**Centres gratuits d’information, de dépistage et de diagnostic des infections par les virus de l’immunodéficience humaine et des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles (CEGIDD)**

**Dossier de demande d’habilitation**

Tout organisme énuméré à l’article D. 3121-21 du code de la santé publique et candidat à une habilitation pour constituer un centre gratuit d’information, de dépistage et de diagnostic des infections par les virus de l’immunodéficience humaine (VIH) et des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles (CeGIDD) adresse sa demande d’habilitation au directeur général de l’agence régionale de santé de la région où le centre sera situé, en application de l’article D. 3121-22 du même code.

Le responsable de l’organisme gestionnaire adresse **:**

* Une lettre de demande d’habilitation,
* Le présent dossier,
* Les pièces justificatives.

Ces documents sont à adresser par voie électronique à l’agence régionale de santé :

* **Par voie électronique à l’adresse** : ars-CVL-AAP-prevention@ars.sante.fr

Et copie à :

* La référente des Maladies Transmissible-Stratégie Santé sexuelle : anne.gravier@ars.sante.fr
* La Délégation Départementale de l’ARS Centre Val de Loire concernée

**Date limite de dépôt :** 30 juin 2023

Pour tout renseignement concernant votre demande, vous pouvez contacter le Département Prévention et Promotion de la Santé- Education Thérapeutique de l'ARS ou la Délégation Départementale concernée.

* e-mail : ARS-CVL-AAP-PREVENTION@ars.sante.fr ; anne.gravier@ars.sante.fr
* Téléphone : 02. 38. 77. 47. 53 / 02. 38. 77. 32. 14

**Partie 1 : Informations générales**

* Nom de la structure :

*(Exemple : Centre de santé de la commune de…, Etablissement de santé, association…)*

* Nom de l’organisme gestionnaire :

*(Exemple : Commune, Conseil Départemental, Etablissement de santé, association…)*

* Forme juridique et statut actuels de la structure demandant l’habilitation :

*(Cochez la case correspondante)*

**🞎** Etablissements de santé assurant une ou plusieurs des missions de service public définies à l'article L. 6112-1 du code de la santé publique ;

**🞎** Services ou organismes relevant d’une collectivité territoriale et assurant une mission de prévention en matière de santé ;

**🞎** Centres de santé mentionnés à l’article L. 6323-1 du code de la santé publique ;

**🞎** Associations régies par les dispositions de la loi du 1er juillet 1901 relative au contrat d'association ;

**🞎** Centres d’examen de santé gérés directement par les organismes de sécurité sociale ou conventionnés avec ces organismes ;

**🞎** Services ou organismes relevant d’un établissement d’enseignement supérieur et gérant des services de médecine préventive ;

**🞎** Groupements de coopération sanitaire définis à l’article L.6133-1 ;

**🞎** Groupements de coopération sociale et médico-sociale mentionnés à l’article L. 312-7 du code de l’action sociale et des familles.

* Nom et qualité de la personne responsable de la structure :
* Nom :
* Qualité :
* Téléphone :
* Courriel :
* Nom et qualité de la personne responsable du dossier de demande d’habilitation si différente du responsable de la structure :
* Nom :
* Qualité :
* Téléphone :
* Courriel :
* Site(s) d’implantation de la structure :
* Site principal :

Adresse :

Téléphone :

Courriel :

* De(s) éventuelle(s) antenne(s) :

Adresse (antenne 1) :

Adresse (antenne 2) :

Adresse (antenne 3) :

Adresse (antenne 4) :

**Partie 2 : Descriptif du projet**

La structure candidate indique la manière dont elle respecte les exigences définies à l’annexe I de l’arrêté du 1er juillet 2015, décrit l’offre proposée et son insertion dans le contexte régional d'offre de prévention, de dépistage et de diagnostic et son articulation avec le COREVIH et les autres acteurs intervenant dans la lutte contre le VIH/ Sida, les hépatites virales et les IST, et les autres risques liés à la sexualité.

