

PARTIE 2 : Thème 3.3.

***Besoins et offre sociale et sanitaire au travers d'une
approche globale et territoriale***

THEME 3.3 : BESOINS ET OFFRE SOCIALE ET SANITAIRE AU TRAVERS D'UNE APPROCHE GLOBALE ET TERRITORIALE

TABLE DES MATIERES

1.	INTRODUCTION	163
2.	ANALYSE DE LA REPARTITION DES COMPETENCES DANS LES DOMAINES DE LA SANTE ET DE L'AIDE AUX PERSONNES	164
2.1.	Répartition des compétences en ce qui concerne la politique de la santé	165
2.2.	Répartition des compétences en ce qui concerne la politique de l'aide aux personnes	166
3.	INVENTAIRE DE L'OFFRE SOCIALE ET SANITAIRE EN REGION WALLONNE	168
3.1.	Objectif	168
3.2.	Méthodologie	168
3.3.	Inventaire de l'offre sociale et sanitaire en Région wallonne	171
4.	TABLEAUX CROISES	215
4.1.	Introduction	215
4.2.	Politique de la santé	217
4.3.	Politique familiale	244
4.4.	Politique des personnes handicapées	252
4.5.	Politique d'accueil et d'intégration des étrangers	270
4.6.	Politique d'action sociale	271
4.7.	Politique du troisième âge	283
5.	ANNEXES	289

1. INTRODUCTION

L'objectif du programme de travail 2002-2005 consiste une répartition territoriale optimale des soins et services sociaux adaptée aux besoins et pratiques de leurs bénéficiaires ainsi qu'une approche globale et articulée des politiques favorisant l'intégration et l'autonomie des personnes.

Par « soins et services sociaux » on entend l'ensemble des soins et services contribuant à l'intégration et l'autonomie des personnes (incluant tant les structures établies dans le cadre de la politique du troisième âge - maisons de repos, résidences-services,... - que celles instituées dans le cadre de la politique de dispensation des soins - hôpitaux, hôpitaux psychiatriques, services d'aide et de soins à domicile,... - ou encore en ce qui concerne l'accueil et l'hébergement). Ces besoins concernent également des pôles de coordination.

Les résultats opérationnels de cette recherche s'articulent autour de deux objectifs :

- Cartographies articulant à des notions pertinentes de territoire des facteurs et éléments tels que les déplacements "naturels" des personnes, la fréquentation des services, des indicateurs de besoins (âge, revenu, situation socioprofessionnelle, origine, autonomie-dépendance,...) ;
- Analyse croisée de ces différents éléments et apport d'outils conceptuels et opérationnels par rapport à la définition de zones d'intervention et de coordination pertinentes (permettant par exemple de cerner la pertinence de découpages institutionnels existants), à la localisation et la programmation de soins et services, aux types d'articulation.

Compte tenu de ces objectifs, il a été décidé de réaliser la recherche en plusieurs étapes. En premier lieu, étant donné la complexité de la matière, une analyse du partage des compétences dans les domaines de santé et de l'aide aux personnes doit être effectuée. En second lieu, il convient de faire le recensement des outils existants en Région wallonne et destinés à couvrir les besoins dans les domaines de l'aide aux personnes et de la santé. Ces derniers sont ensuite analysés, leurs différences et points communs sont également mis en évidence. Sur cette base, il s'agira d'entreprendre l'analyse territoriale des besoins et d'identifier au travers d'expériences étrangères les méthodes appliquées pour garantir une répartition cohérente et efficace de ces divers services.

Ces résultats seront confrontés à des notions pertinentes de territoire. Il conviendra de proposer des outils conceptuels et opérationnels tant pour la définition de zones d'intervention qu'à la localisation des structures.

2. ANALYSE DE LA REPARTITION DES COMPETENCES DANS LES DOMAINES DE LA SANTE ET DE L'AIDE AUX PERSONNES

Le système socio-sanitaire mis en place en Belgique est complexe à cause de sa structure institutionnelle. La politique de la santé et de l'aide aux personnes sont des matières personnalisables telles que définies par l'article 5, §1, I et II, de la loi spéciale du 8 août 1980²²⁶. Conformément à l'article 128, §1, (ancien 59 bis), de la Constitution, les matières personnalisables sont de la compétence communautaire. Cependant, usant de l'habilitation constitutionnelle que procure l'article 138 de la Constitution, la Communauté française a transféré pour grande partie les matières personnalisables pour lesquelles elle était compétente à la région linguistique de langue française de la Région wallonne suite à l'adoption du décret II du 22 juillet 1993 attribuant l'exercice de certaines compétences de la Communauté française à la Région wallonne et à la Commission communautaire commune²²⁷. Cette situation implique que différents niveaux de pouvoir sont compétents dans le domaine socio-sanitaire à savoir :

- le niveau régional ;
- le niveau communautaire ;
- le niveau fédéral.

Il convient de faire remarquer que l'exercice des compétences transférées par la Communauté française depuis 1994 s'exerce sur le territoire de wallon de langue française, à l'exclusion des communes qui relèvent de la Communauté germanophone. Les compétences transférées dès 1980 par l'Etat fédéral aux régions s'exercent sur tout le territoire wallon y compris dans les communes germanophones.

Les tableaux présentés ci-dessous reprennent les dispositions de la loi spéciale du 8 août 1980 relatives à la répartition des compétences dans les domaines de la santé et de l'action sociale. Elles sont classées selon le pouvoir compétent compte tenu du décret II du 22 juillet 1993.

²²⁶ Loi spéciale du 8 août 1980 portant réformes institutionnelles, M. B. du 15 août 1980.

²²⁷ M. B. du 10 septembre 1993.

2.1. REPARTITION DES COMPETENCES EN CE QUI CONCERNE LA POLITIQUE DE SANTE (ARTICLE 5, §1^{ER}, I, LS²²⁸ 8/8/80)

Région wallonne	Communauté française	Fédéral
La politique de dispensation de soins dans et au dehors des institutions de soins.	<ul style="list-style-type: none"> - Les hôpitaux universitaires ; - Le centre hospitalier de l'Université de Liège ; - L'académie royale de Médecine de Belgique ; - Ce qui relève des missions confiées à l'Office de la Naissance et de l'Enfance (ONE) ; - L'éducation sanitaire ; - Les activités et services de médecine préventive ; - L'inspection médicale scolaire. 	<ul style="list-style-type: none"> - La législation organique ; - Le financement de l'exploitation lorsqu'il est organisé par la législation organique ; - L'assurance maladie invalidité ; - Les règles de base relatives à la programmation ; - Les règles de base relatives au financement de l'infrastructure, en ce compris l'appareillage médical lourd ; - Les normes nationales d'agrément uniquement dans la mesure ou celles-ci peuvent avoir une répercussion sur les compétences visées ci-dessus (sauf tiret 1) ; - La détermination des conditions et de la désignation comme hôpital universitaire conformément à la législation sur les hôpitaux ; - Les mesures prophylactiques nationales.

²²⁸ Loi spéciale.

2.2. REPARTITION DES COMPETENCES EN CE QUI CONCERNE LA POLITIQUE DE L'AIDE AUX PERSONNES (ARTICLE 5, §1^{ER}, II, LS 8/8/80)

Région wallonne	Communauté française	Fédéral
La politique familiale en ce compris toutes les formes d'aide et d'assistance aux familles et aux enfants.	Ce qui relève des missions confiées à l'ONE.	
La politique d'aide sociale en ce compris les règles organiques relatives aux CPAS.		<ul style="list-style-type: none"> - La fixation du montant minimum, des conditions d'octroi et du financement du revenu légalement garanti, conformément à la législation instituant le minimex ; - Les matières relatives aux CPAS, réglées par les articles 1^{er} et 2 et dans les chapitres IV, V et VII de la loi organique du 8 juillet 1976 relative aux CPAS ; - Les matières relatives aux CPAS réglées par la loi du 2 avril 1965 relative à la prise en charge des secours accordés par les commissions d'assistance publique ; - Les règles relatives aux CPAS des communes visées à l'article 6 et 7 des lois sur l'emploi des langues en matière administrative, coordonnées le 18 juillet 1966, et des communes de Comines-Warneton et Fourons, inscrites dans les articles 6, §4, et 27 bis, §1^{er}, dernier alinéa, de la loi du 9 août 1988 portant modification de la loi communale, de la loi organique des CPAS, de la loi provinciale, du code électoral, de la loi organique des élections provinciales et la loi organisant l'élection simultanée pour les Chambres législatives et les conseils provinciaux.
La politique d'accueil et d'intégration des étrangers.		
La politique des handicapés, en ce compris la formation, la reconversion et le recyclage professionnel des handicapés.	Les normes déterminant les catégories de personnes handicapées prises en charge.	<ul style="list-style-type: none"> - Les règles et le financement des allocations aux handicapés en ce compris les dossiers individuels ; - Les règles relatives à l'intervention financière pour la mise au travail de travailleurs handicapés, octroyée aux employeurs occupant des handicapés.
La politique du troisième âge.		La fixation du montant minimum, des conditions d'octroi et du financement du revenu légalement garanti aux personnes âgées.

	<p>La protection de la jeunesse, en ce compris la protection sociale et la protection judiciaire.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Les règles de droit civil relatives au statut des mineurs et de la famille, telles qu'elles sont établies par le Code civil et les lois qui le complètent ; - Les règles de droit pénal érigeant en infraction les comportements qui contreviennent à la protection de la jeunesse et établissant des peines qui punissent ces manquements, en ce compris les dispositions qui ont trait aux poursuites, sans préjudice de l'article 11 de la LS du 8 août 1980 ; - De l'organisation des juridictions de la jeunesse, de leur compétence territoriale et de la procédure devant ces juridictions ; - De la détermination des mesures qui peuvent être prises à l'égard des mineurs ayant commis un fait qualifié d'infraction ; - De la déchéance de l'autorité parentale et de la tutelle sur les prestations familiales ou autres allocations sociales.
	<p>L'aide sociale aux détenus en vue de leur réinsertion sociale.</p>	

3. INVENTAIRE DE L'OFFRE SOCIALE ET SANITAIRE EN REGION WALLONNE

3.1. OBJECTIF

Il s'agit d'effectuer un relevé des outils offrant des services dans les domaines social et sanitaire en Région wallonne. Le recensement permettra de déterminer l'offre des services existant en Région wallonne dans ces matières. Ceux-ci sont analysés en fonction de 6 axes principaux :

- Le cadre juridique ;
- Le cadre institutionnel ;
- L'objet et les missions ;
- Les bénéficiaires ;
- Le champ d'application territorial ;
- Le mode de financement.

L'inventaire permettra également de mettre en évidence les divergences et convergences entre les outils. Cet objectif sera rencontré par la réalisation de tableaux croisés (voir point 1.4).

3.2. METHODOLOGIE

Préalablement à l'étude proprement dite des instruments, une sélection de ceux-ci a dû être réalisée. Effectivement, compte tenu de la répartition des compétences en matière sociale et sanitaire, les outils relevant de tous les niveaux de pouvoir, il était utile de déterminer quels outils relevant de quel pouvoir devaient être étudiés.

En effet, certains instruments sont de la compétence exclusive de la Région, de la Communauté ou du pouvoir fédéral. Il en existe d'autres pour lesquels la Région dispose d'une certaine influence mais qui sont hors de son champ d'application.

Il a été décidé de ne retenir que les instruments suivants :

- Ceux qui relèvent de la compétence exclusive de la Région ;
- Ceux qui relèvent du pouvoir fédéral mais sur lesquels la Région a une certaine influence ;
- Ceux qui relèvent de la Communauté française mais qui ont un lien étroit avec les instruments régionaux.

Par ailleurs, les outils les plus pertinents, compte tenu des objectifs assignés à la recherche, ont été retenus. En effet, l'intervention dans le domaine socio-sanitaire génère un nombre impressionnant d'initiatives qui ne s'inscrivent pas toujours dans un cadre légal prédéfini. Un certain nombre de critères de sélection des outils a par conséquent dû être déterminé. Il a été décidé de se focaliser sur les structures pouvant être localisées géographiquement. Par exemple, il existe des aides matérielles individuelles octroyées ; ces dernières n'ont pas été prises en considération. Par ailleurs, seules les structures organisées par un cadre réglementaire en vigueur ou en préparation sont analysées.

L'inventaire se présente sous la forme d'un tableau synthétique avec différentes colonnes sélectionnées en fonction des objectifs assignés à la recherche. Ainsi, pour chaque outil étudié, les éléments suivants sont analysés :

- Le cadre juridique, à savoir les normes offrant une base légale aux outils ou ayant une certaine influence sur eux. Afin de tenir compte de l'évolution constante de la législation en la matière, il a été convenu d'intégrer les textes en préparation dans l'étude ;
- Le cadre institutionnel, qui permet d'identifier le pouvoir compétent ou les interactions entre les niveaux de pouvoir ;
- L'objet et les missions ;
- Les bénéficiaires, c'est-à-dire les personnes qui peuvent profiter des services ;
- Le champ d'application territorial, qui identifie les éléments ayant un impact sur l'offre des services. Il peut s'agir d'un seuil fixé dans les textes fondateurs ou d'autres critères comme par exemple une limitation du nombre de lits, notamment en ce qui concerne les hôpitaux ;
- Le mode de financement.

Enfin, sont également mentionnées la forme juridique que peut revêtir l'outil ainsi que l'autorité compétente pour le créer et/ou pour accorder l'agrément.

L'analyse des éléments figurant dans l'inventaire consiste en une étude des textes juridiques en vigueur. Les textes en préparation ont été pris en considération pour les structures dont le cadre légal est en cours d'élaboration.

Initialement, l'étude des outils par autorité compétente avait été envisagée. Il s'est rapidement avéré que cette méthode n'était pas la plus pertinente. En effet, les sphères de compétences ne peuvent parfois pas être distinguées nettement. Par exemple, il appartient au pouvoir fédéral d'élaborer la loi organique des hôpitaux mais c'est la Région wallonne qui a le pouvoir d'accorder l'agrément. De plus, des points communs entre instruments sont d'emblée apparus. Les services étudiés ont donc été regroupés par thématique.

La classification suivante a pu être établie :

- Politique de santé ;
 - . Hôpitaux généraux ;
 - . Hôpitaux universitaires ;
 - . Secteur psychiatrique ;
 - . Santé ambulatoire ;
 - . Guidance et traitement des auteurs d'infractions à caractère sexuel ;
 - . Accompagnement à domicile ;
 - . Divers.
- Politique familiale ;
 - . Accueil, hébergement et accompagnement des personnes en difficultés sociales.
- Politique des personnes handicapées ;
 - . Intégration sociale et professionnelle ;
 - . Services non-résidentiels ;
 - . Services résidentiels.
- Politique d'accueil et d'intégration des étrangers ;
- Politique d'action sociale ;
 - . Aide sociale ;
 - . Aide aux justiciables ;
 - . Lutte contre le surendettement ;
 - . Insertion sociale.
- Politique du troisième âge.

La répartition des compétences telle que présentée dans la loi spéciale de réformes institutionnelles du 8/8/80²²⁹ a servi de fondement à l'élaboration d'un premier regroupement par famille de structures. Cette classification a été précisée en tenant compte de la façon dont ils sont gérés par la DGASS et des travaux préparatoires des textes relatifs à la répartition des compétences en la matière. Elle permet d'emblée d'effectuer certains recouvrements indispensables à la réalisation des tableaux croisés.

²²⁹ Article 5, M. B. du 15 août 1980.

3.3. INVENTAIRE DE L'OFFRE SOCIALE ET SANITAIRE EN REGION WALLONNE

3.3.1. Politique de santé						
Nomenclature ²³⁰	Cadre juridique	Cadre institutionnel	Objet et Missions	Bénéficiaires	Champ d'application territorial	Financement
• Hôpitaux généraux						
<p>Hôpitaux généraux (F + RW)</p> <p><i>Gérés par une personne morale de droit privé ou de droit public (art. 1^{er} de la loi sur les hôpitaux).</i></p> <p><i>Agréés par la Région wallonne (art. 70 bis de la loi sur les hôpitaux).</i></p>	<p>Loi sur les hôpitaux du 23 décembre 1963, coordonnée le 7 août 1987 (M. B. du 7 octobre 1987). Cette loi a été modifiée pour la dernière fois par une loi du 14 janvier 2002 (M. B. du 22 février 2002).</p>	<p>Matière visée à l'article 128, § 1^{er}, de la Constitution.</p> <p>L'autorité fédérale :</p> <p>établit la loi organique ;</p> <p>établit les règles de programmation ;</p> <p>fixe les normes d'agrément ;</p> <p>élabore la réglementation de base concernant le financement des infrastructures ;</p> <p>finance le fonctionnement des hôpitaux.</p> <p>La Région wallonne :</p> <p>agrée les hôpitaux lorsqu'ils répondent aux normes fixées par la loi ;</p> <p>inspecte ;</p> <p>applique les règles de base relatives à la programmation.</p> <p>(art. 5, I, LS du 8 août 1980 et art. 3, 3^o, du DRW²³¹ II du 22 juillet 1993²³²).</p>	<p>Établissements de soins de santé où des examens et/ou des traitements spécifiques de médecine spécialisée, relevant de la médecine, de la chirurgie et éventuellement de l'obstétrique, peuvent être effectués ou appliqués à tout moment dans un contexte pluridisciplinaire, dans les conditions de soins et le cadre médical, médico-technique, paramédical et logistique requis et appropriés, pour ou à des patients qui y sont admis et peuvent y séjourner, parce que leur état de santé exige cet ensemble de soins afin de traiter ou de soulager la maladie, de rétablir ou d'améliorer l'état de santé ou de stabiliser les lésions dans les plus brefs délais.</p> <p>(art. 2 de la loi sur les hôpitaux).</p>	<p>Patients qui y sont admis (et peuvent y séjourner) parce que leur état de santé exige un ensemble de soins procuré par l'hôpital.</p> <p>(art. 2 de la loi sur les hôpitaux).</p> <p>Remarque : les bénéficiaires varieront en fonction des services, fonctions instaurés dans l'hôpital.</p>	<p>Le nombre de lits existants au 1 juillet 1982 ne peut pas être dépassé. Des mécanismes de désaffectation ont été mis en place en vue de créer des lits dans des services où certains besoins se faisaient sentir.</p> <p>(art. 29, §2, de la loi sur les hôpitaux).</p> <p>Voir annexe²³³.</p>	<p>Budget des moyens financiers (fixé pour chaque hôpital par le Ministre fédéral de la santé et dans les limites d'un budget global pour le Royaume) couvrant de manière forfaitaire :</p> <p>les frais résultant de séjour en chambre commune (intervention du patient si séjour en chambre individuelle ou de deux patients) ;</p> <p>la dispensation des soins aux patients de l'hôpital (y compris en hospitalisation de jour) ;</p> <p>les coûts de certaines prestations.</p> <p>(art. 87 et suivants de la loi sur les hôpitaux et AR²³⁴ du 25 avril 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux, M. B. du 30 mai 2002).</p> <p>Subvention complémentaire afin de couvrir les coûts spécifiques générés par l'hôpital ayant un profil de patient très faible sur le plan socio-économique.</p> <p>(art. 102, § 2, de la loi sur les hôpitaux).</p>

²³⁰ Plus précisément, cette colonne reprend la dénomination de la structure étudiée, le niveau de pouvoir compétent (RW pour la Région wallonne, F pour le pouvoir fédéral et CF pour la Communauté française), la forme juridique que l'institution doit revêtir, les personnes qui sont à l'origine de la création de la structure et l'autorité compétente pour l'agrément.

²³¹ Décret régional wallon.

