



**MINISTÈRE
DES TRANSPORTS**

*Liberté
Égalité
Fraternité*



GUIDE D'AUDIT AEMC

Direction de la sécurité de l'Aviation civile
Direction technique Personnels Navigants
Version n° 2.0
Publié le 24 août 2026

Gestion documentaire

Historique des révisions

Edition et version	Date	Modifications
V1.0	02.07.2026	Création issue de la fusion des 2 précédents guides d'audit CMS et SMS en AeMC. Avec prise en compte du règlement 2015/340 pour la partie ATCO.
V2.0	24.08.2026	Modifications apportées : - Ajout des équipements médicaux nécessaires aux normes médicales complémentaires (A, H et M) pour l'aptitude des personnels Essais et Réception ; - Ajout des exigences associées au paragraphe ORA.AeMC.160.

Approbation du document

Nom	Responsabilité	Date	Visa
Bruno HALLER Chargé de mission	Rédacteur	24.08.2026	<i>Signé</i>
Patricia MARUANI Cheffe de Pôle MED pi	Vérificateur	24.08.2026	<i>Signé</i>
Didier ROUZET Directeur technique PN	Approbateur	24.08.2026	<i>Signé</i>

Pour tout commentaire ou suggestion à propos de ce guide, veuillez contacter la direction de la sécurité de l'aviation civile à l'adresse suivante : pole.medical@aviation-civile.gouv.fr

Avant-propos

Ce document ne se substitue en aucun cas aux règlements européens applicables ainsi qu'aux AMC/GM des règlements :

- UE n°1178/2011 dit Aircrew du 3 novembre 2011 modifié ;
- UE n°340/2015 du 20 février 2015 modifié.

Il a pour vocation de servir aux auditeurs en charge de la délivrance de l'agrément et de la surveillance des Centres Aéromédicaux (AeMC) pour la conduite des audits de ces Centres dans le domaine de la surveillance de conformité et du Système de gestion de la Sécurité mis en place par ces organismes.

Ce guide pourra servir de base aux Centres Aéromédicaux pour l'élaboration ou la révision de leurs check-lists nécessaires à la conduite des audits internes de leur système de gestion. Il pourra également aider un organisme, candidat à un agrément Centre Aéromédical, à se mettre en conformité avec les exigences applicables.

Il ne s'agit pas d'un questionnaire exhaustif dont toutes les questions doivent être posées. De plus, ces questions ne sont forcément toutes adaptées à tous les Centres Aéromédicaux. En conséquence, le niveau de détail devra être adapté à la taille ainsi qu'à la nature de l'AeMC audité.

1. Préparation de l'audit

1.1. Côté Autorité Compétente

- Vérifier la version de la documentation disponible dans l'outil d'archivage des documents des AeMC pour l'autorité utilisé au sein du Pôle MED.
- Se munir de la copie des documents suivants :
 - o certificat d'agrément AeMC en vigueur (version scannée) et document 1M pour la partie ATCO ;
 - o dernière révision du manuel de l'AeMC (SMS et CMS).
 - o dernier rapport d'audit ;
 - o état des points ouverts lors de ce dernier audit. Identifier les points clos des actions correctives dont on souhaitera vérifier la mise en œuvre effective ;

1.2 Personne à rencontrer pendant l'audit

- Le Dirigeant Responsable
- Le Chef du Centre Aéromédical
- Le Responsable de la Surveillance de Conformité (RSC)
- Le Responsable du Système de Gestion de la Sécurité (SGS)
- Les AME du Centre Aéromédical
- Les médecins spécialistes, exerçant au sein de l'AeMC
- Les personnels techniques, administratifs ou médicaux ayant un lien Avec le fonctionnement de l'AeMC.

1.3 Côté Centre Aéromédical

- Réservation d'une salle de réunion avec vidéoprojecteur pour les dates d'audit retenues afin de pouvoir présenter les éléments et documents demandés par l'autorité pendant l'audit ;
- Préparation du dossier qui va être revu pendant la réunion d'ouverture en servant de base de discussion ;
- Préparation de la mise à disposition des différents matériels, équipements, manuels et documents susceptibles d'être consultés pendant l'audit.

2. Réunion d'ouverture

Dans cette réunion, les auditeurs de l'autorité de surveillance présentent le contexte de l'audit (contexte réglementaire, auditeurs, planning,)

Puis le dirigeant responsable (ou son représentant) présente le dossier préparé par le Centre Aéromédical (AeMC) qui doit comprendre :

- une présentation des cadres responsables ;
- un agenda de l'audit (disponibilités des participants) ;
- la liste des participants à l'audit (cotés AeMC et autorité) ;
- la liste de tous les matériels de mesure utilisés dans le Centre Aéromédical par les médecins, avec la date de validité de leur calibration, les sites d'examens médicaux secondaires, les autres agréments éventuellement détenus par l'AeMC et délivrés par la DGAC ou bien par une autorité de surveillance aérienne étrangère (FAA, UK CAA, ...) ;
- un état des remarques des derniers audits internes ;
- un état des remarques du dernier audit de l'autorité compétente ;
- une présentation des modifications / changements avec ou sans approbation préalable de l'autorité, intervenues depuis le dernier audit (pour se rappeler de l'historique de surveillance) ;
- une présentation des modifications / changements, avec ou sans approbation préalable de l'autorité, prévues dans les 12 mois suivant l'audit ;
- les indicateurs suivis par le Centre Aéromédical dans le cadre de son système de gestion ;
- les modifications en perspective à court terme et à long terme (ouverture de bases secondaires, projets, développements, départs ou arrivées de nouveaux médecins examinateurs, changement de personnels de l'encadrement du Centre Aéromédical, ...) ;
- les problèmes et difficultés de tous ordres rencontrés avec l'activité du Centre Aéromédical disposant d'un agrément, ainsi que toute autre information que le Centre Aéromédical souhaitera porter à la connaissance de l'Autorité de surveillance.

3. Démarches

L'audit est un audit du système, et n'est pas personnel. C'est à l'AeMC de démontrer qu'il est conforme et pas à l'autorité de chercher à le vérifier. C'est pourquoi la première question de chaque point est générale :

« Comment l'AeMC se conforme à cette exigence ? »

La documentation permet-elle de démontrer la conformité ?

La matrice de conformité référence-t-elle la documentation relative à l'exigence ? »

Cette première question (volontairement vague) permet en outre de :

- demander à l'AeMC de démontrer et justifier sa conformité ;
- s'assurer que le personnel de l'AeMC connaît la documentation et la réglementation.

Les autres questions sont plus précises et servent à vérifier et à approfondir ce qui a été initialement dit par l'AeMC. Ces questions sont choisies par échantillonnage. Toutes les questions ne doivent pas être posées.

4. Interview

Durant l'audit, des interviews des personnels du Centre Aéromédical doivent avoir lieu, notamment lors de la visite des installations. Ceci constitue une liste non exhaustive des questions qui peuvent être posées pendant ces entretiens :

- Questions générales
 - Comment avez-vous été nommé ?
 - Avez-vous reçu une formation initiale concernant **les tâches** du poste ?
 - Avez-vous reçu une formation spécifique du Responsable de la Surveillance de Conformité et du Responsable SGS de l'AeMC ?
 - Avez-vous les moyens techniques et financiers pour effectuer vos tâches ?
- Questions plus spécifiques au Dirigeant Responsable ?
 - Avez-vous reçu une formation relative aux règlements européens en vigueur ?
 - Avez-vous été formé à la Surveillance de Conformité ainsi qu'aux Systèmes de Gestion de la Sécurité ?
 - Les indicateurs des revues de direction vous semble-t-il suffisants ?
 - Etes-vous informé des écarts de conformité et des problèmes de sécurité ?
- Questions plus spécifiques au Responsable SGS ?
 - Comment êtes-vous formé sur les règlements européens en vigueur ?
 - Comment sont suivies les actions prises ?
 - Niveau de décision en fonction de la classification du risque ?
 - Comment le DR est-il impliqué dans la prise de décisions ?
- Questions plus spécifiques au Responsable de la Surveillance de Conformité ?
 - Les indicateurs des revues de direction vous semblent-ils suffisants ?
 - Avez-vous un accès direct au Dirigeant Responsable ?
 - Avez-vous été sensibilisé au suivi de la calibration des instruments de mesure ?

- Questions plus spécifiques au Chef du centre Aéromédical ?
 - o Comment standardisez-vous vos médecins examinateurs ?
 - o Comment supervisez-vous vos médecins examinateurs ?
 - o Comment intégrez-vous un nouvel appareil ou équipement médical ?

5. Rédaction du rapport d'audit

5.1 Notation

Documenté :

S'assurer que ce qui est réellement fait est documenté. Les procédures, responsabilités... mises en œuvre sont écrites dans les manuels.

On estime qu'un point est documenté à partir du moment où il est documenté de manière satisfaisante. Et si le point est documenté, alors seules des constatations de niveau 3 peuvent subsister. Celles-ci ne doivent pas couvrir plus de 25% du domaine.

Implémenté :

S'assurer que ce qui est documenté est réellement implémenté : L'AeMC respecte ce qu'il a écrit dans les manuels.

On estime que le point est implémenté à partir du moment où il est mis en œuvre de manière satisfaisante. Et si le point est implémenté, alors seules des constatations de niveau 3 peuvent subsister. Celles-ci ne doivent pas couvrir plus de 25% du domaine.

Niveau 1 Level 1	Une constatation de niveau 1 est établie par la DGAC lorsqu'une non-conformité significative est détectée par rapport aux exigences applicables du règlement (CE) n°1139/2018 et de ses règles de mise en œuvre, dans les procédures ou manuels de l'AeMC ou dans les termes de l'agrément ou du certificat, qui réduit la sécurité ou met gravement en danger la sécurité du vol. Une action immédiate de l'autorité est nécessaire. <i>A level 1 finding is established by the DGAC when any significant non-compliance is detected by the applicable requirements of Regulation (EC) No 1139/2018 and its implementing rules, procedures or manuals in the body or the terms of the license or certificate, which lowers safety or seriously hazards flight safety.</i>
Niveau 2 Level 2	Une constatation de niveau 2 est établie par la DGAC lorsqu'une non-conformité est détectée par rapport aux exigences applicables du règlement (CE) n°1139/2018 et de ses règles de mise en œuvre, dans les procédures et manuels de l'AeMC ou dans les termes de l'agrément ou du certificat, qui pourrait réduire la sécurité ou mettre en danger la sécurité du vol. Le délai de mise en œuvre de l'action corrective fixé à 3 mois maximum. <i>A level 2 finding is established by the DGAC when any non-compliance is detected by the applicable requirements of Regulation (EC) No 1139/2018 and its implementing rules, procedures and manuals in the organization or in the terms of the license or certificate, which could lower safety or hazard flight safety.</i>
Niveau 3 Level 3	Il s'agit d'une non-conformité n'ayant pas d'impact sur la sécurité ou d'une observation. La constatation de niveau 3 n'est pas suivie par la DGAC. <i>This is a finding or a recommendation for improvement. It is not tracked by the DGAC.</i>

5.2 Rédaction

PERSONNEL <i>Personnel</i>		Documenté et mis en œuvre <i>Documented and Implemented</i>	Documenté, pas mis en œuvre <i>Documented and Not Implemented</i>	Mis en œuvre, pas documenté <i>Implemented and Documented</i>	Pas documenté et pas mis en œuvre <i>Not Documented and Not Implemented</i>	Pas applicable <i>Not applicable</i>
Dirigeant Responsable - Nomination <i>Accountable Manager - Appointment</i>						
AAQ - P1	ORA.GEN.210 (a) – « Exigences en matière de personnel »	X				
Commentaires <i>Comments</i>	Le Manuel de l'AeMC v2.1 a été inspecté: RQ1 : Le dirigeant responsable n'apparaît pas dans l'organigramme.					
AAQ - P2	ORA.GEN.210 (a) – « Exigences en matière de personnel »					

Cocher (« X ») la case correspondante

Ajouter les commentaires pertinents.

Les constatations seront reprises dans le tableau annexe sous forme synthétique

CONCLUSION

Conclusion

Commentaires
Comments

Résumé du débriefing.
Perspectives futures...

ANNEXE

ANNEX

	Observation <i>Findings</i>	Domaine <i>Field</i>	Délai de rectification <i>Time limit for correction</i>	Classification <i>Classification</i>
1	Le dirigeant responsable n'apparaît pas dans l'organigramme	AAQ-P1	31/12/2024	2
2				
3				
4				
5				
6				
7				

Bilan des constatations

6. Check-list d'audit

Cette check-list s'articule suivant 4 chapitres : P -> Personnels, D -> Documentation, R -> Archivage et F -> Installations

PERSONNEL <i>Personnel</i>		Documenté et mis en œuvre <i>Documented and Implemented</i>	Mis en œuvre, pas documenté <i>Implemented, not Documented</i>	Documenté, pas mis en œuvre <i>Documented, not Implemented</i>	Pas documenté et pas mis en œuvre <i>Not Documented and Not Implemented</i>	Pas applicable
Dirigeant Responsable - Nomination <i>Accountable Manager - Appointment</i>						
AAQ - P1	ORA.GEN.210 (a) – « Exigences en matière de personnel »					
Comment l'AeMC se conforme à cette exigence ? La documentation permet-elle de démontrer la conformité ? La matrice de conformité référence-t-elle la documentation relative à l'exigence ?						
L'organisation a-t-elle nommé un dirigeant responsable ? Existence d'une lettre de nomination du DR ? Vérifier l'organigramme de l'AeMC. Le DR a-t'il suffisamment de ressources temporelles pour s'impliquer dans l'AeMC ? Contrat à plein temps ? Quelles sont les autres activités du DR ? Existe-il une procédure de nomination du DR au sein de l'AeMC ? Le DR a-t'il été formé à l'exercice de ses tâches ? Notamment formation à la surveillance de conformité ainsi que qu'au Système de Gestion de la Sécurité. Le dossier personnel permet de justifier que l'expérience, les connaissances et la formation sont définies ? L'expérience est-elle justifiée (CV, diplôme, attestation de formation, ...) ? La formation à la surveillance de conformité ainsi que qu'au Système de Gestion de la Sécurité est-elle tracée dans le dossier personnel / administratif du DR ?						
Dirigeant Responsable - Autorité <i>Accountable Manager - Authority</i>						
AAQ – P2	ORA.GEN.210 (a) – « Exigences en matière de personnel »					
Comment l'AeMC se conforme à cette exigence ? La documentation permet-elle de démontrer la conformité ? La matrice de conformité référence-t-elle la documentation relative à l'exigence ?						

