

**Convention de coopération transfrontalière relative à l'accueil et l'accompagnement  
par LE SAULCHOIR d'adultes reconnus handicapés par l'institution française  
compétente**

*Vu l'accord cadre du 21 décembre 2011 entre le Gouvernement de la République française et le Gouvernement de la Région wallonne du Royaume de Belgique sur l'accueil des personnes handicapées (Journal Officiel du 14/11/2013)*

*Vu l'arrangement administratif du 21 décembre 2011 entre le Ministre des Solidarités et de la Cohésion Sociale de la République française, le Ministre-Président de la région Wallonne du Royaume de Belgique et le Ministre de la Santé, de l'Action Sociale et de l'Egalité des Chances de la Région wallonne du Royaume de Belgique concernant les modalités d'application de cet accord-cadre du 21 décembre 2011*

*Vu la convention d'objectif signée le 10 juin 2021.*

**ENTRE**

- l'Agence Régionale de Santé Hauts-de-France (ARS HDF), sise 556 Avenue Willy Brandt 59777 EURALILLE, représentée par son directeur général, Professeur Benoît VALLET
- la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de Roubaix-Tourcoing (CPAM), sise 2 Place Sébastopol, BP 40700, 59208 TOURCOING CEDEX, représentée par son Directeur, Monsieur Philippe BOUQUET

**Et**

- L'ASBL Le Saulchoir, sis Rue du Saulchoir, 2 à 7540 KAIN représentée par Monsieur Michel HUON, Administrateur délégué.

**IL A ETE CONVENU CE QUI SUIT :**

**Préambule :**

À titre liminaire, au sens et pour l'application de la présente convention, le terme « en situation de handicap » doit être entendu comme « reconnus handicapés par l'institution française compétente ».

Depuis plusieurs décennies, un nombre important de personnes handicapées françaises sont accueillies dans des établissements belges situés en Wallonie

Dans le cadre du développement des relations transfrontalières, les autorités françaises et wallonnes ont signé le 21 décembre 2011 un accord-cadre qui a pour objet de renforcer la coopération médico-sociale entre la France et la Région Wallonne du Royaume de Belgique dans la perspective :

- d'assurer un meilleur accompagnement et une prise en charge de qualité des personnes handicapées ;
- de garantir une continuité de cet accompagnement et de cette prise en charge ;

- d'optimiser les réponses aux besoins médico-sociaux en facilitant l'utilisation ou le partage des moyens et matériels ;
- de favoriser l'échange et le transfert de connaissances.

Aussi, pour l'application de l'accord, les autorités compétentes peuvent conclure avec les établissements d'accueil des conventions qui doivent prévoir les conditions et les modalités d'intervention des structures médico-sociales qui servent des prestations à toute personne reconnue comme handicapée par l'institution française compétente et bénéficiaire à ce titre d'une prise en charge financière accordée selon la législation française.

#### **Article 1 : Objet de la convention**

La présente convention transfrontalière est applicable aux seuls adultes handicapés bénéficiaires, à quelque titre que ce soit, des régimes obligatoires français d'assurance maladie et dont le droit aux prestations en nature est ouvert auprès de leur caisse d'affiliation.

La présente convention a pour objet de définir et fixer les conditions d'accueil et d'accompagnement des personnes visées à l'alinéa précédent par LE SAULCHOIR Internat. La convention fixe également les modalités de prise en charge financière et de remboursement des frais à l'établissement d'accueil. Elle définit les obligations respectives des parties.

#### **Article 2 : Agrément et/ou autorisation de prise en charge de l'établissement**

##### *SAFAE 004 et SAFAE 066*

Par la décision 2019/AVIQ/DBPH/DH/015/SAFAE004-066 en date du 4 avril 2019, de l'Agence pour une Vie de Qualité (AVIQ),

1. le service « Le SAULCHOIR » à KAIN, organisé par le secteur privé, sis Rue du Saulchoir, 2 à 7540 KAIN dépendant de l'A.S.B.L. du même nom, est agréé pour héberger en service résidentiel pour adultes à durée indéterminée, 205 personnes en situation de handicap, sans intervention de l'Agence wallonne de la Santé, de la Protection sociale, du Handicap et des Familles, Banche handicap,
2. le service « Le SAULCHOIR » à KAIN, organisé par le secteur privé, sis Rue du Saulchoir, 2 à 7540 KAIN dépendant de l'A.S.B.L. du même nom, est agréé pour héberger en service d'accueil de jour à durée indéterminée, 200 personnes en situation de handicap, sans intervention de l'Agence wallonne de la Santé, de la Protection sociale, du Handicap et des Familles, Banche handicap.

Sous réserve de l'évolution de la réglementation wallonne, l'établissement s'engage à accueillir un nombre d'adultes visés au premier alinéa de l'article 1<sup>er</sup> n'excédant pas un plafond global fixé au nombre de places occupées au 28 février 2021, soit **88 places**.

La répartition de ces places, par service agréé et par orientation de la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH), est fixée comme suit :

##### **SAFAE 004 : 72 places**

- 37 places relevant d'une orientation Maison d'Accueil Spécialisée (MAS)
- 35 places relevant d'une orientation Foyer d'Accueil Médicalisé (FAM)

#### **SAFAE 066 : 16 places en semi-internat**

- 9 places relevant d'une orientation Maison d'Accueil Spécialisée (MAS)
- 7 places relevant d'une orientation Foyer d'Accueil Médicalisé (FAM)

Le non-respect de la capacité agréée par l'AVIQ et/ou de la capacité conventionnée telle que fixée ci-dessus entraînera une dénonciation de la convention dans les conditions prévues à l'article 12 de la présente convention.

#### **Article 3 : Elaboration et mise à jour du Relevé d'informations**

Pour permettre une meilleure identification et un meilleur recensement des personnes handicapées visées au troisième alinéa de l'article 2 de l'accord-cadre du 21 décembre 2011, l'AVIQ établit un relevé d'informations. L'Agence régionale de santé Hauts-de-France est chargée de centraliser les données contenues dans le Relevé d'informations.

LE SAULCHOIR doit communiquer à l'AVIQ et à l'ARS Hauts-de-France avant le 31 mars de l'année N les données suivantes relatives aux personnes accueillies du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre N-1 correspondant au relevé d'informations : nom, prénom(s), date et lieu de naissance, date d'entrée, motif d'entrée, établissement d'origine ou famille, date de sortie, motif de sortie, nationalité, sexe, département d'origine, autorité (s) responsable(s) de l'orientation en établissement, nature de l'orientation, type de déficience principale/secondaire, autorité(s) responsable(s) du financement, identification de l'établissement.

Par ailleurs, l'ARS HDF interrogera annuellement l'établissement sur les attentes des personnes accueillies, et notamment leurs éventuels souhaits ou projets de retour en France

#### **Article 4 : Conditions d'admission et de prise en charge financière des bénéficiaires**

La décision d'orientation de l'adulte ou son placement est prise par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH). La décision doit être motivée. La décision doit ainsi spécifier si l'orientation vers un établissement wallon conventionné est effectuée :

- En l'absence de solution alternative adaptée en France, dans un délai acceptable ;
- Par choix de l'utilisateur, malgré une solution alternative proposée en France ;
- Car l'établissement wallon constitue une solution de proximité ;
- En raison du caractère d'urgence, l'absence de prise en charge adaptée entraînant :
  - un risque de mise en danger de la personne ou de son entourage,
  - un risque de rupture de parcours.

Elle est notifiée à la personne handicapée ou son représentant légal qui, suivant l'orientation indiquée, a le libre choix de l'établissement.

Cette orientation motivée préalable est le fondement principal de la prise en charge financière. Elle est notifiée par la MDPH au bénéficiaire, à l'organisme d'affiliation du bénéficiaire et à la CPAM de Roubaix-Tourcoing en tant que caisse pivot et le cas échéant, à l'établissement. En l'absence de décision motivée d'orientation vers la Belgique, la CPAM de Roubaix-Tourcoing peut refuser toute demande de prise en charge.

L'admission de l'adulte, consécutive à la décision d'orientation de la CDAPH, est prononcée par le Directeur de l'établissement qui en informe immédiatement la MDPH concernée. Dans le cas où cette admission ne peut être prononcée, et après avis de l'équipe médico-éducative, le Directeur est de même tenu d'en informer immédiatement la MDPH en vue de rechercher avec elle une prise en charge mieux adaptée au cas de l'adulte.

Le directeur informe la personne accueillie, ses représentants légaux, la MDPH et l'ARS Hauts-de-France ([ars-hdf-affaires-internationales@ars.sante.fr](mailto:ars-hdf-affaires-internationales@ars.sante.fr)) des modifications des conditions d'accueil, de l'échéance de l'accueil ou de la sortie de l'établissement **6 mois** avant la date effective de l'événement et du motif de celui-ci.

Toutes les demandes de placement initial ou demandes de prolongation effectuées par les affiliés ou leurs représentants légaux devront parvenir à leur caisse d'affiliation qui transmet à la CPAM de Roubaix-Tourcoing caisse pivot pour les paiements, avec les documents suivants :

- Si la caisse d'assurance maladie d'affiliation dépend du Régime Général (CPAM) ou dépend des Hauts-de-France (tous régimes), il convient de fournir :
  - La demande écrite de placement
  - L'avis motivé de la CDAPH en cours de validité
  - Le jugement de tutelle le cas échéant
- Si la caisse d'assurance maladie d'affiliation ne dépend pas du Régime Général (MSA, SNCF...) ou dépend du Régime Général mais d'une autre région de France (Ile-de-France, Normandie...), il convient de fournir :
  - La demande écrite de placement
  - L'avis motivé de la CDAPH en cours de validité
  - L'attestation d'affiliation en cours de validité du régime concerné
  - Le jugement de tutelle le cas échéant

Les entrées et sorties devront être précisément inscrites sur le tableau de suivi trimestriel qui est transmis à la CPAM de Roubaix-Tourcoing ou, en temps réel, via l'outil « Résid-ESMS ».

**Article 5 : Conditions techniques à remplir par l'établissement pour assurer la prise en charge des adultes.**

Sans préjudice de la législation wallonne en vigueur, la prise en charge des adultes placés au sein de l'établissement est globale. L'établissement accueille et héberge, y compris en court séjour, les personnes visées dans son agrément, fournit une prise en charge

individuelle éducative, médicale, thérapeutique, psychologique et sociale adaptée à leurs besoins et vise à une intégration, sociale, culturelle ou professionnelle de la personne handicapée.

#### **Article 5.1 : conditions relatives au projet d'établissement et à la prise en charge des personnes accueillies**

##### Le projet d'établissement

L'établissement élabore un projet d'établissement qui définit ses objectifs, notamment en matière de coordination, de coopération et d'évaluation des activités et de la qualité des prestations, ainsi que ses modalités d'organisation et de fonctionnement.

Le projet est élaboré, évalué et mis à jour en concertation avec l'équipe sociale, éducative et thérapeutique de l'établissement.

Conformément à la réglementation wallonne, ce projet d'établissement est mis à jour dans les deux ans qui suivent l'octroi du premier agrément et par la suite, au minimum, pour chaque évaluation par l'AViQ de la conformité aux normes qui a lieu tous les 6 ans. Ce projet est établi après consultation du conseil des usagers ou toute autre forme de participation. L'établissement pourra s'appuyer sur le modèle a minima annexé à la présente convention (**annexe n°1**).

Ce projet fera l'objet d'une mise à jour et évaluation annuelle, son évaluation ainsi que ses mises à jour sont remis à tous les membres du personnel de l'établissement. Il sera tenu à disposition des résidents et familles et pourra donner lieu à une présentation à l'AViQ et l'ARS Hauts-de-France à leur demande.

