



**MINISTÈRE  
DE LA SANTÉ, DES FAMILLES,  
DE L'AUTONOMIE  
ET DES PERSONNES HANDICAPÉES**

*Liberté  
Égalité  
Fraternité*

**Circulaire n° DSS/1C/DGS/PP3/DGOS/RH2/2026/82 du 12 mai 2026 relative à la mise en œuvre de la réforme de la prise en charge des véhicules pour personnes en situation de handicap (VPH)**

La ministre de la santé, des familles, de l'autonomie  
et des personnes handicapées

La ministre déléguée auprès de la ministre de la santé,  
des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées,  
chargée de l'autonomie et des personnes handicapées

à

Monsieur le directeur de la sécurité sociale (DSS)

Monsieur le directeur général de la santé (DGS)

Madame la directrice générale de l'offre de soins par intérim (DGOS)

Mesdames et Messieurs les directeurs généraux  
des agences régionales de santé (ARS)

Monsieur le directeur général de la Caisse nationale  
d'assurance maladie (CNAM)

Madame la directrice générale de la Caisse centrale  
de la mutualité sociale agricole (CCMSA)

<b>Référence</b>	NOR : SFHS2613593C (numéro interne : 2026/82)
<b>Date de signature</b>	12/05/2026
<b>Emetteurs</b>	Ministère de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées Direction de la sécurité sociale Direction générale de la santé Direction générale de l'offre de soins
<b>Objet</b>	Mise en œuvre de la réforme de la prise en charge des véhicules pour personnes en situation de handicap (VPH)
<b>Actions à réaliser</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Traiter toutes les demandes de référencement déposées avant mi-mars 2026, en motivant le cas échéant les refus ;</li><li>- Élaborer et publier une cartographie des prescripteurs ;</li><li>- Simplifier la procédure de renouvellement à l'identique, en levant les difficultés techniques empêchant son application aux VPH avec adjonctions de l'ancienne nomenclature ;</li><li>- Élaborer une doctrine relative à la prise en charge des adjonctions.</li></ul>
<b>Résultats attendus</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Fluidification du parcours de prescription ;</li><li>- Résolution des problématiques liées à la facturation.</li></ul>

