INSTITUT DE FORMATION D'AMBULANCIERS
DU GHT DE LA NIEVRE
15, rue du Donjon – 58000 NEVERS
03 86 71 84 20—chan.ifsi.sec@ght58.fr
www.*ifsi-nevers.fr*

Nom de naissance: _____ Prénom : _____
Nom d'usage : _____

DOSSIER D'INSCRIPTION

Formation Auxiliaire Ambulancier

- ☐ **Session de Mars 2026**
- ☐ **Session de Juin 2026**
- ☐ **Session de Novembre 2026**

A T T E N T I O N

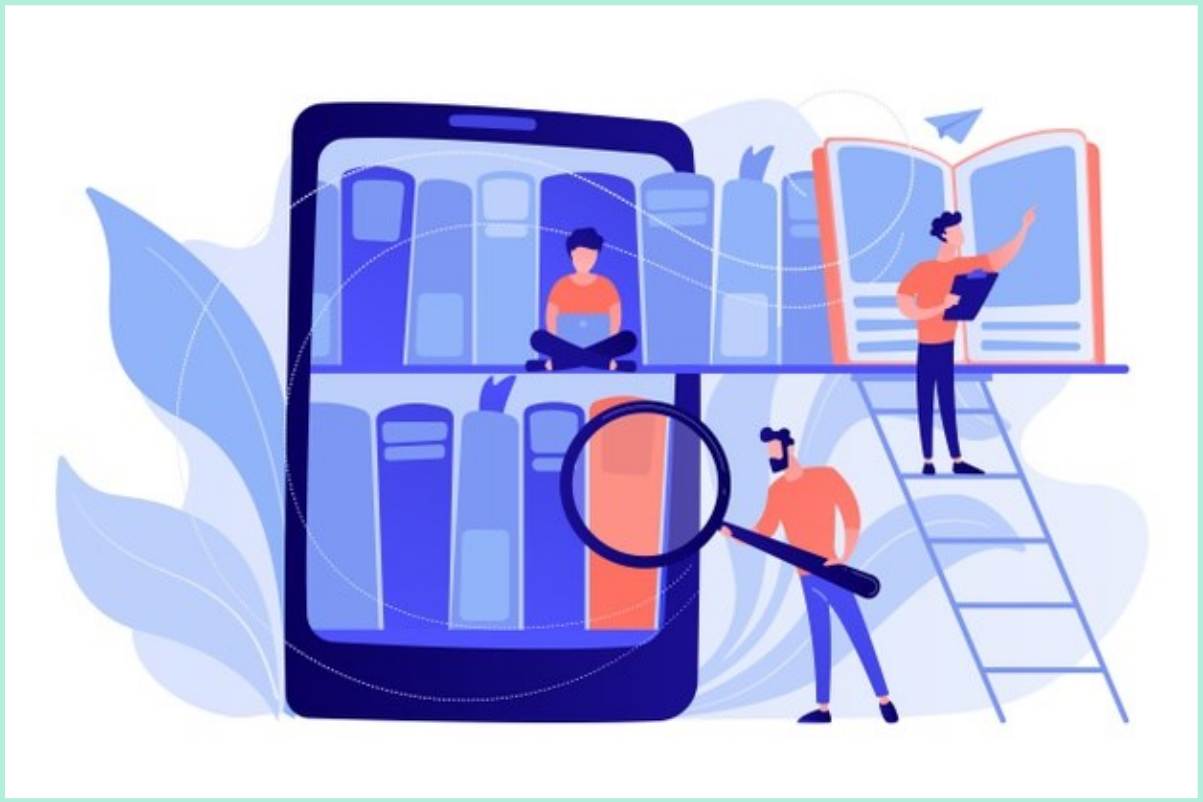
Toutes les pièces demandées dans ce dossier devront parvenir au secrétariat de l'IFA de <u>NEVERS</u>

À défaut de réception de tous les documents demandés dans les délais requis, vous serez considéré(e) comme ayant renoncé à votre place, qui sera alors attribuée à un(e) autre candidat(e).

