



# DOSSIER DE DEMANDE D'AGREMENT AUX FINS D'EXERCER UNE ACTIVITE DE TRANSPORTS SANITAIRES

#### **REFERENCES TEXTUELLES:**

Articles R. 6312-6 à R. 6312-23 et R. 6312-33 à R. 6312-43 du Code de la santé publique.

Arrêté du 21 décembre 1987, arrêté du 12 décembre 2017.

#### **ENVOI/DEPOT DU DOSSIER DE DEMANDE:**

Le dossier complet de demande d'agrément devra être impérativement :

- soit déposé à l'accueil de la Délégation départementale de l'ARS compétente contre récépissé ;
- soit transmis par voie postale <u>avec accusé de réception</u> à l'adresse de la Délégation départementale de l'ARS compétente.

## **CONTACTS ARS BRETAGNE**

#### Délégation départementale des Côtes d'Armor

Sophie RANNOU: 02 96 78 61 72 Anne CHARLES: 02 96 78 86 53

Adresse: 12, rue de Paimpont - CS 82152 - 22000 SAINT BRIEUC

sophie.rannou@ars.sante.fr anne.charles@ars.sante.fr

ars-dd22-transports-sanitaires@ars.sante.fr

#### Délégation départementale du Finistère

Béatrice LASTENNET : 02 98 64 58 30

Adresse: 5 Venelle de Kergos - 29324 QUIMPER ars-dd29-transport-sanitaire@ars.sante.fr

Délégation départementale du Morbihan

Anaelle KERNEIS : 06 66 56 61 22 Elise DE GRIMAL : 06 67 53 09 41

Adresse: 32 Boulevard de la Résistance - CS 72283- 56008 VANNES CEDEX

ars-dd56-professions-de-sante@ars.sante.fr

#### Délégation départementale d'Ille et Vilaine

Molka NOUIRA-HALEVY: 06 59 23 28 03

Claire LIVONNET: 07 62 00 85 81

Adresse: 3 place du Général Giraud – 35042 RENNES CEDEX

ars-dd35-transports-sanitaires@ars.sante.fr

#### PIECES ADMINISTRATIVES A FOURNIR

Arrêté du 21 décembre 1987 relatif à la composition du dossier d'agrément des personnes effectuant des transports sanitaires terrestres et au contrôle des véhicules affectés aux transports sanitaires

Les conditions de délivrance de l'agrément reposent sur des conditions de personnels, de véhicules et d'installations matérielles.

- Préalable à la demande d'agrément : le transporteur doit être en possession des autorisations de mise en circulation de véhicules de transports sanitaires (cf Dossier de demande d'autorisation de mise en service de véhicule de transports sanitaires – hors SMUR)
- **Une lettre de demande d'agrément** adressé au Directeur général de l'ARS expliquant le projet, les motivations du transporteur, la date de prise d'effet souhaité <u>et les pièces suivantes concernant la personne qui demande l'agrément et les locaux de l'entreprise.</u>
- Conformément à l'article R 6312-1, l'agrément du Directeur Général de l'ARS sera délivré dans un délai maximum de 4 mois à compter du dépôt du dossier complet par le demandeur.

#### 1. Renseignements concernant la personne qui demande l'agrément

#### Le gérant

Renseigner Fiche n°1 du dossier d'agrément : renseignements concernant la personne qui demande l'agrément (annexée au présent dossier pages 8 et 9) et joindre les pièces suivantes :

- L'extrait de casier judiciaire n° 3 datant de moins de 3 mois de la ou des personne(s) responsable(s),
- Une copie du procès-verbal de l'assemblée générale nommant le ou les gérants.
  - La société
- L'original de l'extrait Kbis sans activité du greffe du Tribunal de Commerce dont dépend la société ou une déclaration de constitution de dépôt de dossier sans activité de la Chambre des Métiers et de l'Artisanat,
- Une copie des statuts ou de l'extrait du répertoire des métiers.

