

## **Cahier des charges pour la certification des structures « Prescri'Forme »**

**Structures dispensant des activités physiques adaptées  
pour des personnes en affection de longue durée,  
et/ou souffrant d'hypertension artérielle, et/ou d'obésité**

**PLAN REGIONAL SPORT SANTE BIEN-ETRE ILE-DE-FRANCE 2017-2020**

**Janvier 2018**

**Appel à candidatures 2018  
à la certification des structures de dispensation  
d'activité physique adaptée « Prescri'Forme »**

Date de l'ouverture de l'appel à candidatures :  
**1<sup>er</sup> février 2018**

Date de clôture de l'appel à candidatures :  
**20 mars 2018**

Adresses de publication de l'appel à candidatures :

<http://ile-de-france.drjscs.gouv.fr>

<https://www.iledefrance.ars.sante.fr>

## Table des matières

---

Préambule.....	4
PARTIE 1 : OBJET ET CHAMP D'APPLICATION .....	5
PARTIE 2 : LES ENGAGEMENTS A RESPECTER .....	6
PARTIE 3 : LE DOSSIER A CONSTITUER ET MODALITES POUR LA DEMANDE LA CERTIFICATION.....	7
1. Renseigner ou actualiser dans l'espace club du site <a href="http://www.lasanteparlesport.fr">www.lasanteparlesport.fr</a> le formulaire de votre structure ainsi que les caractéristiques des activités proposées aux personnes engagées dans le dispositif Prescri'Forme. (Cf Partie 4) .....	7
2. Retourner la demande d'engagement de la structure signée par son responsable, à la Direction Départementale de la cohésion sociale (DDCS) correspondant à l'adresse du siège social de la structure :.....	7
3. Deux formulaires sont à renseigner en ligne sur le site <a href="http://www.lasanteparlesport.fr">www.lasanteparlesport.fr</a> par la structure à partir du 1er février 2018 .....	8
4. Dépôt et éligibilité des candidatures .....	16
Annexe.....	18

## Préambule

### Un constat global incontournable : la sédentarité augmente

Ainsi, en Ile-de-France, seuls 14% de la population pratiquent une activité physique au niveau des recommandations de l'Organisation Mondiale de la Santé.

### Or, pratiquer une activité physique a plusieurs impacts :

- réduction du risque d'apparition et d'aggravation de nombreuses pathologies chroniques ;
- effets sur la santé mentale : diminution du stress, de l'anxiété et de la dépression ;
- limitation de la perte d'autonomie et du risque de chute chez la personne âgée.

### Une orientation nationale....

La loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé représente une avancée majeure, l'article 144 stipule que « dans le cadre du parcours de soins des patients atteints d'une affection de longue durée, le médecin traitant peut prescrire une activité physique adaptée à la pathologie, aux capacités physiques et au risque médical du patient. »

### ...Déclinée au plan régional

Depuis la parution de l'instruction DS/DSB2/SG/DGS/DS/DGCS/2012/434 du 24 décembre 2012, la démarche régionale vise à mobiliser l'ensemble des acteurs concernés par la promotion de l'activité physique pour la santé, s'appuyant plus particulièrement sur les dispositifs de proximité tels que les contrats locaux de santé. Cette démarche s'inscrit plus largement dans le second Projet Régional de Santé d'Ile de France qui insiste sur une meilleure prise en compte de la santé dans l'ensemble des politiques publiques, notamment à travers l'aménagement urbain (objet de recommandations dans le Plan national d'activité physique en 2008) et la construction d'environnements favorisant la pratique de l'activité physique.

**Une stratégie régionale fondée sur une collaboration forte dont un des objectifs consiste à développer la mise en place de la prescription des activités physiques et sportives par les professionnels de santé** et d'accroître le recours aux activités physiques et sportives comme thérapie non médicamenteuse et d'en développer la recommandation par les professionnels de santé.

