



GUIDE D'INTERPRETATION DES NORMES

**SUR LA CONFORMITE ET LA QUALITE DES SERVICES AGREES PAR L'AGENCE EN MATIERE D'ACCUEIL ET D'HEBERGEMENT
DES PERSONNES HANDICAPEES – VOLET MEDICAL**

Version du

TABLE DES MATIERES

I – NORMES RELATIVES AUX INFRASTRUCTURES.....	3
II – NORMES RELATIVES AU PERSONNEL	4
III - NORMES RELATIVES A L'ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT.....	8
PROJET DE SERVICE	8
INDEPENDANCE ET LIBERTE DE CHOIX	9
PROJETS PERSONNALISES ET DOSSIERS INDIVIDUELS	11
IMPLICATION DE LA PERSONNE	13
PARTICIPATION DE LA FAMILLE	14
ADAPTATION ET ADEQUATION DES ACTIVITES.....	15
SANTE ET SECURITE.....	16
PARTENARIATS AVEC L'EXTERIEUR.....	20
IV – NORMES RELATIVES A LA POLITIQUE D'ACCUEIL	22
CARACTERISTIQUES DES PERSONNES ACCUEILLIES, PERSPECTIVES D'EVOLUTION.....	22
PROCEDURES D'ADMISSION – EGALITE D'ACCES	23
CONVENTIONS DE SEJOUR	24
PROCEDURES DE REORIENTATION.....	25
REGLEMENT D'ORDRE INTERIEUR.....	26
V – OBSERVATIONS FORMULEES PAR LE SERVICE.....	28
PAR RAPPORT AUX OBSERVATIONS EXPRIMEES PAR L'INSPECTEUR DANS LE CADRE DE SA VISITE.....	28
PAR RAPPORT AU CADRE GENERAL (LEGISLATION EN VIGUEUR ETC).....	28
VI – CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS.....	29

I – NORMES RELATIVES AUX INFRASTRUCTURES

SECURITE DES INFRASTRUCTURES

Description des normes¹

- Les établissements de 30 personnes handicapées et plus disposent de locaux spécialement destinés à l'infirmierie et à l'isolement des personnes atteintes ou suspectes d'affections contagieuses².
- Le service dispose d'un cabinet médical³ et de salles permettant les traitements de kinésithérapie, de physiothérapie, d'hydrothérapie et d'ergothérapie. Il dispose de l'équipement, de l'instrumentation et de l'appareillage répondant aux nécessités de la technique moderne (catégories 1,2,5,6,8,9 et 12) tant pour le bien-être, la rééducation que la manipulation des personnes présentant un handicap⁴.

Bonnes pratiques

Exemples de questions	Exemples de commentaires
<ul style="list-style-type: none">- Le cabinet médical permet-il l'examen des personnes dans des conditions professionnelles et décentes pour ces dernières?- Le service dispose-t-il d'une infirmerie et d'un local de repos, de surveillance ou d'isolement ou à tout le moins, la direction a-t-elle envisagé un plan d'action en cas d'affection grave contagieuse ?- Les stocks de médicaments et les semainiers sont-ils conservés dans un endroit sécurisé ?- Les installations paramédicales sont-elles adéquates ? le service dispose-t-il en fonction des nécessités de sanitaires adaptés, de lits médicalisés, de lève-personnes, de barres d'appui ?	

¹ AGW 9/10/1997 annexe XV

² AGW 9/10/1997 annexe XV

³ Code de déontologie médicale article 21

⁴ AGW 9/10/1997 annexe XV

II – NORMES RELATIVES AU PERSONNEL

VOLUME & QUALIFICATION DU PERSONNEL

Description des normes :

- *Les personnes handicapées doivent bénéficier d'un encadrement compétent et adapté au handicap traité^{4 5}.*
- *Les services doivent répondre aux normes en matière de personnel prévues aux annexes XI de l'AGW⁶.*
- *Des profils de fonctions sont définis pour chaque poste ou pour chaque catégorie de postes (annexe 1. de l'A.G.W. de 1997).*

Bonnes pratiques :

- *A tout moment, le personnel est en nombre suffisant pour répondre en toute sécurité aux besoins des personnes handicapées.*
- *Les fonctions permettent souplesse, complémentarité et réponse dans l'urgence.*

