



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

## **DOSSIER-TYPE DE DEMANDE D'AGREMENT DES ORGANISMES POUR L'ACCREDITATION DES MÉDECINS**

*Les organismes devront remplir le dossier de la page 3 à la page 12 incluse, au regard de l'élément suivant :*

- Cahier des charges des organismes agréés pour l'accréditation des médecins (Annexe 1)*

Ce dossier de demande d'agrément pour l'accréditation des médecins et des équipes médicales devra être envoyé à la Haute Autorité de santé, en deux exemplaires :

- Un exemplaire « papier » en courrier recommandé avec accusé de réception à l'adresse suivante :

**Haute Autorité de santé**

**Service accréditation des médecins**

**2, avenue du Stade de France**

**93218 Saint-Denis La Plaine cedex**

- Un exemplaire « électronique » par e-mail à l'adresse suivante :

**accreditationdesmedecins@has-sante.fr**

Le dossier devra être renseigné dans sa totalité et accompagné des pièces suivantes, le cas échéant, en fonction du type juridique et de l'ancienneté de l'organisme :

- Les statuts de l'organisme ou la convention constitutive du GIP ;
- Le récépissé d'enregistrement de ces statuts et de leurs éventuelles modifications auprès des services administratifs ;
- Un extrait KBIS de moins de 30 jours (pour les sociétés) ;
- Une copie du Journal officiel relatif à la publication des statuts de l'organisme ou l'ampliation de l'arrêté préfectoral approuvant ou modifiant la convention constitutive du GIP régional, ou tout autre document équivalent (si applicable) ;
- Une copie des PV des assemblées générales de l'année en cours et de l'année précédente ;
- Une liste exhaustive de l'ensemble des sources de financement ;
- Les liasses fiscales des 2 derniers exercices ;
- Une déclaration sur l'honneur que l'organisme a satisfait à ses obligations fiscales et sociales au 31 décembre de l'année précédente et les attestations et

certificats correspondants délivrés par les organismes compétents ;

- L'identification nominative des membres des instances dirigeantes et des experts ainsi que le résumé synthétique de leur parcours professionnel ;
- Un modèle de déclaration de conflits d'intérêts
- Pour les organismes de formation : le bilan pédagogique et financier des 2 derniers exercices.

La HAS se réserve la possibilité de demander au candidat tout document ou information complémentaire qu'elle jugera utile pour l'étude du dossier de candidature.

La HAS rendra son avis dans les deux mois suivant la date à laquelle le dossier sera considéré comme étant complet, et informera l'organisme de cette échéance.

## COORDONNEES DE L'ORGANISME

- NOM (ET SIGLE) DE L'ORGANISME :

[COLLEGE DE  
NEUROCHIRURGIE](#)

- ADRESSE DE SON SIÈGE SOCIAL :

**Service de Neurochirurgie**

**CHU Bicêtre Dupuytren**

**2 Avenue Martin Luther King**

**87042 LIMOGES**

**78, rue du Général Leclerc**

**94275 – LE KREMLIN BICETRE**

- TELEPHONE : [01 45 21 47 0005 55 05  
65 21](#)

- FAX : [05 55 05 65 24 01 45 21 24 22](#)

- E-MAIL : [jp-lejeune@chru-lille.fr](mailto:jp-lejeune@chru-lille.fr)[moreau@unilim.fr](mailto:moreau@unilim.fr)

- SITE  
INTERNET  
[:http://college.neurochirurgie.fr](http://college.neurochirurgie.fr)  
[www.neurochirurgie.fr](http://www.neurochirurgie.fr)

- IDENTIFICATION DU RESPONSABLE  
HABILITE A SOUSCRIRE A LA  
DEMANDE D'AGREMENT

Nom : [LEJEUNEMOREAU](#)

Prénom : [Jean-PaulJean-Jacques](#)

Qualité : [Professeur des Universités –  
Praticien Hospitalier, Chef du Service  
de Neurochirurgie B, Coordonnateur  
du Pôle de Neurochirurgie du CHRU de  
Lille , Membre du Conseil Scientifique  
et Administratif de la Société Française  
de Neurochirurgie – Hôpital Roger  
Salengro, CHRU, 59037 LILLE  
CEDEX](#)[Président du Collège de  
neurochirurgie](#)

- IDENTIFICATION DE LA PERSONNE A  
CONTACTER POUR TOUTES  
QUESTIONS RELATIVES À LA  
PRÉSENTE DEMANDE D'AGRÉMENT

Nom : [LEJEUNEMOREAU](#)

Prénom : [Jean-PaulJean-Jacques](#)

Qualité : [Professeur des Universités –  
Praticien Hospitalier, Chef du Service  
de Neurochirurgie Président du  
Collège de neurochirurgie](#)

~~Professeur des Universités –  
Praticien Hospitalier, Chef du Service  
de Neurochirurgie B, Coordonnateur  
du Pôle de Neurochirurgie du CHRU de  
Lille , Membre du Conseil Scientifique  
et Administratif de la Société Française  
de Neurochirurgie – Hôpital Roger  
Salengro, CHRU, 59037 LILLE CEDEX~~

Téléphone direct : [03 20 44 66 15 : 05 55  
05 65 21](#)

Adresse e-mail [moreau@unilim.fr](mailto:moreau@unilim.fr) : [jp-lejeune@chru-lille.fr](mailto:jp-lejeune@chru-lille.fr)

## DESCRIPTION DE L'ORGANISME

La présente partie du document doit être renseignée de manière à répondre aux recommandations du cahier des charges des organismes agréés (Annexe 1) joint à la décision correspondante du collège de la HAS.

### 1. Missions de l'organisme

#### Mission générale

Le Collège a pour but, en relation avec les Instances Universitaires et en accord avec les textes en vigueur, de connaître et d'intervenir sur toute question touchant l'enseignement de la spécialité et l'évaluation des compétences des neurochirurgiens.

#### Missions spécifiques

De façon plus spécifique il a pour but :

- de définir et d'organiser la formation de la spécialité, en particulier, il contribue à harmoniser, coordonner et garantir la qualité des enseignements
- de contrôler la qualité de la formation initiale théorique et pratique, il intervient sur toute question relative à cette formation. En particulier :
  - il intervient sur tout ce qui concerne l'élaboration et l'actualisation des \_\_\_\_\_ diplômes de spécialités \_\_\_\_\_
  - il définit les critères d'agrément des services et/ou des programmes de- \_\_\_\_\_ formation \_\_\_\_\_
- de garantir la compétence de tous les neurochirurgiens. En particulier :
  - il organise et coordonne avec les instances universitaires la cession de \_\_\_\_\_ validation des compétences professionnelles au terme du DES/DESC. \_\_\_\_\_
  - il organise l'examen du collège et délivre le diplôme du Collège
- d'intervenir avec les pouvoirs publics dans les domaines privilégiés de la formation initiale et continue à tous les niveaux de compétence et de responsabilité et de la qualité des soins

à l'intérieur des différents modes d'exercice professionnel public ou privé. En particulier :

- il labellise les actions de Formation Médicale Continue et d'Evaluation des Pratiques Professionnelles concernant la neurochirurgie de ceux qui en feront la demande pour \_\_\_\_\_ les instances nationales et/ou régionales statutaires d'accréditation en FMC.

