DOSSIER PROMOTEUR **Titre du document**

Dossier d’évaluation en vue du renouvellement d’une autorisation d’activité de soins : neurochirurgie

**DEMANDEUR :**

**ARRETE D’AUTORISATION :**

**SOMMAIRE**

[1. DONNEES ADMINISTRATIVES 3](#_Toc466558547)

[1.1. titulaire de l’autorisation 3](#_Toc466558548)

[1.2. caracteristiques generales de l’autorisation 4](#_Toc466558549)

[1.3. Renouvellement de l’autorisation DEMANDEE 4](#_Toc466558550)

[2. EVALUATION DE L’AUTORISATION A RENOUVELER 5](#_Toc466558551)

[2.1. Etat de realisation des objectifs attaches a l’autorisation 5](#_Toc466558552)

[2.2. Etat de réalisation des caractéristiques du projet 6](#_Toc466558553)

[2.3. Etat de réalisation des autres engagements du titulaire de l’autorisation 6](#_Toc466558554)

[3. Evolutions envisagées de l’autorisation 8](#_Toc466558555)

[4. ACTUALISATION DES MODALITES D’Evaluation de l'activité 8](#_Toc466558556)

[5. RENOUVELLEMENT DES engagementS 9](#_Toc466558557)

**Renouvellement d’une autorisation**

Le titulaire d’une autorisation d’activité de soins doit adresser un dossier d’évaluation au plus tard 14 mois avant la date de son renouvellement.

Pour rappel, une autorisation est délivrée pour une durée de 7 ans et court à compter de la réception par l’ARS, de la déclaration de mise en œuvre de l’activité ou de l’exploitation de l’équipement matériel lourd adressé par le titulaire de l’autorisation. Le délai de 14 mois est donc apprécié par rapport à cette date.

L’évaluation porte sur une période qui ne peut être inférieure à 5 ans sauf lorsqu’il s’agit d’un premier renouvellement. Dans ce cas, l’évaluation porte sur une période au moins égale à 40 mois (3 ans et 4 mois).

A défaut d’injonction un an avant l’échéance de l’autorisation, cette dernière est tacitement renouvelée.

La date d’effet de l’autorisation renouvelée court à compter du jour suivant l’échéance de la durée de validité de l’autorisation précédente.

Vous voudrez bien adresser le dossier d’évaluation en 1 exemplaire par lettre recommandée avec avis de réception au siège de l’ARS Bourgogne Franche-Comté, Direction de l’organisation des soins (Immeuble Le Diapason 2, place des Savoirs CS 73535 21 035 DIJON) ainsi qu’en version numérique sur le support de votre choix ou par envoi dématérialisé à l’adresse suivante : ars-bfc-dos-psh@ars.sante.fr.

**Textes de référence :**

**Régime du renouvellement d’une autorisation**

Articles L.6122-5, L.6122-9, L.6122-10 du code de la santé publique (CSP)

**Durée de l’autorisation**

Article R.6122-37 du CSP

**Composition du dossier d’évaluation**

Articles R.6122-23, R.6122-32-2 du CSP.

* Articles R. 6123-96 à R. 6123-103 du Code de la Santé Publique
* Articles D. 6124-135 à D. 6124-146 du Code de la Santé Publique
* Décret 2007-365 du 19 mars 2007 relatif aux conditions d’implantation applicables aux activités de soins en neurochirurgie
* Décret 2007-364 du 19 mars 2007 relatif aux conditions d’implantation applicables aux activités de soins en neurochirurgie
* Arrêté du 19 mars 2007 fixant l’activité minimale des établissements pratiquant les activités de soins de neurochirurgie
* Circulaire N° DGOS/R5/2011/485 du 21 décembre 2011 relative au guide sur le pilotage de l’activité des établissements de santé – Annexe 1.1.

# **DONNEES ADMINISTRATIVES**

* 1. **titulaire de l’autorisation**

|  |  |
| --- | --- |
| Dénomination du titulaire de l’autorisation |  |
| Statut juridique |  |
| Siège social (personne morale) ou domicile (personne physique) |  |
| Nom et qualité du représentant légal |  |
| Adresse |  |
| Mail |  |
| Personne à contacter en charge du dossier *(téléphone, mail)* |  |
| SIRET |  |
| N° FINESS de l’entité juridique |  |
| N° FINESS de l’établissement d’implantation de l’activité (FINESS ET géographique) |  |

* 1. **caracteristiques generales de l’autorisation**

**Activité de Neurochirurgie**

|  |  |
| --- | --- |
| Date d’échéance de l’autorisation |  |
| Lieu(x) d’implantation de l’activité à renouveler |  |
| Forme de gestion de l’activité autorisée |  |
| Date de la dernière visite conformité |  |
| Avis du rapport de la visite de conformité |  |
| Date de la dernière certification HAS |  |
| Conclusions du rapport de certification HAS |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L’autorisation mentionne-t-elle spécifiquement une des pratiques thérapeutiques suivantes :**  **Article R. 6123-100 du Code de la Santé Publique** | **Oui** | **Non** |
| 1. **Neurochirurgie fonctionnelle cérébrale** |  |  |
| 1. **Radiochirurgie intracrânienne et extracrânienne en conditions stéréotaxiques** |  |  |
| 1. **Neurochirurgie pédiatrique** |  |  |

Conditions particulières de l’autorisation :

**Indiquer tout changement intervenu depuis la dernière visite de conformité dans la mise en œuvre de l’autorisation**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | *Même site*  *Même bâtiment* | *Même site*  *Autres bâtiments (à spécifier)* | *Autre site (à spécifier)* |
| ***Activité de Neuroradiologie (Article R.6123-97 du Code de la Santé Publique)***  Date d’autorisation : |  |  |  |
| ***Activité de réanimation (Article R.6123-97 du Code de la Santé Publique)***  Date(s) d’autorisation : |  |  |  |
| ***Activité de cancérologie (Article R.6123-98 du Code de la Santé Publique)***  Date(s) d’autorisation : |  |  |  |

* 1. **Renouvellement de l’autorisation DEMANDEE**
* à l’identique[[1]](#footnote-1) :
* avec modifications

# **EVALUATION DE L’AUTORISATION A RENOUVELER**

* 1. **Etat de realisation des objectifs attaches a l’autorisation**

***Rappel référence juridique : R.6122-32-2 alinea 1***

***Etat de réalisation des objectifs du schéma interrégional des organisations des soins, notamment en matière d’accessibilité, de qualité, de sécurité des soins, de continuité et de globalité de la prise en charge des patients***

Le titulaire de l’autorisation détaillera les actions mises en œuvre qui lui ont permis de s’inscrire dans la réalisation des objectifs du SIOS pour l’activité concernée.

