sortie les modifications de traitements et les conseils afférents à leur pathologie. La check-list est mise en œuvre de façon systématique, elle est adaptée à l'activité de chirurgie, chirurgie interventionnelle et endoscopie. Elle est réalisée dans le respect des bonnes pratiques.

L'établissement a réalisé un audit sur la check-list incluant la mise en œuvre des Go/NoGo, des actions en ont découlé. L'analyse des écarts de programmation est réalisée de façon hebdomadaire lors des commissions de bloc. Le local de stockage des endoscopes a été sécurisé en cours de visite après le partage de nos constats et un container de séquestration mis en place. L'utilisation des rayonnements ionisants est maîtrisée en concertation avec l'Agence de Sûreté Nucléaire (ASN), le personnel médical et paramédical est formé, le matériel de radioprotection est disponible, les dosimètres portés. Le dossier médical partagé (DMP) est alimenté par la lettre de liaison, le compte rendu opératoire et les ordonnances. Les bonnes pratiques d'identification du patient sont respectées à toutes les étapes de sa prise en charge et connues des professionnels qui ont été sensibilisés et formés. L'ensemble du circuit du médicament est maîtrisé et contrôlé depuis la prescription jusqu'à l'administration ou la non-administration. La prise autonome est recherchée, encouragée et tracée. L'analyse pharmaceutique est réalisée sur l'ensemble des traitements, cependant les pharmaciens n'ont pas encore accès au dossier pharmaceutique. Le bilan thérapeutique n'est pas toujours réalisé sur le courrier de sortie et dans le dossier du patient. Des actions correctives ont été envisagées durant la visite. L'utilisation des médicaments à risque est sécurisée, la liste est affichée et personnalisée par service. Ils sont identifiés dans les pharmacies et connus des professionnels. Les péremptions sont suivies. Le risque infectieux est maîtrisé. Les équipes appliquent les bonnes pratiques d'hygiène des mains, les précautions standards et complémentaires sont connues et mises en œuvre. L'Equipe Opérationnelle d'Hygiène (EOH) est opérationnelle. L'IDE hygiéniste sensibilise le personnel et organise de nombreuses actions sur le terrain. L'antibioprophylaxie per opératoire est réalisée selon les bonnes pratiques et est conforme aux recommandations. L'évaluation des pratiques de l'antibioprophylaxie est effectuée. L'autorisation de sortie en chirurgie ambulatoire et salle de réveil est validée par un médecin notamment sur la base des scores de sortie. Le transport des patients est maîtrisé et organisé, les brancardiers ont été formés à l'identitovigilance, aux gestes d'urgences et à l'hygiène. Les équipes mettent en place des actions d'amélioration fondées sur l'analyse collective des événements indésirables associés aux soins (EIAS). Des Comité de Retour d'Expérience (CREX) sont organisées pour les EIAS de criticité importante, elles sont réalisées de manière pluri professionnelle, elles donnent lieu à des actions d'amélioration qui ne sont pas toujours intégrées dans le Plan d'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins (PAQSS). Des Revue de Morbi-Mortalité (revue morbi mortalité) et des CREX sont organisés au besoin dans les différents secteurs de l'établissement. Les usagers ne participent pas au recueil des questionnaires de sortie mais ils participent à leur analyse. Le recours à la télé expertise est mis en place en cardiologie afin de permettre les avis dans des zones de déserts médicaux.

Chapitre 3 : L'établissement



Objectifs		
3.1	L'établissement définit ses orientations stratégiques en cohérence avec son territoire	100%
3.2	L'établissement favorise l'engagement des patients individuellement et collectivement	100%
3.3	La gouvernance fait preuve de leadership	100%
3.4	L'établissement favorise le travail en équipe et le développement des compétences	100%
3.5	Les professionnels sont impliqués dans une démarche de qualité de vie au travail impulsée par la gouvernance	100%
3.6	L'établissement dispose d'une réponse adaptée et opérationnelle aux risques auxquels il peut être confronté	89%
3.7	L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins	99%

