



Dossier de demande d'inscription en formation Aide-Soignante

Public visé sous conditions (cf. arrêté du 07 avril 2020 modifié par les arrêtés des 12 avril 2021 et 10 juin 2021)

- Les agents des services hospitaliers qualifiés de la fonction publique hospitalière
- Les agents de service

Rentrée le Lundi 24 août 2026

SOMMAIRE

	Page		Page
Conditions d'accès à la formation	2	Conditions de restitution du dossier de demande d'inscription	4
Demande de dispense et d'aménagement spécifique de la scolarité	3	Liste des pièces à fournir	5
Communication des résultats	3	Annexe 1 à annexe 5	6 à 10
Possibilité de report d'admission	3	Fiche de renseignements	11 à 12
Coût de scolarité	4	Certificat médical d'aptitude	13
Aides financières possibles	4	Attestation médicale d'immunisation et de vaccination	14
Places disponibles	4	Infos vaccinations	15 à 16
Calendrier	4		

CONDITIONS D'ACCES À LA FORMATION

L'entrée en formation aide –soignante est réglementée par l'**Arrêté du 07 avril 2020** modifié par les arrêtés des 12 avril 2021 et 10 juin 2021, relatif aux modalités d'admission aux formations conduisant aux diplômes d'Etat d'aide -soignant et d'auxiliaire de puériculture.

« Art.11

Sont dispensés de l'épreuve de sélection prévue à l'article 2, **les agents des services hospitaliers qualifiés de la fonction publique hospitalière et les agents de service** :

« 1° Justifiant d'une ancienneté de services cumulée d'au moins un an en équivalent temps plein, effectués au sein d'un ou plusieurs établissements sanitaires et médico-sociaux des secteurs public et privé ou dans des services d'accompagnement et d'aide au domicile des personnes ;

« 2° Ou justifiant à la fois du suivi de la formation continue de soixante-dix heures relative à la participation aux soins d'hygiène, de confort et de bien-être de la personne âgée et d'une ancienneté de services cumulée d'au moins six mois en équivalent temps plein, effectués au sein d'un ou plusieurs établissements sanitaires et médico-sociaux des secteurs public et privé ou dans des services d'accompagnement et d'aide au domicile des personnes.

« Les personnels visés aux 1° et 2° sont directement admis en formation sur décision du directeur de l'institut de formation concerné, dans les conditions prévues au II de l'article 12.

Article 8 ter - (créé par Arrêté du 12 avril 2021-art.1)

L'admission définitive (dans un institut de formation d'aides-soignants) est subordonnée :

1. A la production, au plus tard le jour de la rentrée, d'un **certificat médical émanant d'un médecin agréé par l'ARS** attestant que le candidat n'est atteint d'aucune affection d'ordre physique ou psychologique incompatible avec l'exercice de la profession à laquelle il se destine.
2. A la production, avant la date d'entrée au premier stage, **d'un certificat médical** attestant que l'élève remplit les obligations d'immunisation et de vaccination prévues...
 - Vaccinations obligatoires (Article L.3111-4 du code de la santé publique) :
Hépatite B - Diphtérie - Tétanos - DTpolio
3. **Schéma vaccinal anti COVID-19 complet** en accord avec la loi en vigueur.

Vaccinations recommandées par le Haut Comité de Santé Publique :
coqueluche - rougeole - grippe saisonnière - rubéole - varicelle

Les 2 certificats à compléter vous sont transmis **dans ce dossier d'inscription, afin de vous organiser dès maintenant.**

N'attendez pas l'admission pour prendre contact avec votre médecin traitant car 6 mois sont à prévoir pour effectuer le protocole complet des vaccinations

(cf. pages 13 à 16)

Demande de dispense et d'aménagement spécifique de la scolarité

Selon votre expérience professionnelle, vos formations antérieures et sous réserve d'être admis à suivre la formation dans les conditions fixées par l'arrêté du 7 avril 2020 modifié susvisé par les arrêtés du 12 avril et 10 juin 2021, des équivalences de compétences, de blocs de compétences ou des allègements partiels ou complets de certains modules de formation sont accordées aux élèves titulaires des titres ou diplômes suivants :