**Objectif opérationnel n°2 : Améliorer la réadaptation des patients neurochirurgicaux adultes et enfants en intégrant le projet de réadaptation du patient dès la phase aigüe en court séjour et en organisant leur transfert en services de soins de suite et de réadaptation (SSR)**

Mesure n°1 : Favoriser l’intervention de médecins rééducateurs ou d’une équipe mobile de réadaptation dans le service de neurochirurgie (pour permettre un diagnostic et une mise en œuvre précoce de réadaptation)

Mesure n°2 Anticiper la mise en place d’unités mixtes de soins aigus et de réadaptation (type «service de réadaptation post réanimation») en lien avec les orientations fixées par la DGOS

Mesure n° 3 Faciliter les transferts entre les services de neurochirurgie et les services de SSR en :

* privilégiant l’utilisation de logiciels régionaux type (Trajectoire ou IMAD) intégrant dans les conventions bilatérales entre les établissements autorisés en neurochirurgie et les SSR spécialisés en affections du système nerveux l’accueil de patients provenant de neurochirurgie.

**Résultats** Augmentation du nombre de prises en charge réadaptatives précoces des patients neurochirurgicaux dans les ES autorisés en neurochirurgie

Augmentation du nombre de transferts de patients neurochirurgicaux en SSR spécialisés

Diminution du nombre de séjours longs en neurochirurgie

**Indicateurs**

Nombre de séjours de patients neurochirurgicaux avec prise en charge réadaptative en MCO

Nombre de transferts de patients neurochirurgicaux en SSR spécialisé

Nombre de séjours > 100 jours en neurochirurgie

**Objectif opérationnel n°3 Améliorer la prise en charge après la phase aigüe des patients neurochirurgicaux en état grave**

Mesure n°1 Mettre en place dans chaque région au moins une unité mixte de soins aigus et de réadaptation (type «service de réadaptation post réanimation») en lien avec les orientations fixées par la DGOS (cf.  objectif opérationnel n° 2)

Au minimum, mettre en place dans chaque région une unité d’éveil de coma dans une structure de SSR à proximité d’un service de réanimation

Mesure n°2 Prendre en charge les patients en état végétatif ou pauci relationnel dans des unités adaptées

Mesure n°3Favoriser la possibilité d’accueil en unités de soins de longue durée (USLD) de patients cérébrolésés graves

**Résultats**

Diminution du nombre de séjours longs en neurochirurgie

**Indicateur**

Nombre de séjours > 100 jours en neurochirurgie

**Objectif opérationnel n°4 Optimiser les moyens humains de chaque site permettant de garantir la qualité et la sécurité des soins**

Mesure n°2 Maintenir les compétences médicales en neurochirurgie en formant de nouveaux neurochirurgiens pour remplacer ceux partant d’ici 2018

**Résultats**

Maintien au moins du nombre de neurochirurgiens existant en 2013 dans chaque équipe

Amélioration de la prise en charge anesthésique des actes de NRI et de NC

**Indicateurs**

Nombre de neurochirurgiens par équipe en 2018

Respect des engagements pris en matière d’accessibilité (physique, financière et délais d’attente)

Respect des engagements pris en matière de continuité des soins et de permanence des soins

Référence juridique : L.6114-2 et 3 CSP, R.6122-32-2 alinéa 2

***Réalisation des objectifs du CPOM en matière d’objectifs quantifiés de l’activité de soins (implantation et volume)***

Référence juridique: R.6122-23 CSP

***Respect des conditions particulières dont a été assortie l’autorisation dans l’intérêt de la santé publique***

***Cohérence avec le projet d’établissement ou le projet médical du Groupement hospitalier de territoire de rattachement***

***Analyse des écarts par rapport à ces objectifs***

* 1. **Etat de réalisation des ENGAGEMENTS DU TITULAIRE DE L’AUTORISATION SUR LES caractéristiques de l’autorisation**
* Référence juridique : Articles R. 6123-96 à R. 6123-103 du Code de la Santé Publique

Articles D. 6124-135 à D. 6124-146 du Code de la Santé Publique

***Réalisation et maintien des conditions d’implantation de l’activité de soins/des conditions techniques de fonctionnement***

* **Conformité des locaux et équipements à l’autorisation :**

(Si évolution par rapport au projet initial, l’indiquer et joindre les plans)

* Article D. 6124-136 du Code de la Santé Publique

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Cette unité comporte-t-elle : | Oui | Non | Nombre |
| 1. **Des lits dédiés ?** |  |  |  |
| ↘ Dans l’affirmative   * Quel est le nombre de lits dédiés ? | | |  |
| 1. **Des lits dédiés de réanimation ?** |  |  |  |
| ↘ Dans l’affirmative   * Quel est le nombre de lits dédiés de réanimation? | | |  |
| 1. **D’une unité de surveillance continue ?** |  |  |  |
| ↘ Dans l’affirmative   * Quel est le nombre de lits dédiés de surveillance continue ? | | |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Ne renseigner que si la modalité pédiatrique est autorisée**   * Article D. 6124-141 à D. 6124-142 du Code de la Santé Publique | **Oui** | **Non** | **Nombre** |
| L’activité de soins de neurochirurgie pédiatrique est-elle pratiquée dans une unité dédiée à cette activité, dans un environnement pédiatrique ou à proximité de neurochirurgie adulte ? |  |  |  |
| Nombre de lits affectés à l’activité de soins de neurochirurgie pédiatrique ? |  |  |  |
| L’organisation permet-elle d’assurer l’accueil et la présence des parents auprès de l’enfant ? |  |  |  |

* Article D. 6124-136 du Code de la Santé Publique :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| L’établissement assure-t-il  l’accessibilité et la prise en charge de patients lourdement handicapés à mobilité réduite dans : | Oui | Non |
| 1. Les unités d’hospitalisation complète ? |  |  |
| 1. Les unités d’hospitalisation de jour ? |  |  |
| 1. Les unités de consultation ? |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| * L’établissement dispose-t-il : | **Oui** | **Non** |
| 1. D’un protocole conclu entre les responsables médicaux de neurochirurgie et de l’unité de surveillance continue |  |  |
| 1. D’un protocole conclu entre les responsables médicaux de neurochirurgie et l’unité de réanimation |  |  |
| Joindre au dossier d’évaluation les protocoles (Précisant notamment 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 R. 6123-102 du Code de la Santé Publique   L’établissement assure-t-il à tout moment l’accès des patients : | **Oui** | **Non** | **Commentaire**  Si la mise à disposition se fait par convention, préciser la date, le nom de l’établissement concerné par la convention et les délais |
| * aux activités interventionnelles en neuroradiologie ? |  |  |  |
| * à une unité neurovasculaire (UNV) ? |  |  |  |