²³² Décret II du 22 juillet 1993 attribuant l'exercice de certaines compétences de la Communauté française à la Région wallonne et à la Commission communautaire commune, M. B. du 10 septembre 1993.

²³³ La législation relative à la programmation des hôpitaux est prolifique. Il a été jugé opportun de l'insérer dans une annexe pour des raisons pratiques.

²³⁴ Arrêté royal.

						<p>Intervention de la ou des commune(s) pour financer le déficit dans les comptes de gestion des hôpitaux des CPAS, des associations de CPAS et des intercommunales. Toutes les recettes et les charges sont prises en considération sauf les déficits issus d'activités ne relevant pas de l'hôpital et/ou d'activités dont il n'est pas tenu compte pour la fixation du budget des moyens financiers. Déficit supporté par la commune dont le CPAS gère l'hôpital.</p> <p>(art. 109 de la loi sur les hôpitaux).</p> <p>Subvention pour les frais de construction et de reconditionnement, pour les frais de premier équipement et de première acquisition et pour les frais d'investissement de l'appareillage médical lourd. Ne concerne que les hôpitaux visés à l'alinéa 1 de l'art. 46 de la loi sur les hôpitaux.</p> <p>(art. 46 de la loi sur les hôpitaux).</p>
• Hôpitaux universitaires						
<p>Hôpitaux universitaires (F + CF)</p> <p><i>Désignation par le Ministre de la santé publique, sur proposition des autorités académiques d'une université belge, et après avis du Conseil national des établissements hospitaliers (art. 1^{er} de l'AR du 14 novembre 1978).</i></p>	<p>Loi sur les hôpitaux du 23 décembre 1963, coordonnée le 7 août 1987 (M. B. du 7 octobre 1987). Cette loi a été modifiée pour la dernière fois par une loi du 14 janvier 2002 (M. B. du 22 février 2002).</p> <p>AR du 14 novembre 1978 fixant les conditions de désignation en qualité d'hôpital ou de service hospitalier universitaires (M. B. du 14 décembre 1978).</p> <p>AR du 24 décembre 1980 fixant le nombre maximum de lits qui est d'application pour la programmation des hôpitaux universitaires (M. B. du 24 janvier 1981).</p>	<p>Voir hôpitaux généraux. Cependant, les hôpitaux universitaires, du fait de leur lien avec l'enseignement, restent de la compétence de la Communauté française (et non de la Région wallonne).</p> <p>(art. 5 LS 8 août 1980 et art. 3, 3^o, du DRW II du 22 juillet 1993).</p>	<p>Hôpitaux qui prodiguent des soins (voir hôpitaux généraux) et suivent également des missions d'enseignement clinique, de recherche scientifique appliquée, de développement de nouvelles technologies et de l'évaluation des activités médicales.</p> <p>(art. 4 de la loi sur les hôpitaux).</p>	<p>Patients qui y sont admis (et peuvent y séjourner) parce que leur état de santé exige un ensemble de soins procuré par l'hôpital.</p> <p>(art. 2 de la loi sur les hôpitaux).</p> <p><u>Remarque</u> : les bénéficiaires varieront en fonction des services instaurés dans l'hôpital.</p>	<p>Un seul hôpital peut être désigné pour chaque université qui dispose d'une faculté de médecine offrant un cursus complet.</p> <p>(art. 4, al. 2, de la loi sur les hôpitaux).</p> <p>Le nombre maximum de lits pour la programmation des hôpitaux universitaires est fixé à 7.405 pour le Royaume. Des maxima sont fixés par universités :</p> <p>Kijksuniversiteit te Gent : 1.165 (90 lits au minimum et 120 lits au maximum doivent être désignés dans la province de Flandre occidentale) ;</p> <p>Universitaire Instelling Antwerpen : 881 ;</p> <p>Vrije Universiteit Brussel : 616 ;</p> <p>KUL : 1.428 (60 lits minimum et 80 lits maximum doivent être désignés dans la province de Flandre occidentale et 150 minimum et 200 maximum dans la province du Limbourg) ;</p> <p>Ulg : 935 ;</p>	<p>Voir financement des hôpitaux généraux.</p> <p>Subvention complémentaire pour les tâches spécifiques des hôpitaux universitaires (services, fonctions, programme) notamment dans les domaines des soins aux patients, de l'enseignement clinique, de la recherche scientifique appliquée, du développement de nouvelles technologies et de l'évaluation des activités médicales.</p> <p>(art. 102, § 1^{er}, de la loi sur les hôpitaux).</p>

					ULB : 1.190 (200 lits doivent être désignés dans la province du Hainaut) ; UCL : 1.190. (art. 1 et 2 de l'AR du 24 décembre 1980). Voir annexe.	
• Secteur psychiatrique						
Hôpitaux psychiatriques (F + RW) <i>Gérés par une personne morale de droit privé ou de droit public (art. 2 de la loi sur les hôpitaux).</i>	Loi sur les hôpitaux du 23 décembre 1963, coordonnée le 7 août 1987 (M. B. du 7 octobre 1987). Cette loi a été modifiée pour la dernière fois par une loi du 14 janvier 2002 (M. B. du 22 février 2002).	Voir hôpitaux généraux. (art. 5 LS 8 août 1980 et art. 3, 3°, du DRW II du 22 juillet 1993).	Hôpitaux exclusivement destinés à des patients psychiatriques. (art. 3 de la loi sur les hôpitaux).	Patients psychiatriques. (art. 3 de la loi sur les hôpitaux).	Le nombre de lits existants au 1 juillet 1986 ne peut pas être dépassé. (art. 29, § 2, de la loi sur les hôpitaux). Voir annexe.	Voir hôpitaux généraux. (à l'intérieur du budget global fédéral, deux groupes sont distingués : les hôpitaux généraux et les hôpitaux psychiatriques).
Centres hospitaliers psychiatriques (RW) <i>Organismes d'intérêt public dotés de la personnalité juridique (art. 3 du DRW du 6 avril 1995). Créés par la Région wallonne (art. 3 du DRW du 6 avril 1995).</i>	DRW du 6 avril 1995 relatif à la gestion des hôpitaux psychiatriques de la Région wallonne (M. B. du 5 juillet 1995). Ce décret a été modifié par : le DRW du 22 janvier 1998 (M. B. du 4 février 1998) ; l'AGW ²³⁵ du 13 décembre 2001 (M. B. du 8 janvier 2002) ; le DRW du 13 mars 2003 (M. B. du 3 avril 2003). AGW du 9 novembre 1995 portant exécution du DRW du 6 avril 1995 relatif à la gestion des hôpitaux psychiatriques de la Région wallonne (M. B. du 22 décembre 1995). Cet arrêté a été modifié pour la dernière fois par un AGW du 27 mars 2003 (M. B. du 30 avril 2003).	Matière visée à l'article 128, § 1 ^{er} , de la Constitution. Région wallonne compétente en vertu du DRW II du 22 juillet 1993 attribuant l'exercice de certaines compétences de la Communauté française à la Région wallonne et à la Commission communautaire française (M. B. du 10 septembre 1993) pris en application de l'article 138 de la Constitution. (art. 1 du DRW du 6 avril 1995). Ils agissent et développent leurs activités dans le cadre de la législation sur les hôpitaux (cette dernière définit les contraintes et objectifs qui s'imposent aux hôpitaux psychiatriques, à leurs gestionnaires et dirigeants).	Gérer l'hôpital psychiatrique et la maison de soins psychiatriques, y compris leurs services techniques et administratifs. Exercer des activités complémentaires liées à l'exercice de cette mission. Ils sont spécialisés dans la prise en charge et le traitement des maladies nerveuses. (art. 4 et 5 du DRW du 6 avril 1995).	Sont composés : d'un hôpital psychiatrique (donc des patients psychiatriques) ; d'une maison de soins psychiatriques (donc des bénéficiaires de ces institutions) ; d'une unité prenant en charge des personnes soumises à des mesures de défense sociale.	Il y a deux centres hospitaliers psychiatriques régionaux : un situé à Tournai (centre hospitalier psychiatrique Les Marronniers) et un situé à Mons (centre hospitalier psychiatrique du Chêne aux Haies). (art. 3 du DRW du 6 avril 1995).	Recettes provenant de ses activités du centre ; Recettes du patrimoine du centre ; Soldes non utilisés des exercices antérieurs ; Fonds de roulement à charge de la Région ou de subventions ; Emprunts contractés par le centre en vue de réaliser son objet social. (art. 12 du DRW du 6 avril 1995).
Initiatives d'habitations protégées (F + RW) <i>Doivent émaner d'une association agréée</i>	Loi sur les hôpitaux du 23 décembre 1963, coordonnée le 7 août 1987 (M. B. du 7 octobre 1987), articles 6, 33 à 35. Cette loi a été modifiée pour la dernière fois le 14 janvier 2002 (M. B. du 22 février 2002). AR du 10 juillet 1990 fixant les	La Région wallonne a en charge l'agrément et l'inspection des initiatives d'habitations protégées. (art. 5, § 1 ^{er} , l, 1°, LS du 8 août 1980).	Héberger et accompagner des personnes qui ne nécessitent pas un traitement continu en hôpital et qui, pour des raisons psychiatriques, doivent être aidées dans leur milieu de vie et de logement pour l'acquisition d'aptitudes sociales pour lesquelles des activités de jour adaptées doivent être organisées.	Patients psychiatriques ne nécessitant pas un traitement continu en hôpital. (art. 2 de l'AR du 10 juillet 1990).	Il est interdit de procéder, sans autorisation spécifique, à la mise en service d'habitations protégées. Cette autorisation est accordée si la mise en service s'accompagne, dans les hôpitaux, d'une réduction équivalente du nombre de lits. 0,5 place maximum par 1.000 habitants peut être mise en	Subvention fédérale annuelle couvrant de manière forfaitaire les frais de fonctionnement (personnel, enregistrement du résumé psychiatrique minimum, fonction médicale). Indemnité unique d'installation.

235 Arrêté du Gouvernement wallon.

<p><i>d'institutions et de services psychiatriques (art. 12, § 1, de l'AR du 10 juillet 1990).</i></p>	<p>normes d'agrément des initiatives d'habitations protégées pour des patients psychiatriques (M. B. du 26 juillet 1990). Cet arrêté a été modifié pour la dernière fois par l'AR du 5 juin 2000 (M. B. du 14 juillet 2000).</p> <p>AR du 16 juin 1999 fixant le nombre maximum de places d'habitations protégées pouvant être mis en service ainsi que les règles relatives à la réduction équivalente d'un certain nombre de lits d'hôpitaux comme visé à l'article 35 de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987 (M. B. du 29 septembre 1999).</p> <p>AR du 18 juillet 2001 fixant les règles selon lesquelles le budget des moyens financiers, le quota de journée de séjour et le prix de la journée de séjour sont déterminés pour les initiatives d'habitations protégées (M. B. du 26 septembre 2001). Cet arrêté a été modifié par un AR du 10 mars 2003 (M. B. du 2 avril 2003).</p>		<p>Le séjour dans cette structure est justifié aussi longtemps que la personne concernée ne peut pas être totalement réintégrée dans la vie sociale.</p> <p>Permettre au patient, moyennant un certain accompagnement, de vivre de la façon la plus autonome possible.</p> <p>(art. 2 de l'AR du 10 juillet 1990).</p>		<p>service. Dans le cadre de cette programmation, 0,1 place par 1.000 habitants peut être créée pour les habitations prévues pour une seule personne.</p> <p>(art. 7 bis de l'AR du 10 juillet 1990 et art. 2 de l'AR du 16 juin 1999).</p>	<p>(art. 1^{er} de l'AR du 18 juillet 2001).</p>
<p>Maisons de soins psychiatriques (F + RW)</p> <p><i>Agrément spécial accordé à des hôpitaux psychiatriques ou des parties d'hôpitaux psychiatriques existants qui sont reconvertis en services résidentiels pour l'hébergement en respectant l'établissement en dehors du site de l'hôpital (art. 1 de l'AR du 10 juillet 1990).</i></p>	<p>Loi du 27 juin 1978 modifiant la législation sur les hôpitaux et relative à certaines autres formes de dispensation de soins (M. B. du 12 juillet 1978). Cette loi a été modifiée pour la dernière fois par la loi du 25 janvier 1999 (M. B. du 6 février 1999) (art. 5).</p> <p>AR du 10 juillet 1990 fixant les normes pour l'agrément spécial des maisons de soins psychiatriques (M. B. du 26 juillet 1990). Cet arrêté a été modifié pour la dernière fois par l'AR du 13 décembre 2002 (M. B. du 31 décembre 2002).</p> <p>AM²³⁶ du 10 juillet 1990 fixant le nombre programme pour les maisons de soins psychiatriques (M. B. du 26 juillet 1990).</p> <p>AR du 16 juin 1999 précisant la réduction équivalente d'un certain nombre de lits d'hôpitaux comme visé à l'article 5, §4, alinéa 1^{er}, de la loi du 27 juin 1978 modifiant la législation sur les hôpitaux et relative à certaines autres formes de soins (M. B. du 29 septembre 1999).</p>	<p>La Région wallonne a en charge l'agrément et l'inspection des maisons de soins psychiatriques.</p> <p>(art. 5, § 1^{er}, l. 1^o, LS du 8 août 1980).</p>	<p>Dispenser un ensemble de soins permettant de raccourcir le séjour en hôpital ou de l'éviter.</p> <p>(art. 1 de l'AR du 10 juillet 1990).</p>	<p>Personnes qui présentent un trouble psychique chronique stabilisé et les handicapés mentaux pour autant qu'ils :</p> <ul style="list-style-type: none"> ne requièrent pas un traitement hospitalier ; n'entrent pas en ligne de compte pour une admission en maison de repos et de soins en raison de leur état psychique (uniquement pour personnes présentant des troubles psychiques) ; n'entrent pas en ligne de compte pour l'habitation protégée ; ne nécessitent pas une surveillance psychiatrique non-interrompue ; n'entrent pas en ligne de compte pour une admission dans une institution médico-pédagogique (pour les handicapés mentaux) ; <p>nécessitent un accompagnement</p>	<p>Le nombre programme de lits dans les maisons de soins psychiatriques est fixé à 0,6 lits par 1.000 habitants.</p> <p>(art. 1 de l'AM du 10 juillet 1990).</p> <p>L'agrément spéciale relative à un nombre de lits de soins ne peut être accordée que si elle va de pair avec une réduction équivalente de lits hospitaliers dans des services hospitaliers désaffectés.</p> <p>(AR du 16 juin 1990).</p>	<p>L'Etat prend en charge une partie du prix de l'hébergement des maisons de soins psychiatriques.</p> <p>(AR du 2 janvier 1991 fixant les règles selon lesquelles une partie du prix d'hébergement des maisons de soins psychiatriques est mis à charge de l'Etat, modifié par un AR du 17 décembre 2002, M. B. du 2 janvier 2003).</p>

236 Arrêté ministériel.

septembre 1999).			continu. (art. 3 de l'AR du 10 juillet 1990).	
------------------	--	--	--	--

• Santé ambulatoire

<p>Associations de santé intégrée (RW)</p> <p><i>Associations sans but lucratif (art. 2, 1^o, de DCF du 29 mars 1993).</i></p> <p><i>Initiative issue d'une autorité publique ou privée (art. 4, 2^o, de l'AGW du 27 mai 1999).</i></p> <p><i>Agréées par la Région wallonne (art. 5 de l'AGW du 27 mai 1999).</i></p>	<p>DCF²³⁷ du 29 mars 1993 relatif à l'agrément et au subventionnement des associations de santé intégrée (M. B. du 27 mai 1993). Ce décret a été modifié par le DRW du 24 novembre 1994 (M. B. du 18 janvier 1995).</p> <p>AGW du 27 mai 1999 relatif à l'agrément et à l'évaluation des associations de santé intégrée ainsi qu'aux subventions octroyées à ces associations (M. B. du 26 juin 1999).</p>	<p>Matière visée à l'article 128, § 1^{er}, de la Constitution.</p> <p>Région wallonne compétente en vertu du DRW II du 22 juillet 1993 attribuant l'exercice de certaines compétences de la Communauté française à la Région wallonne et à la Commission communautaire française (M. B. du 10 septembre 1993) pris en application de l'article 138 de la Constitution.</p>	<p>Dispenser des soins au travers d'une équipe pluridisciplinaire en matière médico-psycho-sociale dans une approche globale (organique, psychologique et sociale). Le sujet est considéré comme ayant une histoire personnelle et s'intégrant dans un environnement familial, professionnel et socio-économique. Ces soins intégrés sont octroyés en incluant la prévention qui peut être réalisée, soit lors de contacts individuels, soit lors des actions menées vis-à-vis d'une population définie. Des soins continus sont octroyés en assurant la synthèse, la maîtrise et le suivi de l'information relative à l'ensemble des problèmes de santé vécus par le patient tout au long de sa prise en charge, à quelque niveau que ce soit.</p> <p>(art. 1, 1^o, de DCF du 29 mars 1993).</p> <p>S'il échet, dans les zones à forte densité de population étrangère ou d'origine étrangère, l'association de santé intégrée veillera à collaborer avec les centres régionaux pour l'intégration des personnes étrangères ou d'origine étrangère.</p> <p>(art. 3 in fine de l'AGW du 27 mai 1999).</p>	<p>Toute personne même si elle ne dispose pas de ressources suffisantes.</p> <p>(art. 2, 2^o, de DCF du 29 mars 1993 et art. 3, al. 3, de l'AGW du 27 mai 1999).</p>	<p>L'association de santé intégrée doit exercer principalement ses activités dans une zone géographique limitée à un rayon de 5 Km ou de 20 Km autour du siège d'activité de l'association suivant que celle-ci se trouve dans ou en dehors d'une zone urbaine (ensemble formé par une ville et ses banlieues ou commune isolée comptant plus de 10.000 habitants).</p> <p>(art. 1, 5^o, et 2, 5^o, de DCF du 29 mars 1993).</p>	<p>Subsides répartis entre les associations de santé intégrée sur la base de critères précisés dans l'AGW et déterminés en tenant compte du niveau de coordination des associations, de leur niveau d'intégration, des services offerts et du volume de la population desservie. Le montant de l'intervention financière du Gouvernement ne peut pas dépasser la moitié du coût de ces activités.</p> <p>Subvention intégrale des activités développées en concertation ou sur l'initiative du Gouvernement.</p> <p>Financement de l'INAMI via un forfait à la capitalisation.</p> <p>(art. 10 du DCF du 29 mars 1993 et art. 15 et suivants de l'AGW du 27 mai 1999).</p>
<p>Centres de télé-accueil (RW)</p>	<p>AECF²³⁸ du 5 novembre 1987 fixant les conditions d'agrément et de subventionnement des centres de télé-accueil destinés aux personnes en état de crise psychologique (M. B. du 18 février 1988). Cet arrêté a été modifié par :</p> <p>l'AECF du 20 mars 1991 (M. B. du 14 avril 1999) ;</p>	<p>Matière visée à l'article 128, § 1^{er}, de la Constitution.</p> <p>Région wallonne compétente en vertu du DRW II du 22 juillet 1993 attribuant l'exercice de certaines compétences de la Communauté française à la Région wallonne et à la Commission communautaire</p>	<p>Garantir, à toute personne appelant en état de crise psychologique ou à toute personne appelant pour un problème relatif à l'enfance maltraitée ou gravement négligée, une écoute attentive, une réponse et une orientation qui répondent le mieux à la situation ou aux difficultés qui ont motivé l'appel.</p> <p>(art. 2, 1^o, de l'AECF du 5 novembre</p>	<p>Toute personne appelant en état de crise psychologique ou pour un problème relatif à l'enfance maltraitée ou gravement négligée.</p> <p>(art. 2, 1^o, de l'AECF du 5 novembre 1987).</p>	<p>Limites territoriales fixées par le Ministre.</p> <p>(art. 2, 3^o, de l'AECF du 5 novembre 1987).</p> <p>Plus précisément, il consiste en numéro unique pour l'ensemble de la Région wallonne.</p>	<p>Subvention visant à couvrir totalement ou partiellement les frais de fonctionnement du centre (comprend la rémunération et les charges sociales y afférentes d'un cadre employé à temps plein et responsable de l'organisation, d'une secrétaire employée à temps plein et d'un cadre responsable de la formation et de la supervision de l'activité des collaborateurs. Les frais de</p>

²³⁷ Décret de la Communauté française.

