



Contrat d'adhésion aux services de l'Agence du Numérique en Santé relatifs aux moyens d'identification électronique

1. Objet du présent contrat d'adhésion

Le présent contrat est établi entre une personne morale de droit public ou privé relevant des secteurs sanitaire, médico-social ou social, dénommé ci-après le Client et l'Agence du numérique en santé (ANS), groupement d'intérêt public prévu à l'article L1111-24 du code de santé publique, dont la convention constitutive a été approuvée par arrêté du 8 septembre 2009 et modifiée, en dernier lieu, par arrêté du 8 avril 2021, ayant son siège : 2-10 Rue d'Oradour-sur-Glane, 75015 Paris et représentée par son Directeur.

Dans le cadre du présent contrat, le Client fournit à l'ANS des données d'identification le concernant ainsi que son représentant légal, telles que mentionnées à l'article 3, pour lui ouvrir le droit de commander les moyens d'identification électronique (anciennement dénommés produits de certification) délivrés, à titre gratuit par l'ANS, et accéder de façon sécurisée à des services numériques associés, dont la liste est disponible à l'adresse suivante : <https://esante.gouv.fr/securite/cartes-et-certificats/>.

On entend par moyen d'identification électronique (« MIE »), un dispositif matériel et/ou immatériel contenant un identifiant personnel et utilisé pour s'authentifier sur un service numérique en santé. L'ANS, en tant que fournisseur d'identité électronique, enregistre des identités de personnes physiques et leur délivrent des MIE, notamment des cartes de la famille « CPx », des certificats logiciels émis par l'IGC Santé, des e-CPS.

La signature du présent Contrat doit être effectuée par le représentant légal de la structure.

2. Termes du présent contrat

2.1 Obligations du client

Le Client déclare avoir pris connaissance et accepté, préalablement à la signature du présent Contrat, les conditions générales d'utilisation (« CGU ») des moyens d'identification électronique délivrés par l'ANS accessibles sur <https://esante.gouv.fr/procedures/conditions-generales-utilisation> ainsi que les politiques de certification accessibles sur <http://igc-sante.esante.gouv.fr/PC/>.

Aux termes du présent contrat, le Client accepte la qualité d'autorité d'enregistrement. A ce titre, il est responsable de la commande et de la gestion des moyens d'identification électronique délivrés aux personnes physiques agissant sous sa responsabilité.

Le Client s'engage à informer immédiatement l'ANS de toute modification relative à son identification, domiciliation, son (ses) mandataires, ses administrateurs techniques ou toute information exigée dans le cadre du présent contrat, via les documents disponibles à cet effet sur le site internet de l'ANS (<https://esante.gouv.fr/>). Le Client est seul responsable de la préservation de la confidentialité et de l'intégrité des installations et matériels informatiques et de télécommunication utilisés pour la passation des commandes.

2.2 Modification du contrat

L'ANS se réserve le droit de réviser les termes du présent contrat et de modifier les services fournis dans le cadre de celui-ci, et ce à tout moment. Toute modification de ce type sera effective et aura force obligatoire trente (30) jours après publication des modifications sur le site internet de l'ANS. En cas de désaccord avec cette modification, le Client peut résilier le présent contrat dans les conditions prévues au point 2.3. En continuant à utiliser les services de l'ANS après ces modifications, si le Client ne résilie pas le Contrat dans un délai de quatre mois suivant l'entrée en vigueur de la modification, il sera réputé l'avoir accepté.

2.3 Résiliation du contrat

I. Résiliation par le Client

Le Client peut résilier le contrat d'adhésion aux services de l'ANS relatifs aux moyens d'identification électronique avant terme par lettre recommandée avec accusé de réception. La résiliation sera effective le dernier jour du mois suivant la date de réception par l'ANS de la lettre de résiliation par le Client.

II. Résiliation par l'ANS

Le contrat peut être résilié de plein droit à l'initiative de l'ANS en cas de non-respect du présent Contrat, des CGU et/ou des politiques de certification. La résiliation peut intervenir lorsque la situation du Client est substantiellement modifiée et ne permet plus de répondre aux exigences requises pour la détention des moyens d'identification électronique (refus ou retrait de l'agrément et/ou de la certification d'hébergeur de données de santé, suppression de l'autorisation FINESS etc.). La notification de la décision de résiliation est effectuée par tout moyen permettant d'attester la date de réception de ladite décision.

