



|  |
| --- |
| Dossier type d’évaluation  en vue du renouvellement d’autorisation  de l’activité de soins de neurochirurgie adultes et pédiatrique |

ARS de Normandie – DOS

Conformément à l'article L. 6122-8 du CSP, les titulaires d'autorisation d’activité de soins ou d’équipement matériel lourd doivent obtenir le renouvellement de leur autorisation dans les conditions prévues à l'article L. 6122-10 du CSP en adressant les résultats de l’évaluation prévue à l’article R 6122-32-2 de ce même code, à l’ARS, au plus tard quatorze mois avant l’échéance de l’autorisation (26 mai 2014).

Cette évaluation a pour objet de vérifier que la mise en œuvre de l’autorisation a permis :

- la réalisation des objectifs du schéma d’organisation des soins,

- la réalisation des objectifs et des engagements pris dans le cadre du contrat pluriannuel d’objectifs et de moyens prévu à l’article L 6114-1 pour cette activité de soins ou cet équipement matériel lourd,

- le cas échéant, le respect des conditions particulières imposées dans l'intérêt de la santé publique en application de l'article L. 6122-7 ou le respect des engagements mentionnés au même article.

**Rappels**

* L'activité de soins de neurochirurgie figure au nombre des activités soumises à autorisation conformément à l’article R. 6122-25 10° du code de la santé publique. Elle fait partie des 5 activités dont l'organisation a été définie par le Schéma interrégional d'organisation sanitaire (SIOS), arrêté le 7 février 2008 puis le schéma interrégional d’organisation des soins arrêté le 16 janvier 2015 pour l'inter-région Nord-Ouest**.**
* Le champ de la neurochirurgie, ses conditions d'implantation et les conditions techniques de fonctionnement ont été définies par les décrets n° 2007-364 et 2007-365 du 19 mars 2007 et précisées par la circulaire DHOS/04/2007/90 du 29 octobre 2007.
* L’arrêté du 29 avril 2009 fixe les conditions permettant de justifier d’une formation et d’une expérience attestées dans le champ de la neurochirurgie pédiatrique prévues à l’article D. 6124-143 du code de la santé publique.
* L'activité de soins de neurochirurgie mentionnée comprend la prise en charge des patients présentant une pathologie portant sur l'encéphale, la moelle épinière, les nerfs périphériques, leurs enveloppes (crâne, colonne vertébro-discale, méninges) et leurs vaisseaux et nécessitant ou susceptibles de nécessiter un acte neurochirurgical ou radiochirurgical en conditions stéréotaxiques ([a](http://www.codes-et-lois.fr/code-de-la-sante-publique/article-r6123-96))
* La demande de renouvellement d'autorisation de neurochirurgie doit mentionner explicitement (article R6123-100) l'une ou plusieurs des 3 modalités suivantes, dans le cas où l'établissement souhaiterait les réaliser :

➊ neurochirurgie fonctionnelle cérébrale

➋ radiochirurgie intracrânienne et extra crânienne en conditions stéréotoxiques

➌ neurochirurgie pédiatrique.

* L'arrêté du 19 mars 2007 fixe à 100 interventions portant sur la sphère crânio-encéphalique l'activité minimale annuelle requise pour obtenir l'autorisation de neurochirurgie.
* Enfin, pour réaliser le traitement neurochirurgical des lésions cancéreuses, l'établissement de santé doit être détenteur de l'autorisation d'activité de soins "traitement du cancer" (article R6123-98).

**Textes de référence**

⬩ Décret 2007-364 du 19 mars 2007 relatif aux conditions d'implantation applicables aux activités de soins de neurochirurgie et modifiant le code de la santé publique (dispositions codifiées aux articles R6123-96 à R6123-103 du code de la santé publique)

⬩ Décret 2007-365 du 19 mars 2007 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables aux activités de soins de neurochirurgie (dispositions codifiées aux articles D 6124-135 à D 6124-146du code de la santé publique)