²³⁸ Arrêté de l'Exécutif de la Communauté française.

	I'AGW du 13 décembre 2001 (M. B. du 23 janvier 2002).	française (M. B. du 10 septembre 1993) pris en application de l'article 138 de la Constitution.	1987). Travailler en collaboration avec les services de santé mentale lesquels supervisent leurs activités. (art. 2, 4°, de l'AECF du 5 novembre 1987).			l'activité des collaborateurs. Les frais de fonctionnement incluent les frais généraux dans la mesure où ils n'excèdent pas un certain montant). Subvention de premier établissement. (art. 4 à 6 de l'AECF du 5 novembre 1987).
Plates-formes de soins palliatifs (F + RW) <i>Forme juridique est fixée par convention (art. 8, 2°, de l'AR du 19 juin 1997).</i> <i>Doit faire l'objet d'une convention écrite devant être approuvée par la Région wallonne (art. 7 de l'AR du 19 juin 1997).</i> <i>Agréée par la Région wallonne (art. 71 de la loi sur les hôpitaux).</i>	Loi sur les hôpitaux du 23 décembre 1963, coordonnée le 7 août 1987 (M. B. du 10 octobre 1987). Cette loi a été modifiée pour la dernière fois par une loi du 14 janvier 2002 (M. B. du 22 février 2002) (art. 9 bis). AR du 19 juin 1997 rendant certaines dispositions de la loi sur les hôpitaux coordonnée le 7 août 1987, applicables aux associations entre établissements de soins et services en matière de soins palliatifs (M. B. du 28 juin 1997). AR du 19 juin 1997 fixant les normes auxquelles une association en matière de soins palliatifs doit répondre pour être agréée. Cet arrêté a été modifié pour la dernière fois par un AR du 4 octobre 2001 (M. B. du 4 décembre 2001). AR du 19 juin 1997 fixant le subside alloué aux associations entre établissements de soins et services en matière de soins palliatifs et réglant les modalités d'octroi. Cet arrêté a été modifié par un AR du 4 octobre 2001 (M. B. du 4 décembre 2001).	Fédéral compétent ; Matière visée à l'article 128 de la Constitution ; Article 5, §1, 1, 1°, de la LS du 8 août 1980. (art. 68, alinéa 1 de la loi sur les hôpitaux). Agrément par la Région wallonne. (art. 71 de la loi sur les hôpitaux).	Association entre établissements de soins et services en matière de soins palliatifs. Elle est destinée à favoriser le développement des activités suivantes : l'information et la sensibilisation de la population ; la mise à jour des connaissances en matière de soins palliatifs des médecins, des infirmiers et des paramédicaux ; la coordination entre les diverses actions menées ; la fonction consultative et le soutien logistique pour assurer l'efficacité des actions ainsi que l'accompagnement des patients ; l'évaluation périodique des services rendus, l'estimation des besoins restant éventuellement à couvrir, l'examen de réponses à y apporter ; la formation du bénévolat en matière de soins palliatifs. (art. 2, § 1 ^{er} , de l'AR du 19 juin 1997).	Professionnels de la santé dans la fonction palliative. Personnes concernées par l'accompagnement de fin de vie.	La Région doit disposer au minimum d'une association. Les établissements qui peuvent faire partie de l'association ne peuvent être affiliés qu'à une, maximum deux associations couvrant la zone géographique où ils sont situés. La plate-forme de soins palliatifs doit couvrir une zone géographique (territorialement distincte) comptant entre 200.000 et 1.000.000 d'habitants. (art. 3 et 6 de l'AR du 19 juin 1997).	Subside annuel fédéral pour la fonction de coordinateur et de psychologue clinicien. (AR du 19 juin 1997 fixant le subside).
Services de santé mentale (RW) <i>Créés à l'initiative d'une autorité publique, d'un établissement d'utilité publique, d'une ASBL ou d'une institution universitaire (art. 3 du DRW du 4 avril 1996).</i> <i>Agrément par la Région wallonne (art. 25 du DRW du 4 avril 1996).</i>	DRW du 4 avril 1996 organisant l'agrément et le subventionnement des services de santé mentale (M. B. du 23 mai 1996). Ce décret a été modifié par un AGW du 13 décembre 2001 (M. B. du 8 janvier 2002). AGW du 7 novembre 1996 portant exécution du décret du 4 avril 1996 organisant l'agrément et le subventionnement des services de santé mentale (M. B. du 30 novembre 1996). Cet arrêté a été modifié par : l'AGW du 17 avril 1997 (M. B. du 22 mai 1997) ; l'AGW du 4 octobre 2001 (M. B. du 23 octobre 2001) ;	Matière visée à l'article 128, § 1 ^{er} , de la Constitution. Région wallonne compétente en vertu du DRW II du 22 juillet 1993 attribuant l'exercice de certaines compétences de la Communauté française à la Région wallonne et à la Commission communautaire française (M. B. du 10 septembre 1993) pris en application de l'article 138 de la Constitution.	Structure ambulatoire qui, par une approche pluridisciplinaire et en collaboration avec d'autres services ou personnes concernées par la santé mentale, assure l'accueil, le diagnostic et le traitement psychiatrique, psychologique et psychosocial des personnes. (art. 3, al. 2, du DRW du 4 avril 1996). <u>Missions principales</u> Orienter et aider par des examens, des diagnostics, des conseils, des traitements ; Accompagner les bénéficiaires. <u>Missions complémentaires</u>	Toute personne qui en fait la demande. (art. 4 du DRW du 4 avril 1996).	Ressort territorial du service de santé mentale fixé par le Gouvernement. Chaque service de santé mentale couvre un territoire comprenant au moins 50.000 habitants. Cependant, si des circonstances locales particulières le justifient, le service de santé mentale peut couvrir un ressort moindre. (art. 11 du DRW du 4 avril 1996).	Subventions visant à couvrir : les dépenses de personnel (prises en considération pour autant qu'elles n'excèdent pas les échelles barémiques ainsi que le nombre d'heures de prestation subventionnées précisées par l'AGW du 7 novembre 1996) ; les frais de fonctionnement (à condition qu'ils n'excèdent pas, par an et par service, un montant de 14.870 €) ; les frais de première installation. (à condition qu'ils ne dépassent pas un montant de 7.440 €, ils sont non renouvelables).

	l'AGW du 13 décembre 2001 (M. B. du 23 janvier 2002).		<p>Organiser des activités d'information, de recherche et de prévention ayant pour objet de promouvoir le dépistage précoce des problèmes de santé mentale ;</p> <p>Apporter l'aide adéquate ;</p> <p>Assurer les liaisons entre les services concernés en vue de réaliser une prise en charge intégrée des personnes ;</p> <p>Fournir au Gouvernement des informations en vue de définir les problèmes de santé mentale rencontrés, d'évaluer le nombre et la localisation des services de santé mentale nécessaires et de déterminer les types d'actions à mener.</p> <p><u>Missions exceptionnelles</u></p> <p>Moyennant un agrément particulier, le service de santé mentale peut se spécialiser dans la prise en charge d'enfants et d'adolescents (missions relatives à la toxicomanie par exemple).</p> <p>(art. 4 à 10 du DRW du 6 avril 1996).</p>			<p>Subvention spéciale en vue de favoriser des initiatives visant à rencontrer un problème de santé mentale spécifique.</p> <p>Recettes issues des consultations. Des consultations gratuites peuvent être accordées dans les cas où la personne ne dispose pas de ressources financières suffisantes.</p> <p>(art. 26 à 29 du DRW du 4 avril 1996).</p>
<p>Services spécialisés en assuétudes (RW)</p> <p><i>Constitués en association sans but lucratif ou organisés par un pouvoir public (art. 13, 1°, de l'avant-projet de décret).</i></p> <p><i>Doivent faire partie d'un réseau d'aide et de soins en assuétudes (art. 13, 2°, de l'avant-projet de décret).</i></p> <p><i>Agréés par la Région wallonne (art. 3, 10 et 14 de l'avant-projet de décret).</i></p>	<p>Législation en préparation</p> <p>(avant-projet de décret relatif à l'agrément et au subventionnement des réseaux d'aide et de soins et des services spécialisés en assuétudes).</p>	<p>Matière visée à l'article 128, § 1^{er}, de la Constitution.</p> <p>Région wallonne compétente en vertu du DRW II du 22 juillet 1993 attribuant l'exercice de certaines compétences de la Communauté française à la Région wallonne et à la Commission communautaire française (M. B. du 10 septembre 1993) pris en application de l'article 138 de la Constitution.</p>	<p>Personne morale dont la mission spécifique est d'assurer l'accueil, l'aide psychosociale, la prévention, le traitement et/ou le suivi ambulatoire et/ou résidentiel des bénéficiaires dans une approche multidisciplinaire.</p> <p><u>Missions</u></p> <p>Exercer au moins trois des missions énumérées dans le cadre des réseaux d'aide et de soins en assuétudes. Au moins une de ces missions doit correspondre à une des fonctions énumérées au paragraphe 3 des missions des réseaux d'aide et de soins en assuétudes (voir infra).</p> <p>(art. 2, 2°, de l'avant-projet de décret).</p>	<p>Personnes concernées directement ou indirectement par les problèmes d'assuétudes c'est-à-dire la dépendance et l'accoutumance engendrés par l'usage abusif de produits psychotropes, d'alcool, de tabac et de jeux.</p> <p>Personnes de l'entourage, de la famille, voire d'enseignants qui seraient confrontés à ce type de problèmes indirectement et qui auraient besoin d'aide.</p> <p>(art. 2, 3°, de l'avant-projet de décret).</p>		<p>Subvention destinée à couvrir des frais de personnel, d'honoraires, de fonctionnement ou de formation.</p> <p>(art. 18, 2°, de l'avant-projet de décret).</p>
<p>Réseaux d'aide et de soins en assuétudes (RW)</p> <p><i>Constitués par un pouvoir local au sein de ses services ou en association sans but</i></p>	<p>Législation en préparation</p> <p>(avant-projet de décret relatif à l'agrément et au subventionnement des réseaux d'aide et de soins et des services spécialisés en assuétudes).</p>	<p>Matière visée à l'article 128, § 1^{er}, de la Constitution.</p> <p>Région wallonne compétente en vertu du DRW II du 22 juillet 1993 attribuant l'exercice de certaines compétences de la Communauté française à la Région wallonne et à la</p>	<p>Association de personnes morales et physiques impliquées dans l'accueil, l'aide psychosociale, la prévention, le traitement et le suivi ambulatoire et/ou résidentiel des bénéficiaires dans une approche multidisciplinaire.</p> <p><u>Missions</u></p>	<p>Personnes concernées directement ou indirectement par les problèmes d'assuétudes c'est-à-dire la dépendance et l'accoutumance engendrés par l'usage abusif de produits psychotropes, d'alcool, de tabac et de jeux.</p> <p>Personnes de l'entourage, de la famille, voire d'enseignants qui seraient</p>	<p>Un réseau d'aide et de soins en assuétude peut être agréé dans chaque zone de soins (c'est-à-dire le territoire géographique à l'intérieur duquel le réseau d'aide et de soins exerce ses activités. Elles sont déterminées par le Gouvernement).</p> <p>(art. 2, 5°, et 7 de l'avant-projet de</p>	<p>Subvention destinée à couvrir le salaire brut du coordinateur (c'est-à-dire celui qui assure la coordination des différentes activités du réseau d'aide et de soins en assuétudes et, le cas échéant, des activités menées en collaboration avec des personnes extérieures au réseau).</p>

<p><i>lucratif (art. 9, 1^o, de l'avant-projet de décret).</i></p> <p><i>Agréés par la Région wallonne (art. 3 et 10 de l'avant-projet de décret).</i></p>		<p>Commission communautaire française (M. B. du 10 septembre 1993) pris en application de l'article 138 de la Constitution.</p>	<p>Identifier les besoins d'aide et de soins en matière d'assuétudes dans la zone de soins où il exerce ses activités ;</p> <p>Mener une concertation relative à la répartition des tâches et leur complémentarité afin de développer une offre d'aide et de soins cohérente dans la zone de soins concernée, en ce compris la prise en charge des situations de crise et d'urgence ;</p> <p>Structurer le cas échéant sur base d'une convention avec le réseau agréé pour une autre zone de soins, l'offre correspondant aux fonctions d'accueil et d'information, d'accompagnement, de soins et de prévention ;</p> <p>Organiser la fonction de formation qui comprend la sensibilisation, la formation, la formation continuée et/ou la supervision des acteurs confrontés aux problèmes rencontrés par les bénéficiaires ;</p> <p>Organiser des interventions cliniques.</p> <p>(art. 2, 1^o, et 5 de l'avant-projet de décret).</p>	<p>confrontés à ce type de problèmes indirectement et qui auraient besoin d'aide.</p> <p>(art. 2, 3^o, de l'avant-projet de décret).</p>	<p>décret).</p>	<p>(art. 18 de l'avant-projet de décret).</p>
<p>• Accompagnement à domicile</p>						
<p>Centres de coordination de soins et services à domicile (RW)</p> <p><i>Peuvent être créés par des CPAS ou des ASBL (art. 1 du DCF du 19 juin 1989).</i></p> <p><i>Agréés par la Région wallonne (art. 1^o du DCF du 19 juin 1989).</i></p>	<p>DCF du 19 juin 1989 organisant l'agrément et le subventionnement des centres de coordination de soins et services à domicile (M. B. du 14 août 1989). Ce décret a été modifié par :</p> <p>le DCF du 26 juin 1992 (M. B. du 10 septembre 1992) ;</p> <p>le DRW du 17 décembre 1997 (M. B. du 25 juin 1998) ;</p> <p>le DRW du 16 décembre 1998 (M. B. du 17 décembre 1999) ;</p> <p>le DRW du 8 novembre 2000 (M. B. du 24 février 2001) ;</p> <p>le DRW du 20 décembre 2001 (M. B. du 23 avril 2002).</p> <p>AECF du 26 juin 1989 portant exécution du décret du 19 juin 1989 organisant l'agrément et le subventionnement des centres de coordination de soins et de services à domicile (M. B. du 9 septembre</p>	<p>Matière visée à l'article 128, § 1^{er}, de la Constitution.</p> <p>Région wallonne compétente en vertu du DRW II du 22 juillet 1993 attribuant l'exercice de certaines compétences de la Communauté française à la Région wallonne et à la Commission communautaire française (M. B. du 10 septembre 1993) pris en application de l'article 138 de la Constitution.</p>	<p>Coordonner des soins et des services à domicile (dispensés aux personnes privées d'autonomie) entre :</p> <p>les soins infirmiers à domicile, un centre d'aide aux familles et un service social ;</p> <p>quatre au moins des services suivants : kinésithérapie, biotélévigilance, prêt de matériel, soins dentaires, aménagement des locaux, ergothérapie, logopédie, pédicure et distribution de repas à domicile ;</p> <p>les médecins généralistes selon le libre choix du patient.</p> <p><u>Missions principales</u></p> <p>Organiser l'ensemble des soins et services nécessaires comme alternative à l'hébergement en institution ou permettant d'éviter ou de raccourcir l'hospitalisation ;</p>	<p>Personnes privées d'autonomie (personnes âgées, malades ou handicapés).</p> <p>(art. 1 de l'AECF du 19 juin 1989).</p>		<p>Subventions allouées selon le type de coordination réalisée, le nombre d'intervenants coordonnés, le territoire couvert et la taille de la population desservie.</p> <p>(art. 11 du DCF du 19 juin 1989).</p>

	1989). En cours de modification (texte non disponible).		Dispenser des soins ou services à domicile ; Recueillir les données statistiques nécessaires à l'évaluation des besoins, de l'offre et de la demande et à l'élaboration de critères de qualité en matière de soins à domicile. (art. 1, 2 et 4 du DCF du 19 juin 1989).			
<p>Services d'aide aux familles et aux personnes âgées (RW)</p> <p><i>Créés par les provinces, les CPAS ou les ASBL (art. 3 de l'AECF du 16 décembre 1988).</i></p> <p><i>Agrées par la Région wallonne (art. 3 et 6, 1°, de l'AECF du 16 décembre 1988).</i></p>	<p>AECF du 16 décembre 1988 réglant l'agrément des services d'aide aux familles et aux personnes âgées et l'octroi de subventions à ces services (M. B. du 28 décembre 1988). Cet arrêté a été modifié par :</p> <p>l'AECF du 24 décembre 1990 (M. B. du 21 mai 1992) ;</p> <p>l'AECF du 13 juillet 1992 (M. B. du 21 avril 1993) ;</p> <p>l'AGW du 6 avril 1995 (M. B. du 7 juillet 1995) ;</p> <p>l'AGW du 25 avril 1996 (M. B. du 7 juin 1996) ;</p> <p>l'AGW du 23 juillet 1998 (M. B. du 25 août 1998) ;</p> <p>l'AGW du 17 décembre 1998 (M. B. du 16 janvier 1999) ;</p> <p>l'AGW du 8 avril 2000 (M. B. du 19 avril 2000) ;</p> <p>l'AGW du 19 juillet 2001 (M. B. du 15 août 2001) ;</p> <p>l'AGW du 13 décembre 2001 (M. B. du 23 janvier 2002).</p> <p>AGW du 16 juillet 1998 portant approbation du statut de l'aide familiale (M. B. du 8 septembre 1998). Cet arrêté a été modifié par un AGW du 8 avril 2000 (M. B. du 19 avril 2000).</p> <p>Projet sur l'accompagnement d'aide à domicile (texte non disponible)</p>	<p>Matière visée à l'article 128, § 1^{er}, de la Constitution.</p> <p>Région wallonne compétente en vertu du DRW II du 22 juillet 1993 attribuant l'exercice de certaines compétences de la Communauté française à la Région wallonne et à la Commission communautaire française (M. B. du 10 septembre 1993) pris en application de l'article 138 de la Constitution.</p>	<p>Mettre à la disposition des bénéficiaires qui en font la demande des aides familiales ou des aides seniors. L'aide familiale est appelée à intervenir dans les familles, auprès des personnes âgées, malades ou handicapées, en difficulté pour accomplir tous les actes de la vie quotidienne. Elle intervient dans les domaines suivants :</p> <p>aide à la vie quotidienne (accompagner des enfants, des personnes âgées, malades ou handicapées, aide aux déplacements à l'extérieur, courses, entretien courant des pièces habitées et du linge, préparation des repas) ;</p> <p>rôle sanitaire (conseil d'hygiène de vie, adaptation du logement, soutien des familles dans leur rôle éducatif, ...) ;</p> <p>aide relationnelle (écoute, identification des difficultés, soutien par la présence, le dialogue, le maintien de l'autonomie, accompagnement dans le cadre des soins palliatifs) ;</p> <p>aide sociale (accompagnement lors des démarches administratives et dans l'organisation du budget, appel et orientation vers des services ou organismes spécialisés).</p> <p>Cette assistance permet, soit le maintien à domicile des personnes âgées ou handicapées, soit aux familles de surmonter certaines difficultés liées à des problèmes de santé ou sociaux (familles monoparentales, situations de précarité, maltraitance par exemple).</p> <p>(AGW du 16 juillet 1998)</p>	<p>Famille ou personne isolée qui en fait la demande. La priorité est accordée aux personnes moins favorisées sur le plan financier ou qui ne sont plus en état d'accomplir leurs tâches familiales ou ménagères pour diverses raisons (inaptitudes physique ou mentale, absence d'un des parents, ...). L'aide est octroyée sur la base d'une enquête sociale annuelle.</p> <p>(art. 4, 1°, et 7 de l'AECF du 16 décembre 1988).</p>	<p>Montant forfaitaire par heure prestée à titre d'intervention dans les charges salariales des aides ;</p> <p>Montant forfaitaire accordé à titre d'intervention dans les frais administratifs ;</p> <p>Montant forfaitaire accordé à titre d'intervention dans les frais salariaux des assistants sociaux ou des infirmiers gradués sociaux, par heure prestée par les aides familiales ou seniors ;</p> <p>Montant forfaitaire supplémentaire par heure effectuée les samedis, les dimanches, ou entre 20h00 et 6h00.</p> <p>Contribution des bénéficiaires en rapport avec les ressources et les charges de la famille.</p> <p>(chapitre IV de l'AECF du 16 décembre 1988).</p>	