L'hôpital Privé de la Loire a défini son projet d'établissement en cohérence avec le territoire. Il a établi des collaborations et conventions avec les établissements sanitaires d'Hospitalisation A Domicile, médico-sociaux, Soins Médicaux Réadaptation et EHPAD du territoire. Il participe au développement des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé. La mise en place de circuit court notamment pour la personne âgée en

médecine et oncologie est effective. L'établissement est investi dans la recherche clinique avec l'appui du groupe. Des praticiens des différentes spécialités sont impliqués dans des essais cliniques. La bientraitance est une des valeurs largement soutenue par l'établissement, une charte bientraitance a été rédigée et affichée. La psychologue de l'établissement participe activement à la sensibilisation et à la formation des professionnels sur cette thématique. En unité de chimiothérapie, les médecins viennent personnellement chercher les patients en salle. Un protocole d'identification des situations de maltraitance est disponible et connu des professionnels rencontrés. Des modalités d'écoute sont en place avec un accès facilité au besoin à une psychologue. L'engagement des patients est favorisé. Des actions d'amélioration en découlent et sont inscrites dans le PAQSS. La valorisation de l'expérience patient issus des PREMS et PROMS est débutante, les RU (représentants des usagers) participent activement à cette démarche. Des patients experts sont sollicités en diabétologie et en stomatothérapie, des représentants de la Ligue contre le Cancer sont régulièrement présents. Les RU participent à l'analyse des différents questionnaires et sont impliqués pour certains dans différentes commissions. Le projet des usagers est formalisé. Une réelle politique d'information et de communication envers les patients existe : livret d'accueil, site internet, formations, documentation, livrets d'informations. Les professionnels ont suivi des formations à la communication avec le patient plus spécifiquement en service d'urgence sur la gestion de l'agressivité. La gouvernance fonde son management sur la qualité et la sécurité des soins. La politique qualité /sécurité des soins est fondée sur une analyse globalisée des données, risques et connaissances disponibles. Les managers suivent régulièrement des formations avec l'appui du groupe. Le PAQSS est accessible par tous les collaborateurs de l'établissement dans la gestion documentaire. Les professionnels rencontrés en ont connaissance. Concernant le travail en équipe, l'établissement a mis en place des temps dédiés de coordination d'équipes, les staffs et réunions de service. Un état des lieux des questionnements éthiques a été réalisé. Le comité d'éthique a été récemment réactivé. Le maintien des compétences des professionnels est assuré individuellement et collectivement. Des entretiens professionnels sont réalisés régulièrement conformément à la politique du groupe ce qui permet notamment une évaluation personnalisée des besoins en formation. Un plan de formation est élaboré et prend en compte les formations obligatoires. Un parcours d'intégration est organisé, une période de doublure et un bilan des compétences acquises sont réalisés. La gouvernance a élaboré une politique « qualité de vie au travail » (QVT). La gestion des conflits interprofessionnels est maîtrisée. Un dispositif d'écoute par les cadres, la direction des soins, service des ressources humaines et psychologue est en place et connu des professionnels renforcé par un dispositif d'écoute mis en place par le groupe. L'établissement dispose d'une réponse adaptée et opérationnelle aux risques auxquels il peut être confronté. La gestion des tensions hospitalières est maîtrisée, le plan blanc est à jour ainsi que le plan de sécurisation de l'établissement. Différents exercices de simulation ont eu lieu suivis de retour d'expériences (exercice de Cyber attaque, panne informatique, urgence vitale, afflux massif de victimes ...). L'établissement est identifié par les tutelles sur les différents plans de secours. La politique développement durable (DD) est intégrée au projet d'établissement, un référent DD est nommé, un diagnostic énergétique a été réalisé ainsi qu'un suivi de l'ensemble des consommations. Le tri selon les filières de déchets est effectif : cartons, piles, cartouches, papier, métaux, verre, cuivre... La prise en charge de l'urgence vitale est organisée : le chariot d'urgence est rapidement accessible et vérifié périodiquement, le personnel est formé. Le numéro d'appel unique est connu, affiché dans l'ensemble des secteurs à l'exception de la maternité. L'établissement a réagi en cours de visite pour trouver une solution adaptée à ce secteur particulier. Les exercices de mise en situation de l'urgence vitale ont été réalisés dans certains services et doivent se poursuivre. Les RU (représentants des usagers) sont particulièrement actifs et participent à différentes instances ou commissions. Ils sont informés instantanément des plaintes et réclamations, des différents indicateurs qualité et des demandes de dossiers. Les résultats des IQSS (indicateurs qualité sécurité des soins) sont affichés dans les offices de soins des professionnels. Les indicateurs sur l'ICSHA, la douleur, la vaccination, e-Satis sont affichés dans les services et présentés dans les instances. Plus de la moitié des praticiens des spécialités à risque sont accrédités soit à titre individuel soit dans une démarche en équipes sauf en endoscopie ou une réflexion est en cours. La HAS confirme la qualité

