



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

MESURER

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

**RAPPORT DE
CERTIFICATION**

**HOPITAL PRIVE DE
PARLY 2 - LE CHESNAY**

21 rue Moxouris
78150 Le Chesnay-Rocquencourt



Validé par la HAS en Mai 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 – Mai 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	16
Table des Annexes	19
Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche	20
Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2025	21
Annexe 3. Programme de visite	25

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

HOPITAL PRIVE DE PARLY 2 - LE CHESNAY	
Adresse	21 rue Moxouris 78150 Le Chesnay-Rocquencourt FRANCE
Département / Région	Yvelines / Ile-de-france
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	780018032	SAS HOPITAL PRIVE DE PARLY 2	21 rue Moxouris 78150 Le Chesnay-Rocquencourt FRANCE

Synthèse des activités réalisées par l'établissement au 2025

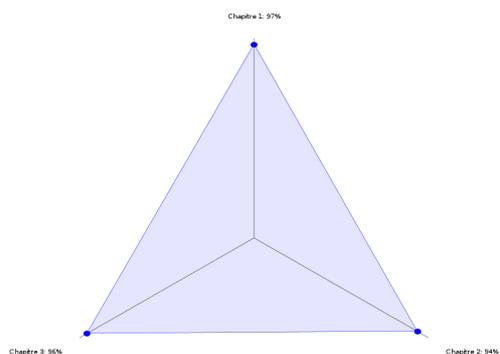
Vous trouverez en annexe 2 l'ensemble des activités réalisées par l'établissement.

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

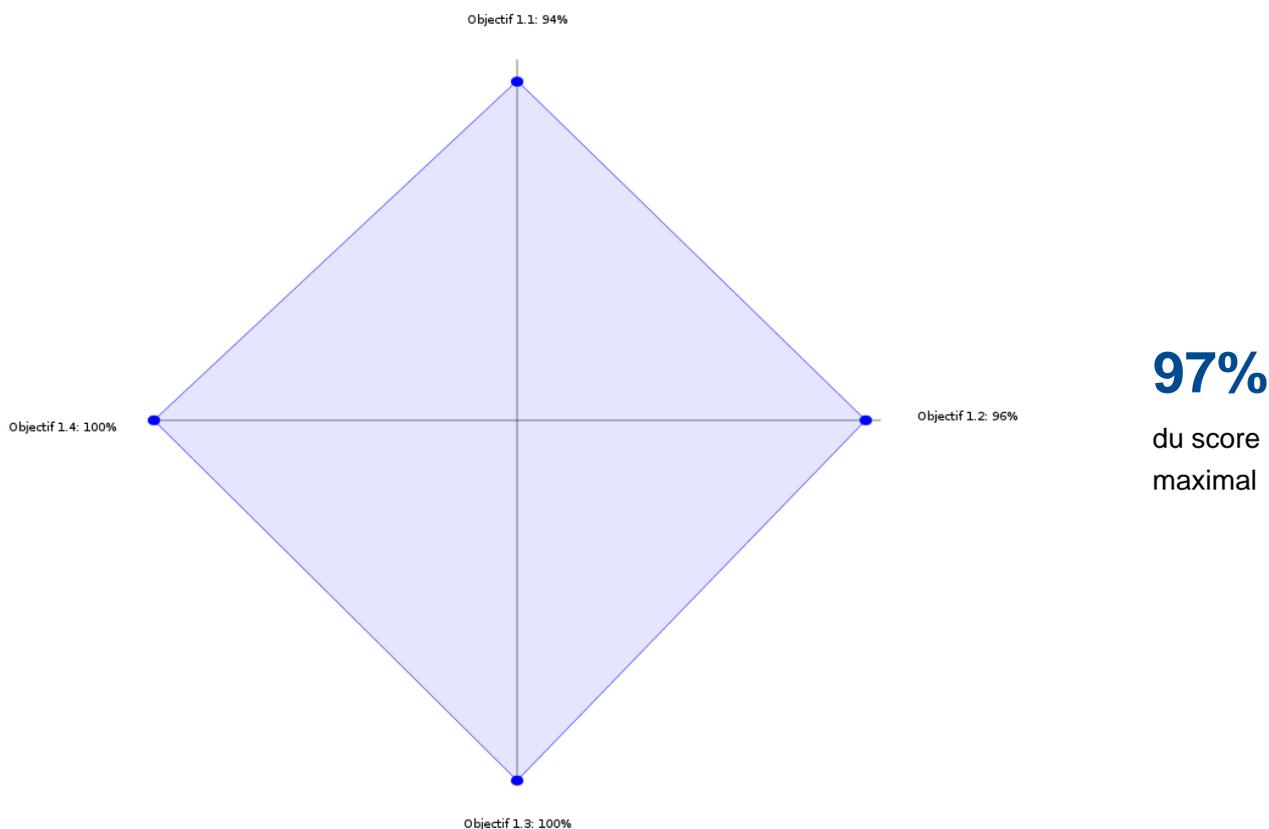
Au regard du profil de l'établissement, **115** critères lui sont applicables