⬩ Arrêté du 19 mars 2007 fixant l’activité minimale des établissements pratiquant les activités

de soins de neurochirurgie prévue à l’article R. 6123-103 du CSP

⬩ Circulaire DHOS/04/2007/390 du 29 octobre 2007 relative aux soins de neurochirurgie

⬩ Arrêté du 29 avril 2009fixant les conditions permettant de justifier d’une formation et d’une expérience attestées dans le champ de la neurochirurgie pédiatrique prévues à l’article D. 6124-143 du CSP

**PARTIE I – Présentation de l’établissement**

|  |
| --- |
| 1. **Coordonnées de l’établissement** |

|  |  |
| --- | --- |
| Raison sociale |  |
| Adresse |  |
| CP Commune |  |
| Email |  |
| N° FINESS |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| SITE GEOGRAPHIQUE | | |
| Nom | |  |
| Adresse | |  |
| CP Commune | |  |
| Email | |  |
| N° FINESS | |  |
|  | | |
| 1. **Statut juridique** | |

* établissement public de santé
* établissement privé de santé à but lucratif
* établissement privé ESPIC
* autre établissement privé à but non lucratif

|  |
| --- |
| 1. **Présentation générale de l’établissement hors activité de neurochirurgie** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Activités de soins autorisées  Type de modalités (HTC/HTP adulte/enfant, polyvalent/spécialisé…) | Dernière date d’autorisation ou renouvellement d’autorisation | Capacité installée  au 1er janvier de l’année 2018 en lits et places | Dernière date de visite de conformité |
| Activité de Chirurgie  Activité de Médecine  Activité d’Obstétrique  Activité de Médecine d’Urgence  Activité de Réanimation  Activité d’HAD  Activité de SSR  Autre(s) autorisation(s)…  Activité d’Imagerie  Activité de Biologie |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Activités relevant d’une reconnaissance contractuelle (unité de surveillance continue…) | Date de reconnaissance | Capacité installée au 1er janvier de l’année 2018 en lits |
|  |  |  |

1. **Présentation de la demande**

La réglementation prévoit que le promoteur précise dans sa demande les modalités de pratique thérapeutique suivantes :

▪ neurochirurgie fonctionnelle cérébrale

▪ radiochirurgie intra et extra-crânienne en condition stéréotaxique

▪ neurochirurgie pédiatrique.

Indiquer la ou les modalités de réalisation de l'activité de soins de neurochirurgie demandée par l'établissement.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Modalité** | | | |
| ***Neurochirurgie adulte*** | Autorisé | Date de l’autorisation | Demande de renouvellement de l’autorisation |
| ▪ Neurochirurgie |  |  |  |
| ▪ Neurochirurgie fonctionnelle cérébrale |  |  |  |
| \* Epilepsie |  |  |  |
| \* Maladie de parkinson |  |  |  |
| \* Spasticité |  |  |  |
| \* Douleur chronique |  |  |  |
| \* Autre activité (préciser en clair) : |  |  |  |
| ▪ Radiochirurgie intra et extra crânienne en conditions stéréotaxique |  |  |  |
| ***Neurochirurgie pédiatrique*** |  |  |  |
| \* Centre de référence pédiatrique |  |  |  |
| \* Neurochirurgie pédiatrique courante |  |  |  |

|  |
| --- |
| **PARTIE 3 – Présentation et évaluation de l’activité de neurochirurgie** |

1. **Autorisations**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Activité de soins et modalités autorisées | Dernière date d’autorisation ou renouvellement d’autorisation | Capacité installée  au 1er janvier de l’année 2018  (lits/places) | Dernière date de visite de conformité |
| Activité de neurochirurgie adulte   * en hospitalisation complète * en hospitalisation de jour |  |  |  |