2.4 Protection des données personnelles

Les données personnelles fournies dans le cadre du présent contrat et de la commande de moyens d'identification électronique sont traitées par l'ANS dans le respect des dispositions de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés et du règlement (UE) 2016/679 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données (RGPD). Leur traitement est nécessaire à l'exécution d'une mission d'intérêt public.

Les personnes concernées disposent d'un droit à l'information concernant leurs données collectées par l'ANS dans le cadre de la délivrance des moyens d'identification électronique. Elles disposent en outre d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, de limitation, et du droit de définir des directives sur le sort de ses données après sa mort.

Elles peuvent exercer leurs droits :

- **Sur demande écrite** à l'adresse suivante :
GIP ANS (Délégué à la protection des données)
2-10 Rue d'Oradour-sur-Glane, 75015 Paris
- **Par messagerie électronique**, à l'adresse suivante : dpo@esante.gouv.fr

2.5 Entrée en vigueur et durée du contrat

Le présent contrat est conclu pour une durée d'un an à compter de la date de la réception par l'ANS du présent contrat dûment rempli, daté, paraphé et signé. L'Agence se réserve le droit de refuser un dossier incomplet ou contenant des données erronées. Le présent contrat est renouvelable par tacite reconduction par période d'un an, sauf résiliation dans les conditions prévues à l'article 2.3.

2.6 Droit applicable - Règlement des litiges

Le présent contrat est régi par la loi française, pour les règles de fond comme pour les règles de forme.

Les litiges éventuels seront portés devant le tribunal administratif de Paris s'ils ne peuvent être réglés à l'amiable.

3. Identification du client (L'ensemble des champs doit être complété)

3.1 Identification de la structure

Dénomination de la structure				
FINESS *voir notice ci-jointe (uniquement pour les structures prenant en charge des patients/usagers)				
N° SIRET				
Adresse	N°		Type de voie (avenue, rue...)	
	Libellé de la voie			
	Code postal		Commune	

3.2 Identification du représentant légal

Civilité	M.	Mme
Nom		
Prénom(s)		
Identifiant national N°RPPS ou n°ADELI (obligatoire si vous êtes un professionnel de santé)		
N° de matricule (facultatif)		
Email professionnel		

4. Justificatifs à joindre au contrat

- 📄 Photocopie d'un justificatif d'identité : carte d'identité, passeport, permis de conduire, carte de séjour ou de résident
- 📄 Copie de l'acte de nomination désignant le représentant légal de la structure dûment habilité à signer le présent Contrat (décret, arrêté, décision, procès-verbal d'Assemblée Générale, extrait du K-bis datant de moins de 3 mois et mentionnant le nom du représentant légal, etc.) ou de l'acte formalisant la délégation de signature

Je certifie avoir lu et accepté les conditions générales d'utilisation relatives aux moyens d'identification électronique	
Je certifie exactes les informations mentionnées ci-dessus. Il est rappelé que les fraudes et tentatives de fraude sont passibles de sanctions pénales et peuvent conduire à la suspension de l'instruction de votre demande ou au retrait des droits dont le bénéfice est demandé.	
Date Signature du représentant légal	Cachet de la structure

L'ensemble des documents (contrat **signé, daté, paraphé** sur toutes les pages **avec le cachet de la structure** ainsi que les pièces justificatives susmentionnées) est à renvoyer à l'adresse mail suivante :

monserviceclient.cartes@esante.gouv.fr

Pour toutes questions relatives à ce contrat, vous pouvez utiliser cette même adresse mail.

L'ensemble des documents (contrat **signé, daté, paraphé** sur toutes les pages **avec le cachet de la structure** ainsi que les pièces justificatives susmentionnées) est à renvoyer à l'adresse mail suivante :

monserviceclient.cartes@esante.gouv.fr

Pour toutes questions relatives à ce contrat, vous pouvez utiliser cette même adresse mail.