Résultats



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

Chapitre 1 : Le patient

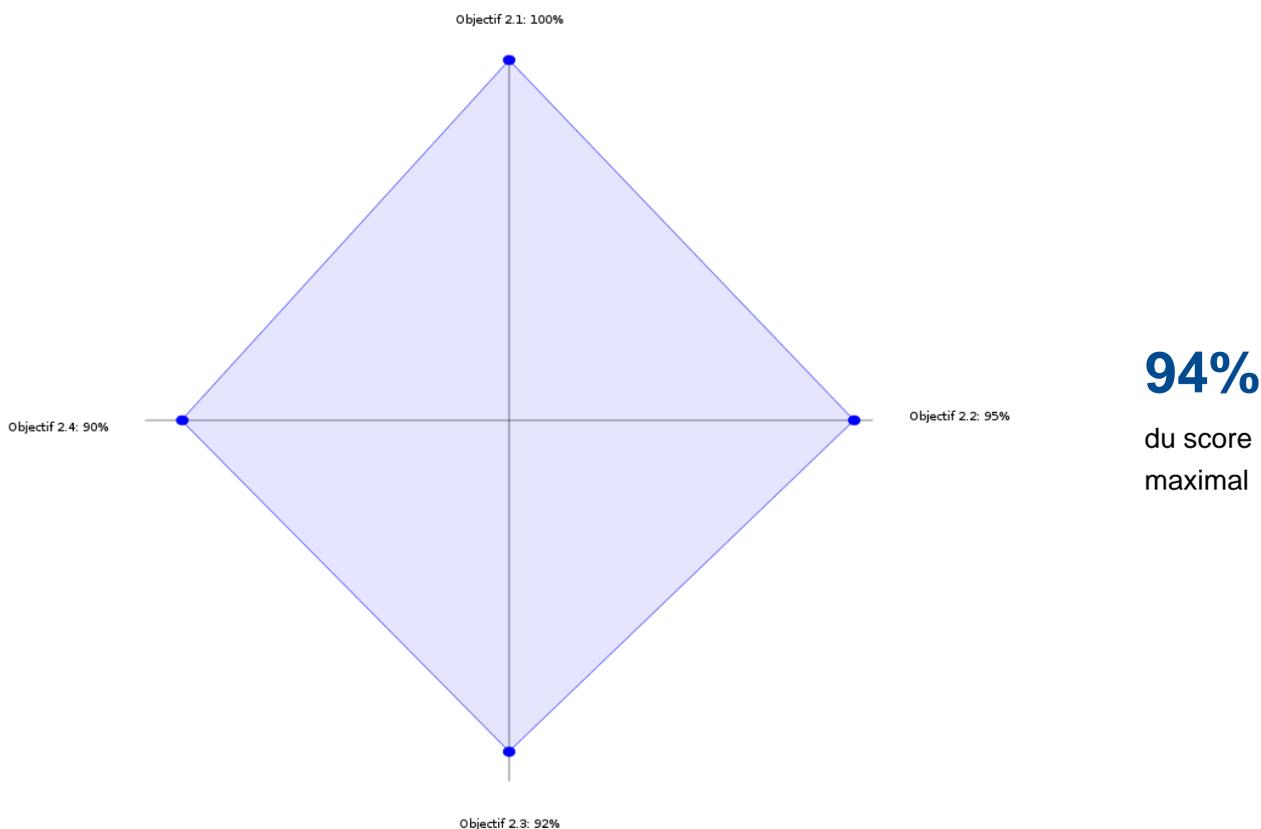


Objectifs		
1.1	Le patient est informé et son implication est recherchée.	94%
1.2	Le patient est respecté.	96%
1.3	Les proches et/ou aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins avec l'accord du patient	100%
1.4	Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte dans le cadre de sa prise en charge	100%

L'Hôpital Privé Parly 2 est un établissement du Pôle Ile de France Ouest - Ramsay Santé, implanté dans le sud Yvelines. Son activité est principalement chirurgicale avec un pôle d'excellence de chirurgie cardiovasculaire et interventionnelle ainsi qu'un pôle mère enfant doté d'une maternité de niveau 2A. L'établissement organise différentes filières de prise en charge dans le respect de la réglementation concernant l'information du patient. Celle-ci est dispensée par la mise à disposition d'un livret d'accueil, d'un passeport ambulatoire (spécificité représentant environ quatre-vingts pour cent des activités), de documents d'informations spécifiques aux actes médicaux ou chirurgicaux et livrets de conseils dispensés aux patients et futures mamans en termes de santé publique, hygiène au quotidien et alimentaire. Des supports spécifiques sont diffusés aux futures mamans et concernant leur parcours de grossesse. L'établissement développe et met