<p>Services intégrés de soins à domicile (F + RW)</p> <p><i>Agrément accordé par la Région wallonne (art. 4, 1°, du protocole du 25 juillet 2001 et art. 3 de l'AR du 8 juillet 2002).</i></p>	<p>Loi du 26 juin 1978 modifiant la législation sur les hôpitaux et relative à certaines autres formes de dispensation de soins (M. B. du 12 juillet 1978) (art. 5, § 1). Cette loi a été modifiée pour la dernière fois par la loi du 25 janvier 1999 (M. B. du 6 février 1999).</p> <p>Protocole du 25 juillet 2001 entre le Gouvernement fédéral et les autorités visées aux articles 128, 130 et 135 de la Constitution portant sur les soins de santé en première ligne (M. B. du 25 septembre 2001).</p> <p>AR du 8 juillet 2002 fixant les normes pour l'agrément spécial des services intégrés de soins à domicile (M. B. du 5 octobre 2002).</p> <p>AM du 17 juillet 2002 fixant les critères de programmation des services intégrés de soins à domicile (M. B. du 18 septembre 2002).</p> <p>Législation en préparation en ce qui concerne le financement des activités des SISD par l'INAMI.</p>	<p>Le Fédéral fixe les normes de fonctionnement et les règles de programmation.</p> <p>(art. 5, § 1^{er}, I, 1°, LS du 8 août 1980).</p>	<p>Institution de soins de santé qui, dans une zone de soins, renforce l'ensemble des soins aux patients entre autres par l'organisation pratique et l'encadrement des prestations fournies dans le cadre des soins à domicile, qui requièrent l'intervention des praticiens professionnels appartenant à différentes disciplines.</p> <p><u>Missions</u></p> <p>Veiller au suivi de l'information et de l'encadrement tout au long du processus de soins, aussi bien à l'égard du prestataire de soins, qu'à l'égard du patient ;</p> <p>Stimuler la collaboration entre ses membres en organisant notamment des réunions d'information ou par l'apport d'un appui administratif et technique ;</p> <p>Veiller à l'organisation pratique et au soutien des prestataires de soins en vue des prestations fournies dans le cadre de soins à domicile, et plus particulièrement en ce qui concerne :</p> <p>l'évaluation de l'autonomie du patient ;</p> <p>l'élaboration et le suivi d'un plan de soins ;</p> <p>la répartition des tâches entre les prestataires de soins ;</p> <p>la concentration pluridisciplinaire en vue de concrétiser.</p> <p>Collaborer de manière intensive avec les institutions de soins de santé établies dans la zone et en dehors de la zone sur demande d'un patient en ce qui concerne les soins qui lui sont dispensés.</p> <p>(art. 1, 1°, et 8 à 11 de l'AR du 8 juillet 2002).</p>	<p>Patients bénéficiant de soins de santé en première ligne²³⁹ et de soins à domicile.</p> <p>Acteurs des de santé de première ligne (infirmières, gardes-malades, kinés, médecins généralistes).</p>	<p>Un seul service intégré de soins à domicile peut être agréé par zone de soins. Une zone de soins est l'aire géographique d'un seul tenant, composée d'une ou de plusieurs communes (ou une partie de commune dans les grandes agglomérations d'Anvers, Charleroi, Gand et Liège) sur laquelle se déploie l'activité du service intégré de soins à domicile.</p> <p>L'aire géographique d'une commune (ou partie de commune dans les grandes agglomérations d'Anvers, Charleroi, Gand et Liège) ne peut appartenir qu'à une seule zone de soins.</p> <p>La zone de soins que le service doit couvrir est définie lors de l'agrément spéciale du service concerné.</p> <p>Le nombre de services intégrés de soins à domicile est limité à un service par tranche complète de 70.000 habitants par région linguistique.</p> <p>(art. 1, 3°, et 3 à 6 de l'AR du 8 juillet 2002 et art. unique de l'AM du 17 juillet 2002).</p>	<p>Intervention forfaitaire de l'INAMI.</p> <p>(art. 4, 2°, du protocole du 25 juillet 2001. Législation en préparation à ce sujet).</p>
---	---	--	--	--	--	--

²³⁹ On entend par « soins de santé en première ligne », le niveau de soins de santé où les professionnels se consacrent au premier accueil et à l'accompagnement professionnel des problèmes de santé que les patient n'est pas à même de résoudre lui-même ; article I, du protocole du 25 juillet 2001.

• **Guidance et traitement des auteurs d'infractions à caractère sexuel**

<p>Équipes psychosociales spécialisées (F + RW)</p> <p><i>Équipes intrapénitentiaires (art. 1, 1^{er}, de l'accord de coopération).</i></p>	<p>Accord de coopération du 8 octobre 1998 relatif à la guidance et au traitement des auteurs d'infractions à caractère sexuel (M. B. du 11 septembre 1999).</p>	<p>L'objectif du Ministre de la justice est de faire respecter et d'appliquer la loi, de prévenir la récidive et de promouvoir la (ré)insertion du délinquant dans la société tout en évitant la stigmatisation. Le Ministre wallon de la santé a pour objectif de promouvoir le bien-être, la santé et l'épanouissement harmonieux des personnes et d'éviter qu'il y soit porté atteinte (matière visée à l'article 128, § 1^{er}, de la Constitution).</p> <p>Région wallonne compétente en vertu du DRW II du 22 juillet 1993 attribuant l'exercice de certaines compétences de la Communauté française à la Région wallonne et à la Commission communautaire française (M. B. du 10 septembre 1993) pris en application de l'article 138 de la Constitution.</p> <p>Une coopération structurelle entre le fédéral et la Région wallonne s'avère nécessaire en vue d'instaurer une articulation entre l'approche pénale des services judiciaires et l'approche axée sur le bien-être et la santé.</p>	<p>Équipes pluridisciplinaires intrapénitentiaires spécialisées dans la problématique des auteurs d'infractions à caractère sexuel.</p> <p><u>Missions</u></p> <p>Accomplir des examens de personnalité pluridisciplinaire ;</p> <p>Mettre en œuvre un programme intrapénitentiaire de guidance thérapeutique en préparation à la guidance ou au traitement post-pénitentiaire ;</p> <p>Formuler des avis dans le cadre de la libération conditionnelle de condamnés et de la libération à l'essai d'internés à l'intention des autorités compétentes ;</p> <p>Collaborer avec les centres d'appui et les équipes de santé spécialisées ;</p> <p>Collaborer à la mise en place d'un modèle d'enregistrement de données.</p> <p>(art. 1, 1^{er} et 3 de l'accord de coopération).</p>	<p>Auteurs d'infractions à caractère sexuel c'est-à-dire toute personne ayant enfreint les articles 372 à 386 ter du Code pénal.</p> <p>(art. 1, 1^{er}, de l'accord de coopération).</p>	<p>Ces équipes sont installées au sein d'établissements pénitentiaires et établissements ou sections de défense sociale.</p> <p>Le Ministre wallon de la santé installe ces équipes dans au moins un établissement hospitalier et une maison de soins psychiatriques placés sous son autorité.</p> <p>(art. 3, al. 1^{er}, et annexe II de l'accord de coopération).</p>	
<p>Équipes de santé spécialisées (RW)</p> <p><i>Doivent posséder la personnalité juridique distincte ou relever d'un centre possédant la personnalité juridique distincte (art. 8, 1^{er}, de l'accord de coopération).</i></p>	<p>Accord de coopération du 8 octobre 1998 relatif à la guidance et au traitement des auteurs d'infractions à caractère sexuel (M. B. du 11 septembre 1999).</p>	<p>Matière visée à l'article 128, § 1^{er}, de la Constitution.</p> <p>Région wallonne compétente en vertu du DRW II du 22 juillet 1993 attribuant l'exercice de certaines compétences de la Communauté française à la Région wallonne et à la Commission communautaire française (M. B. du 10 septembre 1993) pris en application de l'article 138 de la Constitution.</p>	<p>Équipes pluridisciplinaires externes spécialisées dans la guidance et le traitement des auteurs d'infractions à caractère sexuel.</p> <p><u>Missions</u></p> <p>Formuler des avis sur le diagnostic et les possibilités de traitement des auteurs d'infractions à caractère sexuel tout en respectant les compétences des équipes psychosociales des établissements pénitentiaires et de défense sociale ;</p> <p>Prendre en charge la guidance ou le traitement extrapénitentiaire approprié des auteurs d'abus sexuels ;</p> <p>Adresser un rapport de suivi sur la guidance ou le traitement à l'autorité compétente et à l'assistant de justice chargé de la tutelle sociale ;</p> <p>Communiquer au centre d'appui un rapport annuel d'activité reprenant des données quantitatives et qualitatives en matière de guidance et de traitement des auteurs d'infractions à caractère</p>	<p>Auteurs d'infractions à caractère sexuel c'est-à-dire toute personne ayant enfreint les articles 372 à 386 ter du Code pénal.</p> <p>(art. 1, 4^{er}, de l'accord de coopération).</p>	<p>La liste des équipes de santé spécialisée figure à l'annexe II de l'accord de coopération.</p>	

			<p>sexuel à l'intention du Ministre wallon de la Santé qui le transmet ensuite au Ministre de la justice ;</p> <p>Collaborer à un modèle d'enregistrement de données en conformité avec la législation sur la protection de la vie privée du 8 décembre 1992.</p> <p>(art. 5 et 9, 1° à 3°, de l'accord de coopération).</p>			
<p>Centres d'appui (F + RW)</p> <p><i>Désignés par le Ministère de la Justice (art. 5 et annexe I de l'accord de coopération).</i></p>	<p>Accord de coopération du 8 octobre 1998 relatif à la guidance et au traitement des auteurs d'infractions à caractère sexuel (M. B. du 11 septembre 1999).</p>	<p>L'objectif du Ministre de la justice est de faire respecter et d'appliquer la loi, de prévenir la récidive et de promouvoir la (ré)insertion du délinquant dans la société tout en évitant la stigmatisation. Le Ministre wallon de la santé a pour objectif de promouvoir le bien-être, la santé et l'épanouissement harmonieux des personnes et d'éviter qu'il y soit porté atteinte (matière visée à l'article 128, § 1^{er}, de la Constitution).</p> <p>Région wallonne compétente en vertu du DRW II du 22 juillet 1993 attribuant l'exercice de certaines compétences de la Communauté française à la Région wallonne et à la Commission communautaire française (M. B. du 10 septembre 1993) pris en application de l'article 138 de la Constitution.</p> <p>Une coopération structurelle entre le fédéral et la Région wallonne s'avère nécessaire en vue d'instaurer une articulation entre l'approche pénale des services judiciaires et l'approche axée sur le bien-être et la santé.</p>	<p>Assurer un appui aux équipes pluridisciplinaires externes spécialisées dans la guidance et le traitement des auteurs d'infractions à caractère sexuel.</p> <p><u>Missions</u></p> <p>Remplir une fonction de consultant à la demande des équipes spécialisées et des assistants de justice ;</p> <p>Mettre des informations scientifiques à la disposition du personnel des équipes spécialisées et des assistants de justice ;</p> <p>Mettre à la disposition du personnel des équipes spécialisées et des assistants de justice, un soutien logistique pour le diagnostic et le traitement ;</p> <p>Réaliser des recherches scientifiques notamment à partir des données fournies par les équipes spécialisées et les assistants de justice ;</p> <p>Contribuer à l'organisation de formations spécifiques à l'intention des équipes spécialisées et des assistants de justice, en concertation avec ceux-ci ;</p> <p>Collaborer à des actions d'information ;</p> <p>Participer à des réunions de concertation entre centres d'appui, au moins une fois par an, afin de coordonner leur action et partager information et expérience ;</p> <p>Recueillir et mettre à disposition toutes les données disponibles relatives à l'évaluation de l'importance de la problématique ;</p> <p>Réunir les rapports annuels d'activité des équipes de santé spécialisées et rédiger un rapport annuel d'activité.</p> <p><u>Peuvent remplir les missions suivantes (voir équipes de santé spécialisées)</u></p>	<p>Auteurs d'infractions à caractère sexuel c'est-à-dire toute personne ayant enfreint les articles 372 à 386 ter du Code pénal.</p> <p>(art. 1, 3°, de l'accord de coopération).</p>	<p>Il y a un centre d'appui pour la Région wallonne.</p> <p>(Annexe I de l'accord de coopération).</p>	<p>Subventions octroyées par le Ministre de la justice.</p> <p>(art. 5 de l'accord de coopération).</p>

			<p>Formuler des avis sur le diagnostic et les possibilités de traitement des auteurs d'infractions à caractère sexuel tout en respectant les compétences des équipes psychosociales des établissements pénitentiaires et de défense sociale ;</p> <p>Prendre en charge la guidance ou le traitement extrapénitentiaire approprié des auteurs d'abus sexuels ;</p> <p>Adresser un rapport de suivi sur la guidance ou le traitement à l'autorité compétente et à l'assistant de justice chargé de la tutelle sociale.</p> <p>(art. 5 de l'accord de coopération).</p>			
• Divers						
<p>Service écoute-enfants (CF)</p> <p><i>Doit être soit une personne morale de droit public, soit une ASBL, soit un établissement d'utilité publique (art. 12, 1^o, du DCF du 16 mars 1998).</i></p> <p><i>Agréé par la Communauté française (art. 12, al. 1^{er}, du DCF du 16 mars 1998).</i></p>	<p>DCF du 16 mars 1998 relatif à l'aide aux enfants victimes de maltraitements (M. B. du 24 avril 1998).</p>	<p>Compétence de la Communauté française ;</p> <p>article 128 de la Constitution ;</p> <p>Art. 5, § 1, II, de la LS du 8 août 1980 ;</p> <p>Art. 3, 7^o, du DRW II du 22 juillet 1993 attribuant l'exercice de certaines compétences de la Communauté française à la Région wallonne et à la Commission communautaire française (M. B. du 10 septembre 1993) pris en application de l'article 138 de la Constitution.</p>	<p>Organiser un accueil téléphonique professionnel visant explicitement la prévention des maltraitements.</p> <p>Assurer une écoute permanente.</p> <p>(art. 12 et 13 du DCF du 16 mars 1998).</p>	<p>Toute personne qui s'interroge ou s'inquiète à propos d'elle-même ou éventuellement d'autrui lorsqu'un enfant est en cause ;</p> <p>Enfants et adolescents.</p>	<p>Un seul service peut être agréé. Il doit couvrir l'ensemble du territoire de la Communauté française.</p> <p>(art. 13, al. 4, du DCF du 16 mars 1998).</p>	<p>Subvention de la Communauté française.</p> <p>(art. 13, al. 2, du DCF du 16 mars 1998).</p>
<p>Équipes SOS-enfants (CF)</p> <p><i>Pouvoir organisateur est soit une personne morale de droit public, une ASBL ou un établissement d'utilité publique (art. 4, § 2, du DCF du 16 mars 1998).</i></p>	<p>DCF du 16 mars 1998 relatif à l'aide aux enfants victimes de maltraitements (M. B. du 24 avril 1998).</p>	<p>Compétence de la Communauté française ;</p> <p>article 128 de la Constitution ;</p> <p>article 5, § 1, II, de la LS du 8 août 1980 ;</p> <p>article 3, 7^o, du DRW II du 22 juillet 1993 attribuant l'exercice de certaines compétences de la Communauté française à la Région wallonne et à la Commission communautaire française (M. B. du 10 septembre 1993) pris en application de l'article 138 de la Constitution.</p>	<p>Services pluridisciplinaires spécialisés dans le dépistage et la prise en charge des situations de maltraitance d'enfants qui ont pour objet d'apporter une aide appropriée à l'enfant victime ou en situation de risque de maltraitance.</p> <p>Missions</p> <p>Assurer la prévention individuelle et le traitement des situations de maltraitance, soit d'initiative, soit lorsque l'intervention du service est sollicitée ;</p> <p>Veiller à établir, à cette fin, toutes les collaborations utiles et plus particulièrement avec les travailleurs médico-sociaux de l'ONE ;</p> <p>Apporter leur collaboration à l'ONE et aux instances compétentes de l'aide à la jeunesse pour l'organisation de</p>	<p>Enfants (mineurs) victimes ou en risque de maltraitance.</p>	<p>Au moins une équipe par arrondissement judiciaire.</p> <p>Une équipe peut être commune à plusieurs arrondissements (avis de la commission permanente de l'enfance maltraitée requis).</p> <p>(art. 14, § 3, du DCF du 16 mars 1998).</p>	<p>Subvention de la Communauté française qui la verse à l'ONE qui la répartit entre les différentes équipes.</p> <p>(art. 14, § 4, du DCF du 16 mars 1998).</p>