PERSONNEL <i>Personnel</i>		Documenté et mis en œuvre <i>Documented and Implemented</i>	Mis en œuvre, pas documenté <i>Implemented, not Documented</i>	Documenté, pas mis en œuvre <i>Documented, not Implemented</i>	Pas documenté et pas mis en œuvre <i>Not Documented and Not Implemented</i>	Pas applicable
Est-ce que le Dirigeant Responsable a autorité pour veiller que toutes les activités peuvent être financées et effectuées en conformité avec les règlements applicables ? Existence d'une lettre d'engagement signée du DR à mettre en place les moyens humains, financiers et matériels, ainsi qu'à respecter les manuels et les règlements ? Interview du DR : Avez-vous des marges de manœuvre pour engager des moyens financiers ? Exemples ? Comment vous assurez-vous de l'efficacité du système de gestion ? Etes-vous informé des écarts de conformités et des problèmes de sécurité détectés lors des audits interne et externe ? Quels sont vos objectifs en matière de sécurité ? Avez-vous reçu une formation relative aux règlements européens ? Les indicateurs des revues de direction vous semblent-ils suffisants ?						
Dirigeant Responsable - Responsabilité <i>Accountable Manager - Responsibility</i>						
AAQ – P3	ORA.GEN.210 (a) – « Exigences en matière de personnel »					
Comment l'AeMC se conforme à cette exigence ? La documentation permet-elle de démontrer la conformité ? La matrice de conformité référence-t-elle la documentation relative à l'exigence ?						
Est-ce que le Dirigeant Responsable est garant de l'établissement et du maintien d'un système de gestion efficace ? Les responsabilités et tâches du DR ont-elles été définies ? Couvrent-elles l'établissement et le maintien d'un système de gestion efficace comprenant la conformité et la sécurité. Engagement du DR, signé et affiché dans les locaux de l'AeMC ? Interview du DR : Le DR s'assure-t-il de l'efficacité du système de gestion ? Le DR a-t-il connaissance des risques majeurs liés à l'exploitation ? Exemple de décisions prises par le DR pour améliorer la sécurité ou la conformité.						
Responsable(s) de Surveillance de Conformité - Nomination <i>Surveillance de Conformité personnel - Nomination</i>						
AAQ – P4	ORA.GEN.210 (b) – « Exigences en matière de personnel »					
Comment l'AeMC se conforme à cette exigence ? La documentation permet-elle de démontrer la conformité ? La matrice de conformité référence-t-elle la documentation relative à l'exigence ?						

PERSONNEL <i>Personnel</i>	Documenté et mis en œuvre <i>Documented and Implemented</i>	Mis en œuvre, pas documenté <i>Implemented, not Documented</i>	Documenté, pas mis en œuvre <i>Documented, not Implemented</i>	Pas documenté et pas mis en œuvre <i>Not Documented and Not Implemented</i>	Pas applicable
Est-ce qu'une personne ou un groupe de personnes est nommé par l'AeMC, avec la responsabilité de veiller à ce que l'AeMC reste conforme aux exigences applicables ? <u>Responsable de la Surveillance de Conformité (RSC)</u> L'organisation a-t-elle nommé un RSC ? Vérifier l'organigramme de l'AeMC. Le RSC a-t-il suffisamment de ressources temporelles pour l'accomplissement de ses missions ? Contrat à plein temps ? Quelles sont les éventuelles autres activités du RSC ? Y a-t-il d'autres personnes impliquées dans la fonction de surveillance de la conformité ? Leurs domaines sont-ils définis (par formation, site...) ? Si oui, le RSC reste-il le point focal ? Comment la continuité est assurée en cas d'absence du RSC (vacances, arrêt maladie, ...). Les responsabilités du RSC sont-elles définies ? Mise en place, maintien et amélioration du système de surveillance de la conformité efficace ? Les compétences, connaissances et expérience requises ont-elles été définies ? Existe-t-il une procédure de nomination du RSC ? Le RSC a-t-il été formé à l'exercice de ses tâches ? Formation à la Surveillance de Conformité et au Système de Gestion de la Sécurité (technique d'audit, réglementation...). Formation « connaissance du métier » ? (i.e : savoir comment se déroule les tâches quotidiennes dans un AeMC) Le dossier personnel / administratif du RSC permet-il de justifier l'expérience, connaissances et formation définies ? L'expérience est-elle justifiée (CV, diplôme, attestation de formation, licences et qualifications...) ? La formation est-elle tracée dans le dossier des personnels (attestation de formation) ? <u>Exemple de question pour l'interview du RSC :</u> Comment avez-vous été nommé ? Pensez-vous avoir les compétences nécessaires pour le poste ? Avez-vous reçu une formation initiale concernant les tâches du poste ? Avez-vous reçu une formation spécifique au Surveillance de Conformité et Système de Gestion de la Sécurité de l'AeMC ? Avez-vous les moyens techniques et financiers pour effectuer vos tâches ? Les indicateurs mis en place vous semble-t-il suffisants ? Avez-vous un accès direct au Dirigeant Responsable ?					

PERSONNEL <i>Personnel</i>		Documenté et mis en œuvre <i>Documented and Implemented</i>	Mis en œuvre, pas documenté <i>Implemented, not Documented</i>	Documenté, pas mis en œuvre <i>Documented, not Implemented</i>	Pas documenté et pas mis en œuvre <i>Not Documented and Not Implemented</i>	Pas applicable
Responsable(s) de Conformité - Responsabilité ultime <i>Surveillance de Conformité personnel - Ultimate responsibility</i>						
AAQ – P5	ORA.GEN.210 (b) – « Exigences en matière de personnel »					
Comment l'AeMC se conforme à cette exigence ? La documentation permet-elle de démontrer la conformité ? La matrice de conformité référence-t-elle la documentation relative à l'exigence ?						
Est-ce que la ou les personnes dépendent directement du Dirigeant Responsable ? Responsabilité ultime du RSC vis-à-vis du DR ? Vérifier l'organigramme.						
Nombre suffisant de personnels qualifiés <i>Sufficient qualified personnel</i>						
AAQ – P6	ORA.GEN.210 (c) – « Exigences en matière de personnel »					
Comment l'AeMC se conforme à cette exigence ? La documentation permet-elle de démontrer la conformité ? La matrice de conformité référence-t-elle la documentation relative à l'exigence ?						
Est-ce que l'AeMC dispose de suffisamment de personnels qualifiés pour que les tâches et les activités planifiées soient exécutées conformément aux exigences applicables ? Organigramme : Mise en place d'un organigramme où apparaît l'AeMC dans la société ? Mise en place d'un organigramme de l'AeMC (correspondance : intitulé du poste / fonction requise par la réglementation) L'AeMC a-t-il défini dans le manuel du système de gestion les tâches et responsabilités de chaque poste ? Dirigeant Responsable Responsable Surveillance de Conformité Responsable SGS Chef de l'AeMC Médecins spécialistes Personnels administratifs, médicaux, techniques, ...						

PERSONNEL <i>Personnel</i>		Documenté et mis en œuvre <i>Documented and Implemented</i>	Mis en œuvre, pas documenté <i>Implemented, not Documented</i>	Documenté, pas mis en œuvre <i>Documented, not Implemented</i>	Pas documenté et pas mis en œuvre <i>Not Documented and Not Implemented</i>	Pas applicable
<u>Interview du personnel :</u> <u>Exemple de questions :</u> Comment avez-vous été nommé ? Pensez-vous avoir les compétences nécessaires pour le poste ? Avez-vous reçu une formation initiale concernant les tâches du poste ? Avez-vous reçu une formation spécifique à la Surveillance de Conformité ainsi qu'aux Systèmes de Gestion de la Sécurité ? Avez-vous les moyens techniques et financiers pour effectuer vos tâches ? Comment l'AeMC démontre-t-il qu'il a suffisamment de personnel ? Voir liste des médecins spécialistes : l'AeMC a-t-il un nombre minimum de médecins qualifiés dans chaque spécialité du Centre Aéromédical ? (demander la liste des médecins par spécialité). Les personnels disposent-ils de suffisamment de ressources pour s'acquitter de leurs tâches (cumul des fonctions, autres activités hors AeMC, hospitalières ou non). Le ratio patients / médecins est-il raisonnable afin de permettre l'absence de pression temporelle pour les médecins, source potentielle d'erreurs ? Les personnels disposent-ils d'un contrat de travail, contrat de mise à disposition, ... ? Quel est l'armement minimum en AME (chef de centre, AME agréés classe 1 et/ou 3...) et en spécialistes (ophtalmologue, ORL...) défini par l'AeMC pour pouvoir effectuer des visites de délivrance d'aptitude initiale classe 1 et/ou classe 3 ?						
Dossier du personnel qualifié <i>Record of qualified personnel</i>						
AAQ – P7	ORA.GEN.210 (d) – « Exigences en matière de personnel »					
Comment l'AeMC se conforme à cette exigence ? La documentation permet-elle de démontrer la conformité ? La matrice de conformité référence-t-elle la documentation relative à l'exigence ?						
Est-ce que l'AeMC veille à maintenir des dossiers administratifs traitant de l'expérience, des qualifications de son personnel ? L'AeMC a-t-il défini une procédure "dossier du personnel" ? Dossier pour tous les personnels (notamment pour les postes autre que Chef de l'AeMC, RSC, RSGS, ...) Le contenu du dossier est-il défini ? Prend-il en compte les attestation de formation ? La personne chargée de la tenue des dossiers est-elle désignée ?						

PERSONNEL <i>Personnel</i>		Documenté et mis en œuvre <i>Documented and Implemented</i>	Mis en œuvre, pas documenté <i>Implemented, not Documented</i>	Documenté, pas mis en œuvre <i>Documented, not Implemented</i>	Pas documenté et pas mis en œuvre <i>Not Documented and Not Implemented</i>	Pas applicable
Durée archivage du dossier (5 ans ?) Le Responsable de la Surveillance de la Conformité vérifie-t-il la tenue ainsi que le contenu des dossiers lors des audits internes ? Suivi des éventuelles validités ? (tableau informatique / logiciel : suivi des formations de rafraîchissement à la Surveillance de Conformité ainsi qu'au Système de Gestion de la Sécurité, par exemple) Vérifier un/des dossier(s) au hasard : Son contenu est-il conforme à la procédure ? Permet-il de justifier de l'expérience et de la compétence requise ? Est-il à jour ? Le dossier médecin contient-il : Diplômes, qualifications et autorisations Certificat médical Formation de sensibilisation SGS / CM Compte-rendu de standardisation (réunions planifiées sur une base régulière auxquelles participent le corps médical de l'AeMC). Compte-rendu de séance de supervision Suivi de la validité (supervision, standardisation...) Vérifier quelques dossiers médecins au hasard Minimum 10%						
Connaissance par le personnel des règles et des procédures <i>Personnel awareness of rules and procedures</i>						
AAQ – P8	ORA.GEN.210 (e) – « Exigences en matière de personnel »					
Comment l'AeMC se conforme à cette exigence ? La documentation permet-elle de démontrer la conformité ? La matrice de conformité référence-t-elle la documentation relative à l'exigence ? Est-ce que l'AeMC veille à ce que tous les membres du personnel connaissent les règles et les procédures qui concernent l'exercice de leurs tâches ? Tous les personnels reçoivent-ils une formation liée à leurs tâches et responsabilités ?						

PERSONNEL <i>Personnel</i>		Documenté et mis en œuvre <i>Documented and Implemented</i>	Mis en œuvre, pas documenté <i>Implemented, not Documented</i>	Documenté, pas mis en œuvre <i>Documented, not Implemented</i>	Pas documenté et pas mis en œuvre <i>Not Documented and Not Implemented</i>	Pas applicable
Comment l'AeMC forme-t-il son personnel au Systèmes de Gestion de la Sécurité ainsi qu'à la Surveillance de Conformité ? La formation est-elle adaptée selon les responsabilités (plusieurs niveaux de formation suivant le poste des personnels) ? (exemple : formation plus approfondie pour l'encadrement) La formation est-elle tracée dans le dossier du personnel ? Moyens utilisés pour la formation ? Support de cours ? Quel est le programme de formation ? Présentation du système mis en place Responsabilités de chacun dans le système Comment reporter des événements intervenus lors des consultations avec les patients ? Départ précipité du patient pendant la consultation – avec ou sans son dossier médical, malaise avec perte de connaissance, le patient qui s'énervé pendant la consultation – avec ou sans menaces vis-à-vis du médecin spécialiste, ... Existe-t'il un retour des actions prises envers les personnes qui ont notifié des événements intervenus lors des consultations avec les patients ? Existe-t'il une formation de rafraîchissement régulière pour les personnels de l'AeMC ? Présentation des évolutions de l'AeMC, des évolutions réglementaires, des résultats d'audits interne et externe, de l'activité de l'AeMC ...						
Chef de l'AeMC - Nomination <i>Head of Aeromedical Center - Appointment</i>						
AAQ – P9	ORA.AeMC.210 (a) (b) – « Exigences en termes de personnel »					
Comment l'AeMC se conforme à cette exigence ? La documentation permet-elle de démontrer la conformité ? La matrice de conformité référence-t-elle la documentation relative à l'exigence ?						
Est-ce que le Chef du Centre Aéromédical a à son actif une solide expérience en tant que médecin examinateur dans les domaines couverts par les activités de l'AeMC et dispose de compétences de l'encadrement ? Est-il habilité par le Centre Aéromédical à signer les certificats médicaux de classe 1 et/ou classe 3 ? Est-ce documenté ? Est-il responsable de la coordination des évaluations des résultats des examens médicaux et de la signature des rapports, certificats, ainsi que des certificats médicaux initiaux de classe 1 et/ou classe 3 ? Est-ce documenté ? Les compétences, connaissances et expérience requises pour tenir ce poste ont-elles été définies dans le manuel de gestion de l'AeMC ?						