à disposition ses organisations, les ressources humaines et compétences afin de préparer le séjour du patient par la communication d'informations relatives au séjour en amont et à la sortie du patient. Le patient est acteur de sa prise en charge, notamment par l'expression de son consentement libre et éclairé, tracé et de sa participation au projet de soins dont il fait l'objet. Les mamans bénéficient d'un projet de naissance structurant leurs parcours (consultation, conseils en hygiène et diététique, préparation à l'allaitement). Le patient est destinataire de messages relatifs à la santé publique organisés par l'établissement (tabac, alcool, hygiène alimentaire). La prise en charge des mineurs est organisée avec une attention particulière concernant leurs sécurisations et la présence des parents. L'expression de la satisfaction du patient via un questionnaire de satisfaction interne et complémentaire de l'enquête E Satis est recherchée associant les représentants (es) des usagers fortement impliqués dans l'établissement, quant à l'analyse des résultats. Dans le cadre d'une insatisfaction ou d'une réclamation, le patient dispose des coordonnées de la commission des usagers (CDU) et de leurs représentants affichés dans les lieux publics et inscrites au livret d'accueil, ainsi que sur le site internet de l'établissement et les sur les sets de table dans les chambres des patients.. Dans leur ensemble, les patients rencontrés dans les divers services ont témoigné d'une bienveillance et de respect des professionnels à leurs égards et dans leurs prises en charge, mais expriment pour quelques-uns, ne pas connaître les modalités pour contacter les représentants de la CDU, ni pour celles concernant la méthode de déclaration d'une plainte ou d'un évènement indésirable, malgré la présence d'un affichage dans tous les services de l'établissement et de la communication de ces informations sur de nombreux supports de communication tel que les différents livrets d'accueil, le site internet de l'établissement et les sets de table dans les chambres des patients. La connaissance par les patients de la messagerie sécurisée et de l'alimentation du dossier médical partagé n'est pas systématiquement exprimée par ces derniers en dépit de la présence de cette information sur les affichages, QR codes et flyers disponibles à l'accueil et dans les services de consultation ou les messages de santé publique disposés à de nombreux endroits. Les équipes prennent en considération les demandes particulières des patients dans le respect de leur intimité et de leur dignité tout au long de leurs parcours de soins. Pour ce faire, l'établissement dispose de chambres individuelles, préservant leur intimité et l'accessibilité aux aidants et accompagnants. Aucun patient handicapé n'a pu être rencontré en visite, mais l'établissement est organisé pour la prise en compte des situations qui sont alors intégrées dans une démarche de projet de soins associant l'expression du patient et l'association des proches et aidants. L'avis du patient quant à un hébergement transitoire en structure de rééducation, voire d'un retour à domicile potentiellement médicalisé est pris en compte en association avec l'entourage. La confidentialité des informations est assurée systématiquement dans tous les lieux, facilitée par l'utilisation d'ordinateurs mobiles permettant la sécurisation des données du dossier patient. Les offices infirmiers sont sécurisés. L'autonomie ou la ré-autonomisation du patient est recherchée tout au long du parcours de soins, intégrant la lutte contre la douleur et sa ré évaluation. Le dispositif étant protocolisé et mis en œuvre. La contention mécanique fait généralement l'objet d'une prescription et de sa réévaluation sauf concernant un dossier évalué L'entourage du patient est associé à la prise en charge du patient. Sa présence est facilitée, et les avis sont pris en compte notamment dans le cas de personnes vivant seules. Dans le cadre d'un appui pour les personnes en situation sociale précaire ou de vulnérabilité, l'établissement met à disposition les compétences d'une psychologue et d'une assistante sociale. Les recours aux services sociaux externes sont organisés. Les conditions de vie habituelles du patient sont prises en compte en vue du retour à domicile.

Chapitre 2 : Les équipes de soins



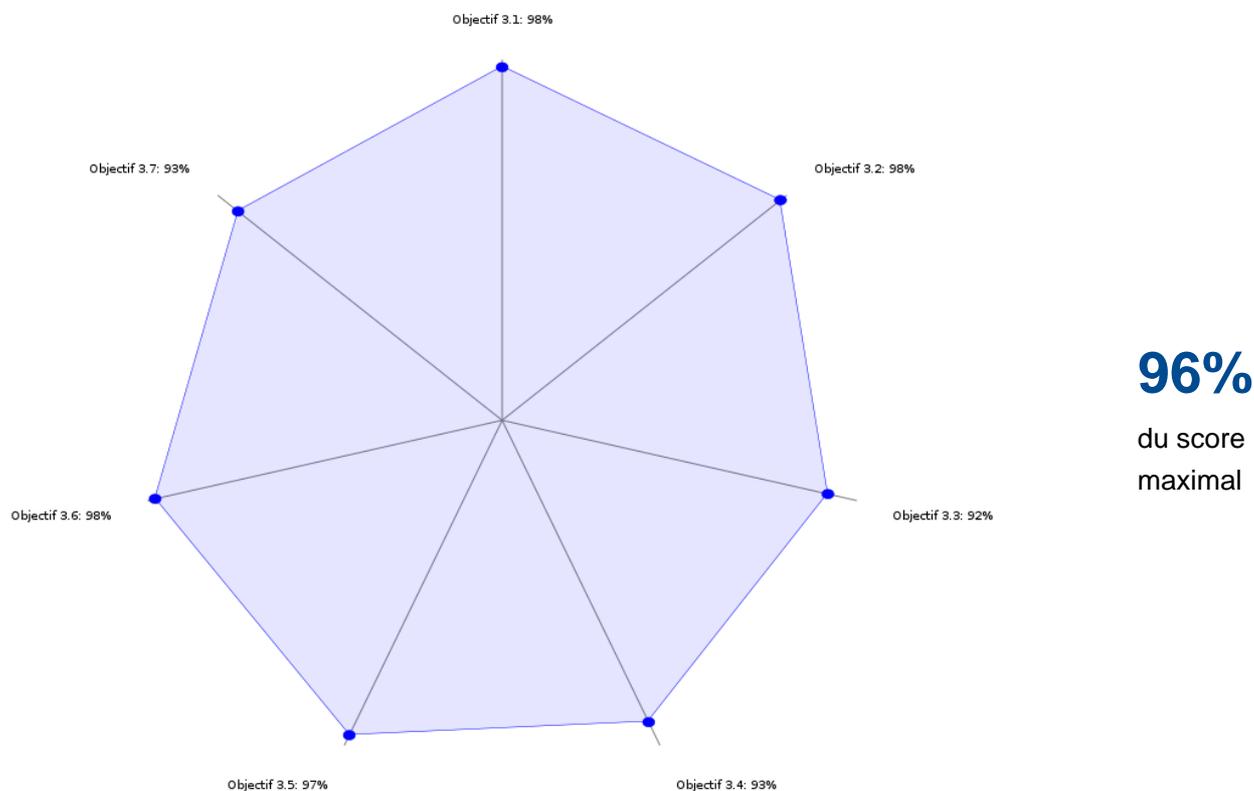
Objectifs		
2.1	La pertinence des parcours, des actes et des prescriptions est argumentée au sein de l'équipe	100%
2.2	Les équipes sont coordonnées pour prendre en charge le patient de manière pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire tout au long de sa prise en charge	95%
2.3	Les équipes maîtrisent les risques liés à leurs pratiques	92%
2.4	Les équipes évaluent leurs pratiques notamment au regard du suivi des résultats cliniques de leur patientèle	90%