\_\_\_\_\_ - il en est de même pour les programmes d'accréditation de la pratique médicale

- de proposer et soutenir toute mesure visant à assurer l'enseignement de neurochirurgie, à parfaire la formation des spécialistes, à développer l'enseignement post-universitaire
- de proposer, et de soutenir toute mesure visant à perfectionner l'efficacité technique de ceux qui se consacrent à la neurochirurgie pour assurer un niveau de sécurité et de qualité de l'exercice chirurgical de la spécialité. En particulier :
  - il intervient dans les domaines privilégiés de la formation initiale et continue à \_\_\_\_\_ tous les niveaux de compétence et de responsabilité et de la qualité des soins \_\_\_\_\_ pour tous les professionnels de santé intervenant de manière spécifique dans le \_\_\_\_\_ domaine de la neurochirurgie \_\_\_\_\_
  - il intervient sur toutes les questions de démographie des professions de santé \_\_\_\_\_ pour assurer un niveau de sécurité et de qualité de l'exercice chirurgical de la \_\_\_\_\_ spécialité
- de contribuer aux échanges internationaux avec les organisations professionnelles similaires pour tout ce qui concerne l'enseignement, la formation la recherche et les connaissances,

La Société Française de Neurochirurgie (SFNC) a, depuis sa création le 4 Décembre 1969, pour missions de réunir les neurochirurgiens français en assemblées périodiques pour favoriser par leurs discussions et leurs travaux les progrès de la spécialité, d'assurer par voie de publication la diffusion des travaux originaux de ses membres, d'organiser des rencontres

~~internationales au cours desquelles les neurochirurgiens français peuvent confronter leur expérience à celle de leurs collègues étrangers, d'assurer la définition, la promotion et l'harmonisation à l'échelon national de l'enseignement de la neurochirurgie dispensé aux français et étrangers en formation initiale ou continue, en accord avec les textes législatifs en vigueur, d'étudier les problèmes posés par l'organisation de la profession.~~

~~Depuis la mise en œuvre du Décret n°2006-909 du 21 juillet 2006 relatif à l'accréditation de la qualité de la pratique professionnelle des médecins et des équipes médicales exerçant en établissements de santé, la SFNC a décidé de créer en son sein un organisme d'accréditation.~~

~~L'Organisme d'Accréditation de la SFNC Le Collège de Neurochirurgie~~ recouvre l'exercice de la neurochirurgie en secteur public et l'exercice de la neurochirurgie en secteur libéral.

~~Le Collège de Neurochirurgie L'Organisme d'Accréditation de la SFNC~~ s'engage aux missions suivantes :

- La gestion des dossiers des neurochirurgiens engagés dans la procédure d'accréditation
- Le recensement des événements porteurs de risques, leur expertise et leur analyse approfondie
- La caractérisation des situations à risque en neurochirurgie
- La mise en oeuvre d'un programme d'amélioration de la sécurité des pratiques de la neurochirurgie
- L'élaboration et la diffusion de recommandations générales et de référentiels de qualité des soins
- L'évaluation périodique du respect des obligations des médecins accrédités
- L'organisation de son financement de façon indépendante, en écartant tout conflit d'intérêt

~~Le Collège de Neurochirurgie L'Organisme d'Accréditation de la SFNC~~ s'engage dans le cadre de la description de ses missions à :

- Effectuer celles-ci conformément aux dispositions légales et réglementaires qui régissent l'accréditation des médecins

- Signaler sans délai à la Haute Autorité de Santé toute modification de ses missions, structures, ou procédures
- Accepter tout audit externe demandé par la Haute Autorité de Santé portant notamment sur les procédures de fonctionnement et son financement

Il est indispensable que l'organisme demandant son agrément accepte le principe d'un audit externe. Joindre l'attestation (Annexe 2), complétée, datée et signée au présent dossier.

Préciser si l'organisme sollicite également un agrément :

auprès des CNFMC pour la formation médicale continue : **OUI**

date : 15 juin 2008...

auprès de la HAS pour l'évaluation des pratiques professionnelles : **OUI**

date : 15 juin 2008

## 2. Description de l'organisme

### 2 - 1 Organigramme :

Décrire les instances dirigeantes (scientifique et professionnelle), qui devront être à majorité médicale - avec noms et qualités des responsables. Préciser également les relations hiérarchiques et fonctionnelles.

Joindre un organigramme.

~~L'Organisme d'Accréditation de la SFNCs Neurochirurgiens~~ est placé sous sous l'égide du Conseil ~~Scientifique et Administratif (CSA) de la Société Française de Neurochirurgie (SFNC Administratif du Collège de Neurochirurgie)~~, qui regroupe l'ensemble des composantes de la spécialité neurochirurgicale.

Organigramme du ~~Conseil Administratif du Collège de Neurochirurgie Conseil Scientifique et Administratif de la Société Française de Neurochirurgie~~ :

- Bureau :
  - Président : J.J. MOREAU élu en Assemblée Générale

- Secrétaire : G. DECHAMBENOIT
- Secrétaire Adjoint : E. CUNY
- Trésorier : M. KALAMARIDES
- Conseil d'administration :
  - Membres élus : Pierre KEHRLI, Serge. BLOND, Jean-Yves BOUZIGUE, Philippe CORNU, Philippe PAQUIS
  - 7 coordinateurs inter régionaux :
    - Nord : P. TOUSSAINT
    - Est : J. AUQUE
    - Ouest : P. MENEI
    - Sud-ouest : H. LOISEAU
    - Sud-est : F. SEGNARBIEUX
    - Rhône Alpes : E. GAY
    - Ile de France Paris : B. DEVAUX
  - Président de la sous section du CNU : J. LAGARRIGUE
  - 2 représentants du CSA de la SFNC : G. BRASSIER, F. PARKER
  - Président du syndicat : B. IRTHUM
  - DEA national des sciences chirurgicales : P. DECQ