(Envoi par voie postale en AR ou dépôt en main propre à l'IFA de Nevers, 15 rue du Donjon—58000 NEVERS)

SOMMAIRE

- *Notice d'information* *page 1*
- *Présentation, objectif et frais de la formation* *page 2*
- *Conditions d'inscription* *page 3*
- *Durée et programme de formation* *page 4*
- *Modalités d'évaluation et validation de la formation* *page 5*
- *Informations pratiques* *page 6*
- *Dossier administratif avec fiche récapitulative des pièces à fournir* *pages 7 à 15*
- *Dossier médical avec fiche récapitulative des pièces à fournir* *pages 17 à 19*



NOTICE D'INFORMATION

FORMATION AUXILIAIRE AMBULANCIER

Important :

La participation à la formation s'effectuera :

1. A réception d'un dossier COMPLET (Bien prendre connaissance de la liste des pièces à fournir)
2. Par ordre de réception du dossier (La date d'enregistrement du dossier faisant foi)

Afin de répondre à vos questions, il est fortement conseillé de lire attentivement ce document.

PRÉSENTATION DE LA FORMATION

Définition du métier (Arrêté du 11 avril 2022 relatif à la formation conduisant au diplôme d'Etat d'Ambulancier et aux conditions de formation de l'auxiliaire ambulancier) :

« L'auxiliaire ambulancier est habilité à assurer la conduite du véhicule sanitaire léger et de l'ambulance.
Il peut également être l'équipier de l'ambulancier dans l'ambulance. »

L'institut de Formation d'Ambulanciers de Nevers organise 3 sessions par an de formation d'Auxiliaire Ambulancier de 12 places.

⇒ **Session 1 :** Du 02/03/2026 au 20/03/2026

⇒ **Session 2 :** Du 08/06/2026 au 24/06/2026

⇒ **Session 3** : Du 23/11/2026 au 09/12/2026

OBJECTIF DE LA FORMATION

Acquérir les compétences attendues du professionnel titulaire du poste d'auxiliaire ambulancier.

FRAIS DE FORMATION

- **Frais de formation** : **1400 €.**
- **Devis** : Un devis nominatif peut être sollicité auprès du secrétariat de l'institut de formation des ambulanciers dans les conditions suivantes:
  - Réception par l'institut de formation d'un dossier **COMPLET**
  - Sur demande écrite exclusivement

En cas d'annulation de la formation et du non-respect des conditions générales de vente par le candidat ou son financeur, l'Institut de Formation d'Ambulanciers de Nevers se réserve le droit de facturer l'intégralité des frais de formation.

CONDITIONS D'INSCRIPTION

PRÉ REQUIS

Pour s'inscrire à la formation d'Auxiliaire Ambulancier, vous devez disposer :

⇒ D'un permis de conduire hors période probatoire (Avoir terminé la période probatoire de votre permis de conduire qui est de 3 ans pour un apprentissage normal, ramené à 2 ans si vous avez suivi la conduite accompagnée)

⇒ De l'attestation préfectorale d'aptitude à la conduite d'ambulance

⇒ D'un certificat médical de non contre indication à la profession d'ambulancier délivré par un médecin agréé

⇒ D'un certificat médical de vaccination

Pour pouvoir entrer en formation, le candidat doit signer le règlement intérieur de l'IFA. En cas de non-respect de celui-ci au cours de la session, il est mis fin à la formation sans remboursement des frais engagés par le candidat ou son financeur (*Règlement intérieur disponible sur notre site internet : IFSI-NEVERS.FR / Rubrique règlements intérieurs / IFA de Nevers)*

POUR RAPPEL

ATTENTION : Aux mêmes conditions qu'un jeune conducteur, une personne en renouvellement de permis quel qu'en soit le motif ne doit pas être soumis aux articles *R413-5* et *L-223-1 du Code de la Route*.