L'ensemble des documents (contrat **signé, daté, paraphé** sur toutes les pages **avec le cachet de la structure** ainsi que les pièces justificatives susmentionnées) est à renvoyer à l'adresse mail suivante :

monserviceclient.cartes@esante.gouv.fr

Pour toutes questions relatives à ce contrat, vous pouvez utiliser cette même adresse mail.

5. Prochaines étapes

- 📍 L'ANS réceptionne le contrat, et vérifie qu'il est complet.
- 📍 Vous pourrez désormais commander des moyens d'identification électronique auprès de l'ANS, à l'aide des téléservices ou formulaires dédiés.

- ## 5. Prochaines étapes
- 📍 L'ANS réceptionne le contrat, et vérifie qu'il est complet.
 - 📍 Vous pourrez désormais commander des moyens d'identification électronique auprès de l'ANS, à l'aide des téléservices ou formulaires dédiés.



Formulaire de commande de carte pour le représentant légal d'une structure F101

1. Objet du formulaire

Le présent formulaire s'adresse au représentant légal d'une structure qui n'est pas un professionnel de santé, et qui ne peut donc pas être titulaire d'une carte CPS.

Il a pour objet de permettre l'attribution au représentant légal non professionnel de santé :

- d'une carte CDE (Carte de Directeur d'Etablissement), si celui-ci exerce dans une structure prenant en charge des patients / usagers ;
- d'une carte CDA (Carte de Directeur de structure Autorisée), s'il exerce dans une structure ne prenant pas en charge de patients / usagers.

2. Prérequis à la demande

- 📍 Avoir signé le [contrat d'adhésion aux services de l'ANS relatifs aux moyens d'identification électronique](#) (hors structures libérales) ;
- 📍 **[Facultatif]** Dans le cas d'une demande de carte CDA, avoir complété le [questionnaire relatif à l'attribution d'une carte CDA](#) et le transmettre à l'ANS en même temps que ce présent formulaire. Cela permet d'étudier l'éligibilité de la structure à recevoir ce type de cartes ;
- 📍 Avoir réuni l'ensemble des pièces justificatives mentionnées en fin de document (**section 5**).

3. Identification de la structure bénéficiaire *(L'ensemble des champs doit être complété)*

Structure

Dénomination de la structure

FINESS *voir notice ci-jointe
(uniquement pour les structures prenant en charge des patients / usagers)

ou N° SIRET

Représentant légal

Civilité M. Mme

Nom

Prénom(s)

Numéro de matricule (si disponible)

Téléphone portable

Email professionnel

4. Informations spécifiques

[Facultatif] Adresse de livraison de la carte (uniquement si différente de l'adresse de la structure renseignée dans le contrat d'adhésion)

Adresse	Nom de l'établissement			
	N°		Type de voie (avenue, rue...)	
	Libellé de la voie			
	Code postal		Commune	
	Pays			

[Facultatif] Demande particulière d'impression

Libellé à imprimer sur les cartes de personnel de structure pour identifier la structure (ex : C.H. de Penmarc'h) :

Cadre obligatoire pour les structures ayant une activité de fournisseur d'appareillage médical

Activité menée dans le cadre de la liste des produits et prestations remboursables par l'Assurance Maladie (LPP) et déclarée sur le K-bis comme activité principale. Une seule case doit être cochée.

Audioprothèse
Optique
Orthoprothèse
Orthopédie-orthèse

Prothèse oculaire
Epithèse
Podo-orthèse
Prestataires et autres

Mode d'exercice dans l'établissement : Indépendant (Libéral) Salarié

Souhaitez-vous autoriser les professionnels de santé de votre structure à signer des lots de FSE ? Oui Non

5. Pièces justificatives à joindre (sauf si elles ont déjà été fournies simultanément avec le contrat d'adhésion)

Pour les directeurs d'établissement publics de santé :

-  Aucun autre justificatif que le cachet du Centre National de Gestion (dans l'encart cachet de l'Autorité d'enregistrement prévu à cet effet).