des soins et décerne la certification pour 4 ans. Une nouvelle visite sera programmée dans l'année qui précède cette échéance. Dans l'intervalle, la HAS encourage prioritairement l'établissement à : Intégrer dans les lettres de liaisons l'ensemble des éléments demandés dans le cadre des IQSS nationaux Resensibiliser les patients sur l'ensemble de leurs droits afin de garantir une bonne appropriation

Table des Annexes

- Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche
- Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2025
- Annexe 3. Programme de visite

Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche

Type de structure	N° FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Établissement juridique	420011405	SA HOPITAL PRIVE DE LA LOIRE	39 boulevard de la palle 42030 Saint-Etienne Cedex 2 FRANCE
Établissement principal	420011413	HOPITAL PRIVE DE LA LOIRE	39 boulevard de la palle 42030 Saint-Etienne Cedex 2 FRANCE

Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2025

Catégorie / Champs d'applicabilité / Donnée de profil	Valeur
Autorisations	
Urgences	
Existence d'un soignant d'accueil et d'orientation	Oui
Si oui, l'accueil et l'orientation sont réalisés par IAO (infirmière d'accueil et d'orientation) ou par MAO (médecin d'accueil et d'orientation)	Oui
Existence de Structure des urgences générales	Oui
Existence de Structure des urgences pédiatriques	Non
Hospitalisation à domicile	
Présence d'une astreinte opérationnelle soignante H24 et 7/7 (IDE se déplaçant au domicile)	Non
Autorisation de Médecine en HAD	Non
Autorisation d' Obstétrique en HAD	Non
Autorisation de SMR en HAD	Non
Autorisation de Prise en charge du cancer en HAD	Non
Tout l'établissement	
Existence d'une permanence d'accès aux soins de santé (PASS) dans votre établissement	Non
Existence d'une solution d'informatisation du circuit du médicament à la PUI	Oui
Existence d'Unité de préparation des médicaments de chimiothérapie anticancéreuse	Non
SAMU-SMUR	
Existence de SMUR général	Non
Existence de SMUR pédiatrique	Non
Existence d'Antenne SMUR	Non
Existence d'un SAMU	Non
Soins critiques	
Présence de service de Réanimation (y compris soins intensifs et surveillance continue)	Oui
Présence de Réanimation enfant (hors néonatalogie)	Non

Présence d'Unité de soins intensifs en cardiologie (USIC)	Oui
Présence d'Unité de surveillance continue (SC) adulte	Oui
Présence d'Unité de surveillance continue (SC) enfant	Non
Médecine	
Autorisation de Traitement de l'insuffisance rénale chronique (hors péritonéale) en centre	Non
Autorisation de Traitement de l'insuffisance rénale chronique (péritonéale)	Non
Patient atteint d'un cancer	
Autorisation de Traitement des affections cancéreuses par chimiothérapie	Oui
Autorisation de Traitement des affections cancéreuses par radiothérapie (dont curiethérapie)	Non
Chirurgie et interventionnel	
Autorisation de Chirurgie cardiaque	Non
Autorisation d'Activité interventionnelle en cardiologie	Oui
Autorisation de Neurochirurgie	Non
Autorisation d'Activité interventionnelle en neurologie	Non
Autorisation d'Activité de greffe	Non
Activité Urgences	
Urgences	
Nombre total de passages aux urgences dans l'année pour des patients de plus de 80 ans	2,724
Nombre de passages aux urgences générales	32,290
Nombre de passages aux urgences pédiatriques	0
SAMU-SMUR	
Nombre de Dossiers de Régulation Médicale (DRM)	0
Activité Hospitalière MCO	
Soins de longue durée	
Nombre de patients PEC durant l'année écoulée par une équipe mobile de gériatrie	0
Médecine	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Médecine	97
Chirurgie et interventionnel	