			<p>campagnes de prévention et pour la formation des intervenants en matière de maltraitance des enfants ;</p> <p>Etablir un bilan complet de la situation de l'enfant et de son milieu de vie ;</p> <p>Veiller à apporter une aide appropriée à l'enfant et à son milieu de vie, soit par l'équipe, soit par toute autre source psycho-médico-sociale.</p> <p>(art. 14, al. 1, et 15 du DCF du 16 mars 1998).</p>			
<p>Centres psycho-médico-sociaux²⁴⁰ (CF)</p> <p><i>Créés à l'initiative de la Communauté française, des provinces, des communes, des associations de pouvoirs publics et des personnes privées (art. 2 de l'AR du 13 août 1962).</i></p>	<p>Loi du 1^{er} avril 1960 relative aux centres psycho-médico-sociaux (M. B. du 18 mai 1960). Cette loi a été modifiée pour la dernière fois par un DCF du 31 janvier 2002 (M. B. du 26 mars 2002).</p> <p>AR du 13 août 1962 organique des centres psycho-médico-sociaux (M. B. du 25 août 1962). Cet arrêté a été modifié pour la dernière fois par un DCF du 19 décembre 2002 (M. B. du 8 janvier 2003).</p>	<p>Compétence de la Communauté française ;</p> <p>article 127, § 1, de la Constitution (lien avec l'enseignement).</p>	<p>Assurer les tâches de guidance au profit des élèves de l'enseignement maternel, primaire, secondaire, de plein exercice et de l'enseignement spécial et de l'enseignement à horaire réduite créé afin de satisfaire à l'obligation scolaire à temps partiel ;</p> <p>Contribuer à rendre optimales les conditions psychologique, psychopédagogique, médicale, paramédicale et sociale de l'élève lui-même et de son entourage éducatif immédiat afin de lui offrir les meilleures chances de développement harmonieux de sa personnalité et de son bien-être individuel et social ;</p> <p>Fournir des informations et des avis concernant les possibilités scolaires et professionnelles, en vue de promouvoir le processus de choix individuel ;</p> <p>Assurer l'examen multi-disciplinaire et rédiger le rapport d'inscription requis pour l'admission dans le type adéquat d'enseignement spécial ;</p> <p>Fournir à toutes les personnes qui en font la demande, de l'information et/ou des avis concernant les possibilités en matières d'études, de formation et de profession.</p> <p>(art. 3 de l'AR du 13 août 1962).</p>	<p>Elèves appartenant à l'enseignement maternel, primaire, secondaire de plein exercice et à l'enseignement spécial et de l'enseignement à horaire réduit créé afin de satisfaire à l'obligation scolaire à temps partiel.</p> <p>Parents ainsi que l'école.</p> <p>(art. 3, §1^{er}, de l'AR du 13 août 1962).</p>	<p>Chaque centre PMS a un ressort d'activité à savoir les établissements d'enseignement auxquels sa mission s'adresse et les élèves qui fréquentent ces établissements. La population desservie par chaque centre est d'au moins 3.000 élèves appartenant à l'enseignement maternel, primaire, secondaire de plein exercice et à l'enseignement spécial.</p> <p>Un centre organisé ou subventionné par la Communauté française peut continuer à exister, à être subventionné, pour autant que la population scolaire des établissements d'enseignement desservis atteigne au moins 2.500 élèves. Si la population scolaire des établissements d'enseignement desservis descend en-dessous de 2.500 élèves, le centre est supprimé ou n'est plus subventionné à partir du 1^{er} septembre de l'exercice suivant celui pendant lequel le recensement du nombre d'élèves a été effectué.</p> <p>Un centre organisé ou subventionné par la Communauté française, situé dans un arrondissement comptant une densité de population de moins de 125 habitants au km², peut continuer à exister ou à être subventionné, pour autant que la population scolaire des établissements scolaires desservis atteigne au moins 2.250 élèves. Si la population scolaire des établissements d'enseignement desservis descend en-dessous de 2.250 élèves, le centre est</p>	<p>Les frais d'organisation des centres organisés par des personnes publiques ou privées sont à charge des pouvoirs organisateurs (qui sont soit, une personne morale de droit public soit, une personne physique ou morale de droit privé qui assume la responsabilité de l'organisation d'un centre).</p> <p>Subventions-traitements accordées au personnel technique.</p> <p>Subventions de fonctionnement annuelles et forfaitaires destinées à couvrir les frais afférents au fonctionnement et à l'équipement du centre.</p> <p>(chapitre III de l'AR du 13 août 1962).</p>

²⁴⁰ Il existe plusieurs types de centres PMS. Les centres PMS organisés par la Communauté française (réseau de la Communauté française) dont le pouvoir organisateur est la Communauté française et qui desservent les populations scolaires de l'enseignement organisé par la Communauté. Les centres PMS subventionnés qui comprennent d'une part, les centres officiels subventionnés (réseau officiel subventionné) et, d'autre part, les centres libres subventionnés (réseau libre subventionné). Les centres officiels subventionnés, créés par les provinces et les communes, prennent en charge notamment les populations scolaires de l'enseignement provincial et communal. Les centres libres subventionnés, créés par des personnes physiques ou morales, desservent en général les populations scolaires de l'enseignement libre le plus souvent de caractère confessionnel ; Article 2 de l'AR organique des centres psycho-médico-sociaux du 13 août 1962 ; ANONYME, « Les centres psycho-médico-sociaux », <http://www.restode.cfwb.be/pgens/CPMS/guidor1.htm>. Les centres PMS sont étudiés dans leur globalité, seuls les centres PMS pour l'enseignement spécial font l'objet d'une attention particulière.

					supprimé ou n'est plus subventionné à partir du 1 ^{er} septembre de l'exercice suivant celui pendant lequel le recensement du nombre d'élèves a été effectué. (art. 2, § 1 ^{er} , 1 ^o , § 4, § 5 et § 7, de la loi du 1 avril 1960).	
<p>Centres psycho-médico-sociaux pour l'enseignement spécial (CF)</p> <p><i>Créés à l'initiative de la Communauté française, des provinces, des communes, des associations de pouvoirs publics et des personnes privées (art. 2 de l'AR du 13 août 1962).</i></p>	<p>Loi du 1^{er} avril 1960 relative aux centres psycho-médico-sociaux (M. B. du 18 mai 1960). Cette loi a été modifiée pour la dernière fois par un DCF du 31 janvier 2002 (M. B. du 26 mars 2002).</p> <p>AR du 13 août 1962 organique des centres psycho-médico-sociaux (M. B. du 25 août 1962). Cet arrêté a été modifié pour la dernière fois par un DCF du 19 décembre 2002 (M. B. du 8 janvier 2003).</p>	<p>Compétence de la Communauté française,</p> <p>article 127, § 1, de la Constitution (lien avec l'enseignement).</p>	<p>Exercer les mêmes missions que les centres PMS ordinaires ;</p> <p>Assister le conseil de classe et assurer l'orientation professionnelle ;</p> <p>Participer à la tutelle accompagnant la mise au travail à l'essai pendant une période scolaire.</p> <p>(art. 3 et 4 de l'AR du 13 août 1962).</p>	<p>Elèves des écoles de l'enseignement spécial (enfants et adolescents handicapés âgés de deux ans et demi à vingt et un ans).</p> <p>(art. 4 de la loi du 6 juillet 1970 sur l'enseignement spécial et intégré, M. B. du 25 août 1970).</p>	<p>Les centres pour l'enseignement spécial organisés ou subventionnés par la Communauté française doivent desservir des établissements d'enseignement spécial totalisant ensemble, par exercice, au moins 1.000 élèves. Ils peuvent continuer à exister à condition que le nombre d'élèves des établissements d'enseignement desservis s'élève à 400. Si la population scolaire des établissements desservis descend en-dessous de 400 élèves, le centre est supprimé ou n'est plus subventionné à partir du 1^{er} septembre de l'exercice suivant celui pendant lequel le recensement du nombre d'élèves a été effectué.</p> <p>(art. 2, § 1^{er}, 2^o, § 6 et § 8 de la loi du 1^{er} avril 1960).</p> <p>Leur ressort d'activités se compose exclusivement d'établissements de l'enseignement spécial.</p> <p>(art. 2, 6^o, de l'AR du 13 août 1962).</p>	<p>Les frais d'organisation des centres organisés par des personnes publiques ou privées sont à charge des pouvoirs organisateurs (qui sont soit, une personne morale de droit public soit, une personne physique ou morale de droit privé qui assume la responsabilité de l'organisation d'un centre).</p> <p>Subventions-traitements accordées au personnel technique.</p> <p>Subventions de fonctionnement annuelles et forfaitaires destinées à couvrir les frais afférents au fonctionnement et à l'équipement du centre.</p> <p>(chapitre III de l'AR du 13 août 1962).</p>

3.3.2. Politique familiale

Nomenclature ²⁴¹	Cadre juridique	Cadre institutionnel	Objet et Missions	Bénéficiaires	Champ d'application territorial	Financement
<p>Centres de planning et de consultation familiale et conjugale (RW)</p> <p><i>Organisés par une autorité publique, un établissement d'utilité publique ou une ASBL (art. 3 du DRW du 18 juillet 1997).</i></p> <p><i>Agréés par la Région wallonne (art. 24 du DRW du 18 juillet 1997).</i></p>	<p>DRW du 18 juillet 1997 relatif aux centres de planning et de consultation familiale et conjugale (M. B. du 23 septembre 1997).</p> <p>AGW du 18 juin 1998 portant exécution du décret du 18 juillet 1997 relatif aux centres de planning et de consultation familiale et conjugale (M. B. du 14 juillet 1998). Cet arrêté a été modifié par :</p> <p>l'AGW du 29 octobre 1998 (M. B. du 10 novembre 1998) ;</p> <p>l'AGW du 22 février 2001 (M. B. du 18 mai 2001) ;</p> <p>l'AGW du 11 octobre 2001 (M. B. du 8 novembre 2001) ;</p> <p>l'AGW du 8 novembre 2001 (M. B. du 5 décembre 2001) ;</p> <p>l'AGW du 13 décembre 2001 (M. B. du 23 janvier 2002).</p>	<p>Matière visée à l'article 128, § 1^{er}, de la Constitution.</p> <p>Région wallonne compétente en vertu du DRW II du 22 juillet 1993 attribuant l'exercice de certaines compétences de la Communauté française à la Région wallonne et à la Commission communautaire française (M. B. du 10 septembre 1993) pris en application de l'article 138 de la constitution.</p>	<p>Etablissements extra-hospitaliers ayant pour objet l'accueil, l'information, l'éducation et l'accompagnement des personnes, des couples et des familles, ainsi que l'animation de groupes, notamment de jeunes, dans le cadre de la vie affective, sexuelle et relationnelle.</p> <p><u>Missions</u></p> <p>Organiser des consultations psychologique, sociale, médicale et juridique ;</p> <p>Préparer les jeunes à la vie affective et sexuelle ;</p> <p>Informers les personnes et groupes sur tout ce qui concerne la contraception, la grossesse désirée ou non, l'IVG, les MST et tout aspect de la vie sexuelle et affective ;</p> <p>Aider les personnes dans les problèmes d'infertilité, de contraception et dans tout autre aspect de leur vie sexuelle et affective ;</p> <p>Aider les femmes enceintes en difficulté ;</p> <p>Informers le public sur la notion de droit familial ;</p> <p>Eduquer et informer des adultes et des jeunes dans le domaine de la vie relationnelle, affective et de la parenté responsable ;</p> <p>Transmettre au Gouvernement des informations et données relative au centre.</p> <p>(art. 4, 5 et 8 du DRW du 18 juillet 1997).</p>	<p>Toute personne d'où qu'elle vienne, à charge éventuellement de l'orienter vers un centre ou un service mieux adapté à ses besoins. Cette accessibilité est renforcée par la gratuité des consultations si la personne a des ressources financières insuffisantes.</p> <p>(art. 21 du DRW du 18 juillet 1997).</p>	<p>Ressort territorial du centre d'au moins 50.000 habitants fixé par le Gouvernement wallon lors de l'agrément.</p> <p>En fonction de circonstances locales particulières et des besoins spécifiques de la population, le centre peut desservir un ressort comprenant moins de 50.000 personnes.</p> <p>(art. 9 du DRW du 18 juillet 1997).</p>	<p>Subvention couvrant :</p> <p>les dépenses relatives au personnel statutaire ou contractuel ;</p> <p>les dépenses relatives aux prestations effectuées par des professionnels indépendants dans le cadre de contrats d'entreprise ;</p> <p>les frais de fonctionnement (montant de la subvention fixé en fonction des activités du centre) ;</p> <p>Revenus issus des consultations. Ceux-ci peuvent être déduits des subventions.</p> <p>(art. 25 à 30 du DRW du 18 juillet 1997).</p>

241

Plus précisément, cette colonne reprend la dénomination de la structure étudiée, le niveau de pouvoir compétent (RW pour la Région wallonne, F pour le pouvoir fédéral et CF pour la Communauté française), la forme juridique que l'institution doit revêtir, les personnes qui sont à l'origine de la création de la structure et l'autorité compétente pour l'agrément.

• Accueil, hébergement et accompagnement des personnes en difficultés sociales						
<p>Centres d'accueil pour adultes²⁴² (RW)</p> <p><i>Constitués sous la forme d'ASBL ou créés ou gérés par un service public (art. 5, 7° du décret-programme RW du 17 décembre 1997).</i></p> <p><i>Agréés par la Région wallonne (art. 2 du décret-programme RW du 17 décembre 1997).</i></p>	<p>Décret-programme RW du 17 décembre 1997 portant diverses mesures en matière d'action sociale et d'infrastructures sportives (M. B. du 24 janvier 1998).</p> <p>AGW du 18 juin 1998 portant exécution, pour les centres d'accueil pour adultes, du décret-programme du 17 décembre 1997 portant diverses mesures en matière d'action sociale (M. B. du 14 juillet 1998). Cet arrêté a été modifié par :</p> <p>l'AGW du 26 mai 2000 (M. B. du 8 juin 2000) ;</p> <p>l'AGW du 27 mars 2001 (M. B. du 11 avril 2001) ;</p> <p>l'AGW du 14 novembre 2001 (M. B. du 5 décembre 2001) ;</p> <p>l'AGW du 13 décembre 2001 (M. B. du 23 janvier 2002).</p> <p>Législation en cours de modification.</p>	<p>Matière visée à l'article 128, § 1^{er}, de la Constitution.</p> <p>Région wallonne compétente en vertu du DRW II du 22 juillet 1993 attribuant l'exercice de certaines compétences de la Communauté française à la Région wallonne et à la Commission communautaire française (M. B. du 10 septembre 1993) pris en application de l'article 138 de la Constitution.</p>	<p>Personnes physiques ou morales assurant, à titre habituel, l'accueil, l'hébergement transitoire et l'aide adaptée aux difficultés de bénéficiaires à l'exclusion des services, établissements, ou institutions agréés ou reconnus dans le cadre d'une réglementation spécifique.</p> <p><u>Missions</u></p> <p>Assurer l'accueil et l'hébergement des bénéficiaires et offrir une aide médicale et psychologique en cas de nécessité.</p> <p>Pour être subventionné, le centre d'accueil doit s'inscrire dans un projet d'insertion et d'accompagnement (ce projet consiste en l'ensemble des objectifs et des moyens décrits par un centre d'accueil pour recevoir, en toute circonstance, les bénéficiaires, leur assurer le gîte et le couvert et leur proposer un accompagnement social et psychologique adapté à leur situation en vue de contribuer à leur épanouissement personnel, leur insertion sociale et économique et leur autonomie).</p> <p>(art. 1^{er}, 3, 2^e et 3^e, et 5 du décret-programme RW du 17 décembre 1997).</p>	<p>Personnes âgées de plus de 18 ans, momentanément dans l'incapacité psychologique ou matérielle de vivre de manière autonome, ayant adressé une demande d'hébergement à un centre d'accueil ainsi que leurs enfants à charge qui les accompagnent.</p> <p>(art. 1^{er} du décret-programme RW du 17 décembre 1997).</p>		<p>Subvention destinée à couvrir, à concurrence de 100% :</p> <p>le salaire brut du personnel constituant le cadre minimum prévu par le décret, diminué d'un éducateur à mi-temps lorsqu'il s'agit d'un centre de catégorie I et II et d'un éducateur à temps plein pour les centres de catégories III, IV et V ;</p> <p>les charges de sécurité sociale patronales et celles relatives au pécule de vacance, à la prime de fin d'année et aux autres frais divers liés au personnel (avec un plafond à 50 % des dépenses de personnel visées).</p> <p>(art. 3 à 7 de l'AGW du 18 juin 1998).</p>
<p>Maisons maternelles²⁴³ (RW)</p>	<p>AGCF du 24 juillet 1997 portant réglementation générale et fixant les modalités de subventionnement des établissements d'accueil de crise agréés par l'ONE (M. B. du 21 novembre 1997).</p> <p>Législation en cours de modification.</p>	<p>Les maisons maternelles ont été régionalisées au 1 janvier 1998.</p> <p>Un lien avec l'ONE subsiste puisque la Région wallonne a confié la gestion quotidienne de ce secteur à l'ONE.</p>	<p>Héberger toute mère ou future mère accompagnée de son (ou de ses) enfant(s), qui est temporairement incapable de résoudre seules ses difficultés physiques, psychologiques ou sociales et pour laquelle un hébergement et une guidance psychosociale s'avèrent nécessaires afin de la soutenir dans l'acquisition ou la restauration de son autonomie. L'hébergement a une durée maximale de 9 mois sauf dérogation accordée par l'ONE.</p> <p>(art. 3 de l'AECF du 24 juillet 1997).</p>	<p>Mères ou futures mères pour lesquelles un hébergement et une guidance psychosociale s'avèrent nécessaires.</p> <p>(art. 3 de l'AECF du 24 juillet 1997).</p>		<p>La Région wallonne subventionne l'ONE qui gère les différents dossiers relevant de cette matière.</p> <p>Participation financière de la mère ou de la future mère dont le montant maximum ne dépasse pas un tiers de ses revenus, non compris les allocations familiales dont elle bénéficie pour son (ou ses) enfant(s) sauf exception (intervention d'un pouvoir public ou de l'ONE).</p> <p>(art. 13 de l'AECF du 24 juillet 1997).</p>

²⁴² Les centres d'accueil pour adultes sont amenés à disparaître. En effet, l'article 44 de l'avant-projet de décret relatif à l'accueil, l'hébergement et l'accompagnement stipule que le chapitre 1^{er} du Titre Ier du décret programme du 17 décembre 1997 portant diverses mesures en matière d'action sociale et d'infrastructures sportives est destiné à être abrogé. Cependant, les agréments délivrés à ces centres sur la base de cette disposition restent valables jusqu'à leur terme.

²⁴³ Seules les maisons maternelles agréées par l'O.N.E. et ayant introduit une demande d'agrément dans les trois mois suivant l'entrée en vigueur de l'avant-projet de décret relatif à l'accueil, l'hébergement et l'accompagnement des personnes en difficultés sociales pourront continuer à fonctionner.