##### Le projet personnalisé d'accompagnement (ou projet de vie individuel)

L'établissement met en place un projet personnalisé d'accompagnement (PPA) pour chaque personne accueillie lors de l'admission de la personne. Il est ensuite revu annuellement au minimum pour l'adapter aux évolutions de la personne. Ce PPA est élaboré et révisé en concertation avec l'ensemble des intervenants internes et externes, notamment la personne handicapée, sa famille et ses représentants légaux. Il contient au minimum :

- l'identification du bénéficiaire ;
- les besoins de la personne (et/ou de son représentant légal) ;
- les attentes de la personne, et notamment son éventuel souhait de retour en France ;
- les modalités de maintien du lien familial
- les objectifs à atteindre ;
- la méthodologie utilisée et les moyens concrets mis en œuvre pour atteindre ces objectifs en intégrant une composante thérapeutique, éducative et pédagogique ;
- 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 l'établissement. Il se construit sur la base d'une évaluation globale de la personne abordant les domaines de vie suivants :

- l'autonomie ;
- les habiletés domestiques ;
- les habiletés préscolaires et scolaires ;
- les habiletés professionnelles ;
- les troubles du comportement ;
- les habiletés sensorielles et activités motrices ;
- la socialisation ;

- la santé et l'hygiène ;
- la communication ;
- la vie affective et sexuelle ;
- la volonté et les préférences de la personne.

Le dossier médico-social individuel

L'établissement tient un dossier médico-social individuel mis à jour.

Le dossier comprend :

- une analyse des besoins et attentes de la personne accueillie ;
- un bilan des connaissances, aptitudes, potentialités et aspirations de la personne ;
- un bilan psychologique ;
- un bilan médical ;
- une anamnèse sociale ;
- une évaluation de l'autonomie.

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 l'établissement. Le dossier médical est consultable par l'inspection médicale de l'AVIQ, par les médecins des autorités françaises compétentes en matière de contrôle et par le Service médical de chaque régime d'assurance maladie pour ses propres ressortissants.

Une direction effective

L'établissement assure en permanence une direction effective. A défaut de la présence du directeur, un membre du personnel délégué à cet effet doit être en mesure de prendre les dispositions utiles en cas d'urgence et répondre aux demandes tant extérieures qu'intérieures. Les modalités d'organisation d'astreinte et d'intérim de direction doivent être formalisées par écrit.

La tenue d'un registre des personnes accueillies

L'établissement tient un registre où sont portées les indications relatives à l'identité des personnes séjournant dans l'établissement, la date de leur entrée et celle de leur sortie définitive et la destination après la sortie. Ce registre est tenu en permanence à la disposition des autorités administratives compétentes et notamment de l'ARS des Hauts de France et de la CPAM de Roubaix-Tourcoing.

Le plan de formation du personnel de l'établissement

L'établissement établit un plan de formation du personnel qui s'étend au moins sur deux années et dont le financement représente au moins 1% du budget de l'établissement. Ce plan détermine les objectifs poursuivis. Il décrit les liens entre l'environnement global de l'établissement, la dynamique du projet d'établissement et le développement des compétences du personnel. L'établissement doit disposer dans son plan de formation d'un volet relatif à l'amélioration de la bientraitance et à la prévention de la maltraitance.

Protocole de signalement aux autorités administratives des événements indésirables et des situations exceptionnelles ou dramatiques dans l'établissement

Le terme de « signalement » s'applique aux informations apportées par des professionnels dans l'exercice de leur fonction.

Afin de garantir la protection des personnes prises en charge dans l'établissement et, en particulier, de prévenir les risques de maltraitance, l'établissement doit informer les autorités administratives compétentes (ARS Hauts-de-France) de tout événement ayant pour conséquence de menacer ou compromettre la santé, la sécurité ou le bien-être physique ou moral des personnes accueillies ou de perturber l'organisation ou le fonctionnement de l'établissement avec des conséquences néfastes sur la prise en charge des personnes et le respect de leurs droits.

Les dysfonctionnements et événements relèvent des catégories suivantes :

- 1° Les sinistres et événements météorologiques exceptionnels ;
- 2° Les accidents ou incidents liés à des défaillances d'équipement techniques de la structure et les événements en santé environnement ;
- 3° Les perturbations dans l'organisation du travail et la gestion des ressources humaines ;
- 4° Les accidents ou incidents liés à une erreur ou à un défaut de soin ou de surveillance ;
- 5° Les situations de perturbation de l'organisation ou du fonctionnement de la structure liées à des difficultés relationnelles récurrentes avec la famille ou les proches d'une personne prise en charge, ou du fait d'autres personnes extérieures à la structure ;
- 6° Les décès accidentels ou consécutifs à un défaut de surveillance ou de prise en charge d'une personne ;
- 7° Les suicides et tentatives de suicide, au sein des structures, de personnes prises en charge ou de personnels ;
- 8° Les situations de maltraitance à l'égard de personnes accueillies ou prises en charge ;
- 9° Les disparitions de personnes accueillies en structure d'hébergement ou d'accueil, dès lors que les services de police ou de gendarmerie sont alertés ;
- 10° Les comportements violents de la part d'usagers, à l'égard d'autres usagers ou à l'égard de professionnels, au sein de la structure, ainsi que les manquements graves au règlement du lieu d'hébergement ou d'accueil qui compromettent la prise en charge de ces personnes ou celle d'autres usagers ;
- 11° Les actes de malveillance au sein de la structure.

Le signalement doit être adressé **sans délai** aux autorités administratives à l'adresse suivante : [ars-hdf-signal@ars.sante.fr](mailto:ars-hdf-signal@ars.sante.fr)

La nature des informations à transmettre ainsi que la forme et le contenu de cette transmission sont rappelés en annexe 7 jointe au présent avenant.

### **Article 5.2 : conditions relatives aux bâtiments**

L'établissement doit tendre vers les conditions relatives aux bâtiments telles que fixées dans l'**annexe n°2** de la présente convention ou s'engage à y parvenir selon un échéancier négocié avec l'ARS Hauts-de-France (**annexe n°8**).

### **Article 5.3 : conditions relatives au personnel**

L'établissement tient à la disposition des services d'inspection de l'AVIQ et des autorités françaises compétentes en matière de contrôle les copies certifiées conformes des diplômes des membres du personnel.

Tous les membres du personnel de l'établissement doivent fournir, lors de l'engagement, un extrait de casier judiciaire exempt de condamnation à des peines correctionnelles concernant des délits incompatibles avec la fonction ou criminelles.

Pour mettre en œuvre la prise en charge globale de la population accueillie, l'établissement doit disposer d'une équipe interdisciplinaire qui comporte :

- Une équipe médicale, paramédicale et psychologique qui :
  - dresse dès l'admission un bilan de santé puis veille à son actualisation pour chaque adulte accueilli ;
  - assure une fonction générale de surveillance de la santé physique et psychologique des adultes accueillis ;
  - Veille à la réalisation du projet d'établissement dans sa dimension thérapeutique ;
  - En lien avec les autres membres de l'équipe interdisciplinaire et les partenaires extérieurs, notamment les médecins traitants, met en œuvre au sein de l'établissement, et veille à la délivrance, à l'extérieur de celui-ci, de toute forme de soins et de soutien psychologique ;

L'équipe médicale, paramédicale et psychologique comprend :

- Un psychiatre ;
- Un médecin généraliste ;
- Un psychologue clinicien.

En fonction du projet d'établissement, l'équipe médicale, paramédicale et psychologique comprend ou associe tout ou partie des professionnels suivants :

- Orthophonistes ;
- Psychomotriciens ;
- Les auxiliaires médicaux requis.

L'équipe médicale, paramédicale et psychologique est animée par un des médecins. Il coordonne les actions. Aucun traitement n'est entrepris s'il n'a pas été prescrit par un médecin. Un registre de l'état sanitaire mentionne tous les incidents et accidents intervenus ainsi que les hospitalisations effectuées.



Une équipe éducative qui veille au développement de la personnalité et à la socialisation des adultes, les suit dans leur vie quotidienne et dans la réalisation de leur projet personnalisé d'accompagnement, à l'intérieur comme à l'extérieur de l'établissement.

La fonction de référent est assurée au sein de l'équipe éducative. Elle favorise pour chaque adulte accueilli et sa famille la continuité et la cohérence de l'accompagnement. Ses modalités de mise en œuvre sont prévues par le projet d'établissement conformément à l'article 5.1 de la présente convention.

La surveillance de nuit des adultes participe à l'exercice de la fonction éducative.

L'équipe éducative comprend les professionnels ayant une qualification exigée du personnel des services résidentiels conformément à l'annexe 98 du code réglementaire wallon de l'action sociale et de la santé.

L'établissement recourt aux compétences d'un service social.

#### **Article 6 : Garantir le respect des droits des usagers**

L'exercice des droits et libertés individuels est garanti à toute personne prise en charge par l'établissement qui doit assurer aux personnes accueillies :

- Le respect de la dignité, de l'intégrité, de la vie privée, de l'intimité et la sécurité ;
- Une prise en charge individualisée et de qualité, respectant un consentement éclairé ;
- La confidentialité des données ;
- L'accès à l'information ;
- L'information sur les droits fondamentaux et les voies de recours
- La participation directe au projet d'accueil et d'accompagnement.

Pour assurer un exercice effectif des droits énumérés ci-dessus, l'établissement, en sus de l'élaboration d'un projet d'établissement tel que défini à l'article précédent :

Remet un livret d'accueil à la personne prise en charge ou à son représentant légal lors de l'accueil dans l'établissement. Ce livret comporte obligatoirement la charte des droits et libertés des personnes accueillies qui est annexée à la présente convention (**annexe n°3**) ainsi que le règlement de fonctionnement de l'établissement. Il précise également les actions menées par l'établissement en matière de lutte contre la maltraitance et les coordonnées des autorités administratives compétentes wallonne et française. L'établissement adapte le reste du contenu, la forme et les modalités de communication du livret d'accueil en tenant compte, notamment de son organisation générale, de son accessibilité et de la nature du handicap des personnes accueillies.

Le livret d'accueil comprend également les éléments d'information sur l'organisation administrative locale et les coordonnées des autorités, services, auprès de qui se renseigner.

Conclut un contrat de séjour ou un document individuel de prise en charge avec la personne accueillie. Ce document est élaboré lors de l'admission avec la participation de la

personne accueillie ou de son représentant légal. Ce contrat ou document, signé et remis à la personne ou son représentant légal dans le mois qui suit l'admission et précise :

- les besoins et attentes de la personne ;
- les objectifs de la prise en charge ;
- la description des conditions de séjour et d'accueil ;
- la participation financière, y compris en cas d'absence du résident ou d'hospitalisation ;
- la liste des prestations offertes (logement, restauration, blanchissage, surveillance médicale, animations...)

Un avenant est élaboré, selon les mêmes modalités, dans un délai maximal de six mois. Il précise les objectifs et prestations adaptées à la personne.

Institue a minima un conseil des usagers ou un conseil de la vie sociale afin d'associer les personnes bénéficiaires des prestations au fonctionnement de l'établissement ou du service. La composition et le fonctionnement du conseil des usagers sont précisés à l'**annexe n°4** de la présente convention.

Elabore un règlement de fonctionnement qui définit les droits de la personne accueillie et les obligations et devoirs nécessaires au respect des règles de la vie collective au sein de l'établissement ou du service. Il est arrêté par l'instance compétente de l'organisme gestionnaire, après consultation du conseil des usagers et instances représentatives du personnel. Il est modifié selon une périodicité qui ne peut être supérieure à 5 ans. Le règlement de fonctionnement doit être affiché dans les locaux et être remis aux résidents et à leurs représentants légaux ainsi qu'à chaque personne qui exerce, soit à titre de salarié ou d'agent public soit à titre libéral, ou qui intervient à titre bénévole.

Le règlement de fonctionnement :

- indique les principales modalités concrètes d'exercice des droits énoncés au premier alinéa du présent article ;
- indique l'organisation et l'affectation à usage collectif ou privé des locaux et bâtiments ainsi que les conditions générales de leur accès et de leur utilisation ;
- précise les mesures relatives à la sûreté des personnes et des biens ;
- prévoit les mesures à prendre en cas d'urgence ou de situations exceptionnelles ;
- fixe les modalités de rétablissement des prestations dispensées par l'établissement ou le service lorsqu'elles ont été interrompues ;
- précise les dispositions relatives aux transferts et déplacements, aux modalités d'organisation des transports, aux conditions d'organisation de la délivrance des prestations offertes par l'établissement à l'extérieur.
- Rappelle que les faits de violence sur autrui sont susceptibles d'entraîner des procédures administratives et judiciaires.