* Article D.6124-139 du Code de la Santé Publique

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L’établissement dispose-t-il à tout moment d’un accès à : | **Oui**  **Sur site** | **Oui**  **Par convention** | **Non** |
| 1. Des examens d’imagerie par résonance magnétique et de tomodensitométrie ? |  |  |  |
| 1. Des examens de bactériologie, hématologie, biochimie, ainsi que ceux relatifs à l’hémostase et aux gaz du sang en extemporané ? |  |  |  |
| 1. Des produits sanguins labiles ? |  |  |  |
| 1. Des appareils de mesure et d’enregistrement continu de la pression intracrânienne ? |  |  |  |
| 1. D’un écho-Doppler transcrânien ? |  |  |  |

* Le bloc opératoire

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Article D.6124-140 du Code de la Santé Publique | **Oui** | **Non** |
| Le bloc opératoire dispose d’au moins deux salles d’opérations ? |  |  |
| ↘ Dans l’affirmative   * Dont une salle réservée et équipée pour la neurochirurgie accessible en permanence et une autre salle éventuellement partagée ? |  |  |

* Hospitalisation pédiatriques

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Ne renseigner que si la modalité pédiatrique est autorisée**  Article D. 6124-144 à D. 6124-145 du Code de la Santé Publique | **Oui** | **Non** |
| L’anesthésie est-elle réalisée par un personnel médical assisté d’un personnel paramédical expérimenté en pédiatrie ? |  |  |
| Le bloc opératoire et la salle de surveillance post-interventionnelle sont-ils adaptés au nouveau-né et à l’enfant ? |  |  |
| La réanimation pédiatrique est-elle exercée dans un secteur individualisé au sein d’une unité de réanimation pédiatrique ? |  |  |

* **Données d’activité (sur les 5 dernières années)**

**Référence juridique :** R.6122-32-2 et R.6122-23

**Références juridiques** : Article R. 6123-96 du Code de la Santé Publique

 Arrêté du 19 mars 2007 du Code de la Santé Publique

* **Respect du seuil réglementaire :** l’activité minimale annuelle des activités de soins de neurochirurgie pour la neurochirurgie adulte est fixée à 100 interventions portant sur la sphère cranio-encéphalique par site. Aucune activité minimale n’est fixée pour la neurochirurgie pédiatrique.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Activité de neurochirurgie** | **Année N-5** | **Année N-4** | **Année N-3** | **Année N-2** | **Année N-1** |
| **Nombre d'actes (1)** |  |  |  |  |  |
| \* adultes |  |  |  |  |  |
| \* enfants (<18 ans) |  |  |  |  |  |
| Pourcentage d’actes réalisés  en urgence (2) |  |  |  |  |  |
| **Nombre d’actes de**  **neurochirurgie fonctionnelle** |  |  |  |  |  |
| \* épilepsie |  |  |  |  |  |
| \* parkinson |  |  |  |  |  |
| \* spasticité |  |  |  |  |  |
| \* douleur chronique |  |  |  |  |  |
| \* autres |  |  |  |  |  |
| **Nombre d’actes de**  **radiochirurgie stéréotaxique** |  |  |  |  |  |

