**DEMANDE D’HABILITATION DE**

**CENTRE DE LUTTE CONTRE LA TUBERCULOSE**

**Dossier Type**

Ce dossier est constitué des éléments suivants :

* Dossier de demande d’habilitation – CLAT site principal
* Dossier de demande d’habilitation - CLAT antenne
* Annexe au dossier de demande d’habilitation : suivi d’activité et situation financière de la structure (activité prévisionnelle, budget prévisionnel et compte-rendu financier)

**Centre de lutte anti-tuberculeux (CLAT)**

**Dossier de demande d’habilitation**

**CLAT site principal**

Tout organisme énuméré à l’article D.3112-6 du code de la santé publique et candidat à une habilitation pour constituer un centre de lutte anti-tuberculeuse (CLAT) 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.3112-8 du même code.

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

-Une lettre de demande d’habilitation ;

-Le présent dossier ;

-Les pièces justificatives ;

-L’annexe au dossier d’habilitation concernant l’antenne le cas échéant (une annexe par antenne) ;

-L’annexe au dossier d’habilitation concernant l’activité prévisionnelle et le budget prévisionnel en vue de la première dotation forfaitaire en cas d’habilitation (article D.3112-11-3 du code de la santé publique).

**Dans le cadre de l’appel à candidature, les candidats déposeront un dossier de candidature via la plateforme Démarches simplifiées :** [**https://www.demarches-simplifiees.fr/commencer/acc-clct-camb-2025**](https://www.demarches-simplifiees.fr/commencer/acc-clct-camb-2025) **.**

Les dossiers parvenus après la date limite de dépôt ne seront pas recevables.

Un accusé de réception sera transmis au porteur après chaque dépôt sur la plateforme.

En cas de dossier reçu incomplet pendant la fenêtre de dépôt, un courriel sera adressé au demandeur pour l’inviter à compléter sa demande dans un délai impératif de huit jours à compter de la réception de la demande de complétude.

A l’issue de cette période, seuls les dossiers déposés par un porteur éligible au regard du point 1 de la partie relative aux modalités du présent appel à candidatures et complets, c’est-à-dire comportant toutes les pièces évoquées au point 3 du présent appel à candidatures, seront recevables et donc instruits.

Le non-respect de ces critères de recevabilité vaudra rejet de la candidature.

Les questions relatives à l’appel à candidatures devront être adressées par mail à l’adresse ars-hdf-veillesanitaire@ars.sante.fr.

Les réponses y seront apportées via une foire aux questions (FAQ), accessible sur le site internet de l’ARS à l’adresse suivante : https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/liste-appels-projet-candidature.

# Partie 1 : INFORMATIONS GENERALES

- Nom de la structure :

- Nom de l’organisme gestionnaire :

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

* 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’un département et assurant une mission de prévention en matière de santé ;
* Centres de santé mentionnés à l’article L.6323-1du code de la santé publique.

- Finess ET :

- 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) :

- La structure est-elle actuellement en activité (site principal et éventuelle(s) antenne(s)) ? (Cochez la(es) case(s) correspondante(s))

* CLAT :
* Autres : précisez :

- Indiquez tout élément permettant de vérifier que la structure candidate mentionnée à l’article D.3112-6 du code de la santé publique est en mesure de se conformer aux prescriptions du cahier des charges, déterminé à [l’annexe I de l’arrêté du 27 novembre 2020](https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000042577052/).

*(Démontrer en quelques lignes que les activités actuelles de votre structure vous permettent d’accomplir les missions des CLATs).*

# 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 27 novembre 2020, décrit l’offre proposée et son insertion dans le contexte locorégional d'offre de prévention, de dépistage et de soins et les autres acteurs intervenant dans la lutte contre la tuberculose.

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

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

# Partie 3 : DESCRIPTIF DU PERSONNEL, DES MODALITES DE FONCTIONNEMENT ET DE L’ORGANISATION DE LA STRUCTURE

## 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 27 novembre 2020 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 *curriculums vitae*, copies de diplômes, attestations…, justifiant de la formation et de l’expérience des 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 | Préciser : formation, expérience | Temps de présence hebdomadaire en heures |
| Médecin généraliste |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| Médecin spécialiste |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| Coordinateur (trice) |  |  |  |
| Infirmier diplômé d’Etat |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| Secrétaire |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| Assistant social |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

