## QUESTIONNAIRE MAISONS DE SOINS PSYCHIATRIQUES - MSP

## Arrêté royal du 10 juillet 1990 fixant les normes pour l'agrément spécial des maisons de soins psychiatriques

*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), les documents peuvent directement être téléchargés dans cette application**
* **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)

|  |  |
| --- | --- |
| **0 0 X** | < Kleef hier de barcode /  Coller ici le code barre> |
| **CCCGGC-SCC-001** | |

**DEMANDE D'AGREMENT OU DE PROROGATION D'AGREMENT**

**DEMANDE DE FERMETURE DE LIT(S)**

**Partie A**

1. **Généralités**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom de l’institution** |  |
| Numéro d’agrément- *si connu* |  |
| Adresse |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Email |  |
| Téléphone |  |
| Site internet |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Identification du pouvoir organisateur |  |
| Forme juridique |  |
| Numéro entreprise (BCE) |  |

1. **Coordonnées du directeur/ coordinateur de la MSP**

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

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

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

1. **Objet de la demande**

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

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre de lit(s) concerné(s) par la demande |  |
| Adresse(s) concernée(s)- *si plusieurs bâtiments existants* |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Description du ou des projet(s) spécifique(s) développé(s) par la MSP- *si d'application* |  |

**Partie B- Normes d'agrément**

(*Veuillez ne pas compléter cette partie B si la demande concerne une fermeture de lit(s))*

1. **Capacité / occupation**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre de lits agréés |  |
| Nombre de lits en portefeuille |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre de résidents |  |
| Nombre de résidents hospitalisés |  |
| Taux d'occupation |  |

1. **Normes architecturales**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | *Nombre de chambres a 1 lit* | *nombre de chambre a 2 lits* |
| Rez-de-chaussée |  |  |
| 1er étage |  |  |
| 2ème étage |  |  |
| 3ème étage |  |  |
| ….. |  |  |
| **TOTAL** |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | **Commentaires** |
| Nombre d'ascenseur(s) |  |  |
| Nombre de chambre(s) accessible(s) aux personnes à mobilité réduite (PMR) |  |  |
| Nombre de WC accessible(s) aux PMR |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nombre de chambres avec installation sanitaire (toilette & lavabo & douche/bain) |  |  |
| Nombre de chambres sans toilette, lavabo & douche/bain |  |  |
| Nombre de chambres sans douche/bain (avec toilette & lavabo) |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nombre de WC communs |  |  |
| Nombre de salles de bain/douche communes |  |  |

1. **Normes d'organisation**

|  |  |
| --- | --- |
| Nom et prénom du médecin-spécialiste en neuro-psychiatrie ou en psychiatrie qui supervise la MSP  Veuillez indiquer également son numéro INAMI et son temps de travail (ETP) |  |
| Nom(s) et prénom(s) du ou des infirmier(s) en chef  Veuillez indiquer également les numéros de visa et les temps de travail (ETP) des personnes concernées |  |
| Nom, prénom et temps de travail (ETP) de la personne exerçant la fonction de coordination |  |

*Veuillez compléter le tableau ci-dessous avec le nom et prénom, la qualification/ formation, 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/ formation | Numéro de Visa- *si d'application* | Temps de travail (ETP) | Réduction du temps de travail ou autre dispense de prestation |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  | **TOTAL** |  |  |

**Partie C**

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

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

**DOCUMENTS JUSTIFICATIFS A TRANSMETTRE POUR UNE DEMANDE D'AGREMENT OU DE PROROGATION D'AGREMENT**

* **L'autorisation spécifique**de mise en service et d'exploitation des lits MSP ;
* **Un plan de la MSP** avec les superficies et indiquant la destination des locaux, la manière d'y accéder ainsi que le nombre de lits dédiés aux résidents ;
* Une copie de la **convention conclue entre la MSP et un hôpital psychiatrique** conformément aux normes d'agrément en vigueur ;
* Le cas échéant, une copie des **conventions** conclues entre la MSP et d'autres institutions ;
* **Une attestation datée et signée par le bourgmestre** certifiant que la MSP satisfait aux normes de sécurité contre l'incendie ;
* **Le rapport des pompiers** en matière de sécurité incendie ;
* **Les statuts** de l'asbl (si modifications) ;
* Une copie du **règlement d'ordre intérieur** (FR/NL) ;
* Une copie vierge **d'un contrat de séjour** (FR/NL) ;
* Une copie du **règlement relatif à la protection de la vie privée** reprenant au moins les indications telles que reprises dans l'arrêté (FR/NL) ;
* **Une** **note** précisant de quelle manière les résidents sont représentés dans les organes de gestion ;
* Le cas échéant, une copie du **projet institutionnel** de la MSP.

**LISTE NON EXHAUSTIVE DES DOCUMENTS COMPLEMENTAIRES QUI VOUS SERONT DEMANDES DANS LE CADRE DE LA VISITE DE CONTRÔLE**

* **Une liste actualisée des résidents** avec les dates de naissance et la mention des personnes hospitalisées ;
* Les PV des quatre dernières **réunions de concertation en équipe** ;
* **La grille des horaires** réels de tout le personnel pour le mois en cours avec une description des codes horaires si nécessaire ;