# IHP-001-Agrément et relocalisation

## QUESTIONNAIRE INITIATIVES D'HABITATIONS PROTEGEES - ASSOCIATION ET PLACES

## Arrêté royal du 10 juillet 1990 fixant les normes d'agrément applicables aux associations d'institutions et de services psychiatriques

## Arrêté royal du 10 juillet 1990 fixant les normes d'agrément des initiatives d'habitations protégées pour des patients psychiatriques

***A compléter afin d'organiser une inspection: lorsqu'une nouvelle place a été attribuée, pour une prorogation d'agrément, en cas de relocalisation de places****.*

**\*** *Pour le traitement optimal de votre demande, il est nécessaire de répondre à* ***toutes les questions*** *reprises dans ce questionnaire.*

* **Si la demande se fait par voie postale: veuillez envoyer les documents dans l'ordre repris ci-dessous à l'adresse suivante (les documents peuvent être enregistrés sur une clé USB mais pas dans un fichier zip):**

Vivalis administration de la Commission communautaire commune

Direction Santé et Aide aux Personnes

Rue Belliard 71, boîte 1

1040 Bruxelles

Dans un souci de sécurisation des données, veuillez protéger la clé USB par un mot de passe et communiquer ce dernier par email aux agents de la Cocom une fois la clé envoyée. Nous vous conseillons dans la mesure du possible, de venir déposer la clé USB dans les locaux de la Cocom.

* **Si la demande se fait de façon numérique (via** [**IRISbox**](https://irisbox.irisnet.be/irisbox/enterprise)**), les documents peuvent directement être envoyés via cette plateforme**
* **Vous pouvez également introduire votre demande accompagnée des documents justificatifs par courrier électronique à l'adresse suivante :** [**agrements-erkenningen@vivalis.brussels**](mailto:agrements-erkenningen@vivalis.brussels)

**DEMANDE D’AGREMENT, DE PROROGATION D'AGREMENT ASSOCIATION ET PLACES**

**DEMANDE DE RELOCALISATION DE PLACE(S)**

**Partie A**

1. **Généralités**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom de l’institution** |  |
| Numéro d’agrément de l'institution- *si connu* |  |
| Adresse du siège social |  |
| Email |  |
| Téléphone |  |
| Site internet |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Identification du pouvoir organisateur |  |
| Forme juridique |  |
| Numéro d'entreprise (BCE) |  |
| Nom et prénom du gestionnaire et du directeur de l'institution |  |

1. **Coordonnées de la personne responsable du fonctionnement de l'IHP** *(le coordinateur/ directeur)*

|  |  |
| --- | --- |
| Nom et prénom |  |
| Fonction |  |
| Email |  |
| Téléphone |  |

1. **Coordonnées de la personne de contact** *(si différentes de celles du coordinateur /directeur)*

|  |  |
| --- | --- |
| Nom et prénom |  |
| Fonction |  |
| Email |  |
| Téléphone |  |

1. **Object de la demande**

|  |  |
| --- | --- |
| Type de demande | ☐ Agrément provisoire  ☐ Prorogation de l'agrément provisoire  Agrément  Prorogation d’agrément  ☐ Relocalisation de place(s) |
| Commentaire(s) éventuel(s) |  |

**Partie B**

1. **Tableau du personnel**

*Veuillez compléter le tableau ci-dessous avec le nom et prénom, la qualification, le numéro de visa et le temps de travail de chaque travailleur* *(en mentionnant les réductions de temps de travail 45+, 50+, 55+ et autres dispenses de prestation comme les maladies de longue durée, les écartements prophylactiques etc.).*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nom et prénom | Qualification | Numéro de Visa- *si d'application* | Temps de travail (ETP) | Temps de travail pour les missions d'organisation des activités journalières (ETP) | Réduction de temps de travail ou autre dispense de prestation |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  | **TOTAL** |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nom du ou des médecin(s) spécialiste(s) en neuropsychiatrie ou en psychiatrie | Numéro INAMI | Temps de travail (ETP) |
|  |  |  |
|  |  |  |

1. **Tableau des places**

*Veuillez indiquer les adresses des places et modifications éventuelles (places existantes et demandes de nouvelles places, de relocalisation de places et/ou de fermeture de places).*

* **Situation actuelle**

|  |  |
| --- | --- |
| Adresse(s) | Nombre de place(s) |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| **TOTAL** |  |

* **Situation projetée/future**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Objet(s) | Adresse(s) | Nombre de place(s) | Date(s) |
| Relocalisation | Rue …. venant de Rue …. |  | Depuis le …. |
| Fermeture |  |  |  |
| Nouvelle(s) place(s) |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  | **TOTAL** |  |  |