⁴ AGW 4/07/1996 art 54

⁵ Code de déontologie médicale art.34

⁶ AGW 9/10/1997 art 55

Exemples de questions	Exemples de commentaires
<ul style="list-style-type: none"> - Le personnel médical et paramédical a-t-il les qualifications requises ? - Quel est le volume global du personnel médical et paramédical ? (personnel sous contrat de travail et conventionné, prestataires extérieurs indépendants, prestataires extérieurs issus du réseau institutionnel, bénévoles...) - Les normes qualitatives minimales (0.5 paramédical) sont-elles atteintes? - Le choix du personnel paramédical est-il adéquat ? - Le rôle des paramédicaux est-il clairement défini au sein de l'institution ? - Existe-t-il un médecin coordinateur ? sa formation est-elle en rapport avec le handicap des personnes ? son rôle est-il clairement défini au sein de l'institution ? - Le personnel médical et paramédical est-il intégré dans une équipe pluridisciplinaire ? - L'institution recourt-elle à des services externes en fonction des nécessités ? (infirmières, kinésithérapeutes, logopèdes, ...) - Des conventions ou des accords existent-ils avec des médecins spécialistes ? ceux-ci sont-ils consultables à l'extérieur et/ou se rendent-ils dans l'institution ? - Combien de personnes assurent l'encadrement médical et paramédical des personnes handicapées en journée / en soirée / la nuit ? - Combien de personnes étaient présentes lors de la visite ? - Les horaires mis en place permettent-ils d'assurer aux personnes handicapées un service : <ul style="list-style-type: none"> o Approprié et sécurisant (l'encadrement est adapté aux besoins des personnes et son importance est dictée par les nécessités du moment) o Fiable (des procédures sont prévues pour pallier les absences ; les prestations des membres du personnel ne dépassent pas X heures d'affilée, il existe une procédure d'appel d'urgence du personnel médical et paramédical, des systèmes de garde sont organisés...) 	

- | | |
|--|--|
| o Stable et prévisible (dans la mesure du possible, les prestataires de soins sont les mêmes et interviennent à des moments connus par les bénéficiaires | |
|--|--|

FORMATION CONTINUEE

Description des normes :

- *Le service établit un plan de formation du personnel qui s'étend au moins sur 2 années. Ce plan détermine les objectifs poursuivis. Il décrit les liens entre l'environnement global du service, la dynamique du projet médico-socio-pédagogique et le développement des compétences du personnel. Il définit les critères, modalités et périodicité d'évaluation de ces trois aspects⁷⁸.*

Bonnes pratiques :

- *Le service favorise l'apprentissage permanent du personnel à travers des formations, la participation à des colloques et séminaires, des échanges d'expériences etc...*
- *Le service évalue régulièrement le personnel et lui en donne un feed back.*

⁷ AGW 9/10/1997 art 12bis

⁸ Note aux médecins coordinateurs des institutions subsidiées par l'AWIPH – 19/03/1999

Exemples de questions	Exemples de commentaires
<ul style="list-style-type: none"> - Le service s'interroge-t-il sur les besoins en formations médicales et paramédicales du personnel? Comment ? - Le médecin coordinateur propose-t-il des formations au personnel en fonction des nécessités ? des formations assurées par des professionnels spécialisés sont-elles assurées en fonction des problématiques médicales rencontrées et de la nécessité d'une prise en charge particulière ? - Le personnel paramédical (si présent dans l'institution) propose-t-il des formations au personnel éducatif en fonction des nécessités rencontrées par les bénéficiaires? - Ces formations impliquent-elles l'ensemble du personnel concerné? - Quels fruits le service a-t-il retiré des formations suivies ? 	

III - NORMES RELATIVES A L'ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT

PROJET DE SERVICE, INFORMATION

Description des normes :

- *Un projet de service est élaboré, évalué et mis à jour en concertation pour le moins avec l'équipe sociale, éducative et thérapeutique du service. Ce projet, son évaluation ainsi que ses mises à jour sont remis à tous les membres du service et au Conseil des usagers. Il est mis à jour et évalué, au minimum, à chaque demande de renouvellement de l'agrément. Il fait l'objet d'un avis de la délégation syndicale.⁹*

Bonnes pratiques :

Exemples de questions	Exemples de commentaires
<ul style="list-style-type: none">- L'avis du personnel médical et/ou paramédical est-il sollicité lors de la constitution et de la réévaluation du projet de service ?- A-t-il été consulté relativement aux orientations à promouvoir en fonction des handicaps de la population accueillie ? a-t-il émis un avis quant aux limites amenées par ces handicaps ?	

INFORMATION ET IMPLICATION DU PERSONNEL

Description des normes :

- *Les remarques et conclusions des différentes inspections, positives ou négatives, sont transmises aux pouvoirs organisateurs et aux directions à qui il revient d'en informer le conseil d'entreprise et/ou la délégation syndicale ainsi que le conseil des usagers¹⁰.*

⁹ AGW 9/10/1997 art.12

¹⁰ Art. 74 de l'AGW du 9 octobre 1997.

Bonnes pratiques :

- *Des réunions de service sont organisées pour diffuser l'information.*

Exemples de questions	Exemples de commentaires
- Comment le service organise-t-il l'accès à l'information ?	