Nombre de lit en Hospitalisation complète en Chirurgie	143
Maternité	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Gynécologie-Obstétrique	44
Ambulatoire	
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Médecine	5
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Chirurgie	43
Nombre de places en hospitalisation partielle en Gynécologie-Obstétrique	0
Tout l'établissement	
Nombre de séances en hospitalisation partielle en Médecine	2,419
Enfant et adolescent	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Pédiatrie	0
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Pédiatrie	0
Patient âgé	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Gériatrie	10
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Gériatrie	0
Urgences	
Nombre de lit en UHCD	6
Activité Hospitalière SMR	
Soins Médicaux et de Réadaptation	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SMR	0
Nombre de places en Hospitalisation partielle en SMR	0
Activité Hospitalière SLD	
Soins de longue durée	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SLD	0
Activité Accident Vasculaires Cérébraux (AVC)	
Chirurgie et interventionnel	
Nombre de lits de l'Unité Neuro-Vasculaire (UNV)	0
Activité Hospitalière PSY	
Psychiatrie et santé mentale	
Nombre de lit en Psychiatrie générale en hospitalisation à temps plein	0

Nombre de lit en Psychiatrie infanto-juvénile en hospitalisation à temps plein	0
Nombre de lit en Psychiatrie en milieu pénitentiaire en hospitalisation à temps plein	0
Nombre Total de lit en Psychiatrie en hospitalisation à temps plein	0
Nombre de lit en Psychiatrie générale en hospitalisation de jour	0
Nombre de lit en Psychiatrie infanto-juvénile en hospitalisation de jour	0
Nombre de lit en Psychiatrie en milieu pénitentiaire en hospitalisation de jour	0
Nombre Total de lit en Psychiatrie en hospitalisation de jour	0
Nombre de CATTP en Psychiatrie générale	0
Nombre de CATTP en Psychiatrie infanto-juvénile	0
Nombre de CATTP en Psychiatrie en milieu pénitentiaire	0
Nombre Total de CATTP en Psychiatrie	0
Nombre de CMP en Psychiatrie générale	0
Nombre de CMP en Psychiatrie infanto-juvénile	0
Nombre Total de CMP en Psychiatrie	0
Sites opératoires et salles d'intervention	
Chirurgie et interventionnel	
Nombre total de salles (d'intervention ou d'exploration) des sites (calculé)	20
Ambulatoire	
Nombre de salles dédiées à la chirurgie ambulatoire	0
Activité Hospitalière HAD	
Hospitalisation à domicile	
Nombre total de patients pouvant être pris en charge simultanément en HAD	0

Annexe 3. Programme de visite

Nb	Méthode	Sous-méthode	Champs d'applicabilité	Description traceur
1	Audit système	QVT & Travail en équipe		
2	Patient traceur		Enfant et adolescent Hospitalisation complète Médecine Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
3	Patient traceur		Ambulatoire Médecine Patient âgé Patient en situation de handicap Tout l'établissement Urgences	
4	Patient traceur		Adulte Ambulatoire Médecine Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
5	Audit système	Entretien Professionnel		
6	Patient traceur		Adulte Hospitalisation complète Médecine Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
7	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Prescription d'un patient intégrant, a minima, un

				Médicament à risque per os
8	Audit système	Représentants des usagers		
9	Patient traceur		Ambulatoire Chirurgie et interventionnel Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
10	Patient traceur		Adulte Ambulatoire Médecine Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
11	Audit système	Entretien Professionnel		
12	Audit système	Entretien Professionnel		
13	Patient traceur		Adulte Chirurgie et interventionnel Hospitalisation complète Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
14	Patient traceur		Ambulatoire Chirurgie et interventionnel Enfant et adolescent Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
	Patient traceur		Chirurgie et interventionnel Hospitalisation complète	