**Président : Pr Jean-Paul NGUYEN**

**Vice-Président, chargé des relations internationales : Pr. Philippe CORNU**

**Secrétaire Général : Pr. Gilles BRASSIER**

**Secrétaire adjoint, chargé de l'annuaire : Pr. Benoît BATAILLE**

**Trésorier : Pr. Fabrice PARKER**

**Projets et Evaluation des Pratiques Professionnelles: Pr. Gilles BRASSIER**

**Accréditation des Neurochirurgiens auprès de la HAS: Pr Jean-Paul LEJEUNE**

**Relations internationales : Pr Pierre Hughes ROCHE**

**Chargé des jeunes neurochirurgiens : Pr Pierre KEHRLI**

**Représentant des neurochirurgiens libéraux : Dr. Jean DESTANDAU**

**Directeur du Collège des Enseignants : Pr. Jean-Jacques MOREAU**

**Directeur des Affaires Syndicales : Pr. Bernard IRTHUM**

**Société Française de Neurochirurgie Pédiatrique : Pr. Patrick DHELLEMMES**

**Société Francophone de Neurochirurgie du Rachis : Pr. Richard ASSAKER**

**Club Français de Stéréotaxie et de Neurochirurgie Fonctionnelle : Pr. Serge BLOND**

**Club Français de Neuro-Oncologie : Pr. Philippe MENEI**

**Club Français de Neurochirurgie Vasculaire : Pr Jean-Paul LEJEUNE**

**Association Française des Neurochirurgiens Libéraux : Dr Bruno FRANCK**

## 2 - 2 Structure de gouvernance scientifique et médicale :

Identifier la structure (ou la personne) au sein de l'organisme qui élabore à tout échelon (local et/ou régional et/ou national) la politique de gouvernance scientifique et médicale de la (des) spécialité(s), c'est-à-dire notamment la politique de gestion des risques de la (des) spécialité(s), l'élaboration du Référentiel Risques de la (des) Spécialité(s) et la définition des événements porteurs de risques médicaux ciblés à signaler en priorité par les médecins engagés dans l'accréditation, l'évaluation du respect des obligations des médecins, l'émission des avis d'accréditation.

L'organisme doit démontrer qu'il tient compte, dans son organisation et dans son fonctionnement, des différents modes d'exercice

et des différents types d'établissements où exercent les médecins qu'il représente.

- ~~Le CSA de la SFNC~~ Le Collège de Neurochirurgie désigne les neurochirurgiens membres de l'Organisme d'Accréditation afin qu'ils garantissent de façon pérenne la représentation des différents modes d'exercice de la spécialité neurochirurgicale. La liste des neurochirurgiens membres de l'Organisme d'Accréditation sera réactualisée périodiquement par le le Collège de Neurochirurgie ~~CSA de la SFNC~~.
- Les neurochirurgiens suivants ont été proposés par le Collège de Neurochirurgie ~~CSA ont été nommés Membres de l'Organisme d'Accréditation en Neurochirurgie~~ lors de l'Assemblée Générale de la SFNC tenue à Tours, le 29 Mai 2008 :

- Responsables : Pr J.~~PP~~ Lejeune ~~Lejeune~~ (Exercice CHU) + J. Destandau (exercice libéral)

- Membres permanents :

- Exercice CHU :
  - Pr Benoît Bataille
  - Pr Philippe Cornu
  - Dr Thierry Faillot
  - Pr Bernard Irthum
  - Dr Pascal Monteil
  - Pr Jean-Jacques Moreau
  - Pr Jean-Paul Nguyen
  - Pr Fabrice Parker
- Exercice Libéral :
  - Dr Alexandre Blanquet
  - Dr Jean-Yves Bousigue

- ~~Dr Gilbert Dec~~ Chambenoit
- ~~Dr Jean~~ Destandau
- Dr Bruno Franck
- Dr Jean-Marc Fuentes
- Dr Didier GROSSKOPF

- Membres invités :

- Le Président de la SFNC
- Le Secrétaire de la SFNC
- Toute personne, membre ou non de la SFNC, dont l'implication en matière d'accréditation, ou la compétence dans le sujet abordé rendent la présence utile.

## 2 - 3 Structure administrative et logistique :

Identifier la structure (ou la personne) au sein de l'organisme qui assure la gestion administrative et logistique des accréditations, c'est-à-dire notamment la gestion des demandes d'accréditation des médecins (réception, recevabilité et enregistrement), la gestion des dossiers individuels d'accréditation dans lequel sont tracées les activités des médecins et la transmission à la HAS des avis d'accréditation des médecins ayant satisfait aux obligations de l'accréditation.

Les tâches administratives et logistiques des accréditations seront réparties entre les membres ~~permanents cités au paragraphe 2.2~~ suivants :

~~Dr Gilbert Dec~~ Chambenoit

~~PDr. M~~ Kalamarides

Pr. J.P. Lejeune

Dr. J. Destandau

## 2 - 4 Structure de gouvernance professionnelle :

Identifier la structure (ou la personne) au sein de l'organisme qui élabore à tout échelon (local et/ou régional et/ou national) la politique de gouvernance professionnelle, c'est-à-dire notamment les relations avec les sociétés savantes et collèges, la CNAMTS, la HAS, l'ordre des médecins, etc.

L'organisme doit démontrer qu'il tient compte, dans son organisation et dans son fonctionnement, des différents modes d'exercice et des différents types d'établissements où exercent les médecins qu'il représente.

~~La structure de gouvernance professionnelle correspond au Conseil Scientifique et Administratif de la Société Française de Neurochirurgie, qui regroupe l'ensemble des composantes de la spécialité neurochirurgicale, en exercice hospitalier et libéral (voir paragraphe 2.1.).~~

~~On avait proposé les membres du groupe de mardi 4 novembre ?? car le CA du collège n'est pas assez représentatif des différentes modes d'exercice : aussi il faut lister les noms et les titres :Président et secrétaire du collège, de la SFNC, du syndicat, des libéraux, GNU, responsables des structures administratives et scientifiques de l'OA~~

Membres du Collège de neurochirurgie :

- Président :Jean-Jacques MOREAU  
(activité mixte)
- Secrétaire : Gilbert  
DECHAMBENOIT (activité libérale)
- Chargé de mission HAS François  
PROUST (activité mixte)



- Membre élu au CA : Jean-Yves BOUSIGUE (activité libérale)

#### Membres de la Société Française de Neurochirurgie

- Président : Jean-Paul NGUYEN (activité hospitalière)
- Vice-Président : Jean-Paul LEJEUNE (activité mixte)
- Secrétaire : Gilles BRASSIER (activité mixte)
- Trésorier et représentant des neurochirurgiens hospitaliers à activité mixte : Fabrice PARKER (activité mixte)

#### Président du CNU : Jacques LAGARRIGUE (activité hospitalière)

#### Président du syndicat des neurochirurgiens : Bernard IRTHUM (activité mixte)

#### Membres de la Société des neurochirurgiens libéraux :

- Michel DESGEORGES (activité libérale)
- Jean DESTANDAU (activité libérale)
- Didier GROSSKOPF (activité libérale)

## **2 - 5 Les experts :**

Il est recommandé que les experts soient des médecins compétents en gestion des risques, en exercice dans la spécialité depuis au moins 10 ans ou ayant cessé d'exercer dans la spécialité depuis moins de 3 ans. Il n'apparaît pas opportun de fixer un seuil d'activité clinique pour recruter un expert dont le professionnalisme, l'aptitude à communiquer et les connaissances en gestion de risques seraient notoirement reconnus par ses pairs.