#### 2. Renseignements concernant les locaux de l'entreprise.

Renseigner Fiche n°2 du dossier d'agrément : Attestation sur l'honneur de conformité des installations matérielles par site d'implantation (annexée au présent dossier page 11), et joindre les pièces suivantes :

- o Le local d'accueil
- 🏶 Le plan
- Photographies de l'enseigne ou de la plaque signalétique extérieure

- Une copie du bail commercial,
- Une copie du contrat téléphonique & télécopie,

#### Le local de désinfection, d'entretien et de maintenance

- Le plan (si différent du local d'accueil)
- Les protocoles de nettoyage et désinfection affichés dans les locaux
- Une copie du bail commercial ou du droit de propriété du local de désinfection (si différent du local d'accueil),

#### L'aire de stationnement

- Une copie du bail commercial ou du droit de propriété de l'aire,
- Le plan de l'aire de stationnement et sa capacité dont un espace couvert pour au moins une ambulance.

Une visite de conformité du local pourra être effectuée par les agents de la Délégation Départementale avant présentation pour information au sous-comité des transports sanitaires.

#### 3. Renseignements techniques concernant les véhicules

Renseigner la Fiche n°3 du dossier d'agrément : Liste des véhicules de transports sanitaires mis en service (annexée au présent dossier pages 11 et 12) et joindre les pièces suivantes :

- Pour les véhicules de catégorie A Ambulance de Secours et de Soins d'Urgence (A.S.S.U.) Type « B » Norme EN 1789 et pour les véhicules de catégorie C Ambulance-Type « A » Norme EN 1789.
  - Document administratif justifiant de la cession du véhicule à une autre société de transports sanitaires terrestres (compromis de cession de fonds de commerce) ou promesse de vente du véhicule ainsi que son droit d'usage (uniquement dans le cas d'achat de véhicules sans l'entreprise),
  - Copie recto-verso de la carte grise,
  - Copie du bail de location (si la carte grise est au nom d'une société de crédit),
  - Copie du certificat de conformité établi par le fabricant ou le carrossier¹,
  - Copie du contrôle technique (si le véhicule a plus d'un an),
  - Copie de l'autorisation de mise en service du véhicule cédé.
- Pour les véhicules de catégorie D Véhicule Sanitaire Léger (V.S.L.).
  - Document administratif justifiant de la cession du véhicule à une autre société de transports sanitaires terrestres (compromis de cession de fonds de commerce) ou promesse de vente du véhicule ainsi que son droit d'usage (uniquement dans le cas d'achat de véhicules sans l'entreprise),
  - Copie recto-verso de la carte grise,
  - Copie du bail de location (si la carte grise est au nom d'une société de crédit),
  - Copie du contrôle technique (si le véhicule a plus d'un an),
  - Copie de l'autorisation de mise en service du véhicule cédé.

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup> La certification est exigible pour tous les véhicules dont la première mise en circulation intervient après le 1<sup>er</sup> janvier 2011.

# 4. Renseignements concernant le personnel – les équipages de l'entreprise de transports.

Renseigner la Fiche n°4 du dossier d'agrément : Listing des personnes composant les équipages des véhicules par site d'implantation (annexée au présent dossier page 13) et joindre les pièces suivantes :

#### Pour les ambulanciers :

- Copie recto-verso du permis de conduire de catégorie B de plus de 3 ans, ou 2 ans pour conduite accompagnée,
- Attestation préfectorale d'aptitude à la conduite d'ambulance après examen médical effectué dans les conditions définies à l'article R. 221-10 du Code de la route,
- Certificat médical de non-contre-indications à la profession d'ambulancier délivré par un médecin agréé (absence de problèmes locomoteurs, psychiques, d'un handicap incompatible avec la profession : handicap visuel, auditif, amputation d'un membre...),
- Copie du diplôme d'Etat Ambulancier ou équivalent
- Pour les D.E.A: Attestation de Formation aux Gestes et Soins d'Urgences (AFGSU) de niveau 2, à fournir tous les 4 ans
- Certificat médical d'immunisation et de vaccinations obligatoires conforme à la réglementation en vigueur fixant les conditions d'immunisation des professionnels de santé en France cf fiche n°5 du dossier d'agrément : attestation médicale d'immunisation et de vaccination obligatoire (annexée au présent dossier pages 14 et 15).