*Indiquez (5 pages dactylographiées maximum à joindre au dossier) les motivations de la structure à la demande de renouvellement de l’habilitation. Vous pouvez préciser :*

* *Le contexte régional et départemental,*
* *L’insertion de la structure dans ce contexte,*
* *L’articulation et modalités de fonctionnement entre le site principal et les antennes*
* *L’articulation avec les partenaires et les complémentarités,*
* *L’offre proposée (cf. le tableau page suivante) et le public visé.*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|   | **Missions des CeGIDD (depuis le 1er janvier 2016, renforcées par l’arrêté du 7 juin 2016 et 25 février 2019 et en lien avec les dispositifs de la SNSS)** |  |
| **Site principal** | **Antenne(s)****….. *(nom)***Faire le cas échéant une colonne par antenne |
| **Missions dans le domaine de la lutte contre le VIH, les hépatites virales et les IST** | **1** - accueil et information de l’usager |  |  |
| **2** - entretien personnalisé et évaluation de ses facteurs d'exposition  |  |  |
| **3** - élaboration avec l’usager de son parcours de santé |  |  |
| **4** - dépistage et/ou examens clinique et biologique de diagnostic réalisés chez l’usager et, le cas échéant, chez ses partenaires, sous réserve de leur accord |  |  |
| **5** - conseil personnalisé dans un but de prévention primaire et secondaire et distribution de matériels de prévention (préservatifs, gels…)  |  |  |
| **6** - prise en charge et suivi d’un accident d’exposition au VIH, au virus de l’hépatite B (VHB) et au virus de l’hépatite C (VHC), conformément à la réglementation en vigueur sur la dispensation des antirétroviraux ou des immunoglobulines pour l’hépatite B, ou orientation vers une structure autorisée |  |  |
| **7**- prise en charge médicale de l’usager porteur d’une chlamydiose, d’une gonococcie, d’une syphilis ou de toute autre IST ne nécessitant pas une prise en charge spécialisée  |  |  |
| **8**- orientation (voire accompagnement si nécessaire) de l’usager porteur du VIH ou d’une hépatite virale après confirmation vers une consultation médicale adaptée |  |  |
| **9** - orientation de l’usager porteur d’une IST compliquée dont le traitement nécessite une prise en charge spécialisée vers une structure de santé ou un professionnel ayant compétence pour la réaliser |  |  |
| **10** - prise en charge psychologique et sociale de première intention de l’usager  |  |  |
| **11** - vaccination contre les virus de l’hépatite B, de l’hépatite A (hors indications pour les voyageurs) et du papillomavirus selon les recommandations du calendrier vaccinal, et le cas échéant les vaccinations recommandées par les autorités sanitaires pour des publics cibles |  |  |
| **12**- réalisation d’activités hors les murs en direction de publics cibles pour l’information, la prévention et le dépistage |  |  |
| **13** - conseil et expertise auprès des professionnels locaux |  |  |
|  | **14 -**  délivrance des traitements préventifs et notamment la Prophylaxie pré-exposition (Prep) |  |  |
|  | **15 –** délivrance du traitement post-exposition (TPE) |  |  |
| **Missions dans le domaine de la prévention des autres risques liés à la sexualité dans une approche globale de santé sexuelle** | **16** - information et éducation à la sexualité |  |  |
| **17** - information sur la grossesse et orientation pour sa prise en charge |  |  |
| **18** - prévention des grossesses non désirées notamment par la prescription de contraception y compris la contraception d’urgence et la délivrance de celle-ci dans certaines situations d’urgence sanitaire ou sociale ; orientation des demandes d’interruption volontaire de grossesse vers une structure de santé ou un professionnel compétent |  |  |
| **19** - prévention et détection des violences sexuelles ou des violences liées à l’orientation sexuelle et à l’identité de genre, des troubles et dysfonctions sexuels, par la proposition d’une orientation vers une prise en charge adéquate |
| **Prise en charge spécifique et facultative** | **20** - En vue de répondre à des besoins territoriaux ou populationnels dans les domaines visés ci-dessus, organisation avec l’accord de l’ARS d’une prise en charge spécifique orientée vers la réponse à ces besoins : préciser |  |  |