1. *à partir de la liste d’actes de la Circulaire N° DGOS/R5/2011/485 du 21 décembre 2011 relative au guide sur le pilotage de l’activité des établissements de santé pour la neurochirurgie avec un seuil < 18 ans pour la neurochirurgie pédiatrique*
2. *les principaux actes à corréler avec l’un des diagnostics suivants****:*** *hématome extra dural symptomatique, hématome sous dural aigu > 5 mm, plaie crâniocérébrale, hydrocéphalie aiguë, œdème cérébral diffus avec HIC, compression médullaire****.***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **code acte** | **Libellé** | | **n-5** | **n-4** | **n-3** | **n-2** | **n-1** | **nombre d’actes effectués en urgence sur n-1** |
| AAFA001 | | Exérèse de tumeur intraparenchymateuse du cervelet, par craniotomie |  |  |  |  |  |  |
| AAFA002 | | Exérèse de tumeur intraparenchymateuse du cerveau, par craniotomie |  |  |  |  |  |  |
| AAFA003 | | Exérèse de lésion du tronc cérébral, par craniotomie |  |  |  |  |  |  |
| AAFA004 | | Hémisphérectomie fonctionnelle, par craniotomie |  |  |  |  |  |  |
| AAFA005 | | Exérèse de lésion du corps calleux, du fornix hypothalamique ou du septum pellucide, par craniotomie |  |  |  |  |  |  |
| AAFA006 | | Résection de parenchyme cérébral pour infarctus expansif, par craniotomie |  |  |  |  |  |  |
| AAFA007 | | Excision d'une zone épileptogène, par craniotomie |  |  |  |  |  |  |
| AAFA008 | | Résection de parenchyme cérébelleux pour infarctus expansif, par craniotomie |  |  |  |  |  |  |
| AAGA900 | | Ablation d’électrode corticale cérébrale, par craniotomie |  |  |  |  |  |  |
| AAGB001 | | Ablation d’électrode intracérébrale, par voie transcutanée |  |  |  |  |  |  |
| AAJA001 | | Évacuation de collection intracérébrale, par craniotomie |  |  |  |  |  |  |
| AAJA002 | | Évacuation d'hématome intracérébral traumatique [contusion], par craniotomie |  |  |  |  |  |  |
| AAJA003 | | Évacuation d'hématome intracérébelleux, par craniotomie |  |  |  |  |  |  |
| AAJA004 | | Évacuation d'hématome intracérébral non traumatique, par craniotomie |  |  |  |  |  |  |
| AAJA005 | | Évacuation de collection intracrânienne postopératoire, par reprise de la craniotomie précédente |  |  |  |  |  |  |
| AAJA006 | | Parage de plaie craniocérébrale |  |  |  |  |  |  |
| AALA002 | | Implantation d’électrode subdurale pour enregistrement électrocorticographique, par craniotomie |  |  |  |  |  |  |
| AALA900 | | Implantation d’électrode de stimulation corticale cérébrale à visée thérapeutique, par craniotomie |  |  |  |  |  |  |
| AALB001 | | Implantation d’électrode de stimulation intracérébrale à visée thérapeutique, par voie stéréotaxique |  |  |  |  |  |  |
| AALB002 | | Implantation d’électrode intracérébrale pour enregistrement électroencéphalographique, par voie stéréotaxique |  |  |  |  |  |  |
| AANB001 | | Destruction d'une cible intracérébrale à visée fonctionnelle, par voie stéréotaxique |  |  |  |  |  |  |
| AAPA900 | | Déconnexion d'une zone épileptogène, par craniotomie |  |  |  |  |  |  |
| ABCA001 | | Ventriculoventriculostomie, ventriculocisternostomie, kystocisternostomie ou kystoventriculostomie, par craniotomie |  |  |  |  |  |  |
| ABCA002 | | Dérivation péritonéale ou atriale du liquide cérébrospinal ventriculaire, par abord direct |  |  |  |  |  |  |
| ABCA003 | | Dérivation péritonéale d'une collection subdurale du liquide cérébrospinal crânien, par abord direct |  |  |  |  |  |  |
| ABCA004 | | Dérivation péritonéale ou atriale de kyste intracrânien, par abord direct |  |  |  |  |  |  |
| ABCB001 | | Dérivation externe du liquide cérébrospinal ventriculaire ou subdural, par voie transcrânienne |  |  |  |  |  |  |
| ABCC001 | | Ventriculoventriculostomie, ventriculocisternostomie, kystocisternostomie ou kystoventriculostomie, par vidéochirurgie intracrânienne |  |  |  |  |  |  |
| ABFA001 | | Exérèse et/ou fermeture de méningoencéphalocèle de la base du crâne, sans rapprochement orbitaire |  |  |  |  |  |  |
| ABFA002 | | Exérèse de lésion du troisième ventricule, par craniotomie |  |  |  |  |  |  |
| ABFA003 | | Exérèse et/ou fermeture de méningoencéphalocèle de la voute crânienne |  |  |  |  |  |  |
| ABFA004 | | Exérèse et/ou fermeture de méningoencéphalocèle de la base du crâne, avec rapprochement orbitaire |  |  |  |  |  |  |
| ABFA005 | | Exérèse de lésion d'un ventricule latéral cérébral, par craniotomie |  |  |  |  |  |  |
| ABFA006 | | Exérèse de lésion du quatrième ventricule, par craniotomie |  |  |  |  |  |  |
| ABFA007 | | Exérèse d'une fistule dermique avec prolongement intradural occipital |  |  |  |  |  |  |
| ABFA008 | | Exérèse de tumeur de la tente du cervelet, par craniotomie soustentorielle |  |  |  |  |  |  |
| ABFA009 | | Exérèse de tumeur de l'incisure de la tente, par craniotomie sustentorielle |  |  |  |  |  |  |
| ABFA010 | | Exérèse de tumeur de la faux du cerveau, par craniotomie |  |  |  |  |  |  |
| ABFC001 | | Exérèse de lésion du troisième ventricule, par vidéochirurgie intracrânienne |  |  |  |  |  |  |
| ABFC002 | | Exérèse de lésion d'un ventricule latéral cérébral, par vidéochirurgie intracrânienne |  |  |  |  |  |  |
| ABGA001 | | Ablation d'un capteur de pression intracrânienne |  |  |  |  |  |  |
| ABGA002 | | Ablation d'une dérivation interne du liquide cérébrospinal intracrânien, par abord direct |  |  |  |  |  |  |
| ABGA003 | | Ablation d'un système diffuseur implanté et du cathéter intraventriculaire ou intrakystique cérébral |  |  |  |  |  |  |
| ABJA001 | | Évacuation d'une hémorragie intraventriculaire cérébrale, par craniotomie |  |  |  |  |  |  |
| ABJA002 | | Évacuation d'un hématome subdural aigu, par craniotomie |  |  |  |  |  |  |
| ABJA003 | | Évacuation d'un hématome subdural chronique unilatéral, par craniotomie |  |  |  |  |  |  |
| ABJA004 | | Évacuation d'un hématome extradural infratentoriel, par craniotomie |  |  |  |  |  |  |
| ABJA005 | | Évacuation d'un hématome extradural supratentoriel, par craniotomie |  |  |  |  |  |  |
| ABJA006 | | Évacuation d'un hématome subdural chronique bilatéral, par craniotomie |  |  |  |  |  |  |
| ABJA007 | | Évacuation d'un hématome extradural plurifocal supratentoriel et/ou infratentoriel, par craniotomie |  |  |  |  |  |  |
| ABJA008 | | Évacuation d'un empyème intracrânien extracérébral, par craniotomie |  |  |  |  |  |  |
| ABJB001 | | Évacuation de liquide cérébrospinal ventriculaire avec injection à visée thérapeutique, par voie transcrânienne |  |  |  |  |  |  |
| ABJB002 | | Évacuation de liquide cérébrospinal ou de collection intracrânienne, par voie transfontanellaire |  |  |  |  |  |  |
| ABJC900 | | Évacuation d'une hémorragie intraventriculaire cérébrale non traumatique, par vidéochirurgie |  |  |  |  |  |  |
