



4 Route de la Paloumeyre - 33650 SAINT SELVE  
SECRETARIAT MÉDICAL : Tél. : 05 57 97 11 40  
Mail : [secretariat-medical@montalier.fr](mailto:secretariat-medical@montalier.fr)  
Site Web : [www.montalier.fr](http://www.montalier.fr)

## ***DOSSIER D'ADMISSION***

**MERCI D'IMPRIMER CE DOSSIER UNIQUEMENT EN RECTO**

**A envoyer impérativement par voie postale**  
à l'attention de la Commission Médicale d'Admission

**NOM et Prénom du candidat :** \_\_\_\_\_

**Date de Naissance :** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

\* \* \*

### **DOCUMENTS OBLIGATOIRES À JOINDRE À LA DEMANDE**

- Courrier Médical (avec Diagnostic CIM et Motif d'orientation)
- Bilan Psychologique (si existant)

Photocopies ***en cours de validité*** :

- Attestation Sécurité Sociale
- Attestation Mutuelle Recto/Verso
- Carte Nationale d'Identité Recto/Verso
- Attestation Responsabilité Civile
- Photo d'Identité (1)
- Formulaire de désignation de la personne de confiance
- Consentement aux soins
- Consentement Dossier Médical Partagé / Mon espace santé
- Autorisation de droit à l'image
- Autorisation de soins du mineur (si patient mineur)

- À conserver
- Information sur la personne de confiance
  - Information sur le traitement des données personnelles
  - Notice d'information sur le Dossier Médical Partagé

\* \* \*

**L'ADHESION À UNE MUTUELLE SANTÉ (en l'absence de CSS) EST IMPÉRATIVE  
POUR TOUTE PRISE EN CHARGE**

Pendant la durée du séjour d'évaluation,  
les transports restent à la charge de l'établissement adresseur.

**Tout séjour en Hospitalisation Complète est soumis au règlement du Forfait Journalier  
Hospitalier en Psychiatrie, de 17€ par jour.**

# FICHE ADMINISTRATIVE

**NOM Prénom** .....

**Date de naissance** : ..... **Lieu** : .....  
**Nationalité** : .....

**Adresse Personnelle** :  
.....  
..... ☎ : ...../...../...../...../.....

**Mail** : .....@.....

**Adresse Famille** :  
.....  
..... ☎ : ...../...../...../...../.....

**Personnes à Prévenir** :  
..... ☎ : ...../...../...../...../.....  
..... ☎ : ...../...../...../...../.....



La photo d'identité demandée servira à l'identitovigilance et sera intégrée à mon dossier médical informatisé uniquement.

**MÉDECIN TRAITANT** : (déclaré à la Sécurité Sociale)

**Nom** : .....

**Adresse** : ..... ☎ : ...../...../...../...../.....

**NOM PHARMACIE** : ..... ☎ : ...../...../...../...../.....

**SITUATION JURIDIQUE ET SOCIALE** (Fournir impérativement le jugement de protection juridique)

Mesure d'Accompagnement Jeune Majeur  
 Mesure Aide Sociale à L'Enfance  
 Sauvegarde de Justice  
 Tuteur  
 Curateur  
 Aucune

**NOM** : ..... **Organisme** : .....

**Adresse** : .....

☎ ...../...../...../...../..... **Mail** : .....@.....

**SITUATION ADMINISTRATIVE**

100 % ALD	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> demande en cours
Mutuelle	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
CSS	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> demande en cours

(Complémentaire Santé Solidaire)

**RESSOURCES**

Contrat Jeune Majeur - **Date de validité** : ...../...../..... (Fournir copie du contrat)  
 A.A.H.  Salaire  Revenus de formation  
 A.E.E.H  Autres : .....

## RENSEIGNEMENTS SOCIAUX

**Nom / Prénom du candidat :** .....

**Parents :**

NOM/Prénom..... Age .....