<p>Maisons d'accueil (RW)</p> <p><i>Organisées par une personne morale de droit public, une ASBL ou une fondation (art. 9, § 1^{er}, 1^o, de l'avant-projet de décret).</i></p> <p><i>Agréées par la Région wallonne (art. 3, § 1, de l'avant-projet de décret).</i></p>	<p>Cadre réglementaire en cours d'élaboration (avant-projet de décret relatif à l'accueil, l'hébergement et l'accompagnement des personnes en difficultés sociales)²⁴⁴.</p>	<p>Matière visée à l'article 128, § 1^{er}, de la Constitution.</p> <p>Région wallonne compétente en vertu du DRW II du 22 juillet 1993 attribuant l'exercice de certaines compétences de la Communauté française à la Région wallonne et à la Commission communautaire française (M. B. du 10 septembre 1993) pris en application de l'article 138 de la Constitution.</p>	<p>Assurer aux personnes en difficultés sociales, à titre habituel, un hébergement limité dans le temps dans une structure dotée d'équipements collectifs ainsi qu'un accompagnement adapté afin de les soutenir dans l'acquisition ou la récupération d'autonomie.</p> <p>(art. 2, 1^o, et 4 de l'avant-projet de décret).</p>	<p>Personnes en difficultés sociales à savoir les majeurs, les mineurs émancipés, les pères mineurs, les mères mineures et les mineures enceintes, caractérisés par une fragilité psycho-sociale ou matérielle, et se trouvant dans l'incapacité de vivre de manière autonome, ainsi que les enfants qui les accompagnent.</p> <p>(art. 2, 5^o, et 4 de l'avant-projet de décret).</p>		<p>Subventions couvrant :</p> <ul style="list-style-type: none"> des dépenses de personnel ; des frais de fonctionnement (pour les maisons d'accueil qui bénéficient de subventions couvrant des dépenses de personnel) ; des frais de personnel pour la réalisation d'actions spécifiques relatives à l'accompagnement des enfants et à l'accueil d'urgence ; des frais de personnel et/ou de fonctionnement pour la réalisation d'actions spécifiques relatives au post-hébergement. <p>(art. 15, § 1 et § 2 de l'avant-projet de décret).</p> <p>Le subventionnement peut être réduit ou supprimé dans certains cas.</p> <p>(art. 17, § 1^{er}, de l'avant-projet de décret).</p> <p>Participation financière des hébergés pour un montant ne dépassant pas les deux tiers de leurs ressources. Cette participation ne peut pas être demandée aux hébergés placés avec frais par une autorité judiciaire ou un service de l'aide à la jeunesse.</p> <p>(art. 9, § 1^{er}, 6^o, de l'avant-projet de décret).</p>
<p>Maisons de vie communautaire (RW)</p> <p><i>Organisées par une personne morale de droit public, une ASBL ou une fondation (art. 9, § 2, 1^o, de l'avant-projet de décret).</i></p> <p><i>Agréées par la Région wallonne (art. 3, § 1^{er}).</i></p>	<p>Cadre réglementaire en cours d'élaboration (avant-projet de décret relatif à l'accueil, l'hébergement et l'accompagnement des personnes en difficultés sociales).</p>	<p>Matière visée à l'article 128, § 1^{er}, de la Constitution.</p> <p>Région wallonne compétente en vertu du DRW II du 22 juillet 1993 attribuant l'exercice de certaines compétences de la Communauté française à la Région wallonne et à la Commission communautaire française (M. B. du 10 septembre 1993) pris en application de l'article 138 de la Constitution.</p>	<p>Assurer, aux personnes en difficultés sociales ayant séjournés en maison d'accueil ou dans une structure exerçant la même mission et agréée par la Communauté flamande, la Communauté germanophone, la Commission communautaire commune et la Commission communautaire française, un hébergement de longue durée dans une structure dotée d'équipements collectifs ainsi qu'un accompagnement adapté afin de les soutenir dans l'acquisition ou la récupération de leur autonomie.</p>	<p>Personnes en difficultés sociales (les majeurs, les mineurs émancipés, les pères mineurs, les mères mineures et les mineures enceintes, caractérisés par une fragilité psycho-sociale ou matérielle, et se trouvant dans l'incapacité de vivre de manière autonome, ainsi que les enfants qui les accompagnent) ayant séjourné en maison d'accueil.</p> <p>Ne peuvent pas séjourner dans ces établissements :</p>		<p>Subventions destinées à couvrir :</p> <ul style="list-style-type: none"> des dépenses de personnel ; des frais de fonctionnement. <p>(art. 15 § 1 et § 2, al. 2, de l'avant-projet de décret).</p> <p>Le subventionnement peut être réduit ou supprimé dans certains cas.</p> <p>(art. 17, § 1^{er}, de l'avant-projet de décret).</p>

244 Version du 10 juillet 2003.

<p>de l'avant-projet de décret).</p>			<p>Il s'agit d'une structure d'accueil en deuxième ligne.</p> <p>(art. 2, 2°, et 5 de l'avant-projet de décret).</p>	<p>les personnes qui, selon le rapport social (établi après 6 mois de séjour au sein d'une maison d'accueil et présentant l'évolution de l'hébergé), ne nécessitent pas un accompagnement de longue durée ;</p> <p>plus de trois personnes âgées de 60 ans au jour de leur entrée dans la maison.</p> <p>(art. 2, 5°, 5 et 28 de l'avant-projet de décret).</p>		<p>Participation financière des hébergés qui ne doit pas être supérieure aux deux tiers de leurs ressources. Cette participation est fonction des services offerts.</p> <p>(art. 9, § 2, 6°, de l'avant-projet de décret).</p>
<p>Abris de nuit (RW)</p> <p><i>Organisés par une personne morale de droit public, une ASBL ou une fondation (art. 9, § 3, 1°, de l'avant-projet de décret).</i></p> <p><i>Agrés par la Région wallonne (art. 3, § 1, de l'avant-projet de décret).</i></p>	<p>Cadre réglementaire en cours d'élaboration (avant-projet de décret relatif à l'accueil, l'hébergement et l'accompagnement des personnes en difficultés sociales).</p>	<p>Matière visée à l'article 128, § 1^{er}, de la Constitution.</p> <p>Région wallonne compétente en vertu du DRW II du 22 juillet 1993 attribuant l'exercice de certaines compétences de la Communauté française à la Région wallonne et à la Commission communautaire française (M. B. du 10 septembre 1993) pris en application de l'article 138 de la Constitution.</p>	<p>Assurer inconditionnellement aux personnes en difficultés sociales dépourvues de logement un hébergement collectif d'urgence pour la nuit.</p> <p>(art. 2, 3°, et 6 de l'avant-projet de décret).</p>	<p>Personnes en difficultés sociales (les majeurs, les mineurs émancipés, les pères mineurs, les mères mineures et les mineures enceintes, caractérisés par une fragilité psycho-sociale ou matérielle, et se trouvant dans l'incapacité de vivre de manière autonome, ainsi que les enfants qui les accompagnent) dépourvues de logement.</p> <p>(art. 2, 5°, et 6 de l'avant-projet de décret).</p>		<p>Pas de participation financière de la part des hébergés.</p> <p>(art. 9, § 3, 8°, de l'avant-projet de décret).</p>
<p>Maisons d'hébergement de type familial (RW)</p> <p><i>Organisées par une personne morale de droit public, une personne physique, une ASBL ou une fondation (art. 9, § 1°, de l'avant-projet de décret).</i></p> <p><i>Agrées par la Région wallonne (art. 3, § 1, de l'avant-projet de décret).</i></p>	<p>Cadre réglementaire en cours d'élaboration (avant-projet de décret relatif à l'accueil, l'hébergement et l'accompagnement des personnes en difficultés sociales).</p>	<p>Matière visée à l'article 128, § 1^{er}, de la Constitution.</p> <p>Région wallonne compétente en vertu du DRW II du 22 juillet 1993 attribuant l'exercice de certaines compétences de la Communauté française à la Région wallonne et à la Commission communautaire française (M. B. du 10 septembre 1993) pris en application de l'article 138 de la Constitution.</p>	<p>Assurer, à titre habituel, aux personnes en difficultés sociales, un hébergement limité dans le temps.</p> <p>(art. 2, 4°, et 7 de l'avant-projet de décret).</p>	<p>Personnes en difficultés sociales (les majeurs, les mineurs émancipés, les pères mineurs, les mères mineures et les mineures enceintes, caractérisés par une fragilité psycho-sociale ou matérielle, et se trouvant dans l'incapacité de vivre de manière autonome, ainsi que les enfants qui les accompagnent).</p> <p>(art. 2, 5°, et 7 de l'avant-projet de décret).</p>		<p>Participation financière des hébergés qui ne doit pas dépasser la moitié de leurs ressources. Cette participation est fonction des services offerts.</p> <p>(art. 9, § 4, 5°, de l'avant-projet de décret).</p>

3.3.3. Politique des personnes handicapées						
Nomenclature ²⁴⁵	Cadre juridique	Cadre institutionnel	Objet et Missions	Bénéficiaires	Champ d'application territorial	Financement
• Intégration sociale et professionnelle						
<p>Centres d'évaluation et d'orientation professionnelle (RW)</p> <p><i>Créés par les pouvoirs publics ou d'initiative privée (art. 23 du DRW du 6 avril 1995).</i></p> <p><i>Agrés par l'AWIPH²⁴⁶ (art. 24 du DRW du 6 avril 1995).</i></p>	<p>Loi du 16 avril 1963 relative au reclassement social des handicapés (M. B. du 23 avril 1963). Cette loi a été modifiée pour la dernière fois par la loi du 22 mars 1999 (M. B. du 30 avril 1999).</p> <p>AR du 5 juillet 1963 concernant le reclassement social des handicapés (M. B. du 13 juillet 1963). Cet arrêté a été modifié pour la dernière fois par l'AGW du 3 juin 1999 (M. B. du 27 août 1999).</p>	<p>Matière visée à l'article 128, § 1^{er}, de la Constitution.</p> <p>Région wallonne compétente en vertu du DRW II du 22 juillet 1993 attribuant l'exercice de certaines compétences de la Communauté française à la Région wallonne et à la Commission communautaire française (M. B. du 10 septembre 1993) pris en application de l'article 138 de la Constitution.</p>	<p>Effectuer une orientation scolaire ou professionnelle sur la base d'un examen psychologique ou psychotechnique</p> <p>(art. 55 de l'AR du 5 juillet 1963).</p>	<p>Personnes de nationalité belge dont les possibilités d'acquiescer ou de conserver un emploi sont effectivement réduites par suite d'une insuffisance ou d'une diminution d'au moins 30% de leur capacité physique ou d'au moins 20 % de leur capacité mentale.</p> <p>(art. 1 de la loi du 16 avril 1963 et art. 2 de l'AR du 5 juillet 1963).</p>		<p>Subsides à la création, l'agrandissement, l'aménagement ou l'entretien du centre. Ce subside est accordé à la demande du centre.</p> <p>(art. 80 de l'AR du 5 juillet 1963).</p>
<p>Centres de formation professionnelle (RW)</p> <p><i>Constitués sous forme d'ASBL (art. 9, 6°, de l'AGW du 7 novembre 2002).</i></p> <p><i>Créés par les pouvoirs publics ou d'initiative privée (art. 23 du DRW du 6 avril 1995).</i></p> <p><i>Agrés par l'AWIPH (art. 24 du DRW du 6 avril 1995).</i></p>	<p>DRW du 6 avril 1995 relatif à l'intégration des personnes handicapées (M. B. du 25 mai 1995). Ce décret a été modifié par un DRW du 22 janvier 1998 (M. B. du 5 mars 1998).</p> <p>AGW du 7 novembre 2002 relatif aux missions, à l'agrément et au subventionnement des centres de formation professionnelle (M. B. du 18 décembre 2002).</p>	<p>Matière visée à l'article 128, § 1^{er}, de la Constitution.</p> <p>Région wallonne compétente en vertu du DRW II du 22 juillet 1993 attribuant l'exercice de certaines compétences de la Communauté française à la Région wallonne et à la Commission communautaire française (M. B. du 10 septembre 1993) pris en application de l'article 138 de la Constitution.</p>	<p>Organiser une formation professionnelle adaptée en veillant si possible à l'hétérogénéité, en terme de handicap, du public accueilli ;</p> <p>Proposer aux stagiaires et assurer, à leur demande, un suivi post-formatif, en partenariat avec les acteurs locaux de l'insertion professionnelle ainsi qu'avec toute institution et/ou toute collectivité locale favorisant l'intégration professionnelle des personnes handicapées ;</p> <p>Dans le cas d'un contrat d'adaptation professionnelle conclu avec des personnes ayant bénéficié d'une formation en centre, d'assurer le soutien à l'établissement du programme et à la formation dispensée par l'entreprise ou par l'institution publique, partie au contrat ;</p> <p>Dans le cas d'un contrat d'adaptation professionnelle conclu avec des personnes n'ayant pas bénéficié d'une formation en centre, d'assurer, à la</p>	<p>Personnes de 18 ans ou moins présentant une limitation importante de ses capacités d'intégration sociale ou professionnelle suite à une altération de ses facultés mentales, sensorielles ou physiques, qui engendre la nécessité d'une intervention de la société.</p> <p>(art. 2 du DRW du 6 avril 1995 et art. 2, 4°, de l'AGW du 7 novembre 2002).</p>	<p>L'AWIPH veille à l'adéquation entre l'offre de formation et les besoins du marché de l'emploi.</p> <p>(article 53, 3°, de l'AGW du 7 novembre 2002).</p>	<p>Subvention annuelle de l'AWIPH : pour chaque période d'agrément, un nombre d'heures subsidiées forfaitairement à 10,62 € par heure est reconnu. Le nombre d'heures subsidiées correspond au nombre d'heures agréées ;</p> <p>l'enveloppe annuelle peut être augmentée d'un coefficient d'adaptation permettant aux centres de financer les augmentations dues à l'évolution de l'ancienneté pécuniaire de leur personnel d'encadrement.</p> <p>Un montant correspondant à au moins 70 % de la subvention annuelle est affecté aux charges du personnel.</p> <p>Les centres sont autorisés à utiliser, pour leur objet social, les recettes éventuellement liées à leurs activités de production.</p>

²⁴⁵ Plus précisément, cette colonne reprend la dénomination de la structure étudiée, le niveau de pouvoir compétent (RW pour la Région wallonne, F pour le pouvoir fédéral et CF pour la Communauté française), la forme juridique que l'institution doit revêtir, les personnes qui sont à l'origine de la création de la structure et l'autorité compétente pour l'agrément.

²⁴⁶ Agence wallonne pour l'Intégration des Personnes Handicapées.

			<p>demande de l'AWIPH, le soutien à l'établissement du programme et à la formation dispensée par l'entreprise ou l'institution publique, partie au contrat.</p> <p>(art. 3 et suivants de l'AGW du 7 novembre 2002).</p>			<p>L'AWIPH rembourse au centre :</p> <p>les indemnités du stagiaire ;</p> <p>les frais de déplacement et de séjour versés aux stagiaires et aux bénéficiaires ;</p> <p>les cotisations patronales de sécurité sociale ;</p> <p>la prime d'assurance-loi pour l'ensemble des stagiaires et les frais inhérents à la médecine du travail.</p> <p>(art. 36 à 52 de l'AGW du 7 novembre 2002).</p>
<p>Centres de réadaptation fonctionnelle (RW)</p> <p><i>Créés par les pouvoirs publics ou d'initiative privée (art. 23 du DRW du 6 avril 1995).</i></p> <p><i>Agréés par l'AWIPH (art. 24 du DRW du 6 avril 1995).</i></p>	<p>Loi du 16 avril 1963 relative au reclassement social des handicapés (M. B. du 23 avril 1963). Cette loi a été modifiée pour la dernière fois par la loi du 22 mars 1999 (M. B. du 30 avril 1999).</p> <p>AR du 5 juillet 1963 concernant le reclassement social des handicapés (M. B. du 13 juillet 1963). Cet arrêté a été modifié pour la dernière fois par l'AGW du 3 juin 1999 (M. B. du 27 août 1999).</p> <p>AM du 14 mai 1965 fixant les critères d'octroi des subsides à la création, l'agrandissement ou l'aménagement de centres ou de services de réadaptation fonctionnelle (M. B. du 4 juin 1965). Cet arrêté a été modifié pour la dernière fois par l'AGW du 13 décembre 2001 (M. B. du 23 janvier 2001).</p> <p>AM du 22 février 1968 fixant les critères d'octroi des subsides à l'entretien des centres de réadaptation fonctionnelle (M. B. du 8 mars 1968). Cet arrêté a été modifié pour la dernière fois par l'AGW du 30 mai 1996 (M. B. du 15 juin 1996).</p>	<p>Matière visée à l'article 128, § 1^{er}, de la Constitution.</p> <p>Région wallonne compétente en vertu du DRW II du 22 juillet 1993 attribuant l'exercice de certaines compétences de la Communauté française à la Région wallonne et à la Commission communautaire française (M. B. du 10 septembre 1993) pris en application de l'article 138 de la Constitution.</p>	<p>Veiller à ce que les handicapés puissent bénéficier du meilleur traitement médical ou chirurgical en vue d'atteindre une récupération fonctionnelle maximum et de réaliser ou d'améliorer ainsi l'aptitude à l'emploi ;</p> <p>Conseiller les handicapés, leurs proches ou, à défaut, les personnes qui s'occupent des handicapés, en vue de l'acquisition, de l'adaptation adéquate, de l'entretien et du renouvellement des appareils de prothèse et d'orthopédie. Il assure donc à la personne handicapée une récupération optimale de ses fonctions organiques, physiques ou psychiques qui se trouveraient altérées.</p> <p>(art. 51 de l'AR du 5 juillet 1963).</p> <p>Les centres de réadaptation fonctionnelle sont répertoriés en 6 catégories selon une classification fonctionnelle médicale :</p> <p>handicapés locomoteurs ;</p> <p>infirmité motrice cérébrale ;</p> <p>handicapés cardiaques ;</p> <p>handicapés de l'ouïe et de la parole ;</p> <p>handicapés psychiques ;</p> <p>handicapés de la vue.</p>	<p>Personnes de nationalité belge dont les possibilités d'acquies ou de conserver un emploi sont effectivement réduites par suite d'une insuffisance ou d'une diminution d'au moins 30% de leur capacité physique ou d'au moins 20 % de leur capacité mentale.</p> <p>(art. 1 de la loi du 16 avril 1963 et art. 2 de l'AR du 5 juillet 1963).</p>	<p>Intervention dans les frais de création qui concernent les dépenses nécessaires à la mise en service des nouveaux centres. Subsides à l'agrandissement pour les centres existants. Ces dépenses comportent :</p> <p>pour les immeubles, soit le coût de l'achat de terrain et la construction de bâtiments, soit le coût de l'achat et de la transformation de bâtiments, soit le coût de la location et de la transformation de bâtiments ;</p> <p>pour l'équipement, le coût d'achat d'appareil et de mobilier.</p> <p>Subsides à l'aménagement qui concernent les dépenses nécessaires à la modernisation des centres existants. Ils comportent :</p> <p>le coût de la transformation de bâtiments ;</p> <p>le coût de l'achat d'appareils et de mobilier.</p> <p>(AM du 14 mai 1965).</p>	