Article 413-5 du Code de la Route : « Tout élève conducteur et, pendant le délai probatoire défini à l'article L223-1, tout conducteur titulaire du permis de conduire est tenu de ne pas dépasser les vitesses maximales suivantes :

1. 110 km/h sur les sections d'autoroutes où la limite normale est de 130 km/h ;

2. 100 km/h sur les sections d'autoroutes où cette limite est plus basse, ainsi que sur les routes à deux chaussées séparées par un terre-plein central;

3. 80 km/h sur les autres routes.

Tout conducteur mentionné au présent article doit, en circulation, apposer de façon visible, à l'arrière de son véhicule, un signe distinctif dont les conditions d'utilisation et le modèle sont fixés par arrêté conjoint du ministre de l'intérieur et du ministre chargé des transports

Le fait, pour tout conducteur, de ne pas respecter l'obligation de signalisation imposée par le présent article et les dispositions prises pour son application est puni de l'amende prévue pour les contraventions de la deuxième classe. »

Article 223-1 du Code de la Route : « A la date d'obtention du permis de conduire, celui-ci est affecté, pendant un délai probatoire de trois ans, de la moitié du nombre maximal de points. », soit 6 points

Article R413-6 du Code de la Route : Les dispositions de l'article R 413-5 ne sont pas applicables :

1. Aux conducteurs qui ont obtenu, après annulation ou perte de validité, un nouveau permis de conduire sans subir l'épreuve pratique ;
2. Aux conducteurs des véhicules militaires ;
3. Aux conducteurs des véhicules des unités d'instruction et d'intervention de la sécurité civile ;
4. Aux conducteurs des véhicules des formations de la sécurité civile mises sur pied dans le cadre des dispositions de l'ordonnance n°59-147 du 7 janvier 1959 portant organisation générale de la défense

DURÉE DE FORMATION

91 heures de formation réparties comme suit :

- 70 heures d'enseignement réparties en 7 unités d'apprentissage
- 21 heures de formation aux Gestes et Soins d'Urgence de niveau II

La formation sera réalisée en **groupe de 12 personnes** en présentiel dans les locaux de l'IFA de Nevers.

PROGRAMME DE FORMATION

- **Horaires de formation *(A titre indicatif)*** : Du lundi au vendredi de 9 H 00 à 17 H 00

Intitulé	Durée
Enseignements théoriques : 70 heures	
1. Préambule / Présentation des objectifs et étapes de la formation	**1 H**
2. Evaluation de l'état clinique d'une personne	**10H30**
3. Prévention de la transmission d'infection	**7 H**
5. Accompagnement à la mobilité des personnes Mise en œuvre des mesures préventives de manutention	**21 H**
6. Relation et communication avec les personnes et leur entourage	**10H30**
7. Sécurité du transport sanitaire	**6H30**
8. Transmission des informations et gestion administrative du dossier de transport	**9H**
9. Respect des règles et des valeurs de la profession	**3H30**
10. Bilan et synthèse de formation	**1H**
Formation aux Gestes et Soins d'Urgences (AFGSU II) : 21 heures	
TOTAL : 91 heures de formation	

MODALITÉS D'ÉVALUATION

⇒ Evaluation en continu en cours et en fin de formation

⇒ Mises en situation

⇒ Questionnaire de satisfaction

VALIDATION DE LA FORMATION

⇒ Assiduité impérative pour les 91 H de formation

⇒ Respect du règlement intérieur

⇒ Evaluation en continu

⇒ Attestation stipulant la validation des compétences acquises pour exercer en tant qu'Auxiliaire-Ambulancier

⇒ Attestation de formation aux gestes et soins d'urgence de niveau 2 (AFGSU II)

Article 2 de l'arrêté du 11 avril 2022 relatif à la formation conduisant au diplôme d'Etat d'ambulancier et aux conditions de formation de l'auxiliaire-ambulancier (modifié par l'arrêté du 04/07/2024) *« Lorsque le directeur de l'institut de formation constate, en accord avec l'équipe pédagogique ayant réalisé la formation de 70 heures, que les compétences acquises ne permettent pas d'exercer en tant qu'auxiliaire-ambulancier, l'attestation de formation n'est pas délivrée. Cette décision est motivée par écrit et notifiée à la personne ayant suivi la formation. »*

INFORMATIONS PRATIQUES

- **DISPOSITIONS MATÉRIELLES**

Un ordinateur personnel ou une tablette, et une connexion à distance afin de pouvoir accéder à la plateforme pédagogique des instituts et aux enseignements en visioconférence sont vivement conseillés.