PERSONNEL <i>Personnel</i>		Documenté et mis en œuvre <i>Documented and Implemented</i>	Mis en œuvre, pas documenté <i>Implemented, not Documented</i>	Documenté, pas mis en œuvre <i>Documented, not Implemented</i>	Pas documenté et pas mis en œuvre <i>Not Documented and Not Implemented</i>	Pas applicable
Comment l'AeMC définit la notion de « expérience suffisante dans le domaine de la médecine aéronautique pour exercer cette fonction » ? Le Chef du Centre Aéromédical satisfait-il toujours aux conditions évolutives du règlement applicable ? Voir CV dans les dossiers du personnel. A-t-il des de compétences approfondies de l'encadrement ? A-t-il une vaste expérience en tant que médecin examinateur de classe 1 et/ou classe 3 ? La nomination du Chef du Centre Aéromédical a-t-elle été soumise à l'approbation de DSAC/PN/MED ? Archivage des approbations de la nomination. Existe-t-il une procédure de nomination du Chef du Centre Aéromédical au sein de l'AeMC ? Le Chef du Centre Aéromédical a-t-il été formé à l'exercice de ses tâches ? Formation au SGS – CMS ? Existe-t-il des cumuls de fonctions au sein de l'AeMC ? Sont-ils réglementaires, ou bien en conformité avec la doctrine du Pôle MED sur ce sujet (cf. guide demande d'agrément AeMC)? L'AeMC dispose-t-il d'un autre médecin examinateur de classe 1 et/ou classe 3 avec les privilèges de signer également les certificats médicaux de classe 1 et/ou classe 3 ? Ainsi que des médecins spécialistes à disposition.						
Chef de l'AeMC - Responsabilités <i>Head of Aeromedical Center - Responsibilities</i>						
AAQ – P10	ORA.AeMC.210 (b) – « Exigences en termes de personnel »					
Comment l'AeMC se conforme à cette exigence ? La documentation permet-elle de démontrer la conformité ? La matrice de conformité référence-t-elle la documentation relative à l'exigence ?						

PERSONNEL Personnel	Documenté et mis en œuvre <i>Documented and Implemented</i>	Mis en œuvre, pas documenté <i>Implemented, not Documented</i>	Documenté, pas mis en œuvre <i>Documented, not Implemented</i>	Pas documenté et pas mis en œuvre <i>Not Documented and Not Implemented</i>	Pas applicable
Est-ce que les responsabilités du Chef du Centre Aéromédical consistent à : Veiller à ce que tous les certificats médicaux délivrés soient conformes à la Part MED ; Veiller à une bonne intégration des nouveaux médecins et autres personnels au sein du Centre Aéromédical ; Superviser les décisions d'aptitude ou d'inaptitude des PN et/ou des ATCO ; Être responsable de la coordination des évaluations des résultats d'examens médicaux et de la signature des rapports, des certificats médicaux, ainsi que des certificats médicaux initiaux de classe 1 et/ou classe 3. Les responsabilités du Chef du Centre Aéromédical sont-elles définies dans le manuel du système de gestion ? Contiennent-elles les responsabilités réglementaires ? Sont-elles conformes à la Part-MED ? Suivi des certificats d'aptitude et d'inaptitude délivrés, Conditions d'intégration des nouveaux AME et médecins spécialistes recrutés par l'AeMC, etc. Le fonctionnement du Centre Aéromédical en cas d'absence du Chef de Centre sont-elles définies ? Un Chef de Centre délégataire a-t-il été nommé afin d'assurer l'intérim du Chef de Centre ? Ce Chef de Centre délégataire a-t-il été approuvé par DSAC/PN/MED ? Fonctionnement en cas de Centre Aéromédical satellite, base secondaire ou antenne du Centre Aéromédical principal ? Dans ce cas existe-t-il un Chef de Centre Aéromédical délégataire ? Comment le Chef du Centre Aéromédical s'assure-t-il que les certificats médicaux de classe 1, classe 2 ou classe 3 délivrés sont conformes à la Part-MED ? Tous les certificats médicaux de classe 1, 2 ou 3 émis par le Centre Aéromédical sont-ils tous signés de la main du Chef de Centre ou bien de l'un de ses délégataires agréés AME classe 1 et/ou classe 3 ? Cas du traitement de l'inaptitude <u>définitive</u> Classe 1, 2 ou 3 au sein de l'AeMC ? Voir un exemple concret dans un dossier. Cas du traitement de l'inaptitude <u>temporaire</u> Classe 1, 2 ou 3 au sein de l'AeMC ? Voir un exemple concret dans un dossier. Interview du Chef du Centre Aéromédical : <u>Exemple de questions :</u> Comment avez-vous été nommé ? Avez-vous reçu une formation initiale concernant les tâches du poste ? Avez-vous reçu une formation spécifique à la Surveillance de Conformité et aux Systèmes de Gestion de la Sécurité ? Avez-vous les moyens techniques et financiers pour exercer vos tâches quotidiennes ? Comment intégrez-vous un nouvel appareil ou équipement médical destiné à un médecin spécialiste afin que celui-ci l'utilise dans les conditions préconisées par le fabricant ?					

PERSONNEL <i>Personnel</i>		Documenté et mis en œuvre <i>Documented and Implemented</i>	Mis en œuvre, pas documenté <i>Implemented, not Documented</i>	Documenté, pas mis en œuvre <i>Documented, not Implemented</i>	Pas documenté et pas mis en œuvre <i>Not Documented and Not Implemented</i>	Pas applicable
Comment intégrez-vous un nouvel AME au sein du Centre Aéromédical ? Comment intégrez-vous un nouveau médecin spécialiste au sein du Centre Aéromédical ?						
Chef de l'AeMC – Prérequis <i>Head of Aeromedical Center - Prerequisites</i>						
AAQ – P11	AMC1 ORA.AeMC.210 (a)–« Exigences en termes de personnels»					
Comment l'AeMC se conforme à cette exigence ? La documentation permet-elle de démontrer la conformité ? La matrice de conformité référence-t-elle la documentation relative à l'exigence ?						
Est-ce que les médecins examinateurs de classe 1 et / ou classe 3 proposés par l'AeMC comme Chef de Centre Aéromédical ont tous les privilèges AME classe 1 et / ou classe 3 et ont effectué au moins 200 examens Aéromédicaux en vue de la délivrance de certificats médicaux de classe 1 et / ou classe 3 ? Est-ce documenté dans le registre documentaire de l'AeMC ? Quelles est la procédure d'intégration d'un nouveau Chef de Centre Aéromédical au sein de l'AeMC ?						
Médecins Spécialistes – Nombre suffisant <i>Aeronautical Specialist doctors - Sufficient number</i>						
AAQ – P12	ORA.GEN.210 (c) et (e) – « Exigences en termes de personnel » ORA.AeMC.210 (a) (2) – Exigences en termes de personnel					
L'AeMC dispose-t-il d'un nombre suffisant de médecins spécialistes qualifiés pour que les tâches et l'activité envisagée restent en conformité avec les règlements applicables ? Liste des médecins : - Les privilèges par spécialité(s) des médecins spécialistes au sein du Centre Aéromédical sont-ils documentés ? - Le nombre de médecins spécialistes est-il en quantité suffisante en fonction de l'activité du Centre ? Procédure de suivi des validités des agréments AME classes 1, 2 ou 3 : - Une personne chargée du suivi a-t-elle été désignée au sein du Centre Aéromédical ? Quels sont les moyens utilisés au sein du Centre pour assurer ce suivi ?						

PERSONNEL <i>Personnel</i>		Documenté et mis en œuvre <i>Documented and Implemented</i>	Mis en œuvre, pas documenté <i>Implemented, not Documented</i>	Documenté, pas mis en œuvre <i>Documented, not Implemented</i>	Pas documenté et pas mis en œuvre <i>Not Documented and Not Implemented</i>	Pas applicable
- Le Responsable de la Surveillance de Conformité (RSC) vérifie-t-il les dossiers administratifs des médecins spécialistes et autres AME lors de ses audits internes ? - Suivi des éventuelles validités de qualification / compétence des médecins spécialistes : un système d'alerte a-t-il été mis en place ? Les médecins spécialistes actant dans l'AeMC ont-ils été formés au fonctionnement d'un AeMC, au Système de gestion de la Sécurité ainsi qu'à la Surveillance de Conformité ? - Standardisation aux méthodes de fonctionnement du Centre Aéromédical, supervision par le Chef du Centre, - Procédure au sein de l'AeMC pour habilitier les médecins spécialistes à procéder à des visites de personnels navigants étrangers ne parlant la langue française ? Interview d'un ou plusieurs médecins spécialistes dans le but de tester sa connaissance de l'organisation du Centre Aéromédical : - Problèmes rencontrés avec le matériel ou les équipements mis à disposition par le Centre Aéromédical ? - Problème de disponibilités de ces matériels ? - Connaissance des personnels de l'encadrement du Centre Aéromédical (Dirigeant Responsable, Chef du Centre, Responsable de la Surveillance de Conformité, Responsable SGS, ...) - Localisation de la documentation à jour ? - Connaissance de la procédure de report d'évènement en consultation ? (Malaise, départ précipité du patient, ...) - Toute autre information que le médecin souhaitera communiquer aux auditeurs.						
Personnel médical et administratif – Nombre suffisant <i>Administrative and medical staff - Sufficient number</i>						
AAQ – P13	ORA.GEN.210 (c) et (e) – « Exigences en termes de personnel » ORA.AeMC.210 (a) (2) – Exigences en termes de personnel					
L'AeMC dispose-t-il d'un nombre suffisant de personnels médical, techniques et administratif qualifiés pour que les tâches et l'activité envisagée reste en conformité avec les règlements applicables ? Quels sont les moyens utilisés au sein du Centre pour assurer ce suivi ? - Le Responsable de la Surveillance de Conformité vérifie-t-il les dossiers administratifs des personnels médicaux, techniques et administratifs lors de ses audits internes ? - Suivi des éventuelles validités de qualification / compétence des personnels médicaux, techniques et administratifs : un système d'alerte a-t-il été mis en place ? Présentation de l'AeMC, sensibilisation au Système de Gestion de la Sécurité ainsi qu'à la Surveillance de Conformité ? - Standardisation aux méthodes de fonctionnement du Centre Aéromédical, supervision par le Chef du Centre ;						

PERSONNEL <i>Personnel</i>	Documenté et mis en œuvre <i>Documented and Implemented</i>	Mis en œuvre, pas documenté <i>Implemented, not Documented</i>	Documenté, pas mis en œuvre <i>Documented, not Implemented</i>	Pas documenté et pas mis en œuvre <i>Not Documented and Not Implemented</i>	Pas applicable
- Procédure pour habilitier les personnels médicaux, techniques et administratifs à procéder à des visites de personnels navigants étrangers en langue anglaise ? Interview d'un ou plusieurs personnels dans le but de tester leur connaissance de l'organisation du Centre Aéromédical : - Problèmes rencontrés dans le cadre de leurs fonctions ? - Connaissance des personnels de l'encadrement du Centre Aéromédical (Dirigeant Responsable, Chef du Centre, Responsable de la Surveillance de Conformité, Responsable SGS, ...) - Localisation de la documentation à jour ?					

FONCTIONNEMENT ET DOCUMENTATION Management system and Documentation		Documenté et mis en œuvre <i>Documented and Implemented</i>	Mis en œuvre, pas documenté <i>Implemented not Documented</i>	Documenté, pas mis en œuvre <i>Documented, not Implemented</i>	Pas documenté et pas mis en œuvre <i>Not Documented and Not Implemented</i>	Pas applicable <i>Not applicable</i>
Système de gestion - définitions des responsabilités <i>Management system - lines of responsibility</i>						
AAQ – D1	ORA.GEN.200 (a) (1) – « Système de gestion » ORA.AeMC.200 – « Système de gestion » AMC1 ORA.AeMC.200 AMC1 ORA.GEN.200 (a) (1) (2) (3) (5) § (c) GM1 ORA.GEN.200 (a) (1) DOC 9859 OACI (Manuel SGS), chapitres 5, 7 et 8					
Comment l'AeMC se conforme à cette exigence ? La documentation permet-elle de démontrer la conformité ? La matrice de conformité référence-t-elle la documentation relative à l'exigence ?						
Est-ce que l'AeMC établit, met en œuvre et maintient un système de gestion pour : - La certification médicale en conformité avec la Part MED ; - Faciliter la coopération entre les AMEs et les autres experts médicaux de l'AeMC, et ; - Garantir en permanence la confidentialité médicale. Et qui comprend : Des fonctions et des responsabilités clairement définies au sein de l'AeMC, et notamment une responsabilité directe du dirigeant responsable en ce qui concerne la sécurité ? Organigramme : Mise en place d'un organigramme où apparaît l'AeMC dans la société, l'organisation ? Mise en place d'un organigramme de l'AeMC (correspondance : intitulé du poste / fonction requise par la réglementation) Définitions des responsabilités de l'ensemble du personnel dans le manuel du système de gestion ? Fiches de poste Responsabilités du DR définies ? Incluent-elles la responsabilité ultime ? Engagement signé du DR à mettre les moyens humains, financiers et matériels, respecter les manuels et les règlements.						
Les responsabilités et tâches du DR ont-elles été définies ? Couvrent-elles l'établissement et le maintien d'un système de gestion efficace comprenant la conformité et la sécurité.						