- 1° Le diplôme d'Etat d'auxiliaire de puériculture ;
- 2° Le diplôme d'assistant de régulation médicale ;
- 3° Le diplôme d'Etat d'ambulancier ;
- 4° Le baccalauréat professionnel Services aux personnes et aux territoires (SAPAT) ;
- 5° Le baccalauréat professionnel Accompagnement, soins et services à la personne (ASSP) ;
- 6° Les diplômes ou certificats mentionnés aux articles D. 451-88 et D. 451-92 du code de l'action sociale et des familles :
 - Diplôme d'Etat d'accompagnement éducatif et social,
 - Diplôme d'Etat d'auxiliaire de vie sociale ou certificat d'aptitude aux fonctions d'aide à domicile ou l'mention complémentaire aide à domicile,
 - Diplôme d'Etat d'aide médico-psychologique ou certificat d'aptitude aux fonctions d'aide médico-psychologique ;
- 7° Le titre professionnel d'assistant de vie aux familles ;
- 8° Le titre professionnel d'agent de service médico-social.

Les personnes susmentionnées bénéficient des mesures d'équivalences ou d'allègement de suivi ou de validation de certains blocs de compétences selon les modalités fixées à l'annexe VII du présent arrêté. Leur parcours de formation et les modalités d'évaluation des blocs de compétences ou des compétences manquantes en vue de l'obtention du diplôme d'Etat d'aide-soignant sont définies dans ladite annexe.

Selon votre situation personnelle vous pouvez bénéficier d'aménagement de scolarité (femmes enceintes, personne en situation de handicap...), un formulaire vous sera alors envoyé sur demande.

Toute demande d'aménagement sera soumise à l'avis de la section pédagogique

Communication des résultats

Vous serez informé individuellement par mail, de l'acceptation de votre demande.
Aucun résultat ne sera transmis par téléphone.

Possibilité de report d'admission

Art. 13 : « Par dérogation à l'article 8, le directeur de l'institut de formation peut accorder, pour une durée qu'il détermine et dans la limite cumulée de deux ans, un report pour l'entrée en scolarité dans l'institut de formation :

1° Soit, de droit, en cas de congé pour cause de maternité, de rejet du bénéfice de la promotion professionnelle ou sociale, de rejet d'une demande de congé formation, de rejet d'une demande de mise en disponibilité, de report d'un contrat d'apprentissage ou pour la garde d'un enfant de moins de quatre ans ;

2° Soit, de façon exceptionnelle, sur la base des éléments apportés par le candidat justifiant de la survenance d'un événement important l'empêchant de débiter sa formation.

Tout candidat bénéficiant d'un report d'admission doit, au moins trois mois avant la date de rentrée prévue, confirmer son intention de reprendre sa scolarité à ladite rentrée. »

Coût de scolarité 2026-2027

En cursus complet : 7600€

Nous consulter pour les cursus allégés - voir annexe 5 Equivalences des compétences et allègements de formation uniquement pour les candidats concernés page 10

Aides financières possibles

- Financement employeur, promotion professionnelle, Transitions pro, OPCO,
- Financement Compte Personnel de Formation (CPF),
- Financement personnel, ...

Le Conseil Régional de Bretagne ne prend pas en charge la formation des élèves admis par le biais de la sélection de l'article 11.

PLACES DISPONIBLES :

(Sous réserve des modifications de quotas)

QUOTA	Report(s) (places réservées)	Places ouvertes
9	0	9

CALENDRIER

Clôture dépôt du dossier – Fin des inscriptions	Mercredi 10 Juin 2026 (cachet de la poste faisant foi si envoi postal)
---	--

RESTITUTION DU DOSSIER DE DEMANDE D'INSCRIPTION

Par dépôt au secrétariat de l'institut

15 rue du Bois Perrin – 35000 RENNES

Par voie postale (lettre en recommandé conseillée) :

IFAS du CH Guillaume Rénier - 108 avenue du Général Leclerc –
CS 60838– 35703 RENNES CEDEX 7

Ou par dépôt dans la boîte aux lettres de l'institut (Attention pas d'envoi postal à cette adresse) (boîte aux lettres située sur le côté parking du bâtiment au niveau de la 2^{ème} petite porte) :