- 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 | Préciser : formation, expérience | Temps de présence hebdomadaire en heures | Modalités de consultations \* |
| Manipulateur radio |  |  |  |  |
| Autres professionnels de santé : préciser |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Autres acteurs non professionnels de santé (médiateur de santé, etc.) : préciser |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

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

Si le CLAT ne relève pas d’un établissement de santé, fait-il appel à un pharmacien pour la dispensation des médicaments ? (Article R. 3112-15[[1]](#footnote-1) 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
  + Nom du médecin assurant l’approvisionnement, la détention, le contrôle et la gestion des médicaments (joindre au dossier la désignation nominative du médecin)

***Formation***

Des attestations de suivi de formation, les procédures prévues de formation (interne ou externe) et de mise à jour des compétences du personnel sont fournies, ainsi que la procédure d’évaluation des besoins de formation du personnel.

Les centres qui ne peuvent pas exercer d’emblée l’ensemble des missions doivent s’engager à fournir ces attestations dans le délai des deux ans de mise en conformité accordé par l’ARS.

## 2/ Informations relatives aux lieux et équipements :

La structure candidate décrit pour le site principal :

1. **Les locaux fixes ou mobiles (c'est-à-dire le local principal, les actions hors les murs) et les lieux d'intervention :**

- Joindre le plan (lisible et annoté) des locaux

- Pour les locaux fixes : *Précisez*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Nombre de pièces | Description |
| Bureau d’accueil permettant de respecter la confidentialité |  |  |
| Salle d'attente |  |  |
| Salle pour la consultation médicale |  |  |
| Pièce pour la réalisation des prélèvements sanguins et de crachat et la prise en charge par le personnel infirmier |  |  |
| Pièce pour un travail social |  |  |
| Nombre de bureaux adapté au nombre des professionnels et à leurs plages de consultation : indiquer le nombre de bureaux |  |  |
| Pièce individuelle d’isolement (facultatif) |  |  |
| Zone d'archivage des dossiers fermant à clef |  |  |
| Zone de stockage des médicaments où n’ont pas libre accès les personnes étrangères au CLAT |  |  |

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).

- Pour les activités hors les murs effectuées par l’équipe du CLAT principal (les activités effectuées par des partenaires sont décrites ultérieurement) : *Précisez*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Liste et adresses des structures cibles pouvant bénéficier d'une action hors les murs (CHRS, centres pénitentiaires…) | Type d'intervention (information, sensibilisation, dépistage…) | Moyens (humains, matériels...) mis en œuvre | Périodicité d’action |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. **L’équipement et le matériel :**

* Matériel adapté aux vaccinations et à la prise en charge des éventuelles réactions indésirables graves (maintien de la chaine du froid, trousses d’urgence…) :
* Matériel informatique pour le suivi des consultations, les actes de dépistage (enquête autour d'un cas et dépistages ciblés), de diagnostic et de traitement et la traçabilité des patients pris en charge en dehors du CLAT. L'extraction des données nécessaires au suivi annuel d'activité et épidémiologique doit être prévu. Cet outil informatique devra être interfacé avec la plateforme e-DO tuberculose. :
* Autre(s) matériel(s) :

1. **Les conditions de conservation des données, 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 de fonctionnement :

La structure candidate précise sur le site principal :

1. **Le nombre de demi-journées d'ouverture minimum (1 demi-journée, 5 jours sur 7) :**
2. **Les horaires :**

* d’ouverture :
* des consultations
  + avec rendez-vous :
  + Sans rendez-vous :
* de la 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…**
2. **Le détail des procédures encadrant la réalisation des missions :**

* procédures prévues de formation (interne ou externe) et d’actualisation des connaissances du personnel ;
* procédures encadrant l’accueil et l’information du public ciblé ;
* procédure d’hygiène pour l’accueil des personnes ayant une suspicion de tuberculose ;
* procédure de recueil du consentement de l’usager sur sa prise en charge ;
* procédure de remise des résultats des examens ou tests de dépistage et de diagnostic réalisés par le CLAT ;
* procédure pour un échange structuré régulier et réciproque organisé entre le CLAT, les services hospitaliers (soins et labo), l’ARS pour signaler ou notifier au plus tard dans les 48 heures les tuberculoses maladies confirmées ou suspectées et les ITL chez les moins de 18 ans ;
* procédure pour la prise en charge des patients adultes ou enfants atteints d’une tuberculose maladie ou d’une ITL par les services de soins hospitaliers ;
* liste des documents remis à l’usager.