FONCTIONNEMENT ET DOCUMENTATION Management system and Documentation	Documenté et mis en œuvre <i>Documented and Implemented</i>	Mis en œuvre, pas documenté <i>Implemented not Documented</i>	Documenté, pas mis en œuvre <i>Documented, not Implemented</i>	Pas documenté et pas mis en œuvre <i>Not Documented and Not Implemented</i>	Pas applicable <i>Not applicable</i>
<u>RSGS (Responsable SGS)</u> L'organisation a-t-elle nommé un RSGS ? Vérifier l'organigramme de l'AeMC. Le RSGS a-t-il suffisamment de ressources temporelles pour l'accomplissement de ces missions ? Contrat à plein temps ? Quelles sont les autres activités du RSGS (dans et en dehors de l'AeMC) ? Y a-t-il d'autres personnes impliquées dans le Système de Gestion de la Sécurité au sein du Centre Aéromédical ? Leurs domaines sont-ils définis ? Si oui, le RSGS reste-il le point focal ? Comment la continuité est assurée en cas d'absence du RSGS (vacances, arrêt maladie, ...) Les responsabilités du RSGS sont-elles définies ? Mise en place, maintien, et amélioration du Système de Gestion de la Sécurité efficace ? Le RSGS a-t-il la responsabilité d'organiser les moyens pour : (AMC1 ORA.GEN.200 (a) (1) § a) 2)) - Identifier et analyser et gérer les risques - Surveiller la mise en œuvre du plan de sécurité - Communiquer périodiquement des rapports sur les performances de sécurité - Vérifier que les formations en matière de sécurité sont assurées et sont conformes - Fournir des conseils et recommandations en matière de sécurité - Initier et suivre des enquêtes internes sur les événements. Ces tâches sont-elles définies et correctement exécutées ? Le RSGS dépend-il directement du DR ? Vérifier l'organigramme de l'AeMC Les compétences, connaissances et expérience requises ont-elles été définies ? Procédure de nomination du RSGS Le RSGS a-t-il été formé à l'exercice de ses tâches ? Formation, ou sensibilisation des personnels au SGS au cours d'une réunion ? Combien de formations ont été réalisées auprès des personnels de l'AeMC ? Sous quelle forme ? Formation « connaissance du métier » ? (ie : savoir comment se déroule les formations dans l'AeMC) Vérifier intégration effective du RSGS au sein de l'AeMC. Sa neutralité est-elle démontrée ? Vérification cohésion RSGS avec les autres cadres et personnels de l'AeMC.					

FONCTIONNEMENT ET DOCUMENTATION Management system and Documentation	Documenté et mis en œuvre <i>Documented and Implemented</i>	Mis en œuvre, pas documenté <i>Implemented not Documented</i>	Documenté, pas mis en œuvre <i>Documented, not Implemented</i>	Pas documenté et pas mis en œuvre <i>Not Documented and Not Implemented</i>	Pas applicable <i>Not applicable</i>
Le dossier personnel permet-il de justifier l'expérience, connaissances et formation définies. L'expérience est-elle justifiée ? (CV, diplôme, attestation de formation, licences et qualifications...) La formation est-elle tracée dans le dossier personnel ? <u>Exemple de question pour l'interview du RSGS :</u> Comment avez-vous été nommé ? Pensez-vous avoir les compétences nécessaires pour le poste ? Avez-vous reçu une formation initiale concernant les tâches du poste ? Avez-vous reçu une formation spécifique à la Surveillance de Conformité ainsi qu'au Système de Gestion de la Sécurité de l'AeMC ? Avez-vous les moyens techniques et financiers pour effectuer vos tâches ? Comment êtes-vous formé sur les règlements en vigueur ? Comment sont suivies les actions prises ? Niveau de décision en fonction de la classification du risque ? Comment le DR est-il impliqué dans la prise de décisions ? <u>Chef du Centre Aéromédical :</u> Ses responsabilités du sont-elles définies et documentées ? Contiennent-elles les responsabilités réglementaires ? <u>Tout le personnel :</u> L'AeMC a-t-il définit les responsabilités des principaux dirigeants en matière de conformité et sécurité ? Le fonctionnement de l'AeMC et de son système de gestion permet-il de garantir que tous les AMEs conduisent un nombre suffisant d'examens aéromédicaux afin de conserver leur niveau de compétence ? Un nombre minimum d'évaluations médicales a-t-il été défini par l'AeMC ? L'AeMC a-t-il définit les responsabilités de chaque personnel dans le système de gestion : (médecins, personnel médicaux, techniques et administratifs, ...) <u>Exemple :</u> -Identification des dangers, évaluation et traitement des risques associés (AMC1 ORA.GEN.200 (a)(1) ;(2) ;(3) ;(5) § d) -Identification des non-conformités -Propositions d'amélioration					
Système de gestion - Politique de sécurité					

FONCTIONNEMENT ET DOCUMENTATION Management system and Documentation		Documenté et mis en œuvre <i>Documented and Implemented</i>	Mis en œuvre, pas documenté <i>Implemented not Documented</i>	Documenté, pas mis en œuvre <i>Documented, not Implemented</i>	Pas documenté et pas mis en œuvre <i>Not Documented and Not Implemented</i>	Pas applicable <i>Not applicable</i>
Management system - Safety policy						
AAQ – D2	ORA.GEN.200 (a) (2) – « Système de gestion »					
Comment l'AeMC se conforme à cette exigence ? La documentation permet-elle de démontrer la conformité ? La matrice de conformité référence-t-elle la documentation relative à l'exigence ?						
Est-ce que l'organisation a une description de l'ensemble des philosophies et des principes en matière de sécurité, constituant la politique de sécurité ? L'AeMC a-t'il définit une politique de sécurité ? Signée par le DR ? Vérification de la clarté de celle-ci. Quels sont les principes et philosophies développés ? Définit-elle des objectifs en termes de sécurité ? Reflète-t 'elle l'organisation mise en place par l'AeMC ? La politique de sécurité décrite est -elle représentative de la taille et de la nature des activités de l'AeMC ? Inclut-elle le principe de report d'évènement, d'investigation interne si nécessaire ? Comment le personnel a-t-il connaissance de cette politique de sécurité ? Est-elle affichée ? Mise en place d'un règlement intérieur ? La politique de sécurité inclut-elle un engagement du DR : Non-complexe : AMC1 ORA.GEN.200(a)(1) ;(2) ;(3) ;(5) § e) : - Meilleurs standard de sécurité - Conformité aux exigences applicables - Ressources appropriées - Meilleures pratiques Comment l'AeMC s'assure-t-il que ses personnels connaissent et comprennent la politique de sécurité ainsi que leurs propres responsabilités ? - Vérification méthode de formation des personnels - Vérification de la responsabilisation des personnels						

FONCTIONNEMENT ET DOCUMENTATION Management system and Documentation		Documenté et mis en œuvre <i>Documented and Implemented</i>	Mis en œuvre, pas documenté <i>Implemented not Documented</i>	Documenté, pas mis en œuvre <i>Documented, not Implemented</i>	Pas documenté et pas mis en œuvre <i>Not Documented and Not Implemented</i>	Pas applicable <i>Not applicable</i>
Système de gestion - Identification et gestion des risques et des dangers <i>Management system - Identification and managing hazards and risks</i>						
AAQ – D3	ORA.GEN.200 (a) (3) – « Système de gestion » AMC1 ORA.GEN.200 (a) (1) (2) (3) (5) § (b) et (c) (UE) N° 376/2014 : Articles 5.1, 5.2, 6.1, 6.5, 13.2, 13.3, 15.1, 15.2, 16.2, 16.9, 16.10 et 16.11					
Comment l'AeMC se conforme à cette exigence ? La documentation permet-elle de démontrer la conformité ? La matrice de conformité référence-t-elle la documentation relative à l'exigence ?						
Est-ce que l'AeMC établit, met en œuvre et maintient un système de gestion qui comprend : L'identification des dangers pour le fonctionnement de l'AeMC, qui découlent de ses activités, leur évaluation et la gestion des risques associés, y compris les mesures prises aux fins d'atténuer le risque et de vérifier leur efficacité ? Comment sont identifiés les dangers ? - Définitions des responsabilités en matière d'identification des risques - Quels sont les outils et méthodes mis en place pour l'identification des dangers ? - Système de recueil d'information sur la sécurité dans le but d'identifier les dangers ? (Combinaison de méthodes réactives, proactives, et prédictives). - Le DR et l'équipe managériale de l'AeMC sont-ils informés des risques liés aux activités de l'AeMC ? - Comment sont-ils informés de ces risques et des nouveaux risques identifiés ? Quels sont les dangers identifiés par l'AeMC ? - Liste des dangers identifiés. - Cette liste est mise à jour ? Couvre-t-elle l'ensemble de l'activité de l'AeMC ? Comment les risques sont évalués ? - La classification du risque est-elle documentée ? - Evaluation en termes de sévérité et de probabilité ? - Définition des niveaux acceptables de risque (acceptable / acceptable sous réserve/ inacceptable) ? - Comment les dangers et les risques sont-ils évalués ? - Les risques liés aux évolutions technologiques, réglementaires, et procédurales sont-ils évalués ?						

FONCTIONNEMENT ET DOCUMENTATION Management system and Documentation	Documenté et mis en œuvre <i>Documented and Implemented</i>	Mis en œuvre, pas documenté <i>Implemented not Documented</i>	Documenté, pas mis en œuvre <i>Documented, not Implemented</i>	Pas documenté et pas mis en œuvre <i>Not Documented and Not Implemented</i>	Pas applicable <i>Not applicable</i>
- Responsabilités au niveau de la décision concernant le classement du risque. La responsabilité ultime revient-elle au DR ? Comment sont prises les mesures pour atténuer et contrôler le risque ? - Existe-t-il une procédure d'atténuation du risque ? Si oui, vérification de l'efficacité de cette procédure et vérification de l'efficacité de la mitigation. - Comment sont suivies les actions prises ? - Niveau de décision en fonction de la classification du risque ? - Comment le DR est-il impliqué dans la prise de décisions ? - Exemples de décisions prises : - o Pour réduire la gravité des conséquences potentielles ? - o Pour réduire la probabilité ou fréquence d'occurrence ? - Vérifier que les décisions prises ont bien été réellement mises en œuvre au sein de l'AeMC - Combien de mesures de mitigation ont été mises en œuvre au sein de l'AeMC ? Comment l'efficacité du SGS est-elle mesurée ? - Les performances du système sont-elles vérifiées par rapport à la politique de sécurité et objectifs de sécurité - Le risque est-il réévalué après la mise en place des actions (court et long terme) ? - Mesure de la performance en matière de sécurité ? Mise en place d'indicateurs ? - Le système SGS est-il audité à intervalle régulier ? - Comment est suivie la mise en place des actions décidées ? - Procédure documentée ? - Voir les exemples d'actions mise en place - Indicateur sur le respect des délais - Y a-t-il des actions en retard ? Report d'évènement : L'AeMC a-t-il mis en place un système de retour d'évènement ? Comment la confidentialité est-elle assurée ? Qui est responsable de la collecte et de l'exploitation des informations remontées ? Les informations sont-elles utilisées à d'autres fins que celles de l'enquête ? Suivi des actions à mettre en œuvre ? Procédure investigation interne Comment l'AeMC définit si l'évènement nécessite une investigation interne ? Comment l'AeMC incite les personnels à déclarer des évènements ?					

FONCTIONNEMENT ET DOCUMENTATION Management system and Documentation		Documenté et mis en œuvre <i>Documented and Implemented</i>	Mis en œuvre, pas documenté <i>Implemented not Documented</i>	Documenté, pas mis en œuvre <i>Documented, not Implemented</i>	Pas documenté et pas mis en œuvre <i>Not Documented and Not Implemented</i>	Pas applicable <i>Not applicable</i>
Comment sont diffusées les mesures correctives au personnel ? Les rapports sont-ils stockés sur une base de données ? Exemple ? Protection des sources d'informations : L'AeMC vérifie-t-il que les données personnelles des membres concernés ne soient mises à disposition que dans le cas d'une enquête sur un évènement, et si nécessité absolu ? Un personnel peut-il être sanctionné sur la base des informations qu'il remonte ? ERP : Emergency Response Plan / planification des interventions d'urgence L'AeMC a-t-il mis en place un plan d'intervention d'urgence ? Décrit-il les actions à prendre en cas d'évènement grave ? Personnes à contacter / informer ? la coordination éventuelle avec d'autres AeMCs ? Prévoit-il le retour aux opérations normales ? (fin de l'évènement grave) Vérification de l'adéquation de l'ERP avec les caractéristiques et activités de l'AeMC. L'ERP en place est-il coordonné avec les éventuelles autres activités de l'organisme (ATO, exploitant de transport public, ...) ? L'ERP en place est-il coordonné avec les ERP des organismes liés à son activité (hôpitaux, aéroport, ...) L'ERP est-il régulièrement réévalué et mis à jour ? Comment le personnel est-il formé ? Communication aux personnels appelés à intervenir. Affichage des numéros d'urgence ? Sous-traitance : Le SGS comprend-il la coordination / interface avec le SGS des sous-traitants : - auxquels l'AeMC sous-traite une partie de son activité ; - pour lesquels l'AeMC est sous-traitant. Documentation : La documentation SGS est-elle accessible à l'ensemble du personnel concerné ? La documentation est-elle écrite de manière à simplifier son usage par les personnels de l'AeMC ?						
Système de gestion - Compétence et entraînement du personnel <i>Management system - personnel training and competency</i>						
AAQ – D4	ORA.GEN.200 (a) (4) – « Système de gestion » AMC1 ORA.GEN.200 (a)(4) § (b) (i) Règlement (UE) 376/2014 § 13.3					

FONCTIONNEMENT ET DOCUMENTATION Management system and Documentation		Documenté et mis en œuvre <i>Documented and Implemented</i>	Mis en œuvre, pas documenté <i>Implemented not Documented</i>	Documenté, pas mis en œuvre <i>Documented, not Implemented</i>	Pas documenté et pas mis en œuvre <i>Not Documented and Not Implemented</i>	Pas applicable <i>Not applicable</i>
	DOC 9859 OACI – Manuel de gestion de la sécurité chapitres 1, 2, 3, 5, 7 et 8					
Comment l'AeMC se conforme à cette exigence ? La documentation permet-elle de démontrer la conformité ? La matrice de conformité référence-t-elle la documentation relative à l'exigence ?						
Est-ce que l'AeMC a établi, mis en œuvre et maintenu un système de gestion qui maintient le personnel entraîné et compétent pour exécuter ses tâches ? Comment l'AeMC forme-t-il son personnel au SGS et Surveillance de Conformité La formation est-elle adaptée selon les responsabilités (plusieurs niveaux de formation suivant le poste des personnels ? (exemple : formation plus approfondie pour l'encadrement)) La formation est-elle tracée dans le dossier administratifs des personnels ? Moyens utilisés pour la formation ? Quel est le programme de formation ? - Présentation du système mis en place - Responsabilités de chacun dans le système - Comment reporter des évènements - ... Y'a-t-il une formation de rafraîchissement régulière ? Comment l'AeMC communique-t-il les informations en matière de sécurité ? - Comment les actions prises en matière de sécurité sont-elles communiquées aux personnels concernés ? - Cas des mesures d'urgence - Moyens formels de communication en matière de sécurité : vérification de la mise à disposition de publications ou de circulaires concernant les points de sécurité - Vérification de la diffusion des retours d'information auprès des sous-traitants, des prestataires, des fournisseurs, et de l'autorité. - Y a-t-il un retour des actions prises vers les personnes qui ont notifié des événements ? - Sensibilisation des personnels au SGS - Briefing sur le SGS aux personnels (notification d'événements, ...) Comment l'AeMC communique les informations en matière de sécurité ?						
Système de gestion - Documentation <i>Management system - Documentation</i>						