1. **Informations sur la demande**

|  |  |
| --- | --- |
| Adresse(s) et nombre de place(s) concernée(s) par la demande  Veuillez préciser à chaque fois les dates d'ouverture et/ ou de fermeture des activités concernées |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Description du type de logement concerné (communautaire ou individuel) |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Description du ou des projet(s) spécifique(s) concerné(s)- *si d'application* |  |

* Avez-vous des remarques à formuler sur les informations demandées ?
* Avez-vous d'autres éléments à communiquer dans le cadre de cette demande ?
* Veuillez joindre à cette demande les documents demandés.

|  |  |
| --- | --- |
| Nom et signature du gestionnaire **Date…………………………...** | Nom et signature du directeur /coordinateur **Date…………………………...** |

**DOCUMENTS JUSTIFICATIFS POUR UNE DEMANDE D'AGREMENT OU DE PROROGATION D'AGREMENT DE L'ASSOCIATION ET DES PLACES**

* Le questionnaire (IHP-001 Demande agrément) complété et signé ;
* **Les statuts de l'asbl** en cas de nouvelle asbl ou de modification des statuts ;
* Une copie de la **convention** écrite, dont doit faire l'objet l'association, telle que reprise dans l'arrêté Royal du 10/07/1990 et approuvée par les membres du Collège réuni ;
* **L'autorisation spécifique** de mise en service et d'exploitation de l'IHP, si cette dernière a été octroyée par une autre autorité compétente ;
* Le cas échéant, un **plan des habitations communautaires et des bureaux** mentionnant la destination des locaux et le nombre de places par habitation ;
* Une copie des **conventions conclues entre l'IHP** **et les institutions et services** avec lesquels une liaison fonctionnelle doit être assurée conformément aux normes d'agrément en vigueur (avec un hôpital général disposant d'un service neuropsychiatrique d'observation et de traitement (index A) ou un hôpital psychiatrique
* Une copie des **conventions conclues entre l'IHP** **et les institutions et services** avec lesquels une liaison fonctionnelle doit être assurée conformément aux normes d'agrément en vigueur avec un service ou centre de santé mentale)
* Le cas échéant, **une liste des institutions et/ou services avec lesquels l'IHP collabore** et inscrit ses missions dans une offre de soins intégrée ;
* **Une attestation sur l'honneur** certifiant que la réglementation applicable en matière de sécurité- incendie est respectée et le cas échéant, **une attestation de sécurité-incendie** délivrée et signée par le bourgmestre sur la base d'un rapport du service d'incendie ;
* Une copie du **règlement d'ordre intérieur** (FR/NL) ;
* Une copie vierge d'un **contrat de séjour** (FR/NL) ;
* Le cas échéant, une copie de la convention signée avec le **médecin spécialiste** ;
* Une copie du **règlement relatif à la protection de la vie privée** (FR/NL) ;
* Un document reprenant les dates des **4 dernières concertations d'équipe** ainsi que les listes des membres du personnel présents à ces réunions ;
* Le cas échéant, une copie du **projet institutionnel** de l'IHP
* Le cas échéant, **copie des contrats de travail des nouvelles personnes engagées** après la dernière visite d'inspection,
* Le cas échéant, **copie des diplômes des nouvelles personnes** engagées après la dernière visite de contrôle et uniquement pour le personnel d'accompagnement et d'assistance
* Tout autre **document pertinent** et/ou ayant fait l'objet de modification depuis le dernier contrôle.

**DOCUMENTS JUSTIFICATIFS POUR UNE DEMANDE DE RELOCALISATION DE PLACE(S) OU AGREMENT DE PLACES MAINTENUES EN PORTEFEUILLE**

* **Le cas échéant, un plan des habitations communautaires et des bureaux** mentionnant la destination des locaux et le nombre de places par habitation ;
* **Une attestation sur l'honneur** certifiant que la réglementation applicable en matière de sécurité- incendie est respectée et le cas échéant, **une attestation de sécurité-incendie** délivrée et signée par le bourgmestre sur la base d'un rapport du service d'incendie ;
* Le cas échéant, copie des contrats de travail des nouvelles personnes engagées après la dernière visite d'inspection,
* Le cas échéant, copie des diplômes des nouvelles personnes engagées après la dernière visite de contrôle et uniquement pour le personnel d'accompagnement et d'assistance
* Tout autre document ayant fait l'objet de modification depuis le dernier contrôle.