<p>Entreprises de travail adapté (RW)</p> <p><i>Créées par les pouvoirs publics ou d'initiative privée (art. 23 du DRW du 6 avril 1995).</i></p> <p><i>Gérées par une ASBL, une société à finalité sociale ou une personne morale de droit public. Elles possèdent une autonomie technique, budgétaire et comptable ainsi qu'une gestion administrative de nature à permettre l'exécution de leur mission et le contrôle de celle-ci par l'AWIPH (art. 3, 7°, de l'AGW du 7 novembre 2002).</i></p> <p><i>Agréées par l'AWIPH (art. 24 du DRW du 6 avril 1995).</i></p>	<p>DRW du 6 avril 1995 relatif à l'intégration des personnes handicapées (M. B. du 25 mai 1995). Ce décret a été modifié par un DRW du 22 janvier 1998 (M. B. du 5 mars 1998).</p> <p>AGW du 7 novembre 2002 relatif aux conditions auxquelles les entreprises de travail adapté sont agréées et subventionnées (M. B. du 7 janvier 2003).</p>	<p>Matière visée à l'article 128, § 1^{er}, de la Constitution.</p> <p>Région wallonne compétente en vertu du DRW II du 22 juillet 1993 attribuant l'exercice de certaines compétences de la Communauté française à la Région wallonne et à la Commission communautaire française (M. B. du 10 septembre 1993) pris en application de l'article 138 de la Constitution.</p>	<p>Assurer aux personnes handicapées une valorisation de leurs compétences, une formation continue chaque fois que cela est possible, une adaptation des postes de travail adapté ou son insertion dans le milieu ordinaire de travail.</p> <p>(art. 3, 3°, de l'AGW du 7 novembre 2002).</p>	<p>Personnes majeures présentant une limitation importante de leurs capacités d'intégration sociale ou professionnelle suite à une altération de leurs facultés mentales, sensorielles ou physiques, qui engendre la nécessité d'une intervention de la société.</p> <p>Ces personnes ne peuvent, provisoirement ou définitivement, exercer une activité professionnelle dans les conditions habituelles de travail.</p> <p>(art. 2 du DRW du 6 avril 1995 et art. 3, 1°, de l'AGW du 7 novembre 2002).</p>		<p>Subvention de l'AWIPH (en fonction du pourcentage de perte de rendement) dans la rémunération de chaque travailleur handicapé pour lequel une décision d'intervention de l'AWIPH à la nécessité d'une mise au travail adapté ou pour lequel une telle décision a été prise dans le cadre d'un accord de coopération.</p> <p>Subvention trimestrielle à l'entretien de 0,3082 € par heure ayant fait l'objet de l'intervention de l'AWIPH.</p> <p>Intervention de l'AWIPH dans la rémunération du personnel figurant dans le cadre déterminé par l'AGW du 7 novembre 2002. Le montant de l'intervention est fixé à 40 % de la rémunération des membres du personnel visés du cadre mais des plafonds d'intervention sont fixés. Une intervention maximale de 1.000 € est octroyée aux entreprises de travail adapté qui à la date de l'entrée en vigueur de l'AGW du 7 novembre 2002 étaient subventionnées pour un membre du personnel de cadre supplémentaire à mi-temps pour autant que ce poste soit occupé et qu'il ne fasse l'objet d'aucune autre intervention de l'AWIPH.</p> <p>(art. 4 à 23 de l'AGW du 7 novembre 2002).</p>
<p>Sections d'accueil et de formation en entreprise de travail adapté (RW)</p> <p><i>Créées par les entreprises de travail adapté (art. 24 de l'AGW du 7 novembre 2002).</i></p> <p><i>Au sein des entreprises de travail adapté (art. 24 de l'AGW du 7 novembre 2002).</i></p>	<p>DRW du 6 avril 1995 relatif à l'intégration des personnes handicapées (M. B. du 25 mai 1995). Ce décret a été modifié par un DRW du 22 janvier 1998 (M. B. du 5 mars 1998).</p> <p>AGW du 7 novembre 2002 relatif aux conditions auxquelles les entreprises de travail adapté sont agréées et subventionnées (M. B. du 7 janvier 2003).</p>	<p>Matière visée à l'article 128, § 1^{er}, de la Constitution.</p> <p>Région wallonne compétente en vertu du DRW II du 22 juillet 1993 attribuant l'exercice de certaines compétences de la Communauté française à la Région wallonne et à la Commission communautaire française (M. B. du 10 septembre 1993) pris en application de l'article 138 de la Constitution.</p>	<p>Mettre en œuvre des mesures individuelles ou collectives en vue d'améliorer les possibilités professionnelles des bénéficiaires ;</p> <p>Mettre en œuvre tous les moyens possibles permettant à la personne handicapée de fournir un minimum de travail pour pouvoir être occupée dans le cadre d'un contrat de travail.</p> <p>(art. 25 de l'AGW du 7 novembre 2002).</p>	<p>Personnes qui, en raison de leur handicap, bien que possédant les aptitudes physiques, mentales et professionnelles requises, nécessitent une période d'adaptation à l'emploi en entreprise de travail adapté pour améliorer leurs possibilités professionnelles.</p> <p>Ces personnes doivent :</p> <p>soit, avoir fréquenté un enseignement spécial de forme 2 ;</p> <p>soit, avoir fréquenté, dans les 6 mois précédant la date de signature du contrat de travail adapté, un service d'accueil ou un service d'accueil et d'hébergement agréé par l'AWIPH.</p> <p>(art. 24 de l'AGW du 7 novembre 2002).</p>	<p>Pour l'ensemble des entreprises de travail adapté, le nombre maximum de personnes handicapées engagées sous contrat de travail adapté est fixé à 100.</p> <p>L'AWIPH détermine pour chaque entreprise de travail adapté, le nombre de personnes handicapées qui peuvent être engagées sous contrat de travail adapté. Ce nombre ne peut pas être supérieur à 10 % du nombre de travailleurs handicapés pour lesquels l'entreprise de travail adapté bénéficie des subventions de l'AWIPH.</p> <p>(art. 26, al. 3 et 4, de l'AGW du 7 novembre 2002).</p>	<p>Subventions pour le personnel (intervention fixée à 100 % de la rémunération).</p> <p>L'intervention de l'AWIPH peut être octroyée pour du personnel d'encadrement, à raison d'un équivalent temps plein, durant le mois qui précède l'ouverture d'une section d'accueil et de formation.</p> <p>(art. 29 de l'AGW du 7 novembre 2002).</p>

<p>Dispositifs de maintien (RW)</p> <p><i>Créés par les entreprises de travail adapté (art. 30 de l'AGW du 7 novembre 2002).</i></p> <p><i>Au sein des entreprises de travail adapté (art. 30 de l'AGW du 7 novembre 2002).</i></p>	<p>DRW du 6 avril 1995 relatif à l'intégration des personnes handicapées (M. B. du 25 mai 1995). Ce décret a été modifié par un DRW du 22 janvier 1998 (M. B. du 5 mars 1998).</p> <p>AGW du 7 novembre 2002 relatif aux conditions auxquelles les entreprises de travail adapté sont agréées et subventionnées (M. B. du 7 janvier 2003).</p>	<p>Matière visée à l'article 128, § 1^{er}, de la Constitution.</p> <p>Région wallonne compétente en vertu du DRW II du 22 juillet 1993 attribuant l'exercice de certaines compétences de la Communauté française à la Région wallonne et à la Commission communautaire française (M. B. du 10 septembre 1993) pris en application de l'article 138 de la Constitution.</p>	<p>Valoriser les compétences professionnelles des bénéficiaires notamment par l'adaptation du poste de travail et par la recherche de marchés adaptés aux personnes bénéficiant du dispositif de maintien.</p> <p>(art. 32 de l'AGW du 7 novembre 2002).</p>	<p>Travailleurs handicapés dont les aptitudes physiques, sensorielles ou mentales ne correspondent plus aux exigences du poste de travail auquel ils sont occupés. Ils doivent :</p> <p>soit, disposer d'une ancienneté de 10 ans au sein de l'entreprise de travail adapté et justifier d'une perte de rendement évaluée à 85 % au minimum ;</p> <p>soit, disposer d'une ancienneté d'au moins 15 ans au sein de l'entreprise de travail adapté et justifier d'une perte de rendement évaluée à 75 % au minimum ;</p> <p>disposer d'une ancienneté d'au moins 25 ans au sein de l'entreprise de travail adapté.</p> <p>(art. 31 de l'AGW du 7 novembre 2002).</p>	<p>Pour l'ensemble des entreprises de travail adapté, le nombre maximum de travailleurs bénéficiant d'un dispositif de maintien est de 100. L'AWIPH détermine, pour chaque entreprise de travail adapté, le nombre de travailleurs handicapés bénéficiant du dispositif de maintien, sans que ce nombre puisse être supérieur à 5 par entreprise de travail adapté ni que ce nombre puisse excéder 10 % du nombre total de travailleurs handicapés pour lesquels l'entreprise de travail adapté bénéficie des subventions de l'AWIPH.</p> <p>(art. 34 de l'AGW du 7 novembre 2002).</p>	<p>Subvention forfaitaire trimestrielle de 1.000 € accordée à l'entreprise de travail adapté par travailleur handicapé pouvant bénéficier du dispositif de maintien.</p> <p>(art. 33 de l'AGW du 7 novembre 2002).</p>
<p>• Services non-résidentiels</p>						
<p>Services d'accompagnement des personnes handicapées adultes (RW)</p> <p><i>Organisés par les pouvoirs publics ou constitués sous la forme d'une ASBL (art. 2, 2^e, du DCF du 28 juillet 1992).</i></p> <p><i>Agréés par l'AWIPH (art. 24 du DRW du 6 avril 1995).</i></p>	<p>DCF du 28 juillet 1992 relatif aux services d'accompagnement des personnes handicapées adultes (M. B. du 22 septembre 1992).</p> <p>AGW du 13 avril 1995 exécutant le décret du 28 juillet 1992 relatif aux services d'accompagnement des personnes handicapées adultes (M. B. du 19 juillet 1995). Cet arrêté a été modifié par :</p> <p>l'AGW du 4 juillet 1996 (M. B. du 5 octobre 1996) ;</p> <p>l'AGW du 19 novembre 1998 (M. B. du 8 décembre 1998) ;</p> <p>l'AGW du 29 novembre 2001 (M. B. du 9 janvier 2002) ;</p> <p>l'AGW du 13 décembre 2001 (M. B. du 23 janvier 2002).</p>	<p>Matière visée à l'article 128, § 1^{er}, de la Constitution.</p> <p>Région wallonne compétente en vertu du DRW II du 22 juillet 1993 attribuant l'exercice de certaines compétences de la Communauté française à la Région wallonne et à la Commission communautaire française (M. B. du 10 septembre 1993) pris en application de l'article 138 de la Constitution.</p>	<p>Aider les bénéficiaires à conserver leur autonomie ou à l'acquérir en leur fournissant, à leur demande, l'information, l'aide et le soutien nécessaires pour répondre à l'ensemble de leurs besoins dans tous les actes et les démarches de la vie courante, notamment en matière de logement, de travail, de formation, de gestion budgétaire et de loisir.</p> <p>Des services chargés d'activités spécifiques peuvent être agréés par le Ministre.</p> <p>(art. 1 du DCF du 28 juillet 1992 et art. 25 de l'AGW du 13 avril 1995).</p>	<p>Personnes âgées de 18 ans accomplies, atteintes d'un handicap physique, mental ou sensoriel, qui vivent hors d'une institution d'hébergement du fonds de soins ou qui sont capables et souhaitent sortir d'une dépendance institutionnelle.</p> <p>Les bénéficiaires doivent fournir une attestation délivrée par un pouvoir public ou un service agréé ayant dans leurs attributions la reconnaissance de l'incapacité ou du handicap d'une personne.</p> <p>(art. 1 du DCF du 28 juillet 1992 et art. 4 de l'AGW du 13 avril 1995).</p>	<p>Un service couvre au moins 50.000 habitants. Le Ministre peut cependant autoriser la création d'un service couvrant moins de 50.000 habitants.</p> <p>(art. 3 de l'AGW du 13 avril 1995).</p>	<p>Subvention allouée pour :</p> <p>les dépenses couvrant le personnel pris en considération dans l'arrêté d'agrément ;</p> <p>les frais de fonctionnement et d'infrastructure (18.592,01 € par an).</p> <p>Subvention complémentaire octroyée par l'AWIPH afin d'assurer le financement du volume d'emploi couvert par la subvention relative aux dépenses de personnel.</p> <p>(art. 20 à 24 sexies de l'AGW du 13 avril 1995).</p>

<p>Services d'accueil de jour pour adultes (RW)</p> <p><i>Créés par les pouvoirs publics ou d'initiative privée (art. 23 du DRW du 6 avril 1995).</i></p> <p><i>Agréés par l'AWIPH (art. 24 du DRW du 6 avril 1995).</i></p>	<p>DRW du 6 avril 1995 relatif à l'intégration des personnes handicapées (M. B. du 25 mai 1995). Ce décret a été modifié par un DRW du 22 janvier 1998 (M. B. du 5 mars 1998).</p> <p>AGW du 9 octobre 1997 relatif aux conditions d'agrément et de subventionnement des services résidentiels, d'accueil de jour et de placement familial (M. B. du 25 décembre 1997). Cet arrêté a été modifié pour la dernière fois par l'AGW du 19 septembre 2002 (M. B. du 22 novembre 2002).</p> <p>AM du 13 mars 2003 portant exécution de l'annexe II de l'AGW du 9 octobre 1997 relatif aux conditions d'agrément et de subventionnement des services résidentiels, d'accueil de jour et placement familial pour personnes handicapées (M. B. du 3 avril 2003).</p>	<p>Matière visée à l'article 128, § 1^{er}, de la Constitution.</p> <p>Région wallonne compétente en vertu du DRW II du 22 juillet 1993 attribuant l'exercice de certaines compétences de la Communauté française à la Région wallonne et à la Commission communautaire française (M. B. du 10 septembre 1993) pris en application de l'article 138 de la Constitution.</p>	<p>Accueillir en journée, y compris en court séjour, les bénéficiaires ;</p> <p>Assurer un accompagnement éducatif via des activités variées et adaptées, un accompagnement psychologique, social et thérapeutique optimal adapté aux besoins individuels des personnes handicapées ;</p> <p>Viser à l'intégration sociale, culturelle ou professionnelle de la personne handicapée.</p> <p>(art. 24, 6°, du DRW du 6 avril 1995 et art. 4, § 4, de l'AGW du 9 octobre 1997).</p>	<p>Toute personne handicapée (à savoir toute personne présentant une limitation importante de ses capacités d'intégration sociale ou professionnelle suite à une altération de ses facultés mentales, sensorielles ou physiques, qui engendre la nécessité d'une intervention de la société) âgée de 18 ans au moins et ne disposant pas d'une dérogation pour être accueilli ou hébergé dans un service pour jeunes.</p> <p>(art. 2, 4° et 6°, et 4, § 4, de l'AGW du 9 octobre 1997).</p>	<p>Le nombre de services d'accueil de jour pour adultes ne peut dépasser le nombre agréé au 31 décembre 2001. Cependant, ce nombre peut être augmenté dans l'hypothèse :</p> <p>de la création d'un nouveau service faisant suite à un transfert de prise en charge d'un service d'accueil de jour pour jeunes ou d'un service résidentiel pour jeunes ;</p> <p>de la création d'un nouveau service faisant l'objet d'une promesse ferme et définitive de subvention à l'achat, la construction ou l'aménagement et devant répondre aux besoins subrégionaux ;</p> <p>de la création d'un nouveau service prenant en charge des personnes polyhandicapées.</p> <p>Les commissions subrégionales de coordination²⁴⁷ procèdent au niveau de leur ressort à l'étude approfondie des besoins des personnes handicapées en termes de services et rendent à la fin du premier semestre de chaque année leur proposition de programmation subrégionale au Gouvernement.</p> <p>La programmation subrégionale pour la création ou la transformation de services est fixée annuellement par le Gouvernement wallon.</p> <p>(art. 81 et suivants de l'AGW du 9 octobre 1997).</p>	<p>Une subvention annuelle est octroyée en vue de couvrir :</p> <p>les charges de fonctionnement ;</p> <p>les charges de personnel non éducatif et éducatif, qui concernent le personnel de direction, administratif, social et ouvrier occupé, les psychologues, paramédicaux, personnel spécial, éducateurs chefs de groupe, chefs éducateurs et assimilés occupés.</p> <p>Une subvention annuelle pour couvrir les charges de médecin coordinateur des activités de soins et paramédicales à l'exclusion de toutes prestations figurant à la nomenclature des prestations de santé établies sur la base de la législation relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnité.</p> <p>Une subvention journalière accordée par journée de présence des bénéficiaires.</p> <p>Les frais de déplacement des bénéficiaires et des personnes qui les accompagnent, s'ils ne peuvent se déplacer seuls, lorsqu'ils doivent être transférés dans un autre service ou recevoir des soins de santé en dehors du service.</p> <p>La personne handicapée contribue forfaitairement à sa prise en charge.</p> <p>(art. 18 et suivants de l'AGW du 9 octobre 1997).</p>
<p>Services d'accueil de jour pour jeunes (RW)</p> <p><i>Créés par les pouvoirs publics ou d'initiative privée (art. 23 du DRW du 6 avril 1995).</i></p> <p><i>Agréés par l'AWIPH (art. 24 du DRW du 6 avril 1995).</i></p>	<p>DRW du 6 avril 1995 relatif à l'intégration des personnes handicapées (M. B. du 25 mai 1995). Ce décret a été modifié par un DRW du 22 janvier 1998 (M. B. du 5 mars 1998).</p> <p>AGW du 9 octobre 1997 relatif aux conditions d'agrément et de subventionnement des services résidentiels, d'accueil de jour et de placement familial (M. B. du 25 décembre 1997).</p>	<p>Matière visée à l'article 128, § 1^{er}, de la Constitution.</p> <p>Région wallonne compétente en vertu du DRW II du 22 juillet 1993 attribuant l'exercice de certaines compétences de la Communauté française à la Région wallonne et à la Commission communautaire française (M. B. du 10 septembre 1993) pris en</p>	<p>Accueillir en journée les bénéficiaires.</p> <p>Fournir une prise en charge individuelle, éducative, médicale, thérapeutique, psychologique et sociale complémentaire à la scolarité des bénéficiaires et adaptée à leurs besoins. Il vise à une intégration scolaire, sociale, culturelle ou professionnelle de la personne handicapée.</p> <p>(art. 24, 6°, du DRW du 6 avril 1995 et</p>	<p>Toute personne handicapée (à savoir toute personne présentant une limitation importante de ses capacités d'intégration sociale ou professionnelle suite à une altération de ses facultés mentales, sensorielles ou physiques, qui engendre la nécessité d'une intervention de la société) âgée de moins de 18 ans ou de 18 à 21 ans dans certains cas. Elle fréquente un établissement d'enseignement ou, en raison de son handicap, est incapable</p>	<p>Le nombre de services d'accueil de jour pour jeunes ne peut dépasser le nombre agréé au 31 décembre 2001. Cependant, ce nombre peut être augmenté dans l'hypothèse :</p> <p>de la création d'un nouveau service faisant l'objet d'une promesse ferme et définitive de subvention à l'achat, la construction ou l'aménagement et devant</p>	<p>Une subvention annuelle est octroyée en vue de couvrir :</p> <p>les charges de fonctionnement ;</p> <p>les charges de personnel non éducatif et éducatif, qui concernent le personnel de direction, administratif, social et ouvrier occupé, les psychologues, paramédicaux, personnel spécial, éducateurs chefs de</p>

247

Les commissions subrégionales ont été créées en application de l'article 39 du décret du 6 avril 1995 relatif à l'intégration des personnes handicapées. Elles sont instaurées par l'AWIPH. Le découpage de la Région wallonne en zones d'action de ces commissions s'est fait sur base de réalités physiques, socio-économiques, culturelles et d'accessibilité. Elles sont 13, il s'agit des commissions subrégionales de coordination de Charleroi, du Brabant wallon, de Thuin, du Sud-Luxembourg, de Dinant-Philippeville, de Namur, du Centre-Ardenne, du Hainaut occidental, du Centre, de Mons-Borinage, de Verviers, de Liège et de Huy-Waremme ; AWIPH, Rapport d'activités 2001 ; <http://awiph.be>.