<b>Echéance</b>	Été 2026
<b>Contacts utiles</b>	<p>Direction de la sécurité sociale  Sous-direction du financement du système de soins  Bureau Produits de santé(1C)  Marc MANCINI  Mél. : <a href="mailto:marc.mancini@sante.gouv.fr">marc.mancini@sante.gouv.fr</a></p> <p>Direction générale de la santé  Sous-direction Politique des produits de santé et qualité des pratiques et des soins  Bureau Dispositifs médicaux et autres produits de santé (PP3)  Stéphane LUCAS  Mél. : <a href="mailto:stephane.lucas@sante.gouv.fr">stephane.lucas@sante.gouv.fr</a></p> <p>Direction générale de l'offre de soins  Sous-direction des ressources humaines du système de santé  Bureau de l'exercice et de la déontologie (RH2)  Camille PAUL  Mél. : <a href="mailto:camille.paul@sante.gouv.fr">camille.paul@sante.gouv.fr</a></p>
<b>Nombre de pages et annexe</b>	9 pages et aucune annexe
<b>Résumé</b>	La présente circulaire précise les principales actions à mener pour simplifier le parcours des usagers et améliorer la mise en œuvre opérationnelle de la réforme de la prise en charge des VPH.
<b>Mention Outre-mer</b>	Ces dispositions s'appliquent aux territoires d'Outre-mer, à l'exception de la Polynésie française, de la Nouvelle-Calédonie et de Wallis et Futuna.
<b>Mots-clés</b>	Handicap ; personne en situation de handicap ; véhicule pour personnes en situation de handicap (VPH) ; prise en charge.
<b>Classement thématique</b>	Assurance maladie, maternité, invalidité, décès
<b>Textes de référence</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Décret n° 2025-1131 du 26 novembre 2025 prévoyant la participation des assurés aux frais de vaccination en laboratoire ainsi que l'accès sans reste à charge à certaines prothèses capillaires et à certains véhicules destinés à des personnes en situation de handicap ;</li> <li>- Décret n° 2025-1139 du 27 novembre 2025 relatif à la fixation de certains délais applicables à la procédure d'accord préalable prévue à l'article L. 315-2 du code de la sécurité sociale ;</li> <li>- Arrêté du 6 février 2025 portant modification des modalités de prise en charge de dispositifs médicaux et prestations associées pour la prise en charge des véhicules pour personnes en situation de handicap (VPH) aux titres I et IV de la liste prévue à l'article L. 165-1 (LPP) du code de la sécurité sociale ;</li> <li>- Arrêté du 31 mars 2025 portant modification des modalités de prise en charge de dispositifs médicaux et prestations associées pour la prise en charge des véhicules pour personnes en situation de handicap (VPH) au titre IV de la liste prévue à l'article L. 165-1 (LPP) du code de la sécurité sociale ;</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Arrêté du 10 octobre 2025 portant modification des modalités de prise en charge de dispositifs médicaux et prestations associées pour la prise en charge des véhicules pour personnes en situation de handicap (VPH) aux titres I et IV de la liste des produits et prestations remboursables prévue à l'article L. 165-1 (LPP) du code de la sécurité sociale ;</li> <li>- Arrêté du 20 novembre 2025 portant modification des modalités de prise en charge de dispositifs médicaux et prestations associées pour la prise en charge des véhicules pour personnes en situation de handicap (VPH) aux titres I<sup>er</sup> et IV de la liste des produits et prestations remboursables prévue à l'article L. 165-1 (LPP) du code de la sécurité sociale ;</li> <li>- Avis relatif à la tarification des véhicules pour personnes en situation de handicap (VPH) et des prestations associées inscrits aux titres I et IV sur la liste des produits et prestations remboursables prévue à l'article L. 165-1 (LPP) du code de la sécurité sociale, publié au Journal officiel du 17 juillet 2025 ;</li> <li>- Circulaire DSS/DGS de décembre 2025 relative à la prise en charge des véhicules pour personnes en situation de handicap.</li> </ul>
<b>Circulaire / instruction abrogée</b>	Néant
<b>Circulaire / instruction modifiée</b>	Néant
<b>Rediffusion locale</b>	Caisses primaires d'assurance maladie
<b>Validée par le CNP le 12 mai 2026 - Visa CNP 2026-30</b>	
<b>Document opposable</b>	Non
<b>Déposée sur le site Légifrance</b>	Non
<b>Publiée au BO</b>	Oui
<b>Date d'application</b>	Immédiate

Depuis le 1<sup>er</sup> décembre 2025, l'Assurance maladie est devenue le financeur unique de l'ensemble des fauteuils roulants à l'achat ou en location longue durée, tandis qu'un nouvel équilibre entre assurance maladie obligatoire et complémentaire permet une prise en charge totale de la location. Cette réforme met fin aux restes à charge pour les fauteuils achetés, simplifie profondément les démarches et garantit un droit réel et effectif à la mobilité pour toutes les personnes en situation de handicap ou en perte d'autonomie.

Depuis l'entrée en vigueur de la réforme, plus de 185 000 usagers ont été pris en charge. Parmi ces derniers, 25 % ont bénéficié de l'achat d'un fauteuil. Cela correspond à une dépense de 58 millions d'euros pour l'Assurance maladie, dont plus de 30 millions au titre de cette nouvelle nomenclature. Concrètement, la prise en charge moyenne d'un fauteuil roulant électrique a doublé par rapport à la situation antérieure, conformément à l'objectif de suppression du reste à charge.

La mise en œuvre de cette réforme constitue une transformation structurelle du financement et de l'organisation du parcours d'accès aux véhicules pour personnes en situation de handicap (VPH). Elle appelle, à ce titre, un pilotage étroit avec l'ensemble des acteurs concernés. Sept comités de pilotage associant l'ensemble des parties prenantes ont ainsi déjà été organisés. Ils ont en outre été complétés par de nombreux groupes de travail thématiques destinés à traiter les difficultés opérationnelles identifiées.

La présente circulaire a pour objet d'acter les orientations et évolutions validées lors du comité de pilotage présidé par la ministre déléguée chargée de l'autonomie et des personnes handicapées le 15 avril 2026, et de préciser les modalités de leur mise en œuvre.