**Partie 3 : Descriptif du personnel, des modalités de fonctionnement et de l’organisation de la structure**

1. **1/ Informations relatives au personnel :**

La structure candidate indique le nom, le nombre et la qualité des professionnels mentionnés au IV de l’annexe I de l’arrêté du 1er juillet 2015 intervenant en son sein et listés dans le tableau ci-après. Elle en précise le temps de présence, la formation, l’expérience et la fonction (joindre au dossier de renouvellement les *curriculum vitae*, copies de diplômes, attestations…, justifiant de la formation et de l’expérience des professionnels→ seulement pour les nouvelles personnes ayant rejoint l’équipe depuis l’octroi de l’habilitation).

**1/ Informations relatives aux professionnels :**

***Composition***

* La structure précise le nom, la formation et la fonction du coordonnateur :
* Pour l’équipe minimale : *(remplir le tableau ci-dessous).*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Type de professionnels** | **Nom et qualité** | **formation, expérience VIH, IST, hépatites** | **formation, expérience prévention autres risques liés à la sexualité**  | **Temps de présence hebdomadaire en heures** |
| **Site principal** | **Antenne :****….. *(nom du site)***Faire le cas échéant une colonne par antenne | **Activités hors les murs** |
| **Médecin généraliste** |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **Médecin spécialiste** |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **Infirmier diplômé d'Etat**  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **Secrétaire**  |  |  |  |  |  |  |
| **Assistant social**  |  |  |  |  |  |  |
| **Psychologue ayant compétence dans le domaine de la sexualité** |  |  |  |  |  |  |

* La structure doit justifier les recours aux professionnels intervenant à titre facultatif.

*(Choix du ou des professionnels concernés dans le tableau ci-dessous, le cas échéant).*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Type de professionnels** | **Nom et qualité** | **formation, expérience VIH, IST, hépatites** | **formation, expérience prévention autres risques liés à la sexualité**  | **Temps de présence hebdomadaire en heures** |
| **Site principal** | **Antenne :****….. *(nom du site)***Faire le cas échéant une colonne par antenne | **Hors centre** (ex. cabinet libéral) |
| **Dermato-vénéréologue** |  |  |  |  |  |  |
| **Gynécologue** |  |  |  |  |  |  |
| **Sexologue** |  |  |  |  |  |  |
| **Proctologue** |  |  |  |  |  |  |
| **Urologue** |  |  |  |  |  |  |
| **Hépato-gastroentérologue** |  |  |  |  |  |  |
| **Infectiologue** |  |  |  |  |  |  |
| **Sage-femme** |  |  |  |  |  |  |
| **Autres acteurs non professionnels de santé (médiateur de santé…)** |  |  |  |  |  |  |

Pour la présence d’un spécialiste consultant dans le centre au-delà de l’équipe minimale exigée pour le fonctionnement du CeGIDD, vous devez justifier cette présence par les besoins populationnels et territoriaux.

*[Préciser les besoins pour chaque spécialiste public pris en charge, évolution de prise en charge…)]*

Si le CeGIDD ne relève pas d’un établissement de santé, fait-il appel à un pharmacien pour la dispensation des médicaments ? (article R. 3121-44 du code de la santé publique) *(Cochez la case correspondante).*

🞎 Oui, l’activité justifie la présence d’un pharmacien à temps plein : précisez nom, qualité, formation, expérience, temps de présence du pharmacien :

🞎 Non, l’activité ne justifie pas la présence d’un pharmacien à temps plein : précisez le nom du médecin assurant l’approvisionnement, la détention, le contrôle et la gestion des médicaments :

***Formation***

Procédures prévues de formation (interne ou externe) et de mise à jour des compétences du personnel :

**2/ Informations relatives aux lieux et équipements :**

La structure candidate décrit :