INDEPENDANCE ET LIBERTE DE CHOIX

Description des normes :

- *La personne et/ou son représentant ont le libre choix du médecin traitant.*^{11 12}
- *La personne et/ou son représentant reçoivent les informations nécessaires à la compréhension de leur traitement, des différentes options diagnostiques et thérapeutiques disponibles de manière à y consentir ou les refuser de manière éclairée.*^{13 14}

Bonnes pratiques :

- *Des réunions d'information sont prévues entre les intéressés et le médecin coordinateur en cas de nécessité.*

¹¹ Loi belge relative aux droits du patient (22/08/2002) – art.6

¹² Code de déontologie médicale art. 27

¹³ Code de déontologie médicale art. 29,33

¹⁴ Loi belge relative aux droits du patient (22/08/2002) – art.9§2, 3, 4 ; art.12,13

- Une information écrite sur les problématiques médicales particulières rencontrées est régulièrement transmise à la personne et/ou sa famille.
- Les informations circulent librement entre le médecin coordinateur et un médecin traitant éventuel.

Exemples de questions :	Exemples de commentaires
<ul style="list-style-type: none"> - Le service met-il en œuvre des procédures visant à garantir la liberté de la personne ? - Le service permet-il à une personne de refuser des prestations médicales et selon quelles modalités ? - L'intervention et le rôle auprès des bénéficiaires du médecin coordinateur ou d'un médecin traitant en convention ou partenariat avec l'institution sont-ils clairement définis dans le ROI ou la convention ? Les obligations de la personne ou de son représentant dans ce cadre sont-elles clairement définies ? - Des limites dans les possibilités de collaboration médicale ou de participation à un traitement médical particulier sont-elles signifiées (recours à l'homéopathie, etc...) ? - Le médecin fait-il part à l'intéressé/ son représentant des examens médicaux prévus/ effectués, de leur raison et demande-t-il le cas échéant l'assentiment de la personne ? 	

PROJETS PERSONNALISES ET DOSSIERS INDIVIDUELS

Description des normes :

- *Le service doit offrir à la personne handicapée un projet personnalisé adapté à ses besoins, aptitudes, aspirations¹⁵.*
- *Le service met en place un projet individuel pour chaque bénéficiaire. Ce projet individuel est élaboré en concertation avec l'ensemble des intervenants internes et externes, la personne handicapée et sa famille. Il contient au minimum l'identification du bénéficiaire; les objectifs à atteindre; la méthodologie utilisée et les moyens concrets mis en œuvre pour atteindre ses objectifs; la ou les personnes ressources; la procédure d'évaluation et la date d'échéance de celle-ci. Il est établi dans un délai de trois mois à dater de l'admission dans le service.¹⁶*
- *Tous les services agréés doivent tenir à jour un dossier permettant de déterminer l'évolution médicale, sociale et pédagogique de la personne handicapée et d'évaluer les besoins et les moyens mis en œuvre pour les rencontrer¹⁷.*
- *Le service tient un dossier individuel. Le dossier comprend :une analyse des besoins de la personne; un bilan des connaissances, aptitudes, potentialités et aspirations de la personne; un bilan psychologique; un bilan médical conservé en lieu sûr et actualisé^{18 19}; une anamnèse sociale; une évaluation de l'autonomie²⁰.*

¹⁵ AGW 4/07/1996 art.54

¹⁶ AGW 9/10/1997 art.12

¹⁷AGW 4/07/1996 art. 20

¹⁸ Code de déontologie médicale art. 40

¹⁹ Loi belge relative aux droits du patient 22/08/2002 art. 9§1

²⁰ AGW 9/10/1997 art. 12

Bonnes pratiques :

- *Le dossier médical comprend le bilan d'entrée et les documents d'ordre médical antérieurs à l'entrée de la personne dans le service qui ont pu être récoltés. Le médecin traitant et le(s) médecin(s) spécialiste(s) intervenant dans l'institution y transcrivent régulièrement leurs observations. Les différents comptes-rendus des consultations/ examens médicaux et paramédicaux effectués sont présents dans le dossier et organisés de manière telle qu'ils soient aisément consultables par les professionnels impliqués et par l'inspection médicale.*
- *Le dossier contient en introduction une fiche récapitulative reprenant le diagnostic de base et les antécédents médicaux significatifs. Cette fiche est actualisée dès la survenue d'événements médicaux importants tant sur le plan du diagnostic que du traitement.*

Exemples de questions	Exemples de commentaires
<ul style="list-style-type: none">- Quelle est la participation médicale ou paramédicale lors de l'élaboration et du suivi des projets individuels ?- Un dossier médical est-il constitué pour chaque personne ?- Le dossier médical est-il complet et correctement tenu? Par qui est organisée sa mise à jour? est-il de consultation aisée ?- Les éléments du dossier médical peuvent-ils être consultés par la personne et/ou sa famille (en dehors des annotations médicales ou des éléments dont la connaissance pourrait être préjudiciable à la personne et/ou à sa famille) ?	