1. **Les conditions garantissant la confidentialité des échanges avec l’usager à l’intérieur des locaux fixes ou mobiles servant de lieux d’intervention :**
2. **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** :

La structure décrit son articulation avec les *autres instances de son territoire* et doit préciser les partenariats formalisés :

*Il peut s’agir des partenariats suivants :*

*- Un dispositif d’interprétariat professionnel respectant les recommandations de la HAS ;*

*- Un ou des médecins de ville ou hospitaliers organisés ou non en réseau ;*

*- Un ou plusieurs laboratoires de biologie médicale ;*

*- Un ou plusieurs centres de radiologie ;*

*- Un ou plusieurs centres de soins infirmiers ;*

*- Une permanence d’accès aux soins de santé ;*

*- Le(s) centres de vaccination susceptible(s) de prendre en charge les vaccinations autres que le BCG ;*

*- un ou plusieurs dispositifs médico-sociaux susceptibles de prendre en charge les personnes vulnérables atteintes de tuberculose maladie ;*

*- Le(s) 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 CLAT.*

Une copie des accords partenariaux formalisés (ex : conventions) est fournie.

PARTENARIAT 1 :

* nature du partenariat :
* l’objet précis du partenariat :
* date de signature (prévisionnelle le cas échéant) :
* durée de la convention :
* institutions concernées :

PARTENARIAT 2 :

* nature du partenariat :
* l’objet précis du partenariat :
* date de signature (prévisionnelle le cas échéant) :
* durée de la convention :
* institutions concernées :

PARTENARIAT 3 :

* nature du partenariat :
* l’objet précis du partenariat :
* date de signature (prévisionnelle le cas échéant) :
* durée de la convention :
* institutions concernées :

PARTENARIAT 4 :

* nature du partenariat :
* l’objet précis du partenariat :
* date de signature (prévisionnelle le cas échéant) :
* durée de la convention :
* institutions concernées :

Partie 4 : Procédure d’assurance qualité

La structure candidate fournit un document décrivant la procédure d'assurance qualité telle que définie au C du VI de l’annexe I de l’arrêté du 27 novembre 2020.

Pièces complémentaires 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 de résultat (ou EPRD) et le bilan comptable de la 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

**Annexe au dossier de demande d’habilitation**

**CLAT Antenne**

**Il est rappelé qu’une annexe au dossier d’habilitation du CLAT principal relative à l’antenne est à renseigner par antenne.**

Site d’implantation de l’antenne :

Adresse :

Téléphone :

Courriel :

Indiquer par [oui / non] dans le tableau ci-dessous les missions effectuées par l’antenne :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Missions des CLAT | OUI / NON |
| Missions dans le domaine de la lutte contre la tuberculose | 1 - accueille, écoute, informe et oriente les publics par des actions individuelles et collectives |  |
| 2 - met en œuvre les enquêtes autour d’un cas et en assure le suivi |  |
| 3 - réalise des dépistages ciblés de la tuberculose auprès des publics à risque |  |
| 4 - assure la vaccination antituberculeuse |  |
| 5 - contribue au suivi médical et médicosocial des personnes traitées pour la tuberculose ou pour une infection tuberculeuse latente |  |
| 6 - assure gratuitement le suivi médical et la délivrance nécessaire au traitement de la tuberculose pour les personnes éloignées du soin |  |
| 7 - promeut et contribue à la diffusion des informations et bonnes pratiques professionnelles auprès des autres professionnels de santé intéressés | NON[[2]](#footnote-2) |
| 8 - contribue, en lien avec les agences régionales de santé et l’Agence nationale de santé publique – Santé publique France, à la surveillance de la tuberculose par la déclaration obligatoire |  |
| Missions dans le domaine de la prévention des autres risques | 9 - réalise les actions de prévention en particulier du sevrage tabagique des personnes suivies dans le CLAT |  |
| 10 - propose un bilan préventif aux personnes éloignées du système de prévention et de soins notamment la consultation pour les personnes migrantes primo-arrivantes |  |

## 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 27 novembre 2020 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 *curriculums vitae*, copies de diplômes, attestations…, justifiant de la formation et de l’expérience des professionnels).