15 rue du Bois Perrin – 35000 RENNES

POUR LES AGENTS DES SERVICES HOPITALIERS QUALIFIES DE LA FONCTION PUBLIQUE HOSPITALIERE ET LES AGENTS DE SERVICE

- ☐ Fiche de renseignements ;
- ☐ Photocopie de la carte nationale d'identité, passeport ou un titre de séjour valide à l'entrée en formation (copie recto-verso lisible) ;
- ☐ Une lettre de motivation ;
- ☐ Un curriculum vitae ;
- ☐ La copie des originaux des diplômes ou titres traduits en français ;

Pour les ressortissants étrangers :

- ☐ Une attestation de niveau de langue française égal ou supérieur au niveau B2, lorsque le niveau de français à l'écrit et à l'oral ne peut être vérifié à travers les pièces produites ci-dessus, au regard notamment de votre parcours scolaire, de vos diplômes et titres ou de votre parcours professionnel. A défaut, produire tout autre document permettant d'apprécier les capacités et les attendus relatifs à la maîtrise du français à l'oral.
- ☐ Une attestation de suivi de la formation continue de 70 heures relative à la participation aux soins d'hygiène, de confort et de bien-être de la personne âgée, suivie avant le 31/12/2022, **pour les candidats concernés**
- ☐ Fiche conditions d'accès à la formation (Annexe 1)
- ☐ Fiche d'information sur le financement de la formation (Annexe 2)
- ☐ Engagement de financement par l'employeur, pour les candidats concernés (Annexe 3)
- ☐ Engagement de financement personnel, pour les candidats concernés (Annexe 4)
- ☐ Equivalences de compétences et allègements de formation pour les candidats concernés (Annexe 5)

Date limite de dépôt du dossier : Mercredi 10 juin 2026 (cachet de la poste faisant foi si envoi postal)

LES DOSSIERS INCOMPLETS NE SERONT PAS RETENUS.

ANNEXE 1

Conditions d'accès à la formation Aide-Soignante

Je soussigné(e),,

Directeur de l'établissement de santé :

Nom :

Adresse :

.....

Atteste que M/Mme ----- est ou a été salarié(e) de l'entreprise en tant qu'ASHQ ou agent de service et :

Cochez la case correspondante

- ☐ Justifie d'une ancienneté de service cumulé **d'au moins 1 an en équivalent temps plein** effectués au sein d'un ou plusieurs établissements sanitaires et médicaux sociaux des secteurs public et privé ou dans des services d'accompagnement et d'aide au domicile des personnes.

Période : du : | ____ | ____ | ____ | au : | ____ | ____ | ____ |

DUREE TOTALE : ----

OU

- ☐ A suivi la **formation continue de soixante-dix heures** relative à la « Participation aux soins d'hygiène, de confort et de bien-être de la personne âgée » avant le 31/12/2022.

Et

A été ou est salarié(e) de l'entreprise en tant que **ASH** et justifie d'une ancienneté de service cumulé **d'au moins 6 mois en équivalent temps plein** effectué au sein d'un ou plusieurs établissements sanitaires et médico- sociaux des secteurs public et privé ou dans des services d'accompagnement et d'aide au domicile des personnes.

Période : du : | ____ | ____ | ____ | au : | ____ | ____ | ____ |

DUREE TOTALE :

Le,
Cachet et signature,

ANNEXE 2

Information sur le financement de la formation

NOM :

PRENOM :

NOM MARITAL : Date de naissance : | | | | Age : | |

QUI FINANCE VOTRE FORMATION ?