IMPLICATION DE LA PERSONNE

Description des normes :

- *Le bénéficiaire ou son représentant légal a le droit d'être informé de façon complète, exacte et en temps utile sur toutes les questions touchant son accueil ou son hébergement et son projet individuel y compris l'information relative à son dossier individuel, tenu par le service sous réserve du secret professionnel et dans le respect de la loi sur la protection de la vie privée^{21 22 23 24}.*
- *Sauf en cas de force majeure ou d'extrême urgence, une concertation préalable est exigée entre le service et le bénéficiaire ou son représentant légal en ce qui concerne les mesures qui s'imposent en raison de l'évolution de la situation physique et mentale ou les modifications dans les conditions individuelles de logement et de vie²⁵.*
- *Le projet individuel est élaboré en concertation avec la personne handicapée²⁶.*

Bonnes pratiques :

Exemples de questions	Exemples de commentaires
La personne handicapée est-elle impliquée dans les processus de décision qui la concernent consécutivement à sa problématique médicale, dans les domaines touchant : <input type="checkbox"/> à son accueil	

²¹ AGW 9/10/1997 art. 64

²² Loi belge relative aux droits du patient (22/08/2002) art.7§1-2, art.12§2, art.13§2

²³ Code de déontologie médicale art. 33, art.55,56,57 + art. 458 du Code pénal

²⁴ Convention relative aux droits des personnes handicapées art.25d

²⁵ AGW 9/10/1997 art. 65

²⁶ AGW 9/10/1997 art. 12

<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> à son hébergement <input type="checkbox"/> à son projet individuel <input type="checkbox"/> à son dossier individuel <p>- Comment s'organise concrètement cette implication ?</p> <p>- Comment informe-t-on le bénéficiaire ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> De façon complète exacte <input type="checkbox"/> En temps utile <input type="checkbox"/> De toutes les questions touchant <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> à son accueil <input type="checkbox"/> à son hébergement <input type="checkbox"/> à son projet individuel <input type="checkbox"/> à son dossier individuel <p>sous réserve du secret professionnel et dans le respect de la vie privée.</p> <p>- Le service organise-t-il une concertation avec le bénéficiaire ou son représentant légal en ce qui concerne :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Les mesures qui s'imposent en raison de l'évolution physique et mentale <input type="checkbox"/> Les modifications dans les conditions individuelles et de vie <p>- Nombre de concertations organisées à l'initiative du service.</p>	
--	--

PARTICIPATION DE LA FAMILLE

Description des normes :

Le représentant légal d'une personne a le droit de recevoir les informations médicales de cette dernière compte-tenu de certaines restrictions (annotations personnelles, risque lié aux informations pour la personne ou son représentant, informations relatives à d'autres personnes).^{27 28}

²⁷ Loi belge relative aux droits du patient (22/08/2002) art.7, 12, 13

Bonnes pratiques :

- *Les informations nécessaires, impliquant notamment la prise en charge au quotidien de la personne ou des choix thérapeutiques nouveaux, sont communiquées aux représentants légaux.*

Exemples de questions	Exemples de commentaires
<ul style="list-style-type: none">- Un carnet de liaison permet-il la transmission des informations médicales et paramédicales nécessaires à la famille lors des retours en we ?- Le médecin de l'institution contacte-il les représentants légaux en fonction de l'évolution médicale de la personne et des choix à poser ? Le médecin signale-il les examens qui vont être/ ont été effectués et leur raison ?- Comment des souhaits ou des intérêts divergents entre bénéficiaire-famille-service sont-ils gérés (vaccinations, contraception,...) ?- Lorsque le médecin traitant est extérieur à l'institution, comment sont organisés la concertation et l'échange d'informations utiles à la qualité du suivi médical et à la qualité de vie de la personne handicapée en général ?	

ADAPTATION ET ADEQUATION DES ACTIVITES

Description des normes :

- *Les activités offertes sont adaptées aux besoins, aptitudes et aspirations des personnes*²⁹.

²⁸ Code de déontologie médicale art. 33

²⁹ AGW 4/07/1996 art.54

Bonnes pratiques :

Exemples de questions :	Exemples de commentaires
- La mise en place des activités est-elle déterminée selon nécessité en collaboration avec le personnel médical et paramédical ?	