Profession.....

NOM/Prénom..... Age .....

Profession.....

**Frères et sœurs :**

Prénom..... Âge..... Situation .....

Prénom..... Âge..... Situation .....

Prénom..... Âge..... Situation .....

Prénom..... Âge..... Situation .....

Si vous acceptez que votre famille ou vos proches reçoivent des enquêtes de satisfaction, merci d'indiquer une adresse mail : .....@.....

**Orientations M.D.P.H. Copies des notifications à fournir impérativement**

AEEH :  oui  non  demande en cours

AAH :  oui  non  demande en cours

RQTH :  oui  non  demande en cours

Précisez :

FAM :  oui  non  demande en cours

SAMSAH, SAV  oui  non  demande en cours

FO  oui  non  demande en cours

**Motivation et Souhait du candidat :**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....



# MONTALIER

## FICHE MEDICALE COMPLEMENTAIRE

**Nom / Prénom du candidat :** .....

**Poids :** .....

**Taille :** .....

**Contraception :**     oui     non

*Si oui, laquelle :*     Pilule    Nom : .....

Implant : ...../...../..... (Date de mise en place)

Stérilet : ...../...../..... (Date de mise en place)

### EXAMENS ET DOCUMENTS À FOURNIR POUR LE DOSSIER DE CANDIDATURE

- Biologique (*Glycémie, bilan lipidique, créatine, ionogramme, NFS*)
- Complémentaire (*ECG*)
- Photocopie du carnet de vaccination
- Ordonnance(s) en cours de validité
- Certificat médical de non contre-indication à la pratique sportive

### À FOURNIR LE JOUR DU SÉJOUR D'ÉVALUATION

- Ordonnances en cours
- 3 jours de traitement psychotropes
- La totalité des autres traitements (*ex : contraception, cardio, ...*)
- Injection retard (*si traitement injectable pendant la durée du séjour*)

### ALLERGIES ET INTOLÉRANCE

Régimes Alimentaires ou Médicamenteuses connues :

.....  
.....

### ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX ET CHIRURGICAUX

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Nom – Fonction :** ..... **Service :** .....

**Date :** ...../...../.....

**Signature :**

## Autorisation de droit à l'image et/ou la voix

*Centre Montalier*

**Objet : Autorisation de photographe, filmer et publier des images et voix**

Je soussigné(e) : **Nom** : \_\_\_\_\_ **Prénom** : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Autorise l'établissement Montalier, dans le cadre des ateliers et activités thérapeutiques ou de loisirs, encadrés par un ou plusieurs soignants, à me photographier, me filmer et m'enregistrer ainsi qu'à diffuser ces images/enregistrements, uniquement à usage thérapeutique au sein de l'établissement Montalier.

Toute publication sur le site internet de Montalier ou du Collectif des Usagers est exclue.

Je peux me rétracter à tout moment, sur simple demande écrite à : [accueil@montalier.fr](mailto:accueil@montalier.fr)

La présente autorisation est personnelle et ne s'applique qu'aux événements organisés par Montalier.

Refuse que l'établissement Montalier me photographie et me filme.

Je déclare avoir lu et compris toutes les implications de cette autorisation.

Fait à \_\_\_\_\_ Le \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Signature :

## FORMULAIRE DE DESIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE

*Loi du 4 mars 2002 - article L1111-6 du code de la santé publique*

« Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance qui peut être un parent, un proche ou le médecin traitant, et qui sera consultée au cas où elle-même serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin. Cette désignation est faite par écrit. »

**Cette désignation est un droit mais pas une obligation**, elle doit être faite par écrit et figure dans votre dossier médical. Elle dure le temps de votre hospitalisation.

Néanmoins, elle est révisable et révoquée à tout moment par écrit : il vous suffit d'en avvertir le personnel hospitalier et de désigner, le cas échéant, une nouvelle personne de confiance.