Dans le respect de la charte des droits et libertés de la personne accueillie annexée à la présente convention, le règlement énumère les règles essentielles de la vie collective.

## **Article 7 : Dispositions spécifiques pour les personnes majeures sous protection juridique accueillies par l'établissement**

Si l'établissement héberge une ou plusieurs personnes ressortissantes françaises majeures sous protection juridique, il doit conventionner avec chaque mandataire judiciaire à la protection des majeurs concernés (MJPM) les modalités pratiques permettant la bonne activité du MJPM auprès du ou des usagers hébergé(s) protégés dans l'établissement. Un modèle type de convention de partenariat est annexé à la présente convention (annexe n°5).

Cette convention de partenariat doit viser à faciliter la prise en charge de la protection juridique au sein de l'établissement par le / les MJPM(s) et à garantir que les droits collectifs et individuels du majeur, dans le cadre de cette protection, seront respectés par l'ensemble des acteurs impliqués dans sa prise en charge complexe.

L'établissement doit s'assurer que le ou les MJPM puisse(nt) réaliser leur mission et tout particulièrement faciliter leur accueil au sein de la structure lorsqu'il(s) visite(nt) les majeurs dont il(s) exerce(nt) la mesure de protection.

Dans cet esprit, l'établissement doit s'engager à informer<sup>1</sup> ses personnels et intervenants extérieurs sur la situation spécifique (droit des protégés et rôle du MJPM) des majeurs protégés hébergés dans l'établissement.

L'établissement d'hébergement devra aussi veiller pour les ressortissants français majeurs sous protection juridique à rendre compatible et à coordonner tout projet ou contrat de séjour de l'usager protégé avec le document de prise en charge individuel du majeur protégé conventionné entre ce dernier et le MJPM.

## **Article 8 : contrôles et inspections de l'établissement par les autorités wallonnes et françaises**

Sans préjudice de la législation wallonne, l'établissement peut faire l'objet d'inspections portant sur les modalités de prise en charge sur place dans les conditions fixées par la convention relative à la mise en œuvre d'inspections communes conformément à l'article 4 de l'accord du 21 décembre 2011, de contrôles spécifiques portant notamment sur le présentisme, ainsi que de contrôles sur pièce effectués par des agents missionnés par la CPAM de Roubaix-Tourcoing et plus généralement pour les régimes obligatoire français de sécurité sociale dont les ressortissants sont accueillis dans l'établissement.

## **Article 9 : Dispositions budgétaires et financement**

### **9.1 Autorité compétente**

La tarification des prestations fournies par l'établissement est arrêtée par le directeur général de l'Agence Régionale de Santé Hauts-de-France qui fixe le tarif dans les limites des crédits

---

<sup>1</sup> Une information gratuite et complète est disponible via le site ressources régional sur la protection juridique <http://protection-juridique.creainpdc.fr>

budgétaires arrêtés alloués chaque année par l'arrêté interministériel prévu au I de l'article L.314-3 du code de l'action sociale et des familles.

La décision de tarification du directeur général de l'ARS Hauts-de-France est notifiée à l'établissement et transmise à la CPAM de Roubaix-Tourcoing.

L'exercice budgétaire et comptable couvre la période du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre d'une même année, sauf dans le cas d'une première mise en exploitation ou d'une cessation définitive d'activité.

## 9.2 Prix de journée globalisé

### Définition

La tarification de l'établissement prend la forme d'un prix de journée globalisé qui couvre les différentes prestations que requièrent les personnes handicapées dans le cadre de la prise en charge de leurs déficiences et, par conséquent, les prestations de soins et de suivi fournies par les intervenants extérieurs lorsqu'elles sont liées au handicap qui a motivé le placement.

Le montant global versé s'entend comme le montant destiné au financement de toutes les places autorisées et occupées au 28 février 2021 au titre de la présente convention.

### Prestations couvertes par le prix de journée globalisé

Le prix de journée globalisé recouvre notamment :

- l'ensemble des frais de pension et de régime (nourriture, boissons, entretien, couchage, chauffage, éclairage, blanchissage du linge de maison et du linge personnel, alèse, frais de nursing) ;
- les rémunérations des différentes catégories de personnel chargé des soins et traitements, de l'observation, de la réadaptation et de l'éducation des résidents ;
- les frais de transports quotidiens (dans le cadre des activités ou des soins) des adultes ressortissants d'un régime obligatoire d'assurance maladie français ;
- Tous les soins dispensés en rapport avec le handicap ou ses conséquences :
  - o Suivis médicaux réguliers (médecin généraliste)
  - o Interventions régulières des praticiens spécialistes (psychiatre...)
  - o Interventions régulières des praticiens paramédicaux (infirmiers, orthophonistes, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, psychologues, psychomotriciens...)
  - o Les frais pharmaceutiques (médicaments, appareillage...)

### Ne peuvent être pris en compte pour la fixation du prix de journée globalisé :

- Les frais d'inhumation
- Les soins en rapport avec une affection intercurrente sans rapport avec le handicap ainsi que les soins dentaires

- Les soins dispensés par les établissements de santé dans le cadre d'une hospitalisation complète ou en ambulatoire.
- Les matériels suivants : les prothèses internes, l'optique médicale, les appareils électroniques correcteurs de surdité, les appareils et prothèses dentaires, les prothèses oculaires et faciales, les podo-orthèses, les ortho-prothèses sur mesure
- Les fauteuils roulants personnalisés (un fauteuil roulant auquel on ajoute des options n'est pas un fauteuil personnalisé).
- Les frais de recours à un équipement lourd notamment scanner et IRM
- Les frais de transport, non liés au handicap ayant motivé le placement, réglementairement remboursables, conformément à l'article R 322-10 du code de la sécurité sociale (Ex Entrée/Sortie d'hospitalisation)

Il faut noter que :

- les frais de transport Domicile famille - Entrée / Sortie de la structure médico-sociale ou pour permission au cours du séjour, ne sont pas remboursables par l'Assurance Maladie française.
- L'Assurance Maladie française est fondée à récupérer, auprès de l'établissement, les sommes indûment mises à sa charge au titre de prestations comprises dans le prix de journée (consultations médicales, soins infirmiers, pharmacie, nutriments...).

#### Les soins complémentaires

Les soins complémentaires issus de maladies intercurrentes, délivrés à titre individuel par un médecin, un auxiliaire médical, un centre de santé, un établissement de santé ou un autre établissement ou service médico-social, sont pris en charge par les organismes d'assurance maladie obligatoire dans les conditions de droit commun, en sus du tarif versé à l'établissement ou au service :

1° Soit lorsque leur objet ne correspond pas aux missions de l'établissement ou du service ;

2° Soit, par dérogation aux dispositions énoncées ci-dessus, lorsque, bien que ressortissant aux missions de l'établissement ou du service, ces soins ne peuvent, en raison de leur intensité ou de leur technicité, être assurés par l'établissement ou le service de façon suffisamment complète ou suffisamment régulière. Dans ce cas, ces soins doivent faire l'objet d'une prescription par un médecin attaché à l'établissement ou au service.

Lorsque ces soins complémentaires sont liés au handicap ayant motivé l'admission dans l'établissement ou le service, leur remboursement est subordonné à l'accord préalable du service du contrôle médical français de la caisse d'affiliation de l'assuré.

Les préconisations de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées, lorsqu'elles existent, sont jointes à la demande d'entente préalable.

Modalités de prise en charge des soins hospitaliers en sus (soins inopinés ou programmés dans un autre Etat)

Les soins programmés dans un autre établissement de soins sont pris en charge conformément aux dispositions des règlements européens de coordination 883/2004 et 987/2009, ces soins lorsqu'ils sont envisagés sur le territoire belge, ou dans une autre Etat membre de l'union européenne, de l'EEE ou en Suisse, doivent faire l'objet d'une demande d'autorisation préalable (document portable S2) auprès du Service médical de la caisse d'affiliation de l'assuré par le médecin de l'établissement et pour le compte de l'assuré.

Ce document permet de bénéficier de la prise en charge des soins conformément à la réglementation et à la tarification du pays où les soins ont été dispensés dans les mêmes conditions que celles prévues pour les assurés du régime local.

En cas d'hospitalisation urgente ou pour des soins immédiatement nécessaires dans un autre établissement de soins, sur le territoire belge ou un autre Etat membre de l'Union européenne, de l'EEE ou en Suisse, le patient doit présenter une Carte Européenne d'Assurance Maladie CEAM ou un certificat provisoire de remplacement. L'établissement accueillant la personne handicapée doit s'assurer que le patient est en possession d'une CEAM et à défaut, il doit en faire la demande auprès de la caisse d'affiliation de l'assuré.

La CEAM permet de bénéficier de la prise en charge des soins conformément à la réglementation et à la tarification du pays où les soins ont été dispensés dans les mêmes conditions que celles prévues pour les assurés du régime local.

Lorsque l'assuré a fait l'avance des frais de soins, ils peuvent faire l'objet d'un remboursement par la CPAM d'affiliation sur la base des tarifs du pays des soins ou sur accord de l'intéressé, sur la base du tarif français.

#### Montant de la dotation globalisée issue du prix de journée globalisé

A la signature de la présente convention, il est convenu d'un niveau de dotation correspondant au prix de journée globalisé sur l'année, égal au prix de journée multiplié par le nombre prévisionnel de journées au titre de cet exercice. Ce montant est de 3 589 714.96 euros en année pleine.

Compte tenu de l'entrée en vigueur de la convention au 1<sup>er</sup> janvier 2022 le montant du prix de journée globalisé pour l'année 2022 est de **3 589 714.96 €**

Pour l'année 2022, l'établissement s'engage sur une activité cible de :

Pour l'Internat :

- **12 608** journées pour les personnes orientées MAS
- **11 099** journées pour les personnes orientées FAM

Pour le Semi-internat :

- **1 662** journées pour les personnes orientées MAS
- **1 532** journées pour les personnes orientées FAM

**La dotation pour l'année 2022 s'élève donc à 3 589 714.96 euros.**

Le budget autorisé des années suivantes sera établi à partir des règles d'actualisation fixées chaque année pour les établissements et service médico-sociaux relevant de l'objectif général de dépenses (OGD) personnes handicapées géré par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), de l'activité réelle et de l'évolution de la capacité conventionnelle, actée par avenant à la convention et qui ne peut excéder le niveau défini dans la convention d'objectif capacitaire.

Taux d'occupation et modalités d'actualisation annuelle :

Une attention particulière est portée à l'occupation réelle des places conventionnées.

Avant le 31/10/N-1 de chaque exercice, l'établissement s'engage à remettre à l'ARS des Hauts de France pour le calcul du prix de journée globalisé de l'année N, le tableau d'activité prévisionnelle conformément à l'**annexe 6** de la présente convention, distinguant l'activité par modalités d'accueil (internat et semi-internat) répartis par type d'orientation.

Ce tableau transmis par voie électronique doit proposer des niveaux d'activités comparables à ceux d'établissements similaires.

L'ARS et l'établissement conviennent en début d'année N des niveaux d'activités retenus. En cas de désaccord, l'ARS arrêtera, à périmètre constant, le niveau d'activité en s'appuyant sur la capacité conventionnelle et la moyenne des 3 dernières années (base comptes administratifs) de l'établissement dans la limite de la dotation de la CNSA.

Sur la base des tableaux d'activités prévisionnels retenus et après application du taux annuel d'actualisation, l'ARS HDF procédera à la modulation annuelle du prix de journée globalisé.

L'établissement s'engage à différencier, dans les comptes administratifs, les produits de la tarification issus de l'Assurance Maladie et ceux issus des autres financeurs.

Il est procédé à la comparaison entre l'activité prévisionnelle de l'année N et l'activité réelle dans le cadre de l'étude des comptes administratifs, soit en N+2. Cette étude intervient sur l'exercice au cours duquel l'activité réelle est constatée ou l'exercice suivant

L'éventuel différentiel sera valorisé budgétairement sur la base du même mode de calcul que celui retenu lors de la détermination du prix de journée globalisée de l'année N. Cet écart financier est incorporé lors de la détermination du prix de journée globalisé en N+2 de l'exercice au cours duquel ce différentiel est constaté.