SANTE ET SECURITE

Description des normes :

- *Le service respecte les normes légales en matière de santé et sécurité^{30 31}. La continuité des soins est assurée.³²*
- *Le secret médical est préservé^{33 34}.*
- *Le bilan médical contient les attestations médicales et protocoles d'examens médicaux ou documents utiles à sa prise en charge fournis par la personne handicapée lors de l'admission ainsi que toutes les pièces établies durant son séjour dans le service. Le dossier médical est consultable par l'inspection médicale de l'Agence³⁵.*
- *Réglementation sur l'usage des caméras – arrêté du 04/07/1996 art54§3.*

³⁰ AGW 4/07/1996 art. 54

³¹ Convention relative aux droits des personnes handicapées art.25

³² Code de déontologie médicale art.113, 114

³³ Code pénal 08/06/1867 – art 458, 458bis

³⁴ Code de déontologie médicale art. 55-57

³⁵ AGW 9/10/1997 art. 12

- *Le médecin coordinateur veille à s'acquitter de ses différents rôles³⁶.*
- *Le service veille à une prise en charge médicale et paramédicale globale et coordonnée des bénéficiaires. En ce sens il veille au partage des éléments du secret médical nécessaire à chaque intervenant dans sa prise en charge.³⁷*
- *Le service se munit de procédures d'enquête et d'intervention dans tous les cas où des allégations d'abus et de négligence sont faites.³⁸*
- *Il existe des règles de conduites précises par rapport aux mesures d'isolement ou de contention.³⁹*

Bonnes pratiques :

- *Le service établit des procédures pour faire face à toutes urgences en matière de santé ou de sécurité.*
- *Des réunions de service sont organisées pour diffuser l'information nécessaire.*
- *Des processus de contrôle et de prévention des infections sont en place.*
- *La prescription des mesures d'isolement et de contention est médicale. Un document écrit permet d'en assurer un suivi strict en terme d'indication, de type, de surveillance, de réévaluation. L'accord de la famille est sollicité et mentionné par écrit.*
- *Le service fournit une alimentation saine, variée et équilibrée.*
- *Le service tient une fiche médicale (anamnèse, traitement en cours, contre-indications, vaccinations, degré d'autonomie de la personne dans les actes de la vie journalière) qui accompagne la personne dans tous ses déplacements extérieurs, y compris lors des retours en famille.*
- *L'information est transmise oralement à chaque changement de personnel de même qu'écrite et actualisée dans un carnet de liaison prévu à cet effet ; elle est lue systématiquement par le personnel entrant.*

³⁶ Note aux médecins coordinateurs des institutions subsidiées par l'AWIPH (19/03/1999)

³⁷ Code de déontologie médicale art.35c

³⁸ Convention relative aux droits des personnes handicapées art.14, 16

³⁹ Convention relative aux droits des personnes handicapées 03-05-2008 art.14, 15(1)

Exemples de questions	Exemples de commentaires
<ul style="list-style-type: none"> • L'institution est-elle en conformité avec les exigences des services de prévention incendie ? • Les cuisines de l'institution sont-elles agréées par les services d'hygiène compétents ? • Le service a-t-il été contrôlé par l'Inspection des Denrées Alimentaires ? Si oui, quelles en ont été les conclusions ? • Existe-t-il un programme de diététique institutionnelle ? Si oui comment est-il organisé, depuis quand et quels en ont été les résultats? Des régimes particuliers sont-ils prescrits en fonction des pathologies des personnes ? un conseil diététique a-t-il été demandé auprès de professionnels en la matière (médecins spécialistes, diététiciens) ? le personnel de cuisine a-t-il été formé en conséquence ? • Une aide à l'alimentation est-elle apportée par le personnel éducatif et sous quelle forme ? surveillance ? aide à l'ingestion d'aliments moulinés ? gavage (sonde gastrique, gastronomie) ? • Des caméras sont-elles utilisées ? des raisons de sécurité de type médical valident-elles ce choix ? l'indication en a-t-elle été signifiée par le personnel médical ? l'accord de la famille et/ou du résidant a-t-il été sollicité ? • Qui assure la gestion de la réserve de médicaments ? Une infirmière ou une personne spécifiquement désignée à cet effet ? • Comment sont organisées la préparation et la distribution des médicaments ? 	

⁴⁰ Convention relative aux droits des personnes handicapées 03-05-2008 art.15, 16, 17