Il est important que la personne de confiance ait bien compris son rôle et donné son accord pour cette mission et doit donc cosigner ce document.

Je soussigné(e), Nom _____ Prénom _____
Demeurant : _____
Téléphone : _____ / _____ / _____ / _____ / _____

**Souhaite désigner la personne de confiance** suivante :

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Lien avec la personne : (proche, parent, médecin) : \_\_\_\_\_

Demeurant : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

E-mail : \_\_\_\_\_

- Je lui ai fait part de mes directives anticipées ou de mes volontés si un jour je ne suis plus en état de m'exprimer :  oui       non
- Elle possède un exemplaire de mes directives anticipées :  oui       non

**Ne souhaite pas désigner de personne de confiance** mais déclare avoir reçu l'information relative.

Fait à \_\_\_\_\_,

le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

<input type="checkbox"/>	Le patient
<input type="checkbox"/>	Le détenteur de l'autorité parentale
<input type="checkbox"/>	Le tuteur (avec autorisation du juge)

Signature patient :

Signature de la personne de confiance :

## CONSENTEMENT AUX SOINS

Article L-1111-4 du CSP

Je consens à l'ensemble du dispositif thérapeutique qui m'est proposé : aucun acte médical ni aucun traitement ne peut m'être administré sans mon consentement libre et éclairé ;

Ceci implique les échanges d'informations entre des professionnels de santé pour assurer, de manière optimale, la continuité de mes soins. Je participe, selon les informations et les préconisations du personnel soignant aux décisions concernant ma santé et à la construction de mon projet de soins.

Commentaires : \_\_\_\_\_

Par :       Le patient (majeur ou mineur)

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Le détenteur de l'autorité parentale

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Le tuteur

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Je n'accepte pas que les informations concernant ma santé soient communiquées aux personnes suivantes :

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Fait à \_\_\_\_\_ Le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Signature du patient :

Cadre réservé :

Révision annuelle : ...../...../...../.....



## AUTORISATION CONCERNANT LES MINEURS

*En cas d'autorité parentale conjointe l'autorisation écrite des deux parents est obligatoire.*

Je soussigné(e),

Madame \_\_\_\_\_

Monsieur \_\_\_\_\_

Père

Mère

Autre représentant légal

Titulaire de l'autorité parentale de l'enfant mineur :

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance de l'enfant : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

L'autorise :

- ✓ A participer aux activités thérapeutiques ou de socialisation, organisées à l'extérieur du service avec accompagnement par le personnel soignant ou sans accompagnement.
- ✓ A participer aux séjours thérapeutiques organisés par le service.

Autorise :

- ✓ Son transfert en Centre Hospitalier, si nécessaire, au titre de la sectorisation.
- ✓ Son transfert vers un établissement de soins pour tout examen, consultation ou intervention urgente et/ou spécialisée.

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Signature du PÈRE :

Signature de la MÈRE :

Signature du TUTEUR LÉGAL :

## Consentement préalable au partage d'informations avec des professionnels de santé – Accès Mon Espace Santé

Dans le cadre de votre prise en charge et dans votre intérêt, Montalier peut être amené à **partager vos données personnelles** (de nature sociale, médicale, administrative) **informatisées** avec d'autres professionnels ne faisant pas partie de l'équipe de soins<sup>1</sup> mais qui participent à votre prise en charge.

**Le partage** vise à mettre à disposition de plusieurs professionnels fondés à les connaître, des données de santé utiles à la coordination et à la continuité des soins, dans votre intérêt.

Ce partage est limité aux informations strictement nécessaires à votre prise en charge. Aussi, l'ensemble des professionnels concernés est soumis au respect de la confidentialité de vos données.

Le présent formulaire a pour objet de recueillir votre consentement au partage de vos données informatisées.