Leur recrutement doit être représentatif de tous les modes d'exercice et des différents lieux d'exercice (types d'établissements) de la (des) spécialité(s).

- **Exercice CHU : Pr Benoît Bataille, Pr Philippe Cornu, Dr Thierry Faillot, Pr Bernard Irthum, Pr J.P. Lejeune, Dr Pascal Monteil, Pr Jean-Jacques Moreau, Pr Jean-Paul Nguyen, Pr Fabrice Parker, Pr. F. Proust, Pr. M. Zerah.**
- **Exercice libéral : Dr Alexandre Blanquet, Dr Jean-Yves Bousigue, Dr Jean Destandau, Dr Bruno Franck, Dr Jean-Marc Fuentes, Pr M. Desgeorges, Dr. Didier Grosskopf, Pr. Gilbert Dechambenoit.**
- **La liste des experts neurochirurgiens pourra être élargie ou modifiée après délibération du GSA et approbation par l'Assemblée Générale de la SFNGCA du Collège de Neurochirurgie. L'organisme s'engage à communiquer toute modification à la Haute Autorité de Santé et à conserver une répartition représentative des différents modes d'exercice de la spécialité.**

### 3. Description de la politique des ressources humaines et logistiques de l'organisme

#### 3 - 1 Modalités d'identification et de gestion des conflits d'intérêts<sup>1</sup> :

Les experts de l'Organisme d'Accréditation ~~de la SFNG~~ du Collège de Neurochirurgie et les membres ~~du Conseil Administratif du Collège de Neurochirurgie~~ du GSA de la SFNG signent une déclaration de conflit d'intérêt.

La personne désignée pour analyser les déclarations d'intérêt est le Président ~~de la SFNG~~ du Collège. Lors ~~de la réunion annuelle du Conseil Administratif du Collège de Neurochirurgie~~ GSA annuel de Novembre, une analyse et un recensement des déclarations sont réalisés.

Lors de l'Assemblée Générale annuelle ~~de la SFNG~~ du Conseil Administratif du Collège de Neurochirurgie, il sera rendu compte de cet aspect, le contenu et les discussions éventuelles en découlant seront rapportés dans le Procès Verbal de la réunion, signé par le Président et le Secrétaire Général ~~de la SFNG~~ du Collège de Neurochirurgie. Le Procès Verbal est ensuite archivé et adressé comme toujours à l'ensemble des membres ~~du Collège de Neurochirurgie~~ de la SFNG. Enfin, les déclarations de conflits d'intérêt seront analysées lors des réunions du GSA Collège et leur accessibilité sera possible à toute personne, membre ou non ~~de la SFNG~~ du Collège, qui pourra en justifier la demande.

Aucun expert ne sera missionné pour un événement porteur de risques survenu sur son lieu d'exercice, ou survenu dans une structure dont le mode d'exercice est différent (exercice libéral et exercice hospitalier).

Le neurochirurgien engagé dans l'accréditation peut récuser l'expert neurochirurgien qui a été désigné pour l'analyse d'un événement porteur de risques qu'il a déclaré. L'expert neurochirurgien qui a été désigné pour l'analyse d'un événement porteur de risques peut récuser sa mission.

#### 3 - 2 Modalités de recrutement et rémunération des experts :

En particulier, préciser les éléments sur lesquels se fonde l'organisme pour apprécier leur niveau d'expertise (formation, activité, appartenance à une structure professionnelle de gestion des risques, etc.).

Les experts sont recrutés parmi les neurochirurgiens, universitaires ou non, ayant un exercice libéral ou hospitalier, par le Conseil Administratif du Collège de Neurochirurgie ~~GSA de la SFNG~~,

- Soit sur présentation d'un CV attestant d'une activité en gestion des risques
- Soit en tant qu'expert reconnu dans son domaine d'activité en neurochirurgie
- Les experts s'engagent à suivre la formation spécifique proposée par la Haute Autorité de Santé

La rémunération des experts sera fixée par le GSA de la SFNG Conseil Administratif du Collège de Neurochirurgie. Elle comprend :

- Une rémunération forfaitaire pour la mission
- Des frais de déplacement en fonction du barème fiscal

<sup>1</sup> L'intérêt peut être **direct** (intérêt dans un profit personnel au cours de la coopération entre l'organisme et l'expert, susceptible d'influencer ou de paraître influencer le comportement de l'expert) ou **indirect** (tous les autres intérêts, notamment en relation avec des liens familiaux, pouvant avoir une influence sur le comportement de l'expert).

### 3 - 3 Moyens humains et logistiques en appui à la mise en œuvre des activités de gestion des risques :

#### Moyens humains

- Les membres du [CSA de la SFNC Conseil Administratif du Collège de Neurochirurgie](#)
- Les membres permanents de l'Organisme d'Accréditation
- Le Secrétariat de la SFNC
- [Mr Frédéric Dager, chargé du site Internet du Campus Numérique de Neurochirurgie](#)

#### Moyens logistiques

##### [Secrétariat, Téléphone](#)

~~L'Organisme d'Accréditation de la SFNC publie un rapport de son activité annuelle devant chaque Assemblée Générale statutaire de la SFNC.~~

~~Des séances d'information ou de formation à la gestion des risques seront organisées lors des réunions scientifiques de la SFNC, lors des Journées Nationales d'Enseignement de Neurochirurgie, et lors de la réunion annuelle du Collège des Enseignants.~~

Le recours aux moyens de communication tels que conférence téléphonique, visio-conférence, échange de courriels, sera privilégié pour l'analyse des déclarations.

##### Sites Internet :

- ~~de la SFNC : [www.neurochirurgie.fr](http://www.neurochirurgie.fr)~~
- ~~<http://college.neurochirurgie.fr>~~
- ~~\_\_\_\_\_~~
- ~~du campus numérique de neurochirurgie (collège des Enseignants de neurochirurgie) : [www.campus-neurochirurgie.org](http://www.campus-neurochirurgie.org)~~

~~La raison des 2 sites en ce qui concerne l'accréditation réside dans le fait que seuls les membres titulaires à jour de leur cotisation à la SFNC ont accès au site de cette dernière, alors que le site du campus est accessible aux Internes en formation gratuitement.~~

### 4. Description de la gestion financière de l'organisme

Décrire les sources de financement et la répartition de leur usage pour l'année en cours et éventuellement l'année suivante. Ces éléments peuvent être prévisionnels si l'organisme est récent et s'il s'agit d'une première demande d'agrément.