1. Pour le site principal :

1. Les locaux :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Nombre de pièces** | **Précisez**  |
| **Bureau d’accueil permettant de respecter la confidentialité** |   |   |
| **Salle d'attente** |   |   |
| **Salle pour la consultation médicale équipée pour réaliser des examens gynécologiques et des prélèvements uro-génitaux, anaux… avec une table gynécologique adaptée pour les personnes handicapées**  |   |   |
| **Pièce pour la réalisation des prélèvements sanguins et la prise en charge par le personnel infirmier** |   |   |
| **Nombre de bureaux adapté au nombre des professionnels et à leurs plages de consultation : indiquer le nombre de bureaux** |   |   |
| **Zone d'archivage des dossiers fermant à clef** |   |   |
| **Zone de stockage des médicaments où n’ont pas libre accès les personnes étrangères au CeGIDD** |   |   |

*Joindre le plan des locaux*

La structure précise l’accessibilité de ces locaux (desserte transports en commun, accès direct ou non, visibilité pour le public, accès pour les personnes handicapées) :

1. L’équipement et le matériel :

*(Exemple : matériel adaptés aux vaccinations et à la prise en charge des éventuelles réactions indésirables graves (maintien de la chaine du froid, trousses d’urgence…) ; matériel informatique permettant le suivi des consultations et l’extraction des données de suivi d’activité et épidémiologiques).*

1. Les conditions de conservation des données, anonymes ou non, relatives aux usagers permettant de garantir la confidentialité des informations conformément aux dispositions de la loi du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés et conformément au Règlement général sur la protection des données entré en vigueur le 25 mai 2018 :
2. Les conditions de respect de l’hygiène et d’élimination des déchets d’activités de soins à risque infectieux (joindre les protocoles et conventions éventuelles) :
3. Les modalités de stockage et de dispensation des médicaments et des vaccins :
4. Pour les antennes **(à dupliquer pour chaque antenne)** :
5. Locaux :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Nombre de pièces** | **Précisez**  |
| **Bureau d’accueil permettant de respecter la confidentialité** |   |   |
| **Salle d'attente** |   |   |
| **Salle pour la consultation médicale équipée pour réaliser des examens gynécologiques et des prélèvements uro-génitaux, anaux… avec une table gynécologique adaptée pour les personnes handicapées**  |   |   |
| **Pièce pour la réalisation des prélèvements sanguins et la prise en charge par le personnel infirmier** |   |   |
| **Nombre de bureaux adapté au nombre des professionnels et à leurs plages de consultation : indiquer le nombre de bureaux** |   |   |
| **Zone d'archivage des dossiers fermant à clef** |   |   |
| **Zone de stockage des médicaments où n’ont pas libre accès les personnes étrangères au CeGIDD** |   |   |

*Joindre le plan des locaux*

La structure précise l’accessibilité de ces locaux (desserte transports en commun, accès direct ou non, visibilité pour le public, accès pour les personnes handicapées :

1. L’équipement et le matériel :

*(Exemple : matériel adaptés aux vaccinations et à la prise en charge des éventuelles réactions indésirables graves (maintien de la chaine du froid, trousses d’urgence…) ; matériel informatique permettant le suivi des consultations et l’extraction des données de suivi d’activité et épidémiologiques).*

1. Les conditions de conservation des données, anonymes ou non, relatives aux usagers permettant de garantir la confidentialité des informations conformément aux dispositions de la loi du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés et conformément au Règlement général sur la protection des données entré en vigueur le 25 mai 2018  :
2. Les conditions de respect de l’hygiène et d’élimination des déchets d’activités de soins à risque infectieux (joindre les protocoles et conventions éventuelles) :
3. Les modalités de stockage et de dispensation des médicaments et des vaccins :
4. Pour les activités hors les murs :

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Liste et adresses des structures cibles pouvant bénéficier d'une action hors les murs (CHRS, centre pénitentiaires…)** | **Population cible (ex. précaires, migrants, HSH …)** | **Nombre prévisionnel de personnes touchées** | **Type d'intervention (information, sensibilisation, dépistage…)** | **Moyens (humains...) mis en œuvre** | **Périodicité d’action** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**3/ Conditions générales de fonctionnement :**