- **ADMINISTRATIF**

⇒ Pièce d'identité :

En 2014, la durée de la validité de la pièce d'identité est passée de 10 à 15 ans. La carte d'identité est prolongée automatiquement et reste valable 5 ans **si la personne était majeur au moment de sa délivrance et que la carte d'identité était encore valide le 1er janvier 2014.**

- **AIDES FINANCIÈRES**

Des prises en charge financières sont possibles selon votre situation.

Nous vous invitons à vous renseigner auprès des organismes suivants :
⇒ France Travail
⇒ L'employeur

- **ASSURANCE RISQUES PROFESSIONNELS ET RESPONSABILITÉ CIVILE**

⇒ **Sont couverts par la Sécurité Sociale :**
- Les accidents survenus en atelier ou laboratoire.
- Les accidents survenus en stage ainsi que durant le trajet pour se rendre en stage.
- Les maladies professionnelles et les risques de tuberculose.

L'adhésion à une mutuelle individuelle est facultative mais recommandée.

⇒ **Sont couverts par une société d'assurances souscrite par le Centre Hospitalier de l'Agglomération de Nevers :**
- Les accidents survenus durant le trajet du domicile à l'institut.
- Les accidents survenus en salle de cours.

La Police d'Assurance Générale « Responsabilité Civile » du Centre Hospitalier de l'Agglomération de Nevers, établissement support de l'Institut de Formation Ambulanciers, inclut les dommages que pourraient causer à des tiers lors de mises en situation.

Néanmoins, chaque stagiaire doit souscrire une assurance personnelle :
« Responsabilité Civile Individuelle » couvrant la période de formation.

- **VIE ÉTUDIANTE**

L'association des étudiants « Les Seringues de Nevers » sera en mesure de vous proposer des activités et des rencontres avec les autres étudiants de Nevers. Vous aurez davantage d'informations lors de la rentrée.

DOSSIER ADMINISTRATIF

Pages 8 à 15

DOSSIER ACCOMPAGNÉ DES PIÈCES SUIVANTES A RETOURNER DANS SON INTÉGRALITÉ

AU PLUS TARD LE 22 MAI 2026

TOUT DOSSIER INCOMPLET NE SERA PAS ACCEPTÉ ET ENTRAINERA LA NON VALIDATION DE L'INSCRIPTION

⇒ **Merci de bien prendre connaissance des documents pages 8 à 15, ils contiennent toutes les informations nécessaires à la complétude de votre dossier administratif.**

Vous devrez rendre, dûment complétés, toutes les pièces et documents demandés, soit :

DOSSIER ADMINISTRATIF

- ☐ Fiche de renseignements complétée
- ☐ L'autorisation de reportage, l'attestation sur l'honneur, le coupon de règlement intérieur et l'engagement de règlement des frais de formation complétées et signées (pages 8 à 11)
- ☐ 1 photo d'identité (format standard), nom de naissance et prénom inscrits lisiblement au dos de la photo
- ☐ Copie de la pièce d'identité, recto/verso, en cours de validité (hors permis de conduire)
- ☐ Copie de votre permis de conduire recto-verso
- ☐ Attestation préfectorale d'aptitude à la conduite d'ambulance (R.221-10 code de la route)
- ☐ Copie de votre attestation responsabilité civile personnelle, à renouveler tous les ans
- ☐ Copie du diplôme d'AFGSU Niveau 2 (Attestation de Formation aux Gestes et Soins d'Urgence) datant de moins de 4 ans, si vous en êtes titulaire
- ☐ Attestation d'inscription à France Travail le cas échéant
- ☐ Notification de refus ou d'ouverture de droit à France Travail le cas échéant
- ☐ Photocopie de l'attestation de droits, justifiant de l'affiliation à l'Assurance Maladie
- ☐ Curriculum Vitae **A JOUR**
- ☐ Justificatif de prise en charge
- ☐ Copie des diplômes obtenus
- ☐ Pour les ressortissants hors U.E, une attestation du niveau de langue française égal ou supérieur au niveau B2 + titre de séjour valide sur toute la période de formation