Pour les autres représentants légaux :

-  Photocopie d'un justificatif d'identité : carte d'identité, passeport, permis de conduire, carte de séjour ou de résident ;
-  Copie de l'acte de nomination désignant le représentant légal de la structure (décret, arrêté, décision, procès-verbal d'Assemblée Générale, extrait du K-bis datant de moins de 3 mois et mentionnant le nom du représentant légal etc.) ou de l'acte formalisant la délégation de signature.

Je certifie avoir lu et accepté les [conditions générales d'utilisation relatives aux moyens d'identification électronique](#).

Je certifie exactes les informations mentionnées ci-dessus. Il est rappelé que les fraudes et tentatives de fraude sont passibles de sanctions pénales et peuvent conduire à la suspension de l'instruction de votre demande ou au retrait des droits dont le bénéfice est demandé.

Date

Signature du « Représentant légal » et cachet de la structure

Date

Cachet de l'Autorité d'enregistrement (si besoin) ⁽¹⁾

Ce formulaire est à envoyer **signé et daté avec le cachet de la structure** (accompagné si nécessaire des pièces justificatives et du cachet de l'Autorité d'enregistrement susmentionnés) à l'adresse e-mail suivante :

monserviceclient.cartes@esante.gouv.fr

Pour toutes questions relatives à ce formulaire, vous pouvez utiliser cette même adresse mail.

6. Prochaines étapes

-  Le représentant légal de la structure est informé par email de la bonne réception et du transfert de sa demande au service concerné pour traitement ;
-  L'ANS envoie la carte de représentant légal à l'adresse de livraison choisie.

(1) Les Autorités d'enregistrement compétentes sont les suivantes :

- Le Centre National de Gestion pour les directeurs d'établissements publics de santé ;
- L'ARS pour les directeurs de laboratoires de biologie médicale, les responsables de transporteurs sanitaires, les propharmaciens ;
- La CPAM pour les taxis ;
- Le Service de Santé des Armées (SSA)

Notice explicative relative au FINESS

Cette notice s'adresse aux établissements possédant un numéro FINESS et souhaitant contractualiser avec l'ANS ou remplir un formulaire dans le cadre d'une commande de certificat. La règle qui s'applique en général est d'utiliser le FINESS juridique pour les démarches de commande de moyens d'identification électronique (cartes de la famille « CPx », certificats logiciels). Cependant, selon les différents types d'établissements, cette règle peut varier.

- **Pour les établissements hospitaliers publics / Les centres de dialyse et d'auto-dialyse / Les établissements du secteur médico-social**

Si vous souhaitez accéder aux services socles du Ségur (DMP, INSi, ...) :

- Si vous n'avez pas encore de contrat d'adhésion, il vous faudra remplir le contrat d'adhésion avec le **FINESS juridique**, puis commander un ou des certificats avec le **FINESS juridique**
- Si vous avez déjà un **contrat d'adhésion FINESS juridique**, il vous suffit de continuer les démarches avec le **FINESS juridique**.
- Si vous avez déjà un **contrat d'adhésion FINESS géographique**, alors vous pouvez soit :
 - Commander un **certificat FINESS géographique** puis recommencer l'ensemble des démarches au moment du renouvellement du certificat pour **passer sur le FINESS Juridique**.
 - Recommencer toute la démarche dès maintenant en souscrivant un nouveau contrat d'adhésion et recommander les certificats avec le **FINESS juridique** et ainsi opter pour **une solution plus pérenne**.

Concernant les autres projets hors Ségur, vous pouvez continuer vos démarches avec le même numéro **FINESS (géographique ou juridique)** indiqué dans votre contrat d'adhésion en cours avec l'ANS.

- **Pour les laboratoires de biologie médicale / Les officines de pharmacie**

Pour les services socles du Ségur comme pour tous les autres projets : en tant que laboratoire de biologie médicale ou officine de pharmacie, vous avez un contrat d'adhésion implicite avec l'ANS, il ne vous reste qu'à commander le ou les certificat(s) avec le numéro **FINESS géographique** (concernant les laboratoires, il s'agit de celui du site principal, valable pour tous les établissements rattachés).