### Votre consentement :

Je soussigné(e) (Nom, Prénom) : \_\_\_\_\_  
Né(e) le \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

**OU<sup>2</sup>**

Mme/M. (Nom, Prénom) : \_\_\_\_\_  
Représentant(e) de Mme/M. (Nom, Prénom) : \_\_\_\_\_  
Né(e) le \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

Reconnais avoir bien reçu, en plus de ce formulaire de consentement, la Notice d'information à l'attention du patient

Consens au partage de toutes informations utiles me concernant, notamment mes données administratives ou sociales, celles concernant mon état de santé, et qui sont strictement nécessaires à ma prise en charge et à la coordination des professionnels en charge de ma situation.

Consens à l'accès de Mon Espace Santé aux professionnels externes à l'équipe de soins de Montalier qui me prend en charge mais qui interviennent dans le cadre de cette prise en charge.

**Fait à :** \_\_\_\_\_, **le** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Signature :**

<sup>1</sup> Par exemple, votre médecin traitant et le médecin hospitalier de Montalier ne font pas partie d'une même équipe de soins, mais participent tous à votre prise en charge.

<sup>2</sup> En application de l'article L1111-6 du code de la santé publique, vous pouvez désigner une personne de confiance à cet effet.

*Montalier est le Responsable du traitement de vos données personnelles recueillies via ce formulaire dont la finalité est la traçabilité du consentement du patient.*

*Ce formulaire est conservé dans votre dossier patient.*

*Pour en savoir plus sur la gestion de vos données personnelles, reportez-vous à la politique de protection des données personnelles de l'association disponible sur son site internet.*

## Information sur la désignation de la personne de confiance

Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance qui pourra vous accompagner dans vos démarches liées à votre santé et sera consultée si un jour vous êtes dans l'impossibilité de vous exprimer : elle pourra recevoir l'information médicale et sera votre porte-parole.

### Qui ?

Cette personne est un proche, un parent ou votre médecin traitant en qui vous avez confiance et qui accepte de tenir ce rôle.

Il doit donc signer le document pour signifier son acceptation.

Cette désignation ne sera valable que dans le cadre de votre hospitalisation à Montalier et pourra être changée à tout moment.

Les personnes sous tutelle doivent être autorisées par le juge des tutelles ou le conseil de famille quand il est constitué.

### Le rôle de la personne de confiance :

- A **une mission d'accompagnement** : pour vous aider dans vos décisions concernant votre santé, peut vous assister lors des consultations médicales et prendre connaissance AVEC VOUS des éléments de votre dossier médical.

- A **un devoir de confidentialité** : n'a pas le droit de révéler à d'autres personnes les éléments de votre santé ou vos directives anticipées.

- **Peut recevoir vos directives anticipées** : il est recommandé de les lui remettre si vous les avez rédigées ; il s'agit d'exprimer par écrit vos volontés sur les traitements que vous souhaitez ou non si un jour vous ne pouvez plus vous exprimer.

- **Sera l'interlocuteur des soignants** si vous ne pouvez plus exprimer votre volonté sur la mise en œuvre, la poursuite ou l'arrêt des traitements. Son avis ne sera que consultatif et guidera le médecin pour prendre ses décisions.

*Pour toute question supplémentaire, vous pouvez vous adresser aux soignants de votre unité.*

## **INFORMATION SUR LE TRAITEMENT DE VOS DONNEES PERSONNELLES DURANT VOTRE HOSPITALISATION**

Les données personnelles que vous confiez à Montalier sont enregistrées et conservées dans le système d'information de l'établissement.

Leur protection est régie par le Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD), depuis le 25 mai 2018 et par la Loi Informatique et Liberté modifiée.

Montalier est le responsable des traitements de données personnelles collectées dans le cadre de ses missions. Il veille ainsi à assurer le meilleur niveau de protection et de confidentialité de ces données.

### **Finalités : pourquoi recueillir des données personnelles ?**

Les informations recueillies lors de votre consultation ou de votre hospitalisation dans notre établissement font l'objet de traitements informatiques destinés à faciliter votre prise en charge et d'en assurer la sécurité au sein de celui-ci.