Dans ce cadre, le dispositif « **Prescri'Forme – L'Activité physique sur ordonnance en Île- de-France** » vise spécifiquement, à l'aide d'une prescription médicale et d'un carnet de suivi, à accompagner et à soutenir les personnes souhaitant maintenir ou améliorer leur santé par une pratique sportive ou d'activité physique sécurisée et délivrée par des professionnels formés. La procédure de certification par la DRJSCS d'Ile-de-France de centres médico-sportifs, clubs sportifs dispensant des activités physiques adaptées - ou autres structures « **Prescri'Forme** », permettra la mise en place d'un dispositif de contrôle de qualité et d'évaluation.

Conformément au Plan Régional Sport Santé Bien-Etre (PRSSBE), signé le 27 septembre 2017 par le Préfet de région et le Directeur général de l'ARS Ile-de-France, le présent cahier des charges vise à définir les conditions d'éligibilité des structures Prescri'Forme certifiées en Île- de-France.

## PARTIE 1 : OBJET ET CHAMP D'APPLICATION

Les présents critères de certification ont été identifiés conformément aux cadre et principes posés par le Plan Régional Sport Santé Bien Etre d'Île-de-France signé par le Préfet de région et le Directeur général de l'ARS d'Île-de-France le 27 septembre 2017.

Ils peuvent être révisés, en tout ou partie, par la Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale en accord avec l'Agence Régionale de Santé Île-de-France.

Les présents critères de certification identifient des règles et recommandations aux structures proposant une offre d'activité physique adaptée (APA) pour des personnes en affection de longue durée ou souffrant d'hypertension artérielle (HTA) ou d'obésité et dont le médecin traitant a prescrit une pratique d'APA.

La structure faisant l'objet de la certification doit se conformer aux réglementations en vigueur, aux éventuelles conventions collectives, au code du sport et au code de la santé, et le cas échéant aux référentiels métiers en vigueur.

### DÉFINITION DU DEMANDEUR

---

Le demandeur est une entité juridique (personne morale), proposant une offre d'activité(s) physique(s) et/ou sportive(s) adaptée. **Le demandeur doit déclarer** exercer ses activités dans le respect de la réglementation en vigueur.

#### **Exclusions :**

Du fait de la spécificité de son activité, le demandeur peut être exclu du champ de la certification, au regard du non-respect des présentes règles de certification.

#### **N'entrent pas dans le champ de certification :**

- Les structures dont l'(les) activité(s) physique(s) et sportive(s) n'est (ne sont) pas dispensée(s) par une personne diplômée, titulaire d'un diplôme ou titre à finalité professionnelle tel que prévu par le décret n°2016 – 1990 du 30 décembre 2016 ;
- Les activités délivrées par une entité dont l'expérience dans le domaine de l'activité physique ou sportive en faveur de la santé est inférieure à 1 an au 1er septembre 2017 ;
- Les activités délivrées par une entité intervenant dans le secteur marchand à but lucratif.

**ATTENTION :** les éducateurs titulaires d'un diplôme délivré par le ministère des sports ou d'un titre à finalité professionnelle dans le champ du sport doivent avoir complémentirement suivi ou être engagés dans une formation « Sport Santé » mise en œuvre par :

- Une fédération sportive délégataire (par exemple : « Nagez forme santé » mis en œuvre par la Fédération Française de Natation ou « Coach Athlé Santé » mis en œuvre par la Fédération Française d'Athlétisme, etc.) ;
- Ou
- Un Comité Départemental Olympique et Sportif d'Île-de-France ou le Comité Régional Olympique et Sportif d'Île-de-France

## Recommandations aux structures déposant une demande de certification « Prescri'Forme – l'activité physique adaptée prescrite en Île-de-France » :

- En fonction du type d'activité, il est conseillé d'identifier des créneaux réservés aux personnes accueillies dans le cadre d'une prescription médicale ;
- En fonction du type d'activité, il est conseillé d'assurer un accompagnement et une prise en charge par séance d'APA de maximum 8 personnes souffrant d'ALD et/ou d'HTA et/ou d'obésité,
- Il est recommandé dans tous les cas de recueillir et transmettre tous les éléments d'information à la demande du médecin traitant et dans le cadre de l'évaluation prévue par le dispositif « Prescri'Forme », notamment au moyen du carnet de suivi « Prescri'Forme » remis à chaque patient.

