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

Tout organisme énuméré à l’article D. 3121-21 du code de la santé publique et candidat à un renouvellement de son habilitation en tant que 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 de renouvellement d’habilitation au directeur général de l’agence régionale de santé de la région où le centre est situé, en application de l’article D. 3121-22 du même code.

Le responsable de l’organisme gestionnaire adresse au plus tard **le 30 juin 2018 :**

* Une lettre de demande de renouvellement d’habilitation,
* Le présent dossier,
* Les pièces justificatives,
* L’annexe au dossier de renouvellement d’habilitation concernant l’antenne le cas échéant (une annexe par antenne),
* L’annexe relative à l’activité prévisionnelle et le budget prévisionnel.

Ces documents sont à adresser au Directeur général de l’Agence régionale de santé d’Ile-de-France selon les conditions définies ci-dessous :

* *en version papier, par voie postale, à l’attention du Délégué Départemental de l’Agence régionale de santé selon le département d’implantation du site principal (cf. adresses et contacts des délégations départementales, page suivante) ;*
* *et, simultanément, en version électronique à l’adresse suivante :*

***ars-idf-cegidd@ars.sante.fr***

Le dossier est à transmettre en format word doublé d’un format pdf.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ARS/Délégation Départementale de Paris***Département Prévention et promotion de la santé* | *35, rue de la gare* *Millénaire 2* *75 935 PARIS cedex 19* | ARS-DD75-PPS@ars.sante.fr |
| **ARS/Délégation Départementale de Seine et Marne***Département Prévention et promotion de la santé* | *13, avenue Pierre Point**77 127 LIEUSAINT*  | ARS-DD77-PPS@ars.sante.fr |
| **ARS/Délégation Départementale des Yvelines***Département Prévention et promotion de la santé* | *143, boulevard de la Reine* *78 000 VERSAILLES* | ARS-DD78-PPS@ars.sante.fr |
| **ARS/Délégation Départementale de l’Essonne***Département Prévention et promotion de la santé* | *Immeuble France-Evry* *Tour Lorraine* *6/8, rue Prométhée* *91000 EVRY* | ARS-DD91-PPS@ars.sante.fr |
| **ARS/Délégation Départementale des Hauts de Seine***Département Prévention et promotion de la santé* | *Le Capitole* *55, avenue des Champs Pierreux* *92 021 NANTERRE Cedex*  | ARS-DD92-PPS@ars.sante.fr |
| **ARS/Délégation Départementale de Seine Saint Denis***Département Prévention et promotion de la santé* | *Immeuble L’européen* *5/7, promenade Jean Rostand* *93 005 BOBIGNY cedex* | ARS-DD93-PREVENTION-PROMOTION-SANTE @ars.sante.fr |
| **ARS/Délégation Départementale du Val de Marne***Département Prévention et promotion de la santé* | *25, Chemin des Bassins* *CS 80030* *94010 CRETEIL Cedex* | ARS-DD94-PPS@ars.sante.fr |
| **ARS/Délégation Départementale du Val d’Oise***Département Prévention et promotion de la santé* | *2, avenue de la Palette* *95 011 CERGY PONTOISE Cedex* | ARS-DD95-PPS@ars.sante.fr |

|  |
| --- |
| **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 ;

**🞎** 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 de renouvellement 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 actuelle et son insertion dans le contexte locorégional d'offre de prévention, de dépistage et de diagnostic et son articulation avec le COREVIH, le service expert hépatites 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.

**🗋** *Indiquer (5 pages dactylographiées maximum à joindre au dossier) les motivations de la structure à la demande de renouvellement de l’habilitation. Il est possible de préciser :*

* *Le contexte locorégional,*
* *L’insertion de la structure dans ce contexte,*
* *L’articulation avec les partenaires et les complémentarités,*
* *L’offre proposée et le public visé.*

*Préciser le contenu et les modalités de complémentarités avec les organismes et/ou structures intervenant en matière de prévention (incluant l’ensemble des risques liés à la sexualité), de dépistage (notamment réalisation de TROD), ainsi que de vaccination.*

*Préciser les partenariats pour la prise en charge des personnes séropositives (VIH, hépatites), les IST compliquées, les traitements post-exposition, PREP, et le parcours du patient dépisté positif.*

*Indiquer les différents publics visés et les modalités précises d’atteinte des publics cibles, notamment au travers des partenariats et des actions hors les murs.*

*Indiquer également les éléments d’ordre qualitatif (éléments favorables, difficultés) à partir de la réalité de fonctionnement du CeGIDD depuis début 2016, en précisant si possible le territoire desservi (si données disponibles concernant le département ou la commune de résidence des personnes accueillies …)*