## **1. Référencement des fauteuils roulants**

La réforme a défini une nouvelle catégorisation des fauteuils et de nouvelles contraintes techniques associées, afin de mettre à disposition des usagers des fauteuils de meilleure qualité et mieux adaptés à leurs besoins. Cette modification de la nomenclature a ainsi nécessité un nouveau référencement de l'ensemble des modèles éligibles à une prise en charge par l'Assurance maladie.

Des modalités spécifiques d'instruction ont été déployées dans les premiers mois afin de garantir un référencement rapide des premières références. Cette organisation a permis une augmentation soutenue du nombre de modèles disponibles. À ce jour, plus de 280 références de fauteuils sont accessibles au remboursement, couvrant l'ensemble des catégories prévues par la nomenclature.

Le niveau de maturité atteint dans le développement des références disponibles permet de revenir à une procédure de droit commun : les modalités de référencement sont désormais les mêmes que pour l'ensemble des dispositifs médicaux.

Une attention particulière sera portée au fait que les délais de traitement des demandes de référencement restent raisonnables, afin d'assurer la diversité de l'offre permettant de répondre aux besoins des usagers. À cet égard, l'ensemble des fabricants ayant déposé un dossier avant mi-mars ont reçu une réponse avant la fin du mois d'avril 2026. Les réponses négatives adressées à ces fabricants ont été motivées.

Les propositions de référencement de modèles de VPH qui prévoient une adjonction systématique entraînant un reste à charge pour l'utilisateur sont contraires à l'esprit de la réforme et seront refusées. En effet les lignes génériques, assorties de prix limites de vente ont été conçues pour couvrir les situations courantes tout en garantissant le respect des engagements pris, notamment en termes de soutenabilité financière du dispositif. Toute tentative de rééquilibrage par des surcoûts supplémentaires constitue une remise en cause directe des modalités initialement arrêtées. La revalorisation des tarifs a précisément été calibrée pour exclure ce type de pratiques.

## **2. Évolution du cadre de prescription**

Afin de garantir une réponse personnalisée et adaptée aux besoins de chaque usager, la réforme a mis en place un principe d'adéquation entre la complexité du fauteuil et le niveau d'expertise requis pour sa prescription.

Pour les fauteuils standards, notamment les fauteuils manuels non modulaires (fauteuils roulants non-modulaires à propulsion manuelle ou à pousser [FMP], fauteuils roulants non-modulaires à assise rigide à propulsion manuelle ou à pousser [FMPP]), les fauteuils roulants modulaires à propulsion manuelle ou à pousser (FRM) standards, la prescription peut être réalisée par tout médecin (médecin généraliste, pédiatre, etc.) ou par un ergothérapeute seul. Depuis la mise en œuvre de la réforme, plus de 80 % des prescriptions relèvent de ce cadre de prescription simplifié.

Le recours à un binôme de prescription<sup>1</sup> est strictement limité aux fauteuils les plus spécifiques, notamment électriques, lorsqu' il est nécessaire de mobiliser des expertises multiples pour s'assurer d'une prise en charge optimale et de qualité.

Les travaux conduits en comité de pilotage et en groupes de travail ont néanmoins mis en évidence des axes d'amélioration afin de fluidifier le parcours de prescription et de lever certains freins opérationnels.

## 2.1. Mobilisation de l'ensemble des prescripteurs éligibles

Malgré leur rôle déjà central dans la prescription, les retours des acteurs font apparaître des difficultés rencontrées par certains médecins généralistes, liées notamment au temps nécessaire à l'appropriation et au remplissage des fiches de préconisation. Afin de soutenir leur mobilisation, **un outil numérique en ligne d'aide au remplissage sera testé dans les prochaines semaines**, dans l'objectif de simplifier cette étape au moment de la prescription.

Par ailleurs, afin d'élargir la prescription de fauteuils plus standards par des professionnels au contact de proximité avec les usagers, la prescription de FMP, FMPR et FRM en location courte durée est ouverte aux infirmiers en pratique avancée (IPA) depuis la mi-avril 2026, selon un périmètre encadré. Conformément aux orientations validées en comité de pilotage, les ergothérapeutes exerçant au sein des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) ne sont pas concernés par cette évolution.