## PARTIE 2 : LES ENGAGEMENTS A RESPECTER

En complément des exigences décrites dans la partie 1, le demandeur doit :

- respecter l'ensemble des exigences définies ci-après (cf. partie 2 du présent document),
- être informatisé (ordinateur ET connexion internet),
- consigner sur le formulaire du site [www.lasanteparlesport.fr](http://www.lasanteparlesport.fr) les dispositions en matière d'organisation, de documents et de moyens matériels et humains qu'il met en place pour dispenser l'activité physique adaptée aux personnes en ALD, aux personnes souffrant d'HTA, aux personnes en situation d'obésité,
- renseigner les éléments d'évaluation du dispositif sur l'espace prévu à cet effet sur le site [www.lasanteparlesport.fr](http://www.lasanteparlesport.fr)

La démarche vise à l'amélioration continue du dispositif en 4 étapes:

1. **Prévoir** : définir son projet pédagogique/projet de développement, identifier les principes éthiques de la structure, les conditions d'accueil des personnes atteintes d'une affection de longue durée, des patients présentant une hypertension artérielle, une obésité, l'environnement, les partenariats éventuels, les orientations stratégiques, les moyens humains nécessaires, tout en veillant au respect de la législation et réglementations en vigueur ;
2. **Mettre en œuvre** : définir les dispositions d'organisation pour les processus opérationnels de mise à l'activité physique adaptée des personnes accueillies sur prescription médicale ;
3. **Vérifier** : Evaluer les performances : mesures des retours patients par le biais des évaluations des personnes et les retours des médecins traitants, des remontées d'informations et autres dispositifs de mesure de satisfaction ;
4. **Améliorer**, dans le prolongement de l'étape 3, il s'agit de mettre en œuvre des actions d'amélioration visant à réduire les écarts constatés (*Compliance des patients, nombre de patients accueillis suite à une prescription médicale, effets indésirables, collecte des données, amélioration de l'état de forme des patients, autres....*)

## **PARTIE 3 : LE DOSSIER A CONSTITUER ET MODALITES POUR LA DEMANDE LA CERTIFICATION**

1. Renseigner ou actualiser dans l'espace club du site [www.lasanteparlesport.fr](http://www.lasanteparlesport.fr) le formulaire de votre structure ainsi que les caractéristiques des activités proposées aux personnes engagées dans le dispositif Prescri'Forme. (Cf Partie 4)
2. Retourner la demande d'engagement de la structure signée par son responsable, à la Direction Départementale de la cohésion sociale (DDCS) correspondant à l'adresse du siège social de la structure :

### **Demande d'engagement dans le dispositif Prescri'Forme**

Je soussigné(e) Mme/M.....président(e)/directeur(trice) de la structure..... reconnaît avoir bien pris connaissance des recommandations et engagements nécessaires à la certification de ma structure dans le dispositif Prescri'Forme.

Je certifie que ma structure..... a les moyens de répondre / répond au cahier des charges établi.

Je m'engage à informer la direction départementale de la cohésion sociale de .....(département) de tout changement affectant l'organisation de la structure.....et ayant un impact sur la dispense des activités physiques adaptées aux personnes orientées sur prescription médicale.

Fait à .....

Le.....

Cachet de la structure candidate

Signature du représentant légal de la structure

3. Deux formulaires sont à renseigner en ligne sur le site [www.lasanteparlesport.fr](http://www.lasanteparlesport.fr) par la structure à partir du 1er février 2018

***Vous trouverez ci-dessous pour information la transcription des deux formulaires à renseigner en ligne (les menus déroulants ne sont pas activés dans cette présentation)***

- A. Formulaire de description de la structure candidate à la certification « Prescri'Forme » (à renseigner en ligne sur le site [www.lasanteparlesport.fr](http://www.lasanteparlesport.fr) / rubrique « mon espace »)

### Coordonnées du Siège Social et statut de la structure

Nom du Club/ de la structure

#### Le statut de la structure

- Structure associative
- Centre municipal de santé
- Autre - précisez

Adresse du siège social

Code Postal

Ville

Email

Téléphone

Nom de l'assureur en Responsabilité Civile et Professionnelle (et notamment pour les APA)