Décrire la procédure qui permet d'attester l'absence de lien direct entre le financement de l'organisme et le contenu des activités de gestion des risques.

Décrire le budget prévisionnel (poste par poste). Produire les comptes et états associés.

Joindre la charte d'éthique pour les organismes en disposant.

~~L'Organisme d'Accréditation de la SFNC [Le Collège de Neurochirurgie](#) s'engage à mettre à disposition ses comptes et états associés à la demande de la Haute Autorité de Santé.~~

~~Un compte bancaire spécifique à la procédure d'accréditation sera ouvert par le trésorier [Collège de Neurochirurgie de la SFNC](#) pour garantir l'absence de tout conflit d'intérêt dans la gestion financière de l'Organisme d'Accréditation.~~

Les ressources de l'Organisme d'Accréditation proviennent :

- D'une cotisation annuelle des neurochirurgiens engagés dans la démarche d'accréditation

- Du prélèvement en faveur de l'organisme d'accréditation prévu par l'Arrêté du 6 février 2007, lors du versement par la CPAM de l'aide à la souscription d'une assurance en responsabilité civile d'un neurochirurgien
- Les dons des laboratoires pharmaceutiques, exclusivement destinés à l'octroi de bourses pour les jeunes neurochirurgiens (bourses de voyage et de master), ne pourront en aucun cas être utilisés pour le fonctionnement de l'organisme d'accréditation, afin de préserver une totale indépendance de celui-ci.
- De dons, legs, subventions en rapport avec l'activité de gestion des risques en neurochirurgie, en interdisant tout conflit d'intérêt.

## 5. Qualité des données scientifiques utilisées

**Sur quels éléments l'organisme évalue-t-il la qualité scientifique (niveau de preuve) des méthodes sur la base desquelles sont élaborées les activités de gestion des risques et les recommandations :**

La qualité scientifique est basée sur le niveau de preuve de la bibliographie internationale et les référentiels existants (HAS, Sociétés Savantes nationales ou internationales, A F S A P S S, bases de données internationales). Seuls les projets d'action présentant ces garanties seront validés par ~~la~~ [SFNC-le Collège](#).

[Les données provenant du campus de Neurochirurgie pourront également être utilisées.](#)

## 6. Description des activités

### 6 - 1 Activités directement liées au processus individuel d'accréditation :

[Les membres du Collège sont tenus à la confidentialité pour les informations qui sont à leur disposition dans le cadre du processus individuel d'accréditation.](#)

[Les activités sont :](#)

- Evaluation de la recevabilité de la demande d'engagement dans l'accréditation au regard des pré-requis de la spécialité neurochirurgicale
- Gestion du dossier d'accréditation des neurochirurgiens
- Evaluation périodique des obligations des neurochirurgiens :
  - Déclaration des Evénements Porteurs de Risque (EPR) concernant leur activité personnelle
  - Mise en œuvre des recommandations individuelles résultant des EPR qu'ils ont déclarés
  - Mise en œuvre des recommandations générales résultant de l'analyse des EPR de neurochirurgie enregistrés et analysés, des études de risque et de la veille scientifique
  - Participation aux activités d'amélioration de la sécurité de la pratique de la neurochirurgie
  - Production d'un bilan annuel de leurs activités dans le cadre de l'accréditation
- Elaboration d'un avis d'accréditation ou de renouvellement d'accréditation des neurochirurgiens et transmission à la HAS

## 6 - 2 Activités de gestion des risques :

- Recensement des EPR sur la base REX-HAS
- Expertise et analyse approfondie des EPR sur la base REX-HAS
- Caractérisation des situations à risque en neurochirurgie
- Elaboration régulière de recommandations générales et de référentiels de soins dans les différents domaines de la neurochirurgie. Cette action a déjà débuté par la pratique des Evaluations des Pratiques Professionnelles lors des réunions nationales de la SFNC (Mars 2007 : Prise en charge des anévrismes artériels cérébraux, Mai 2008 : Information du patient et responsabilité médico-légale), qui donnent lieu à la publication des recommandations sur les sujets abordés.
- Mise en œuvre d'un programme d'amélioration de la sécurité des pratiques de la neurochirurgie avec élaboration d'un calendrier prévisionnel des thèmes abordés.
- Mise en place d'études de risque
- Veille scientifique des risques
- Organisation de visites d'experts

## 6 - 3 Commission Risques Spécialité :

- La Commission Risques de Neurochirurgie est composée de neurochirurgiens experts de l'Organisme d'Accréditation ~~de la SFNC, désignés par le CSA de la SFNC~~ du Collège de Neurochirurgie, et de représentants de la Haute Autorité de Santé. Elle est présidée par un expert neurochirurgical.
- Les neurochirurgiens suivants ont été désignés par le ~~CSA de la SFNC~~ Collège pour cette Commission :
  - o Exercice CHU : Dr T. Faillot, Pr B. Irthum, Pr J.P. Lejeune, Pr J.J. Moreau
  - o Exercice Libéral : Dr A. Blanquet, Dr J. Destandau, Pr. G. Dechambenoit
- La Commission Risques de Neurochirurgie :
  - o Sera représentée à chaque réunion du ~~CSA de la SFNC~~ Collège de Neurochirurgie auquel elle rendra compte de son action et de ses projets
  - o Elabore et valide le Référentiel Risques de Neurochirurgie et les EPR ciblés de Neurochirurgie
  - o Elabore le programme d'amélioration de la sécurité des pratiques en Neurochirurgie et en assure l'évaluation périodique
  - o Décide des études de risque à mener en Neurochirurgie
- Le Pr B. Irthum représentera la Commission Risques de Neurochirurgie à la Commission Risques Inter-Spécialités

## 6 - 4 Commission Risques Inter-Spécialités :

La Commission Risques de Neurochirurgie, représentée par le Pr B. Irthum, participe à la Commission Risques Inter-Spécialités avec les objectifs suivants :

- Elaborer les stratégies de gestion des risques communes à plusieurs spécialités
- Valider les enseignements et recommandations inter-spécialités proposés

- Proposer un programme d'amélioration de la sécurité des pratiques applicable à plusieurs spécialités

## 6 - 5 Elaboration du Référentiel Risques de la spécialité :

Le référentiel risques de Neurochirurgie sera élaboré par l'Organisme d'Accréditation [de la SFNC du Collège de Neurochirurgie](#) en coordination avec la HAS. Il associera :

- Le pré-requis de la spécialité en tenant compte des Décrets régissant l'exercice de la Neurochirurgie
- Les recommandations générales de la spécialité
- Le plan de management des risques de la spécialité
- Le programme d'amélioration de la sécurité des pratiques de la spécialité