La structure candidate précise sur le site principal :

1. Accueil du public :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Site principal** | **Site annexe : ….** *(nom du site)* | **Site annexe : ….** *(nom du site)**Ajouter autres colonnes si besoin – une colonne par site annexe* |
| Nombre de demi-journées d’ouverture hebdomadaire | (4 demi-journées minimum) |  |  |
| Jours et horaires d’ouverture |  |  |  |
| Jours et horaires de consultation(préciser sur rendez-vous ou non) |  |  |  |
| Jours et horaires de la permanence téléphonique |  |  |  |
| Signalétique envisagée pour indication de la localisation, affichage des horaires d’ouverture à l’entrée du site, répondeur téléphonique, site Internet ou autres … |  |  |  |

1. Les procédures encadrant la réalisation des missions : joindre :
	* Procédures encadrant l’accueil et l’information du public ciblé ;
	* Procédure de recueil du consentement de l’usager sur sa prise en charge anonyme ou non, et en cas de choix d’anonymat, sur sa levée ;
	* Procédure sur la réalisation des conseils personnalisés de prévention, des consultations de dépistage et/ou diagnostic ;
	* Procédure pour la prescription des examens, la remise des résultats ;
	* Liste des documents remis à l’usager.
2. Les conditions garantissant la confidentialité des échanges avec l’usager à l’intérieur des locaux fixes ou mobiles servant de lieux d’intervention ;
3. Les conditions d’anonymisation et de levée d’anonymat ;
4. Préciser les parcours de soins pour la prise en charge des découvertes de séropositivité (VIH, hépatites), des IST compliquées, la dispensation des traitements post-exposition, et de la PREP, pour le site principal et les antennes
5. Partenariats ;

La structure décrit :

Les modalités des orientations proposées et les partenariats formalisés pour une prise en charge adéquate des grossesses non désirées, des violences sexuelles ou des violences liées à l'orientation sexuelle et à l'identité de genre et des troubles et dysfonctions sexuels, ainsi que pour le déploiement des activités et son articulation avec le COREVIH et autres instances.

Seront précisés, la nature et l’objet précis des partenariats, les modalités d’orientation, la date de signature prévisionnelle ainsi que la durée de la convention et les institutions concernées)

Il peut s’agir de partenariats suivants (liste non exhaustive), avec :

* Le(s) médecins de ville ou hospitaliers (gynécologue, dermato-vénérologue, urologue, proctologue, hépato-gastroentérologue, sexologue, infectiologue, sage-femme…) organisé(s) ou non en réseaux ;
* Le(s) laboratoires de biologie médicale ;
* Le(s) centre(s) de planification et éducation familiale susceptible(s) de prendre en charge la contraception pour les personnes ;
* Le (s) organisme(s), notamment les associations, avec lesquels est envisagée la conduite d’actions hors les murs ou tout autre action concourant à la mise en œuvre des missions du CeGIDD ;
* Le(s) dispositif(s) médico-légaux susceptible(s) de prendre en charge les victimes de violences sexuelles ou des violences liées à l’orientation sexuelle et à l’identité de genre.
* Le(s) centres de vaccination susceptible(s) de prendre en charge les vaccinations des personnes ;

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Partenariats formalisés, institutions concernés** | **Nature et objet du partenariat**  | **Date de signature** | **Durée de l’engagement**  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Partie 4 : Procédure d'assurance qualité**

La structure candidate fournit un document décrivant la procédure d'assurance qualité telle que définie dans l’arrêté du 1er juillet 2015.

**Partie 5 : Budget prévisionnel**

Cette partie est à compléter en vue du calcul de l’attribution de la dotation forfaitaire en cas d’habilitation (article D.174.18 du code de la sécurité sociale).