### Lieu de pratique de l'APA

Adresse du lieu de pratique

Code Postal

Ville

Email

Site Internet

Téléphone - Questions

Téléphone - Inscription

**APA(s) proposée(s) et public(s) visé(s)**

Sport

Description de l'activité physique adaptée

**Horaires d'ouverture**

Ouverture

Préciser si horaires différents en période de vacances scolaires

**Montant des cotisations****Président (e), directeur (trice) ou autorité responsable légale de la structure :**

Nom	
Prénom	
Fonction précise au sein de la structure	
Coordonnées	
Tél.	
E-mail	

**L'équipe de la structure**

<b>Personnels diplômés - bénévoles et/ou salariés</b> <i>(les diplômes sont à joindre au dossier ainsi que la carte professionnelle des intervenants dispensant la(les) APA)</i>	<b>Statut</b> (Bénévole – salarié)	<b>%Equivalent Temps Plein</b>
Secrétaire		
Educateur sportif		
Educateur /Enseignant APA		
Autres : Précisez		

**Intervenant(s) diplômé(s) pour évaluer les capacités physiques et assurer la mise à l'activité physique adaptée des personnes en ALD, des personnes souffrant d'HTA, d'obésité (à remplir pour chaque intervenant) :**

Nom	
Prénom	
Coordonnées	
Tél.	
E-mail	
Diplôme(s), titre(s) à finalité professionnelle (TFP), spécialité sportive, expériences acquises dans le domaine du sport au bénéfice de la santé :	
Préciser l'intitulé exact du diplôme ou TFP <b>Date d'obtention et joindre une copie en PJ ainsi que la copie de la carte professionnelle</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diplôme Universitaire</li> <li>• Diplôme Professionnel /TFP</li> <li>○ Formation fédérale</li> <li>○ Formation de réseau de santé</li> <li>○ Formation APA relevant du Ministère de l'Education Nationale</li> <li>○ Formation relevant du Ministère des Sports</li> <li>○ Formation relevant du Ministère des Solidarités et de la Santé</li> <li>○ Autre : <input type="text"/></li> </ul>	
Curriculum Vitae : joindre le document <input type="checkbox"/> et les diplômes en annexe <input type="checkbox"/>	
Carte professionnelle N° : .....délivrée par : ..... Date : .....	

**B. Formulaire de description des activités « Prescri'Forme » mise en place par la structure candidate** (à renseigner en ligne sur le site [www.lasanteparlesport.fr](http://www.lasanteparlesport.fr) / rubrique « mon espace »)

1 questionnaire par activité, donc plusieurs questionnaires à remplir par club/structure si plusieurs activités.

Légende :  Menu déroulant  
 Espace libre de rédaction  
• ..... Questions  
○ ..... Réponses à cliquer

## 1. Public

- Quel type de public accueillez-vous ? *Vous pouvez en sélectionner plusieurs.*
- *Accueillez-vous spécifiquement certains publics ?*

- Enfants en surpoids ou obèses
- Adultes en surpoids ou obèses
- Personnes de plus de 65 ans
- Lombalgies et pathologies du rachis
- Diabète
- Pathologies cardiaques (coronariens, insuffisants cardiaque)
- Broncho Pneumopathie Chronique Obstructive et insuffisance respiratoire
- Insuffisance rénale
- Cancer(s)
- Transplantés
- Troubles psychiques (pathologies psychiatriques)
- Handicapés physiques

## 2. Caractéristiques de l'activité (Bénéfices)

- Quel est le niveau de dépense énergétique pendant la majeure partie de la séance ?
  - Faible
  - Modéré
  - Elevé
  - Très élevé

- Quelle est la durée moyenne d'une séance en minutes ?

- A combien de séances un pratiquant peut-il participer par semaine ?