Pour les fauteuils les plus complexes, nécessitant le recours à un spécialiste (notamment médecin de médecine physique et de réadaptation ou médecin titulaire d'un diplôme universitaire spécifique), il est apparu nécessaire de faciliter l'identification et l'orientation vers les professionnels compétents. À cette fin, **la liste des diplômes universitaires ouvrant droit à la prescription de VPH complexes a été mise en ligne dans la [FAQ](#) dédiée à la réforme. Une cartographie** des établissements et binômes susceptibles de prescrire des VPH sera mise en ligne et relayée **sur les sites internet des agences régionales de santé** d'ici le mois de juin, sur la base d'une remontée faite par les associations d'usagers et d'un recensement des binômes de prescripteurs réalisé via « [demarche.numerique.gouv.fr](http://demarche.numerique.gouv.fr) ».

## 2.2. Parcours simplifié de prescription en cas de renouvellement à l'identique

La simplification du parcours de prescription repose également sur le recours effectif au renouvellement à l'identique. Ce dernier permet un parcours de prescription simplifié lorsque les besoins de l'utilisateur n'ont pas évolué et que le fauteuil utilisé apporte pleine satisfaction.

Dans ces situations, y compris pour les fauteuils les plus complexes, le renouvellement à l'identique peut être réalisé sur la base d'une prescription simple, établie par tout médecin ou ergothérapeute, sans nécessité d'essais, de rédaction de fiche d'évaluation des besoins et de préconisation, ni de nouvelle consultation.

Afin de lever les incertitudes exprimées par les acteurs, le champ d'application du renouvellement à l'identique doit être interprété dans le cadre fixé par les textes. Il s'applique lors d'un renouvellement portant sur un fauteuil de même catégorie et de même modèle (ou de sa version ultérieure).

Afin de lever certains obstacles techniques au renouvellement à l'identique, ce dernier est maintenant possible à partir d'un VPH facturé avec des adjonctions sur l'ancienne nomenclature, tant que ces dernières restent prévues par la nouvelle nomenclature et ne figurent pas dans les spécifications techniques du fauteuil. Dans ces situations, tout médecin ou un ergothérapeute peut établir la prescription mentionnant « renouvellement à l'identique ». La prise en charge est effectuée sur la base de cette prescription et de l'ancienne facture du VPH. Une demande d'accord préalable reste requise pour les catégories de fauteuil concernées.

---

<sup>1</sup> composé d'une part d'un médecin spécialisé en médecine physique et de réadaptation (MPR) ou d'un médecin titulaire d'un diplôme d'université (DU) « Appareillage » et d'autre part d'un ergothérapeute ou d'un masseur-kinésithérapeute.

## 2.3. Binôme de prescription

Les fauteuils les plus spécifiques, notamment les fauteuils roulants électriques ou les fauteuils manuels verticalisateurs, multi-position ou de sport, requièrent une expertise pluriprofessionnelle afin d'assurer une adéquation optimale avec les besoins de l'utilisateur.

Cette expertise multidisciplinaire est assurée par un binôme de prescription, qui doit être composé d'une part d'un médecin MPR ou d'un médecin titulaire d'un DU « Appareillage » et d'autre part d'un ergothérapeute ou masseur-kinésithérapeute.

Le parcours de prescription s'organise en deux étapes distinctes : une première étape de bilan des besoins et de préconisation du type de fauteuil ; une seconde étape, consécutive aux essais réalisés par l'utilisateur, de confirmation de l'adéquation du modèle retenu.

**Les modalités pratiques d'organisation de ces étapes sont laissées à l'appréciation des professionnels** : à chacune d'entre elles, les membres du binôme de prescripteurs peuvent voir simultanément ou successivement l'utilisateur. Les fiches de préconisation doivent être signées par un représentant du binôme qui atteste de la composition de ce binôme.

De plus, les contraintes sur la composition du binôme de prescription se limitent strictement aux compétences des membres. Ainsi, les collaborations entre prescripteurs salariés et libéraux sont possibles, et les membres du binôme n'ont pas besoin d'appartenir à la même structure. L'un des deux membres pourra réaliser une déclaration simple du binôme *via* la plateforme « [demarche.numerique.gouv.fr](http://demarche.numerique.gouv.fr) » afin d'être recensé sur une cartographie nationale.

Les souplesses introduites par les deux paragraphes précédents doivent permettre de laisser une liberté aux acteurs. Une attention particulière sera portée à toute proposition d'évolution qui permettrait de continuer à simplifier les modalités pratiques de ce parcours de prescription, tout en assurant son objectif d'asseoir la prescription d'un VPH complexe sur une expertise pluriprofessionnelle.