⁴¹ Convention européenne des droits de la personne handicapée art.23c

⁴² Code de déontologie médicale art.85

- Un système de contrôle de la bonne distribution des médicaments existe-t-il ? Quelles sont les procédures mises en place en cas d'erreur dans la distribution ?
- Existe-t-il une ou des boîtes de secours mises à disposition du personnel dans un lieu sûr et avec notice d'utilisation ? Comment le personnel en est-il informé ?
- Existe-t-il un protocole d'urgence à suivre en cas de nécessité ? des instructions précises sont-elles données au personnel de nuit à ce sujet ?
- Des fiches de transmission individuelles à destination des différents interlocuteurs médicaux (hôpitaux...) sont-elles bien constituées pour chaque personne et les accompagnent-elles lors des déplacements importants ?
- Existe-t-il une politique de prévention des maladies transmissibles (santé collective) ?
- Existe-t-il une politique de prévention dans les domaines de la santé individuelle (dentiste, gynéco, bilans sanguins réguliers,...) ?
- Comment sont gérés les prises de rv et l'accompagnement des bénéficiaires lors de leurs r.v. (para)médicaux ?
- Les dossiers médicaux sont-ils correctement tenus ? Sont-ils gardés séparés des autres chapitres du dossier personnel du bénéficiaire et sont-ils gardés au cabinet médical ou à l'infirmierie ?
- Qui assure la gestion de ces dossiers médicaux ? le médecin coordinateur ou l'infirmière ou une personne spécifiquement désignée à cet effet ?
- L'institution a-t-elle pris des mesures particulières pour assurer la sécurité de ses bénéficiaires en fonction des spécificités liées à leurs problématiques ?
- Quelles sont les mesures de contention d'application et quelle est la participation du personnel dans ces mesures ? qui assume la responsabilité ? existe-t-il un document de prescription médicale écrit en la matière ?⁴⁰
- Quelle attitude a adopté l'institution vis à vis de la sexualité et pourquoi ?⁴¹ Quels sont les méthodes ou moyens

Version du

contraceptifs préconisés ? quelle information est donnée en la matière aux bénéficiaires par le médecin référent ?⁴² Quelle coopération est demandée aux familles ? quels sont les moyens mis en œuvre contre les risques d'abus ?

- Comment les informations (para)médicales sont-elles transmises au personnel éducatif ?
- Y-a-t-il communication orale par le médecin des informations nécessaires ? à qui ?
- Les informations sont-elles retranscrites sur un document approprié ?
- Du personnel paramédical ou éducatif accompagne-t-il les personnes lors des consultations ? L'accord de la personne handicapée est-il sollicité dans ce cadre ? Comment l'information reçue est-elle partagée avec le personnel concerné ?

PARTENARIATS AVEC L'EXTERIEUR

Description des normes :

- *Le service privilégie les contacts avec l'extérieur dans le cadre d'une collaboration locale^{43 44}.*
- *Le projet individuel est élaboré en concertation avec l'ensemble des intervenants internes et externes⁴⁵.*

⁴³ AGW 4/07/1996 art. 54

⁴⁴ Code de déontologie médicale art. 144, 35b, 41

⁴⁵ AGW 9/10/1997 art. 12

Bonnes pratiques :

Exemples de questions	Exemples de commentaires
<ul style="list-style-type: none">- Le service établit-il la liste des ressources extérieures médicales et/ou paramédicales (services spécifiques et généraux) mobilisables pour chaque personne ? - Les intervenants médicaux et/ou paramédicaux externes sont-ils associés à l'élaboration du projet ?<ul style="list-style-type: none">❑ Les intervenants externes :<ul style="list-style-type: none">❑ Sont identifiés pour chaque personne❑ Sont invités à participer à l'élaboration du projet.❑ Participent à l'élaboration du projet.❑ Reçoivent la copie du projet.❑ Sans objet : justification - Le service permet les consultations extérieures souhaitées par le résidant et/ou sa famille et accompagne la personne handicapée, si besoin est, chez le médecin	

IV – NORMES RELATIVES A LA POLITIQUE D'ACCUEIL

CARACTERISTIQUES DES PERSONNES ACCUEILLIES, PERSPECTIVES D'EVOLUTION

Description des normes :

- *Le service accueille des personnes handicapées répondant à la catégorisation et / ou la gravité du handicap conformément à la décision d'agrément* ⁴⁶

Bonnes pratiques :

Exemples de questions	Exemples de commentaires
<ul style="list-style-type: none">- Le service dispose-t-il des informations prévues concernant la population accueillie ?- Quelles sont les caractéristiques de la population accueillie ?- Quel est le degré d'autonomie des personnes accueillies ?- Les origines géographiques impliquent-elles des ruptures dans le réseau de soins de la personne ?- Comment les services envisagent-ils l'évolution de la population accueillie et ses conséquences sur le plan médical? Quelles sont les réflexions et les partenariats mis sur place en la matière ?	

⁴⁶ AGW 9/10/1197 art. 10 / art. 62

PROCEDURES D'ADMISSION – EGALITE D'ACCES

Description des normes :

- *Le service n'admet des personnes handicapées qu'en possession d'une décision ou d'un document valable ⁴⁷.*
- *Le service agréé pour personnes atteintes de paralysie cérébrale, de sclérose en plaques, de spina-bifida, de myopathie de neuropathie, déficience intellectuelle profonde ou sévère; troubles moteurs, de dysmélie, de poliomyélite, de malformation du squelette et des membres avec handicap associé pourvoit au remplacement des départs naturels en choisissant prioritairement les personnes handicapées à accueillir ou à héberger dans une liste des personnes handicapées atteintes des déficiences visées ci-dessus, transmise dans un délai de cinq jours, à dater de la demande par le service, par le bureau régional couvrant la zone géographique dont il ressort ⁴⁸.*
- *Le service établit un ordre de priorité sur la base de la date d'introduction de la demande ; de l'adéquation entre le projet du service, son organisation, son infrastructure et les besoins de la personne handicapée, constatée ou mise en évidence en concertation avec le service et la personne handicapée et de l'urgence d'un accueil ou d'un hébergement en raison de l'état physique, psychique ou social de la personne handicapée ⁴⁹.*