1. **Données d’activité**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 |
| Nombre de séjours |  |  |  |  |
| \* en hospitalisation complète |  |  |  |  |
| \* en hospitalisation de jour |  |  |  |  |
| Nombre d'interventions (nb d’actes) |  |  |  |  |
| \* adultes |  |  |  |  |
| \* enfants (0-18 ans) |  |  |  |  |
| Répartition des interventions (nb d’actes) |  |  |  |  |
| \* sphère crânio-encéphalique |  |  |  |  |
| \* rachis |  |  |  |  |
| \* nerfs crâniens périphériques |  |  |  |  |
| Interventions de neurochirurgie fonctionnelle  (nb d’actes) |  |  |  |  |
| \* épilepsie |  |  |  |  |
| \* parkinson |  |  |  |  |
| \* spasticité |  |  |  |  |
| \* douleur chronique |  |  |  |  |
| \* autres |  |  |  |  |
| Interventions de radiochirurgie stéréotaxique  (nb d’actes) |  |  |  |  |
| Pourcentage d'interventions (= % d’actes) en urgence |  |  |  |  |
| Nombre de séjours en réanimation et SC de neurochirurgie |  |  |  |  |
| Nombre de diagnostics réalisés par télétransmission d'image |  |  |  |  |
| Nombre de consultations |  |  |  |  |

1. **Indicateurs d’accessibilité pour la neurochirurgie**

* Origine géographique des patients pris en charge
* Délai moyen de rendez-vous pour une intervention hors urgence et liste d’attente.

1. **Qualité et sécurité des soins**

* Démarche qualité relative aux infections nosocomiales, à l’iatrogénie, à la matériovigilance
* Certification de l’établissement et démarches éventuelles de labellisation ou accréditation
* Résultats des Indicateurs IPAQQS
* Résultats des Indicateurs ICALIN
* Taux de ré-hospitalisations
* résultats d’évaluation du plateau technique (bloc opératoire notamment)
* Nombre annuel de revues de morbimortalité

1. **Etat de réalisation des engagements du demandeur figurant dans le dossier initial de demande d'autorisation**

▪ Réalisation et maintien des conditions d’implantation et conditions techniques de fonctionnement

*Indiquer tout changement depuis la visite de conformité*

*Cette partie fait l’objet d’un dossier annexe à remplir pour chacun des sites géographiques de l’établissement.*

▪ Maintien des autres caractéristiques du projet après l’autorisation

*Indiquer tout changement depuis la visite de conformité*

1. **Conditions techniques de fonctionnement**

▪ Localisation et liaisons fonctionnelles entre le service de neurochirurgie et les autres services

*Article R6123-97*

*L'autorisation prévue par l'article L. 6122-1 ne peut être délivrée à un établissement de santé ou à un groupement de coopération sanitaire que s'il dispose sur un même site, éventuellement par convention avec un autre établissement implanté sur ce site, dans un bâtiment commun ou à défaut dans des bâtiments voisins, des moyens suivants :*

*1° Une unité d'hospitalisation et des salles d'opérations prenant en charge les patients de neurochirurgie ;*

*2° Une unité de réanimation autorisée ;*

*3° Un plateau technique d'imagerie permettant de pratiquer des examens de neuroradiologie.*

*L'autorisation précise le site sur lequel l'activité est exercée. Il ne peut être délivré qu'une autorisation par site****.***

*Article R6123-102*

*Le titulaire de l'autorisation de pratiquer l'activité de soins de neurochirurgie assure à tout moment, le cas échéant par convention avec d'autres établissements de santé ou groupements de coopération sanitaire, l'accès des patients :*

*1° Aux activités interventionnelles en neuroradiologie ;*

*2° A une unité de neurologie comprenant une activité neurovasculaire.*

*Lorsque la prestation est assurée en application d'une convention, elle doit l'être dans des délais compatibles avec les impératifs de sécurité.*

*Article D6124-136*

*Les unités d'hospitalisation de neurochirurgie disposent de lits dédiés en nombre suffisant pour être en mesure de prendre en charge à tout moment les patients de neurochirurgie.*

*Les unités d'hospitalisation complète, d'hospitalisation de jour et de consultation de neurochirurgie permettent l'accessibilité et la prise en charge des patients lourdement handicapés à mobilité réduite.*

*La prise en charge en réanimation ou en surveillance continue des patients de neurochirurgie fait l'objet d'un protocole conclu entre les responsables médicaux des unités de neurochirurgie et des unités de réanimation et de surveillance continue, précisant notamment le nombre et la localisation des lits mis à disposition, les règles d'admission et de sortie, les modalités de prise en charge des patients et la compétence des personnels.*