| ABLA001 | | Pose d'un cathéter intraventriculaire ou intrakystique cérébral par voie transcrânienne, avec pose d'un système diffuseur ou d'une pompe implantable souscutané |  |  |  |  |  |  |
| ABLB001 | | Pose d'un cathéter ventriculaire cérébral par voie transcrânienne, avec mesure instantanée de la pression intracrânienne et tests dynamiques |  |  |  |  |  |  |
| ABLB002 | | Pose d'un capteur ventriculaire de pression intracrânienne, par voie transcrânienne |  |  |  |  |  |  |
| ABLB003 | | Pose d'un capteur extraventriculaire de pression intracrânienne, par voie transcrânienne |  |  |  |  |  |  |
| ABMA002 | | Révision ou changement d'élément d'une dérivation interne du liquide cérébrospinal, par abord direct |  |  |  |  |  |  |
| ABMA003 | | Révision ou changement d'élément d'une dérivation interne du liquide cérébrospinal, par craniotomie |  |  |  |  |  |  |
| ABMP001 | | Contrôle et/ou réglage secondaire transcutané d'une valve de dérivation de liquide cérébrospinal à pression d'ouverture réglable |  |  |  |  |  |  |
| ABSA001 | | Fermeture d'une brèche ostéodurale de l'étage moyen de la base du crâne, par craniotomie |  |  |  |  |  |  |
| ABSA002 | | Fermeture d'une brèche ostéodurale de l'étage moyen de la base du crâne, par abord translabyrinthique |  |  |  |  |  |  |
| ABSA003 | | Fermeture d'une brèche ostéodurale du sinus frontal, par abord coronal |  |  |  |  |  |  |
| ABSA004 | | Fermeture d'une brèche ostéodurale de l'étage moyen de la base du crâne, par abord mastoïdoattical |  |  |  |  |  |  |
| ABSA005 | | Fermeture d'une brèche ostéodurale ou d'une méningocèle de l'étage antérieur de la base du crâne, par abord orbitaire |  |  |  |  |  |  |
| ABSA006 | | Fermeture d'une brèche ostéodurale de l'étage moyen de la base du crâne, par abord suprapétreux |  |  |  |  |  |  |
| ABSA007 | | Fermeture d'une brèche ostéodurale ou d'une méningocèle de l'étage antérieur de la base du crâne, par craniotomie |  |  |  |  |  |  |
| ABSA008 | | Fermeture d'une fistule postopératoire de liquide cérébrospinal de la base du crâne |  |  |  |  |  |  |
| ABSA009 | | Fermeture d'une fistule de liquide cérébrospinal ou d'une méningocèle postopératoire de la voute crânienne, par craniotomie |  |  |  |  |  |  |
| ABSA010 | | Fermeture d'une brèche ostéodurale ou d'une méningocèle de l'étage antérieur de la base du crâne, par abord paralatéronasal |  |  |  |  |  |  |
| ABSA011 | | Fermeture d'une brèche ostéodurale ou d'une méningocèle de l'étage antérieur de la base du crâne, par abord nasosphénoïdal |  |  |  |  |  |  |
| ABSA012 | | Fermeture d'une brèche ostéodurale ou d'une méningocèle de l'étage antérieur de la base du crâne, par endoscopie |  |  |  |  |  |  |
| ACFA001 | | Exérèse de tumeur de l'étage antérieur de la base du crâne, par craniotomie frontale unilatérale |  |  |  |  |  |  |
| ACFA002 | | Exérèse de tumeur extraparenchymateuse de la convexité du cerveau sans atteinte de sinus veineux dural, par craniotomie |  |  |  |  |  |  |
| ACFA003 | | Exérèse de tumeur de la pointe du rocher, par abord translabyrinthique |  | Supprimé en 2013 |  |  |  |  |
| ACFA004 | | Exérèse de tumeur du clivus, par craniotomie |  |  |  |  |  |  |
| ACFA005 | | Exérèse de tumeur de l'angle pontocérébelleux et/ou du méat acoustique interne [conduit auditif interne], par abord rétrolabyrinthique présigmoïdien |  | Supprimé en 2013 |  |  |  |  |
| ACFA006 | | Exérèse de tumeur de la pointe du rocher sans déroutement du nerf facial, par abord transpétreux |  | Supprimé en 2013 |  |  |  |  |
| ACFA007 | | Exérèse de tumeur de l'angle pontocérébelleux et/ou du méat acoustique interne [conduit auditif interne], par abord translabyrinthique |  | Supprimé en 2013 |  |  |  |  |
| ACFA008 | | Exérèse de tumeur extraparenchymateuse de la convexité du cervelet sans atteinte de sinus veineux dural, par craniotomie |  |  |  |  |  |  |
| ACFA009 | | Exérèse de tumeur de la pointe du rocher, par abord suprapétreux |  | Supprimé en 2013 |  |  |  |  |
| ACFA010 | | Exérèse de tumeur de l'angle pontocérébelleux et/ou du méat acoustique interne [conduit auditif interne], par abord infraoccipital rétrosigmoïdien |  | Supprimé en 2013 |  |  |  |  |
| ACFA011 | | Exérèse de tumeur de l'étage moyen de la base du crâne, par craniotomie |  |  |  |  |  |  |
| ACFA012 | | Exérèse de tumeur de l'angle pontocérébelleux et/ou du méat acoustique interne [conduit auditif interne], par abord suprapétreux |  | Supprimé en 2013 |  |  |  |  |
| ACFA013 | | Exérèse de tumeur du tiers interne de l'étage moyen de la base du crâne intéressant l'angle sphénoorbitaire, par craniotomie |  |  |  |  |  |  |
| ACFA014 | | Exérèse de tumeur de l'angle pontocérébelleux et/ou du méat acoustique interne [conduit auditif interne], par deux abords |  | Supprimé en 2013 |  |  |  |  |
| ACFA015 | | Exérèse de tumeur de l'étage antérieur de la base du crâne, par craniotomie frontale bilatérale |  |  |  |  |  |  |
| ACFA016 | | Exérèse de tumeur de la région pétroclivale sans déroutement du nerf facial, par abord transpétreux |  |  |  |  |  |  |
| ACFA018 | | Exérèse de tumeur extraparenchymateuse de la convexité du cervelet envahissant un sinus veineux dural, par craniotomie |  |  |  |  |  |  |
| ACFA019 | | Exérèse de tumeur du foramen magnum avec déroutement de l'artère vertébrale, par craniotomie |  |  |  |  |  |  |
| ACFA020 | | Exérèse de tumeur du clivus, par abord transoral ou nasosphénoïdal |  |  |  |  |  |  |
| ACFA022 | | Exérèse de tumeur de la région optochiasmatique et/ou hypothalamique, par craniotomie |  |  |  |  |  |  |
| ACFA023 | | Exérèse de tumeur du foramen jugulaire, par craniotomie |  |  |  |  |  |  |
| ACFA024 | | Exérèse de tumeur du foramen magnum sans déroutement de l'artère vertébrale, par craniotomie |  |  |  |  |  |  |
| ACFA025 | | Exérèse de tumeur de la région pétroclivale avec déroutement du nerf facial, par abord transpétreux |  |  |  |  |  |  |
| ACFA026 | | Exérèse de tumeur de l'étage antérieur de la base du crâne, par craniotomie frontale bilatérale et abord ethmoïdal |  |  |  |  |  |  |
| ACFA027 | | Exérèse de tumeur de l'angle pontocérébelleux et/ou du méat acoustique interne [conduit auditif interne], par abord transotique |  | Supprimé en 2013 |  |  |  |  |
| ACFA028 | | Exérèse de tumeur extraparenchymateuse de la convexité du cerveau envahissant un sinus veineux dural, par craniotomie |  |  |  |  |  |  |
| ACFA029 | | Exérèse de tumeur de la pointe du rocher avec déroutement du nerf facial, par abord transpétreux |  | Supprimé en 2013 |  |  |  |  |
| ACHA001 | | Biopsie de lésion de la base du crâne, par abord transoral ou nasosphénoïdal |  |  |  |  |  |  |