***Composition***

- Pour l’équipe minimale : *(remplir le tableau ci-dessous).*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Type de professionnels | Nom et qualité | Préciser : formation, expérience | Temps de présence hebdomadaire en heures |
| Médecin généraliste |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| Médecin spécialiste |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| Coordinateur(trice) |  |  |  |
| Infirmier diplômé d’Etat |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| Secrétaire |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| Assistant social |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

- 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 | Préciser : formation, expérience | Temps de présence hebdomadaire en heures | Modalités de consultations \* |
| Manipulateur radio |  |  |  |  |
| Autres professionnels de santé : préciser |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Autres acteurs non professionnels de santé (médiateur de santé, etc.) : préciser |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

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

***Formation***

Des attestations de suivi de formation, les procédures prévues de formation (interne ou externe) et de mise à jour des compétences du personnel sont fournies, ainsi que la procédure d’évaluation des besoins de formation du personnel.

Les centres qui ne peuvent pas exercer d’emblée l’ensemble des missions doivent s’engager à fournir ces attestations dans le délai des deux ans de mise en conformité accordé par l’ARS.

## 2/ Informations relatives aux lieux et équipements :

La structure candidate décrit :

1. **Les locaux fixes ou mobiles (c'est-à-dire le local principal, les actions hors les murs) et les lieux d'intervention** :

- Joindre le plan (lisible et annoté) des locaux

- Pour les locaux fixes : *Précisez*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Nombre de pièces | Description |
| Bureau d’accueil permettant de respecter la confidentialité |  |  |
| Salle d'attente |  |  |
| Salle pour la consultation médicale |  |  |
| Pièce pour la réalisation des prélèvements sanguins et de crachat et la prise en charge par le personnel infirmier |  |  |
| Pièce pour un travail social |  |  |
| Nombre de bureaux adapté au nombre des professionnels et à leurs plages de consultation : indiquer le nombre de bureaux |  |  |
| Pièce individuelle d’isolement (facultatif) |  |  |
| Zone d'archivage des dossiers fermant à clef |  |  |
| Zone de stockage des médicaments où n’ont pas libre accès les personnes étrangères au CLAT |  |  |

Pour les Antennes ayant uniquement une unité mobile (Préciser) :

|  |  |
| --- | --- |
|  | Description |
| Unité mobile utilisée |  |
| Condition d’accueil |  |
| Condition de réalisation de la consultation médicale |  |
| Condition pour la réalisation des prélèvements sanguins et de crachat et la prise en charge par le personnel infirmier |  |
| Condition de travail pour un travail social |  |
| Zone d'archivage des dossiers fermant à clef |  |
| Zone de stockage des médicaments où n’ont pas libre accès les personnes étrangères au CLAT |  |

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).

- Pour les activités hors les murs :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Liste et adresses des structures cibles pouvant bénéficier d'une action hors les murs (CHRS, centres pénitentiaires…) | Type d'intervention (information, sensibilisation, dépistage…) | Moyens (humains, matériels...) mis en œuvre | Périodicité d’action |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. **L’équipement et le matériel :**

* Matériel adapté aux vaccinations et à la prise en charge des éventuelles réactions indésirables graves (maintien de la chaine du froid, trousses d’urgence…) ;
* Matériel informatique pour le suivi des consultations, les actes de dépistage - enquête autour d'un cas et dépistages ciblés -, de diagnostic et de traitement, et la traçabilité des patients pris en charge en dehors du CLAT. L'extraction des données nécessaires au suivi annuel d'activité et épidémiologique doit être prévu. Cet outil informatique devra être interfacé avec la plateforme e-DO tuberculose. :
* Autre(s) matériel(s) :

1. **Les conditions de conservation des données, 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 de fonctionnement :

La structure candidate précise sur l’antenne :

1. **Le nombre de demi-journées d'ouverture:**
2. **Les horaires :**

* d’ouverture :
* des consultations
  + avec rendez-vous :
  + Sans rendez-vous :
* de la 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…**

**D) Le détail des procédures encadrant la réalisation des missions :**

* procédures prévues de formation (interne ou externe) et d’actualisation des connaissances du personnel ;
* procédures encadrant l’accueil et l’information du public ciblé ;
* procédure d’hygiène pour l’accueil des personnes ayant une suspicion de tuberculose ;
* procédure de recueil du consentement de l’usager sur sa prise en charge ;
* procédure de remise des résultats des examens ou tests de dépistage et de diagnostic réalisés par le CLAT ;
* procédure pour un échange structuré régulier et réciproque organisé entre le CLAT, les services hospitaliers (soins et labo), l’ARS pour signaler ou notifier au plus tard dans les 48 heures les tuberculoses maladies confirmées ou suspectées et les ITL chez les moins de 18 ans ;
* procédure pour la prise en charge des patients adultes ou enfants atteints d’une tuberculose maladie ou d’une ITL par les services de soins hospitaliers ;
* liste des documents remis à l’usager.