Les parcours de soins et des prises en charge des patients sont définis et organisés selon les filières de médecine, de chirurgie et en obstétrique incluant les possibles passages au service des urgences. Des circuits courts pour urgence sont définis concernant les activités interventionnelles de cardiologie et de prises en charge obstétricales directement vers les secteurs dédiés. Le service des urgences ouvert H/24, est accessible aux services départementaux d'incendie et de secours (SDIS) et de la structure mobile d'urgence et réanimation (SMUR). Le dispositif facilite les admissions pour les activités de l'établissement ou procède aux transferts vers les établissements de recours de proximité en cas de besoin. L'analyse de contexte de la prise en charge et de l'orientation selon les filières est définie pluri professionnellement, par l'élaboration d'un plan personnalisé de soins avec pour exemple, la mesure de l'autonomie du patient, des décisions thérapeutiques et

examens complémentaires en imagerie ou analyses biologiques, qui sont réalisés sur site. Des dispositifs d'hospitalisation directe, notamment pour les personnes âgées sont configurées et mises en œuvre. Le suivi du parcours de soins est électroniquement intégré au système d'information hospitalier en hospitalisation (complète et ambulatoire) mais diffère des logiciels métiers du service des urgences et celui de la prise en charge en anesthésie et soins critiques. La coexistence de plusieurs logiciels métiers non interopérables dans le cadre du parcours ville-hôpital au sein d'HPP2 ne permet pas un accès simultané à l'ensemble du dossier. Les différents professionnels intervenant dans les parcours de soins intègrent et complètent les données médicales et paramédicales des décisions thérapeutiques, de soins et de leurs administrations ou réalisations. La coordination des flux patients prévoit la visibilité des activités et de leurs régulations pour la chirurgie et la médecine et prenant en compte les éventuelles urgences ou situations nécessitant des ajustements (transferts, ré hospitalisation). Disposant de ressources propres, l'établissement peut faire appel à un réseau d'équipes concernant l'hygiène hospitalière ainsi que à l'appui d'une diététicienne, d'une psychologue, d'une assistante sociale et d'un praticien externe en hygiène hospitalière. Le circuit de la prise en charge médicamenteuse est organisé. Les prescriptions d'antibiothérapie, leur ré évaluation et/ou modifications sont tracées. L'antibioprophylaxie en secteur de chirurgie est tracée selon des protocoles adaptés à chaque chirurgie et mis à jour. Les bonnes pratiques en matière d'antibioprophylaxie sont respectées pour les dossiers évalués. La sensibilisation des utilisateurs concernant les usages des antibiotiques est abordée en commission médicale d'établissement et Comédims et entre pairs et avec l'appui d'un praticien externe en hygiène hospitalière. Le circuit de la dispensation médicamenteuse est organisé et a fait l'objet d'audits et d'actions d'améliorations. Les prescriptions d'antibiothérapie, leur ré évaluation et/ou modifications sont tracées, mais l'analyse pharmaceutique est peu retrouvée dans les dossiers évalués, elle n'est mise en œuvre que pour les traitements d'antibiotiques et/ou médicaments à risque représentant environ dix pour cent de la totalité des prescriptions. La chaîne de conservation réfrigérée des médicaments est définie et maîtrisée. Les médicaments à risques sont identifiés via une liste mise à jour et une identification spécifique dans les armoires à pharmacie. Les contrôles de chariots d'urgence, montrent l'absence de périmés. Le stockage des médicaments respecte les bonnes pratiques. L'approvisionnement, le stockage des produits se fait dans de bonnes conditions de sécurisation. Les conditions de l'administration thérapeutique sont définies et mises en œuvre (prescription/administration via le dossier patient informatique). Le recours à la transfusion est organisé en lien avec l'établissement français du sang du territoire. Le circuit de délivrance et la traçabilité des produits sanguins labiles sont formalisés et répondent aux attendus réglementaires et de bonnes pratiques incluant un travail d'analyse de la pertinence des transfusions. Toutefois, il a été constaté que certains documents du dossier transfusionnel évalués en visite sont incomplètement renseignés, en particulier le bilan des culots globulaires transfusés et le contrôle de la recherche des agglutinines irrégulières (RAI) à un mois transmis au patient. Une mise à jour documentaire est réalisée par l'établissement en cours de visite. Les différents parcours de soins font l'objet pour les patients d'une identification formelle par un double contrôle de l'identité et de l'apposition de bracelets d'identification. L'Equipe Opérationnelle d'Hygiène (EOH) est constituée et développe les organisations et analyses relatives à la prévention du risque infectieux, la surveillance environnementale. Une infirmière en hygiène hospitalière intervient auprès des équipes qui ont été formées en réponse aux risques identifiés. La consommation des solutions hydroalcoolique est connue et diffusée. Le risque infectieux est pris en compte concernant les précautions standard et complémentaires par la formation des professionnels et la mise à disposition d'unités mobiles d'isolement. L'établissement assure l'accès à la vaccination antigrippale qui peut être réalisée en interne. Les vigilances sont opérationnalisées incluant la gestion des alertes ascendantes et descendantes. Le parcours de soins en termes de transport est opérationnalisé et sécurisé entre les différents secteurs d'activité. Les équipes évaluent leurs pratiques au travers des évaluations de patients traceurs, parcours traceurs, un programme d'évaluation des pratiques professionnelles et en partie subséquentes à des événements indésirables, utilisation de la checklist au bloc opératoire, gestion de la douleur et également aux orientations définies par les différents comités et commissions dont la commission des usagers. L'équipe présente un document récapitulatif des audits et les résultats qui sont communiqués au