**1/ Activité prévisionnelle de la structure**

L’organisme gestionnaire fournit des éléments détaillés concernant l’activité prévisionnelle de la structure*(remplir le tableau ci-après) :*

Elle précise les modalités de prévision retenues pour établir ces renseignements :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nature activité prévisionnelle** | **Prévision de l'activité annuelle** | **Commentaires** |
| **Nombre de personnes reçues** |  |  |
| **Nombre total de consultations** |  |  |
| **Nombre de consultations par heure** |  |  |
| **Nombre de tests sérologiques VIH** |  |  |
| **Nombre de tests sérologiques VHB** |  |  |
| **Nombre de tests sérologiques VHC** |  |  |
| **Nombre de tests sérologiques syphilis** |  |  |
| **Nombre de PCR chlamydiae/gonocoques** |  |  |
| **Autres tests de dépistage et/ou diagnostics IST** |  |  |
| **Nombre de dépistages par TROD** |  |  |
| **Nombre de traitements mis en œuvre sur site** |  |  |
| **Nombre d'actions hors les murs (l’information, la prévention, l’incitation au dépistage, et le dépistage…)** |  |  |
| **Autres (renseignement libre par la structure)** |  |  |
| **Autres (renseignement libre par la structure)** |  |  |

La structure fournit des éléments prévisionnels concernant la composition prévisionnelle de la file active, en détaillant les différents publics préférentiellement ciblés :*(indiquer si le public est moyennement représenté ou fortement représenté) :*

**🞎** Jeunes :

**🞎** Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes :

**🞎** Public LGBT :

**🞎** Personnes migrantes :

**🞎** Personnes en situation de prostitution :

**🞎** Personnes en situation de précarité :

**🞎** Usagers de drogues :

**🞎** Personnes détenues ou sortant de détention :

🞎 Autres populations identifiées comme cibles par les situations épidémiologiques locales…) :

**2/ Budget prévisionnel de la structure**

L’organisme gestionnaire fournit des éléments détaillés concernant :

* les dépenses et les recettes prévisionnelles de la structure CeGIDD, sur une année complète dont les frais relatifs à la PrEP :



*Le budget prévisionnel doit être équilibré. Si le compte 74 « Ressources d’exploitation / Autres » est renseigné, il doit être indiqué la nature de ces ressources (CPAM, etc.)*

* les prévisions relatives au personnel de la structure CeGIDD :





**Pièces supplémentaires à fournir :**

* Attestation de souscription d’une assurance en responsabilité civile pour la réalisation des missions
* Les attestations de formation des personnels (seulement pour les nouvelles personnes ayant rejoint l’équipe depuis l’octroi de l’habilitation)
* Procédures prévues de formation (interne ou externe) et de mise à jour des compétences du personnel ;
* Le cas échéant, une copie des accords partenariaux formalisés avec :
* Un ou des médecins de ville ou hospitaliers (gynécologue, dermato-vénérologue, urologue, proctologue, hépato-gastroentérologue, sexologue, infectiologue, sage-femme …) organisé(s) ou non en réseaux ;
* Un ou plusieurs laboratoires de biologie médicale ;
* Un ou plusieurs centre(s) de vaccination susceptible(s) de prendre en charge les vaccinations des personnes ;
* Un ou plusieurs centres de planification et d’éducation familiale susceptible(s) de prendre en charge la contraception pour les personnes ;
* Un ou plusieurs établissements de santé susceptible(s) de prendre en charge des personnes séropositives pour le VIH et/ou les hépatites virales ;
* Un ou plusieurs organismes, notamment les associations, avec lesquels est envisagée la conduite d’actions hors les murs ou toute autre action concourant à la mise en œuvre des missions du CeGIDD ;
* Un ou plusieurs dispositifs médico-légaux susceptible(s) de prendre en charge les victimes de violences sexuelles ou des violences liées à l’orientation sexuelle et à l’identité de genre.

Je soussigné (nom et prénom, fonction) :

**🞎** Certifie exactes et sincères les informations du présent dossier

**🞎** Déclare avoir la capacité à demander l’habilitation

Fait à

Le

Le responsable de l’organisme gestionnaire

(Nom – prénom – qualité)

Signature