Votre activité développe-t-elle la force et la masse musculaire

- Non significatif
  - Un peu mais non dominant dans l'activité
  - Oui, de manière dominante dans l'activité
- Votre activité comporte-t-elle du renforcement musculaire de la ceinture abdominale et/ou proprioception du bassin ?
    - Non significatif
    - Un peu, mais non dominant dans l'activité
    - Oui, de manière dominante dans l'activité

Niveau de sollicitation de la mémoire dans la séance

- Faible
- Modéré
- Elevé
- Niveau de sollicitation des facultés d'analyse de situation et prise de décision

- Votre activité développe-t-elle la proprioception, l'équilibre, le schéma corporel ?
  - Non significatif
  - Un peu, mais non dominant dans l'activité
  - Oui, de manière dominante dans l'activité

Votre activité développe t'elle la souplesse ?

- Non significatif
- Un peu, mais non dominant dans l'activité
- Oui, de manière dominante dans l'activité

- La pratique de votre activité comporte-t-elle des risques (traumatiques ou micro traumatiques) pour l'appareil locomoteur ?
  - Aucun
  - Faible
  - Moyen
  - Important
  - Compensés par des équipements ou moyens spécifiques (ex : tapis, protections)

Si « compensés » : Par quels moyens?

- Votre équipement sportif dispose-t-il d'un défibrillateur accessible pendant la pratique ?
  - Oui
  - Non

Si oui : Combien de personnes ont été formées à son utilisation ?

### 3. Qualifications\_

- Vos éducateurs sont-ils titulaires du PSC1 (Certificat de prévention et secours civiques de niveau 1) ?
  - Oui
    - Date d'obtention :
  - Non
- Les éducateurs ont-ils suivi une formation spécifique pour la prise en charge du (des) public(s) ciblé(s) ?
  - Oui
  - Non

Nombre de personnes formées :

Si non : Sont-ils en cours de formation ?

- Oui
- Non

Nombre de personnes formées intervenant sur cette activité:

- Des professionnels de santé sont-ils rémunérés par le club pour encadrer l'activité ?
  - Oui
  - Non

*Si oui* : Est-ce :

- Médecin
- Masseur - Kinésithérapeute
- Infirmier
- Autre :

- Etes-vous ou avez-vous été en lien avec un professionnel de santé pour concevoir vos programmes ?
  - Oui
  - Non

#### 4. Expérience

- Votre association est-elle affiliée à une fédération sportive ?
  - Oui
  - Non

*Si oui* : Laquelle ?

- Déclinez-vous un programme fédéral « Sport-Santé » ?
  - Oui
  - Non

*Si oui* : Lequel ?

*Si oui* : Votre structure est-elle labellisée par la fédération ? Oui / Non

- Depuis combien d'années accueillez-vous le(s) public(s) ciblé(s) ?
- Quelle est votre capacité d'accueil maximum du (des) public(s) ciblé(s) ?  
 personne(s)
- Avez-vous obtenu un financement spécifique pour cette activité ?
  - Oui
  - Non

*Si oui* : Auprès de quel organisme?

Collectivité  
Mutuelle  
DRJSCS  
ARS  
Autre (précisez lequel)

- Menez-vous des actions en parallèle de la pratique de votre activité en rapport avec la pathologie ?
  - Oui
  - Non

*Si oui* : Quelles sont-elles ?

- Conférences
- Interventions de spécialistes
- Supports de communication officiels
- Programmes d'activité complémentaire non encadrée
- Autres :

## 5. Questions spécifiques par pathologie concernant l'adaptation de la pratique

*Ces questions n'apparaissent que si vous avez sélectionné au départ les publics concernés par les titres soulignés ci-dessous.*

### Obésité

- Des créneaux réservés uniquement au public visé sont-ils mis en place ?
  - Oui
  - Non
- Le surpoids est-il un facteur majeur dans la limitation de la performance dans cette activité ?
  - Oui
  - Non

### Pathologies cardiaques

- Évaluez-vous l'intensité de l'activité régulièrement ?
  - Oui
  - Non

*Si oui* : Par quel moyen ?

