

ENREGISTREMENT DES USAGERS DE TITRES PROFESSIONNELS AU RÉPERTOIRE ADELI

Madame, Monsieur,

Les informations que vous communiquez dans ce document serviront à :

- Vous transmettre, en retour, la fiche reflétant les éléments que vous aurez indiqués et comportant votre numéro ADELI
- Mieux vous informer sur la démographie de votre profession
- Établir les listes départementales des praticiens
- Mettre en place des dispositifs de défense et de protection sanitaire des populations civiles

Tout défaut de réponse ou une réponse sciemment inexacte aux informations obligatoires peut entraîner l'application d'une amende administrative.

Je vous remercie du soin que vous prendrez à compléter ce document et vous demande de bien vouloir m'informer de toute modification portant sur les informations que vous me communiquez.

Le directeur général de l'Agence
Régionale de Santé

La loi n 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, s'applique aux réponses faites à ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant, auprès de l'Agence Régionale de Santé.

USAGER D'UN TITRE PROFESSIONNEL

Les données marquées d'un * sont obligatoires

➤ VOTRE TITRE

71 Ostéopathe

72 Psychothérapeute

[➔ Autre profession ? Psychologue - N° ADELI :

]

73 Chiropracteur

➤ ETAT CIVIL*

▪ Civilité : Mme M.

▪ NOM D'EXERCICE :

▪ Prénom(s) :

↳ Prénom usuel (si différent du 1^{er}) :

▪ NOM DE NAISSANCE :

▪ Date de naissance (JJ/MM/AAAA) :

Lieu :

Département :

Pays :

▪ Nationalité : Française Autre (préciser):

▪ Adresse personnelle :

Code postal :

Commune :

E-mail :

Téléphone :

Langues parlées :

➤ TITRES ET QUALIFICATIONS PROFESSIONNELLES

DIPLOME AUTORISANT L'USAGE DU TITRE (➔ Voir page 6) :

• Intitulé diplôme* :

• Numéro de diplôme :

Date obtention* (JJ/MM/AAAA) :

• Etablissement et Lieu d'obtention* :

• Type de diplôme : Français UE Etranger (Hors UE) :

• Date d'autorisation d'exercice* (Pour les diplômes étrangers ou cursus spéciaux) (JJ/MM/AAAA) :

• Autorité de délivrance de l'autorisation d'exercice* (le cas échéant) :

• Informations complémentaires :

SPÉCIALISATION :

• Avez-vous une spécialisation ?* : oui non

• Intitulé de la spécialité (Joindre un justificatif s'il s'agit d'un diplôme supplémentaire) :

• Date d'obtention (JJ/MM/AAAA) :

• Lieu d'obtention :

Pour les Psychologues souhaitant le titre de psychothérapeute

Veuillez cocher votre cursus professionnel (voir Décret N°90-255 du 22 mars 1990) :

	<input type="checkbox"/> Licence en psychologie + maîtrise en psychologie + DESS en psychologie
	<input type="checkbox"/> Licence en psychologie + maîtrise en psychologie + DEA en psychologie + Stage certifié
1°)	<input type="checkbox"/> Licence en psychologie + maîtrise en psychologie + Dipl. Equivalent DESS (ANNEXE du Décret N°90-255)
	<input type="checkbox"/> Licence en psychologie + maîtrise en psychologie + MASTER 2 en psychologie
	<input type="checkbox"/> Licence en psychologie + maîtrise en psychologie + MASTER 1 & 2 en psychologie
	<input type="checkbox"/> Licence en psychologie + MASTER 1 & 2 en psychologie
2°)	<input type="checkbox"/> Licence en psychologie + Maîtrise/Master 1 + MASTER 2 <u>mention</u> psychologie + Stage de 500 H minimum
3°)	<input type="checkbox"/> Licence <u>mention</u> psychologie + Maîtrise/Master 1 + MASTER 2 <u>mention</u> psychologie + Stage de 500 H minimum
	<input type="checkbox"/> Diplôme d'Etat de Psychologie Scolaire (DEPS)
	<input type="checkbox"/> Diplôme de psychologue du travail délivré par le Conservatoire national des arts et métiers
	<input type="checkbox"/> Diplôme de psychologue délivré par l'école des psychologues praticiens de l'institut catholique de Paris
	<input type="checkbox"/> Diplôme d'Etat de Conseiller d'Orientation – Psychologue (DECOP)
	<input type="checkbox"/> Diplômes étrangers reconnus équivalents aux diplômes mentionnés au 1°), 2°) et 3°) par le ministre chargé de l'enseignement supérieur après avis d'une commission dont la composition est fixée par arrêté

Pour les Ostéopathes et Chiropracteurs**titulaire d'un DU ou DIU de Médecine manuelle - Ostéopathie ou Chiropraxie**Veuillez indiquer la profession médicale ou paramédicale que vous pouvez légalement exercer à ce jour :
(OSTEOPATHES : Article 4 du Décret n° 2007-435 du 25 mars 2007/ CHIROPRACTEURS : Article 4 du Décret n° 2011-32 du 7 Janvier 2011)