*Indiquer enfin les perspectives du CeGIDD notamment au travers de la Stratégie nationale de santé sexuelle.*

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

**1/ Informations relatives au personnel :**

La structure candidate indique le nom, le nombre et la qualification 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 d’habilitation les *curriculum vitae*, copies de diplômes, attestations…, justifiant de la formation et de l’expérience des professionnels). **🗋**

***Composition***

* Nom, qualification professionnelle et formation du coordonnateur :
* Composition de l’équipe : *(remplir le tableau ci-dessous).*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Type de professionnels** | **Nom et qualification professionnelle** | **Formation, expérience** | **Temps de présence hebdomadaire en heures** |
|
| ***Médecin généraliste*** |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| ***Médecin spécialiste*** |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **Infirmier diplômé d'Etat**  |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **Secrétaire**  |  |  |  |
| **Assistant social**  |  |  |  |
| **Psychologue ayant compétence dans le domaine de la sexualité** |  |  |  |

* Professionnels intervenant à titre facultatif.

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Type de professionnels** | **Nom et qualification professionnelle**  | **Formation, expérience** | **Temps de présence hebdomadaire en heures** | **Modalités de consultations\***  |
| **Dermato-vénéréologue** |  |  |  |  |
| **Gynécologue** |  |  |  |  |
| **Sexologue** |  |  |  |  |
| **Proctologue** |  |  |  |  |
| **Urologue** |  |  |  |  |
| **Hépato-gastroentérologue** |  |  |  |  |
| **Infectiologue** |  |  |  |  |
| **Sage-femme** |  |  |  |  |
| **Autres acteurs non professionnels de santé (médiateur de santé…)** |  |  |  |  |

**\* Consultations dans le centre : noter « Centre » ; dans le cadre d’un partenariat externe : noter « Partenariat »**

Pour la présence d’un spécialiste au-delà de l’équipe minimale exigée pour le fonctionnement du CeGIDD, il convient de justifier cette présence par les besoins liés aux populations et aux territoires.

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

*Décrire, sous forme libre, les besoins de prises en charge (compte tenu des publics visés) justifiant la nécessité de spécialiste(s) consultant dans le centre.*

*Préciser également l’offre existante relevant de cette spécialité implantée sur le territoire environnant (ex : médecine ambulatoire en secteur 1) et/ou dans la structure gestionnaire (ex : établissement de santé, centre de santé…).*

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)

🞎 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***

Des attestations de suivi de formation du personnel sont fournies. **🗋**

Préciser les formations envisagées par le personnel.

|  |  |
| --- | --- |
| Formations envisagées par le personnel  | Nombre de personnes à former |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

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

La structure candidate au renouvellement décrit pour le site principal :

1. Le local principal : *(Joindre le plan des locaux)* **🗋**

 *Précisez*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **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** |   |   |

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).*

**Le système d’information :**

*Renseigner le tableau suivant*

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom du système d’information (SI)**  |  |
| **Possibilité d’extraire des données** *(données Santé Publique France)***Préciser** |  |
| **Possibilité de réaliser le RAAP****Préciser** |  |

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 :
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 :

**3/ Conditions générales d’activité et de fonctionnement :**

La structure candidate au renouvellement, précise pour l’ensemble des modalités d’activité et lieux d’intervention

***Les conditions garantissant la confidentialité des échanges avec l’usager*** à l’intérieur des locaux fixes ou mobiles servant de lieux d’intervention ;

***Les conditions d’anonymisation et de levée d’anonymat*** ;

***Les procédures encadrant la réalisation des missions*** : joindre : **🗋**

* + Procédures prévues de formation (interne ou externe) et de mise à jour des compétences du personnel ;
	+ 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.

***Les conditions et modalités d’orientation et d’accompagnement des personnes*** vers un médecin, vers un établissement ou service de santé spécialisé, vers une structure associative en cas de besoin ;

***Les conditions de délivrance de la PREP*** :

*Joindre le plan d’action pour le déploiement de la Prep dans le CeGIDD* **🗋**

***Les conditions d’organisation des consultations (site principal)***

1. Les demi-journées d'ouverture (*4 demi-journées minimum*) :

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Lundi | Mardi | Mercredi | Jeudi | Vendredi | Samedi |
| M |  |  |  |  |  |  |
| AM |  |  |  |  |  |  |

avec indication des horaires d’ouverture, des horaires des consultations (avec et sans rendez-vous), et de la permanence téléphonique :

* Horaires d’ouverture :
* Horaires de consultations :
* Permanence téléphonique :
1. La signalétique envisagée pour l’indication de la localisation, affichage des horaires d’ouverture à l’entrée du site, répondeur téléphonique, site internet ou autres…

***Les conditions d’organisation des activités extérieures et des partenariats***

*Les activités hors les murs* *(HLM)* :