#### Pour les auxiliaires ambulanciers :

- Copie recto-verso du permis de conduire de catégorie B de plus de 3 ans, ou 2 ans pour conduite accompagnée,
- \* Attestation préfectorale d'aptitude à la conduite d'ambulance après examen médical effectué dans les conditions définies à l'article R. 221-10 du Code de la route,
- Certificat médical de non-contre-indications à la profession d'ambulancier délivré par un médecin agréé (absence de problèmes locomoteurs, psychiques, d'un handicap incompatible avec la profession : handicap visuel, auditif, amputation d'un membre...),
- Certificat médical d'immunisation et de vaccinations obligatoires conforme à la réglementation en vigueur fixant les conditions d'immunisation des professionnels de santé en France
- Attestation de Formation aux Gestes et Soins d'Urgences (AFGSU) de niveau 2, à fournir tous les 4 ans (pour les auxiliaires ambulanciers formés à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2011).

#### Pour les auxiliaires en poste avant le 1er janvier 2011

- Copie des titres de formation (AFPS, BNS, BNPS, PSC 1 ou formation équivalente...):
- \* Attestation de l'employeur précédant la période de changement (date d'entrée et de sortie ainsi que la fonction occupée).

Pour les ambulanciers et les auxiliaires ambulanciers en fonction avant le 1<sup>er</sup> janvier 2011, la formation AFGSU et son actualisation sont fortement recommandées.

#### Pour les auxiliaires en poste depuis le 1er janvier 2011 :

Attestation de formation de 70 heures avec évaluation des compétences acquises. Cette formation porte sur l'hygiène, la déontologie, les gestes de manutention et les règles du transport sanitaire et inclut la formation permettant l'obtention de l'attestation de formation aux gestes et soins d'urgence de niveau 2.

Cette formation est délivrée par les instituts de formation autorisés pour la formation au diplôme d'ambulancier. A noter que cette formation de 70 heures n'est pas obligatoire pour les professionnels exerçant dans une entreprise de transport sanitaire terrestre avant le 1<sup>er</sup> janvier 2011 et pour les professionnels exerçant moins de trois mois.

#### Pour les auxiliaires exerçant moins de trois mois :

Copie des titres de formation (AFPS, BNS, BNPS, PSC 1 ou formation équivalente...)

<u>Pour les cas particuliers</u> (conducteurs d'ambulance, sapeurs-pompiers ou professions de santé réglementée par le CSP) : contacter la délégation départementale compétente.

- La tenue professionnelle
- Facture des tenues professionnelles composées d'un pantalon, un haut au choix de l'entreprise, un blouson (le tout de couleur blanche ou bleue), en deux exemplaires au minimum par employé.

Toutes modifications apportées aux éléments constitutifs du dossier (après obtention de l'agrément) doivent être communiquées sans délai à la Délégation départementale de l'ARS, qui s'assure qu'elles ne remettent pas en cause l'agrément.

#### Rappel des conséquences et obligations découlant de l'agrément :

Seules les entreprises de transports sanitaires ayant fait l'objet de l'agrément ont <u>droit à l'appellation</u> <u>d'entreprises d'ambulances agréées</u>.

#### Les obligations des personnes titulaires de l'agrément :

-Soumettre les véhicules affectés aux transports sanitaires au contrôle des services de l'ARS suivant les modalités fixés par arrêté (article R. 6312-4 du CSP).

Le transport est effectué dans le respect du libre choix du malade et sans discrimination d'aucune sorte entre les malades (article R. 6312-16 du CSP).

- -Tenir constamment à jour la liste des membres de leur personnel composant les équipages des véhicules, en précisant leur qualification. Cette liste doit être adressée annuellement à l'ARS. La même Agence doit être avisée sans délai de toute modification de la liste (article R. 6312-17).
- -Les entreprises de transports sanitaires agréées pour l'accomplissement des deux types de transports mentionnées à l'article R. 6312-11 sont tenues de participer à la garde départementale en fonction de leurs moyens matériels et humains (article R.6312-19 du CSP).