[*Article D6124-141*](http://www.codes-et-lois.fr/code-de-la-sante-publique/article-d6124-141)

*L'activité de soins de neurochirurgie pédiatrique est pratiquée dans une unité dédiée à cette activité, dans un environnement pédiatrique ou à proximité d'une unité de neurochirurgie adultes.*

[*Article D6124-142*](http://www.codes-et-lois.fr/code-de-la-sante-publique/article-d6124-142)

*L'unité d'hospitalisation de neurochirurgie pédiatrique comporte un nombre de lits dédiés suffisant et dispose du personnel nécessaire pour être en mesure de prendre en charge à tout moment les soins pré et postopératoires du nouveau-né ou de l'enfant. Ces lits peuvent être situés dans une unité de pédiatrie.*

*L'unité dispose de moyens permettant d'assurer la présence continue des parents auprès des enfants hospitalisés.*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Services | Service de neurochirurgie adulte | | | Accès par convention autre établissement |
| Même site  Même bâtiment | Même site  Autre bâtiment | Autre site |
| Neurochirurgie pédiatrique |  |  |  |  |
| Réanimation / SC adulte |  |  |  |  |
| Réa. / SC pédiatrique |  |  |  |  |
| Scanner |  |  |  |  |
| IRM |  |  |  |  |
| Neuroradiologie interventionnelle |  |  |  |  |
| Unité neurovasculaire |  |  |  |  |

▪ Inscription dans la filière urgence

### *Article R6123-101*

### *Le titulaire de l'autorisation de pratiquer l'activité de soins de neurochirurgie assure en permanence, en liaison avec le service d'aide médicale urgente appelé SAMU ou les structures des urgences mentionnées à l'article R. 6123-1, le diagnostic, y compris par télémédecine, et le traitement des patients.*

### *Cette permanence peut être commune à plusieurs sites autorisés en neurochirurgie, selon les modalités d'organisation d'accès aux soins définies dans le schéma interrégional d'organisation des soins de neurochirurgie. Dans ce cas, une convention est établie entre les titulaires d'autorisation propre à chaque site.*

⮚ Modalités de coopération avec le service d’urgences et le SMUR :

**……………….**

▪ Environnement technique

*Article D6124-139*

*La pratique de l'activité de soins de neurochirurgie nécessite l'accès à tout moment, éventuellement par convention avec un autre établissement, à :*

*1° Des examens de bactériologie, hématologie, biochimie ainsi que ceux relatifs à l'hémostase, aux gaz du sang et aux examens d'anatomopathologie en extemporané ;*

*2° Des examens d'imagerie par résonance magnétique et de tomodensitométrie ;*

*3° Des produits sanguins labiles.*

*Et en tant que de besoin :*

*1° Des appareils de mesure et d'enregistrement continu de la pression intracrânienne ;*

*2° Un écho-Doppler transcrânien.*

*Les interventions de radiochirurgie intracrânienne et extracrânienne en conditions stéréotaxiques nécessitent l'accès, éventuellement par convention avec un autre établissement de santé ou groupement de coopération sanitaire, à un appareil de radiochirurgie dédié*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Equipement** | **Disponibilité H24** | **Disponibilité**  **sur demande** |
| Laboratoire permettant la réalisation d'examens  \* bactériologie, biochimie  \* hématologie, hémostase  \* gaz du sang |  |  |
| Examens d'anatomopathologie extemporané |  |  |
| Produits sanguins labiles |  |  |
| Scanner |  |  |
| IRM |  |  |
| Appareil de mesure de la pression intracrânienne |  |  |
| Echo-doppler transcrânien |  |  |

▪ Capacités d’hospitalisation de neurochirurgie adulte

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Neurochirurgie adultes** | **2015** | **2016** | **2017** |
| Nombre de lits d’hospitalisation complète |  |  |  |
| Nombre de places d’hospitalisation partielle |  |  |  |

▪ Prise en charge en réanimation / surveillance continue (adulte)