**🗋***Joindre un bilan sur les activités hors les murs du CeGIDD sur les 2 années précédentes et indiquer les perspectives sur l’activité hors les murs et le public ciblé.*

***Publics vers lesquels sont déployées les actions hors les murs* :**

|  |  |
| --- | --- |
| **Public ciblé** | **Modalités d’atteinte du public / partenariats** |
| **Activités actuelles** | **Evolutions envisagées** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

***Milieux et types d’intervention***

*Préciser les éléments suivants :*

*Indiquer adresses et/ou lieux d’intervention (structures diverses, y compris CSAPA, CAARUD, lieux de rencontres extérieurs, lieux publics…)*

*Type d'intervention : indiquer la nature mais aussi les modalités spécifiques d’intervention, ainsi que les publics visés*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Localisation****(commune)** | **Milieu d'intervention****(LRE, bars, bois…)** | **Type d'intervention****(information, dépistage…)** | **Type de public** | **Partenaires** | **Périodicité d’action** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

*Les partenariats*

La structure décrit son articulation avec le COREVIH et autres instances et doit préciser les partenariats formalisés (la nature et l’objet précis des partenariats, la durée de la convention ainsi que les institutions concernées).

Il peut s’agir de partenariats suivants, 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) centres de vaccination susceptible(s) de prendre en charge les vaccinations des personnes ;*
* *Le(s) centres de planification et éducation familiale susceptible(s) de prendre en charge la contraception pour les personnes ;*
* *Le(s) organismes, 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) 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.*

*Lister les conventions avec les partenaires du CeGIDD (associations, médecins, laboratoire, etc...)*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **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 au D du V de l’annexe I de l’arrêté du 1er juillet 2015. **🗋**

**Pièces supplémentaires à fournir :**

## Attestation de souscription d’une assurance en responsabilité civile pour la réalisation des missions 🗋

## Rapport d’activité, rapport moral et financier et les comptes annuels de sa dernière année d’exercice 🗋

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

|  |
| --- |
| **Centres gratuits d’information, de dépistage et de diagnostic** **(CEGIDD)****des infections par les virus de l’immunodéficience humaine,****des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles** ***Dossier de demande de renouvellement d’habilitation******Document à annexer pour chaque antenne*** |

Site d’implantation de l’antenne

Adresse :

Téléphone :

Courriel :

**1/ Informations relatives au personnel :**

La structure candidate indique le nom, le nombre et la qualification des professionnels mentionnés au IV de l’annexe I de l’arrêté du 1er juillet 2015 intervenant l’antenne et listés dans le tableau ci-après.

Elle en précise le temps de présence, la formation, l’expérience et la fonction (joindre au dossier d’habilitation les *curriculum vitae*, copies de diplômes, attestations…, justifiant de la formation et de l’expérience des professionnels).

Lorsqu’il s’agit des mêmes professionnels que pour le site principal, ne préciser que le temps de présence. **🗋**

***Composition***

* Composition de l’équipe : *(remplir le tableau ci-dessous).*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Type de professionnels** | **Nom et qualification professionnelle** | **Formation, expérience** | **Temps de présence hebdomadaire en heures****Dans l’antenne** |
|
| ***Médecin généraliste*** |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| ***Médecin spécialiste*** |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **Infirmier diplômé d'Etat**  |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **Secrétaire**  |  |  |  |
| **Assistant social**  |  |  |  |
| **Psychologue ayant compétence dans le domaine de la sexualité** |  |  |  |

* Professionnels intervenant à titre facultatif.

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Type de professionnels** | **Nom et qualification professionnelle** | **Formation, expérience** | **Temps de présence hebdomadaire en heures** | **Modalités de consultations\***  |
| **Dermato-vénéréologue** |  |  |  |  |
| **Gynécologue** |  |  |  |  |
| **Sexologue** |  |  |  |  |
| **Proctologue** |  |  |  |  |
| **Urologue** |  |  |  |  |
| **Hépato-gastroentérologue** |  |  |  |  |
| **Infectiologue** |  |  |  |  |
| **Sage-femme** |  |  |  |  |
| **Autres acteurs non professionnels de santé (médiateur de santé…)** |  |  |  |  |

**\* Consultations dans le centre : noter « Antenne » ; dans le cadre d’un partenariat externe : noter « Partenariat »**

Pour la présence d’un spécialiste au-delà de l’équipe minimale exigée pour le fonctionnement du CeGIDD, il convient de justifier cette présence par les besoins liés aux populations et aux territoires.