Il s'appuiera sur :

- Les recommandations publiées par la SFNC et ses composantes
- Les travaux du Collège de Neurochirurgie
- Les rapports de la Société de Neurochirurgie de Langue Française
- Les enquêtes nationales de risque en Neurochirurgie (infections nosocomiales notamment)

## 6 - 6 Elaboration du Programme d'amélioration de la sécurité des pratiques médicales de la spécialité :

L'Organisme d'Accréditation [de la SFNC du Collège de Neurochirurgie](#) élaborera le programme d'amélioration de la sécurité des pratiques de la spécialité en définissant notamment :

- Les EPR ciblés de neurochirurgie
- Les recommandations générales de prise en charge des pathologies neurochirurgicales et leur diffusion auprès des neurochirurgiens
- Les actions d'accompagnement et de formation telles que les séances nationales d'évaluation des pratiques professionnelles ou la formation des jeunes neurochirurgiens avec l'aide du Collège
- Les actions de surveillance des risques par recueil des données de la spécialité
- Les exigences minimales de participation des neurochirurgiens aux activités ci-dessus pour être accrédités.

## 6 - 7 Elaboration d'un programme de recherche sur les facteurs d'évitement des événements indésirables :

- Mise en place d'un observatoire de la sinistralité en neurochirurgie
- Favoriser les démarches d'évaluation des pratiques professionnelles à type de revue de morbi-mortalité formalisées dans chaque établissement de santé
- Faire converger les démarches d'accréditation et de certification au sein des établissements de santé

## 7. Production / utilisation des résultats - rapport d'activité<sup>2</sup>

### 7 - 1 Procédures mises en œuvre pour assurer la confidentialité des données d'activité individuelle des médecins engagés dans l'accréditation ou accrédités :

- Anonymisation des dossiers de déclaration des EPR
- Les experts neurochirurgiens de l'Organisme d'Accréditation ~~de la SFNG du Collège de neurochirurgie~~ et tous les membres du ~~GSA de la SFNGCA du Collège de neurochirurgie~~ signent une déclaration de confidentialité.
- Chaque fois qu'un expert neurochirurgien de l'Organisme d'Accréditation ~~de la SFNG du Collège de neurochirurgie~~ travaille sur un document en dehors du système informatique de l'Accréditation des Médecins, il doit détruire tous ses documents de travail, qu'ils soient sur support informatique ou sur support papier.

### 7 - 2 Analyse et production de résultats :

Par exemple : Nombre de médecins participants, nombre d'événements porteurs de risques médicaux déclarés, nombre de recommandations élaborées, indice de satisfaction des participants, coût moyen par praticien engagé, autres ...

Ces éléments peuvent être prévisionnels si l'organisme est récent.

L'Organisme d'Accréditation ~~de la SFNG du Collège de Neurochirurgie~~ garantit la confidentialité des données individuelles.

L'Organisme d'Accréditation ~~de la SFNG du Collège de Neurochirurgie~~ communique à la Haute Autorité de Santé toute information relative :

- A son fonctionnement, notamment le nombre de médecins engagés dans l'accréditation, le coût moyen par praticien engagé et la part de financement respective du praticien et des éventuels autres contributeurs ;
- A l'efficacité de ses missions, notamment sur la réduction des risques médicaux.

Ces informations sont intégrées dans le rapport annuel d'activité de l'Organisme d'Accréditation ~~de la SFNG du Collège de Neurochirurgie~~ transmis à la Haute Autorité de santé.

L'Organisme d'Accréditation ~~de la SFNG du Collège de Neurochirurgie~~ communique aux instances prévues à l'article D.4135-4 une synthèse des informations recueillies afin de permettre aux établissements de santé d'améliorer la gestion des risques. Cette synthèse ne doit comporter aucune mention nominative ou susceptible de permettre l'identification d'une personne. La HAS assure la validation de la synthèse des informations à communiquer.

L'Organisme d'Accréditation ~~de la SFNG du Collège de Neurochirurgie~~ met également en œuvre une politique de diffusion de son bilan d'activité à l'intention des professionnels et le cas échéant du grand public ; il précise en particulier, les conditions de cette diffusion et les mesures d'impact qui sont effectuées.

<sup>2</sup> Les éléments présentés dans ce chapitre seront rapportés de manière agrégée dans le rapport public annuel relatif à l'accréditation des médecins établi par la HAS.

# ANNEXE 1

## CAHIER DES CHARGES DES ORGANISMES AGREES POUR L'ACCREDITATION DES MEDECINS

L'organisme agréé par la HAS doit répondre strictement aux conditions définies dans le présent cahier des charges.

Les exigences s'appliquent à chacune des spécialités pour lesquelles l'agrément est demandé. Dans tout le document, le terme « spécialité » recouvre les spécialités et les activités médicales listées à l'article D. 4135-2 du code de la santé publique.

Dans le cas où plusieurs organismes seraient agréés pour une même spécialité, ces organismes devraient se coordonner entre eux tant pour les activités de gestion des risques de la spécialité que pour les activités de gestion des accréditations.

### 1. Missions de l'organisme

L'organisme s'engage dans le cadre de la description de ses missions, à :

- Effectuer celles ci conformément aux dispositions légales et réglementaires qui régissent l'accréditation des médecins ;
- Signaler sans délai, à la Haute Autorité de santé, toute modification de ses missions, structures ou procédures.

En tout état de cause, l'organisme devra accepter tout audit externe demandé par la Haute Autorité de santé portant notamment sur les procédures de fonctionnement et son financement.

### 2. Description de l'organisme

Les modalités de fonctionnement de l'organisme doivent garantir le respect de l'indépendance professionnelle et scientifique. L'organisme doit démontrer qu'il tient compte, dans son organisation et dans son fonctionnement, des différents modes d'exercice et des différents types d'établissements où exercent les médecins adhérents à l'organisme.

L'organigramme donne les listes nominatives des instances dirigeantes et des experts. Les membres des instances dirigeantes et les experts doivent être représentatifs de tous les modes et lieux d'exercices des médecins adhérents à l'organisme.

L'organigramme permet de distinguer :

- Une structure de gouvernance scientifique et médicale,
- Une structure de gouvernance professionnelle,
- Une structure d'expertise (cette structure pouvant être composée de membres de la gouvernance scientifique et médicale et/ou de la gouvernance professionnelle),
- Une structure administrative et logistique.

L'organigramme permet de distinguer les liens entre les structures précédentes.

Pour atteindre ses objectifs, l'organisme recrute des experts chargés de la gestion des risques de la (ou des) spécialité(s), de l'accompagnement des médecins et de leur évaluation.

Les experts doivent posséder :

- Une expérience professionnelle dans la spécialité, une bonne connaissance des établissements de santé et des compétences analytiques ;
- Une expertise reconnue en gestion des risques.

