



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Modalités pratiques de l'enregistrement d'un EPR

Frédérique POTHIER

**Chef du service accréditation des médecins à
la Haute Autorité de Santé**



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

1ère étape : engagement du médecin dans la démarche d'accréditation

Le **MEDECIN** se connecte pour la première fois au SI pour faire sa demande d'engagement dans l'accréditation

Bienvenue sur la page d'inscription du dispositif d'accréditation

Informations sur l'accréditation des médecins

La Haute Autorité de santé définit et organise la procédure d'accréditation des médecins ou des équipes médicales d'une même spécialité exerçant en établissements de santé, au regard des référentiels de qualité des soins et des pratiques professionnelles.

L'inscription dans le dispositif d'accréditation est une démarche volontaire. Pour la réaliser il faut réunir les conditions suivantes :

- Etre médecin ;
- Exercer au moins une des spécialités ou activités définies par le décret n°2006-909 du 21 juillet 2006 ;
- Exercer cette spécialité dans un établissement de santé.

INSCRIPTION SUR LE SITE DE L'ACCREDITATION DES MEDECINS

Si vous souhaitez rentrer dans le dispositif d'accréditation, vous devez au préalable vous inscrire afin d'obtenir un identifiant et un mot de passe de connexion.

 [Pas encore inscrit](#)

 [Déjà inscrit](#)

[Mot de passe oublié ?](#)

EN SAVOIR +

Pour en savoir plus sur l'organisation du dispositif d'accréditation

[Site Haute Autorité de Santé](#)

[Décret n°2006-909 du 21/07/2006](#)

Le **MEDECIN** s' inscrit au SI en indiquant son numéro d' inscription à l' Ordre, son adresse e-mail, son nom, sa spécialité, ses coordonnées

Accréditation des médecins

Inscription

Inscrivez-vous à l'application d'accréditation des médecins

Pas encore inscrit ? Complétez les champs ci-dessous et recevez par e-mail les informations qui vous permettront de vous connecter à l'application

* Numéro d'inscription au conseil de l'ordre des médecins ou Numéro ADELI :	<input type="text"/>	
* Adresse email :	<input type="text"/>	

Il envoie sa demande à son OA-Accréditation

La demande d'engagement envoyée, le SI attribue au **MEDECIN un identifiant et un mot de passe temporaire pour se connecter au SI**

Statut de votre demande d'inscription

Vous venez de déposer une demande d'inscription dans l'accréditation.
Votre demande a bien été enregistrée.

Vous avez reçu ou allez recevoir par email votre identifiant et un mot de passe temporaire vous permettant de vous engager dans le dispositif.

Le sujet du mail est "Votre Inscription Has", l'expéditeur support@has-sante.fr.

[Retour sur l'écran d'accueil](#)

Le **MEDECIN** se connecte au SI. Il complète son dossier administratif et déclare le(les) **ES** dans le(s)quel(s) il exerce la/les spécialité(s) à accréditer

Compléter votre dossier administratif

Renseigner les informations nécessaires pour la notification et l'information de l'accréditation

* Veuillez sélectionner le département de la CPAM dans le ressort de laquelle vous exercez votre activité : Paris (75) ▼

* Veuillez sélectionner la région du Conseil régional de la formation médicale continue dont vous relevez : Ile-de-France ▼

Si vous exercez en "libéral" ou libéral salarié", veuillez sélectionner la région de l'URML de la circonscription géographique dans laquelle vous exercez : Ile-de-France ▼

Désigner votre ou vos établissement(s) de santé

Compléter l'information nécessaire sur l'instance médicale de gestion des risques

Rechercher votre ou vos établissement(s) de santé

par le code postal : 75014

par le code Finess :

par le nom d'établissement :

 **BONNE PRATIQUE :** Veuillez désigner le(s) établissement(s) de santé où vous exercez votre activité en effectuant une recherche.

Si vous ne trouvez pas un (des) établissement(s) lors de cette recherche, vous devez alors le désigner en répondant à la question ci-dessous

Résultat de votre recherche

Veuillez sélectionner le ou les établissement(s) de santé dans lesquels vous exercez votre activité

CLINIQUE ARAGO

CLINIQUE CHIRURGICALE STE-GENEVIEVE

Liste des établissements de santé sélectionnés :

Le cas échéant, veuillez compléter l'Adresse e.mail de l'instance médicale

CLINIQUE CHIRURGICALE STE-GENEVIEVE : x

Il indique l'email de l'instance de gestion des risques de l'ES

Le MEDECIN complète le questionnaire d'auto-évaluation de sa spécialité

Il ouvre le questionnaire à compléter

Le(s) questionnaire(s) d'auto-évaluation

Spécialité	OA-accréditation	Questionnaire	Etat	Envoyer à l'OA-Accréditation
Chirurgie orthopédique et traumatologique	oA OR	 Ouvrir	A compléter	

Le MEDECIN envoie à l'OA-Accréditation le questionnaire d'auto-évaluation complété

Le(s) questionnaire(s) d'auto-évaluation

Spécialité	OA-accréditation	Questionnaire	Etat	Envoyer à l'OA-Accréditation
Chirurgie orthopédique et traumatologique	oA OR	 Ouvrir	Brouillon	<input type="button" value="ENVOYER"/>

Il l'envoie à l'OA-accréditation

L' OA-Accréditation vérifie le dossier administratif du médecin

L' OA-Accréditation évalue le questionnaire d' auto-évaluation,

... l' accepte ... ,

**imprime l' attestation d' engagement et l' envoie au médecin par
courrier**

- Cette attestation permet au médecin de faire valoir ses droits au bénéfice de l' aide auprès de sa CPAM. Elle peut aussi être utilisée pour informer sa CME



**L' acceptation de la demande d' engagement entraîne la
création du dossier d' accréditation du **MEDECIN****