## 3. Évolution dans les modalités de facturation

### 3.1. Facturation de la location courte durée

La mise en œuvre de la réforme a mis en évidence un nombre significatif de rejets de prise en charge de la part complémentaire dans le cadre de la location de courte durée.

Ce dysfonctionnement avait déjà été constaté au dernier comité de pilotage, et une analyse des causes a été conduite. Elle a notamment conduit au constat que les organismes complémentaires considéraient avoir un manque d'informations dans le flux de données qu'ils recevaient, ce qui engendrait les rejets. Dès ce constat établi, et pour les aider à utiliser le flux de données reçu, la Caisse nationale d'assurance maladie a communiqué aux organismes complémentaires une table de correspondance leur permettant de reconstituer les informations nécessaires au traitement des flux. Les organismes disposent désormais des outils requis pour assurer la continuité de la facturation.

La mise en production de ces outils et la résolution des difficultés résiduelles doivent intervenir sans délai. Il a été rappelé à plusieurs reprises aux organismes concernés l'importance de mener rapidement ces travaux, à travers notamment des courriers envoyés par la ministre déléguée chargée de l'autonomie et des personnes handicapées, à la suite des deux précédents comités de pilotage. Les organismes complémentaires ont proposé de mobiliser l'Association inter-AMC pour organiser des remontées centralisées et procéder aux vérifications et paiements, selon un processus qui est encore en cours de définition.

### 3.2. Processus d'achat

Les échanges entre parties prenantes ont également permis de suivre la mise en place du processus lié à l'achat de VPH. À ce stade, plus de 75 % des demandes d'accord préalable donnent lieu à une décision favorable, et plus de 60 % des factures sont acceptées.

Plusieurs actions ont été déployées afin d'améliorer encore ces résultats. Ainsi, les caisses d'assurance maladie procèdent au paiement des factures dans les cas où elles peuvent directement corriger les erreurs. Dans les cas où elles doivent refuser une demande d'accord préalable, le motif de rejet est systématiquement communiqué afin de permettre la régularisation. Les modalités de contestation de décisions de l'Assurance maladie sont précisées au [2.6.2. de la circulaire de décembre 2025](#) relative à la prise en charge des fauteuils roulants.

De plus, un travail d'identification des motifs récurrents de refus est effectué par l'Assurance maladie. Ce dernier sert de base au travail d'accompagnement vers les prestataires et les pharmaciens qui a été opéré et qui va être amplifié avant l'été 2026. L'objectif est de rappeler les bonnes pratiques et de prévenir les motifs de rejets récurrents.

Il apparaît enfin que de multiples refus sont liés à la facturation d'adjonctions déjà intégrées aux spécifications techniques des fauteuils. Dans le cadre de la réforme, des revalorisations importantes des tarifs remboursés ont été opérées, afin de traduire l'ambition du reste à charge nul pour l'utilisateur. Cette augmentation des tarifs s'est accompagnée de la prise en compte au sein des lignes génériques de certaines modulations des fauteuils, ce qui explique que certaines adjonctions précédentes sont aujourd'hui incluses dans les lignes génériques.

Compte tenu des remontées des acteurs, une note de doctrine destinée à clarifier les règles applicables à la prise en charge des adjonctions pouvant être associées à certains fauteuils sera élaborée, et si nécessaire, des évolutions de la nomenclature seront effectuées.

### 3.3. Délai de carence

La réforme s'est accompagnée d'une volonté de rééquilibrer le recours à la location par rapport à l'achat. En effet, il était constaté dans le précédent système un recours important à la location pour des périodes excédant parfois l'année, avec pour conséquence une détérioration de la prise en charge de l'utilisateur alors qu'un achat ou une location de longue durée aurait été plus pertinent et adapté au besoin, ainsi que des surcoûts pour l'Assurance maladie.

Ainsi, la réforme a introduit une orientation dès la première prescription vers la location ou l'achat : le prescripteur doit orienter vers la location de courte durée, la location de longue durée ou l'achat, selon le caractère temporaire, évolutif ou permanent du besoin. En cohérence avec ce principe de prise en charge adaptée au besoin, un délai de carence a été instauré, excluant la prise en charge à l'achat d'un fauteuil lorsque celui-ci fait suite à une location de courte durée pour le même besoin dans une période de douze mois.