### **9.3 Documents à transmettre par l'établissement**

L'établissement doit transmettre à l'ARS Hauts-de-France au plus tard le 31 octobre de l'année N-1 les documents suivants :

- le cadre budgétaire normalisé français (M22) pour l'année N ;
- l'état des recettes avec distinction par financeurs ;
- l'évaluation des frais de transports pour retour en famille engagés des années N-3 à N-1 (réels) et prévisions pour l'année N (coût du personnel et autres charges) ;
- le rapport budgétaire du directeur pour l'année N-1

- l'organigramme chiffré du personnel, avec mention du temps de travail pour chaque agent, pour les années N-3 à N ;
- le bilan et compte d'exploitation en N-3 et N-2 de l'ensemble des structures financées ou non par l'Assurance-Maladie française ainsi que ses annexes.  
Le rapport du réviseur d'entreprise entérinant ces documents ;
- Les prévisions d'investissements et le détail des amortissements pour les années N à N+2.

Au plus tard, le 31 mai de l'année N+1, l'établissement transmet son compte administratif pour l'année N conformément au cadre normalisé fourni à la signature de la présente convention.

#### **Article 10 : modalités de prise en charge financière et de remboursement**

L'organisme de financement procède au versement du prix de journée globalisé qui est égal au prix de journée multiplié par le nombre prévisionnel de journées.

Le règlement de cette dotation est effectué par douzièmes mensuels, le vingtième jour du mois ou si ce jour n'est pas ouvré, le dernier jour ouvré précédant cette date.

Le prix de journée globalisé, à la charge de l'Assurance Maladie, de chaque établissement est réparti selon les modalités suivantes entre les différents régimes d'assurance maladie, au prorata du nombre de pensionnaires pris en charge par chacun d'eux. L'établissement dresse au premier jour de chaque trimestre civil un tableau indiquant le nombre de résidents pris en charge par chaque régime. Ce tableau est transmis à la CPAM de Roubaix-Tourcoing. Il doit indiquer les données suivantes : nom, prénom(s), date de naissance numéro d'inscription au répertoire national d'identification des personnes physiques (NIR) de l'assuré, l'organisme de rattachement de sécurité sociale présent sur l'attestation vitale, le département d'origine, le code gestion présent sur l'attestation vitale, la date d'entrée, l'établissement d'origine, la nature de l'orientation, l'autorité responsable de l'orientation, la date de début et de fin de l'orientation figurant sur l'avis de la CDAPH, la date de sortie définitive, le motif de sortie définitive, nom et adresse du nouvel établissement ou retour famille, l'état des flux (nombre de jours de présence par mois dans chaque trimestre).

Les informations transmises dans le tableau de suivi trimestriel doivent être vérifiées en amont de l'envoi par l'établissement (les dates doivent être correctes, toutes les entrées et sorties survenues durant le trimestre doivent figurer, le nombre de journées de présence doit être contrôlé).

A défaut de transmission du tableau chaque trimestre, la CPAM de Roubaix-Tourcoing se réserve le droit de suspendre le paiement mensuel.

L'établissement s'engage à transmettre ces données via une déclaration en temps réel dans l'outil « Resid-ESMS » dès lors que cet outil sera opérationnel.

#### **Article 11 : Assurance responsabilité civile de l'établissement**

Conformément aux dispositions de l'article 8 de l'accord cadre du 21 décembre 2011, l'établissement à l'obligation de souscrire une assurance responsabilité civile qui couvre les



éventuels dommages qui pourraient être causés par son activité dans le cadre de cette convention.

Préalablement à tout accompagnement d'un adulte handicapé, l'établissement souscrit à une police d'assurance qui :

- couvre la responsabilité de l'établissement ou des personnes dont il doit répondre pour tout dommage survenu à un bénéficiaire de la prise en charge ou causé par celui-ci. L'assurance doit préciser que le bénéficiaire garde la qualité de tiers et couvrir les dommages jusqu'à concurrence d'un minimum de 2.479.000 euros pour les dommages corporels et 247.900 euros pour les dommages matériels, par sinistre ;
- couvre tout dommage causé par un bénéficiaire qui ne mettrait pas en cause sa responsabilité civile ou tout dommage dont il aurait été victime pendant l'accompagnement.

Dans ce cas, l'assurance doit couvrir le décès d'un montant minimum de 2.479 euros, l'incapacité permanente à concurrence d'un montant minimum de 12.394 euros et les frais de traitement à concurrence d'un montant minimum de 2.479 euros.

#### **Article 12 : Date d'effet, durée, résiliation**

La convention est conclue pour une durée de cinq ans, à compter de son entrée en vigueur. Son renouvellement, pour une durée égale à cinq années, est conditionné à :

- une demande explicite de l'établissement formulée trois mois avant l'échéance ;
- l'analyse et l'appréciation par l'ARS Hauts-de-France des évaluations interne et externe de l'établissement réalisées au cours du cycle de conventionnement.

Le renouvellement sera effectif sous réserve que :

- l'établissement continue de disposer d'un agrément par l'AVIQ qui précise expressément la capacité d'accueil de la totalité des personnes pouvant être pris en charge par l'établissement ;
- l'établissement réalise une évaluation interne dont les résultats seront transmis avant le 30 juin 2024 puis fait réaliser une évaluation externe - par un prestataire habilité par la Haute Autorité de Santé (HAS) - dont les résultats seront transmis avant le 30 juin 2025.

La convention peut être dénoncée à l'échéance par l'une des parties contractantes, moyennant un préavis de 3 mois par lettre recommandée avec accusé de réception.

L'ARS et la CPAM de Roubaix-Tourcoing se réservent le droit de mettre fin à la présente convention pour le cas où l'établissement viendrait à manquer à ses engagements, ce à tout moment et moyennant un préavis de 3 mois.

La présente convention deviendrait également caduque en cas de retrait de l'agrément/autorisation de prise en charge de l'établissement par l'AVIQ.

### Article 13 : Révision de la convention

La convention est modifiable par avenant, à tout moment, sous réserve de l'accord de l'ensemble des parties contractantes.

### Article 14 : Evaluation

Dans le cadre du suivi de la mise en œuvre de l'accord-cadre sur l'accueil des personnes handicapées, l'établissement s'engage à collaborer à tout dispositif d'évaluation réalisé par des prestataires dûment mandatés par la commission mixte ou par les institutions visées à l'article 1<sup>er</sup> de l'arrangement administratif.

### Article 15 : Entrée en vigueur

La présente convention, y compris l'ensemble des annexes, entre en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2022.

### Article 16 : Litiges et droit applicable

Les éventuels litiges seront soumis à la commission de suivi transfrontalière qui s'efforcera de les résoudre à l'amiable.

Toute difficulté d'interprétation ou d'exécution de la présente convention qui ne pourrait être résolue à l'amiable entre les parties, sera soumise au tribunal du lieu où l'obligation a été ou doit être exécutée.

A Lille, le **31 DEC. 2021**

Le Directeur général de l'ARS Hauts-de-France ou son représentant

Pour le Directeur général  
de l'ARS Hauts-de-France  
et par délégation  
Le Directeur général adjoint

Le Directeur de la CPAM de Roubaix-Tourcoing ou son représentant

Jean-Christophe CANLER

L'Administrateur délégué du Saulchoir ou son représentant

HUON Michel  
Administrateur Délégué  
ASBL IMPro "Le Saulchoir"

Le Directeur de l'établissement Le Saulchoir SAFAE 004 ou son représentant,

Caidi Hahnio

Le Directeur de l'établissement Le Saulchoir SAFAE 066 ou son représentant

Alet Berdine

### **Annexes**

- annexe n°1 : Modèle type a minima d'un projet d'établissement (projet médico-socio-pédagogique)
- annexe n°2 : Conditions relatives aux bâtiments de l'établissement
- annexe n°3 : La charte des droits et libertés de la personne accueillie
- annexe n°4 : Composition et fonctionnement du conseil des usagers.
- annexe n°5 : Modèle type de convention de partenariat relative à l'accueil d'une personne ressortissante française majeure sous protection juridique
- annexe n°6 : Tableau d'activité prévisionnelle du cadre budgétaire normalisé
- annexe n°7 : Formulaire de remontée des informations relatives aux événements menaçant la santé, la sécurité ou le bien-être des personnes accueillies
- annexe n°8 : Echancier visant à tendre vers les normes d'infrastructure SAFAE

## **Annexe n°1 : modèle type a minima d'un projet d'établissement**

### **I. PROJET INSTITUTIONNEL**

#### **1. HISTORIQUE/FINALITE**

Histoire du projet  
Valeurs qui fondent le travail  
Références théoriques  
Population cible  
Références théoriques du service et méthodologie de prise en charge des personnes en situation de handicap.  
Finalités du service proposé et besoins à rencontrer...

#### **2. POPULATION ACCUEILLIE**

Nombre/sexes/âge  
Catégories de handicap/pathologies  
Type et lieu  
Origine géographique  
Durée du séjour  
Parents (en vie, présents ou absents, profil d'âge, profil socio-culturel,...)

#### **3. ADMISSIONS ET REORIENTATIONS**

Procédure et critères d'admission  
Procédure et critères de réorientation.

#### **4. MODE DE STRUCTURATION**

##### **a) Inventaire et mode d'utilisation des ressources**

Infrastructure  
Lieu d'implantation, type d'environnement  
Structuration de l'espace (unités de vie, locaux réservés à l'hébergement, aux activités,...)  
Ressources extérieures  
Commerces, services  
Sportives  
Culturelles  
Collaborations avec d'autres services spécialisés ou non  
Personnel  
Volume d'emploi par fonction  
Définition des rôles  
Politique de recrutement: niveau de qualification, diversité des ressources (pluridisciplinarité), équilibre hommes/femmes,...  
Politique de formation (interne et externe): comment est-elle organisée, quelle participation de l'institution dans les frais de formation, qui est sollicité  
Horaires: logique de structuration des horaires

##### **b) Mode de fonctionnement**

Organigramme fonctionnel et hiérarchique  
Structuration des activités :  
\* quels projets d'activités, avec quelles finalités, pour qui...  
\* structuration temporelle (durée, rythme, régularité,...)  
Détermination des indications thérapeutiques : selon quels critères et quelle logique, procédure et délais de révision  
Répartition des bénéficiaires dans les groupes : selon quels critères et quelle logique, procédure de révision de la répartition

## Traitement des réclamations

### c) Procédures de coordination et de concertation

- entre travailleurs: différents types de réunions, rythme, objet, avec quels intervenants
- avec l'extérieur (partenaires): quels partenaires, quels intervenants assurent les contacts
- avec les parents: quel mode de collaboration est prévu, avec quels objectifs, à quel rythme, quels intervenants assurent les contacts
- entre résidents: quel mode de concertation est prévu, à quel rythme, qui assure la gestion des réunions

## **5. MODE D'ÉVALUATION DE LA PERTINENCE DU PROJET INSTITUTIONNEL**

Qui, quand et avec quel mandat

Quelle formalisation en est faite (rédaction du projet institutionnel) par qui

## **II. MODES D'ÉLABORATION ET DE SUIVI DES PROJETS INDIVIDUELS**

- \* mode d'évaluation des compétences et des besoins de chaque personne handicapée: compte tenu de son projet de vie
- \* mode d'élaboration et de suivi des actions (partenaires, responsabilités, délais)
- \* mode d'évaluation des résultats atteints et des stratégies choisies pour ces trois phases de travail
- quelle place est réservée concrètement à la personne et à sa famille
- quels sont les intervenants impliqués prioritairement
- quels sont les outils utilisés