☐ EMPLOYEUR :

⇒ Nom de la structure :

⇒ Adresse :

⇒ Numéro de téléphone : | | | |

⇒ Nom de l'interlocuteur :

☐ Demande en cours - Décision le :

☐ Demande acceptée - Joindre l'accord de prise en charge de la formation (cf. annexe 3) En cas de refus de financement : transmettre à l'institut une demande de report (joindre courrier + justificatif de refus)

☐ Transitions Pro :

☐ Demande en cours - Décision le :

☐ Demande acceptée - Joindre l'accord de prise en charge

En cas de refus de financement : transmettre à l'institut une demande de report (joindre courrier + justificatif de refus)

☐ OPCO (Unifaf, Uniformation, ...) :

⇒ Indiquer le nom de l'OPCO :

☐ Demande en cours - Décision le :

☐ Demande acceptée - Joindre l'accord de prise en charge

☐ En cas de refus de financement : transmettre à l'institut une demande de report (joindre courrier + justificatif de refus)

☐ COMPTE PERSONNEL DE FORMATION : Montant : | , € |

et /ou

FINANCEMENT PERSONNEL : ☐ OUI (cf. annexe 4)

☐ NON

(si oui, une convention de formation vous sera adressée)

☐ Autre (précisez) :

NB : Le Conseil Régional ne prend pas en charge la formation par le biais de la sélection par l'art. 11.

ANNEXE 3

Engagement de financement par l'employeur

Je soussigné(e),

Directeur de l'établissement :

Nom :

Adresse :

Atteste que M. ou Mme

salarié(e) de l'établissement,

Bénéficiera d'une prise en charge financière pour le coût de la scolarité de la formation aide-soignante 2026/2027 établi par l'IFAS.

Le,

Cachet et signature,

ANNEXE 4

Engagement de financement personnel par le candidat

Je soussigné(e),,

M'engage à financer par mes propres moyens le coût de la scolarité de la formation aide-soignante 2026/2027 établi par l'IFAS.

Le,

Signature,

ANNEXE 5

Equivalences des compétences et allègements de formation uniquement pour les candidats concernés

Nom : Nom marital :

Prénom : Date de Naissance : |__|__|____|

Je déclare, posséder (cocher la case correspondante) :

	Diplômes / titres	Date d'obtention
☐	Diplôme d'Etat d'auxiliaire de puériculture (DEAP)	
☐	Diplôme d'assistant de régulation médicale (ARM)	
☐	Diplôme d'Etat d'ambulancier (DEA)	
☐	Baccalauréat professionnel ASSP	
☐	Baccalauréat professionnel SAPAT	
☐	- Diplôme d'Etat d'accompagnement éducatif et social, - Diplôme d'Etat d'auxiliaire de vie sociale ou certificat d'aptitude aux fonctions d'aide à domicile ou la mention complémentaire aide à domicile, - Diplôme d'Etat d'aide médico-psychologique ou certificat d'aptitude aux fonctions d'aide médico-psychologique ;	
☐	Titre professionnel d'assistant de vie aux familles (TPAVF)	
☐	Titre professionnel d'agent de service médico-social (TPASMS)	

Le diplôme obtenu devra être joint au dossier.

Le, |__|__|____| Signature,

Synthèse des volumes horaires de formation à réaliser pour l'accès au DE AS en fonction la certification déjà obtenue par le candidat											
DEAS 2021	DEAS 2021 (formation complète)	DEAP 2006 (niveau3)	DEAP 2021 (niveau4)	BAC PRO ASSP 2011 (niveau 4)	BAC PRO SAPAT 2011 (niveau 4)	Titre professionnel ADVF (niveau 3)	Titre professionnel ASMS (niveau 3)	DEAS 2021 (niveau3)	DEAES 2016 Spécialités (niveau 3)	ARM 2019 (niveau 4)	Ambulancier 2006 (niveau 3)
Accompagnement individuel	77	77	77	77	77	77	77	77	77	77	77
BLOC 1	168	98	77			98	112	112	112	147	168
BLOC 2	294	98	70	294	294	259	294	224	273	217	203
BLOC 3	91	21				21	56	21	21	42	42
BLOC 4	35				35	35		21	35	35	21
BLOC 5	105	35			105	77	63		35	35	63
Formation clinique	770	245	245	350	490	595	595	420	420	595	595
Total formation théorique	770	329	224	371	511	567	602	455	553	553	574
Total cursus (théorie et clinique)	1540	574	469	721	1001	1162	1197	875	973	1148	1169

Le détail par bloc de compétences est décrit dans les tableaux d'équivalence.

Fiches parcours : les contenus de formation théorique et clinique ainsi que les modalités d'évaluation sont consultables sur le site du ministère chargé de la santé.