FONCTIONNEMENT ET DOCUMENTATION Management system and Documentation		Documenté et mis en œuvre <i>Documented and Implemented</i>	Mis en œuvre, pas documenté <i>Implemented not Documented</i>	Documenté, pas mis en œuvre <i>Documented, not Implemented</i>	Pas documenté et pas mis en œuvre <i>Not Documented and Not Implemented</i>	Pas applicable <i>Not applicable</i>
AAQ – D5	ORA.GEN.200 (a) (5) – « Système de gestion »					
Comment l'AeMC se conforme à cette exigence ? La documentation permet-elle de démontrer la conformité ? La matrice de conformité référence-t-elle la documentation relative à l'exigence ? Est-ce que l'AeMC établit, met en œuvre, et maintient un système de gestion qui comprend : Une documentation relative aux processus principaux du système de gestion, notamment un processus visant à sensibiliser le personnel à ses responsabilités et la procédure relative aux modifications de ladite documentation ? <u>Documentation du Manuel de Système de gestion</u> : structure et format La structure documentaire de l'AeMC est-elle décrite ? Mise en place d'une matrice de conformité ? (AMC1 ORA.GEN.200 (a)(5) §b « cross reference ») Quel est le format/ support choisi pour la documentation ? <u>Documentation du Manuel de Système de gestion</u> : contenu défini et détaillé. La documentation référence-t-elle tous les documents liés au système de gestion. (GM1 ORA.GEN.200(a)(5) §b)) (exemple : référence aux documents gardés en interne). La documentation définit-elle la terminologie spécifique utilisée par l'AeMC. (inutile de recopier la terminologie des règlements) Les procédures permettent de répondre aux questions suivantes : Qu'est ce qui doit être fait ? Qui doit le faire ? Quand cela doit-il être fait ? Où cela doit-il être fait ? Quelle(s) procédure(s) ou formulaire(s) doivent être utilisé(s) ? L'ensemble des formulaires utilisés par l'AeMC dans le cadre des visites médicales classe 1, classe 2, classe 3, LAPL, membre d'équipage de cabine, personnels essais et réceptions, ainsi que parachutistes professionnels sont-ils à jour avec la réglementation européenne et nationale en vigueur ? Comment la Surveillance de Conformité vérifie effectivement les points ci-dessus ? Procédure de modification de la documentation ? (amendement, diffusion) La documentation est-elle référencée de manière à assurer une traçabilité des changements ? (chaque changement implique une nouvelle version ou un nouvel amendement) Barre de modification pour tracer les modifications ? Résumé des modifications apportées par rapport aux versions précédentes Approbation interne ?						

FONCTIONNEMENT ET DOCUMENTATION Management system and Documentation		Documenté et mis en œuvre <i>Documented and Implemented</i>	Mis en œuvre, pas documenté <i>Implemented not Documented</i>	Documenté, pas mis en œuvre <i>Documented, not Implemented</i>	Pas documenté et pas mis en œuvre <i>Not Documented and Not Implemented</i>	Pas applicable <i>Not applicable</i>
Diffusion en interne et en externe, existe-t-il une liste de diffusion des manuels du système de gestion ? Son accès, notamment sous format électronique est-il documenté ? Les versions du manuel en cours de validité sont-elles ceux détenus par DSAC/PN/MED ? <u>Accessibilité :</u> La documentation du système de gestion est-elle accessible à l'ensemble du personnel concerné ? (parties pertinentes) La documentation est-elle écrite de manière suffisamment simple pour son usage par les personnels de l'AeMC ? La documentation est-elle écrite dans une langue connue de tous les personnels de l'AeMC (en langue anglaise pour les personnels étrangers) ? La documentation est-elle facilement utilisable par les personnels de l'AeMC depuis la base principale de l'AeMC ou bien depuis la ou les bases secondaires ? La documentation est-elle distribuée aux personnels de l'AeMC (partie pertinente) ?						
Système de gestion - supervision de la conformité <i>Management system - Surveillance de Conformité</i>						
AAQ – D6	ORA.GEN.200 (a) (6) – « Système de gestion » ORA.GEN.200 § (a)(6) AMC1 ORA.GEN.205 § (c) et GM1 ORA.GEN.2025 § (a)					
Comment l'AeMC se conforme à cette exigence ? La documentation permet-elle de démontrer la conformité ? La matrice de conformité référence-t-elle la documentation relative à l'exigence ?						
Est-ce que l'AeMC a une fonction de supervision de conformité avec les exigences applicables ? Comment est organisée la surveillance de la conformité ? La fonction est-elle adaptée à la taille, nature, et activité de l'AeMC ? Quelles sont les personnes impliquées dans la surveillance de la conformité ? Leurs domaines sont-ils définis ? <u>Procédure de veille réglementaire et technique</u> Responsabilité de la veille / analyse des textes et leur applicabilité potentielle au sein de l'AeMC ? Liste des sites internet à veiller (Légifrance, Commission Européenne, OACI, UK-CAA, EASA, FAA, site de publication de recherches médicales, ...)						

FONCTIONNEMENT ET DOCUMENTATION Management system and Documentation	Documenté et mis en œuvre <i>Documented and Implemented</i>	Mis en œuvre, pas documenté <i>Implemented not Documented</i>	Documenté, pas mis en œuvre <i>Documented, not Implemented</i>	Pas documenté et pas mis en œuvre <i>Not Documented and Not Implemented</i>	Pas applicable <i>Not applicable</i>
Méthodologie pour recueillir les informations : PUSH (recherche d'évolutions réglementaires et documentaires), PULL (information des évolutions obtenues par abonnement à des newsletters, ...) ? Fréquence de veille ? Exemple : L'AeMC a-t-il connaissances des dernières évolutions règlementaires ? Et des projets de futurs règlements (NPA) ? L'AeMC a-t-il défini son propre référentiel documentaire basé sur son périmètre d'activités ? Celui-ci contient-il au moins les documents suivants : <u>Annexes OACI</u> : - Annexe 1 (Licences des personnels) - Annexe 6 (Exploitation technique des aéronefs) - Annexe 19 (SGS) <u>Docs OACI</u> : - Doc 8400 - ABC - Abréviations et codes de l'OACI - Doc 8984 Manuel de médecine aéronautique civile - Doc 9654 Manuel sur la prévention de l'usage de substances posant problème sur les lieux de travail en aviation - Doc 9683 Human Factors Training Manual - Doc 9734 Manuel de supervision de la sécurité - Doc 9859 Safety Management Manual <u>Réglementation européenne</u> : - Règlement (UE) 1139/2018 du 4 juillet 2018 (Basic Regulation) - Règlement (UE) 1178/2011 dit Aircrew - Règlement (UE) 340/2015 du 20 février 2015 - Règlement (UE) 376/2014 du 3 avril 2014 - Règlement (UE) 1018/2015 du 27 juin 2015 - Règlement (UE) SFCL 358/2020 du 4 mars 2020 - Règlement (UE) BFCL 357/2020 du 4 mars 2020 <u>Réglementation française</u> : - Arrêté du 29 août 2014 relatif à l'aptitude physique et mentale du personnel navigant professionnel de l'aéronautique civile (personnels d'Essais et de Réceptions) ; - Arrêté du 5 avril 2023 relatif à l'aptitude physique et mentale du parachutiste professionnel de l'aéronautique civile . <u>Démonstration de conformité</u> : Comment l'AeMC démontre sa conformité aux nouveaux règlements suite à une mise à jour ? Les révisions des matrices de conformité sont-elles effectives et documentées ? Les matrices de conformité sont-elles assez exhaustives pour démontrer la complète conformité (niveau de détail pertinent) ? Audits / inspections ? Mise en place d'un programme d'audit interne ?					

FONCTIONNEMENT ET DOCUMENTATION Management system and Documentation		Documenté et mis en œuvre <i>Documented and Implemented</i>	Mis en œuvre, pas documenté <i>Implemented not Documented</i>	Documenté, pas mis en œuvre <i>Documented, not Implemented</i>	Pas documenté et pas mis en œuvre <i>Not Documented and Not Implemented</i>	Pas applicable <i>Not applicable</i>
Quelle est la fréquence d'audit ? domaine par domaine ? Le SGS de l'AeMC fait-il l'objet d'audits internes ? A quelle fréquence ? Mise en place d'audits programmés, non-programmés et / ou inopinés ? Vérification du plan d'audits internes de l'année N, N-1, N+1 avec indication du planifié et du réalisé. Mise en place d'audits lors de changements majeurs dans l'AeMC (formation, encadrement, organisation, moyens...) Un compte-rendu d'audit est-il toujours émis ? Comment celui-ci est-il validé ? Par le DR ? Méthodologie pour le suivi des écarts ? Mis en œuvre ? documenté ? Auditeurs internes ? Liste des auditeurs avec leurs domaines de compétence en audit ? Mis en œuvre ? documenté ? Ces auditeurs ont-ils bien tous été formés aux techniques d'audit ? Mis en œuvre ? documenté ? Indépendance des auditeurs internes vis-à-vis du domaine audité ? Mis en œuvre ? documenté ? Compétences attendues, critères de sélection des auditeurs internes par rapport aux domaines audités ? Formation des auditeurs internes ? Auditeurs extérieurs : familiarisation avec la structure et les formations de l'AeMC ? Domaines de l'audit : Mise en place de check-lists d'audit interne ? Définissent-elles des listes précises de points à vérifier ? L'évaluation des risques est-elle un item vérifié dans les C/L d'audits internes ? L'ensemble du règlement est-il couvert ? - Organisation - Moyens - Fonctionnement et calibration des matériels - Enregistrements des dossiers PN et ATCO- Sous-traitant ? Le C/L utilisées lors des audits internes sont-elles adaptées à l'activité de l'AeMC ?						
Système de gestion - Système de retour d'information des écarts <i>Management system - feedback system of findings</i>						
AAQ – D7	ORA.GEN.200 (a) (6) – « Système de gestion »					
Comment l'AeMC se conforme à cette exigence ? La documentation permet-elle de démontrer la conformité ? La matrice de conformité référence-t-elle la documentation relative à l'exigence ?						

FONCTIONNEMENT ET DOCUMENTATION Management system and Documentation	Documenté et mis en œuvre <i>Documented and Implemented</i>	Mis en œuvre, pas documenté <i>Implemented not Documented</i>	Documenté, pas mis en œuvre <i>Documented, not Implemented</i>	Pas documenté et pas mis en œuvre <i>Not Documented and Not Implemented</i>	Pas applicable <i>Not applicable</i>
Est-ce que la fonction de contrôle de la conformité comporte un système de retour d'informations vers le dirigeant responsable afin d'assurer la mise en œuvre réelle des actions correctives le cas échéant ? Comment l'AeMC suit les écarts (audits internes et externes) ? A-t-elle mis en place un système pour suivre ces écarts ? Système pour s'assurer du non-dépassement des délais ? Vérifier la clôture des écarts ouverts (interne + autorité) Quels sont les écarts ouverts hors délai ? Mise en place d'un système informatique de suivi des écarts ? Indicateurs : Respect des délais de clôture des écarts, ... La clôture de l'écart validée par le RSC ? Action corrective : Détermination des causes ? (analyse des causes racines) Importance du constat ? Actions correctives pour s'assurer que la non-conformité ne se reproduira pas. Programmation des actions correctives Identification des responsables de la mise en œuvre et allocation des ressources par le DR/RSC. Le RSC vérifie-t'il la mise en œuvre effective et efficace des actions correctives ? Exemples : Vérifier la pertinence des actions mises en œuvre Ecart émis par l'autorité L'AeMC a-t-il fermé les écarts émis par l'autorité (écarts issus d'audit, d'approbation des changements, ...) ? L'AeMC a-t-il communiqué son plan d'action à l'autorité dans les 30 jours ? L'AeMC a-t-il notifié l'autorité pour la clôture des écarts ? L'AeMC a-t-il reçu une acceptation de DSAC/PN/MED pour la clôture des écarts ? Comment l'AeMC s'assure-t-il de l'efficacité des actions mises en œuvre ? Vérification de l'efficacité après la mise en œuvre ? (inspections, étude,...) Remontée d'information vers le DR : Mise en place de réunions de direction ? Fréquence ? Composition ? Voir les comptes-rendus. Comment le DR est-il informé des écarts ouverts ? des indicateurs ?					