## **Annexe n°2 : conditions relatives aux bâtiments de l'établissement**

### **I. Mesures générales de prévention, de sécurité et de salubrité**

1. Toutes les précautions sont prises pour prévenir, combattre l'incendie et protéger les résidents.
2. Les flammes ouvertes, dégagements de gaz et poussières sont interdits.
3. Les systèmes de chauffage d'appoint sont interdits.
4. L'enveloppe extérieure et la structure portante ne présentent aucun signe de défectuosité et sont régulièrement entretenues.
5. À l'exception des points d'eau techniques, La température de l'eau sanitaire est régulée contre tout risque d'hyperthermie ou d'hypothermie et limitée en tout temps à 40°C au maximum au point de puisage. L'eau y est obligatoirement potable.
6. Un système anti-légionellose est mis en place sur le réseau sanitaire et n'affecte en rien la température de l'eau aux différents points de puisage.
7. Les produits dangereux sont obligatoirement mis sous clefs.
8. Tous les châssis de fenêtres présentent une fonction de verrouillage à l'ouverture.
9. Dans chaque local utilisé par les résidents, au moins un châssis de fenêtre présente la possibilité à son occupant d'accéder à la fonction tombant, en toute autonomie, sans pour autant ôter la fonction de verrouillage à l'ouverture.
10. Les garde-corps sont obligatoires pour toutes baies d'étage ouvrante dont l'allège se situe à moins de 80 centimètres du plancher ou toute surface de plancher accessible située à plus de 80 centimètres du niveau du sol. Ils sont largement ajourés ou vitrés jusqu'à minimum 90 centimètres du sol.
11. Tous nouveaux vitrages sont choisis dans le respect de la dernière norme en vigueur.
12. Les portes et parois vitrées sont repérées visuellement entre 85-100 centimètres et 140-160 centimètres du sol.
13. Les portes de garage débordantes sont interdites.
14. La porte des WC ne peut s'ouvrir vers l'intérieur.
15. Dans les locaux d'activités, les locaux d'hébergement, les locaux sanitaires et les zones de circulations qui y conduisent, une température de min. 22°C peut être atteinte entre 6.00h et 22.00h. Cette température ne peut jamais être limitée sous les 18°C à toute heure sauf dans les locaux d'activités entre 18h00 et 8.00h.
16. En cas de canicule, un lieu de vie doit permettre de maintenir une température maximale de 27°C et être dimensionné pour pouvoir accueillir les résidents.

17. Tout escalier intérieur ou extérieur emprunté par les résidents, y compris les escaliers de secours, présentent une hauteur de marches de maximum 19 centimètres avec une largeur de giron de minimum 26 centimètres, soit un maximum de 36°.

18. La ventilation de tous les locaux est obligatoire et assurée conformément aux dernières normes en vigueur.

19. Des amenées d'air passives sont prévues dans tous les locaux de vie, d'hébergement et d'activités.

20. La ventilation des locaux sanitaires et wc est assurée au minimum par une ventilation mécanique.

21. Les sols et murs et portes des locaux sanitaires sont imputrescibles et lavables jusqu'à minimum 200 centimètres du sol.

22. Le revêtement de sol des locaux sanitaires est anti-dérapant.

23. Tous les locaux sont nettoyés au savon et à l'eau au minimum une fois par semaine.

24. L'eau chaude sanitaire est suffisante pour assurer l'ablution de tous les résidents.

25. Les abords, bâtiments et locaux sont en tout temps propres. Ils sont entretenus régulièrement et protégés de toute humidité et/ou infiltrations d'eau. Les insectes, nuisibles, champignons ou tout autre parasite sont combattus tant à l'intérieur qu'à l'extérieur du service.

26. Toutes les précautions spécifiques sont prises afin d'assurer la sécurité des résidents, en fonction de la configuration des abords privatifs du service.

27. Les dispositifs d'éclairage répondent aux exigences suivantes:

a) Les cheminements qui mènent aux entrées principales des bâtiments sont pourvus d'un éclairage permanent ou par détection. En tout temps, l'éclairage sera de minimum 50 à 100 lux, renforcé à 300 lux au droit des marches et escaliers.

b) Les locaux sanitaires sont pourvus d'un éclairage sans réverbération, non-éblouissant, continu et uniforme de minimum 500 lux.

c) Les zones de circulation et les locaux techniques sont pourvus d'un éclairage sans réverbération, non-éblouissant, continu et uniforme de minimum 200 lux. Un renforcement à 300 lux au droit des marches et escaliers est prévu. L'éclairage est permanent ou sous détection automatique la nuit dans les zones de circulation horizontale et verticales empruntées par les résidents.

d) Les zones de travail sont pourvues d'un éclairage sans réverbération, non-éblouissant, continu et uniforme de minimum 500 lux. Un renforcement à 1500 lux est assuré aux zones destinées à des travaux de précision.

e) S'il présente un risque pour les résidents, l'éclairage par le sol est interdit en extérieur comme en intérieur.

28. Les parkings et garages répondent aux caractéristiques techniques suivantes:

Ils sont signalés.

Ils disposent d'une zone d'embarquement des usagers protégée de la pluie et de la circulation.

29. Le réseau d'égouttage général est approprié, en bon état de fonctionnement et régulièrement entretenu.

30. Au moins une terrasse ou cour privative ou, à défaut, une zone verte publique est accessible en toute sécurité et autonomie. Elle est protégée de la circulation et est aménagée de manière conviviale. Une zone d'ombre y est prévue.

## **II. Normes spécifiques en matière de locaux**

Les services d'accueil et/ou d'hébergement disposent au moins de lieux d'activités, de vie et de repos en ce qui concerne l'hébergement, de thérapies et de soins, et de locaux techniques et professionnels.

### **1. Les lieux d'activités**

1.1 Les services d'accueil et/ou d'hébergement disposent au moins de locaux d'activités distincts répondant aux conditions suivantes:

1.2 La surface au sol des locaux d'activités est de minimum 6 m<sup>2</sup> par usager. Les locaux d'activités sont compris au sens strict du terme (déduction faite des couloirs, sanitaires, des locaux de vie, de thérapies et de soins, et des locaux techniques et professionnels).

Au moins un WC par dix résidents, une salle de douche ou de bain ainsi qu'une zone de repos sont implantés à proximité immédiate des locaux d'activités.

1.3 L'éclairage naturel est obligatoire dans chaque local d'activité. La surface totale des baies vitrées de ces locaux atteint minimum 1/6 ème de la surface du plancher du local.

### **2. Les lieux de vie**

2.1. On entend par lieux de vie, les locaux affectés aux périodes hors activités. Par unité de vie, ils se composent au minimum d'une kitchenette, d'un salon, d'une salle-à-manger, d'une salle de bain adaptée aux besoins des usagers et d'un wc adaptable aux personnes à mobilité réduite.

2.2. La surface au sol de la salle à manger et du salon est de minimum 6 m<sup>2</sup> par usager.

2.3. Les kitchenettes des unités de vie se composent à minima d'un frigo, d'un four à micro-onde, d'un plan de travail et d'un évier et d'une hotte raccordée à l'extérieur du bâtiment si une plaque de cuisson est installée.

2.4. L'éclairage naturel est obligatoire dans le salon et la salle-à-manger. La surface totale des baies vitrées d'un local atteint minimum 1/6 ème de la surface du plancher du local. Les fenêtres permettent une vision normale de l'environnement extérieur en position assise.

### **3. Les lieux de repos**

3.1. La surface au sol des chambres est de minimum:

- 6 m<sup>2</sup> par usager de - de 3 ans.
- 9 m<sup>2</sup> par usager de 3 à 8 ans.
- 12 m<sup>2</sup> par usager de plus de 8 ans

3.2. Les chambres répondent aux caractéristiques suivantes:



- Un lavabo y est mis à disposition de la personne à moins d'en prouver l'incompatibilité vis-à-vis de son handicap. Dans ce cas, les amenées d'eau chaude et froide et l'évacuation seront au minimum prévues en attente à l'arrière d'une paroi de la chambre.

- La chambre est cloisonnée du sol au plafond.

- Une isolation acoustique suffisante y est assurée.

- Les lits superposés sont proscrits.

- Le lit est adapté aux besoins de la personne (cf. lit médicalisé, etc.)

- L'occultation des baies de fenêtres y est assurée quel que soit le handicap du résident.

- Une plaque de porte est prévue afin de matérialiser le caractère privatif de la chambre.

- L'éclairage naturel est obligatoire dans les chambres. La surface totale des baies vitrées d'un local atteint minimum 1/10e de la surface du plancher du local.

- Les fenêtres des chambres permettent une vision normale de l'environnement extérieur en position assise sans risque d'accidents.

#### 4. Les lieux de thérapies et de soins

Ils comprennent à minima:

- Un local polyvalent de consultation para-médical assurant l'intimité et la confidentialité des entretiens

- Un lavabo est prévu par lieu de thérapie et de soins

#### 5. Les locaux techniques et professionnels

Ils se composent à minima de:

- Une cuisine collective

- Un vestiaire homme et femme

- Un wc homme et femme à destination des visiteurs et du personnel

- Un local réservé aux tâches administratives du personnel d'accompagnement et le cas échéant à ses périodes de repos

#### 6. Mesures techniques générales

Les surfaces des lieux d'activités, de vie et de repos susvisées sont calculées nettes, hors murs et cloisons. Sous appentis de toiture, ces surfaces sont calculées à 75 % entre 180 et 200 centimètres du sol, 50 % entre 100 centimètres et 180 centimètres du sol et 0 % sous 100 centimètres.

### **III. Mesures d'humanisation de l'habitat**

1. Les capacités maximales d'accueil et/ou d'hébergement des résidents sont fixées en fonction des modes d'implantation des sites:

- Lorsqu'un site se compose d'un seul bâtiment, sa capacité maximale sera limitée à 40 personnes.

– Lorsqu'un site se compose de plusieurs bâtiments, un maximum de 80 personnes est accueilli et/ou hébergé sur ce site et les bâtiments qui le composent accueillent et/ou hébergent chacun un maximum de 20 personnes.

– Lorsqu'un site correspond à un projet urbanistique plus large, un maximum de 100 personnes en situation de handicap y est accueilli et/ou hébergé et les bâtiments qui le composent accueillent et/ou hébergent chacun un maximum de 20 personnes. Le projet doit amener la mixité entre personnes en situation de handicap et personnes sans handicap, à minima sur les aspects logements. Les personnes sans handicap représentent au minimum 20 % de la population globale de ce projet urbanistique.

## 2. Caractéristiques des sites en milieu urbain et en milieu rural

En zone urbaine, à savoir en agglomération, les sites ne peuvent être contigus. Ils sont séparés par de l'habitat, des zones d'équipements communautaires, d'activités économiques, de services publics ou de loisirs.

En zone rurale, les sites sont distants d'au moins 300 mètres.

## 3. L'unité de vie

L'unité de vie comprend maximum 10 personnes. Elle est constituée de chambres implantées à proximité d'un lieu de vie commun. Ce lieu de vie est lui-même constitué d'un salon, d'une salle à manger, d'un wc séparé, d'une salle de bain comprenant au moins un wc et d'une kitchenette.

## 4. Les chambres

- Les chambres sont individuelles.
- Sur base du projet de vie de résidents, la chambre double est autorisée.
- La chambre laissée libre reste alors obligatoirement à disposition du couple ou du duo.
- Le nombre de chambres doit toujours rester au minimum égal au nombre de bénéficiaires.

## 5. Les locaux d'activités

- Les locaux d'activités sont idéalement situés sur un autre site
- S'ils sont situés sur le même site, ce sera dans un bâtiment différent de celui où se trouvent les unités de vie
- S'ils sont situés dans le même bâtiment, ces lieux doivent être clairement différenciés des unités de vie

## 6. Accueil mixte de résidents majeurs et mineurs

Les résidents majeurs et mineurs sont accueillis et/ou hébergés dans des sites, des bâtiments ou des parties de bâtiments, physiquement scindés et clairement identifiés.

## **Annexe n°3 : la charte des droits et libertés de la personne accueillie**

### **Article 1er : Principe de non-discrimination**

Dans le respect des conditions particulières de prise en charge et d'accompagnement, prévues par la loi, nul ne peut faire l'objet d'une discrimination à raison de son origine, notamment ethnique ou sociale, de son apparence physique, de ses caractéristiques génétiques, de son orientation sexuelle, de son handicap, de son âge, de ses opinions et convictions, notamment politiques ou religieuses, lors d'une prise en charge ou d'un accompagnement, social ou médico-social.