**Annexe au dossier de demande d’habilitation**

**Suivi d’activité et situation financière de la structure**

La structure indique l’activité prévisionnelle et le budget prévisionnel, en vue de la première dotation forfaitaire en cas d’habilitation (article D.3112-11-3 du code de la santé publique).

Si la structure est déjà en activité, la structure fournit aussi le rapport d'activité, le rapport moral et financier, le compte de résultat (ou EPRD) et le bilan comptable de la dernière année d'exercice.

Activité prévisionnelle de la structure

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

La structure précise les modalités de prévision retenues pour établir ces renseignements :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nature activité prévisionnelle | | Prévision de l’activité annuelle | Commentaires |
| Suivi des patients avec tuberculose maladie suivis dans le CLAT | Nombre de patients |  |  |
| Nombre de consultations |  |  |
| Nombre de radiologie pulmonaire |  |  |
| Nombre de scanner |  |  |
| Nombre de patients recevant un traitement remis par le CLAT |  |  |
| Suivi des patients avec tuberculose maladie suivis hors CLAT | Nombre de patients |  |  |
| Nombre de consultations |  |  |
| Suivi de patients avec une ITL suivis dans le CLAT | Nombre de patients |  |  |
| Nombre de consultations |  |  |
| Dépistage de sujets contact | Nombre de test IDR |  |  |
| Nombre de test IGRA |  |  |
| Nombre d e radio pulmonaire |  |  |
| Vaccination BCG | Nombre de patients vaccinés |  |  |
| Consultation de sevrage tabagique | Nombre de patients |  |  |
| Nombre de consultations |  |  |
| Consultations de prévention | Nombre de patients |  |  |
| Nombre de consultations |  |  |

La structure fournit des éléments prévisionnels concernant la population bénéficiant d’’un dépistage ciblé (les personnes sont classées dans une seule catégorie) :

Personnes migrantes primo-arrivantes :

* MNA
* Etudiants étrangers
* Demandeurs d’asile
* Autres :

Personnes détenues

Population en situation de précarité

Budget prévisionnel du CLAT[[3]](#footnote-3) - Exercice 2026

Le total des charges doit être égal au total des produits

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **CHARGES** | **Montant** | **PRODUITS** | **Montant** | |
| **Charges directes** | | **Ressources directes** | | |
| **60 – Achat** |  | **70 – Autres produits** |  | |
| Prestations de services (labo+ imagerie réalisés ) |  |
| Médicaments et autres matériels jetables |  | **74- Subventions d’exploitation[[4]](#footnote-4)** |  | |
| Consommables radiologique |  | **ARS 2026**: |  | |
| Equipements médicaux |  | Etat : préciser le(s) ministère(s) sollicité(s) |  | |
| Autres fournitures |  | Région(s) |  | |
| **61 - Services extérieurs** |  | Département(s) : |  | |
| Locations immobilières et mobilières  Ss traitance médicale |  | Intercommunalité(s) : EPCI[[5]](#footnote-5) |  | |
| Entretien et réparation |  |  |  | |
| Frais de laboratoire |  | - |  | |
| Frais de radiologie |  |  |  | |
| Divers |  | - |  | |
| **62 - Autres services extérieurs** |  |  |  | |
| Rémunérations intermédiaires et honoraires |  | Droit commun- |  | |
| Location camion radiologique |  |  |  | |
| Publicité, publication |  | Commune(s) : |  | |
| Déplacements, missions |  | - |  | |
| Services bancaires, maintenance informatique |  | Organismes sociaux (détailler) : |  | |
| **63 - Impôts et taxes** |  | - |  | |
| Impôts et taxes sur rémunération |  | Fonds européens |  | |
| Autres impôts et taxes |  | - |  | |
| **64- Charges de personnel** |  | L'agence de services et de paiement (ex-CNASEA -emplois aidés) |  | |
| Rémunération des personnels |  | Autres établissements publics |  | |
| Charges sociales |  | Aides privées |  | |
| Autres charges de personnel -formation |  | **75 - Autres produits de gestion courante** |  | |
| **65- Autres charges de gestion courante (15 % max des frais de personnel)** |  | Dont cotisations, dons manuels ou legs |  | |
| **66- Charges financières** |  | **76 - Produits financiers** |  | |
| **67- Charges exceptionnelles** |  | **78 – Reports** ressources non utilisées **ARS 2025** |  | |
| **68- Dotation aux amortissements** |  |  |  | |
|  | |  | | |
|  |  |  |  | |
| **Charges fixes de fonctionnement** |  |  |  | |
| **Frais financiers** |  |  |  | |
| **Autres** |  |  |  | |
| **Total des charges** |  | **Total des produits** |  | |
| Contributions volontaires | | | | |
| **86- Emplois des contributions volontaires en nature** |  | **87 - Contributions volontaires en nature** |  | |
| Secours en nature |  | Bénévolat |  | |
| Mise à disposition gratuite de biens et prestations |  | Prestations en nature |  | |
| Personnel bénévole |  | Dons en nature |  | |
| **TOTAL** |  | **TOTAL** |  | |
| **La subvention de € représente % du total des produits :**  (montant attribué/total des produits) x 100. | | | |