FONCTIONNEMENT ET DOCUMENTATION Management system and Documentation		Documenté et mis en œuvre <i>Documented and Implemented</i>	Mis en œuvre, pas documenté <i>Implemented not Documented</i>	Documenté, pas mis en œuvre <i>Documented, not Implemented</i>	Pas documenté et pas mis en œuvre <i>Not Documented and Not Implemented</i>	Pas applicable <i>Not applicable</i>
Comment le DR s'assure de l'efficacité du système ?						
Système de gestion - Exigences additionnelles <i>Management system - Additional requirements</i>						
AAQ – D8	ORA.GEN.200 (a) (7) – « Système de gestion »					
Comment l'AeMC se conforme à cette exigence ? La documentation permet-elle de démontrer la conformité ? La matrice de conformité référence-t-elle la documentation relative à l'exigence ?						
Est-ce que l'AeMC établit, met en œuvre et maintient un système de gestion qui comprend : toute exigence supplémentaire recommandée dans les sous-parties pertinentes de la présente partie ou d'autres parties applicables ? Conformité AIRCREW : PART MED						
Système de gestion - Taille et complexité <i>Management system - Size and complexity</i>						
AAQ – D9	ORA.GEN.200 (b) – « Système de gestion »					
Comment l'AeMC se conforme à cette exigence ? La documentation permet-elle de démontrer la conformité ? La matrice de conformité référence-t-elle la documentation relative à l'exigence ?						
Est-ce que le système de gestion est approprié par rapport à la taille et la nature de l'AeMC et du périmètre de ses activités ? Tient-il compte des dangers et les risques associés qui sont inhérents à ces activités ? Est-ce documenté ? Quelles sont les activités incluses dans le système de gestion ? Système de gestion commun à plusieurs activités de l'AeMC (exemple : ATO, FSTD at AeMC) ? Nombre d'ETP impliqué dans ces activités (tout personnel confondu)						

FONCTIONNEMENT ET DOCUMENTATION Management system and Documentation		Documenté et mis en œuvre <i>Documented and Implemented</i>	Mis en œuvre, pas documenté <i>Implemented not Documented</i>	Documenté, pas mis en œuvre <i>Documented, not Implemented</i>	Pas documenté et pas mis en œuvre <i>Not Documented and Not Implemented</i>	Pas applicable <i>Not applicable</i>
L'AeMC (ou bien les AME qui y exercent) possède-t-il d'autres certificats délivrés par d'autres autorités (UK CAA, FAA, Transports Canada, ...) ou d'autres services de la DSAC ? <i>Rappel : en application de l'AMC1 ORA.GEN.200 (b) § (c)(2), les AeMC sont réputés non-complexes.</i>						
Certificat- Démonstration de la conformité au règlement <i>Certificate- Demonstration of regulation compliance</i>						
AAQ – D10	ORA.GEN.115 (b) - « Candidature à un certificat AeMC »					
Comment l'AeMC se conforme à cette exigence ? La documentation permet-elle de démontrer la conformité ? La matrice de conformité référence-t-elle la documentation relative à l'exigence ?						
Est-ce que l'AeMC candidat à un certificat AeMC a fourni à l'autorité compétente une documentation démontrant comment il se conforme aux exigences établies dans le règlement (UE) n° 1178/2011 modifié dit Aircrew et ses modalités d'application ? Cette documentation comprend-elle une procédure décrivant comment les modifications ne nécessitant pas d'approbation préalable seront gérées et notifiées à l'autorité compétente ? <u>ORA.GEN.105</u> L'AeMC possède-t-il d'autres certificats délivrés par des autorités aéronautiques étrangères (FAA, UKCAA ? ...) ou bien par d'autres services de la DSAC ? Statut juridique de l'AeMC : - Société basée en France ? - Existence d'un Kbis déposé à la chambre de commerce ? - Association loi de 1901 ? - Déclaration en préfecture ? - Structure étatique (Service de Santé des Armées) Le lieu d'activité principale est-il bien situé en France ? Ce qui rend la DSAC autorité compétente pour délivrer et proroger le certificat d'agrément AeMC. <u>ORA.GEN.125</u> : Termes de l'approbation et privilèges de l'AeMC Certificat AeMC : Le certificat AeMC est-il à jour ? (base principale et éventuellement base(s) secondaire(s), ...) L'AeMC figure-t-il sur la liste publiée par la DSAC sur le site internet du Ministère ?						

FONCTIONNEMENT ET DOCUMENTATION Management system and Documentation		Documenté et mis en œuvre <i>Documented and Implemented</i>	Mis en œuvre, pas documenté <i>Implemented not Documented</i>	Documenté, pas mis en œuvre <i>Documented, not Implemented</i>	Pas documenté et pas mis en œuvre <i>Not Documented and Not Implemented</i>	Pas applicable <i>Not applicable</i>
Le certificat à jour est-il affiché dans les locaux de l'AeMC ? (toutes les pages) <u>ORA.GEN.140</u> : Accès L'AeMC a-t-il documenté dans son manuel du système de gestion qu'il donnait accès aux autorités compétentes (DGAC, EASA, ...) à ses locaux ainsi qu'à ceux de ses éventuels sous-traitants ? <u>ORA.GEN.150</u> : Ecart L'AeMC a-t-il documenté qu'après notification d'écarts par l'autorité de surveillance, il doit identifier les causes racines de la non-conformité, démontrer la mise en œuvre d'actions correctives à la satisfaction de l'autorité compétente dans un délai convenu avec cette autorité, tel que défini dans l'article ARA.GEN.350(d).						
Certificat- Démonstration de la conformité au règlement <i>Certificate- Demonstration of regulation compliance</i>						
AAQ – D11	ORA.AeMC.115 - « Candidature à un certificat AeMC » MED.D.005 « candidature AME »					
Comment l'AeMC se conforme à cette exigence ? La documentation permet-elle de démontrer la conformité ? La matrice de conformité référence-t-elle la documentation relative à l'exigence ?						
Dans le cas de besoins d'examens médicaux spécialisés et / ou complémentaires, quelles sont les conventions et autres agréments passés par l'AeMC avec des hôpitaux ou des instituts médicaux désignés ? Ces conventions, contrats, ou bien partenariats sont-ils documentés dans le manuel du système de gestion de l'AeMC ? Vérification du contenu de ces documents ? La lecture de ceux-ci permet-elle de garantir qu'ils couvrent tous les examens complémentaires possibles susceptibles d'être demandés par un AeMC suite à une visite médicale de classe 1 / classe 3 ?						
Moyens de conformité <i>Means of compliance</i>						
AAQ – D12	AMC1 ORA.AeMC.115 (a) (b) (c) et (d) « Candidature à un certificat AeMC »					

FONCTIONNEMENT ET DOCUMENTATION Management system and Documentation		Documenté et mis en œuvre <i>Documented and Implemented</i>	Mis en œuvre, pas documenté <i>Implemented not Documented</i>	Documenté, pas mis en œuvre <i>Documented, not Implemented</i>	Pas documenté et pas mis en œuvre <i>Not Documented and Not Implemented</i>	Pas applicable <i>Not applicable</i>
Comment l'AEMC se conforme à cette exigence ? La documentation permet-elle de démontrer la conformité ? La matrice de conformité référence-t-elle la documentation relative à l'exigence ?						
La documentation fournie pour l'obtention d'un agrément AeMC inclut-elle : - les noms et les qualifications de tout le personnel médical ; - la liste des installations médicales et techniques (plan des locaux, pièces utilisées pour les consultations, laboratoires d'analyse, pièces utilisées pour les prélèvements, examens de type ECG ,.... pour les examens Aéromédicaux initiaux de classe 1 / classe 3, les équipements médicaux utilisés dans les spécialités de cardiologie, ophtalmologie, ORL, ainsi que santé mentale ; - la liste des équipements de mesure susceptibles d'être utilisés par les médecins spécialistes et autres personnels médicaux, accompagnée de leur certificat de calibration, si applicable ; - la liste des médecins spécialistes consultants qui peuvent être amenés à exercer leur activité au sein de l'AeMC. - Les activités contractées avec des hôpitaux désignés ou bien des instituts médicaux, dans le but d'examens médicaux spécialisés supplémentaires incluant des stages cliniques ou mission d'assistance avec des hôpitaux, des institutions médicales et / ou des médecins spécialistes. Vérifier lors d'un audit de prorogation / renouvellement que cette liste est à jour ? Vérifier également que celle-ci est toujours intégrée dans la documentation du système de gestion de l'AeMC.						
<i>Aistes.</i>						
AAQ – D13	ORA.GEN.120 (b) – « Moyens de conformité »					
Comment l'AeMC se conforme à cette exigence ? La documentation permet-elle de démontrer la conformité ? La matrice de conformité référence-t-elle la documentation relative à l'exigence ?						
Est-ce que l'AeMC utilise ou bien souhaite utiliser une AltMoc déjà publiée dans le domaine médical ? Est-ce que l'AeMC souhaite rédiger et mettre en œuvre une AltMoc dans le domaine médical ? L'AeMC utilise-t'il des AMC alternatifs ? Emis par la DSAC ? Emis par l'AeMC lui-même ? Emis par une autorité aéronautique membre de l'UE ou bien de l'AELE ou bien un AeMC dont l'établissement principal (siège social) si situe sur le territoire d'un Etat Membre de l'UE ou bien de l'AELE ? Dans l'affirmative, la matrice de conformité est-elle conforme aux AMC alternatifs utilisés par l'AeMC ?						

FONCTIONNEMENT ET DOCUMENTATION Management system and Documentation		Documenté et mis en œuvre <i>Documented and Implemented</i>	Mis en œuvre, pas documenté <i>Implemented not Documented</i>	Documenté, pas mis en œuvre <i>Documented, not Implemented</i>	Pas documenté et pas mis en œuvre <i>Not Documented and Not Implemented</i>	Pas applicable <i>Not applicable</i>
AMC alternative proposé par l'AeMC : (le cas échéant) L'AeMC a-t-il mis en place une procédure interne avant de proposer le premier AMC alternatif. Vérifier archivage des documents de demande et du courrier d'accord de l'autorité ?						
Modifications au sein de l'AeMC - Décrite dans la candidature <i>Changes to organisation- Stipulated during application</i>						
AAQ – D14	ORA.GEN.115 (b) – « Demande de certificat d'un AeMC »					
Comment l'AeMC se conforme à cette exigence ? La documentation permet-elle de démontrer la conformité ? La matrice de conformité référence-t-elle la documentation relative à l'exigence ?						
Est-ce que la documentation donnée à l'autorité compétente lors de la demande d'agrément initial inclut la description de la procédure « comment les modifications qui ne requiert pas l'accord de l'autorité sont gérées et notifiées ? Comment l'AeMC définit si une modification nécessite l'approbation de l'autorité ou pas ? L'AeMC a-t-il définit la liste des modifications qui nécessitent une approbation de l'autorité et de la liste des modifications qui n'en nécessitent pas ? A quelle fréquence, l'AeMC a-t-il documenté l'envoi de la liste des modifications qui ne requièrent pas un accord de la DSAC ? Les changements proposés dans le GM1 ORA.GEN.130(a) sont-ils classés « nécessitant une approbation » ? Les listes existantes de changement potentiels au sein de l'AeMC sont-elles en adéquation avec le type d'activité de l'AeMC ? Le rôle du RSC / Chef du Centre AeMC dans la détermination majeure / mineure est-il défini ? (cas d'une modification non-listée). Quels critères sont évalués par le Chef du Centre AeMC ou RSC pour déterminer si la modification nécessite une approbation ? (changement significatif d'organisation, impact sur le fonctionnement de l'AeMC, évolution des règlements, ...) Quelles sont les dernières modifications effectuées dans l'AeMC ? Cohérence avec les listes ? les listes incluent-elles les modifications fréquentes de l'AeMC ? Procédure de modification de la documentation ? (amendement, diffusion) La documentation est-elle référencée de manière à assurer une traçabilité des changements ? (chaque changement implique une nouvelle version ou un nouvel amendement) Barre de modification pour tracer les modifications ? Résumé des modifications apportées par rapport aux versions précédentes Approbation interne ?						

FONCTIONNEMENT ET DOCUMENTATION Management system and Documentation		Documenté et mis en œuvre <i>Documented and Implemented</i>	Mis en œuvre, pas documenté <i>Implemented not Documented</i>	Documenté, pas mis en œuvre <i>Documented, not Implemented</i>	Pas documenté et pas mis en œuvre <i>Not Documented and Not Implemented</i>	Pas applicable <i>Not applicable</i>
Diffusion en interne et en externe ? Les versions des manuels en cours de validité sont-elles celles détenues par l'autorité ?						
Modification au sein de l'AeMC - Accord préalable requis <i>Changes to organisation - prior approval required</i>						
AAQ – D15	ORA.GEN.130 (a) (b)– « Modifications apportées à l'AeMC »					
Comment l'AeMC se conforme à cette exigence ? La documentation permet-elle de démontrer la conformité ? La matrice de conformité référence-t-elle la documentation relative à l'exigence ?						
Est-ce que l'AeMC gère les modifications nécessitant un accord préalable en fonction : - du certificat déposé auprès de l'autorité ; - de l'organisation qui prévient l'autorité avec toute la documentation pertinente - des modifications qui sont seulement actives à la réception de l'approbation de l'autorité ; - de l'organisation qui peut opérer en intérim sous conditions prévues par l'autorité ?						
Listes des modifications : L'AeMC a-t-il une procédure de gestion et de notification des modifications qui demandent une autorisation préalable ? Tous les changements possibles au sein de l'AeMC ont-ils été identifiés et pris en compte dans cette procédure ? La procédure inclut-elle l'étude du changement du point de vue de la sécurité (AMC1 ORA.GEN.200(a) (1) ;(2) ;(3) ;(5) §b) et AMC1 ORA.GEN.200 (a)(3) § e)) Les changements proposés dans le GM1 ORA.GEN.130(a) sont-ils classés « nécessitant une approbation » ? Comment les changements sont-ils vérifiés conformes en interne ? La fonction surveillance de conformité vérifie t-elle la conformité de manière indépendante avant la demande ? Vérification efficience de cette procédure. Demande à l'autorité par courrier accompagné : - d'une démonstration de conformité ? - d'une date attendue de mise en œuvre ? - de l'ensemble de la documentation impactée La demande est-elle envoyée dans un délai de 30 jours avant la date espérée de mise en œuvre (10j ouvrés pour les changements de personnes). Identification les changements qui peuvent avoir un impact sur la sécurité et qui nécessite une étude de risques ?						