niveau de l'établissement et dans les unités fonctionnelles via la gestion documentaire électronique ainsi que vers la commission des usagers (CDU). Il a été observé durant la visite, que la direction, l'encadrement des services de soins et l'encadrement qualitatif et des organisations ainsi que les représentants des usagers, sont attentifs aux résultats de l'expression des patients lors des prises en charge, recueillis par les questionnaires de satisfaction, des indicateurs de la qualité et sécurité des soins (IQSS), l'analyse des événements indésirables, les plaintes et réclamations. Les démarches d'intégration de la satisfaction et de l'expérience du patient sont effectives. Une organisation est définie pour ce faire associant les représentants(es) des usagers et celle d'un patient partenaire. L'établissement a mis en place une démarche collective d'analyse des événements indésirables. Le circuit de déclaration électronique concilie la visibilité partagée des événements pour l'ensemble des professionnels de toutes les unités fonctionnelles, leurs traitements et décisions d'amélioration. Ces dernières étant définies lors de réunions régulières associant la direction, la responsable qualité et l'encadrement et mises à disposition électronique pour les professionnels de santé. Les plans d'actions issus des événements indésirables sont exprimés par les professionnels rencontrés. Les décisions d'amélioration intègrent le plan d'amélioration institutionnel global. Les représentants des usagers sont informés des résultats d'analyse des événements indésirables. Excepté pour la cardiologie interventionnelle, on ne retrouve pas d'analyse régulière des résultats cliniques et actions d'amélioration pour tous les secteurs d'activité, ainsi que l'analyse des ré hospitalisations à 48/72 heures. Le registre des refus en réanimation a été ouvert récemment. La sortie du patient est organisée via le retour à domicile ou la réorientation vers une structure d'aval si besoin. La lettre de liaison (LDL) est retrouvée dans la majorité des dossiers consultés sans pour autant comporter systématiquement l'intégration du bilan thérapeutique à la lettre de liaison. L'établissement prend en compte la valeur de l'indicateur qualité de la lettre de liaison, et impulse auprès des professionnels avec l'appui de la direction administrative, de la présidence de la commission médicale d'établissement (CME) , les modalités en vue de la qualité des informations transmises et de l'amélioration du score.

Chapitre 3 : L'établissement



Objectifs		
3.1	L'établissement définit ses orientations stratégiques en cohérence avec son territoire	98%
3.2	L'établissement favorise l'engagement des patients individuellement et collectivement	98%
3.3	La gouvernance fait preuve de leadership	92%
3.4	L'établissement favorise le travail en équipe et le développement des compétences	93%
3.5	Les professionnels sont impliqués dans une démarche de qualité de vie au travail impulsée par la gouvernance	97%
3.6	L'établissement dispose d'une réponse adaptée et opérationnelle aux risques auxquels il peut être confronté	98%
3.7	L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins	93%