⮚ Nature du service

*1 : réanimation neurochirurgicale 2 : réanimation chirurgicale 3 : réanimation polyvalente* |\_\_|

⮚ Nombre de lits de réanimation |\_\_|\_\_|

⮚ Nombre de lits de surveillance continue |\_\_|\_\_|

▪ Bloc opératoire de neurochirurgie

*Article D6124-140*

*Le bloc opératoire dispose d'au moins deux salles d'opérations, dont une salle réservée et équipée pour la neurochirurgie accessible en permanence et une autre salle éventuellement partagée.*

*Le cas échéant, une salle supplémentaire, équipée pour la réalisation d'actes de neurochirurgie fonctionnelle cérébrale ou de radio chirurgie intracrânienne et extra crânienne en conditions stéréotaxiques, est requise lorsque l'autorisation précise la mise en œuvre des pratiques thérapeutiques mentionnées aux 1° et 2° de l'article R. 6123-100.*

⮚ Nombre total de salles d'opération utilisées pour la neurochirurgie dont : |\_\_|

\* Nombre de salles partagées |\_\_|

\* Nombre de salles dédiées à la neurochirurgie fonctionnelle |\_\_|

\* Nombre de salles dédiées à la radiochirurgie stéréotaxique |\_\_|

▪ Personnels

*Article D6124-137*

*Le personnel médical intervenant dans une unité d'hospitalisation de neurochirurgie comprend :*

*1° Au moins deux médecins qualifiés spécialistes en neurochirurgie ;*

*2° Des anesthésistes-réanimateurs sur la base d'un protocole conclu avec les neurochirurgiens ;*

*3° Des médecins qualifiés spécialistes d'autres disciplines pour les activités de soins non opératoires pour assurer en tant que de besoin la prise en charge des patients de neurochirurgie.*

*Outre le personnel infirmier et aide-soignant, le personnel non médical intervenant quotidiennement dans les unités d'hospitalisation de neurochirurgie comprend des masseurs-kinésithérapeutes et en tant que de besoin un orthophoniste, un ergothérapeute, un assistant social, un psychologue.*

*Pour chaque intervention de neurochirurgie, le personnel paramédical comprend au moins deux infirmiers ou infirmiers de bloc opératoire.*

*Pour chaque intervention de radio chirurgie intracrânienne et extra crânienne en conditions stéréotaxiques, le personnel comprend au moins :*

*1° Un neurochirurgien ;*

*2° Un neuroradiologue ;*

*3° Un radiothérapeute ;*

*4° Un radio physicien ;*

*5° En tant que de besoin, un anesthésiste-réanimateur assisté d'un infirmier anesthésiste, un infirmier ou infirmier de bloc opératoire, un manipulateur d'électroradiologie médicale, un technicien de neurophysiologie*

⮚ Personnels médicaux (neurochirurgiens, anesthésistes, …)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NOM** | **STATUT** | **ETP** | **Qualification** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

⮚ Personnels non médicaux

|  |  |
| --- | --- |
| **Personnel non médical** | **ETP** |
| IDE |  |
| IBODE |  |
| Aide-soignants |  |
| Masseurs-kinésithérapeutes |  |
| Orthophonistes |  |
| Ergothérapeutes |  |
| Psychologues |  |
| Assistantes sociales |  |
|  |  |

…………………….

▪ Organisation de la continuité des soins

*Article D6124-138*

*La permanence des soins mentionnée à l'article R. 6123-101 et la continuité des soins sont assurées sur chaque site par un neurochirurgien remplissant les conditions mentionnées au 1° de l'article D. 6124-137 et un anesthésiste-réanimateur. Ces personnes assurent leurs fonctions sur place ou en astreinte opérationnelle. En cas d'astreinte opérationnelle, le délai d'arrivée doit être compatible avec les impératifs de sécurité.*

*Lorsque la permanence des soins est assurée pour plusieurs sites, la convention mentionnée au 2° de l'article R. 6123-101 précise notamment les modalités d'organisation entre les sites, de participation des personnels de chaque site et les modalités d'orientation et de prise en charge des patients.*

*L'établissement dispose des systèmes d'information et des moyens de communication permettant la pratique de la télémédecine.*