- **Pour les centres de santé / Les maisons de santé / Les établissements hospitaliers du secteur privé non lucratif et les établissements sanitaires à but lucratif**

Si vous souhaitez accéder aux services socles du Ségur (DMP, INSi, ...) :

- Si vous n'avez pas encore de contrat d'adhésion, il vous faudra remplir le contrat d'adhésion avec le **FINESS géographique**, puis commander un ou des certificats avec le **FINESS géographique**.
- Si vous avez déjà un contrat FINESS géographique, il vous suffit de continuer les démarches avec le même numéro **FINESS géographique**.

Concernant les autres projets hors Ségur, vous pouvez continuer vos démarches avec le même numéro **FINESS (géographique ou juridique)** indiqué dans votre contrat d'adhésion en cours avec l'ANS.

Ce questionnaire ne concerne que les produits de certification de production.

Pour les produits de test veuillez consulter la page <http://esante.gouv.fr/services/espace-cps/produit-de-certificat-de-test>

Ces produits sont destinés aux structures ne prenant pas en charge des patients mais dont l'activité requiert un niveau de sécurisation justifiant leur utilisation. L'attribution de ces produits est assujettie à une demande d'autorisation de l'ASIP Santé via ce questionnaire dûment complété par le représentant légal de la structure. Pour les commander, il doit disposer d'une carte CDA.

L'ASIP Santé autorise la structure à recevoir et utiliser des produits de certification dès lors que l'usage des produits est jugé conforme à la finalité de sécurisation des données de santé (par exemple : service d'hébergement de données de santé, opérateur de service de SI de santé, faciliter l'accès au DMP,...).

L'ASIP Santé se réserve le droit de refuser d'instruire un dossier restant incomplet ou dans lequel subsistent des données erronées.

1. IDENTIFICATION DE LA STRUCTURE

Dénomination de la structure

Forme juridique

N°SIRET

Adresse de la structure

Dénomination de la structure

Mention complémentaire

Numéro de voie

Complément de voie

Nom de voie

Libellé de voie

Boîte postale /Lieu-dit

Code postal

Commune

Pays

Téléphone

Adresse courriel

2. À QUEL TITRE EFFECTUEZ-VOUS CETTE DEMANDE ?

- ☐ **Cas 1- Vous faites votre demande en tant qu'organisation institutionnelle du secteur de la santé ou du secteur médico-social :**
- Veuillez préciser quels sont les produits dont vous avez besoin et pour quels usages (partie I du questionnaire de la page suivante).
- ☐ **Cas 2- Vous faites votre demande en tant que fournisseur ou opérateur de service¹, éditeur ou intégrateur :**
- Veuillez préciser dans le questionnaire de la page suivante l'usage des produits de certification au regard de vos missions. (répondre au questionnaire complet).
- ☐ **Cas 3- Pour tout autre type de structure :**
- Veuillez préciser quels sont les produits dont vous avez besoin et pour quels usages (partie I du questionnaire de la page suivante).

En cas de réponse favorable, veuillez télécharger le contrat-type et les formulaires à remplir (<http://esante.gouv.fr/services/espace-cps/cartes-professionnelles-de-sante>) ou demandez les à l'ASIP Santé par courrier ou courriel.

Pour toute correspondance avec l'ASIP Santé

ASIP Santé - Service Relations Clients
2 avenue du Président Pierre Angot
Technopole Hélioparc
64053 PAU CEDEX 9

monserviceclient.cartes@asipsante.fr

Je certifie exactes les informations mentionnées dans le présent formulaire. (Il est rappelé que les fraudes et tentatives de fraude sont passibles de sanctions pénales et peuvent conduire à la suspension de l'instruction ou au retrait des droits dont le bénéfice est demandé).