### **Article 2 : Droit à une prise en charge ou à un accompagnement adapté**

La personne doit se voir proposer une prise en charge ou un accompagnement, individualisé et le plus adapté possible à ses besoins, dans la continuité des interventions.

### **Article 3 : Droit à l'information**

La personne bénéficiaire de prestations ou de services a droit à une information claire, compréhensible et adaptée sur la prise en charge et l'accompagnement demandés ou dont elle bénéficie ainsi que sur ses droits et sur l'organisation et le fonctionnement de l'établissement, du service ou de la forme de prise en charge ou d'accompagnement. La personne doit également être informée sur les associations d'usagers oeuvrant dans le même domaine.

La personne a accès aux informations la concernant dans les conditions prévues par la loi ou la réglementation. La communication de ces informations ou documents par les personnes habilitées à les communiquer en vertu de la loi s'effectue avec un accompagnement adapté de nature psychologique, médicale, thérapeutique ou socio-éducative.

### **Article 4 Principe du libre choix, du consentement éclairé et de la participation de la personne**

Dans le respect des dispositions légales, des décisions de justice ou des mesures de protection judiciaire ainsi que des décisions d'orientation :

1° La personne dispose du libre choix entre les prestations adaptées qui lui sont offertes soit dans le cadre d'un service à son domicile, soit dans le cadre de son admission dans un établissement ou service, soit dans le cadre de tout mode d'accompagnement ou de prise en charge ;

2° Le consentement éclairé de la personne doit être recherché en l'informant, par tous les moyens adaptés à sa situation, des conditions et conséquences de la prise en charge et de l'accompagnement et en veillant à sa compréhension.

3° Le droit à la participation directe, ou avec l'aide de son représentant légal, à la conception et à la mise en œuvre du projet d'accueil et d'accompagnement qui la concerne lui est garanti.

Lorsque l'expression par la personne d'un choix ou d'un consentement éclairé n'est pas possible en raison de son jeune âge, ce choix ou ce consentement est exercé par la famille

ou le représentant légal auprès de l'établissement, du service ou dans le cadre des autres formes de prise en charge et d'accompagnement. Ce choix ou ce consentement est également effectué par le représentant légal lorsque l'état de la personne ne lui permet pas de l'exercer directement. Pour ce qui concerne les prestations de soins délivrées par les établissements ou services médico-sociaux, la personne bénéficie des conditions d'expression et de représentation qui figurent au code de la santé publique.

La personne peut être accompagnée de la personne de son choix lors des démarches nécessitées par la prise en charge ou l'accompagnement.

#### **Article 5 : Droit à la renonciation**

La personne peut à tout moment renoncer par écrit aux prestations dont elle bénéficie ou en demander le changement dans les conditions de capacités, d'écoute et d'expression ainsi que de communication prévues par la présente charte, dans le respect des décisions de justice ou mesures de protection judiciaire, des décisions d'orientation et des procédures de révision existantes en ces domaines.

#### **Article 6 : Droit au respect des liens familiaux**

La prise en charge ou l'accompagnement doit favoriser le maintien des liens familiaux et tendre à éviter la séparation des familles ou des fratries prises en charge, dans le respect des souhaits de la personne, de la nature de la prestation dont elle bénéficie et des décisions de justice. En particulier, les établissements et les services assurant l'accueil et la prise en charge ou l'accompagnement des jeunes majeurs ou des personnes et familles en difficultés ou en situation de détresse prennent, en relation avec les autorités publiques compétentes et les autres intervenants, toute mesure utile à cette fin.

Dans le respect du projet d'accueil et d'accompagnement individualisé et du souhait de la personne, la participation de la famille aux activités de la vie quotidienne est favorisée.

#### **Article 7 : Droit à la protection**

Il est garanti à la personne comme à ses représentants légaux et à sa famille, par l'ensemble des personnels ou personnes réalisant une prise en charge ou un accompagnement, le respect de la confidentialité des informations la concernant dans le cadre des lois existantes.

Il lui est également garanti le droit à la protection, le droit à la sécurité, y compris sanitaire et alimentaire, le droit à la santé et aux soins, le droit à un suivi médical adapté.

#### **Article 8 : Droit à l'autonomie**

Dans les limites définies dans le cadre de la réalisation de sa prise en charge ou de son accompagnement et sous réserve des décisions de justice, des obligations contractuelles ou liées à la prestation dont elle bénéficie et des mesures de tutelle ou de curatelle renforcée, il est garanti à la personne la possibilité de circuler librement. A cet égard, les relations avec la société, les visites dans l'institution, à l'extérieur de celle-ci, sont favorisées.

Dans les mêmes limites et sous les mêmes réserves, la personne résidente peut, pendant la durée de son séjour, conserver des biens, effets et objets personnels et, lorsqu'elle est majeure, disposer de son patrimoine et de ses revenus.

### **Article 9 : Principe de prévention et de soutien**

Les conséquences affectives et sociales qui peuvent résulter de la prise en charge ou de l'accompagnement doivent être prises en considération. Il doit en être tenu compte dans les objectifs individuels de prise en charge et d'accompagnement.

Le rôle des familles, des représentants légaux ou des proches qui entourent de leurs soins la personne accueillie doit être facilité avec son accord par l'institution, dans le respect du projet d'accueil et d'accompagnement individualisé et des décisions de justice.

Les moments de fin de vie doivent faire l'objet de soins, d'assistance et de soutien adaptés dans le respect des pratiques religieuses ou confessionnelles et convictions tant de la personne que de ses proches ou représentants.

### **Article 10 : Droit à l'exercice des droits civiques attribués à la personne accueillie**

L'exercice effectif de la totalité des droits civiques attribués aux personnes accueillies et des libertés individuelles est facilité par l'institution, qui prend à cet effet toutes mesures utiles dans le respect, si nécessaire, des décisions de justice.

### **Article 11 : Droit à la pratique religieuse**

Les conditions de la pratique religieuse, y compris la visite de représentants des différentes confessions, doivent être facilitées, sans que celles-ci puissent faire obstacle aux missions des établissements ou services. Les personnels et les bénéficiaires s'obligent à un respect mutuel des croyances, convictions et opinions. Ce droit à la pratique religieuse s'exerce dans le respect de la liberté d'autrui et sous réserve que son exercice ne trouble pas le fonctionnement normal des établissements et services.

### **Article 12 : Respect de la dignité de la personne et de son intimité**

Le respect de la dignité et de l'intégrité de la personne est garanti.

Hors la nécessité exclusive et objective de la réalisation de la prise en charge ou de l'accompagnement, le droit à l'intimité doit être préservé.

#### **Annexe n°4 : composition et fonctionnement du conseil des usagers**

Conformément à l'article 6 de la présente convention, l'établissement a l'obligation de créer un conseil des usagers représentant ceux-ci et, au besoin leurs représentants légaux.

Le conseil des usagers associe les bénéficiaires des prestations au fonctionnement de l'établissement. Il a pour mission de formuler toutes suggestions relatives à la qualité de vie et à l'organisation pratique de l'accueil ou de l'hébergement des usagers.

Les responsables de l'établissement lui transmettent toute information utile à la participation des usagers au projet médico-socio-pédagogique.

Une concertation entre le conseil des usagers et l'établissement est organisée pour :

- les modifications du règlement de fonctionnement ;
- d'importantes modifications aux conditions générales de logement et de vie.

Les responsables de l'établissement veillent à la constitution du conseil des usagers. Ils doivent, en outre, assurer le fonctionnement régulier dudit conseil.

Un membre du personnel en assure le secrétariat.

Le conseil des usagers comporte au moins deux représentants des usagers et un représentant des familles ou des représentants légaux. Le président est élu parmi eux. Les membres sont élus par vote à bulletin secret, à la majorité des votants par et parmi les personnes accueillies et familles ou représentants légaux.

Des représentants du personnel élus par leurs pairs par vote à bulletin secret, à la majorité des votants peuvent également être désignés. Dans ce cas, le nombre des représentants des personnes accueillies, de leurs familles ou de leurs représentants légaux est supérieur à la moitié du nombre total des membres du conseil.

Les membres du conseil des usagers ne peuvent en aucun cas faire partie du pouvoir organisateur du service. La durée de leur mandat est d'un an minimum à trois ans maximum renouvelables.

Le conseil des usagers se réunit au moins trois fois par an ou à la demande des usagers, de leurs représentants légaux ou de l'établissement.

L'établissement veille à ce que la liste des membres du conseil soit communiquée aux usagers et à leurs représentants légaux au moyen d'un tableau d'affichage mis à jour régulièrement. Il veille également à ce que des procès-verbaux des réunions soient établis et soient consignés dans un registre prévu à cet effet.

**Annexe n°5 : modèle type de convention de partenariat relative à l'accueil d'une  
personne ressortissante française majeure sous protection juridique**

**Convention de partenariat**

**Entre**

***Nom Etablissement belge/ personne morale gestionnaire des établissements, dont le siège est  
établi ....., représenté par ... Directeur***

**Et**

***Nom MJPM, dont le siège est établi ..., représenté par ..., Directeur.***

Il est convenu ce qui suit :

**Article 1 :**

Les parties s'engagent à respecter les droits de la personne handicapée ou dépendante et protégée tels qu'ils sont définis par l'article 7 de la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale ainsi que la loi 2007-308 du 5 mars 2007 portant réforme de la protection juridique des majeurs.

Les Chartes afférentes à ces droits sont annexées à la présente convention.

**Article 2 :**

Le contrat de séjour conforme à la loi du 2 janvier 2002 et la convention de prise en charge conforme à l'arrêté du Gouvernement Wallon du 14 Mai 2009, relatif à la prise en charge des personnes handicapées sont signés par les 2 parties. Ils sont élaborés par *Nom établissement belge* avec la participation de la personne protégée, quand son état le permet, et *Nom MJPM*. Est alors défini pour chaque Majeur Protégé l'accompagnement institutionnel proposé dans l'objectif de la promotion individuelle sous la forme d'un projet personnel individualisé.

**Article 3 :**

*Le délégué du mandataire judiciaire (si service MJPM) / (ou) Le Mandataire judiciaire* à la protection des majeurs (MJPM) dispose du droit de visite et d'entretien individuel avec la personne protégée sur son lieu de vie.

Afin de respecter l'organisation des activités de la personne et de l'établissement, le calendrier des visites courantes est établi en concertation avec les responsables de l'établissement d'accueil. Ce calendrier prévoit les thèmes de rencontre qui nécessitent la présence et la participation des représentants de l'établissement : synthèse, bilan, etc....

Cela n'empêche pas le mandataire ou le délégué de visiter à tout moment le résident en cas d'urgence et de nécessité.

**Article 4 (uniquement si service MJPM) :**

*Nom service MJPM* désigne pour chaque personne protégée un délégué du mandataire judiciaire à la protection des majeurs (MJPM) référent. Le Service s'efforcera d'assurer la continuité du mandat de protection, en cas d'indisponibilité du référent.

**Article 5 :**

L'initiative et la responsabilité des procédures administratives relatives à la personne protégée sont organisées entre les deux parties selon le principe suivant :

- *Nom Etablissement belge* : procédures concernant l'accueil dans l'établissement, la prise en charge administrative et financière et les conventions individuelles conclues avec les départements et la CPAM ou tous autres organismes ou institutions pertinents.
- *Nom MJPM* : procédures relatives au statut de la personne (renouvellement des cartes d'identité, des cartes de séjour, des passeports, du dossier d'aide sociale, renouvellement MDPH, dossier sécurité sociale et mutuelle...).

Le calendrier des échéances administratives est établi par chacun en ce qui le concerne et communiqué à l'autre partie.

Chaque partie, sur demande et dans les délais appropriés, apporte à l'autre partie les éléments d'informations, dont elle dispose, nécessaires à ces procédures.

Pour les renouvellements relatifs aux décisions de la commission des droits et de l'autonomie, les dossiers sont présentés au moins 6 mois avant l'échéance afin d'éviter les ruptures de prise en charge.