⮚ Chirurgien *1 : garde – 2 : astreinte opérationnelle* |\_\_|

⮚ Anesthésiste-réanimateur *1 : garde – 2 : astreinte opérationnelle* |\_\_|

**…………………**

▪ Fonctionnement

⮚ Protocole établi entre l'unité de neurochirurgie et le service de réanimation relatif à la disponibilité des lits   
 1 : oui – 2 : non |\_\_|

Si oui, joindre en annexe au dossier

⮚ Interventions de neurochirurgie : présence de 2 IDE ou IBODE

1 : oui – 2 : non |\_\_|

⮚ Interventions de radiochirurgie stéréotaxique, présence du personnel suivant :

\* neuroradiologue 1 : oui – 2 : non |\_\_|

\* radiothérapeute 1 : oui – 2 : non |\_\_|

\* radiophysicien 1 : oui – 2 : non |\_\_|

\* autres (en clair) : anesthésiste-réanimateur, infirmier, anesthésiste, manipulateur   
 d'électroradiologie, technicien de neurophysiologie………….

**…….**

⮚ Accès 24H/24 à un neuroradiologue interventionnel

………….

⮚ Télémédecine

\* Transfert d’images *1 : oui – 2 : non* |\_\_|

\* Télé expertise *1 : oui – 2 : non* |\_\_|

▪ Pratiques professionnelles

⮚ Préciser la localisation des sites d’activité de neurochirurgie et de ses modalités. Décrire dans les grandes lignes les organisations (selon les modalités), ainsi que la filière d’aval (notamment SSR)

⮚ Description des filières et protocoles formalisés de prise en charge des patients en urgence (accidents vasculaires cérébraux ; traumatisés crâniens), des patients en état végétatif chronique

⮚ Coordination des soins : protocoles conclus avec les anesthésistes-réanimateurs, les neuroradiologues, les urgentistes, et autres disciplines du site sur les modalités de prises en charge des patients relevant de la neurochirurgie

⮚ Conventions avec d’autres établissements pour la prise en charge des patients relevant de la neurochirurgie en amont et en aval

⮚ Participation à des réseaux de santé,

⮚ Participation à des réunions de concertation pluridisciplinaire

⮚ Formation continue du personnel médical et paramédical

▪ Conditions techniques particulières à la neurochirurgie pédiatrique

⮚ Hospitalisation de neurochirurgie pédiatrique

*Article D6124-141*

*L'activité de soins de neurochirurgie pédiatrique est pratiquée dans une unité dédiée à cette activité, dans un environnement pédiatrique ou à proximité d'une unité de neurochirurgie adultes.*

*Article D6124-142*

*L'unité d'hospitalisation de neurochirurgie pédiatrique comporte un nombre de lits dédiés suffisant et dispose du personnel nécessaire pour être en mesure de prendre en charge à tout moment les soins pré et postopératoires du nouveau-né ou de l'enfant. Ces lits peuvent être situés dans une unité de pédiatrie.*

*L'unité dispose de moyens permettant d'assurer la présence continue des parents auprès des enfants hospitalisés.*

* Nombre de lits dédiés |\_\_|\_\_|
* Présence continue des parents possible *1 : oui – 2 : non* |\_\_|

*Article D6124-146*

*Dans un contexte d'urgence, l'activité de soins de neurochirurgie pédiatrique peut être pratiquée dans une unité de soins de neurochirurgie adultes.*

*Dans ce cas, les conditions mentionnées aux articles D. 6124-141 à D. 6124-145 ne sont pas exigibles. Un espace est alors réservé aux enfants hospitalisés au sein de l'unité de neurochirurgie adultes.*

⮚ Accès à la réanimation pédiatrique

*Article D6124-144*

*La réanimation pédiatrique neurochirurgicale est exercée, conformément aux dispositions des articles R. 6123-38-1 à R. 6123-38-7, dans un secteur individualisé au sein d'une unité de réanimation pédiatrique.*

Secteur individualisé au sein de l'unité de réanimation pédiatrique *1 : oui – 2 : non* |\_\_|