L'établissement d'appartenance au groupe RAMSAY, définit ses orientations dans le cadre du projet d'établissement institutionnel 2023 / 2028 spécifiant les orientations stratégiques selon ses différentes filières. Celles-ci intègrent les objectifs du projet médical, du projet de soins, des projets qualité et gestion des risques, du projet social, du projet de la qualité de vie au travail et du projet des usagers. L'Hôpital Privé Parly 2

participe activement aux projets territoriaux et à la coordination des parcours de patients selon ses activités autorisées notamment en tant qu'établissement de référence pour les activités de chirurgie cardiaque. Il existe une coordination avec deux autres établissements RAMSAY du Pôle Ile de France Ouest et le centre hospitalier de territoire. La démarche et les orientations associent la direction, la commission médicale d'établissement (CME), la commission des usagers (CDU) et les équipes. L'établissement est organisé au sein du territoire de santé en tant qu'établissement de recours pour la prise en charge des urgences du territoire. L'établissement est engagé dans les recherches cliniques et participe au niveau national à la production de publications médicales. Des conventions avec d'autres établissements du territoire spécifient les liens de recours et/ ou transferts, selon les besoins et notamment la filière d'admission directe pour les personnes âgées. Le répertoire opérationnel des ressources (ROR) est actualisé par l'établissement, qui a identifié ses partenaires et a contracté des conventions de repli avec plusieurs établissements privés et publics. Les éléments de communication en termes de coordonnées téléphoniques destinées au public et au réseau de médecine de ville permettent aux patients et à la médecine de ville, de contacter sans délai les professionnels de l'établissement. L'orientation ou ré orientation vers des établissements de santé de recours sont définies et mises en œuvre avec les structures d'adressage. Des conventions de repli sont validées avec les centres hospitaliers et les établissements privés et publics du territoire. L'établissement adhère à la communauté professionnelle du territoire de santé du Grand Versailles (CPTS) associant médecins de ville et professionnels paramédicaux. La satisfaction du patient est engagée via les questionnaires E Satis ou au format papier exploités par le service qualité. Les résultats sont communiqués en interne et vers la Commission des usagers (CDU) et la Commission médicale d'établissement (CME). Des actions d'améliorations issus des résultats et de leurs analyses sont déployées et intégrées au plan d'action institutionnel. Les représentants (es) des usagers sont impliqués dans la vie de l'établissement. Leurs remarques sont prises en considération par les équipes. Les représentants(es) des usagers participent et sont conviés(és) aux instances de l'établissement. La promotion de la bientraitance et la lutte contre la maltraitance sont un axe inscrit au projet d'établissement et font l'objet de discussions en comité d'éthique. La lutte contre la maltraitance fait l'objet d'une analyse de risque formalisée intégrant le respect du patient par l'élaboration de chartes spécifiant les attendus et postures professionnelles (personne âgée, Romain Jacob, personne hospitalisée). Un protocole sur le repérage et les conduites à tenir en cas de suspicion de maltraitance est formalisé. L'association WomanSafe a été sollicitée à deux occasions pour organiser des sessions de sensibilisation sur la maltraitance, renforcer les bonnes pratiques et offrir des ressources aux professionnels de santé. Les numéros nationaux d'urgence et d'assistance sont également visibles sur les sets de table des patients. Par ailleurs, l'établissement a mis à la disposition des salariés la solution PREVIA, organisme d'écoute et d'accompagnement, pour leur fournir le soutien nécessaire en cas de besoin. L'impulsion donnée par la Direction et la CME quant à la qualité et la sécurité de soins se traduit par le pilotage des lignes directrices définies, ainsi qu'au travers de la politique qualité. Leur mise en œuvre étant assurée par les comités, commissions diverses (CLIN, CLUD Comité de pilotage, ...) en association des directions, de la responsable qualité, du pharmacien, des responsables de services et des médecins. Le déploiement des démarches (gestion des événements indésirables, gestion du plan d'amélioration de la qualité, réalisation d'audits et évaluations, suivi des indicateurs dont les IQSS) est assuré et démontre une forte implication des personnels encadrants et le soutien de la direction. L'établissement organise des visites de risques et participe à la campagne nationale de la culture sécurité des soins et de l'évaluation qui n'est pas systématiquement exprimée par les professionnels rencontrés dans les secteurs d'activité. Plusieurs médecins de spécialités à risque sont accrédités et d'autres en cours de validation ou à venir selon un calendrier pré établi et selon le dispositif attendu. L'engagement dans une programme d'amélioration continu du travail en équipe est réalisé en chirurgie cardiaque et en obstétrique. La direction impulse le travail en équipe au sein de l'établissement avec l'adhésion de l'encadrement. L'établissement s'engage dans la démarche collaborative en développant les staffs, les groupes de travail et lors des instances. Dans le cadre d'acquisition des compétences, un parcours d'intégration du nouvel arrivant est formalisé. Le travail en équipe est favorisé, notamment par la collaboration multi professionnelle et la rétro information des