- Médecin
 Sage-Femme
 Masseur-Kinésithérapeute
 Infirmier

➔ **Justificatif à joindre avec votre diplôme d'ostéopathe****ACTIVITES PROFESSIONNELLES EXERCEES**➤ **SITUATION PROFESSIONNELLE :**

Première année d'activité diplômée*:

Département d'exercice précédent (le cas échéant) :

Votre situation professionnelle :20 Salarié10 Libéral30 Mixte11 Indépendant, Artisan, Commerçant40 Autre actif70 Autre inactif60 Retraité

(en recherche d'emploi, autre actif)

! ATTENTION ! ➔ Dans le cadre du "Remplacement libéral", c'est l'ADRESSE PERSONNELLE qui fait office d'adresse professionnelle.**! ATTENTION ! ➔ En cas de CUMUL D'ACTIVITÉS PUBLIC / PRIVÉ : Voir page 6****RAPPEL : C'est l'activité principale qui détermine votre département d'enregistrement**

➤ **VOTRE ACTIVITE PRINCIPALE :**

ACTIVITE SALARIEE: Salarié du secteur PUBLIC Salarié du secteur PRIVÉ INTERIM

ACTIVITE LIBERALE: Remplaçant
 Libéral en Cabinet: Individuel de Groupe en Société
 Libéral en Etablissement

Votre statut : Collaborateur Assistant Autre :

ACTIVITE INDEPENDANTE (ex: Commerçant...) ACTIVITE AUTRES (Bénévole, Consultant,...) :

Votre statut : Gérant Collaborateur
 Autre :

✓ **DATE DE PRISE DE FONCTION / INSTALLATION*** (JJ/MM/AAAA) :

✓ Nom ou raison sociale* :

✓ Statut juridique (SARL, SCP,...) : ✓ N° SIRET (14 chiffres) :

✓ Adresse* :

Code postal :

Commune :

✓ Téléphone :

Fax :

✓ E-mail :

✓ Informations complémentaires :

➤ **ACTIVITE SECONDAIRE :**

ACTIVITE SALARIEE: Salarié du secteur PUBLIC Salarié du secteur PRIVÉ INTERIM

ACTIVITE LIBERALE: Remplaçant
 Libéral en Cabinet: Individuel de Groupe en Société
 Libéral en Etablissement

Votre statut : Collaborateur Assistant Autre :

ACTIVITE INDEPENDANTE (ex: Commerçant...) ACTIVITE AUTRES (Bénévole, Consultant,...) :

Votre statut : Gérant Collaborateur
 Autre :

✓ **DATE DE PRISE DE FONCTION / INSTALLATION*** (JJ/MM/AAAA) :

✓ Nom ou raison sociale* :

✓ Statut juridique (SARL, SCP,...) : ✓ N° SIRET (14 chiffres) :

✓ Adresse* :

Code postal :

Commune :

✓ Téléphone :

Fax :

✓ E-mail :

✓ Informations complémentaires :

➤ **AUTRES ACTIVITES :**

ACTIVITE SALARIEE: Salarié du secteur PUBLIC Salarié du secteur PRIVÉ INTERIM

ACTIVITE LIBERALE: Remplaçant
 Libéral en Cabinet: Individuel de Groupe en Société
 Libéral en Etablissement

Votre statut : Collaborateur Assistant Autre :

ACTIVITE INDEPENDANTE (ex: Commerçant...) ACTIVITE AUTRES (Bénévole, Consultant,...) :

Votre statut : Gérant Collaborateur
 Autre :

✓ **DATE DE PRISE DE FONCTION / INSTALLATION*** (JJ/MM/AAAA) :

✓ Nom ou raison sociale* :

✓ Statut juridique (SARL, SCP,...) : N° SIRET (14 chiffres) :

✓ Adresse* :

Code postal : Commune :

✓ Téléphone : Fax :

✓ E-mail :

✓ Informations complémentaires :

Je déclare sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis dans ce document (Cochez la case) :

Date (JJ/MM/AAAA) :

Signature (Nom et Prénom) :

Merci de retourner ce document accompagné de:

➔ **La copie de votre/vos diplôme(s) et stages le cas échéant**

➔ **La copie de votre pièce d'identité**

(Carte d'identité / Passeport / Permis de conduire (en carte uniquement))

Pour les diplômes étrangers (concernés) :

➔ **Joindre en plus l'autorisation d'exercice en France + Traduction des documents étrangers**

Pour les psychologues souhaitant le titre de psychothérapeute :

➔ **Fournir une attestation justifiant avoir accompli au moins 500H de stage durant votre DESS/MASTER (ou bien les conventions de stages précises dûment signées et tamponnées)**

IMPORTANT: Le stage professionnel doit avoir été accompli dans un établissement public ou privé détenant l'autorisation mentionnée à l'article L. 6122-1 du code de la santé publique ou à l'article L. 313-1-1 du code de l'action sociale et des familles.