- Cardiofréquencemètre,
- Echelle de Borg
- Puissance
- Vitesse
- Distance/séance
- Accéléromètre
- Podomètre
- Autre :

- Les entraînements sont-ils fondés sur les résultats d'exams médicaux (ex : épreuves d'effort, compte-rendu de réadaptation cardiaque) ?
  - Oui
  - Non

### BPCO/ Insuffisance respiratoire

- Exploitez-vous des résultats d'examens fonctionnels (tests de marche, VO2, EFR...) ?
  - Oui
  - Non
- Votre structure est-elle en relation avec un pneumologue ?
  - Oui
  - Non

### HTA

- La majorité des exercices réalisés se fait-elle en blocage respiratoire ?
  - Oui
  - Non

### Diabète

- L'activité est-elle à risque de lésions cutanées ?
  - Risque faible
  - Risque moyen
  - Risque important
- Disposez-vous de moyens de « ressucrage » ?
  - Oui
  - Non
- Un travail d'éducation du patient sur les modifications de l'équilibre glycémique induit par l'activité physique est-il mis en place ?
  - Oui
  - Non

Si oui : Par quelle personne/ structure?

- Votre structure est-elle en lien avec un endocrinologue (diabétologue) ?
  - Oui
  - Non

## 4. Dépôt et éligibilité des candidatures

- **Calendrier**

La fenêtre de dépôt des candidatures est ouverte du **1<sup>er</sup> février 2018 jusqu'au 20 mars 2018** sur le site [www.lasanteparlesport.fr](http://www.lasanteparlesport.fr)

Un exemplaire de la demande d'engagement sous forme papier devra être remis ou envoyé par courrier au service Sport de la direction départementale de la cohésion sociale du département correspondant à l'adresse du siège social de la structure **au plus tard le 20 mars 2018** (cachet de la poste faisant foi).

Un exemplaire du dossier sous forme dématérialisée (format PDF) pourra (non obligatoire) également être envoyé au plus tard le 20 mars 2018 aux adresses ci-dessous en mentionnant dans l'objet du message : *Candidature PrescriForme -(Nom de la structure)*

Pour toute demande de précision, les structures candidates peuvent solliciter la direction départementale de la cohésion sociale (DDCS) de leur département de préférence par mail :

DDCS de Paris :

E-mail : [ddcs-mission-sport@paris.gouv.fr](mailto:ddcs-mission-sport@paris.gouv.fr)

Adresse postale : 5 rue Leblanc – 75015 PARIS

DDCS de Seine-et-Marne :

E-mail : [ddcs-sportspourtous@seine-et-marne.gouv.fr](mailto:ddcs-sportspourtous@seine-et-marne.gouv.fr)

Adresse postale : 20 quai Hyppolite Rossignol – 77000 MELUN

DDCS des Yvelines :

E-mail : [ddcs-sports@yvelines.gouv.fr](mailto:ddcs-sports@yvelines.gouv.fr) / [ddcs78-sport-sante@yvelines.gouv.fr](mailto:ddcs78-sport-sante@yvelines.gouv.fr)

Adresse postale : 1 rue Jean Houdon – 78000 VERSAILLES

DDCS de l'Essonne :

E-mail : [ddcs@essonne.gouv.fr](mailto:ddcs@essonne.gouv.fr)

Adresse postale : 5/7 rue François Truffaut – Immeuble Europe 1 – 91080 COURCOURONNES

DDCS des Hauts-de-Seine :

E-mail : [ddcs@hauts-de-seine.gouv.fr](mailto:ddcs@hauts-de-seine.gouv.fr)

Adresse postale : 167/177 avenue Joliot Curie – 92013 NANTERRE Cedex

DDCS de Seine-Saint-Denis :

E-mail : [ddcs-sport-sante@seine-saint-denis.gouv.fr](mailto:ddcs-sport-sante@seine-saint-denis.gouv.fr)

Adresse postale : Immeuble européen – 5/7 promenade Jean Rostand hall B – 93005 BOBIGNY

DDCS du Val-de-Marne :

E-mail : [ddcs-sport@val-de-marne.gouv.fr](mailto:ddcs-sport@val-de-marne.gouv.fr)

Adresse postale : 11 rue Olof Palme – BP 40114 - 94003 CRETEIL CEDEX

DDCS du Val d'Oise :

E-mail : [ddcs-sport@val-doise.gouv.fr](mailto:ddcs-sport@val-doise.gouv.fr)

Adresse postale : 5 avenue Bernard Hirsch – CS 20105 – 95010 CERGY PONTOISE CEDEX