En conséquence, il est recommandé que les experts soient des médecins compétents en gestion des risques, en exercice dans la spécialité depuis au moins 10 ans ou ayant cessé d'exercer dans la spécialité



depuis moins de 3 ans. L'opportunité de fixer un seuil d'activité clinique est à la libre appréciation de l'organisme.

Les experts ont pour missions principales :

- D'accompagner les médecins dans le recueil et l'analyse des causes des événements porteurs de risques médicaux (EPR) ;
- D'anonymiser et d'enregistrer les EPR dans la base de retour d'expérience de la HAS ;
- D'évaluer le respect des engagements des médecins ;
- D'identifier les risques et de proposer des enseignements et des recommandations pour réduire les risques ;
- De suivre et d'accompagner les médecins dans la mise en œuvre des recommandations ;
- De participer éventuellement à la Commission Risques Spécialité et la Commission Risques Inter-spécialités.

Les experts seront formés par la HAS au dispositif d'accréditation des médecins et aux méthodes de gestion des risques applicables.

D'autres professionnels peuvent, sous la responsabilité des experts, participer aux missions de l'organisme. Par exemple : professionnels de santé soignants, cadres de santé, sages-femmes, internes, etc.

La base de données de retour d'expérience est mise à la disposition des acteurs et administrée par la HAS.

### 3. Description de la politique de ressources humaines

La politique des ressources humaines doit offrir des garanties en matière d'indépendance scientifique et professionnelle ou d'identification et de gestion des conflits d'intérêts<sup>3</sup> pour les dirigeants, les experts, les membres et les collaborateurs occasionnels notamment dans les fonctions d'expertise (déclaration de conflits d'intérêts).

L'organisme communique :

- Les modalités de recrutement et de rémunération des experts ;
- Les modalités de validation des niveaux d'expertise ;
- Les modalités de formation des experts ;
- Les modalités d'identification et de gestion des conflits d'intérêts.

L'organisme interdit qu'un expert intervienne sur son propre dossier d'accréditation ou sur celui des médecins exerçant dans les mêmes établissements de santé que lui.

Un médecin engagé dans l'accréditation doit pouvoir récuser un expert sur justification.

Tout médecin engagé dans l'accréditation doit pouvoir être accompagné par un expert de sa spécialité ayant, dans la mesure du possible, le même mode d'exercice.

### 4. Description de la gestion financière

La gestion financière doit offrir des garanties en matière d'indépendance et de transparence vis à vis des différentes sources de financement de l'organisme.

L'organisme :

- S'engage à communiquer à la première demande de la HAS ses comptes et états associés ;
- Détaille ses différentes sources de financement et la répartition de leur usage. Sont en particulier précisés tous les liens avec l'industrie pharmaceutique et les autres producteurs de biens et services médicaux, les structures d'enseignement et de recherche, les sociétés savantes, les structures de soins ou de prévention privées ou publiques, les structures de FMC, les caisses d'assurance maladie et les assurances complémentaires.

<sup>3</sup> L'intérêt peut être **direct** (intérêt dans un profit personnel au cours de la coopération entre l'organisme et l'expert, susceptible d'influencer ou de paraître influencer le comportement de l'expert) ou **indirect** (tous les autres intérêts, notamment en relation avec des liens familiaux, pouvant avoir une influence sur le comportement de l'expert).

## 5. Description des activités de gestion des risques

L'organisme :

- Elabore le Référentiel Risques de la Spécialité ;
- Définit les EPR ciblés qu'il souhaite voir signaler en priorité ;
- Recueille, analyse et enregistre dans la base de retour d'expérience de la HAS les EPR de la spécialité en s'assurant de leur qualité ;
- Analyse en continu les EPR enregistrés dans la base de retour d'expérience de la HAS ;
- Conduit les études de risques nécessaires ;
- Elabore des recommandations ;
- Assure la veille scientifique sur les risques de la spécialité ;
- Met en œuvre le programme d'amélioration de la sécurité des pratiques défini par la spécialité ;
- Organise la participation d'experts aux Commissions Risques Spécialité et Inter-spécialités ;
- Met en œuvre le recueil et l'analyse des informations relatives aux initiatives d'évitement ou de limitation des effets des événements indésirables liés aux soins.

Les méthodes d'analyse et de traitement des risques doivent offrir des garanties en matière de qualité scientifique, en particulier sur les méthodes utilisées.

Les méthodes d'élaboration des recommandations retenues doivent respecter les exigences définies par la HAS.

Pour chaque recommandation, l'organisme précisera :

- La méthode utilisée pour garantir la qualité des données et validité des informations sur la base desquelles il a élaboré la recommandation ;
- La procédure de validation incluant l'identification des experts ayant contribué à son élaboration ;
- Les moyens qui seront mis en œuvre pour évaluer l'efficacité des recommandations.

Dans le cas où plusieurs organismes seraient agréés pour une même spécialité, ces organismes devraient se coordonner afin de définir, notamment, un seul Référentiel Risques de la Spécialité et un seul programme d'amélioration de la sécurité des pratiques pour la spécialité.

### 5.1 Commission Risques Spécialité et Commission Risques Inter-Spécialités

L'organisme doit déléguer des experts pour participer à la Commission Risques de la Spécialité.

La Commission Risques Spécialité a pour mission de :

- Définir et mettre en œuvre la stratégie de gestion des risques de la spécialité ;
- Valider les enseignements et les recommandations proposés ;
- Décider du programme d'amélioration de la sécurité des pratiques de la spécialité ;
- Désigner le ou les experts participant à la Commission Risques Inter-Spécialités.

La Commission Risques Inter-Spécialités présidée par la HAS a pour mission de :

Définir et mettre en œuvre la stratégie de gestion des risques communs à plusieurs spécialités ;

Valider les enseignements et les recommandations inter-spécialités proposés ;

Proposer un programme d'amélioration de la sécurité des pratiques applicable à toutes les spécialités.

### 5.2 Elaboration par l'organisme du Référentiel Risques de la spécialité

Le Référentiel Risques de la Spécialité est constitué :

- De l'ensemble des Recommandations de Réduction des Risques approuvées par la HAS ainsi que la liste des recommandations professionnelles et des items de la réglementation reconnus comme contributeurs à la réduction de risques spécifiques de la spécialité ;

- De la définition du niveau minimum de sécurité des pratiques de la spécialité que le médecin engagé dans l'accréditation doit respecter ;
- Des obligations des médecins spécifiques à la spécialité ;
- Du plan de réduction des risques applicable à la spécialité.

Ce référentiel prend en compte les recommandations de la Commission Risques Inter-spécialités.