DOCUMENT RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION, MERCI DE LE RETOURNER AVEC LE DOSSIER

Toute modification de coordonnées en cours de formation doit être impérativement signalée au secrétariat.

AUTORISATION DE REPORTAGE
et d'utilisation de l'image des élèves de l'IFA

Je soussigné(e),

Nom : _____ Prénom : _____

Accepte la prise et la publication de photos, sons et vidéos, sur tous supports papier ou numérique, connus ou inconnus, de communication du CHAN et de l'IFA (outils de formation, de communication interne ou grand public, ou sur un évènement à l'IFA et de tout autre besoin de communication institutionnelle du CHAN pour une durée d'utilisation de 5 ans à compter de ce jour.

Date : _____

L'intéressé(e)

(Signature complétée de la mention « Lu et approuvé »)

ATTESTATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné(e),

Nom : _____ Prénom : _____

Atteste sur l'honneur avoir pris connaissance du contenu de la notice d'information concernant les modalités d'inscription à la formation Auxiliaire Ambulancier.

Date : _____

L'intéressé(e)

(Signature complétée de la mention « Lu et approuvé »)

COUPON RÈGLEMENT INTÉRIEUR

Je soussigné(e),

Nom : _____ Prénom : _____

Certifie avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'Institut de Formation d'Ambulanciers de NEVERS et en accepte les termes.

Document disponible sur notre site internet ***www.ifsi-nevers.fr***

Date : _____

Signature

ENGAGEMENT
Règlement des frais de formation

Vous vous engagez sur la formation Auxiliaire Ambulancier dont le coût s'élève à un montant total de 1200 € + 200 € d'AFGSU, **soit un total de 1400 €.**

L'entrée en formation sous-entend que vous avez organisé, avant l'inscription et l'entrée en formation, votre mode de financement (organisme de financement, autofinancement …)

En cas de non prise en charge par un organisme financeur mais que vous entrez tout de même en formation, vous devrez vous acquitter des frais de formation conformément à la convention de formation signée. C'est pourquoi nous vous demandons de remplir l'engagement ci-dessous et nous le retourner signé avec votre dossier d'inscription.

ENGAGEMENT
Règlement des frais de formation

Je soussigné(e),

Nom : ________________________________ Prénom : ______________________________

M'engage à régler les frais de formation s'élevant à un montant total de 1200 € et de 200 € d'AFGSU, le cas échéant en cas de non prise en charge financière de la part d'un organisme.

Date : ____________________________________

L'intéressé(e),

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Madame ☐ *Monsieur* ☐

Nom de naissance: _____ *Nom d'usage :* _____

Prénom : _____

Né(e) le : __ __ / __ __ / __ __ __ __ *à* _____*Département :* _____

Nationalité : _____ *Validité Carte Nationale d'Identité :* __ __ / __ __ / __ __ __ __

Situation de handicap : *Oui* *Non* **si oui, fournir un justificatif MDPH**

Situation familiale : _____

Adresse durant votre formation :

_____

Code Postal : _____ *Ville :* _____

Portable : _____/_____/_____/_____/_____ *Fixe :* _____/_____/_____/_____/_____

Email : _____

N° Permis de conduire : _____

Date d'obtention : _____/_____/_____

Conduite accompagnée : *Oui* ☐ *Non* ☐

Diplôme(s) obtenu(s) : *Sans diplôme* ☐ *BEP/CAP* ☐ *BEP Secteur sanitaire et social* ☐

BAC/BTN/BP ☐ *BAC + 2 ans* ☐ *Autres :* _____

Situation professionnelle actuelle :

En cours d'emploi : CDI ☐ *CDD* ☐ *Intérim* ☐

Profession : _____

Nom et adresse de l'entreprise :

_____

☐ *Demandeur d'emploi* *N° identifiant France Travail :* _____ *Date d'inscription :* ___/___/__

(Réservé à l'IFA)

Date de réception du dossier

_____/_____/_____

Je soussigné(e), _____ atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements mentionnés ci-dessus.