Le traitement de vos données personnelles a pour objectifs :

- Votre bonne identification ;
- La gestion de votre dossier administratif ;
- La gestion et l'organisation de votre prise en charge à Montalier ;
- La constitution de votre dossier médical et la traçabilité des soins qui vous sont faits ;
- L'organisation et le pilotage des services de soins ;
- L'évaluation de la qualité des soins dispensés ;
- La facturation des soins dispensés et leur recouvrement ;
- L'évaluation et l'analyse de l'activité de l'établissement ;
- Sauf opposition de votre part, vos données personnelles sont susceptibles d'être exploitées de façon non nominative à des fins de recherche scientifique.

Le traitement de vos informations médicales est indispensable à la constitution de votre dossier médical et plus particulièrement à l'élaboration des diagnostics médicaux et à l'administration de vos soins et de vos thérapies.

### **Base légale**

Les traitements mis en œuvre à Montalier reposent soit sur une obligation légale ou réglementaire imposée à l'établissement (comme c'est le cas pour la tenue de votre dossier médical), soit sur un intérêt légitime de l'établissement, soit sur l'exécution d'une mission d'intérêt public.

## Quelles données personnelles traitons-nous ?

Montalier ne collecte et ne traite que les données qui sont nécessaires pour vous prendre en charge et assurer ses missions :

- Données administratives civiles pour vous identifier et vous contacter (identité, adresse, photo d'identité, numéro de téléphone, adresse mail...);
- Données de santé et de mode de vie pour vous soigner (antécédents médicaux, examen clinique, résultats d'examens, informations concernant un risque de maladie, une maladie, un handicap, etc.). Ces données sont traitées par les professionnels autorisés de l'établissement qui sont soumis au secret professionnel (article 9.2.h RGPD);
- Données médico-administratives (Numéro de sécurité sociale, assureurs sociaux et autres payeurs) pour recouvrer les frais de soins;
- Données de santé à des fins de recherche scientifique selon les méthodologies de références établies par la CNIL. Ces données sont traitées par les professionnels autorisés de l'établissement qui sont soumis au secret professionnel (article 9.2.h RGPD).

## Destinataires des données

Dans les conditions prévues par la loi, vos données personnelles sont accessibles ou communiquées aux personnes suivantes :

- Aux professionnels de l'équipe de soins dans la limite de leurs attributions respectives;
- A des établissements extérieurs dans le cadre de votre prise en charge (établissements de santé, professionnels libéraux, transporteurs sanitaires, laboratoires d'anatomopathologie, établissement français du sang...);
- Aux organismes d'assurance maladie, à l'Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation (ATIH) et le cas échéant, aux organismes de mutuelle afin de facturer les prestations de soins;
- Aux autorités publiques autorisées, dans un objectif de santé publique (Agence régionale de santé, Institut national de veille sanitaire, registre des maladies, etc.);
- A l'assurance de l'établissement en cas de litige;
- Aux patients et/ou leurs ayants-droits dans le respect des dispositions en vigueur du Code de la Santé Publique.

## Modalités de conservation

De manière générale, Montalier héberge lui-même les données des patients. En cas d'hébergement externe des données, Montalier s'assure que le traitement de vos données personnelles de santé est assuré par un hébergeur de données de santé certifié conformément à l'article L. 1111-8 du code de la santé publique. Vous avez le droit de vous opposer à l'hébergement externe de vos données pour un motif légitime (anonymat, ...).

## Durée de conservation

Les données collectées sont conservées pendant une durée limitée, définie en fonction des finalités de chaque traitement de données et de la réglementation en vigueur.

Ainsi, conformément à la réglementation en vigueur (Art R 1112-7 du code de la santé publique), votre dossier médical est conservé :

- Pendant 20 ans à compter du dernier séjour ou de la dernière consultation externe ;
- Pendant 10 ans à compter de la date de décès.