Renseignements sur les charges salariales :

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nom, Prénom | Intitulé du poste | ETP [A] | Rémunération brute annuelle en € 100% [B] | Calcul automatique de la  rémunération brute  annuelle (en €) proratisée  ETP pour chaque salarié  (compte 641) [C]=[A]x[B] |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

*Nom, prénom* : indiquer les nom et prénom de la personne

*Intitulé du poste :* médecin, infirmier, secrétaire, etc.

*ETP* : Le nombre d'ETP doit être compris entre 0 et 1. Il correspond à l'effectif physique pondéré par la quotité de travail de l'agent. A titre d'exemple, un salarié dont la quotité de travail est à 60%, correspond à 0,6 ETP ; un salarié en CDD de 3 mois travaillant à 80% correspond à 0,8\*3/12, soit 0,2 ETP ; un salarié travaillant à 100% toute l'année correspond à 1 ETP.

*Rémunération brute annuelle (en €) 100% :* Il convient d'indiquer la rémunération brute annuelle du salarié, à 100%

*Calcul automatique de la rémunération brute annuelle (en €) proratisée ETP pour chaque salarié (compte 641)* : Les cellules se calculent automatiquement dès lors que les colonnes "ETP" et "Rémunération » sont renseignées.

Par ailleurs, afin de définir le salaire brut chargé, merci de renseigner les cellules suivantes : charges sociales et patronales (comptes 645,647), autres charges de personnel (compte 648), impôts et taxes sur rémunération (compte 631,633)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 641 | Total rémunération du personnel pour l’action (en €) |  |
| 645  647 | Charges sociales (en €)  Charges patronales (en €) |  |
| 648 | Autres charges de personnel (en €) |  |
| 631  633 | Impôts et taxes sur rémunération ‘en €) |  |

Annexe au budget prévisionnel du CLAT.

Merci de bien vouloir apporter toute information utile à la bonne compréhension de votre budget prévisionnel, notamment ce à quoi réfèrent les montants des lignes comportant des mentions « autres » ou « divers ».

Pour les structures déjà en activité, merci d’expliciter les variations notables entre vos budgets prévisionnels 2025 et 2026 :

Compte Rendu Financier du CLAT[[6]](#footnote-6).(pour les structures déjà en activité)