Bonnes pratiques :

Exemples de questions	Exemples de commentaires
<ul style="list-style-type: none">- La procédure d'admission garantit-elle l'égalité des personnes entre elles ? Est-elle objective, équitable et honnête ?- Quel rôle revient au médecin coordinateur ou au médecin traitant de l'institution dans le processus d'admission de la personne ?- La procédure et les critères d'admission décrits dans le projet de service sont-ils appliqués (voir la dernière entrée) ?	

⁴⁷ AGW 4/7/1996 art.54

⁴⁸ AGW 9/10/1997 art.58

⁴⁹ AGW 9/10/1997 art.60

<ul style="list-style-type: none"> - Les personnes handicapées accueillies ou hébergées relèvent-elles des catégories de handicap pour lesquelles le service est agréé ? - La personne est-elle informée ? <ul style="list-style-type: none"> ❑ De ses droits et devoirs 	
--	--

CONVENTIONS DE SEJOUR

Description des normes :

- *Une convention est conclue entre chaque bénéficiaire ou son représentant légal et le service et comprend au moins les dispositions suivantes : l'identité des parties, la date d'admission ou de début des services, la durée du contrat, le cas échéant, la durée de la période d'essai; le montant de la part contributive due ainsi que le montant minimum qui doit être laissé à la disposition de la personne handicapée; la personne physique ou morale qui répond du paiement et du mode de règlement et de paiement; les suppléments qui peuvent être réclamés en sus de la part contributive; les modalités de préavis et de résiliation de la convention; le mode suivant lequel cette convention peut être adaptée ou modifiée⁵⁰.*

⁵⁰ AGW 9/10/1997 art. 63

Bonnes pratiques :

Exemples de questions	Exemples de commentaires
<ul style="list-style-type: none">- Une convention de séjour, d'accueil, de traitement ou d'accompagnement est-elle conclue avec chaque bénéficiaire ou son représentant légal ?- La personne handicapée ou son représentant légal peuvent-ils apporter des amendements ?<ul style="list-style-type: none">□ La convention comprend-elle des éléments relatifs à la prise en charge médicale et paramédicale de la personne ? qu'en est-il de la liberté de choix de la personne ou de son représentant ⁵¹ ⁵² et des restrictions qui y sont éventuellement apportées ?	

PROCEDURES DE REORIENTATION

Description des normes :

- *Le règlement d'ordre intérieur stipule les circonstances pouvant donner lieu à la réorientation ou au congédiement de la personne handicapée du service, la durée du préavis⁵³.*
- *Sauf en cas de force majeure ou d'extrême urgence, une concertation préalable est exigée entre le service et le bénéficiaire ou son représentant légal en ce qui concerne les mesures qui s'imposent en raison de l'évolution de la situation physique et mentale ou les modifications dans les conditions individuelles de logement et de vie ⁵⁴.*

⁵¹ Code de déontologie médicale art. 27

⁵² Loi belge relative aux droits du patient 22/08/2002 art.6

⁵³ AGW 9/10/1997 art 8

⁵⁴ AGW 9/10/1997 art. 65

Bonnes pratiques :

Exemples de questions	Exemples de commentaires
<p>- Les conditions de réorientation selon l'évolution physique et psychique de la personne sont-elles déterminées avec les professionnels compétents ? Sont-elles en cas de nécessité l'objet d'une évaluation par ces mêmes professionnels, à la recherche de toutes les solutions possibles avant une éventuelle réorientation ? La réorientation se fait-elle en tenant compte de leurs conseils et avis ?</p>	

REGLEMENT D'ORDRE INTERIEUR

Description des normes :

Un règlement d'ordre intérieur indique au moins : l'identification exacte (dénomination, siège, nature, forme juridique) de la personne juridique chargée de la gestion du service et la mention de la date de l'agrément et de la durée de celui-ci lorsque le service a déjà été agréé; les objectifs du service et l'ensemble des services offerts par celle-ci, avec une description globale des bénéficiaires à accueillir ou à héberger; le cas échéant, les conditions spéciales d'admission, notamment celles tenant à la période d'essai, les caractéristiques spécifiques des bénéficiaires telles que l'âge, le sexe, les handicaps supplémentaires ou l'exclusion de ceux-ci; les circonstances pouvant donner lieu à la réorientation ou au congédiement de la personne handicapée du service, la durée du préavis; les modalités de mise en œuvre du conseil des usagers les modalités d'introduction des réclamations, des suggestions et des remarques éventuelles et leur mode de traitement; les droits et obligations mutuels du bénéficiaire, de son représentant légal et du service ainsi les risques couverts par les polices d'assurance souscrites par le service⁵⁵.