FONCTIONNEMENT ET DOCUMENTATION Management system and Documentation		Documenté et mis en œuvre <i>Documented and Implemented</i>	Mis en œuvre, pas documenté <i>Implemented not Documented</i>	Documenté, pas mis en œuvre <i>Documented, not Implemented</i>	Pas documenté et pas mis en œuvre <i>Not Documented and Not Implemented</i>	Pas applicable <i>Not applicable</i>
- Changement de d'équipement, de matériel médical, de personnels d'encadrement de l'AeMC - Modification des procédures - Modification organisationnelles - Modification de l'activité de l'AeMC Quels sont les critères pris en compte pour évaluer les risques liés au changement ? Existe-t-il une échelle de valeurs pour classer les changements en fonction de la nature des risques associés ? L'identification des risques / études de sécurité pris en compte dans la procédure couvrant l'ORA.GEN.130 (gestion du changement ? Mise en œuvre Les changements majeurs ont-ils été mis en œuvre après la réception de l'approbation par l'autorité. ? Vérifier que les dernières modifications ont été gérées et notifiées conformément aux procédures ? Archivage des approbations de modification par l'Autorité ? Voir des exemples sur les cinq dernières années ?						
Modification au sein de l'AeMC - Sans accord préalable requis <i>Changes to organisation - prior approval not required</i>						
AAQ – D16	ORA.GEN.130 (a) (c)– « Modifications apportées à l'AeMC »					
Comment l'AeMC se conforme à cette exigence ? La documentation permet-elle de démontrer la conformité ? La matrice de conformité référence-t-elle la documentation relative à l'exigence ?						
Est-ce que l'AeMC gère les modifications ne nécessitant pas un accord préalable par l'autorité compétente en accord avec la procédure approuvée par l'autorité ? L'AeMC a-t-il une procédure de gestion et de notification des modifications qui ne demandent aucune autorisation préalable ? La procédure actuelle a-t-elle été approuvée par l'autorité ? Les changements proposés dans l'ORA.GEN.130 (a) ainsi que dans le GM1 ORA.GEN.130(c) sont-ils classés « ne nécessitant pas une approbation » ? La procédure inclut-elle l'étude du changement du point de vue de la sécurité (AMC1 ORA.GEN.200(a) (1) ;(2) ;(3) ;(5) §b) et AMC1 ORA.GEN.200 (a)(3) § e)) La procédure fait-elle des renvois vers des procédures plus spécifiques (intégration d'un nouvel AME classe 1 / classe 3, d'un nouveau médecin spécialiste, d'un nouveau matériel médical, ...)						

FONCTIONNEMENT ET DOCUMENTATION Management system and Documentation		Documenté et mis en œuvre <i>Documented and Implemented</i>	Mis en œuvre, pas documenté <i>Implemented not Documented</i>	Documenté, pas mis en œuvre <i>Documented, not Implemented</i>	Pas documenté et pas mis en œuvre <i>Not Documented and Not Implemented</i>	Pas applicable <i>Not applicable</i>
Comment les changements sont approuvés en interne ? Par qui ? La fonction surveillance de conformité vérifie-t-elle la conformité de manière indépendante avant la mise en application ? Quels sont les changements notifiés à l'autorité ? Comment ? Lesquels ne le sont pas ? Note : En cas d'absence d'une telle procédure, toutes les modifications doivent être considérées comme majeures et nécessiter une approbation préalable. Pour les AeMCs effectuant beaucoup de modifications mineures, un envoi trimestriel des modifications est jugé acceptable. Vérifier que les dernières modifications ont été gérées et notifiées conformément aux procédures ? Archivage des approbations de modification par l'Autorité ? Voir des exemples sur les cinq dernières années ? Archivage de l'approbation de la procédure ?						
Continuité de la validité <i>Continued validity</i>						
AAQ – D17	ORA.AeMC135 – « Continuité de la validité » AMC1 ORA.AeMC.135 – « Continuité de la validité »					
Comment l'AeMC se conforme à cette exigence ? La documentation permet-elle de démontrer la conformité ? La matrice de conformité référence-t-elle la documentation relative à l'exigence ?						
Est-ce que les AME de classe 1 ou 3 actant dans l'AeMC disposent d'un agrément à jour ? Ont-ils une activité qui leur permet de conduire un nombre adéquat d'examens de classe 1 et / ou classe 3 chaque année ? Est-ce que l'activité au sein de l'AeMC est-elle supérieure à 200 examens classe 1 et / ou classe 3 par an ? Si ce nombre est inférieur à 200, combien d'examens médicaux classe 2, personnels d'équipage de cabine ou bien équivalent classe 1, 2 ou 3 pour des Etats tiers sont réalisés chaque année par l'AeMC ? L'activité de recherche médicale incluant la publication d'études dans des revues savantes peut être acceptée comme contribution à l'expérience continue des AMEs et des AeMCs. En cas de suspension ou bien de révocation du certificat d'agrément, l'AeMC a-t-il documenté dans son système de gestion qu'il devra retourner l'original du certificat d'agrément à l'autorité de surveillance ?						
Réaction immédiate à un problème de sécurité <i>Immediate reaction to a safety problem</i>						
AAQ – D18	ORA.GEN.155(a)(b)– «Réaction immédiate à un problème de sécurité»					

FONCTIONNEMENT ET DOCUMENTATION Management system and Documentation		Documenté et mis en œuvre <i>Documented and Implemented</i>	Mis en œuvre, pas documenté <i>Implemented not Documented</i>	Documenté, pas mis en œuvre <i>Documented, not Implemented</i>	Pas documenté et pas mis en œuvre <i>Not Documented and Not Implemented</i>	Pas applicable <i>Not applicable</i>
Comment l'AeMC se conforme à cette exigence ? La documentation permet-elle de démontrer la conformité ? La matrice de conformité référence-t-elle la documentation relative à l'exigence ?						
Est-ce que l'organisme a une procédure en place décrivant la mise en œuvre des mesures mandatées par l'autorité sur les problèmes de sécurité ? L'AeMC a-t'il mis en œuvre des : - instructions de sécurité dans le domaine médical ; - des directives reçues de l'autorité compétente ?						
Comptes rendus - Exigences envers l'autorité <i>Reporting - Requirements towards the CA</i>						
AAQ – D19	ORA.GEN.160 (a) (b) « Compte rendu d'événement » Règlement (UE) n°376/2014 : Articles 4.1, 4.2, 4.6 et 4.7 Règlement (UE) n°1018/2015. ORA.AeMC.160 Reporting					
Comment l'AeMC se conforme à cette exigence ? La documentation permet-elle de démontrer la conformité ? La matrice de conformité référence-t-elle la documentation relative à l'exigence ?						
Est-ce que l'AeMC rapporte tous les événements dont il est informé et qui doivent être rapportés ? Est-ce que l'organisme rapporte d'autres circonstances qui a ou peut avoir engendrée des problèmes de sécurité sans être qualifiés d'accident ou d'incident grave ? Est-ce que l'AeMC rapporte aux médecins évaluateurs des statistiques concernant : - L'évaluation aéromédicale des demandeurs incluant des rapports de dépistages alcool et drogues conduits conformément au paragraphe MED.B.055 (b) ? - Tous les facteurs de risque pour la santé et tendances identifiées lors des évaluations aéromédicales ? Existe-t-il une procédure de notification à l'autorité des accidents / incidents, événements ? Utilisation du format défini par l'autorité ? Y a-t'il eu des évènements notifiés ? Dans l'affirmative, voir des exemples ? Les évènements sont-ils analysés en interne ? Vérifier les items définis en interne dans le règlement (UE) n°1018/2015.						
Compte rendu d'événement - Format du rapport						

FONCTIONNEMENT ET DOCUMENTATION Management system and Documentation		Documenté et mis en œuvre <i>Documented and Implemented</i>	Mis en œuvre, pas documenté <i>Implemented not Documented</i>	Documenté, pas mis en œuvre <i>Documented, not Implemented</i>	Pas documenté et pas mis en œuvre <i>Not Documented and Not Implemented</i>	Pas applicable <i>Not applicable</i>
<i>Occurrence reporting - Report format</i>						
AAQ – D20	ORA.GEN.160 (c) « Compte rendu d'événement » (UE) N° 376/2014 : Article 7.1					
Comment l'AeMC se conforme à cette exigence ? La documentation permet-elle de démontrer la conformité ? La matrice de conformité référence-t-elle la documentation relative à l'exigence ? Est-ce que l'organisme utilise le format du compte rendu d'événement établi par l'autorité ? Le format utilisé correspond-t-il à celui de la DSAC ?						
Compte rendu d'événement - Temps <i>Occurrence reporting - Time</i>						
AAQ – D21	ORA.GEN.160 (d) « Compte rendu d'événement » (UE) N° 376/2014 : Article 4.8					
Comment l'AeMC se conforme à cette exigence ? La documentation permet-elle de démontrer la conformité ? La matrice de conformité référence-t-elle la documentation relative à l'exigence ? Est-ce que l'AeMC envoie le compte-rendu d'événement dès que possible et en moins de 72 heures qui suivent l'identification des circonstances auxquelles il est fait référence dans le compte-rendu, sauf si des événements exceptionnels l'en empêchent ? Le délai de 72h pour les événements obligatoires est-il respecté ?						
Compte rendu de suivi <i>Occurrence reporting follow up</i>						
AAQ – D22	ORA.GEN.160 (e) « Compte rendu d'événement » (UE) N° 376/2014 : Articles 13.1 et 13.4					
Comment l'AeMC se conforme à cette exigence ? La documentation permet-elle de démontrer la conformité ? La matrice de conformité référence-t-elle la documentation relative à l'exigence ? Est-ce que l'organisme produit un compte rendu de suivi pour fournir les détails des actions prises pour prévenir les événements similaires dans le futur ?						

FONCTIONNEMENT ET DOCUMENTATION Management system and Documentation		Documenté et mis en œuvre <i>Documented and Implemented</i>	Mis en œuvre, pas documenté <i>Implemented not Documented</i>	Documenté, pas mis en œuvre <i>Documented, not Implemented</i>	Pas documenté et pas mis en œuvre <i>Not Documented and Not Implemented</i>	Pas applicable <i>Not applicable</i>
Les événements sont-ils analysés en interne ? L'organisme établit-il un compte rendu de suivi afin de détailler les actions qu'il a l'intention de prendre en compte ? Ce compte-rendu de suivi ainsi que le rapport préliminaire sont-ils transmis à l'autorité sous 30 jours après la notification ? Les reports d'événements conduisent-ils à des actions d'investigation ? Vérification de l'existence d'une procédure d'atténuation des risques Vérification de l'efficacité de cette procédure.						
Publication d'articles de recherche Aéromédicales <i>Publication of Aero-medical papers</i>						
AAQ – D23	GM1 ORA.AEMC.200 – « Système de gestion »					
Comment l'AeMC se conforme à cette exigence ? La documentation permet-elle de démontrer la conformité ? La matrice de conformité référence-t-elle la documentation relative à l'exigence ?						
Dans le cas où un AeMC mène des activités de recherche dans le domaine Aéromédical, le système de gestion mis en place devrait inclure des processus pour documenter cette recherche et publier les résultats ? - Une activité recherche est-elle en place au sein de l'AeMC ? - Cette activité recherche est-elle documentée dans le manuel du système de gestion ? - La publication d'articles ou bien d'études de recherche est-elle également documentée ?						
ARCHIVAGES Records		Documenté et mis en œuvre <i>Documented and Implemented</i>	Mis en œuvre, pas documenté <i>Implemented, not Documented</i>	Documenté, pas mis en œuvre <i>Documented, not Implemented</i>	Pas documenté et pas mis en œuvre <i>Not Documented and Not Implemented</i>	Pas applicable <i>Not applicable</i>
Archivage - Stockage adéquat et traçabilité fiable <i>Record keeping – adequate storage and reliable traceability</i>						

FONCTIONNEMENT ET DOCUMENTATION Management system and Documentation		Documenté et mis en œuvre <i>Documented and Implemented</i>	Mis en œuvre, pas documenté <i>Implemented not Documented</i>	Documenté, pas mis en œuvre <i>Documented, not Implemented</i>	Pas documenté et pas mis en œuvre <i>Not Documented and Not Implemented</i>	Pas applicable <i>Not applicable</i>
AAQ –R1	ORA.GEN.220 (a) – « archivage » ORA-AeMC.220 (a) et (b)					
Comment l'AeMC se conforme à cette exigence ? La documentation permet-elle de démontrer la conformité ? La matrice de conformité référence-t-elle la documentation relative à l'exigence ? ----- Est-ce que le système d'archivage permet un stockage adéquat et une traçabilité fiable de toutes les activités conduites, couvrant plus particulièrement tous les éléments de l'ORA.GEN.200 ? Procédure d'archivage des documents de l'AeMC ? - Personne chargée de la tenue des dossiers ? - Lieu et durée d'archivage ? - Le RSC vérifie-t-il les dossiers lors de ses audits/inspections ? Liste des documents à archiver ? - Documents liés à la Surveillance de Conformité : CR d'audits, plans d'actions correctives, ... - Documents liés au SGS : Identification des dangers, manuel SGS - Manuel d'organisation, procédures - Documents administratifs divers de l'AeMC - Dossiers du personnel (formations, ...) - Dossiers médicaux PN et ATCO Vérifier l'archivage des précédentes versions des manuels du système de gestion de l'AeMC - La procédure est-elle respectée ? - Exemple : version d'un manuel en vigueur il y a 5 ans Est-ce que le système d'archivage permet un stockage adéquat et une conservation du détail des examens médicaux conduits pour la délivrance, la prorogation et le renouvellement ainsi que leur résultat, pour une période minimale de 10 années après la date du dernier examen ? <u>La confidentialité médicale permanente est-elle assurée pour les dossiers archivés ?</u> <u>Cette confidentialité médicale est-elle documentée dans le manuel de gestion de l'AeMC ?</u>						

FONCTIONNEMENT ET DOCUMENTATION Management system and Documentation		Documenté et mis en œuvre <i>Documented and Implemented</i>	Mis en œuvre, pas documenté <i>Implemented not Documented</i>	Documenté, pas mis en œuvre <i>Documented, not Implemented</i>	Pas documenté et pas mis en œuvre <i>Not Documented and Not Implemented</i>	Pas applicable <i>Not applicable</i>
Archivage - format <i>Record keeping – format</i>						
AAQ –R2	ORA.GEN.220 (b) – « archivage »					
Comment l'AeMC se conforme à cette exigence ? La documentation permet-elle de démontrer la conformité ? La matrice de conformité référence-t-elle la documentation relative à l'exigence ?						
Est-ce que le format des dossiers est défini dans les procédures de l'AeMC ? Quel est le support choisi pour l'archivage ? - Accessible dans un délai raisonnable ? - Organisé de manière à assurer la traçabilité et la récupération ? Support informatique, GED ? - Réseau avec back-up mis à jour toutes les 24 heures ? - Back-up situé dans un autre endroit ? Support papier ? - Utilisation de matériel robuste (classeurs...) ? - Autres supports ?						
Archivage - Protection <i>Record keeping - Protection</i>						
AAQ –R3	ORA.GEN.220 (b) – « archivage »					
Comment l'AeMC se conforme à cette exigence ? La documentation permet-elle de démontrer la conformité ?						