⮚ Bloc opératoire et SSPI

*Article D6124-145*

*Le bloc opératoire et la salle de surveillance post interventionnelle mentionnée à l'article D. 6124-99 comportent des dispositifs médicaux et un environnement adaptés au nouveau-né et à l'enfant.*

*L'anesthésie est réalisée par un personnel médical assisté d'un personnel paramédical expérimenté en pédiatrie.*

Environnement adapté au nouveau-né et à l'enfant *1 : oui – 2 : non* |\_\_|

⮚ Personnel médical

*Article D6124-143*

*Le personnel médical prévu à l'article D. 6124-137 est complété par au moins un médecin qualifié spécialiste en pédiatrie.*

*Le personnel médical justifie d'une formation et d'une expérience attestées dans le champ de la neurochirurgie pédiatrique selon des modalités précisées par arrêté du ministre chargé de la santé.*

*Le personnel paramédical répond aux qualifications nécessaires à la prise en charge pédiatrique et compte au moins une puéricultrice***.**

Personnel médical expérimenté en anesthésie pédiatrique *1 : oui – 2 : non* |\_\_|

⮚ Personnel non médical

* Nombre de puéricultrices (ETP) |\_\_|\_\_| , |\_\_|
* Personnel paramédical expérimenté en anesthésie pédiatrique *1 : oui – 2 : non* |\_\_|

1. **Etat de réalisation des objectifs fixés pour mettre en œuvre les objectifs du SIOS**
2. **Etat de réalisation des objectifs et des engagements pris dans le cadre du contrat pluriannuel d’objectifs et de moyens**
3. **Etat de réalisation des conditions particulières dont peut être assortie l’autorisation (au titre de l’article L6122-7 du CSP)**
4. **Conventions de coopération et appartenance, le cas échéant, aux réseaux de santé**
5. **Résultats de la participation des personnels à la procédure d'évaluation**
6. **Résultats de l’évaluation de la satisfaction des patients**

**PARTIE 3 – Engagements et propositions pour la période à venir (7 ans correspondant à la période de validité de l’autorisation à renouveler)**

1. **Evolutions envisagées (s’il y a lieu)**

*Exemple :*

* *Dans le cadre des objectifs du SIOS*
* *Projets de convention de coopération ou d’appartenance à des réseaux de santé*
* *Architectural (joindre un descriptif succinct), et PGFP le cas échéant*
* *Etat des personnels (modifications d’effectifs)*
* *Organisation des installations (si modification projetée, court descriptif)*

1. **Engagements du demandeur pour la période de 7 ans à venir**

Le demandeur s’engage à :

* Réaliser et maintenir les conditions d’implantation de l’activité de soins ainsi que les conditions techniques de fonctionnement ;
* Maintenir les autres caractéristiques du projet après le renouvellement de l'autorisation
* Mettre en œuvre l’évaluation prévue à l’article R 6122-32-2
* Respecter les seuils d’activité tels que fixés par l’arrêté du 24 janvier 2006
* Respecter le montant des dépenses à la charge de l'assurance maladie ou le volume d'activité, en application de l'article L. 6122-5 du CSP

Daté et signé

1. **Actualisation de la partie relative à l’évaluation pour la période d’autorisation à venir de 7 ans (R 6122-32-1 4°)**

Cette partie relative à l’évaluation recouvre :

* les objectifs que le titulaire d’autorisation se fixe pour mettre en œuvre les objectifs du SROS (en matière d’accessibilité, qualité et sécurité des soins, continuité et prise en charge globale du patient) dans le domaine concerné par l’autorisation,
* les indicateurs supplémentaires qu’il envisage d’utiliser,
* les modalités de recueil et de traitement des indicateurs prévus,
* les modalités de participation des personnels médicaux et non médicaux intervenant dans la procédure d’évaluation,
* les procédures ou les méthodes d’évaluation de la satisfaction des patients.

Pour cette partie relative à l’évaluation, le demandeur utilise, lorsqu’elles existent les méthodes publiées par la Haute Autorité de Santé pour l’activité de soins ou l’EML considéré.