FICHE DE RENSEIGNEMENTS - FORMATION AIDE-SOIGNANTE

Cursus suivi

FORMATION INITIALE CURSUS PARTIEL – cf. annexe 5 (**entourez la mention utile**)

NOM DE NAISSANCE (en caractère d'imprimerie) :

NOM D'EPOUSE :Prénom

NOM D'USAGE :

Date de naissance : |__|__|__| Age :

Lieu de naissance : Pays de naissance:

Nationalité N° S. Sociale : / / / / / / / / / / / / / / / /

Situation Familiale : Célibataire Concubin(e) Pacsé(e) Marié(e) Séparé(e) Divorcé(e) Veuf(ve)

Nombre d'enfants : Tél. mobile ☎ :

Mail @ :

Adresse actuelle

N° - Rue

Code postal Ville

Moyen de locomotion

Avez-vous le permis ? - Oui - Non - En cours d'acquisition Un véhicule personnel ? Oui - Non

Autres moyens de locomotion : (bus, métro, vélo...)

SITUATION DURANT LA FORMATION

Inscrit(e) au Pôle emploi avec indemnisation chômage ☐

Inscrit(e) au Pôle emploi sans indemnisation chômage ☐

→ **N° pôle emploi et région :**

En cours d'emploi chez un employeur ☐

Dans le cadre de formation aide-soignante, êtes-vous pris en charge pour le financement de la formation au titre de la promotion professionnelle **par votre employeur** ? OUI ☐ NON ☐

Si OUI, veuillez indiquer les nom et adresse **de l'établissement employeur** :

.....

Coordonnées de l'employeur (nom, fonction et mail de la personne contact) :

.....

Si NON, autre type de financement (ex : FONGECIF, UNIFAF, UNIFORMATION, Bourse...).

Précisez l'organisme :

DOCUMENT À FAIRE REMPLIR ET A TRANSMETTRE AU PLUS TARD LE JOUR DE LA RENTRÉE

Certificat médical d'aptitude

(à faire compléter **par un médecin agréé*** par l'ARS du département

Selon l'article 8 ter de l'arrêté du 12 avril 2021)

Je soussigné Dr

Médecin agréé par l'ARS du département

Certifie que Mme / M.

Né(e) le

➔ Ne présente pas de contre-indication physique et psychologique à l'exercice de la profession d'aide-soignant.

➔ Est à jour de ses vaccinations et immunisé(e)

Fait à, le

Tampon :

Signature :

***liste disponible sur le site de l'ARS ou de la préfecture de votre département :**

<https://www.bretagne.ars.sante.fr/les-medecins-agrees-1>

DOCUMENT À FAIRE REMPLIR AVANT LA DATE D'ENTREE AU PREMIER STAGE

ATTESTATION MEDICALE D'IMMUNISATION ET DE VACCINATION OBLIGATOIRE

Des personnes mentionnées à l'Article L3111-E du Code de la Santé publique

Je, soussigné(e) Docteur

Certifie que Mme / M :

Né(e) le, candidat(e) à la formation aide-soignante, a été vacciné(e) :

- Contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite :

Dernier rappel effectué		
Nom du vaccin	Date	N° lot
Rougeole recommandée		

- Contre l'hépatite B, selon les conditions définies au verso, il/elle est considéré(e) comme (*rayez les mentions inutiles*)
 - Immunisé(e) contre l'hépatite B OUI ☐ NON ☐
 - Non répondeur(se) à la vaccination OUI ☐ NON ☐
 - Taux des Ac anti HBS

Vaccinations obligatoires	Spécialité vaccinale	Numéro de lot	Dose	Date
Hépatite B (schéma à 3 injections)	1 ^{ère} injection			
	2 ^{ème} injection			
	3 ^{ème} injection			

- Contre le BCG

Nom du vaccin intradermique ou Monovax®	Date du vaccin ou mention « non vacciné »	N° lot

Un arrêté du 27 février 2019 a suspendu l'obligation de vaccination par le BCG

IDR à la tuberculine*	Date – (moins de 6 mois)	Résultat en mm

* L'IDR de référence est obligatoire : Arrêté du 13 juillet 2004 relatif à la pratique de la vaccination par le vaccin antituberculeux BCG et aux tests tuberculiniques