Nom, prénom du « Représentant légal » :

Signature du « Représentant légal » :

Date :

j j m m a a a a

CADRE RESERVE À L'ASIP Santé

Pour l'ASIP Santé, le Directeur ou son représentant dûment habilité :

Date :

j j m m a a a a

¹

- **Fournisseur de service** : structure gérant le service en lien direct avec le client utilisateur (exemple : fournisseur de solutions de gestion de cabinet en mode SAS destinées aux professionnels de santé, fournisseur de services aux patients...);

- **Opérateur de service** : structure qui agit en sous-traitance pour le compte d'une autre structure qui est en lien direct avec le client utilisateur (exemple : hébergeur de données de santé, service d'archivage informatique...);

I – À remplir si vous êtes dans les cas 1, 2 ou 3

QUELS SONT LES PRODUITS DE CERTIFICATION DONT VOUS AVEZ BESOIN ET POUR QUELS USAGES (contexte d'utilisation) ?

II – À remplir si vous êtes dans le cas 2.

(Pour illustrer l'enchaînement des questions ci-dessous, consultez le schéma fourni en dernière page de ce formulaire.)

A- Le service est-il destiné à des utilisateurs du secteur santé ou du secteur médico-social ? (en cas de doute, veuillez poursuivre le questionnaire).

☐ Oui → répondez à la question suivante☐ Non → **votre structure n'est pas éligible, pour ce service, aux produits de certification de l'ASIP Santé.**

B- Le service traite-t-il de données de santé à caractère personnel ?

☐ Oui → répondez à la question suivante.☐ Non → **répondez aux questions du cadre III et envoyez le questionnaire pour instruction par l'ASIP Santé.**

C- Assurez-vous un service de gestion technique de certificats de l'ASIP Santé auprès de vos clients ?

(Ex. : aide à l'installation de certificats serveurs)

☐ Oui → **envoyez le questionnaire pour instruction par l'ASIP Santé.**☐ Non → répondez à la question suivante.

D- Êtes-vous un hébergeur agréé de données de santé (HDS) pour l'application objet du service ?

(cf. art. L1111-8 du code de la santé publique) ?

☐ Oui → **envoyez le questionnaire pour instruction par l'ASIP Santé.**☐ Non → répondez à la question suivante.

E- Avez-vous un dossier en cours d'instruction ?

☐ Oui → **envoyez le questionnaire pour instruction par l'ASIP Santé.**☐ Non → répondez à la question suivante.

F- Utilisez-vous les services d'un hébergeur agréé ?

☐ Oui → Indiquez ici le nom de votre hébergeur de données de santé agréé→ **envoyez le questionnaire pour instruction par l'ASIP Santé.**☐ Non → **votre structure n'est pas éligible, pour ce service, aux produits de certification de l'ASIP Santé.**
Informez-vous sur les procédures d'agrément des hébergeurs de données de santé sur le site internet de l'ASIP Santé : <http://esante.gouv.fr/services/hebergeurs-de-donnees-de-sante/hebergement-des-donnees-de-sante>

III – À remplir si vous avez répondu "Non" à la question II-B

PRÉSENTATION DE VOTRE SERVICE

(vous pouvez joindre à ce formulaire toute information complémentaire relative à votre service)

1- Quel est le nom de votre service ?

2- Indiquez de manière succincte les principes fonctionnels et applicatifs de votre service. Précisez notamment les flux dématérialisés et les mesures de sécurité destinées à les protéger.