A _____ Le _____

Signature candidat:

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

PERSONNES À PRÉVENIR EN CAS D'URGENCE

Nom : **Prénom:** **Date de naissance :**

Nom et Prénom Personne 1 : _____

Lien (père / mère / conjoint / autre à préciser) : _____

Adresse : _____

_____

Code Postal : _____ Ville : _____

Portable : _____/_____/_____/_____/_____ Fixe : _____/_____/_____/_____/_____

Nom et Prénom Personne 2 : _____

Lien (père / mère / conjoint / autre à préciser) : _____

Adresse : _____

_____

Code Postal : _____ Ville : _____

Portable : _____/_____/_____/_____/_____ Fixe : _____/_____/_____/_____/_____

FICHE DE RENSEIGNEMENTS
DE PRISE EN CHARGE FINANCIÈRE

Nom : **Prénom:**

TITRE D'INSCRIPTION

DIPLÔMES OBTENUS *(joindre obligatoirement une copie du/des diplômes obtenus)*	**ANNÉE D'OBTENTION**

STATUT LE JOUR DE VOTRE ENTREE EN FORMATION

☐ Demandeur d'emploi

- Date d'inscription au France Travail _____
- N° identifiant France Travail _____
- Percevrez-vous une indemnisation : Oui ☐ Non ☐

  Si oui, percevez-vous : ARE ☐ ASS ☐ RSA ☐

☐ Salarié en activité *:* *CDI* ☐ *CDD* ☐ *INTÉRIM* ☐

Autre : _____

FORMATION PRISE EN CHARGE PAR

☐ Un Employeur

- Nom _____
- Adresse_____

  _____
- Téléphone _____
- Personne de contact au RH _____
- Adresse mail RH, service formation : _____ @_____

☐ Financement personnel

☐ France travail

☐ Autre (Précisez) : _____

LE SIGNATAIRE ATTESTE LA SINCERITE DE TOUS LES RENSEIGNEMENTS PORTES SUR LE PRESENT DOCUMENT ET S'ENGAGE A NOUS INFORMER DE TOUT CHANGEMENT.

Fait à : _____ le :_____

Signature :

DOSSIER MÉDICAL

Page 17 à 19

à faire compléter et signer par un médecin agréé ARS

Autres documents à fournir pour votre inscription :

Le dossier médical complet doit être apporté dans une enveloppe non fermée indiquant :

DOSSIER MÉDICAL DE : NOM Prénom - date de naissance - adresse - téléphone

L'admission définitive à l'IFA est subordonnée à la réception, au plus tard le 22/05/2026, du dossier médical complet, comprenant :

☐ Certificat médical d'aptitude (page 17) à faire remplir **par un médecin agréé.**

Le médecin peut également fournir son propre support, néanmoins, **la notion de « médecin agréé » et le tampon du praticien sont obligatoires**. Sans ces deux notions, le certificat sera refusé.

Pour trouver la liste des médecins agréés, merci de vous rendre sur le site de l'ARS de votre Département ou sur le lien suivant pour la Nièvre :

https://www.bourgogne-franche-comte.ars.sante.fr/medecins-agrees-4

☐ Attestation médicale de vaccination (page 18)

- **Diphtérie**
- **Tétanos**
- **Poliomyélite**
- **Hépatite B**
- **BCG**

☐ Fiche de santé (page 19)

Preuve d'immunisation contre l'hépatite B :

Attention, nous avons besoin des résultats sérologiques :

- **Résultat anti HBS OBLIGATOIRE**
- **Résultat anti HBC OBLIGATOIRE**

☐ Copie du carnet de santé (pages vaccinations)