15			Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
16	Audit système	Risques numériques - Professionnels		
17	Patient traceur		Adulte Chirurgie et interventionnel Hospitalisation complète Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
18	Audit système	Engagement patient		
19	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Prescription d'un patient intégrant, a minima, un Médicament à risque injectable
20	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions standard et complémentaires
21	Audit système	Entretien Professionnel		
22	Traceur ciblé	Gestion des évènements indésirables graves		EI critique ou presque accident
23	Audit système	Coordination territoriale		
24	Traceur ciblé	Gestion des produits sanguins labiles		Prescription PSL
25	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Prescription d'un patient intégrant, a minima, un Antibiotique per os ou injectable
26	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Chimiothérapie
27	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Dispositif médical réutilisable (Endoscope)

28	Parcours traceur		Adulte Ambulatoire Maladie chronique Médecine Patient âgé Patient atteint d'un cancer Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Programmé Tout l'établissement	
29	Audit système	Risques numériques - Professionnels		
30	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions standard et complémentaires
31	Patient traceur		Adulte Hospitalisation complète Maternité Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
32	Patient traceur		Adulte Chirurgie et interventionnel Hospitalisation complète Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
33	Patient traceur		Adulte Chirurgie et interventionnel Hospitalisation complète Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
	Parcours		Adulte	

34	traceur		Hospitalisation complète Maladie chronique Médecine Pas de situation particulière Patient âgé Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Soins critiques Tout l'établissement Urgences	
35	Patient traceur		Hospitalisation complète Médecine Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
36	Parcours traceur		Adulte Chirurgie et interventionnel Hospitalisation complète Maladie chronique Médecine Pas de situation particulière Patient âgé Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Soins critiques Tout l'établissement Urgences	
37	Audit système	Entretien Professionnel		
	Parcours traceur		Adulte Chirurgie et interventionnel Hospitalisation complète	

38			<p>Maladie chronique</p> <p>Maternité</p> <p>Médecine</p> <p>Pas de situation particulière</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Patient en situation de précarité</p> <p>Programmé</p> <p>Tout l'établissement</p>	
39	Patient traceur		<p>Adulte</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Médecine</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Programmé</p> <p>Tout l'établissement</p>	
40	Audit système	Entretien Professionnel		
41	Patient traceur		<p>Hospitalisation complète</p> <p>Médecine</p> <p>Patient âgé</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Programmé</p> <p>Tout l'établissement</p>	
42	Patient traceur		<p>Adulte</p> <p>Ambulatoire</p> <p>Chirurgie et interventionnel</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Programmé</p> <p>Tout l'établissement</p>	
43	Patient traceur		<p>Hospitalisation complète</p> <p>Médecine</p> <p>Patient âgé</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Programmé</p>	

			Tout l'établissement	
44	Audit système	Leadership		
45	Patient traceur		Chirurgie et interventionnel Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
46	Patient traceur		Adulte Hospitalisation complète Maternité Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	
47	Parcours traceur		Adulte Hospitalisation complète Maladie chronique Médecine Pas de situation particulière Patient âgé Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Programmé Tout l'établissement	
48	Audit système	Risques numériques - Professionnels		
49	Parcours traceur		Adulte Ambulatoire Chirurgie et interventionnel Maladie chronique Pas de situation particulière Patient âgé	

			Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Programmé Tout l'établissement	
50	Audit système	Entretien Professionnel		
51	Audit système	Risques numériques - Professionnels		
52	Audit système	Maitrise des risques		
53	Audit système	Dynamique d'amélioration		
54	Audit système	Risques numériques - Gouvernance		
55	Parcours traceur		Adulte Ambulatoire Hospitalisation complète Maladie chronique Médecine Pas de situation particulière Patient âgé Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Tout l'établissement Urgences	
56	Audit système	Entretien Professionnel		
57	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Antibioprophylaxie et Per opératoire
58	Audit système	Risques numériques - Professionnels		
	Parcours traceur		Ambulatoire Chirurgie et interventionnel Enfant et adolescent Maladie chronique	

59			Pas de situation particulière Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Programmé Tout l'établissement	
60	Parcours traceur		Adulte Chirurgie et interventionnel Hospitalisation complète Maladie chronique Pas de situation particulière Patient âgé Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Programmé Soins critiques Tout l'établissement	

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