**Article 6 :**

L'argent de Vie est versé en fonction des besoins et des moyens du Majeur Protégé à partir de son compte individuel. Cette démarche est validée dans le cadre du projet individualisé préalablement établi entre le résident, l'équipe de référence et le *délégué du mandataire / le MJPM*.

OU mais uniquement si l'article précédent ne peut pas convenir pour des modalités techniques avérées et réelles !

*Nom du MJPM* verse mensuellement une certaine somme à titre d'argent de vie, calculée en fonction des besoins de la Personne, sur un compte ouvert par *Nom Etablissement belge*.

En début d'année, *Nom établissement belge* remet l'état des comptes de l'année précédente au MJPM.

**Article 7 :**

*Nom établissement belge* fait parvenir les demandes de budget pour le résident au *délégué du Mandataire / au MJPM*. Celui-ci marque son accord et procède au virement de la somme sur le compte de *Nom établissement belge*.

*Nom établissement belge* fait parvenir les factures ou les tickets de caisse précisant les sommes et la date des achats effectués au sein de l'institution ou dans les commerces extérieurs dans un délai maximum de 6 mois en prévision du respect de la bonne transmission des CRG .

**Article 8 :**



En cas d'incident de paiement de la prise en charge, l'établissement en informe le *délégué du Mandataire / le Mandataire* judiciaire à la protection des majeurs et selon les causes les deux parties se concertent pour coordonner les démarches propres à rétablir le financement et assurer la continuité de l'accueil

**Article 9 :**

En cas de perspective de réorientation, la partie diligente en informe l'autre partie au minimum 3 mois avant l'échéance afin que l'action soit concertée pour transmission, le cas échéant à la Commission des Droits et de l'Autonomie Compétente (CDAPH)

La personne protégée concernée et sa famille est informée et préparée aux modalités concernant son éventuelle orientation.

L'information sera transmise au juge des Tutelles.

En cas de désaccord, chaque partie fait valoir ses arguments à la commission des droits et de l'autonomie (CDAPH et/ou AVIQ).

**Article 10 :**

L'organisation des soins est concertée entre personne protégée, le *délégué du Mandataire / le MJPM* et *Nom établissement belge* en veillant, autant que faire se peut, au maintien des référents médicaux de la personne. Le dossier soigné est tenu par le service médical *Nom établissement belge*.

Le *délégué du Mandataire / Le Mandataire* à la protection des majeurs est informé des modifications importantes de l'état de santé de la personne, des projets d'hospitalisation et se rapproche du service médical ou des médecins pour des informations complémentaires.

En cas d'hospitalisation d'urgence, le *délégué du Mandataire / le Mandataire* judiciaire à la protection des majeurs est informé sans délais.

En cas d'intervention chirurgicale, l'accord du majeur protégé sous tutelle est requis. En cas d'impossibilité, on recherchera celui du représentant légal. Pour les personnes en curatelle, le *délégué du Mandataire / le Mandataire* doit être informé de l'intervention et le majeur protégé signe seul les documents qui le concernent. Il peut être assisté d'une personne de confiance qu'il aura désignée.

**Le refus ou l'impossibilité du Tuteur à donner son consentement n'empêche pas le médecin d'agir si le refus ou l'impossibilité est susceptible d'entraîner des conséquences graves sur l'état de santé de la personne sous Tutelle.**

**Article 11 :**

Lorsque les liens familiaux sont maintenus ils sont forcément intégrés dans le projet de vie du Majeur Protégé. *Nom établissement belge* et *délégué du Mandataire / le Mandataire* se concertent alors sur les modalités de relation avec la famille et sur les informations à transmettre en accord avec la personne protégée.

**Article 12 :**

Lorsqu'il y a décès dans l'établissement d'une personne sous mandat de protection, bien que le mandat cesse aussitôt, *Nom MJPM* reste partie prenante de l'organisation des funérailles en lien avec la famille et concertation avec *Nom établissement belge*. Les parties veilleront au respect des volontés de la personne.

**Article 13 :**

Chaque partie s'engage à développer et à maintenir avec l'autre des liens étroits de collaboration et de partenariat, passant notamment par la communication de toute information quant à des événements ou des faits ayant ou pouvant avoir une influence majeure sur la vie de la personne protégée (exemples : passage à l'acte, fugue, régression...).

**Article 14 :**

Au moins une fois par an, une rencontre entre les responsables de *Nom établissement belge* et *Nom MJPM* permet de faire le point sur la relation entre les deux parties de la convention. Des représentants de l'Agence Régionale de Santé des Hauts de France, de l'AVIQ, des juges des tutelles du tribunal de grande instance concerné ou de la cour d'appel de Douai et des représentants de la Direction Départementale de la Cohésion sociale des Hauts de France peuvent être invités à assister aux échanges et à donner leur(s) avis et recommandation(s) pour la bonne mise en œuvre de cette convention.

Cette rencontre donne lieu à un relevé des questions abordées et propose des précisions et des améliorations de pratique qui peuvent faire l'objet de compléments à la convention.

La présente convention prendra effet au

En double exemplaires originaux dont l'un est remis à chaque partie.

Fait à .....le .....

**Signataires :**

*Signature*  
*MJPM*

*Signature*  
*Etablissement Belge*

## Annexe n°6 : Tableau d'activité prévisionnelle du cadre budgétaire normalisé

**CADRE NORMALISE DE PRESENTATION DU BUDGET PREVISIONNEL D'UN ETABLISSEMENT ET SERVICE SOCIAL  
ET MEDICO-SOCIAL RELEVANT DU I DE L'ARTICLE L.312-1 DU CODE DE L'ACTION SOCIALE ET DES FAMILLES**

	Lits ou places réels n-1	Lits ou places financés	Nombre de jours d'ouverture	Nombre de jours de présences des travailleurs	Nombre de journées théorique	Activité par dérogation			
	(1)	(2)	(3)	(4)	5 = (2) x (3)	Nombre de personnes	Nombre de journées proposées	Nombre de journées adossées	
Activité théorique						(6)	(7)	(8)	
<b>TOTAL</b>									
Externat									
Semi-internat									
Internat									
Autre									
Autre									

  

	Nature	CA n-1	CA n-2	CA n-3	Moyenne	BP n-1	BP proposé n		retenu par tarificateur		
	Activité prévisionnelle	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	Nombre	Taux	Nombre	Taux	
							(14)	(15)	(16)	(17)	(18)
<b>TOTAL en journées</b>											
Externat											
Semi-internat											
Internat											
Autre											
Autre											

**CADRE NORMALISE DE PRESENTATION DU BUDGET PREVISIONNEL D'UN ETABLISSEMENT ET SERVICE SOCIAL  
ET MEDICO-SOCIAL RELEVANT DU I DE L'ARTICLE L.312-1 DU CODE DE L'ACTION SOCIALE ET DES FAMILLES**

### Activité de l'Etablissement ou du Service

Accueil des plus de 20 ans dans les DME

	TOTAL	+ 20 ans orientés CAT, AP (1) et CDTD (2)	+ 20 ans orientés MAS	+ 20 ans orientés Foyer
Nombre de journées prévisionnelles		(1)	(2)	(3)
	(de 1 à 3)			
<b>TOTAL</b>				
Externat				
Semi-internat				
Internat				
Autres				

(1) Atelier protégé

(2) Centre de distribution de travail à domicile

## ANNEXE 7



### Formulaire de remontée des informations relatives aux événements menaçant la santé, la sécurité ou le bien-être des personnes accueillies

Le présent formulaire est destiné à faciliter les échanges d'information entre l'ARS Hauts-de-France et les établissements situés en Wallonie. Il doit être transmis à l'adresse suivante : [ars-hdf-signal@ars.sante.fr](mailto:ars-hdf-signal@ars.sante.fr)

<b>Etablissement, service, lieu de vie, lieu d'accueil</b>
Date et heure de la déclaration :
Nom de la structure :
Nom de l'organisme gestionnaire :
Adresse de la structure :
Téléphone n° :
Courriel :
Fax n° :
Nom et qualité du déclarant :
Autorité(s) administrative(s) informée(s) :
<input type="checkbox"/> ARS <input type="checkbox"/> AVIQ

#### Nature des faits :

*Les exemples cités dans les catégories ci-après ne constituent pas une liste exhaustive, mais ont*

vocation à aider l'établissement à identifier les dysfonctionnements et les événements qui relèvent de l'article 5.1 de la convention :

<p><b>1. Sinistre ou événement météorologique</b></p> <p><i>(par exemple : inondation, tempête, incendie, rupture de fourniture d'électricité, d'eau...)</i></p>	
<p><b>2. Accident ou incident lié à une défaillance technique</b></p> <p><i>(par exemple : pannes prolongées d'électricité, de chauffage, d'ascenseur...)</i></p> <p><b>et événement en santé environnementale</b></p> <p><i>(par exemple : épidémie, intoxication ; légionnelles ; maladies infectieuses...)</i></p>	
<p><b>3. Perturbation dans l'organisation du travail et la gestion des ressources humaines</b></p> <p><i>(par exemple : vacance de poste prolongée, notamment d'encadrement, difficulté de recrutement, absence imprévue de plusieurs personnels, turn over du personnel, grève..., mettant en difficulté l'effectivité de la prise en charge ou la sécurité des personnes accueillies)</i></p>	
<p><b>4. Accident ou incident lié à une erreur ou à un</b></p>	

<p><b>défaut de soin ou de surveillance</b></p> <p><i>(par exemple : erreur dans la distribution de médicament, traitement inadapté, retard dans la prise en charge ou le traitement apporté...)</i></p>	
<p><b>5. Perturbation de l'organisation ou du fonctionnement liée à des difficultés relationnelles récurrentes avec une famille ou des proches ou du fait d'autres personnes extérieures à la structure</b></p> <p><i>(par exemple : conflit important sur la prise en charge d'une personne, menaces répétées, demandes inadaptées, défiance à l'encontre du personnel, activités illicites...)</i></p>	
<p><b>6. Décès accidentel ou consécutif à un défaut de surveillance ou de prise en charge d'une personne</b></p> <p><i>(par exemple : suite à une chute, un accident de contention...)</i></p>	
<p><b>7. Suicide ou tentative de suicide</b></p>	
<p><b>8. Situation de maltraitance envers les usagers</b></p> <p><i>(par exemple : violence physique, psychologique ou morale, agression sexuelle, négligence grave, privation de droit, vol, comportement d'emprise, isolement vis-à-vis des proches, défaut d'adaptation des équipements nécessaires aux personnes à mobilité réduite...)</i></p>	

<p><b>9. Disparition inquiétante</b></p> <p><i>(disparition entraînant la mobilisation des services de police ou de gendarmerie pour rechercher la personne)</i></p>	
<p><b>10. Comportement violent de la part des usagers envers d'autres usagers ou du personnel, au sein de la structure,</b></p> <p><i>(par exemple : agressivité, menaces, violence physique, agression sexuelle...)</i></p> <p><b>ainsi que manquement grave au règlement de fonctionnement</b></p> <p><i>(par exemple : non-respect des règles de vie en collectivité, pratiques ou comportements inadaptés ou délictueux...)</i></p>	
<p><b>11. Actes de malveillance au sein de la structure</b></p> <p><i>(par exemple : détérioration volontaire de locaux, d'équipement ou de matériel, vol...)</i></p>	

Circonstances et déroulement des faits :

Préciser notamment la date et l'heure des faits et de leur constatation

--

Nombre de personnes victimes ou exposées

--

Conséquences constatées au moment de la transmission de l'information

<p><b>Pour la ou les personnes prises en charge</b></p> <p><i>(par exemple : décès, hospitalisation, blessure, aggravation de l'état de santé, changement de comportement ou d'humeur...)</i></p>	
<p><b>Pour les personnels</b></p> <p><i>(par exemple : empêchement de venir sur le lieu de</i></p>	



<i>travail, arrêt maladie, réquisition...)</i>	
<p><b>Pour l'organisation et le fonctionnement de la structure</b></p> <p><i>(par exemple : difficulté d'approvisionnement, difficulté d'accès à la structure ou sur le lieu de prise en charge de la personne, nécessité de déplacer des résidents, suspension d'activité...)</i></p>	

**Demande d'intervention des secours**

Pompiers, Centre 100, police...