Signature et cachet du médecin

Nota bene : Selon le calendrier vaccinal en vigueur, pour ces professionnels de santé, il est par ailleurs recommandé d'être immunisé contre la coqueluche, la rougeole, la rubéole, la varicelle et la grippe saisonnière

POUR INFORMATION

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

Article 2 : Les élèves ou étudiants mentionnés à l'Article 1^{er} de l'Arrêté du 6 mars 2007 susvisé sont soumis aux obligations d'immunisation mentionnées à l'**Article L.3111-4 du code de la santé publique**. Au moment de leur inscription dans un établissement d'enseignement et, au plus tard, avant de commencer leurs stages dans un établissement ou organisme public ou privé de prévention ou de soins, ils apportent la preuve qu'ils satisfont aux obligations d'immunisation mentionnées à l'Article L.3111-4. A défaut, ils ne peuvent effectuer leurs stages.

ANNEXE 1 *Conditions d'immunisation contre l'Hépatite B*

I. Les personnes mentionnées aux 1^{er} et 2^o de l'Article 1^{er} du présent arrêté sont considérées comme immunisées contre l'hépatite B si elles produisent une attestation médicale comportant un résultat, même ancien, indiquant la présence, dans le sérum, d'anticorps anti-HBs à une concentration $> \text{à } 100 \text{ UI/l}$.

II. Si les personnes susmentionnées ne présentent pas le résultat mentionné au I., il est effectué un dosage des anticorps anti-HBc et des anticorps anti-HBs en vue de la délivrance d'une attestation médicale attestant ou non de l'immunisation contre l'hépatite B.

II-1. Les anticorps anti-HBc ne sont pas détectables dans le sérum, si sérologie $> 10 \text{ UI/l}$ = immunisé

II-1.1. La vaccination a été menée à son terme selon le schéma en vigueur dans le calendrier vaccinal :

II-1.1.1. Le taux d'anticorps anti-HBs dans le sérum est $\geq 10 \text{ UI/l}$: la personne est considérée comme définitivement protégée contre l'hépatite B. Il n'y a pas lieu de réaliser de dosage sérologique ultérieur ni d'injection vaccinale supplémentaire.

II-1.1.2. Le taux d'anticorps anti-HBs dans le sérum est $< 10 \text{ UI/l}$, la conduite à tenir est définie dans l'annexe 2.

II-1.2. La vaccination n'a pas été réalisée, est incomplète ou sans preuve documentaire :

1) Si le taux d'anticorps anti-HBs est $> 100 \text{ UI/l}$, les personnes concernées sont considérées comme immunisées contre l'hépatite B sans qu'il y ait lieu de réaliser de dosage sérologique ultérieur ni d'injection vaccinale supplémentaire ;

2) Si le taux d'anticorps anti-HBs est compris entre 10 et 100 UI/l, la vaccination doit être complétée. A l'issue de cette vaccination, les personnes concernées sont considérées comme immunisées contre l'hépatite B sans qu'il y ait lieu de réaliser de dosage sérologique ultérieur ni d'injection vaccinale supplémentaire ;

3) Si le taux d'anticorps anti-HBs est $< 10 \text{ UI/l}$, la vaccination doit être réalisée ou complétée. Un dosage des anticorps anti-HBs est effectué un à deux mois suivant la dernière injection ;

4) Si à l'issue du dosage mentionné au 3), le taux d'anticorps anti-HBs est $\geq 10 \text{ UI/l}$, les personnes concernées sont considérées comme immunisées contre l'hépatite B sans qu'il y ait lieu de réaliser de dosage sérologique ultérieur ni d'injection vaccinale supplémentaire ;

5) Si à l'issue du dosage mentionné au 3), le taux d'anticorps anti-HBs est $< 10 \text{ UI/l}$, la conduite à tenir est définie à l'annexe 2.

II-2. Les anticorps anti-HBc sont détectés dans le sérum. Une détection de l'antigène HBs et une détermination de la charge virale du virus de l'hépatite B sont nécessaires.