| ACHA002 | | Biopsie de lésion intracrânienne, par craniotomie |  |  |  |  |  |  |
| ACHA003 | | Biopsie de lésion de la base du crâne, par endoscopie buccale ou nasale |  |  |  |  |  |  |
| ACHB001 | | Biopsie de lésion intracrânienne, par voie transcrânienne stéréotaxique |  |  |  |  |  |  |
| ACPA001 | | Libération d'un conflit vasculonerveux intracrânien, par craniotomie |  |  |  |  |  |  |
| ACQC001 | | Exploration intracrânienne, par vidéochirurgie |  |  |  |  |  |  |
| ADCA006 | | Suture de plaie d'un nerf crânien, par craniotomie |  |  |  |  |  |  |
| ADEA005 | | Autogreffe de nerf crânien, par craniotomie |  |  |  |  |  |  |
| ADLA001 | | Implantation d'un stimulateur du nerf vague, par abord direct |  |  |  |  |  |  |
| ADPA001 | | Décompression du nerf optique, par craniotomie |  | Supprimé en 2013 |  |  |  |  |
| ADPA013 | | Section de nerf crânien, par abord infraoccipital rétrosigmoïdien |  |  |  |  |  |  |
| ADPC900 | | Section de nerf crânien, par vidéochirurgie intracrânienne |  |  |  |  |  |  |
| AEFA001 | | Exérèse de lésion de la moelle épinière sur un étage vertébral, par abord postérieur |  |  |  |  |  |  |
| AEFA002 | | Exérèse de lésion de la moelle épinière sur plusieurs étages vertébraux, par abord postérieur |  |  |  |  |  |  |
| AEFA003 | | Exérèse de lésion du cône médullaire, par abord postérieur |  |  |  |  |  |  |
| AEGA001 | | Ablation d’électrode de stimulation de la moelle épinière, par abord direct |  |  |  |  |  |  |
| AEJA001 | | Parage et fermeture de plaie pénétrante vertébrospinale, par abord antérieur ou antérolatéral |  |  |  |  |  |  |
| AEJA002 | | Parage et fermeture de plaie pénétrante vertébrospinale avec ostéosynthèse vertébrale, par abord antérieur ou antérolatéral |  |  |  |  |  |  |
| AEJA003 | | Évacuation d'hématome intraspinal [hématomyélie] |  |  |  |  |  |  |
| AEJA004 | | Parage et fermeture de plaie pénétrante vertébrospinale, par abord postérieur |  |  |  |  |  |  |
| AEJA005 | | Parage et fermeture de plaie pénétrante vertébrospinale avec ostéosynthèse vertébrale, par abord postérieur |  |  |  |  |  |  |
| AELA001 | | Implantation d’électrode de stimulation de la moelle épinière à visée thérapeutique, par abord direct |  |  |  |  |  |  |
| AENA001 | | Destruction sélective de la corne postérieure de la moelle épinière ou de la jonction radicellospinale, par abord postérieur |  |  |  |  |  |  |
| AEPA001 | | Libération de moelle attachée, par abord postérieur |  |  |  |  |  |  |
| AEPA002 | | Myélotomie, commissurotomie ou cordotomie spinale, par abord postérieur |  |  |  |  |  |  |
| AEPA004 | | Libération d'une diastématomyélie, par abord postérieur |  |  |  |  |  |  |
| AEPB001 | | Cordotomie spinale, par voie transcutanée |  |  |  |  |  |  |
| AFCA001 | | Dérivation d'une cavité liquidienne intraspinale [syringomyélique] ou périspinale dans l'espace subarachnoïdien rachidien, par abord direct |  |  |  |  |  |  |
| AFCA002 | | Dérivation lombopéritonéale du liquide cérébrospinal subarachnoïdien rachidien, par abord direct |  |  |  |  |  |  |
| AFCA003 | | Dérivation d'une cavité liquidienne intraspinale [syringomyélique] ou périspinale en dehors de l'espace subarachnoïdien rachidien, par abord direct |  |  |  |  |  |  |
| AFCA004 | | Dérivation externe du liquide cérébrospinal subarachnoïdien rachidien |  |  |  |  |  |  |
| AFFA001 | | Exérèse de tumeur intradurale extraspinale sans reconstruction vertébrale, par abord antérieur ou antérolatéral |  |  |  |  |  |  |
| AFFA002 | | Exérèse de tumeur en sablier extracanalaire et intracanalaire vertébrale avec reconstruction vertébrale, par abord postérieur ou postérolatéral |  |  |  |  |  |  |
| AFFA003 | | Exérèse de tumeur en sablier extracanalaire et intracanalaire vertébrale sans reconstruction vertébrale, par abord postérieur ou postérolatéral |  |  |  |  |  |  |
| AFFA004 | | Exérèse de kyste méningé intracanalaire vertébral, par abord postérieur |  |  |  |  |  |  |
| AFFA005 | | Exérèse de tumeur épidurale rachidienne avec ostéosynthèse vertébrale, par abord postérieur |  |  |  |  |  |  |
| AFFA006 | | Exérèse d'une fistule dermique avec prolongement intradural rachidien |  |  |  |  |  |  |
| AFFA007 | | Exérèse de tumeur intradurale extraspinale, par abord postérieur ou postérolatéral |  |  |  |  |  |  |
| AFFA008 | | Exérèse de tumeur en sablier extracanalaire et intracanalaire vertébrale sans reconstruction vertébrale, par abord antérieur ou antérolatéral |  |  |  |  |  |  |
| AFFA009 | | Exérèse de tumeur intradurale extraspinale avec reconstruction vertébrale, par abord antérieur ou antérolatéral |  |  |  |  |  |  |
| AFFA010 | | Exérèse de tumeur épidurale rachidienne, par abord postérieur |  |  |  |  |  |  |
| AFFA011 | | Exérèse de tumeur en sablier extracanalaire et intracanalaire vertébrale avec reconstruction vertébrale, par abord antérieur ou antérolatéral |  |  |  |  |  |  |
| AFGA002 | | Ablation d'une dérivation interne intraspinale du liquide cérébrospinal rachidien, par abord direct |  |  |  |  |  |  |
| AFJA001 | | Évacuation d'hématome péridural [épidural] rachidien, par abord direct |  |  |  |  |  |  |
| AFJA002 | | Parage d'une épidurite et/ou d'une spondylodiscite sans reconstruction vertébrale, par abord direct |  |  |  |  |  |  |
| AFJA003 | | Évacuation d'hématome intradural rachidien, par abord direct |  |  |  |  |  |  |
| AFJA004 | | Évacuation d'hématome péridural [épidural] rachidien postopératoire, par abord direct |  |  |  |  |  |  |
| AFJA005 | | Parage d'une épidurite et/ou d'une spondylodiscite avec reconstruction vertébrale par greffe et/ou ostéosynthèse, par abord direct |  |  |  |  |  |  |
| AFKB001 | | Changement d'un cathéter intrathécal spinal relié à un système diffuseur ou une pompe implanté souscutané |  |  |  |  |  |  |
| AFLA003 | | Pose d'un cathéter intrathécal ou intrakystique spinal, avec pose d'un système diffuseur ou d'une pompe implantable souscutané |  |  |  |  |  |  |
| AFSA001 | | Fermeture d'un spina bifida avec myéloméningocèle, par abord postérieur |  |  |  |  |  |  |
| AFSA002 | | Fermeture d'un spina bifida avec méningocèle, par abord postérieur |  |  |  |  |  |  |
| AFSA003 | | Fermeture d'une fistule de liquide cérébrospinal ou d'une méningocèle postopératoire spinale |  |  |  |  |  |  |
| AHFA003 | | Exérèse de lésion de la queue de cheval étendue sur plusieurs étages vertébraux [lésion géante de la queue de cheval], par abord postérieur |  |  |  |  |  |  |
| AHFA007 | | Exérèse de lésion de la queue de cheval sur un étage vertébral, par abord postérieur |  |  |  |  |  |  |