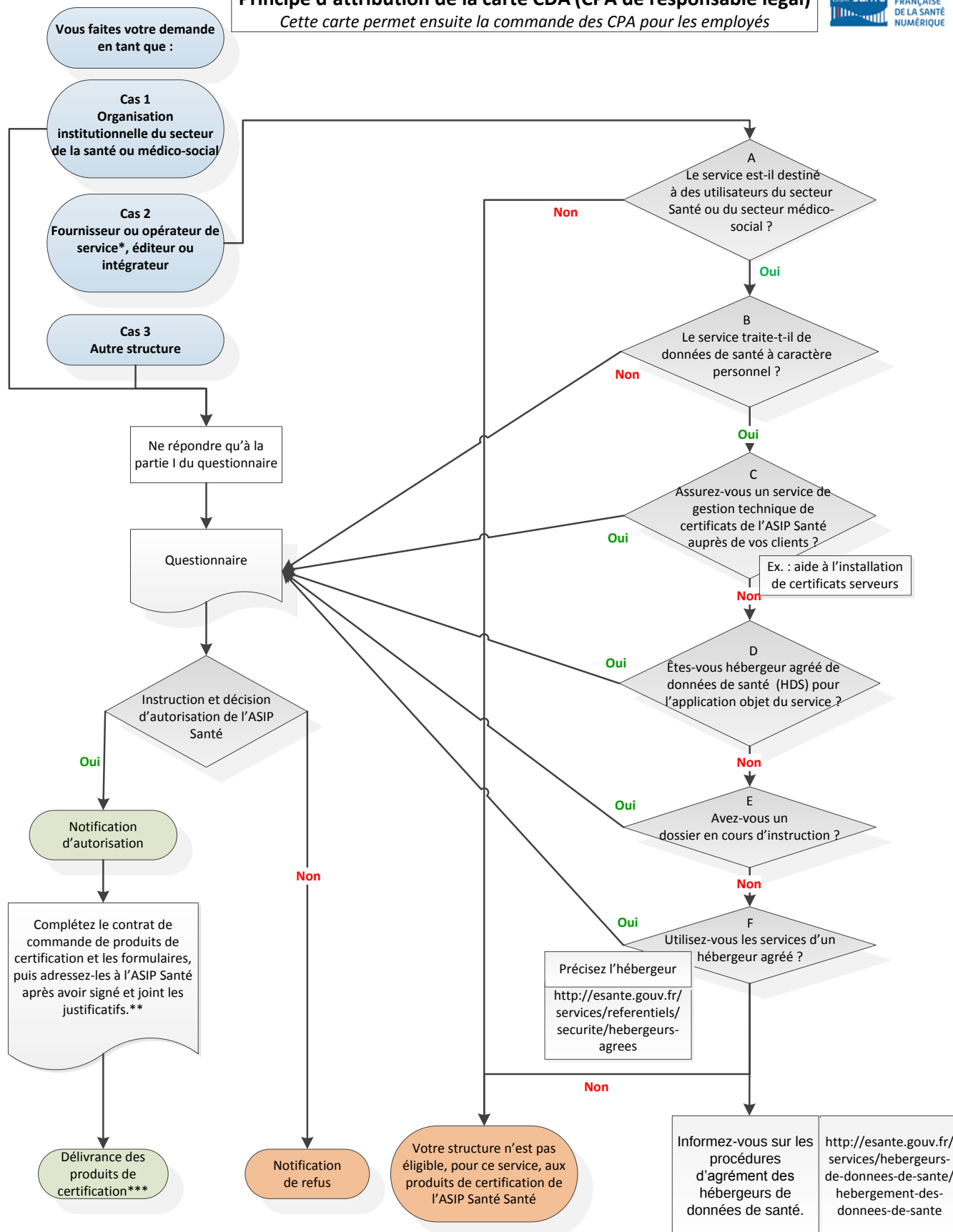
3- Qui sont les utilisateurs de votre service et les principales fonctionnalités auxquelles ils ont accès ?

4- L'application est-elle utilisée par les seuls personnels salariés de votre structure ?

☐ Oui → **décrivez les profils de personnels auxquels seront délivrées les cartes CPA et leur utilisation.**☐ Non → **précisez quelles sont les structures employeuses de ces personnels.**

Principe d'attribution de la carte CDA (CPA de responsable légal)

Cette carte permet ensuite la commande des CPA pour les employés



* - Fournisseur de service : structure gérant le service en lien direct avec le client utilisateur (exemple : fournisseur de solutions de gestion de cabinet en mode SaaS destinées aux professionnels de santé, fournisseur de services aux patients...) ;

- Opérateur de service : structure qui agit en sous-traitance pour le compte d'une autre structure qui est en lien direct avec le client utilisateur (exemple : hébergeur de données de santé, service d'archivage informatique...)

**ASIP Santé, Service Établissements : etablissement@asipsante.fr – 0 825 85 2000 (24h/24 – 7j/7 – Service à 6 cts/min + prix d'un appel local)

*** En cas de refus d'agrément, les produits de certification délivrés à titre provisoire seront mis en opposition et les certificats révoqués.