**APPEL A CANDIDATURES**

**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)**Territoires de santé : Hainaut, Douaisis, Littoral Nord, Métropole Flandre

**ANNEXE 2**

**Dossier de demande d’habilitation**

*Un dossier de demande d’habilitation est à remplir pour chaque site principal ou antenne du CeGIDD.*

*Site principal d’un CeGIDD :*

*Antenne d’un CeGIDD :*

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.

*Un CeGIDD peut délocaliser des consultations de façon quasi-permanente dites « antennes » dans une localité différente de celle du site principal. Ces antennes accomplissent l’ensemble des missions exercées sur le site principal du CeGIDD et sont destinées à tous les publics rencontrant des difficultés pour se rendre sur le site principal. Les antennes fonctionnent sur un nombre de demi-journées d’ouverture défini en fonction des besoins territoriaux et populationnels, sans minimum requis. Ce nombre de demi-journées n’est pas comptabilisé dans les 4 demi-journées d’ouverture requises au minimum pour le site principal.*

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

* le présent dossier de demande d’habilitation ;
* les pièces justificatives mentionnées dans le présent dossier, en particulier les documents et procédures sollicités dans le cadre de la procédure d’assurance qualité ;
* L’annexe au dossier d’habilitation concernant l’activité prévisionnelle et le budget prévisionnel (annexe 3) ;
* le cas échéant, la demande d’autorisation dérogatoire pour la dispensation des médicaments et des vaccins par un médecin ;
* tous autres documents utiles.

Ces documents sont à adresser – **pour le 31 décembre 2023 à minuit** (le cachet de la poste faisant foi) - à l’Agence régionale de santé Hauts-de-France :

|  |  |
| --- | --- |
| **Par voie postale à** :  M. le directeur général  Direction Prévention Promotion de la santé  ARS Hauts-de-France  556 avenue Willy Brandt  59 777 EURALILLE | **ET par voie électronique à** :  [ars-hdf-pps-parcours@ars.sante.fr](mailto:ars-hdf-pps-parcours@ars.sante.fr) |

1. **Informations générales**

* Nom de la structure :

Numéro FINESS le cas échéant :

* Nom de l’organisme gestionnaire :

Numéro FINESS le cas échéant :

* 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 Prénom :
* 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 exerce-t-elle actuellement une activité de CeGIDD (site principal et éventuelle(s) antenne(s)) ? *(Cochez la(es) case(s) correspondante(s))*

Oui : préciser site principal / antenne / consultations avancées et le territoire d’intervention

Non

* Indiquer tout élément permettant de vérifier que la structure candidate mentionnée à l’article D. 3121-21 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 1er juillet 2015 relatif aux CeGIDD.

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

1. **Descriptif du projet**

La structure candidate indique la manière dont elle respecte les exigences définies à l’annexe I de l’arrêté relatif aux CeGIDD du 1er juillet 2015, décrit l’offre proposée et son insertion dans le contexte locorégional d'offre de prévention, de dépistage et de diagnostic ainsi que son articulation avec le COREVIH, le service expert de lutte contre les 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.

*Il convient de préciser (en 5 pages dactylographiées maximum) :*

* *Le contexte locorégional ;*
* *L’insertion de la structure dans ce contexte, à l’appui d’une* ***équipe pluridisciplinaire constante et stable de professionnels spécialisés en santé sexuelle****;*
* ***Le(s) territoire(s) d’intervention de la structure****: Hainaut, Douaisis, Littoral Nord, Métropole Flandre ;*
* ***L’articulation avec les partenaires et les complémentarités*** *(articulation avec les professionnels de santé de 1er recours et les laboratoires de biologie médicale, partenariats d’orientation et de prise en charge vers les structures adaptées aux besoins des usagers telles que les consultations spécialisées, CPEF[[1]](#footnote-1), EVARS[[2]](#footnote-2), CSAPA-CAARUD, CIDFF[[3]](#footnote-3), réseau associatif…) ;*
* *L’offre proposée (cf. le tableau page suivante) et le public visé.* ***Une attention particulière sera portée à la stratégie du candidat concernant*** *: le renforcement de l’approche communautaire auprès des populations les plus exposées et/ou les plus éloignées des dispositifs de prévention, le déploiement de « l’aller-vers » auprès des populations les plus à risques (hommes ayant des relations sexuelles avec les hommes (HSH), personnes trans, personnes en situation de prostitution, personnes précaires et éloignées du système de soins, personnes migrantes…), la diversification de l’accès au dépistage et aux dispositifs de prévention diversifiée (préservatifs, TaSP, prophylaxie pré-exposition, traitement post exposition …) notamment.*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 1. **Missions des CeGIDD**   *Le décret n°2015-796 et l’arrêté du 1er juillet relatifs aux CeGIDD précisent les missions de ces structures.* ***Ces missions sont complétées par l’arrêté du 7 juin 2016 fixant la liste des traitements préventifs assurés par les CeGIDD.*** *Indiquer dans le tableau les missions qui seront assurées par la structure.* | **Cocher si la réponse est OUI** | **Préciser** |
| **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, VHB et 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 **la variole du singe**, 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 |  |  |
| **Missions dans le domaine de la prévention des autres risques liés à la sexualité dans une approche globale de santé sexuelle** | **14** - information et éducation à la sexualité |  |  |
| **15** - information sur la grossesse et orientation pour sa prise en charge |  |  |
| **16** - 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 |  |  |
| **17** - 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** | **18** - 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 |  |  |
| **Prise en charge de la prophylaxie pré-exposition** | **19** - **prise en charge des usagers éligibles à la prophylaxie pré exposition (PrEP), conformément à l’arrêté du 7 juin 2016 fixant la liste des traitements préventifs assurés par les CeGIDD (prescription et suivi des traitements PrEP)** |  |  |