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

*Décrire, sous forme libre, les besoins de prises en charge (compte tenu des publics visés) justifiant la nécessité de spécialiste(s) consultant dans le centre.*

*Préciser également l’offre existante relevant de cette spécialité implantée sur le territoire environnant (ex : médecine ambulatoire en secteur 1) et/ou dans la structure gestionnaire (ex : établissement de santé, centre de santé…).*

***Formation***

Des attestations de suivi de formation du personnel sont fournies. **🗋**

Préciser les formations envisagées par le personnel.

|  |  |
| --- | --- |
| **Formations envisagées par le personnel**  | **Nombre de personnes à former** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

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

La structure candidate au renouvellement décrit pour l’antenne :

1. Le local de l’antenne : (*Joindre le plan des locaux*) **🗋**

*Préciser*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **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** |   |   |

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).*

**Le système d’information :**

*Renseigner le tableau suivant*

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom du système d’information (SI)**  |  |
| **Possibilité d’extraire des données** *(données Santé Publique France)***Préciser** |  |
| **Possibilité de réaliser le RAAP****Préciser** |  |
| **Lien avec le site principal/conditions de remontée de l’activité et d’intégration dans le SI du CeGIDD**  |  |

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 :
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 :

**3/ Conditions générales d’activité et de fonctionnement :**

🗹 Les conditions étant normalement celles qui s’appliquent à l’ensemble du CeGIDD (cf supra), il importe de préciser si des éléments spécifiques à l’antenne sont à considérer

***Les conditions garantissant la confidentialité des échanges avec l’usager*** à l’intérieur des locaux fixes ou mobiles servant de lieux d’intervention ;

***Les conditions d’anonymisation et de levée d’anonymat*** ;

***Les procédures encadrant la réalisation des missions, les procédures d’assurance qualité****;*

***Les conditions et modalités d’orientation et d’accompagnement des personnes*** vers un médecin, vers un établissement ou service de santé spécialisé, vers une structure associative en cas de besoin ;

***Les conditions d’organisation des consultations (antenne)***

1. Les demi-journées d'ouverture:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Lundi | Mardi | Mercredi | Jeudi | Vendredi | Samedi |
| M |  |  |  |  |  |  |
| AM |  |  |  |  |  |  |

avec indication des horaires d’ouverture, des horaires des consultations (avec et sans rendez-vous), et de la permanence téléphonique :

* Horaires d’ouverture :
* Horaires de consultations :
* Permanence téléphonique :
1. La signalétique envisagée pour l’indication de la localisation, affichage des horaires d’ouverture à l’entrée du site de l’antenne, répondeur téléphonique, site internet ou autres…

***Les conditions d’organisation des activités extérieures et des partenariats***

🗹 à renseigner si des activités extérieures et des partenariats sont organisés plus spécifiquement à partir de l’antenne

*Les activités hors les murs* *(HLM)* :

**🗋***Joindre un bilan sur les activités hors les murs du CeGIDD sur les 2 années précédentes et indiquer les perspectives sur l’activité hors les murs et le public ciblé.*

***Publics vers lesquels sont déployées les actions hors les murs* :**

|  |  |
| --- | --- |
| **Public ciblé** | **Modalités d’atteinte du public / partenariats** |
| **Activités actuelles** | **Evolutions envisagées** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

***Milieux et types d’intervention***

*Préciser les éléments suivants :*

*Indiquer adresses et/ou lieux d’intervention (structures diverses, y compris CSAPA, CAARUD, lieux de rencontres extérieurs, lieux publics…)*

*Type d'intervention : indiquer la nature mais aussi les modalités spécifiques d’intervention, ainsi que les publics visés*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Localisation****(commune)** | **Milieu d'intervention****(LRE, bars, bois…)** | **Type d'intervention****(information, dépistage…)** | **Type de public** | **Partenaires** | **Périodicité d’action** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

*Les partenariats*

Préciser les partenariats formalisés (la nature et l’objet précis des partenariats, la durée de la convention ainsi que les institutions concernées).

|  |
| --- |
| **Centres gratuits d’information, de dépistage et de diagnostic** **(CEGIDD)****des infections par les virus de l’immunodéficience humaine,** **des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles** ***Dossier de demande de renouvellement d’habilitation*****Document annexe obligatoire****Activité et budget prévisionnels du CeGIDD** |

L’annexe au dossier de demande de renouvellement d’habilitation concernant l’activité prévisionnelle et le budget prévisionnel est à compléter en vue du calcul de l’attribution de la dotation forfaitaire prévue à l’article D.174.18 du code de la sécurité sociale).

Le document à renseigner et à annexer obligatoirement se présente sous forme de tableaux traduisant les éléments suivants :

**Activité prévisionnelle de la structure**

L’organisme gestionnaire fournit des éléments détaillés concernant l’activité prévisionnelle de la structure

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

**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 :
* les prévisions relatives au personnel de la structure CeGIDD :