### **5.3 Elaboration par l'organisme du programme d'amélioration de la sécurité des pratiques médicales de la spécialité**

L'organisme définit :

- Le programme d'amélioration de la sécurité des pratiques médicales de la spécialité en déterminant des activités de sensibilisation, de formation ou d'enquête ;
- Les grilles d'évaluation correspondantes, qui doivent être publiées de façon à être connues de tous les médecins de la spécialité.

## **6. Description des activités de gestion des accréditations**

L'organisme :

- Reçoit les demandes d'accréditation des médecins et s'assure de leur recevabilité avant de les enregistrer ;
- Gère pour chaque médecin un dossier d'accréditation dans lequel sont enregistrés les éléments fournis par le médecin dans le cadre de l'accréditation tels que ses engagements de mise en œuvre des recommandations ou le bilan annuel.

L'organisme évalue la recevabilité d'une demande à partir des réponses au questionnaire d'auto évaluation complété par le médecin lors de sa demande.

L'organisme évalue le respect des obligations du médecin grâce aux moyens suivants :

- Contrôle annuel du bilan fourni par le médecin ;
- Visite éventuelle ;
- Revue du dossier d'accréditation du médecin.

L'organisme transmet à la HAS un avis sur l'accréditation du médecin ayant satisfait aux obligations de l'accréditation pendant une période d'au moins un an pour un médecin engagé pour la première fois et une période de 4 ans dans le cas d'un renouvellement.

## **7. Production - utilisation des résultats - rapport d'activité**

L'organisme garantit la confidentialité des données individuelles.

L'organisme communique à la Haute Autorité de santé toute information relative :

- A son fonctionnement, notamment le nombre de médecins engagés dans l'accréditation, le coût moyen par praticien engagé et la part de financement respective du praticien et des éventuels autres contributeurs ;
- A l'efficacité de ses missions, notamment sur la réduction des risques médicaux.

Ces informations sont intégrées dans le rapport annuel d'activité de l'organisme transmis à la Haute Autorité de santé.

L'organisme communique aux instances prévues à l'article D.4135-4 une synthèse des informations recueillies afin de permettre aux établissements de santé d'améliorer la gestion des risques. Cette synthèse ne doit comporter aucune mention nominative ou susceptible de permettre l'identification d'une personne. La HAS assure la validation de la synthèse des informations à communiquer.

L'organisme met également en œuvre une politique de diffusion de son bilan d'activité à l'intention des professionnels et le cas échéant du grand public ; il précise en particulier, les conditions de cette diffusion et les mesures d'impact qui sont effectuées.

## **ANNEXE 2**

### **ATTESTATION**

Je, soussigné(e) ..... (nom et prénom), agissant en ma qualité de ..... (président, directeur ou autre...) de l'organisme ..... (nom de l'organisme) :

- certifie sur l'honneur sincères et véritables les informations renseignées dans le présent dossier de candidature ainsi que les documents qui y sont joints ;
  
- déclare accepter une évaluation externe de l'organisme que je représente, par la Haute Autorité de santé ou par autre organisme mandaté à cet effet ;
  
- m'engage, au nom et pour le compte de l'organisme que je représente à garder confidentiels, et à ce que nos salariés, mandataires, conseils et toute autre personne que nous faisons intervenir gardent confidentiels l'ensemble des faits, documents et informations dont nous pouvons avoir connaissance, à l'occasion des missions qui nous seront confiées dans le cadre de l'accréditation des médecins.

Sont notamment confidentielles les données individuelles produites et collectées au cours des actions et programmes d'évaluation des professionnels de santé.

Je suis informé(e) que toute personne manquant à cette obligation de confidentialité est passible des peines prévues à l'article 226-13 du Code Pénal.

#### **CACHET DE L'ORGANISME**

A ..... Le .....

Signature

## ANNEXE 3 (pour information / usage interne HAS)

# GRILLE D'ÉVALUATION EN VUE DE L'AGREMENT DES ORGANISMES POUR L'ACCREDITATION DES MEDECINS

20 CRITERES A SATISFAIRE POUR OBTENIR L'AGREMENT :

CHACUN DES CRITÈRES EST À APPRÉCIER SELON UNE ÉCHELLE À TROIS NIVEAUX :

1. **Satisfaisant**
2. **Satisfaisant sous Réserve(s)**
3. **Non Satisfaisant**

Réserve(s) à corriger immédiatement (au maximum 3 réserves sur la totalité du dossier) :

① .....

.....

.....

.....

② .....

.....

.....

.....

③ .....

.....

.....

.....

**S SR NS**

### Missions de l'organisme et attestation

- |   |  |                          |                          |                          |
|---|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1 | Conformité des missions de l'organisme par rapport au décret n°2006-909 du 21 juillet 2006 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2 | Conformité de l'attestation  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3 | Acceptation du principe de l'audit externe   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

### Description de l'organisme

- |   |  |                          |                          |                          |
|---|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 4 | Représentativité, dans l'organisation et le fonctionnement de l'organisme, des différents modes d'exercice et des différents types d'établissements où exercent les médecins adhérents | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5 | Identification d'une structure de gouvernance scientifique et médicale   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6 | Identification d'une structure administrative et logistique  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7 | Identification d'une structure de gouvernance professionnelle  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8 | Identification d'experts   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

	S	SR	NS
<b>Description de la politique de ressources humaines et logistiques de l'organisme</b>			
9 Formalisation des procédures d'identification et de gestion des conflits d'intérêt au sein de l'organisme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 Formalisation des modalités de recrutement et de rémunération des experts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 Présentation de moyens humains et logistiques en adéquation avec les activités de gestion des risques de l'organisme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Description de la gestion financière de l'organisme</b>			
12 Mise à disposition des comptes et états associés ou des éléments de financement prévisionnels (organisme récent, première demande)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 Indépendance entre le financement de l'organisme et le contenu des activités de gestion des risques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Qualité des données scientifiques utilisées</b>			
14 Identification d'une procédure d'évaluation de la qualité scientifique (niveau de preuve) des méthodes sur la base desquelles sont élaborées les activités de gestion des risques et les recommandations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Description des activités</b>			
15 Identification des activités directement liées au processus individuel d'accréditation, notamment l'instruction et le suivi des demandes et la transmission des avis à la HAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16 Identification des activités de gestion des risques de l'organisme, notamment : - le recueil, l'analyse et l'enregistrement des EPR - et le recueil et l'analyse des informations relatives aux initiatives d'évitement ou de limitation des effets des événements indésirables liés aux soins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17 Contribution de l'organisme aux commissions Risques Spécialité et Inter-Spécialité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18 Elaboration du Référentiel Risques de la spécialité et du Programme d'amélioration de la sécurité des pratiques médicales de la spécialité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Résultats – rapport d'activité</b>			
19 Existence d'une procédure garantissant la confidentialité absolue des données individuelles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20 Identification d'une procédure d'analyse et de production de résultats	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>