# Renseignements concernant la personne qui demande l'agrément

# Nom de la personne qui demande l'agrément : Adresse:.... ..... Code postal:..... Adresse mail:..... Tél.:..... Fax:.... Raison sociale: ..... Le ou les gérants : Adresse de chaque lieu d'implantation / de chaque local de l'entreprise de transports sanitaires en précisant leur usage : Un plan général des locaux est à fournir. Le local d'accueil des patients ou de leur famille : ..... Code postal:..... Tél. :..... Fax:..... Autre local d'accueil Adresse: ..... Code postal :..... Tél.:.... Fax:..... Le local de désinfection, d'entretien et de maintenance : Adresse:..... Code postal: Tél. :.....

Fax:

# Fiche n° 1 du dossier d'agrément

# L'aire de stationnement :

Adress	se							
	oostal :							
101								
	Autres impla	ntations /	locaux :					
Forme	d'exploitation :							
0	Artisan							
0	Association ou s	ociété						
0	Autre :							
(Ve	euillez préciser S.	A. ou S. A.	R. L. ou E	i. U. R. L.)				
<u>Catég</u>	orie de transpor	ts pour laq	uelle l'agr	<u>ément es</u>	t deman	<u>dé</u> :		
11 4 -1								
ii est a	emandé pour l'ac	complissen	nent (coche	er ia case	correspo	indante) :	•	
0	Des transports s	sanitaires e	ffectués da	ıns le cad	re de l'ai	de médic	ale urgent	e et des
	transports sanita							
	médicale.							
	Doc transports	conitaires	offootuóo	dono lo	andra d	o l'oido	mádicala	urgonto
0	Des transports seulement.	Sariilaiies	enecides	ualis le	caule u	e raiue	medicale	urgente
	<u>oodioinioini</u> .							
				Fait à			lo	
				rail a			, le	
				Signature	e gérant :			
				-	-			



# Fiche n° 2 du dossier d'agrément

# Attestation sur l'honneur de conformité des installations matérielles par site d'implantation

Nom de l'entreprise :		·	
Représentant(s) légal (légaux) :			_
Adresse :			
Lieu d'implantation du local :			
Nom commercial :			_
N°, rue, lieu-dit :	·		
Code postal : Ville :		_ Télécopie :	_
Téléphone : Adres	sse mail :		_
Réponse directe Système de renvoi au service	Hors garde □ OUI □ NON		
de garde ou autre bureau	□ OUI □ NON	□ OUI □ NON	
Date de mise en exploitation demande  Caractéristiques des locaux :	ée:	JOINDRE IMPERATION  - Les plans des différents locate  - Les contrats ou baux de locate  - Des photographies de l'enseit plaque signalétique extérieure  - Les protocoles de nettoyage affichés dans les locaux  - Un extrait du registre du com sociétés à jour	ux, tion, gne ou de la , et désinfection
Local d'accueil des patients of le la			
<ul> <li>Présence d'une plaque ou d'</li> <li>Affichage lisible de l'extérieure alternatives aux jours et heu</li> <li>Electricité:</li> <li>Local commun à plusieurs er</li> <li>Si oui, nom des autres er</li> </ul>	r pour les heures d'acc ures d'ouverture ntreprises :		-
<ul> <li>Accessibilité aux personnes :</li> </ul>	à mobilité réduite	□ OUI □ NON	
<ul> <li>Existence de locaux de désinguéhicules : □ OUI □ NON 1</li> <li>○ Avec présence d'un point d'e</li> <li>○ Avec présence d'une aire de (si non accès équipement pu</li> </ul>	Nombre :eau : lavage des véhicules :		
Avec présence de prises élec	•	□ OUI □ NON	_