**Exercice 2025**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **CHARGES** | **Montant** | **PRODUITS** | **Montant** |
| **Charges directes** | | **Ressources directes** | |
| **60 – Achat** |  | **70 – Autres produits** |  |
| Prestations de services (labo+ imagerie réalisés ) |  |
| Médicaments et autres matériels jetables |  | **74- Subventions d’exploitation[[7]](#footnote-7)** |  |
| Consommables radiologique |  | **ARS 2025**: |  |
| Equipements médicaux |  | Etat : préciser le(s) ministère(s) sollicité(s) |  |
| Autres fournitures |  | Région(s) |  |
| **61 - Services extérieurs** |  | Département(s) : |  |
| Locations immobilières et mobilières  Ss traitance médicale |  | Intercommunalité(s) : EPCI[[8]](#footnote-8) |  |
| Entretien et réparation |  |  |  |
| Frais de laboratoire |  | - |  |
| Frais de radiologie |  |  |  |
| Divers |  | - |  |
| **62 - Autres services extérieurs** |  |  |  |
| Rémunérations intermédiaires et honoraires |  | Droit commun- |  |
| Location camion radiologique |  |  |  |
| Publicité, publication |  | Commune(s) : |  |
| Déplacements, missions |  | - |  |
| Services bancaires, maintenance informatique |  | Organismes sociaux (détailler) : |  |
| **63 - Impôts et taxes** |  | - |  |
| Impôts et taxes sur rémunération |  | Fonds européens |  |
| Autres impôts et taxes |  | - |  |
| **64- Charges de personnel** |  | L'agence de services et de paiement (ex-CNASEA -emplois aidés) |  |
| Rémunération des personnels |  | Autres établissements publics |  |
| Charges sociales |  | Aides privées |  |
| Autres charges de personnel -formation |  | **75 - Autres produits de gestion courante** |  |
| **65- Autres charges de gestion courante (15 % max des frais de personnel)** |  | Dont cotisations, dons manuels ou legs |  |
| **66- Charges financières** |  | **76 - Produits financiers** |  |
| **67- Charges exceptionnelles** |  | **78 – Reports** ressources non utilisées **ARS 2024** |  |
| **68- Dotation aux amortissements** |  |  |  |
|  | |  | |
|  |  |  |  |
| **Charges fixes de fonctionnement** |  |  |  |
| **Frais financiers** |  |  |  |
| **Autres** |  |  |  |
| **Total des charges** |  | **Total des produits** |  |
| Contributions volontaires | | | |
| **86- Emplois des contributions volontaires en nature** |  | **87 - Contributions volontaires en nature** |  |
| Secours en nature |  | Bénévolat |  |
| Mise à disposition gratuite de biens et prestations |  | Prestations en nature |  |
| Personnel bénévole |  | Dons en nature |  |
| **TOTAL** |  | **TOTAL** |  |

Annexe au Compte-rendu financier du CLAT.

Pour les structures déjà en activité, merci de bien vouloir apporter toute information utile à la bonne compréhension de votre compte-rendu financier, notamment ce à quoi réfèrent les montants des lignes comportant des mentions « autres » ou « divers ».

Merci d’expliciter les variations notables entre vos comptes-rendus financier 2024 et 2025 :

1. Article R 3112-15 du CSP : « D*ans les établissements et organismes autres que les établissements de santé, à titre dérogatoire, le directeur général de l'agence régionale de santé peut autoriser un médecin de l'organisme, nommément désigné, à assurer l'approvisionnement, la détention, le contrôle et la gestion des médicaments et à les dispenser directement aux malades. Cette autorisation ne peut être accordée que pour un remplacement n'excédant pas trois mois ou lorsque l'activité ne justifie pas la présence d'un pharmacien à temps plein […]. »* [↑](#footnote-ref-1)
2. Cf. instruction du 8 décembre 2020 « *Une antenne de CLAT propose une ou plusieurs des missions du site principal à l’exception de la promotion des informations de bonnes pratiques professionnelles auprès des professionnels de santé intéressés qui relève du site principal, dans ses locaux fixes ou mobiles. »* [↑](#footnote-ref-2)
3. Ne pas indiquer les centimes d’euros [↑](#footnote-ref-3)
4. L’attention du demandeur est appelée sur le fait que les indications sur les financements demandés auprès d’autres financeurs publics valent déclaration sur l’honneur et tiennent lieu de justificatifs. Aucun document complémentaire ne sera demandé si cette partie est complétée en indiquant les autres services et collectivités sollicitées. [↑](#footnote-ref-4)
5. Catégories d’établissements publics de coopération intercommunale (EPCI) à fiscalité propre : communauté de communes ; communauté d’agglomération ; communauté urbaine. [↑](#footnote-ref-5)
6. Ne pas indiquer les centimes d’euros [↑](#footnote-ref-6)
7. L’attention du demandeur est appelée sur le fait que les indications sur les financements demandés auprès d’autres financeurs publics valent déclaration sur l’honneur et tiennent lieu de justificatifs. Aucun document complémentaire ne sera demandé si cette partie est complétée en indiquant les autres services et collectivités sollicitées. [↑](#footnote-ref-7)
8. Catégories d’établissements publics de coopération intercommunale (EPCI) à fiscalité propre : communauté de communes ; communauté d’agglomération ; communauté urbaine. [↑](#footnote-ref-8)