1. **Personnel, modalités de fonctionnement et organisation**
2. **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 relatif aux CeGIDD 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).

1. ***Composition de l’équipe socle***

* Préciser 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** | **Temps de présence hebdomadaire (en ETP compris entre 0 et 1)** |
|
| **Médecin(s) généraliste(s) ou spécialiste(s) ayant une expérience dans la prise en charge du VIH, des hépatites virales et des IST** |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **Infirmier diplômé d'Etat** |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **Secrétaire** |  |  |  |
| **Assistant social** |  |  |  |
| **Psychologue ayant compétence dans le domaine de la sexualité** |  |  |  |

1. ***Mise en œuvre d’un protocole de coopération, le cas échéant***

Afin de renforcer l’offre de consultation au sein du CeGIDD, le protocole de coopération national *« consultation de santé sexuelle par l’infirmier.e en centre gratuit d’information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD), centre de planification et d’éducation familiale (CPEF) et centre de santé sexuelle, en lieu et place du médecin »*[[4]](#footnote-4)  est-il déployé ? Ou est-il prévu de le déployer ?

Oui

Non

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nom/prénom du médecin délégant** | **Nom/prénom de l’IDE délégataire** | **Cocher si la déclaration a été faite auprès de l’ARS et joindre l’accusé de réception de déclaration** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Est-il prévu de déployer d’autres protocoles de coopération :

Oui

Si oui, préciser :

Non

1. ***Professionnels intervenant à titre facultatif***

Afin d’offrir une prise en charge spécialisée à certains patients, le recours à des professionnels intervenant à titre facultatif est-il prévu au sein du CeGIDD ?

Oui

Non

Si non, préciser quelles sont les modalités d’orientation des patients vers les offres spécialisées du territoire et les conventions passées avec les structures correspondantes pour l’organisation de parcours spécifiques :

*(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 ETP compris entre 0 et 1)** | **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, justifier cette présence par les besoins populationnels et territoriaux. *Préciser les besoins pour chaque spécialiste souhaité (public pris en charge, évolution de prise en charge…)*:

1. ***Formations***

* **Lister et joindre les attestations de suivi de formation du personnel***(formations aux méthodes d'éducation relative à la santé et la sexualité, aux mesures préventives adaptées aux différentes situations à risque d'exposition aux infections, à l'annonce d'un résultat positif, à la prise en charge des IST, aux spécificités des publics cibles et aux nouveaux outils de prévention)*
* Préciser la procédure de formation (interne ou externe) et de mise à jour des compétences du personnel :

1. ***Dispensation des médicaments hors CeGIDD hospitalier***

Si le CeGIDD ne relève pas d’un établissement de santé, fait-il appel à un pharmacien pour la dispensation des médicaments ?