Cette règle s'accompagne d'assouplissement pour prendre en compte toutes les situations spécifiques.

Dans le cas d'un besoin évalué initialement comme temporaire, qui arriverait à la durée maximum de location, la réforme prévoit l'activation d'une option d'achat afin d'éviter la succession de forfaits de location de courte durée.

Dans le cas d'un besoin médical différent, le délai de carence ne s'applique pas. Par exemple, un usager qui a loué un fauteuil après un accident vasculaire cérébral (AVC) peut en louer un autre pour une fracture du col du fémur, car il s'agit d'indications médicales différentes. Il revient au prescripteur de s'assurer que la nouvelle prescription est conforme à la réglementation et qu'elle n'intervient pas pour un même épisode de soins. Cette règle s'applique notamment pour les usagers en primo appareillage, à domicile pour lesquels il est possible de considérer que le besoin est différent dans le cadre d'une location courte durée temporaire d'un fauteuil roulant modulaire à propulsion par moteur électrique (FRE) le temps de la réception d'un fauteuil roulant modulaire à propulsion par moteur électrique multi-position (FREP) / fauteuil roulant modulaire à propulsion par moteur électrique de verticalisation (FREV) pour lesquels les délais d'attente sont particulièrement longs. Une attention particulière sera portée à ces cas de facturation.

### **3.4. Facturation des forfaits « Mise à disposition » (MAD), « réparation » et « livraison »**

Les échanges avec les parties prenantes ont fait apparaître des disparités dans la compréhension du cadre de facturation des forfaits de MAD, des forfaits de réparation et des forfaits de livraison.

**Le forfait de MAD** s'applique à l'achat et à la location d'un VPH modulaire. Il couvre notamment les essais adaptés au type de fauteuil concerné, la préparation du fauteuil roulant (réception, contrôle de conformité à la commande et assemblage) et le réglage pour adaptation au patient. Plusieurs niveaux existent selon la catégorie du VPH, et les niveaux 2 et 3 couvrent également les éventuels déplacements au domicile de l'utilisateur pour réglage (après quelques jours ou semaines d'utilisation). Des forfaits spécifiques ont été définis pour le renouvellement à l'identique, qui n'incluent notamment pas les essais.

**Le forfait de réparation** permet la prise en charge des réparations non couvertes par la garantie. Il comprend la réparation (pièces, main-d'œuvre et déplacement) du VPH hors garantie selon des délais fixés par la nomenclature (3 ou 10 jours auxquels des délais pour retour à l'atelier peuvent s'ajouter) et le prêt à la personne de matériel de remplacement de même type de propulsion que le VPH immobilisé, sauf accord avec la personne, préservant son autonomie. Il est spécifique aux VPH achetés (neufs, remis en bon état d'usage, en option d'achat), et la prise en charge est assurée dans la limite d'un plafond annuel défini selon la catégorie du VPH.

Un forfait de réparation spécifique aux changements de batterie pour les VPH électriques (tout type) est prévu par la nomenclature. Ce forfait est facturable au maximum une fois par an pour les batteries au lithium ou deux fois simultanément par an pour une batterie au plomb.

**Le forfait de livraison** permet d'assurer l'accès aux prestations lorsque la situation de l'utilisateur (prise en compte de la situation personnelle [présence ou absence d'aidants, etc.] et la situation clinique) ne permet pas une mise à disposition du VPH dans les locaux du distributeur de détail. Il est facturable dans toutes les situations (achat, location longue ou courte durée), uniquement lorsque le prescripteur en a fait la mention sur la prescription.

\*\*\*

La réforme de la prise en charge des fauteuils roulants constitue une avancée majeure pour les usagers, en traduisant opérationnellement la disparition des restes à charge et en structurant un parcours de prescription respectueux de la diversité des besoins.

Les échanges nourris avec l'ensemble des parties prenantes ont confirmé l'adhésion à l'ambition de la réforme, tout en permettant d'identifier les difficultés rencontrées et les leviers d'amélioration. Les orientations actées dans la présente circulaire doivent permettre de consolider les acquis et d'en faciliter la mise en œuvre, tout en respectant l'esprit de la réforme.

**Signé**

Stéphanie RIST

**Signé**

Camille GALLIARD-MINIER