Attention processus de vaccination très long,

dépôt de la preuve d'immunisation au plus tard le jour de la rentrée

DOCUMENT RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION, MERCI DE LE RETOURNER AVEC LE DOSSIER

INSTITUT DE FORMATION D'AMBULANCIERS
DU GHT DE LA NIEVRE
15, rue du Donjon – 58000 NEVERS
03 86 71 84 20 - chan.ifsi.sec@ght58.fr
www.***ifsi-nevers.fr***

CERTIFICAT MÉDICAL D'APTITUDE A LA FONCTION D'AMBULANCIER

Je, soussigné(e) Docteur _____

médecin agréé par l'Agence Régionale de Santé de _____

Certifie avoir examiné ce jour :

Mr—Mme : _____

Demeurant : _____

_____

Et j'atteste que : Le/La candidat(e) ne présente aucune(s) contre-indications à la profession d'ambulancier / Auxiliaire ambulancier.

Certificat établi à la demande de l'intéressé(e)

Cachet du médecin agréé A _____ Le _____

Signature du médecin agréé

ATTESTATION MÉDICALE DE VACCINATION

Article 44 de l'arrêté du 21 avril 2007 modifié relatif aux conditions de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux : « L'admission définitive dans un institut de formation préparant à l'un des diplômes visés à l'article 1er du présent arrêté est subordonnée :

- *à la production, au plus tard le premier jour de la rentrée, d'un certificat établi par un médecin agréé attestant que l'étudiant ne présente pas de contre-indication physique ou psychologique à l'exercice de la profession ;*
- *à la production, au plus tard le jour de la première entrée en stage, d'un certificat médical de vaccinations conforme à la réglementation en vigueur fixant les conditions d'immunisation des professionnels de santé en France.*

Arrêté du 2 août 2013 fixant les conditions d'immunisation des personnes mentionnées à l'article L. 3111-4 du code de la Santé Publique. »

Je soussigné(e), _____ Docteur en médecine, certifie que (nom de naissance, nom d'usage, prénom) _____

_____ né(e) le : _____/_____/_____

Est immunisé(e) contre : <u>BCG</u> ☐

Est **immunisé(e) contre : <u>DIPHTERIE – TETANOS – POLIOMYELITE</u>** ☐

	Injections	Spécialité	N° de lot	Dose	Date injection
Diphtérie Tétanos Poliomyélite	1re				
	2è				
	3è				
	Rappel				
	Rappel				
	Rappel				
	Rappel				

Immunisé(e) contre : <u>HEPATITE</u> ☐

	Injections	Spécialité	N° de lot	Dose	Date injection
Hépatite B	1ère				
	2ème				
	3ème				
	4ème				
	5ème				
	6ème				

En cas d'absence de vaccination, faire pratiquer <u>la vaccination accélérée</u> (J0 – J7 – J21)

<u>Dosage anticorps anti-HBs</u> :
Date : _____ Résultat : _____ UI/L

<u>Dosage anticorps anti-HBc</u> :
Date : _____ Résultat : _____ UI/L

MERCI DE BIEN RENSEIGNER LES DEUX DOSAGES CI-CONTRE

<u>Non répondeur à la vaccination</u>

Oui ☐ Non ☐

Fait à : _____ le :_____

Signature :

FICHE DE SANTÉ

NOM de naissance : _____ Nom d'usage : _____

Prénom(s) : _____ Sexe : ☐ F ☐ M

Date de naissance : ____/____/_____ Nationalité : _____

Code postal : _____ Ville de naissance : _____

Situation familiale : _____

JE DÉCLARE NE DISSIMULER AUCUN FAIT DE MALADIE

Antécédents :

♦ **Familiaux :**

_____

_____

♦ **Personnels :**

_____

_____

♦ **Maladies infantiles :** ☐ **rubéole** ☐ **oreillons** ☐ **autres :** _____

Problème vertébral :