*Conformément à l’article R. 3121-44 du code de la santé publique, dans les CeGIDD qui ne sont pas des établissements de santé, le directeur général de l'agence régionale de santé peut autoriser à titre dérogatoire 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 usagers. Les médicaments sont détenus dans un lieu où n'ont pas librement accès les personnes étrangères à l'organisme et conservés dans les conditions prévues par l'autorisation de mise sur le marché, sous la responsabilité du médecin autorisé par le directeur général de l'agence régionale de santé.*

*(Cocher 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 : **joindre la demande de dérogation prévue à l’article R. 3121-44 du code de la santé publique, précisant le nom du/des médecin(s) assurant l’approvisionnement, la détention, le contrôle et la gestion des médicaments, ses justificatifs de formation/expérience ainsi que les conditions de réalisation de cette mission.**

1. **Informations relatives aux lieux et équipements :**
2. ***Les locaux fixes ou mobiles :***

* Pour les locaux fixes :
  + Joindre le plan des locaux
  + compléter le tableau ci-dessous

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Nombre de pièces | Préciser |
| 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 |  |  |
| Description des conditions d’accès (à l’intérieur) |  | |

* + préciser l’accessibilité de ces locaux :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Cocher si la réponse est OUI* | | Préciser |
| Centre-ville |  |  |
| Transports en commun |  |  |
| Accessible aux personnes à mobilité réduite |  |  |
| Fléchage clair vers le lieu de consultation |  |  |
| Implantation dans un lieu de soins et/ou prise en charge polyvalente et complémentaire |  |  |
| Description des conditions d’accès (à l’extérieur) |  | |

* Pour les activités hors les murs :

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Liste et adresses des structures cibles pouvant bénéficier d'une action hors les murs (CHRS, CADA, milieu communautaire, lieu de consommation sexuelle, LRE…) | Type d'intervention  (information, sensibilisation, dépistage…) | Type de public cible (personnes trans. et en situation de prostitution, HSH, migrants, précaires…) | Moyens mis en œuvre (humains notamment) | Périodicité d’action |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Préciser la stratégie pour « aller vers » les populations clés (Hommes ayant des relations sexuelles avec les hommes (HSH), Trans, personnes en situation de prostitution, personnes précaires et éloignées du système de soins, personnes migrantes…) au travers d’actions hors les murs :

1. ***L’équipement et le matériel*** :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Aménagement des salles de consultation/soins et matériel de prélèvement** : | *Cocher si la réponse est OUI* | Préciser |
| Point d’eau avec savon liquide, distributeur d’essuie-mains à usager unique en papier non tissé et poubelle à pédale/sans couvercle |  |  |
| Table ou fauteuil d’examen à revêtement lessivable et un drap d’examen jetable ou changé entre chaque patient |  |  |
| Table ou fauteuil d’examen adaptable à un examen gynécologique (étriers ou jambières) |  |  |
| Armoire réfrigérée dédiée à la conservation des produits pharmaceutiques avec contrôle de la température interne |  |  |
| Matériel à usage unique pour examen sanguin, gynécologique et urologique |  |  |
| Chariot/trousse d’urgence (contenant tensiomètre, lecteur de glycémie, planche pour massage cardiaque, défibrillateur et électrodes, ballon auto-remplisseur, sondes d’aspiration et aspirateur de mucosité, matériel de perfusion (cathéters veineux, prolongateurs, solutés), adrénaline…) |  |  |
| système d’information dédié à l’activité du CeGIDD, permettant le suivi des consultations et l’extraction des données de suivi d’activité et épidémiologiques (préciser quel SI) |  |  |

1. ***Confidentialité et anonymat***

Décrire succinctement les conditions garantissant la confidentialité des échanges avec l’usager à l’intérieur des locaux fixes ou mobiles servant de lieux d’intervention (ces éléments seront à détailler dans la procédure d’assurance qualité) :

Décrire succinctement les conditions d’anonymisation et de levée d’anonymat (ces éléments seront à détailler dans la procédure d’assurance qualité) :

1. ***Conditions de conservation des données***

Préciser 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 :

1. ***Conditions d’hygiène et d’asepsie***

Décrire succinctement les conditions de respect de l’hygiène et d’élimination des déchets d’activités de soins à risque infectieux (ces éléments seront à détailler dans la procédure d’assurance qualité) :

1. **Les conditions générales de fonctionnement :**
2. Préciser le nombre de demi-journées d'ouverture (4 demi-journées minimum pour un site principal / pas de minimum pour une antenne) :
3. Indiquer les horaires d’ouverture des consultations (**indiquer en rouge les horaires de consultations sans RDV) :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Matin | Après-midi |
| Lundi |  |  |
| Mardi |  |  |
| Mercredi |  |  |
| Jeudi |  |  |
| Vendredi |  |  |
| Samedi |  |  |
| Dimanche |  |  |
| Total du volume d’heures d’ouverture |  | |

Dans quelle mesure l’amplitude horaire tient-elle compte des modes de vie, du lieu d'implantation du CeGIDD, des spécificités de la population ciblée (par exemple, des plages d'ouverture sur la pause méridienne, en soirée, ou le samedi) ?