| AHFA012 | | Exérèse de lipome de la queue de cheval avec fermeture de méningocèle ou de myéloméningocèle, par abord postérieur |  |  |  |  |  |  |
| AHPA025 | | Radicotomie spinale, par abord postérieur |  |  |  |  |  |  |
| EABA001 | | Enrobage d'un anévrisme artériel intracrânien, par craniotomie |  |  |  |  |  |  |
| EACA001 | | Exclusion de fistule artérioveineuse de la faux du cerveau ou de la tente du cervelet, par craniotomie |  |  |  |  |  |  |
| EACA002 | | Exclusion d'anévrismes artériels intracrâniens multiples, par craniotomie unique |  |  |  |  |  |  |
| EACA003 | | Exclusion d'un anévrisme artériel intracrânien d'un diamètre supérieur à 20 mm, par craniotomie |  |  |  |  |  |  |
| EACA004 | | Exclusion d'un anévrisme artériel vertébrobasilaire d'un diamètre inférieur ou égal à 20 mm, par craniotomie |  |  |  |  |  |  |
| EACA005 | | Exclusion de fistule artérioveineuse d'un sinus veineux dural [fistule ostéodurale], par craniotomie |  |  |  |  |  |  |
| EACA006 | | Exclusion de fistule artérioveineuse durale de la convexité, par craniotomie |  |  |  |  |  |  |
| EACA007 | | Exclusion d'un anévrisme artériel supratentoriel d'un diamètre inférieur ou égal à 20 mm, par craniotomie |  |  |  |  |  |  |
| EAFA001 | | Embolectomie ou thromboendartériectomie de vaisseau intracrânien, par craniotomie |  |  |  |  |  |  |
| EAFA002 | | Exérèse d'une tumeur du glomus [corpuscule] tympanojugulaire par abord transpétreux, avec déroutement du nerf facial |  |  |  |  |  |  |
| EAFA003 | | Exérèse de malformation artérioveineuse cérébrale superficielle supratentorielle d'un diamètre inférieur ou égal à 30 mm, par craniotomie |  |  |  |  |  |  |
| EAFA004 | | Exérèse d'une tumeur du glomus [corpuscule] tympanojugulaire étendue à la fosse postérieure, par craniotomie |  |  |  |  |  |  |
| EAFA005 | | Exérèse de malformation artérioveineuse encéphalique infratentorielle, par craniotomie |  |  |  |  |  |  |
| EAFA006 | | Exérèse d'une tumeur du glomus [corpuscule] tympanojugulaire par abord transpétreux, sans déroutement du nerf facial |  |  |  |  |  |  |
| EAFA007 | | Exérèse d'une tumeur du glomus [corpuscule] tympanojugulaire étendue aux structures cervicales, par craniocervicotomie |  |  |  |  |  |  |
| EAFA008 | | Exérèse de malformation artérioveineuse cérébrale profonde supratentorielle, par craniotomie |  |  |  |  |  |  |
| EAFA009 | | Exérèse de malformation artérioveineuse cérébrale superficielle supratentorielle d'un diamètre supérieur à 30 mm, par craniotomie |  |  |  |  |  |  |
| EASA001 | | Ligature de vaisseau intracrânien supratentoriel, par craniotomie |  |  |  |  |  |  |
| EASA002 | | Ligature de vaisseau intracrânien infratentoriel, par craniotomie |  |  |  |  |  |  |
| EBCA010 | | Pontage artériel extra-intracrânien sans autogreffe, par craniotomie et par cervicotomie |  |  |  |  |  |  |
| EBCA011 | | Pontage artériel extra-intracrânien avec autogreffe, par craniotomie et par cervicotomie |  |  |  |  |  |  |
| ENCA001 | | Exclusion de malformation artérioveineuse durale rachidienne, par abord direct |  |  |  |  |  |  |
| ENFA007 | | Exérèse de malformation artérioveineuse intraparenchymateuse de la moelle épinière, par abord direct |  |  |  |  |  |  |
| GAFA010 | | Exérèse d'une fistule ou d'un kyste congénital du dos du nez avec prolongement intracrânien, par abord coronal Activité 1 : abord extracrânien Activité 2 : abord intracrânien |  |  |  |  |  |  |
| GBFA004 | | Résection totale unilatérale du sinus ethmoïdal avec exérèse de la lame criblée et de méninge, par abord paralatéronasal |  |  |  |  |  |  |
| GBFA006 | | Résection totale bilatérale du sinus ethmoïdal avec sinusotomie sphénoïdale et maxillaire, par abord paralatéronasal et/ou par abord infrafronto-orbito-nasal Activité 1 : geste extracrânien Activité 2 : geste intracrânien |  |  |  |  |  |  |
| KAFA001 | | Exérèse de lésion de la loge hypophysaire, par abord transsphénoïdal |  |
| KAFE900 | | Exérèse de lésion de la loge hypophysaire, par vidéochirurgie transsphénoïdale |  |  |  |  |  |  |
| KANB001 | | Hypophysiolyse fonctionnelle, par voie transsphénoïdale |  |  |  |  |  |  |
| KBFA001 | | Exérèse de lésion de la région pinéale, par craniotomie |  |  |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |  |  |  |
| LACA012 | | Ostéosynthèse d'une embarrure de la voute du crâne |  |  |  |  |  |  |
| LACA017 | | Ostéosynthèse de fracture cranioorbitaire avec fermeture de brèche ostéodurale |  |  |  |  |  |  |
| LAFA004 | | Exérèse de tumeur de la voute du crâne avec cranioplastie |  |  |  |  |  |  |
| LAFA011 | | Exérèse de tumeur de la voute du crâne sans cranioplastie |  |  |  |  |  |  |
| LAFA900 | | Craniectomie décompressive |  |  |  |  |  |  |
| LAGA007 | | Ablation de matériel de cranioplastie de la voute |  |  |  |  |  |  |
| LAMA006 | | Remodelage du pôle postérieur du crâne, par abord direct |  |  |  |  |  |  |
| LAPA005 | | Taille et transposition de volet crânien n’intéressant pas les orbites, sans remodelage du pôle postérieur du crâne |  |  |  |  |  |  |
| LAPA008 | | Taille de volet crânien sans transposition |  |  |  |  |  |  |
| LAPA016 | | Taille et transposition de volet crânien n’intéressant pas les orbites, avec remodelage du pôle postérieur du crâne |  |  |  |  |  |  |
| LAFA003 | | Résection fronto-ethmoïdo-sphénoïdo-maxillaire, par abord paralatéronasal et par abord infrafrontal Activité 1 : geste extracrânien Activité 2 : geste intracrânien |  |  |  |  |  |  |
| LAFA006 | | Résection fronto-ethmoïdo-sphénoïdo-maxillaire avec exérèse de la lame criblée et de méninge, par abord paralatéronasal |  |  |  |  |  |  |
| LAEA004 | | Avancement combiné du front et de la face [Monobloc frontofacial], sans pose de distracteur Activité 1 : geste extracrânien Activité 2 : geste intracrânien |  |  |  |  |  |  |
| LAEA009 | | Avancement combiné du front et de la face [Monobloc frontofacial], avec pose de distracteur Activité 1 : geste extracrânien Activité 2 : geste intracrânien |  |  |  |  |  |  |
| LAPA004 | | Ostéotomie du complexe naso-ethmoïdo-maxillo-fronto-orbitaire pour cal vicieux, par abord facial et par abord coronal  Activité 1 : geste extracrânien  Activité 2 : geste intracrânien |  |  |  |  |  |  |
| LAPA007 | | Ostéotomie du cadre de l'orbite pour dystopie posttraumatique, par abord facial et par abord coronal Activité 1 : geste extracrânien Activité 2 : geste intracrânien |  |  |  |  |  |  |
| ZZMP012 | | Préparation à une irradiation intracrânienne en conditions stéréotaxiques en dose unique, avec pose de cadre effractif Phase 1 : pose du cadre crânien de stéréotaxie Phase 2 : préparation à l'irradiation encéphalique en conditions stéréotaxiques en dose unique |  |  |  |  |  |  |
|  | | TOTAL |  |  |  |  |  |  |