II-2.1. Si le taux d'anticorps anti-HBs est compris entre 10 et 100 UI/l, en l'absence simultanée d'antigène HBs et de charge virale détectable, les personnes concernées sont considérées comme immunisées contre l'hépatite B. Il n'y a pas lieu de réaliser de dosage sérologique ultérieur ni d'injection vaccinale supplémentaire.

II-2.2. Si le taux d'anticorps anti-HBs est $< 10 \text{ UI/l}$, en l'absence simultanée d'antigène HBs et de charge virale détectable, un avis spécialisé est demandé pour déterminer si la personne peut être considérée comme immunisée ou non.

II-2.3. Si l'antigène HBs et/ou une charge virale sont détectables dans le sérum, la personne est infectée par le virus de l'hépatite B et sa vaccination n'est pas requise.

ANNEXE 2 *Conditions à tenir si une personne présente un taux d'anticorps anti-HBs $< 10 \text{ UI/l}$ après avoir reçu un schéma complet de vaccination contre l'hépatite B*

1. Une dose additionnelle de vaccin contre le virus de l'hépatite B est injectée. Un dosage des anticorps anti-HBs est effectué à 1 à 2 mois suivant cette injection ;

2. Si, à l'issue du dosage mentionné au 1., le taux d'anticorps anti-HBs est $> 10 \text{ UI/l}$, les personnes concernées sont considérées comme immunisées contre l'hépatite B ;

3. Si, à l'issue du dosage mentionné au 1., le taux d'anticorps anti-HBs est toujours $< 10 \text{ UI/l}$, une dose additionnelle de vaccin contre l'hépatite B est injectée. Un dosage des anticorps anti-HBs est effectué un à deux mois suivant cette injection. Les injections vaccinales pourront être ainsi répétées jusqu'à obtention d'un taux $> 10 \text{ UI/l}$, sans dépasser un total de 6 injections. Un dosage des anticorps anti-HBs est effectué 1 à 2 mois suivant la dernière injection ;

4. Dans le cas où la personne aurait déjà reçu 6 doses ou plus en vertu d'un schéma vaccinal précédemment en vigueur, la médecine du travail ou le médecin traitant détermine s'il y a lieu de prescrire l'injection d'une dose de vaccin supplémentaire. Dans l'affirmative, un dosage des anticorps anti-HBs est effectué 1 à 2 mois suivant cette injection ;