FONCTIONNEMENT ET DOCUMENTATION Management system and Documentation		Documenté et mis en œuvre <i>Documented and Implemented</i>	Mis en œuvre, pas documenté <i>Implemented not Documented</i>	Documenté, pas mis en œuvre <i>Documented, not Implemented</i>	Pas documenté et pas mis en œuvre <i>Not Documented and Not Implemented</i>	Pas applicable <i>Not applicable</i>
La matrice de conformité référence-t-elle la documentation relative à l'exigence ?						
Est-ce que les dossiers sont stockés de manière à en assurer la protection contre les dommages, l'altération et le vol ? - Comment les documents archivés sont-ils protégés du feu ? - Comment les documents archivés sont-ils protégés d'un dégât des eaux ? - Comment les documents archivés sont-ils protégés du vol ?						
Installations <i>Facilities requirements</i>						
AAQ -F1	ORA.GEN.215 – « Exigences en termes d'installations » ORA.AeMC.215 – « Exigences en termes d'installations »					
Comment l'AeMC se conforme à cette exigence ? La documentation permet-elle de démontrer la conformité ? La matrice de conformité référence-t-elle la documentation relative à l'exigence ?						
L'AeMC dispose-t-il d'installations permettant l'exécution et la gestion de toutes les tâches et activités planifiées conformément aux exigences applicables ? Plus précisément, dispose-t-il d'installations médico-techniques adéquates permettant la réalisation d'examens aéromédicaux nécessaires pour l'exercice des privilèges inclus dans le cadre de l'agrément classe 1 et / ou classe 3 ? L'AeMC dispose-t-il d'installations adéquates pour l'activité ? Voir le plan des locaux / visite des locaux Contrat de location / mise à disposition des locaux (si applicable) / contrat de bail ? Attestations d'assurance dont l'AeMC est détenteur : - Assurance des locaux ; - Assurance des locaux pour la pratique aéromédicale ; - Assurance responsabilité civile des AME Autorisation d'établissement recevant du Public (ERP) Le dimensionnement des différentes pièces de passage des PN et ATCO est-il suffisant par rapport au volume d'activité de l'AeMC ? Salle d'accueil des PN et ATCO : Taille et nombre de places assises en nombre suffisant ?						

FONCTIONNEMENT ET DOCUMENTATION Management system and Documentation	Documenté et mis en œuvre <i>Documented and Implemented</i>	Mis en œuvre, pas documenté <i>Implemented not Documented</i>	Documenté, pas mis en œuvre <i>Documented, not Implemented</i>	Pas documenté et pas mis en œuvre <i>Not Documented and Not Implemented</i>	Pas applicable <i>Not applicable</i>
Bureau de planification des rendez-vous pour les visites PN et ATCO : personnel en nombre suffisant ? Pièces utilisées par les médecins spécialistes pour les consultations : Taille de la pièce, éclairage diurne et nocturne, propreté, vétusté, fonctionnement du matériel mis à disposition, matériel manquant, bureau des médecins, bibliothèque, ... Lieux d'attente pour les PN et ATCO, avant chaque consultation de spécialiste : Taille suffisante ? Sièges en nombre suffisant au regard de l'activité du Centre ? Salle techniques, salles d'examens cliniques, laboratoires d'analyse médicales : En nombre suffisant ? Personnels en nombre suffisants ? Matériels adéquates y compris pour les examens d'urine et sanguins ? Autres examens ? Bureaux des médecins ainsi que des personnels médicaux, techniques et administratifs. Existence au sein de l'AeMC d'une bibliothèque de référence mise à disposition pour les médecins couvrant l'ensemble les différentes spécialités de médecine aéronautique et spatiale, avec revues, ouvrages, et publications de recherche couvrant les différents domaines et spécialités de médecine aéronautique et spatiale. Les installations mises en place par l'AeMC permettent-elles de garantir en permanence la confidentialité médicale ?					

EQUIPEMENTS -INSTALLATIONS Facilities		Documenté et mis en œuvre <i>Documented and Implemented</i>	Mis en œuvre, pas documenté <i>Implemented, not Documented</i>	Documenté, pas mis en œuvre <i>Documented, not Implemented</i>	Pas documenté et pas mis en œuvre <i>Not Documented and Not Implemented</i>	Pas applicable <i>Not applicable</i>
Installations <i>Facilities requirements</i>						
AAQ-F2	AMC1 ORA.AeMC.215 – « Exigences en termes d'installations »					
Comment le Centre Aéromédical se conforme à cette exigence ? La documentation permet-elle de démontrer la conformité ? La matrice de conformité référence-t-elle la documentation relative à l'exigence ?						
L'équipement disponible dans les locaux de l'AeMC comprend-il les équipements nécessaires à la pratique de la médecine générale ? L'équipement disponible dans les locaux de l'AeMC comprend-il également les équipements permettant de réaliser les examens suivants ? Les installations médico-techniques d'un AeMC doivent comprendre l'équipement d'un cabinet médical généraliste et, en outre, l'équipement nécessaire pour : (a) Cardiologie Installations permettant d'effectuer : (1) un ECG de repos à 12 dérivations ; (b) Ophtalmologie Installations permettant l'examen : (1) de la vision de près, intermédiaire et de loin ; (2) l'œil externe, l'anatomie, les milieux oculaires et la fundoscopie ; (3) la motilité oculaire ; (4) la vision binoculaire ; (5) la vision des couleurs (anomaloscopie ou équivalent) ; (6) les champs visuels ; (7) la réfraction ; (8) l'hétérophorie ; et (9) la sensibilité au contraste, y compris dans des conditions mésopiques avec et sans éblouissement. (c) Audition (1) audiomètre à tonalités pures						

EQUIPEMENTS -INSTALLATIONS Facilities			Documenté et mis en œuvre <i>Documented and Implemented</i>	Mis en œuvre, pas documenté <i>Implemented, not Documented</i>	Documenté, pas mis en œuvre <i>Documented, not Implemented</i>	Pas documenté et pas mis en œuvre <i>Not Documented and Not Implemented</i>	Pas applicable <i>Not applicable</i>
(d) Oto-rhino-laryngologie (ORL) Installations pour l'examen clinique de la bouche et de la gorge et : (1) otoscopie ; (2) rhinoscopie ; (3) tympanométrie ou équivalent ; et (4) évaluation clinique du système vestibulaire (e) Examen de la fonction pulmonaire (1) spirométrie (f) Les équipements suivants doivent être disponibles au sein du centre aéromédical (AeMC) ou mis à disposition par le biais d'activités sous-traitées : (1) laboratoires cliniques ; et (2) échographie abdominale ; (3) ECG d'effort ; (4) surveillance du rythme cardiaque sur 24 heures ; (5) surveillance de la pression artérielle sur 24 heures ; et (6) évaluation de la santé mentale, y compris les tests psychométriques. (g) Hémoglobinomètre (examen conseillé en l'absence de NFS) (h) Equipements médicaux permettant de pratiquer les investigations requises pour les normes médicales complémentaires obligatoires déterminées selon l'aéronef, la nature des opérations envisagées, ainsi que la catégorie professionnelle des personnels navigants d'essais et de réceptions :							
NORME	TYPE D'AERONEF	INVESTIGATIONS PRATIQUEES					
A	« Siège éjectable »	Mensurations segmentaires. Biométrie : poids/ taille. Examen radiologique du rachis. Examen clinique du rachis.					
H	Hélicoptère	Examen radiologique du rachis. Examen clinique du rachis.					
M	Accélérations > 4Gz	Bilan médical cardiovasculaire, visuel et oto-rhino-laryngologique. Dosage de l'hémoglobine. Bilan biologique.					

EQUIPEMENTS -INSTALLATIONS Facilities		Documenté et mis en œuvre <i>Documented and Implemented</i>	Mis en œuvre, pas documenté <i>Implemented, not Documented</i>	Documenté, pas mis en œuvre <i>Documented, not Implemented</i>	Pas documenté et pas mis en œuvre <i>Not Documented and Not Implemented</i>	Pas applicable <i>Not applicable</i>
Installations <i>Facilities requirements</i>						
AAQ-F3	ORA.AeMC.200 (b) – « Système des gestion »					
Comment le Centre Aéromédical se conforme à cette exigence ? La documentation permet-elle de démontrer la conformité ? La matrice de conformité référence-t-elle la documentation relative à l'exigence ?						
Le cheminement emprunté par les PN et ATCO dans le parcours de consultation ainsi que les locaux de l'AeMC garantissent-ils toujours <u>une confidentialité médicale totale</u> des informations ainsi que des dossiers PN et ATCO ?						
Activités sous-traitées - Certifiées <i>Contracted activities - certified</i>						
AAQ -F4	ORA.GEN.205 (a) – « Activités sous-traitées » ORA.AeMC.205 – « Activités sous-traitées » AMC1 ORA.AeMC.205					
Comment le Centre Aéromédical se conforme à cette exigence ? La documentation permet-elle de démontrer la conformité ? La matrice de conformité référence-t-elle la documentation relative à l'exigence ?						
Est-ce que l'activité sous-traitée pour l'AeMC est certifiée ? Une liste des sous-traitants a-t-elle été établie ? Définition « sous-traitant » au sens de l'ORA.GEN.205 : un fournisseurs fournit un produit alors qu'un sous-traitant fournit un service. <u>Sous-traitance</u> : Existe-t-il un contrat de sous-traitance ? Dans l'affirmative, celui-ci est-il inséré dans le manuel du système de gestion ? Si le sous-traitant est certifié (ORA.GEN.205 a)) :						

EQUIPEMENTS -INSTALLATIONS Facilities		Documenté et mis en œuvre <i>Documented and Implemented</i>	Mis en œuvre, pas documenté <i>Implemented, not Documented</i>	Documenté, pas mis en œuvre <i>Documented, not Implemented</i>	Pas documenté et pas mis en œuvre <i>Not Documented and Not Implemented</i>	Pas applicable <i>Not applicable</i>
Les certificats sont-ils disponibles dans la documentation du Centre Aéromédical ? Validité du certificat et privilèges ? <i>Note : L'auto-entreprise s'analyse comme de la sous-traitance :</i> <i>Le poste de Chef du Centre Aéromédical ne peut pas être confié à une personne qui intervient en tant que sous-traitant (il n'est en effet pas possible de sous-traiter une responsabilité).</i> <i>Le lien de subordination requis par la réglementation s'établit au travers du contrat entre le donneur d'ordre et l'auto-entrepreneur qui est son sous-traitant.</i> <i>L'activité sous-traitée s'effectue sous couvert de l'approbation de l'AeMC donneur d'ordre.</i> <i>Le contrat doit s'exécuter en conformité avec les manuels du Centre Aéromédical.</i> La standardisation, la formation, et le maintien de compétence des médecins spécialistes de l'éventuel sous-traitant doivent se faire en conformité avec le contenu des manuels du Centre Aéromédical. Pour ce qui concerne l'éventualité de paiement en direct des médecins par les PN et ATCO, cette situation n'est pas acceptable car plus rien ne rattache alors les PN et ATCO à l'AeMC. Si un contrat de sous-traitance a été établi, l'AeMC a-t-il établi une déclaration écrite stipulant que son sous-traitant, à qui il a contracté les examens et évaluations médicales, seront conduits sur la base des exigences du règlement UE n°1178/2011 ? <u>Filiales :</u> Vérifier : - La présence des documents administratifs dans la documentation ; - L'existence de contrats de mise à disposition des moyens.						
Activités sous-traitées - Non certifiées <i>Contracted activities - Not certified</i>						
AAQ –F5	ORA.GEN.205 (b) – « Activités sous-traitées »					
Comment le Centre Aéromédical se conforme à cette exigence ? La documentation permet-elle de démontrer la conformité ? La matrice de conformité référence-t-elle la documentation relative à l'exigence ?						
Est-ce que le Centre Aéromédical s'assure que l'activité sous-traitée est conforme avec leur agrément ainsi qu'avec les exigences applicables ? Si le sous-traitant n'est pas certifié (ORA.GEN.205 b)) : L'Autorité a-t-elle accès au sous-traitant ? Activité sous-traitée prise en compte dans la documentation de l'AeMC (locations de matériels médicaux, appareils de mesure médicaux,...)						

EQUIPEMENTS -INSTALLATIONS Facilities		Documenté et mis en œuvre <i>Documented and Implemented</i>	Mis en œuvre, pas documenté <i>Implemented, not Documented</i>	Documenté, pas mis en œuvre <i>Documented, not Implemented</i>	Pas documenté et pas mis en œuvre <i>Not Documented and Not Implemented</i>	Pas applicable <i>Not applicable</i>
L'AeMC est-il donneur d'ordre de l'activité sous-traitée (ex : à définir) L'activité sous-traitée est-elle clairement prise en compte dans le système de gestion de l'AeMC ? Dans l'affirmative, des audits internes de ces activités sous-traitées ont-ils été réalisés, sont-ils planifiés ? Un tableau des risques a-t-il été établi par ce sous-traitant ?						
Activités sous-traitées - Accès <i>Contracted activities - access</i>						
AAQ –F6	ORA.GEN.205 (b) – « Activités sous-traitées »					
Comment le Centre Aéromédical se conforme à cette exigence ? La documentation permet-elle de démontrer la conformité ? La matrice de conformité référence-t-elle la documentation relative à l'exigence ?						
Est-ce que l'AeMC s'assure que le sous-traitant donne l'accès à l'autorité pour l'audit de la partie sous-traitée ?						



Direction générale de l'Aviation civile
Direction de la Sécurité de l'Aviation civile
50, rue Henry Farman
75720 PARIS CEDEX 15
Tél. : +33 (0)1 58 09 43 21
www.ecologie.gouv.fr