⁵⁵ AGW 9/10/1997 art. 8

Bonnes pratiques :

Exemples de questions	Exemples de commentaires
<ul style="list-style-type: none">- Le règlement d'ordre intérieur énonce-t-il les droits et obligations respectives des usagers et de la structure accueillante concernant le suivi médical ?- Le règlement d'ordre intérieur est-il conforme aux droits fondamentaux des personnes (Convention des droits de l'homme,...) ?- Le règlement est-il communiqué aux personnes ou à leur représentant légal ?- Le règlement est-il approuvé par la personne ? son représentant légal ?	

V – OBSERVATIONS FORMULEES PAR LE SERVICE

PAR RAPPORT AUX OBSERVATIONS EXPRIMEES PAR L'INSPECTEUR DANS LE CADRE DE SA VISITE.

Dans le cadre de ses audits, l'inspecteur dialogue avec le personnel compétent des services contrôlés et les invite à émettre un avis au sujet des principales remarques qu'il formule. Cette façon de travailler lui permet de confirmer son jugement et de permettre une discussion et un accord sur les actions nécessaires en vue de corriger les éventuelles lacunes ou améliorer la qualité de la gestion des services.⁵⁶

PAR RAPPORT AU CADRE GENERAL (LEGISLATION EN VIGUEUR ETC)

A travers ses contacts permanents, le service Inspection et Audit s'efforce d'être un interface entre l'Agence et les gestionnaires du terrain. Cette interface est le lieu d'écoute des difficultés, observations et propositions des gestionnaires. L'inspecteur informe et conseille les services sur les objectifs qui sous-tendent les dispositions prises par les autorités politiques ou les organes de gestion de l'Agence et sur la façon la plus appropriée de les mettre en œuvre. Il s'attèle aussi à relayer, auprès des autorités de l'Agence, la façon dont les mesures sont mises en pratique et à les informer des nouveaux problèmes qui surgissent ainsi que des nouvelles approches mises en place sur le terrain pour répondre aux besoins des personnes handicapées. Enfin, il a pour mission de transmettre des suggestions auprès des instances chargées de proposer des amendements ou de nouvelles réglementations⁵⁷.

⁵⁶ Note informative sur les missions de l'Inspection (2003)

⁵⁷ Note informative sur les missions de l'Inspection (2003)

VI – CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

1) Points forts

2) Points à améliorer *(Ces points relèvent du dispositif réglementaire et sont de nature à affecter les conditions de renouvellement de l'agrément).*

3) Recommandations *(Conseils de nature à améliorer la qualité du service qui ne relèvent pas du dispositif réglementaire mais plutôt des bonnes pratiques). Elles sont en principe sans conséquence négative sur l'agrément.*

4) Appréciation générale et proposition en matière d'agrément.

L'Appréciation générale :

- *rend compte de la qualité générale de la qualité du service rendu aux personnes ;*
- *reprend les « points à améliorer » (voire les « recommandations ») en évaluant leur impact sur la qualité du service rendu;*
- *évoque la « dynamique du service » c'est-à-dire sa capacité à s'auto évaluer et à procéder aux changements nécessaires. Les suites données aux remarques faites par le passé par l'inspecteur et l'attitude face aux observations réalisées au cours de la visite d'audit constituant à cet égard des indicateurs qu'il est utile d'évoquer.*

La proposition d'agrément :

Elle sera étayée et tiendra compte des points repris dans l' « appréciation générale ». La proposition se décline selon les modalités suivantes :

- *Si aucun manquement constaté, renouvellement à durée indéterminée;*
- *Si des manquements sont constatés, compte tenu de leur niveau de gravité à motiver, un échéancier sera fixé (tant que faire se peut en concertation avec le service concerné) avec, aux échéances définies, un réexamen par l'Inspection des points soulevés dans l'échéancier⁵⁸. Si les remarques sont rencontrées, l'agrément initialement octroyé pour 3 ans (en principe) est de fait confirmé. Dans la négative, le dossier sera resoumis au Comité de gestion et au Bureau pour éventuellement envisager d'autres moyens d'action⁵⁹ ;*
- *Pour les situations antérieures à ces nouvelles procédures : si des manquements importants sont constatés de manière répétée (immobilisme du service), l'agrément pourra être limité à un an, voire suspendu ou retiré.*

⁵⁸ Le service statistique et méthode procurera au service Inspection et Audit externe un outil de gestion informatique de ces échéanciers.

⁵⁹ Limitation à un an ou moins (3 mois minimum – cf art 56 de l'AGW du 4 juillet 1996), suspension ou retrait .