☐ scoliose ☐ rééducation ☐ autres : _____

Problème veineux :

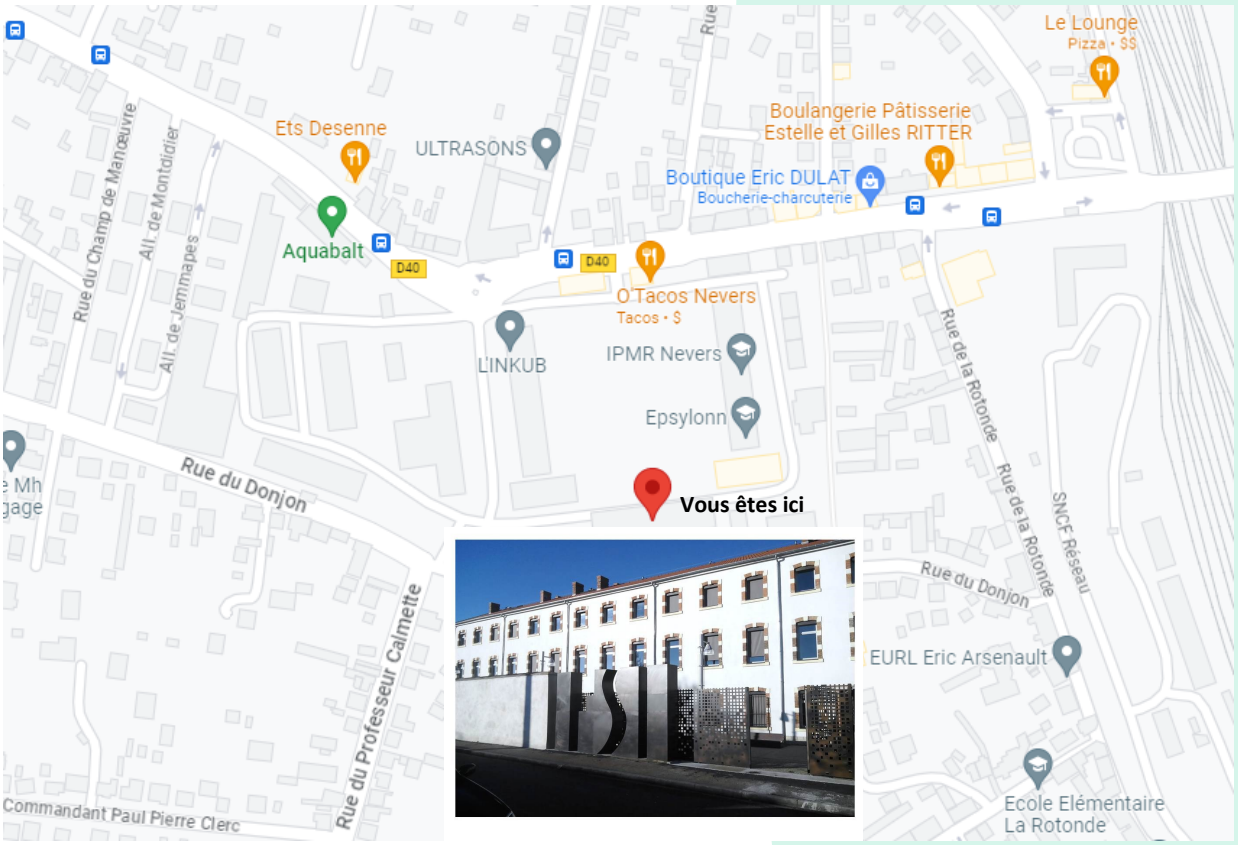
☐ varices

Accidents, si oui lesquels : _____

_____

NOUS CONTACTER

Les dossiers d'inscription sont à retourner à l'adresse suivante :

Institut de formation en soins infirmiers, d'aides-soignants, d'ambulanciers du GHT de la Nièvre
15, rue du Donjon
58000 NEVERS
03.86.71.84.20
chan.ifsi.sec@ght58.fr

PLAN D'ACCÈS DE L'INSTITUT