1. Indiquer les modalités d’accueil téléphonique et prise de rendez-vous :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Cocher si la réponse est OUI | | Préciser : |
| Ligne téléphonique directe |  |  |
| Permanence téléphonique aux heures d’ouverture |  |  |
| Répondeur téléphonique |  |  |
| Renvoi de ligne |  |  |
| prise de rendez-vous via les plateformes en ligne |  |  |

1. Le recours à la téléconsultation est-il envisagé ? OUI/NON Préciser les modalités :
2. Présence d’un médecin sur l’ensemble des créneaux d’ouverture : OUI/NON
3. Préciser la signalétique envisagée pour l’indication de la localisation et des horaires d’ouverture et d’accueil téléphonique du CeGIDD (affichage, répondeur téléphonique, site internet…) :
4. **LA PROCEDURE D’ASSURANCE QUALITE**

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 relatif aux CeGIDD du 1er juillet 2015.

Ce document consigne :

* La procédure d'accueil et d'information des personnes sur les services proposés par la structure ;
* La procédure de recueil du consentement de l’usager, d’anonymisation de la prise en charge et de levée de l’anonymat ;
* La liste des documents remis à l’usager ;
* Les modalités de réalisation des consultations dans des conditions permettant de recueillir un consentement éclairé de l'usager, avec recours à un interprète professionnel si nécessaire ;
* La procédure de réalisation des entretiens personnalisés de prévention, des consultations de dépistage et/ou diagnostic et d'élaboration du parcours de santé sexuelle ;
* Les conditions garantissant la confidentialité des échanges avec l’usager à l’intérieur des locaux fixes ou mobiles servant de lieux d’intervention ;
* La procédure de prescription des examens et de remise individuelle des résultats à l'usager dans des conditions garantissant la confidentialité ;
* Les modalités de traçabilité des tests rapides réalisés et des résultats remis aux personnes dépistées ;
* Les modalités de stockage et de dispensation des médicaments ;
* Les modalités de conservation des vaccins, de traçabilité et de remise d'un document informant sur l'acte vaccinal ;
* Les modalités de prise en charge médicale en cas d'accident d'exposition à l'infection par le VIH et les hépatites virales ;
* Les conditions garantissant le respect des règles d’hygiène et d'asepsie et d’élimination des déchets d’activités de soins à risque infectieux ;
* La copie de la convention conclue avec la société de collecte de DASRI et les copies des bordereaux de suivi de l'élimination des DASRI mentionnés dans l'arrêté du 7 septembre 1999 relatif au contrôle des filières d'élimination des déchets d'activités de soins à risques infectieux et assimilés et des pièces anatomiques ;
* Une attestation de souscription d'une assurance en responsabilité civile pour la réalisation des activités du CeGIDD ;
* La copie des accords partenariaux conclus pour assurer l'accès des usagers à une prise en charge adaptée (prise en charge de l'infection par le VIH, les hépatites virales et les IST par des services spécialisés, prise en charge des autres risques liés à la sexualité dans une approche globale de santé sexuelle…)*;*

*Il peut s’agir de partenariats avec :*

1. *Le(s) médecins de ville ou hospitaliers (gynécologue, dermato-vénérologue, urologue, proctologue, hépato-gastroentérologue, sexologue, infectiologue, sage-femme…) organisé(s) ou non en réseaux ;*
2. *Le(s) laboratoires de biologie médicale ;*
3. *Le(s) centres de vaccination susceptible(s) de prendre en charge les vaccinations des personnes ;*
4. *Le(s) centres de planification et éducation familiale susceptible(s) de prendre en charge la contraception pour les personnes ;*
5. *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 ;*
6. *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…*

Ces partenariats sont à synthétiser dans le tableau suivant :

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Structure concernée | Objet du partenariat | Date de signature (ou date d’effectivité pour les partenariats non formalisés) | Durée du partenariat | Le cas échéant, date prévisionnelle de signature d’un partenariat | Convention annexée au dossier (cocher si la réponse est OUI) |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

Pièces complémentaires :

* Le rapport d’activité, rapport moral et financier et les comptes annuels de la dernière année d’exercice (pour les associations et centres de santé) ;
* L’annexe au dossier d’habilitation concernant l’activité prévisionnelle et le budget prévisionnel (annexe 3) ;

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

1. Centres de Planification et d’Education Familiale [↑](#footnote-ref-1)
2. Espace Vie Affective Relationnelle et Sexuelle [↑](#footnote-ref-2)
3. Centre d’Information Droit des Femmes et des Familles [↑](#footnote-ref-3)
4. <https://sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/cooperations/cooperation-entre-professionnels-de-sante/article/les-protocoles-de-cooperation> [↑](#footnote-ref-4)