# Fiche n° 2 du dossier d'agrément

0	Avec affichage d'un protocole de d Adresse (si différente) :			□ NON
0	Si partagé avec d'autres entrepris			
>	Aires de stationnement suffisant	es pour le nombre de vé	hicules e	exploités et
	munies d'un espace couvert pou			
			□ OUI	□ NON
0	Nombre de places de stationnemer	t extérieures		
0	Nombre de places de stationnemer			
0	Adresse (si différente) :			
0	Si partagé avec d'autres entreprises	s, indiquer les noms :		
>	N° d'immatriculation des véhicule	es rattachés au site		
Représer	gné ou nous soussignés, M tant (s) légal (légaux) de l'entreprise	e de transports sanitaires .		
	orise de transports sanitaires			
atteste(nt désinfecti entreprise 2019. Er	) sur l'honneur que les installation on, d'entretien et de maintenance e sont conformes aux normes figur cas de manquements aux dispo ) aux sanctions prévues à l'article R	ns matérielles (le local d , ainsi que l'aire de sta rant à l'annexe 4 de l'arr sitions dudit arrêté, je n	tionneme rêté du 1 n'expose	ent) de cette 2 décembre (nous nous
1005	ane : Mise à iour juin 2025	Fait à Signature et cachet de l'e	, le entreprise	



# Fiche n°3 du dossier d'agrément

## Listing des véhicules de transports sanitaires

om de la société :
dresse du siège social :
te(s) d'implantation :

Site (s) d'implantation	Catégorie de véhicule (1)	Marque	Numéro d'immatriculation	Date de 1ère mise en circulation (2)	Date du dernier contrôle technique (3)	Equipement spécifique (4) : oui/non

- (1) Catégorie : Cat. A type B (ASSU) Cat. C type A (petit volume) Cat. D (VSL)
- (2) Indiquée en haut à droite sur la carte grise -
- (3) Joindre le justificatif
- (4) Si oui, préciser si l'équipement spécifique concerne le transport bariatrique et/ou pédiatrique



#### Fiche n°4 du dossier d'agrément

# Listing des personnes composant les équipages des véhicules – par site d'implantation

om de la société :	
dresse du siège social :	
dresse du site d'implantation :	

Nom Prénom	Diplôme (1)	Date d'entrée dans l'entreprise	Date de fin de contrat (CDD)	Poste occupé (2)	% du temps de travail

- (1) Diplômes : D.E.A. diplôme d'état d'ambulancier C.C.A. certificat de capacité d'ambulancier ou autres titres prévus à l'article R6312-7 du CSP
- (2) Ambulancier, auxiliaire ambulancier



# Fiche n° 5 du dossier d'agrément

# Attestation médicale d'immunisation et de vaccinations obligatoires *Ambulancier : Salarié – Stagiaire*

re et qualification) :esse :			
éphone :			
	•••••••••••••••••••••••••••••••••••••••		
tifie que  nsieur/Madame (Nom/Prénom)a  e) le : a été vacc  by contre la diphtérie, le tétanos et la pol	iné(e) :		
,	Dernier rappel effe	ctué	
	Donnier rappor one	otuo	
Nom du vaccin	Date		N° lot
Nom du vaccin	Date		N° lot
contre l'hépatite B, selon les condit comme : (rayer les mentions inutiles) immunisé (e) contre l'hépatite B :		<b>/erso, il/elle est</b> non	
⇔ contre l'hépatite B, selon les condit comme : (rayer les mentions inutiles)	tions définies au v		
contre l'hépatite B, selon les condit comme : (rayer les mentions inutiles) immunisé (e) contre l'hépatite B :	tions définies au v	non	
contre l'hépatite B, selon les condit comme : (rayer les mentions inutiles) immunisé (e) contre l'hépatite B : non répondeur (se) à la vaccination :	oui oui	non	
contre l'hépatite B, selon les condit comme : (rayer les mentions inutiles) immunisé (e) contre l'hépatite B : non répondeur (se) à la vaccination :  par le BCG	oui oui oui Date (de	non non non rnier vaccin)	considéré(e)
contre l'hépatite B, selon les condit comme : (rayer les mentions inutiles) immunisé (e) contre l'hépatite B : non répondeur (se) à la vaccination :  par le BCG  Vaccin intradermique ou Monovax	oui oui oui Date (de	non non non rnier vaccin)	considéré(e)