<input type="checkbox"/> Oui (préciser) :  <input type="checkbox"/> Non
---

**Mesures immédiates prises par la structure**

<b>Pour protéger, accompagner ou soutenir les personnes victimes ou exposées</b>	
<b>Pour assurer la continuité de la prise en charge, le cas échéant</b>	

<p><b>A l'égard des autres personnes prises en charge ou du personnel, le cas échéant</b></p> <p><i>(par exemple : information à l'ensemble des usagers, soutien psychologique...)</i></p>	
--	--

**Information des personnes concernées, des familles et des proches**

Sous réserve de l'accord de la personne concernée selon la nature des faits

--

**Dispositions prises ou envisagées par la structure**

<p><b>Concernant les usagers ou les résidents</b></p> <p><i>(par exemple : adaptation des soins ou de la prise en charge, révision du projet de soins, soutien, transfert, fin de prise en charge...)</i></p>	
<p><b>Concernant le personnel</b></p>	

<i>(par exemple : formation, sensibilisation, soutien, mesure conservatoire, mesure disciplinaire...)</i>	
<b>Concernant l'organisation du travail</b>  <i>(par exemple : révision du planning, des procédures...)</i>	
<b>Concernant la structure</b>  <i>(par exemple : aménagement ou réparation des locaux ou équipements, information ou communication interne et/ou externe, demande d'aide ou d'appui, notamment à l'autorité administrative, activation d'une cellule de crise, activation d'un plan...)</i>	

**Suites administratives ou judiciaires**

Indiquer les coordonnées des structures saisies et la date

<b>Enquête de police</b>	
<b>Dépôt de plainte</b>	
<b>Signalement au procureur du Roi</b>	

**Evolutions prévisibles ou difficultés attendues**

--

**Répercussions médiatiques**

Le dysfonctionnement ou l'événement peut-il avoir un impact médiatique ?	<input type="checkbox"/> Oui  <input type="checkbox"/> Non
Les médias sont-ils déjà informés de ces faits ?	<input type="checkbox"/> Oui  <input type="checkbox"/> Non
Communication effectuée ou prévue ?	<input type="checkbox"/> Oui
Si oui, préciser : .....	<input type="checkbox"/> Non

## Annexe 8 : Echancier visant à tendre vers les normes d'infrastructure SAFAE

### Conditions relatives aux bâtiments

Objectifs à  
atteindre

#### Objectif d'humanisation de l'habitat avec 3 cas possibles d'implantation :

Soit 1 seul bâtiment : 40 personnes maximum

Soit une structure pavillonnaire avec plusieurs bâtiments :

- 80 personnes maximum
- 20 personnes maximum par bâtiment

Soit un projet urbanistique plus large :

- Maximum 100 personnes en situation de handicap (maximum 20 personnes par bâtiment)
- Il doit amener la mixité entre personnes en situation de handicap et personnes sans handicap, à minima sur les aspects logements
- Les autres publics représentent au minimum 20 % de la population globale de ce projet urbanistique

#### Conditions en fonction de l'environnement :

- en zone urbaine (agglomération) : sites non contigus et séparés par de l'habitat ou des zones d'équipements communautaires, d'activités économiques, de services publics ou de loisirs
- en zone rurale : les sites sont distants de minimum 300 m

#### Les unités de vie :

L'unité de vie comprend maximum 10 personnes

Chambres individuelles (12m<sup>2</sup>/pers) implantées à proximité d'un lieu de vie commun

Lieu de vie = salon + salle à manger + salle de bain adaptable + WC + kitchenette (6 m<sup>2</sup>/pers hors salle de bain).

Eclairage naturel obligatoire dans la salle à manger et le salon.

#### Les chambres individuelles :

La surface au sol des chambres est de minimum :

- 6m<sup>2</sup> par usager de - de 3 ans
- 9m<sup>2</sup> par usager de 3 à 8 ans
- 12m<sup>2</sup> par usager de + de 8 ans

Sur la base du projet de vie de résidents, la chambre double est autorisée

La chambre laissée libre reste alors obligatoirement à disposition du couple ou du duo

Le nombre de chambres doit toujours rester au minimum = au nombre de bénéficiaires

#### Les locaux d'activités :

Les surfaces dévolues aux locaux d'activités distincts des autres lieux de vie = 6 m<sup>2</sup> par résident

Ils sont idéalement situés sur un autre site

S'ils sont situés sur le même bâtiment, ces lieux doivent être clairement différenciés des lieux de vie.

Au moins un WC par dix résidents, une salle de douche ou de bain ainsi qu'une zone de repos sont implantés à proximité immédiate des locaux d'activités.

Eclairage obligatoire dans chaque local d'activités.

#### Accueil mixte de résidents majeurs et mineurs

Les résidents majeurs et mineurs sont accueillis et/ou hébergés dans des sites, des bâtiments ou des parties de bâtiments, physiquement scindés et clairement identifiés

#### Les locaux techniques et professionnels se composent a minima de :

Un lieu de thérapies et de soins (un local assurant l'intimité et la confidentialité)

Une cuisine collective

Un vestiaire homme et femme

Un WC homme et femme à destination des visiteurs et du personnel

Un local réservé aux tâches administratives du personnel d'accompagnement et le cas échéant à ses périodes de repos

<b>Etat des lieux et normes déjà rencontrées au 1er janvier 2022</b>	<p>Structure pavillonnaire.  Les unités de vie accueillent de 10 à 14 résidents.  Toutes les nouvelles constructions sont et seront dotées de chambres individuelles d'au moins 12m<sup>2</sup>  Toutes les unités de vie sont équipées de salle de bain adaptée et adaptable, de WC, de salon et salle à manger.  3/4 unités de vie sont équipées d'une Kitchenette.  Les locaux sont spacieux et lumineux.  Le site de Vaulx n'accueille que des résidents majeurs.</p>
<b>Evolution à mettre en œuvre entre 2022 et 2026</b>	<p>Les unités de vie actuelle accueillent, aujourd'hui, plus de 10 résidents, les travaux à venir pallieront à ce problème.  Des locaux d'activités seront construits en 2022. (Cf Plan ci-joint). Ils seront bien dissociés des lieux de vie.  Un pavillon de 10 lits et deux locaux de vie sera construit courant 2022.</p>
<b>Modalités de mise en œuvre</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Permis à l'urbanisme en cours</li> <li>- Début des travaux décembre 2021 – janvier 2022 pour une fin espérée en décembre 2022</li> <li>- Des volets électriques seront déployés dans les chambres (fin travaux décembre 2021)</li> </ul>
<b>Partenaires associés</b>	<p>Architecte (Mme Ladavid)  Plein pied (Me Falier, rue Nanon 98, 5000 Namur)</p>
<b>Résultats attendus</b>	<p>Favoriser un accueil et un accompagnement de qualité répondant aux besoin des résidents  Répondre aux normes d'infrastructure SAFAE</p>
<b>Echéances</b>	<p>Fin 2022 – Début 2023</p>

## Annexe 8 : Echancier visant à tendre vers les normes d'infrastructure SAFAE

### Conditions relatives aux bâtiments

Objectifs à  
atteindre

#### Objectif d'humanisation de l'habitat avec 3 cas possibles d'implantation :

Soit 1 seul bâtiment : 40 personnes maximum

Soit une structure pavillonnaire avec plusieurs bâtiments :

- 80 personnes maximum
- 20 personnes maximum par bâtiment

Soit un projet urbanistique plus large :

- Maximum 100 personnes en situation de handicap (maximum 20 personnes par bâtiment)
- Il doit amener la mixité entre personnes en situation de handicap et personnes sans handicap, à minima sur les aspects logements
- Les autres publics représentent au minimum 20 % de la population globale de ce projet urbanistique

#### Conditions en fonction de l'environnement :

- en zone urbaine (agglomération) : sites non contigus et séparés par de l'habitat ou des zones d'équipements communautaires, d'activités économiques, de services publics ou de loisirs
- en zone rurale : les sites sont distants de minimum 300 m

#### Les unités de vie :

L'unité de vie comprend maximum 10 personnes

Chambres individuelles (12m<sup>2</sup>/pers) implantées à proximité d'un lieu de vie commun

Lieu de vie = salon + salle à manger + salle de bain adaptable + WC + kitchenette (6 m<sup>2</sup>/pers hors salle de bain).

Eclairage naturel obligatoire dans la salle à manger et le salon.

#### Les chambres individuelles :

La surface au sol des chambres est de minimum :

- 6m<sup>2</sup> par usager de - de 3 ans
- 9m<sup>2</sup> par usager de 3 à 8 ans
- 12m<sup>2</sup> par usager de + de 8 ans

Sur la base du projet de vie de résidents, la chambre double est autorisée

La chambre laissée libre reste alors obligatoirement à disposition du couple ou du duo

Le nombre de chambres doit toujours rester au minimum = au nombre de bénéficiaires

#### Les locaux d'activités :

Les surfaces dévolues aux locaux d'activités distincts des autres lieux de vie = 6 m<sup>2</sup> par résident

Ils sont idéalement situés sur un autre site

S'ils sont situés sur le même bâtiment, ces lieux doivent être clairement différenciés des lieux de vie.

Au moins un WC par dix résidents, une salle de douche ou de bain ainsi qu'une zone de repos sont implantés à proximité immédiate des locaux d'activités.

Eclairage obligatoire dans chaque local d'activités.

#### Accueil mixte de résidents majeurs et mineurs

Les résidents majeurs et mineurs sont accueillis et/ou hébergés dans des sites, des bâtiments ou des parties de bâtiments, physiquement scindés et clairement identifiés

#### Les locaux techniques et professionnels se composent a minima de :

Un lieu de thérapies et de soins (un local assurant l'intimité et la confidentialité)

Une cuisine collective

Un vestiaire homme et femme

Un WC homme et femme à destination des visiteurs et du personnel

Un local réservé aux tâches administratives du personnel d'accompagnement et le cas échéant à ses périodes de repos

<p><b>Etat des lieux et normes déjà rencontrées au 1er janvier 2022</b></p>	<p>Structure pavillonnaire répartie en 3 sites.  Les unités de vie accueillent en moyennes entre 6 et 12 résidents.  Toutes les nouvelles constructions sont et seront dotées de chambres individuelles d'au moins 12m<sup>2</sup>  Toutes les unités de vie sont équipées de salle de bain adaptée et adaptable, de WC, de salon et salle à manger.  Les unités de vie sont équipées d'une Kitchenette.  Les locaux sont spacieux et lumineux.  Le site de Bruyelle n'accueille que des résidents majeurs.</p>
<p><b>Evolution à mettre en œuvre entre 2022 et 2026</b></p>	<p>Les unités de vie actuelle qui accueillent, aujourd'hui, plus de 10 résidents, seront aménagées, à l'avenir, par pallier  Des locaux d'activités et des chambres individuelles seront construits fin 2022 et en 2023. Ils seront bien dissociés des lieux de vie.</p>
<p><b>Modalités de mise en œuvre</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 20 chambres individuelles</li> <li>- 2 à 3 ateliers occupationnels (boulangerie, ferronnerie, mosaïque, musicothérapie)</li> <li>- Un espace en plein air de théâtre et d'inclusion</li> </ul> <p>Sont en projets pour fin 2022 – début 2023</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Transfert de 10 jeunes à potentiel important sur le site d'Ere où des ateliers préparatoires à une entrée en ESAT sont mis en places</li> <li>- 10 chambres individuelles viennent d'être construites, ainsi que des locaux d'activités de jour</li> <li>- Des volets électriques seront déployés dans les chambres</li> <li>- Des panneaux Trespa seront placés pour l'intimité dans les sanitaires</li> </ul>
<p><b>Partenaires associés</b></p>	<p>Architecte (Mme Ladavid)  Plain-pied (Me Falier, rue Nanon 98, 5000 Namur)</p>
<p><b>Résultats attendus</b></p>	<p>Favoriser un accueil et un accompagnement de qualité répondant aux besoins des résidents  Répondre aux normes d'infrastructure SAFAE</p>
<p><b>Echéances</b></p>	<p>Fin 2022 –2023</p>