démarches. Pour ce faire l'établissement mobilise les équipes médicales et paramédicales via des réunions de services hebdomadaires et/ou mensuelles. Pour exemple l'analyse des événements indésirables et actions d'améliorations sont revues régulièrement et partagées avec les équipes de terrain. La Commission Médicale d'Etablissement se réunit sur les sujets d'ordre médical et sont destinataires de toutes les démarches institutionnelles. Le management de direction soutient la formation professionnelle des salariés, en vue de l'adéquation des compétences aux besoins identifiés (hygiène, management de proximité, formations diplômantes, ...). La mutualisation des compétences est encouragée entre différents secteurs d'activité. Les bonnes pratiques professionnelles sont promues au sein de l'établissement notamment par la diffusion de référentiels. L'établissement s'inscrit dans une démarche de la qualité de vie et des conditions de travail (QVCT), par la structuration et la prise en compte de l'expression des salariés et des médecins quant aux conditions de travail et à la gestion des possibles conflits. Des actions sont mises en œuvre et articulées autour d'axes prioritaires établis. Le travail en équipe est soutenu par la direction et les cadres de services autour de réunions de service et du traitement des sujets proposés concernant les conditions de travail. La prise en charge des urgences vitales au sein de l'établissement est opérationnelle (chariots d'urgence uniformes et vérifiés, formations des professionnels). Un numéro d'appel d'urgence unique est connu des professionnels. La gestion des possibles tensions hospitalières est organisée au niveau de l'établissement pour son territoire de proximité. La supervision associe les différentes composantes hiérarchiques et de terrain. Des exercices et simulations de risque ont été réalisés. Le plan blanc est mis à jour et connu des professionnels. L'établissement est engagé dans le développement durable. Des démarches (pour exemple la gestion et le tri des déchets) sont définies et mises en œuvre. Les risques environnementaux sont pris en compte dans le cadre du développement durable. Un diagnostic a été établi avec les professionnels et un plan d'action mis en œuvre (pour exemple, relamping, isolation thermique, risque de coupure électrique). Les indicateurs de la qualité et de la sécurité des soins (IQSS) sont exploités en termes d'analyse, d'actions d'améliorations traduites via le plan d'amélioration de la qualité institutionnel. L'établissement promeut les améliorations concernant la lettre de liaison, la consommation des solutions hydroalcooliques, la vaccination des professionnels. Les résultats sont communiqués en interne et auprès de la Commission des Usagers (CDU). Les analyses de risques sont structurées (a priori et a posteriori), incluant les réponses aux risques sanitaires, la sécurité des biens et des personnes. Un plan d'amélioration de la qualité institutionnel est construit sur la base des origines (Caqes, événements indésirables, audits, rapport ASN, inspection ARS...) et des sources déclarantes (commissions et comités, groupe de travail, vigilances). Concernant les événements indésirables graves (EIG), et les événements associés aux soins (EIAS), leur gestion fait l'objet d'une formalisation et d'un enregistrement. Ils sont déclarés électroniquement et colligés par la cellule qualité et partagés en commission qui se réunit tous les quinze jours associant l'encadrement de service et la direction. L'établissement organise des séquences d'analyse des causes profondes selon la méthode ALARM et procède à des retours d'expérience et communique ses résultats aux différentes équipes. L'établissement démontre la dynamique et la visibilité des liens entre les EIAS / EIGS et le plan d'action institutionnel. Les actions définies sont suivies. Des indicateurs sont produits. 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 : Finaliser la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse (développement de l'analyse pharmaceutique et généralisation du bilan thérapeutique). Assurer une traçabilité complète des éléments du dossier transfusionnel. Rendre interopérables les logiciels métiers dans le cadre du parcours ville-hôpital.

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	780018032	SAS HOPITAL PRIVE DE PARLY 2	21 rue Moxouris 78150 Le Chesnay-Rocquencourt FRANCE
Établissement principal	780300406	HOPITAL PRIVE DE PARLY 2 - LE CHESNAY	21 rue Moxouris 78150 Le Chesnay-Rocquencourt 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	Non
Autorisation de Traitement des affections cancéreuses par radiothérapie (dont curiethérapie)	Non
Chirurgie et interventionnel	
Autorisation de Chirurgie cardiaque	Oui
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	1,728
Nombre de passages aux urgences générales	16,543
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	60
Chirurgie et interventionnel	

Nombre de lit en Hospitalisation complète en Chirurgie	76
Maternité	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Gynécologie-Obstétrique	29
Ambulatoire	
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Médecine	0
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Chirurgie	32
Nombre de places en hospitalisation partielle en Gynécologie-Obstétrique	1
Tout l'établissement	
Nombre de séances en hospitalisation partielle en Médecine	0
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	0
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Gériatrie	0
Urgences	
Nombre de lit en UHCD	4
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)	17
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	Parcours traceur		Adulte Enfant et adolescent Hospitalisation complète Maternité Médecine Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Programmé Tout l'établissement	
2	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Médicament antibiotique injectable ou per os
3	Parcours traceur		Adulte Chirurgie et interventionnel Enfant et adolescent Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Tout l'établissement Urgences	
4	Audit système	Engagement patient		
5	Audit système	Leadership		
6	Patient traceur		Ambulatoire Chirurgie et interventionnel Enfant et adolescent Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	
	Parcours		Adulte	

7	traceur		<p>Chirurgie et interventionnel</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Maladie chronique</p> <p>Médecine</p> <p>Patient âgé</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Patient en situation de précarité</p> <p>Soins critiques</p> <p>Tout l'établissement</p> <p>Urgences</p>	
8	Parcours traceur		<p>Adulte</p> <p>Enfant et adolescent</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Maternité</p> <p>Pas de situation particulière</p> <p>Programmé</p> <p>Tout l'établissement</p>	
9	Patient traceur		<p>Adulte</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Maternité</p> <p>Pas de situation particulière</p> <p>Tout l'établissement</p> <p>Urgences</p>	
10	Parcours traceur		<p>Adulte</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Maladie chronique</p> <p>Médecine</p> <p>Patient âgé</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Patient en situation de précarité</p> <p>Soins critiques</p> <p>Tout l'établissement</p> <p>Urgences</p>	