## Quels droits avez-vous sur vos données ?

Conformément au Règlement Général sur la protection des données (articles 15 à 22) vous disposez de différents droits sur vos données soumis à conditions, à savoir :

- Droit d'accès : vous pouvez obtenir des informations sur les traitements qui sont réalisés sur vos données ainsi qu'une copie de celles-ci ;
- Droit de rectification : vous pouvez demander la rectification de données qui sont inexactes, ou incomplètes ;
- Droit à l'effacement : vous pouvez demander l'effacement de vos données dans les limites du droit applicable ;
- Droit à la limitation du traitement : vous pouvez demander l'arrêt temporaire du traitement de vos données dans les limites du droit applicable ;
- Droit de portabilité : vous pouvez demander, dans les limites du droit applicable, de recevoir les données que vous nous avez fournies dans un format électronique ou à les transmettre à d'autres organismes si cela est techniquement possible ;
- Droit d'opposition : vous pouvez, pour des raisons tenant à votre situation particulière, vous opposer au traitement de vos données dans les limites du droit applicable ;
- Si vous estimez que vos droits sur vos données ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation (plainte) à la CNIL : <https://www.cnil.fr/fr/webform/adresser-une-plainte>.

## Contact :

Ecrire au service informatique : [dpo@montalier.fr](mailto:dpo@montalier.fr) ou par voie postale à Montalier, 4 Route de la Paloumeyre, 33650 Saint Selve.

## Notice d'information préalable au partage et à l'échange d'informations dans le cadre d'une équipe de soins – Alimentation Mon Espace Santé

Dans le cadre de votre prise en charge, Montalier collecte vos données personnelles (de nature sociale, médicale, administrative) qui font l'objet de traitements papier et **informatisé (DPI)**.

L'informatisation de vos données permet de coordonner les échanges et partages d'informations entre les membres de l'équipe de soins, dans le strict respect des dispositions relatives au secret professionnel défini à l'article L. 1110-4 du Code de la santé publique et du règlement général sur la protection des données RGPD.

Ces échanges ou partages sont limités aux informations strictement nécessaires à votre prise en charge et n'ont pas vocation à être partagés avec d'autres personnes que celles appartenant à l'équipe de soins, sauf accord préalable de votre part.

Les types de professionnels susceptibles de partager ou d'échanger ces informations sont : le soignant (médecin, infirmier, kinésithérapeute, aide-soignant...), le pharmacien, l'auxiliaire de vie, l'assistant social... L'ensemble de ces professionnels est soumis au respect de la confidentialité de ces informations.

Aussi, dans le cas où vous disposez d'un compte Mon Espace Santé, nos professionnels seront amenés à accéder et à alimenter votre dossier dans Mon Espace Santé, sauf si vous vous y opposez pour motif légitime.

Si vous ne souhaitez pas que votre dossier soit informatisé ou que ces échanges ou partages aient lieu, ou encore que nos professionnels consultent et alimentent votre dossier Mon Espace Santé, nous vous invitons à en discuter avec nous, et à nous faire part de votre opposition par tout moyen à votre disposition (téléphone, courriel, courrier postal).

Conformément à la loi Informatique et Libertés, au RGPD et au code de la santé publique, vous bénéficiez d'un droit d'accès, d'opposition, de rectification, de limitation de traitement et d'effacement de vos données personnelles, que vous pouvez exercer en vous adressant par courrier électronique à [dpo@montalier.fr](mailto:dpo@montalier.fr) ou par courrier postal à l'attention du directeur de Montalier à l'adresse suivante : Association MONTALIER,

4 route de la Paloumeyre  
33650 Saint-Selve, France.

*Pour plus d'informations sur votre espace santé : [www.monespacesante.fr](http://www.monespacesante.fr)*