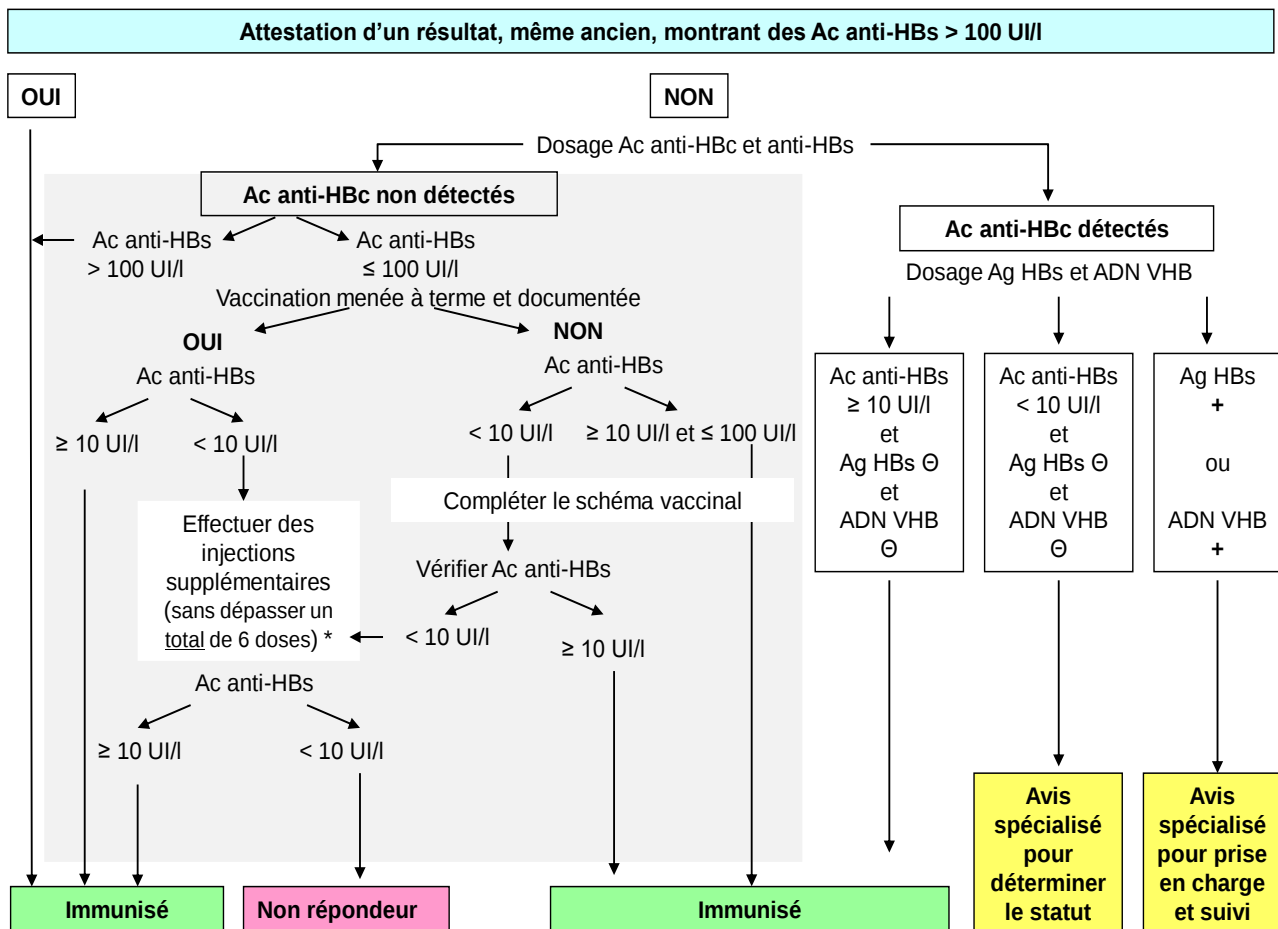
5. Si, à l'issue du dosage mentionné aux 3. et 4., le taux d'anticorps anti-HBs est $> 10 \text{ UI/l}$, les personnes concernées sont considérées comme immunisées contre l'hépatite B sans qu'il y ait lieu de réaliser de dosage sérologique ultérieur ni d'injection vaccinale supplémentaire. A défaut, elles sont considérées comme non répondeuses à la vaccination.

ANNEXE 3 *Avis du Haut Conseil de la Santé Publique du 20 février 2014*

Vaccination hépatite schéma normal : 3 vaccinations M0, M1, M6.

Vaccination hépatite à titre exceptionnel vaccination accélérée J0, J7-10, J21 et un rappel à M12.

Algorithme pour le contrôle de l'immunisation contre l'hépatite B des personnes mentionnées à l'article L.3111-4 et dont les conditions sont fixées par l'arrêté du 2 août 2013



* Sauf cas particulier voir 4° de l'annexe 2 de l'arrêté

Légende : Ac : anticorps ; Ag : antigène ; VHB : virus de l'hépatite B

Textes de référence

- Articles L.3111-1, L.3111-4 et L.3112-1 du code de la santé publique (CSP).
- Arrêté du 15 mars 1991 fixant la liste des établissements ou organismes publics ou privés de prévention ou de soins dans lesquels le personnel exposé doit être vacciné, modifié par l'arrêté du 29 mars 2005 (intégration des services d'incendie et de secours).
- Arrêté du 13 juillet 2004 relatif à la pratique de la vaccination par le vaccin antituberculeux BCG et aux tests tuberculiques.
- Arrêté du 6 mars 2007 relatif à la liste des élèves et étudiants des professions médicales et pharmaceutiques et des autres professions de santé pris en application de l'article L.3111-4 du CSP.
- Arrêté du 17 avril 2018 modifiant l'arrêté du 21 avril 2007 relatif aux conditions de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux (Titre III).
- Arrêté du 2 août 2013 fixant les conditions d'immunisation des personnes visées à l'article L.3111-4 du CSP.
- Calendrier vaccinal en vigueur (cf. www.vaccination-info-service.fr)