11	Patient traceur		Adulte Ambulatoire Chirurgie et interventionnel Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	
12	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions Complémentaire IAS avec dispositif invasif ou sans dispositif invasif
13	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Endoscope
14	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Antibioprophylaxie
15	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions standards avec dispositif invasif ou sans dispositif invasif
16	Patient traceur		Adulte Ambulatoire Médecine Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	
17	Traceur ciblé	Gestion des produits sanguins labiles		Le type de produit est laissé à l'appréciation de l'EV
18	Patient traceur		Adulte Chirurgie et interventionnel Hospitalisation complète Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	
19	Patient traceur		Adulte Chirurgie et interventionnel Hospitalisation complète Patient atteint d'un cancer	

			Programmé Tout l'établissement	
20	Patient traceur		Adulte Ambulatoire Chirurgie et interventionnel Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	
21	Traceur ciblé	Accueil non programmé		urgence
22	Patient traceur		Chirurgie et interventionnel Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
23	Patient traceur		Ambulatoire Chirurgie et interventionnel Patient âgé Patient en situation de précarité Programmé Tout l'établissement	
24	Patient traceur		Ambulatoire Médecine Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
25	Audit système	Entretien Professionnel		
26	Audit système	Entretien Professionnel		
	Audit	Coordination territoriale		

27	systeme			
28	Traceur ciblé	Transport intra-hospitalier des patients		Transport assis ou couché vers bloc
29	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Medicament à risque per os
30	Audit système	Entretien Professionnel		
31	Audit système	Entretien Professionnel		
32	Audit système	Maitrise des risques		
33	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Per-opératoire (Bloc général hors endoscopie, hors salle de naissance)
34	Audit système	Représentants des usagers		
35	Parcours traceur		<p>Adulte</p> <p>Ambulatoire</p> <p>Chirurgie et interventionnel</p> <p>Enfant et adolescent</p> <p>Patient âgé</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Patient en situation de précarité</p> <p>Programmé</p> <p>Tout l'établissement</p>	
36	Audit système	Dynamique d'amélioration		
37	Traceur ciblé	Gestion des évènements indésirables graves		En fonction de la liste à jour mise à disposition par l'ES en visite
38	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Medicament à risque injectable
39	Audit système	QVT & Travail en équipe		
	Parcours traceur		<p>Adulte</p> <p>Chirurgie et interventionnel</p>	

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

46	Audit système	Coordination territoriale		
47	Patient traceur		Hospitalisation complète Médecine Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
48	Audit système	Leadership		
49	Audit système	Représentants des usagers		
50	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Prescription d'un patient intégrant, a minima, un Médicament à risque per os
51	Traceur ciblé	Gestion des évènements indésirables graves		EI critique ou presque accident
52	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Prescription d'un patient intégrant, a minima, un Antibiotique per os ou injectable
53	Audit système	Entretien Professionnel		
54	Patient traceur		Adulte Chirurgie et interventionnel Hospitalisation complète Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
55	Parcours traceur		Ambulatoire Chirurgie et interventionnel Enfant et adolescent Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	

56	Patient traceur		Ambulatoire Chirurgie et interventionnel Enfant et adolescent Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
57	Patient traceur		Ambulatoire Chirurgie et interventionnel Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
58	Parcours traceur		Adulte Ambulatoire Chirurgie et interventionnel Hospitalisation complète Pas de situation particulière Patient âgé Programmé Tout l'établissement	
59	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Antibioprophylaxie et Per opératoire
60	Parcours traceur		Adulte Ambulatoire Chirurgie et interventionnel Hospitalisation complète Médecine Pas de situation particulière Patient âgé Programmé Soins critiques Tout l'établissement	
	Parcours		Adulte	

61	traceur		Hospitalisation complète Médecine Pas de situation particulière Patient âgé Tout l'établissement Urgences	
62	Audit système	Engagement patient		
63	Audit système	Risques numériques - Professionnels		
64	Audit système	Entretien Professionnel		
65	Audit système	Entretien Professionnel		
66	Audit système	Entretien Professionnel		
67	Audit système	Risques numériques - Professionnels		
68	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Prescription d'un patient intégrant, a minima, un Médicament à risque injectable
69	Audit système	Entretien Professionnel		
70	Audit système	Risques numériques - Professionnels		
71	Audit système	Risques numériques - Professionnels		
72	Patient traceur		Adulte Ambulatoire Chirurgie et interventionnel Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
	Patient		Adulte	

73	traceur		Hospitalisation complète Maternité Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
74	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions standard et complémentaires
75	Audit système	QVT & Travail en équipe		
76	Audit système	Risques numériques - Gouvernance		
77	Patient traceur		Adulte Chirurgie et interventionnel Hospitalisation complète Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
78	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Dispositif médical réutilisable (Endoscope)
79	Patient traceur		Adulte Hospitalisation complète Patient en situation de handicap Programmé Soins critiques Tout l'établissement	
80	Audit système	Maitrise des risques		
81	Parcours traceur		Adulte Chirurgie et interventionnel Enfant et adolescent Hospitalisation complète Maternité Médecine Pas de situation particulière	

			Tout l'établissement Urgences	
82	Parcours traceur		Adulte Chirurgie et interventionnel Hospitalisation complète Pas de situation particulière Patient âgé Programmé Soins critiques Tout l'établissement	
83	Traceur ciblé	Gestion des produits sanguins labiles		Prescription PSL
84	Audit système	Dynamique d'amélioration		

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