Si vous changez de situation personnelle ou professionnelle merci de nous le signaler.

ANNEXE

➤ **INFORMATIONS SUR LES CUMULS D'ACTIVITES PUBLIC / PRIVE :**

En ce qui concerne les professionnels de santé appartenant à un établissement public, que ce soit pour exercer une activité secondaire salariée ou libérale, ou quitter la fonction publique en vue de créer une entreprise/exercer en libéral, **il convient de produire un justificatif** de l'établissement public démontrant que les règles en matière de cumul (éventuel) d'activités sont bien respectées.

(Voir [Loi N° 83-634 du 13 juillet 1983 – Art. 25 septies](#) et [Décret n° 2017-105 du 27 Janvier 2017](#)). Suivant les cas, il s'agira donc :

Pour les professionnels de santé étant à temps partiel (70% ou moins dans le Public) :

> Autorisation de cumul d'activité / Accord de l'établissement public
(Loi N° 83-634 – Article 25 septies – II – 2°) / Décret N° 2017-105 – Chapitre IV)

Pour les professionnels de santé actuellement à temps plein et souhaitant créer ou reprendre une entreprise

(Note : Une installation en libéral est une création d'entreprise) :

> 1°) Obligation de faire une demande de temps partiel (qui ne peut être inférieur à 50%) – Décret N° 2017-105 - Article 14

> 2°) Accord de l'établissement public après examen de la Commission de Déontologie

A NOTER : La commission est saisie par l'établissement public. Celle-ci a 1 mois pour se prononcer. Passé un délai de 2 mois, l'absence de réponse vaut accord. La décision finale est ensuite formalisée par votre hiérarchie.

(Loi N° 83-634 – Article 25 septies – III / Décret N° 2017-105 – Chapitre II)

Pour les professionnels de santé souhaitant poursuivre une activité privée au sein d'une société ou d'une association à but lucratif (= Activité commencée avant le recrutement dans le Public) :

> Autorisation de cumul d'activité / Accord de l'établissement public

IMPORTANT : Pour les personnes concernés qui sont recrutées à plus de 70 % dans le public, l'autorisation délivrée est d'une durée d'un an, renouvelable une seule fois.

(Loi N° 83-634 – Article 25 septies – II – 1°) / Décret N° 2017-105 – Chapitre III)

Pour les professionnels de santé quittant la fonction publique ou étant sous statut particulier :

> Attestation de disponibilité

ou > Attestation concernant une période de congés sans solde permettant ce type d'activité

ou > un document attestant de votre démission/fin de contrat dans cet établissement public

ou > un document attestant de votre statut privé (exemple: Statut FEHAP,...)

Pour les professionnels de santé souhaitant cumuler avec une "activité accessoire" :

(Une activité libérale même mineure n'est pas une activité accessoire)

> Conditions et liste exhaustive : voir le Chapitre I du Décret N° 2017-105

➤ **QUALIFICATIONS OU AUTORISATIONS REQUISES :****OSTEOPATHE :**

Pour ce titre, les conditions d'exercice et d'inscription sur les listes professionnelles mises à disposition en ARS sont définies par le [Décret n° 2007-435 du 25 Mars 2007](#) et notamment son article 4.

> Qualifications ou autorisation permettant l'exercice :

- DU ou DIU de Médecine manuelle - Ostéopathie délivré par une université de médecine reconnu par l'ordre des médecins
- Diplôme délivré par un établissement de formation agréé
- Autorisation d'exercice délivré par le directeur général de l'ARS (obligatoire pour les diplômes étrangers)

PSYCHOTHERAPEUTE :

Pour ce titre, les conditions d'exercice et d'inscription sur les listes professionnelles mises à disposition en ARS sont définies par le [Décret n° 2010-534 du 20 Mai 2010](#) (modifié par Décret N°2012-695 du 7 Mai 2012).

> Qualifications ou autorisation permettant l'exercice :

- Diplôme d'État de Médecin + spécialisation en psychiatrie
- Diplôme d'État de Médecin + formation en psychopathologie clinique + stage
- Diplôme de niveau master dont la spécialité ou la mention est la psychologie ou la psychanalyse + formation en psychopathologie clinique + stage
- Autorisation d'exercice délivrée par le directeur général de l'ARS

CHIROPRACTEUR :

Pour ce titre, les conditions d'exercice et d'inscription sur les listes professionnelles mises à disposition en ARS sont définies par le [Décret n° 2011-32 du 7 Janvier 2011](#).

> Qualifications ou autorisation permettant l'exercice :

- Diplôme délivré par un établissement de formation agréé
- DU ou DIU sanctionnant une formation en chiropraxie (délivré par une université de médecine reconnu par l'ordre des médecins)
- Autorisation d'exercice