- **Eligibilité**

L'éligibilité des dossiers de candidatures sera notamment appréciée des critères suivants :

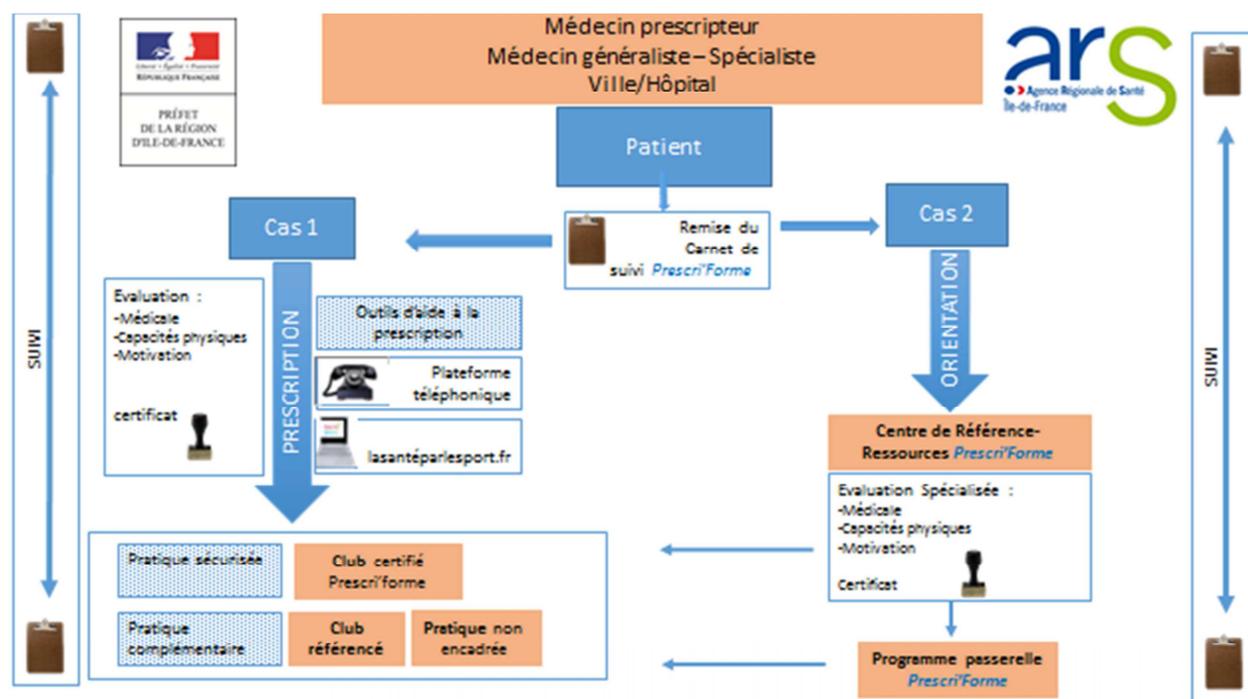
1. Dossier soumis dans les délais
2. Complétude du dossier
3. Dépôt de la candidature dans le respect des conditions fixées par le cahier des charges

**Modalités de délivrance de la certification:**

**La certification est délivrée par la Direction Départementale de la Cohésion Sociale pour une période de deux ans, renouvelable 1 fois sur simple demande.**

Une demande complète devra être adressée à la DDCS pour renouvellement au terme des 4 ans.

## Annexe





**Adresses de publication de l'appel à candidatures :**

<http://ile-de-france.drjscs.gouv.fr>

<https://www.iledefrance.ars.sante.fr>

**Direction régionale de la jeunesse, des sports  
Et de la cohésion sociale (DRJSCS)**

6/8 rue Eugène Oudiné - CS 81360  
75634 PARIS CEDEX 13 - 01 40 77 55 00  
DRJSCS75@drjscs.gouv.fr  
[www.ile-de-france.drjscs.gouv.fr](http://www.ile-de-france.drjscs.gouv.fr)

**Agence régionale de santé Ile-de-France**

35, rue de la Gare - 75935 Paris Cedex 19  
01 44 02 00 00  
[www.iledefrance.ars.sante.fr](http://www.iledefrance.ars.sante.fr)