**ANNEXE 2**

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

**Dossier de demande d’habilitation**

**CLAT Principal**

***(Ce dossier concerne uniquement le site principal du CLAT)***

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).

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

**ARS Nouvelle-Aquitaine**

103 bis rue Belleville – CS 91704 - 33063 BORDEAUX Cedex

Tél standard : 09 69 37 00 33

[www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr](http://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr)

**Courriel :** **ars-na-projets-pps@ars.sante.fr**

Pour tout renseignement concernant votre demande, contacter :

ARS Nouvelle-Aquitaine

Direction de la santé publique et environnementale

Pôle Prévention Promotion de la Santé

**Médecin référent** : Dr Annie BURBAUD – annie.burbaud@ars.sante.fr – 05.57.01.46.27

**Gestionnaire** : Michèle BARDON-SEON – michele.bardon-seon@ars.sante.fr – 07.62.86.12.88

**Partie 1 : Informations générales**

* Nom de la structure :

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

* Nom de l’organisme gestionnaire :

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

* 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’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

* 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.

*(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 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 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 (trice) radio** |  |  |  |  |
| **Autres professionnels de santé : préciser** |  |  |  |  |
| **Autres acteurs non professionnels de santé (médiateur de santé…) : 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. 3121-44 du code de la santé publique) *(Cochez la case correspondante).*

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

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

***Formation***

Des attestations de suivi de formation du personnel sont fournies. Il est admis que les centres qui ne peuvent pas exercer d’emblée l’ensemble des missions puissent 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 des locaux*),

* Pour les locaux fixes : *Précisez*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Nombre de pièces** | **Décrivez**  |
| **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 :

*(Exemple : 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 permettant le suivi des consultations et l’extraction des données de suivi d’activité et épidémiologiques).*

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, les horaires des consultations (avec et sans rendez-vous) et de la permanence téléphonique :
	* Horaires d’ouverture :
	* Horaires de consultations :
	* Permanence téléphonique :
3. 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…
4. 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.
5. Les conditions garantissant la confidentialité des échanges avec l’usager à l’intérieur des locaux fixes ou mobiles servant de lieux d’intervention :
6. 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 (la nature et l’objet précis des partenariats, la date de signature prévisionnelle, la durée de la convention ainsi que les institutions concernées).

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 ;
* 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.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Partenariats formalisés, institutions concernées** | **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 C du VI de l’annexe I de l’arrêté du 27 novembre 2020.

**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 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