* 1. **Etat de réalisation des autres engagements du titulaire de l’autorisation**

Référence juridique :

***Résultat du recueil et du traitement des indicateurs supplémentaires retenus par le promoteur***

* Indicateurs effectivement mis en place :
* Evaluation :

***Résultat de la participation des personnels médicaux et non médicaux intervenant dans la procédure d’évaluation***

***Résultats de l’évaluation de la satisfaction des patients***

* Indicateurs effectivement mis en place :
* Résultats de la mise en œuvre des procédures ou méthodes d’évaluation de la satisfaction des patients : livret d’accueil, questionnaire de sortie)

*Décrire les modalités d’évaluation de la satisfaction des patients, les résultats de cette évaluation et les mesures correctrices éventuellement mises en œuvre.*

* Engagement de l’établissement dans la démarche de recueil de la satisfaction des patients par l’outil e-satis :

1. **Evolutions envisagées de l’autorisation**

* Projet d’évolution concernant la mise en œuvre des objectifs du schéma d’organisation des soins :
* Projet d’évolution concernant les coopérations ou l’appartenance à des réseaux  de santé :
* Projet d’évolution concernant l’état des personnels :
* Projet d’évolution concernant l’implantation de l’activité :
* Projet d’évolution concernant l’organisation et le fonctionnement de l’activité : (joindre dans ce cas un descriptif de la modification projetée) :
* Autres projets d’évolution relatifs à l’autorisation :

1. **ACTUALISATION DES MODALITES D’Evaluation de l'activité**

Mise à jour **des critères d’évaluation** de l‘autorisation (évaluation prévue au 4° de l’article R.6122-32-1) :

* Objectifs fixés pour mettre en œuvre les objectifs du schéma régional de santé et opérations auxquelles le demandeur entend répondre
* Indicateurs supplémentaires envisagés par le demandeur :
* Modalités de recueil et de traitement des indicateurs :
* Modalités de participation des personnels médicaux et non médicaux intervenant dans la procédure d’évaluation :
* Procédures ou méthodes d’évaluation de la satisfaction des patients :

1. **RENOUVELLEMENT DES engagementS**

Je m’engage à :

Respecter la réalisation et le maintien des conditions d'implantation ainsi que les conditions techniques de fonctionnement de l’activité de soins de neurochirurgie fixées en application des articles L.6123-1 et L.6124-1  du code de la santé publique ;

Respecter les effectifs et la qualification des personnels, notamment médicaux nécessaires à la mise en œuvre du projet ;

Respecter le maintien des autres caractéristiques du projet après l'autorisation ou le renouvellement de celle-ci ;

Respecter le volume d'activité ou le montant des dépenses à la charge de l'assurance maladie, en application de l'article L.6122-5 ;

Mettre en œuvre l'évaluation périodique prévue à l’article R.6122-23 du code de la santé publique en déterminant à l'avance les critères retenus et les méthodes utilisées et en communiquer les résultats à l'ARS, en précisant les conditions de réalisation de cet engagement.

**Nom Prénom**

**Qualité**

**Date et signature**

**Annexes**

**Référence juridique : Circulaire N° DGOS/R5/2011/485 du 21 décembre 2011 relative au guide sur le pilotage de l’activité des établissements de santé – Annexe 1.1. modifiée en 2013**

* Renseigner le tableau suivant :

1. Rayer la mention inutile [↑](#footnote-ref-1)