<p><i>avril 1995).</i></p>	<p>décembre 1997). Cet arrêté a été modifié pour la dernière fois par l'AGW du 19 septembre 2002 (M. B. du 22 novembre 2002).</p> <p>AM du 13 mars 2003 portant exécution de l'annexe II de l'AGW du 9 octobre 1997 relatif aux conditions d'agrément et de subventionnement des services résidentiels, d'accueil de jour et placement familial pour personnes handicapées (M. B. du 3 avril 2003).</p>	<p>application de l'article 138 de la Constitution.</p>	<p>4, § 1^{er}, de l'AGW du 9 octobre 1997).</p>	<p>raison de son handicap, est incapable d'en fréquenter un.</p> <p>(art. 2 du DRW du 6 avril 1995 et art. 2, 4° et 5°, et 4, § 1^{er}, de l'AGW du 9 octobre 1997).</p>	<p>répondre aux besoins subrégionaux ;</p> <p>de la création d'un nouveau service prenant en charge des personnes polyhandicapées.</p> <p>Les commissions subrégionales de coordination procèdent au niveau de leur ressort à l'étude approfondie des besoins des personnes handicapées en termes de services et rendent à la fin du premier semestre de chaque année leur proposition de programmation subrégionale au Gouvernement.</p> <p>La programmation subrégionale pour la création ou la transformation de services est fixée annuellement par le Gouvernement wallon.</p> <p>(art. 81 et suivants de l'AGW du 9 octobre 1997).</p>	<p>groupe, chefs éducateurs et assimilés occupés.</p> <p>Une subvention annuelle pour couvrir les charges de médecin coordinateur des activités de soins et paramédicales.</p> <p>Une subvention journalière accordée par journée de présence des bénéficiaires.</p> <p>Les frais de déplacement des bénéficiaires et des personnes qui les accompagnent, s'ils ne peuvent se déplacer seuls, lorsqu'ils doivent être transférés dans un autre service ou recevoir des soins de santé en dehors du service.</p> <p>La personne handicapée contribue forfaitairement à sa prise en charge.</p> <p>(art. 18 et suivants de l'AGW du 9 octobre 1997).</p>
<p>Services d'accueil de jour pour jeunes non scolarisés (RW)</p> <p><i>Créés par les pouvoirs publics ou d'initiative privée (art. 23 du DRW du 6 avril 1995).</i></p> <p><i>Agrés par l'AWIPH (art. 24 du 6 avril 1995).</i></p>	<p>DRW du 6 avril 1995 relatif à l'intégration des personnes handicapées (M. B. du 25 mai 1995). Ce décret a été modifié par un DRW du 22 janvier 1998 (M. B. du 5 mars 1998).</p> <p>AGW du 9 octobre 1997 relatif aux conditions d'agrément et de subventionnement des services résidentiels, d'accueil de jour et de placement familial (M. B. du 25 décembre 1997). Cet arrêté a été modifié pour la dernière fois par l'AGW du 19 septembre 2002 (M. B. du 22 novembre 2002).</p> <p>AM du 13 mars 2003 portant exécution de l'annexe II de l'AGW du 9 octobre 1997 relatif aux conditions d'agrément et de subventionnement des services résidentiels, d'accueil de jour et placement familial pour personnes handicapées (M. B. du 3 avril 2003).</p>	<p>Matière visée à l'article 128, § 1^{er}, de la Constitution.</p> <p>Région wallonne compétente en vertu du DRW II du 22 juillet 1993 attribuant l'exercice de certaines compétences de la Communauté française à la Région wallonne et à la Commission communautaire française (M. B. du 10 septembre 1993) pris en application de l'article 138 de la Constitution.</p>	<p>Accueillir en journée des bénéficiaires qui, en raison de leur handicap, ne fréquentent pas un établissement d'enseignement ordinaire ou spécial. Il fournit une prise en charge individuelle éducative, médicale, thérapeutique, psychologique, sociale et adaptée à leurs besoins et vise à une intégration scolaire, sociale, culturelle ou professionnelle de la personne handicapée.</p> <p>(art. 4, § 2, de l'AGW du 9 octobre 1997).</p>	<p>Toute personne handicapée (à savoir toute personne présentant une limitation importante de ses capacités d'intégration sociale ou professionnelle suite à une altération de ses facultés mentales, sensorielles ou physiques, qui engendre la nécessité d'une intervention de la société) âgée de moins de 18 ans ou de 18 à 21 ans dans certains cas et incapable, en raison de son handicap, de fréquenter un établissement scolaire.</p> <p>(art. 2 du DRW du 6 avril 1995 et art. 2, 4° et 5°, et 4, § 2, de l'AGW du 9 octobre 1997).</p>	<p>Le nombre de services d'accueil de jour pour jeunes non scolarisés ne peut dépasser le nombre agréé au 31 décembre 2001. Cependant, ce nombre peut être augmenté dans l'hypothèse :</p> <p>de la création d'un nouveau service faisant l'objet d'une promesse ferme et définitive de subvention à l'achat, la construction ou l'aménagement et devant répondre aux besoins subrégionaux ;</p> <p>de la création d'un nouveau service prenant en charge des personnes polyhandicapées.</p> <p>Les commissions subrégionales de coordination procèdent au niveau de leur ressort à l'étude approfondie des besoins des personnes handicapées en termes de services et rendent à la fin du premier semestre de chaque année leur proposition de programmation subrégionale au Gouvernement.</p> <p>La programmation subrégionale pour la création ou la transformation de services est fixée annuellement par le Gouvernement wallon.</p> <p>(art. 81 et suivants de l'AGW du 9 octobre 1997).</p>	<p>Une subvention annuelle est octroyée en vue de couvrir :</p> <p>les charges de fonctionnement ;</p> <p>les charges de personnel non éducatif et éducatif, qui concernent le personnel de direction, administratif, social et ouvrier occupé, les psychologues, paramédicaux, personnel spécial, éducateurs chefs de groupe, chefs éducateurs et assimilés occupés.</p> <p>Une subvention annuelle pour couvrir les charges de médecin coordinateur des activités de soins et paramédicales.</p> <p>Une subvention journalière accordée par journée de présence des bénéficiaires.</p> <p>Les frais de déplacement des bénéficiaires et des personnes qui les accompagnent, s'ils ne peuvent se déplacer seuls, lorsqu'ils doivent être transférés dans un autre service ou recevoir des soins de santé en dehors du service.</p> <p>La personne handicapée contribue forfaitairement à sa prise en charge.</p> <p>(art. 18 et suivants de l'AGW du 9 octobre 1997).</p>

<p>Services d'aide à l'intégration (RW)</p> <p><i>Créés par les pouvoirs publics ou d'initiative privée (art. 17 de l'AGW du 19 septembre 2002).</i></p> <p><i>Agrées par l'AWIPH (art. 25 de l'AGW du 19 septembre 2002).</i></p>	<p>DRW du 6 avril 1995 relatif à l'intégration des personnes handicapées (M. B. du 25 mai 1995). Ce décret a été modifié par un DRW du 22 janvier 1998 (M. B. du 5 mars 1998).</p> <p>AGW du 9 octobre 1997 relatif aux conditions d'agrément et de subventionnement des services résidentiels, d'accueil de jour et de placement familial (M. B. du 25 décembre 1997). Cet arrêté a été modifié pour la dernière fois par l'AGW du 19 septembre 2002 (M. B. du 22 novembre 2002).</p> <p>AGW du 19 septembre 2002 relatif à l'aide à l'intégration des jeunes handicapés (M. B. du 22 novembre 2002).</p> <p>AM du 13 mars 2003 portant exécution de l'annexe II de l'AGW du 9 octobre 1997 relatif aux conditions d'agrément et de subventionnement des services résidentiels, d'accueil de jour et placement familial pour personnes handicapées (M. B. du 3 avril 2003).</p>	<p>Matière visée à l'article 128, § 1^{er}, de la Constitution.</p> <p>Région wallonne compétente en vertu du DRW II du 22 juillet 1993 attribuant l'exercice de certaines compétences de la Communauté française à la Région wallonne et à la Commission communautaire française (M. B. du 10 septembre 1993) pris en application de l'article 138 de la Constitution.</p>	<p>Apporter au jeune une information et un soutien individualisé qu'il coordonne avec les autres intervenants auprès du jeune et de sa famille afin de donner du sens et de la cohérence à différentes interventions entreprises. Le service, en collaboration avec la famille, remplit les 4 missions suivantes :</p> <p>Accompagner individuellement le jeune en dehors du temps scolaire. Cela suscite la participation du jeune dans ses milieux de vie ordinaire et favorise ses compétences, son autonomie et son épanouissement personnel ;</p> <p>assurer un accompagnement au travers d'activités collectives organisées en dehors du temps scolaire visant à renforcer les potentialités du jeune et à valoriser les ressources de celui-ci dans ses interactions avec son environnement social ;</p> <p>développer une dynamique de réseau et de participation de la collectivité locale. Cette dynamique tend à créer des synergies locales, à influencer le rôle des autorités et des services, à générer les compétences et ressources à long terme qui favorisent l'intégration de jeunes handicapés ;</p> <p>assurer un accompagnement du jeune au travers d'activités individuelles ou de groupes réalisées en temps scolaire.</p> <p>(art. 6 à 16 de l'AGW du 19 septembre 2002).</p>	<p>Toute personne handicapée (à savoir toute personne présentant une limitation importante de ses capacités d'intégration sociale ou professionnelle suite à une altération de ses facultés mentales, sensorielles ou physiques, qui engendre la nécessité d'une intervention de la société) âgée de 6 à 20 ans.</p> <p>(art. 2 du DRW du 6 avril 1995 et art. 2, 10^e, de l'AGW 19 septembre 2002).</p>	<p>Les commissions subrégionales de coordination procèdent au niveau de leur ressort à l'étude approfondie des besoins des personnes handicapées en termes de services et rendent semestriellement leur proposition de programmation subrégionale au Gouvernement.</p> <p>La programmation subrégionale pour la création ou la transformation de services est fixée semestriellement par le Gouvernement wallon.</p> <p>(art. 98 de l'AGW du 19 septembre 2002).</p>	<p>Les services d'aide à l'intégration bénéficient :</p> <p>d'une subvention annuelle destinée à couvrir les charges de fonctionnement ainsi que les charges de personnel. Elle doit être affectée à concurrence de 85% au moins de son montant à des charges de personnel ;</p> <p>d'un supplément de subvention octroyé pour ancienneté pécuniaire ;</p> <p>d'un supplément à la subvention annuelle destiné à financer la revalorisation des salaires du personnel du secteur non-marchand.</p> <p>(article 85 à 92 AGW du 9 septembre 2002).</p> <p>Le service peut réclamer une part contributive aux parents d'un montant maximum de 25 € par mois.</p> <p>(article 97 de l'AGW du 9 septembre 2002).</p>
<p>Services d'aide aux activités de la vie journalière (RW)</p> <p><i>Créés par les pouvoirs publics ou d'initiative privée (art. 23 du DRW du 6 avril 1995).</i></p>	<p>DRW du 6 avril 1995 relatif à l'intégration des personnes handicapées (M. B. du 25 mai 1995). Ce décret a été modifié par un DRW du 22 janvier 1998 (M. B. du 5 mars 1998).</p> <p>AGW du 1^{er} avril 1999 relatif aux services d'aide aux activités de la vie journalière (M. B. du 12 juin 1999). Cet arrêté a été modifié par :</p>	<p>Matière visée à l'article 128, § 1^{er}, de la Constitution.</p> <p>Région wallonne compétente en vertu du DRW II du 22 juillet 1993 attribuant l'exercice de certaines compétences de la Communauté française à la Région wallonne et à la Commission communautaire française (M. B. du 10</p>	<p>Fournir à des personnes adultes atteintes d'un handicap locomoteur et habitant dans un logement adapté, une assistance permanente destinée à pallier l'incapacité fonctionnelle d'accomplir les actes de la vie journalière. Cette assistance doit se réaliser à la demande de la personne handicapée, 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7. L'aide ne peut consister en une intervention psycho-sociale, médicale</p>	<p>Toute personne handicapée (à savoir toute personne présentant une limitation importante de ses capacités d'intégration sociale ou professionnelle suite à une altération de ses facultés mentales, sensorielles ou physiques, qui engendre la nécessité d'une intervention de la société), âgée de 18 ans au moins au moment de la conclusion de la convention de service et pour laquelle la décision</p>	<p>La programmation du nombre de logement « aide à la vie journalière » (AVJ) est fixée à une place de logement AVJ par tranche de 15.000 habitants de la région de langue française.</p> <p>(art. 3 de l'AGW du 1^{er} avril 1999).</p>	<p>Subvention forfaitaire annuelle destinée à couvrir les charges de personnel et de fonctionnement.</p> <p>Subvention complémentaire pour assurer le financement du volume d'emploi couvert par la subvention forfaitaire annuelle.</p> <p>(art 15 à 20 sexies de l'AGW du 1^{er} avril 1999).</p>

<p><i>Constitués en ASBL (art. 4, § 2, 1, de l'AGW du 1^{er} avril 1999).</i></p> <p><i>Agrées par l'AWIPH (art. 24 du DRW du 6 avril 1995).</i></p>	<p>l'AGW du 24 février 2000 (M. B. du 9 mars 2000) ;</p> <p>l'AGW du 3 mai 2001 (M. B. du 18 mai 2001) ;</p> <p>l'AGW du 29 novembre 2001 (M. B. du 10 janvier 2002) ;</p> <p>l'AGW du 13 décembre 2001 (M. B. du 23 janvier 2002).</p>	<p>septembre 1993) pris en application de l'article 138 de la Constitution.</p>	<p>ou thérapeutique. Les logements doivent être intégrés dans un quartier d'habitation et situés à une distance de 500 mètres du service.</p> <p>(art. 24, 8^o, du DRW du 6 avril 1995 et art. 2, 7^o, de l'AGW du 1^{er} avril 1999).</p>	<p>d'intervention de l'AWIPH conclut à la nécessité d'une aide aux activités de la vie journalière en raison d'un handicap physique constaté avant l'âge de 65 ans.</p> <p>(art. 2 du DRW du 6 avril 1995 et art. 2, 5^o, de l'AGW du 1^{er} avril 1999).</p>		
<p>Services d'aide précoce aux enfants handicapés (RW)</p> <p><i>Organisés par une autorité publique ou une ASBL (art. 2, 2^o, du DCF du 12 juillet 1990).</i></p> <p><i>Agrées par l'AWIPH (art. 24 du DRW du 6 avril 1995).</i></p>	<p>DCF du 12 juillet 1990 organisant l'agrément et le subventionnement des services d'aide précoce aux enfants handicapés. Ce décret a été modifié par le DRW du 6 avril 1995 relatif à l'intégration de la personne handicapée (M. B. du 25 mai 1995).</p> <p>AGW du 13 avril 1995 exécutant le décret du 12 juillet 1990 organisant l'agrément et le subventionnement des services d'aide précoce aux enfants handicapés (M. B. du 19 juillet 1995). Cet arrêté a été modifié par :</p> <p>l'AGW du 4 juillet 1996 (M. B. du 5 octobre 1996) ;</p> <p>l'AGW du 19 novembre 1998 (M. B. du 8 décembre 1998) ;</p> <p>l'AGW du 29 novembre 2001 (M. B. du 9 janvier 2002) ;</p> <p>l'AGW du 13 décembre 2001 (M. B. du 23 janvier 2002).</p>	<p>Matière visée à l'article 128, § 1^{er}, de la Constitution.</p> <p>Région wallonne compétente en vertu du DRW II du 22 juillet 1993 attribuant l'exercice de certaines compétences de la Communauté française à la Région wallonne et à la Commission communautaire française (M. B. du 10 septembre 1993) pris en application de l'article 138 de la Constitution.</p>	<p>Apporter une aide éducative aux enfants atteints d'un handicap avéré mental, physique ou sensoriel, et ce depuis la naissance jusqu'à l'âge de 6 ans ;</p> <p>Fournir à la famille des enfants handicapés, dès la connaissance du handicap, une aide éducative, sociale et psychologique, afin de la rendre plus apte à résoudre les difficultés liées au handicap et de favoriser ainsi le développement optimal de l'enfant dans son cadre naturel de vie ;</p> <p>Promouvoir la prévention et le dépistage des handicaps de toute nature avant, pendant et après la grossesse, et de s'associer ou de collaborer à toute initiative ayant ce projet ;</p> <p>Le service peut se spécialiser dans l'aide aux enfants atteints d'un type déterminé de handicap. Dans ce cas, il peut contribuer à la formation d'équipes d'aide précoce, collaborer à la recherche en matière d'aide précoce, récolter et diffuser des informations sur la ou les déficiences(s).</p> <p>(art. 24, 1^o, du DRW du 6 avril 1995 et art. 1^{er}, § 1 et § 2, du DCF du 12 juillet 1990).</p>	<p>Personnes :</p> <p>âgées de moins de 7 ans ;</p> <p>atteintes d'un handicap avéré, mental, physique ou sensoriel attesté par la délivrance d'un document issu, selon le cas, d'un service hospitalier agréé, d'un service reconnu par l'INAMI, par un médecin, par un service de consultation de l'ONE ou par un service agréé en vertu de l'AE du 10 mai 1984 portant agrément des services spécialisés habilités à délivrer le rapport sur la base duquel s'effectue le placement des personnes handicapées ;</p> <p>pour lesquelles la famille a remis une demande d'intervention par écrit et conclu une convention d'aide précoce dans les trois mois de cette demande ;</p> <p>qui bénéficient au minimum de trois séances d'intervention par an.</p> <p>(art. 2, 5^o, de l'AGW du 13 avril 1995).</p>	<p>Un service général couvre une zone d'au moins 8.000 enfants de moins de 7 ans.</p> <p>Un service spécialisé couvre l'ensemble du territoire de la région de langue française.</p> <p>(art. 3 de l'AGW du 13 avril 1995).</p>	<p>Subvention visant à couvrir :</p> <p>les dépenses couvrant le personnel pris en considération dans l'arrêté d'agrément ;</p> <p>les frais de fonctionnement et d'infrastructures.</p> <p>Subvention complémentaire pour assurer le financement du volume d'emploi couvert par la subvention mentionnée ci-dessus.</p> <p>(art. 20 à 25 sexies de l'AGW du 13 avril 1995).</p>
<p>Services de placement familial (RW)</p> <p><i>Créés par les pouvoirs publics ou d'initiative privée (art. 23 du DRW du 6 avril 1995).</i></p> <p><i>Agrées par l'AWIPH (art. 24 du DRW du 6 avril 1995).</i></p>	<p>DRW du 6 avril 1995 relatif à l'intégration des personnes handicapées (M. B. du 25 mai 1995). Ce décret a été modifié par un DRW du 22 janvier 1998 (M. B. du 5 mars 1998).</p> <p>AGW du 9 octobre 1997 relatif aux conditions d'agrément et de subventionnement des services résidentiels, d'accueil de jour et de placement familial (M. B. du 25 décembre 1997). Cet arrêté a été modifié pour la dernière fois par l'AGW du 19 septembre 2002 (M. B.</p>	<p>Matière visée à l'article 128, § 1^{er}, de la Constitution.</p> <p>Région wallonne compétente en vertu du DRW II du 22 juillet 1993 attribuant l'exercice de certaines compétences de la Communauté française à la Région wallonne et à la Commission communautaire française (M. B. du 10 septembre 1993) pris en application de l'article 138 de la Constitution.</p>	<p>Assurer la recherche, la sélection de familles d'accueil ainsi que le placement, y compris en court séjour, dans celles-ci de bénéficiaires jeunes ou adultes. Il assure aux familles le soutien, la guidance et la coordination avec les autres services fréquentés par les bénéficiaires.</p> <p>(art. 24, 9^o, du DRW du 6 avril 1995 et art. 7 de l'AGW du 9 octobre 1997).</p>	<p>Toute personne handicapée (à savoir toute personne présentant une limitation importante de ses capacités d'intégration sociale ou professionnelle suite à une altération de ses facultés mentales, sensorielles ou physiques, qui engendre la nécessité d'une intervention de la société).</p> <p>Les familles de ces personnes.</p> <p>(art. 2 du DRW du 6 avril 1995 et art. 7 de l'AGW du 9 octobre 1997).</p>	<p>Le nombre de services de placement familial ne peut dépasser le nombre agréé au 31 décembre 2001. Cependant, ce nombre peut être augmenté dans l'hypothèse :</p> <p>de la création d'un nouveau service faisant l'objet d'une promesse ferme et définitive de subvention à l'achat, la construction ou l'aménagement et devant répondre aux besoins subrégionaux ;</p>	<p>Subvention annuelle octroyée en vue de couvrir :</p> <p>les charges de fonctionnement ;</p> <p>les charges de personnel non éducatif et éducatif, qui concernent le personnel de direction, administratif, social et ouvrier occupé, les psychologues, paramédicaux, personnel spécial, éducateur chefs de groupe, chefs éducateurs et assimilés occupés.</p>

	du 22 novembre 2002). AM du 13 mars 2003 portant exécution de l'annexe II de l'AGW du 9 octobre 1997 relatif aux conditions d'agrément et de subventionnement des services résidentiels, d'accueil de jour et placement familial pour personnes handicapées (M. B. du 3 avril 2003).				de la création d'un nouveau service prenant en charge des personnes polyhandicapées. Les commissions subrégionales de coordination procèdent au niveau de leur ressort à l'étude approfondie des besoins des personnes handicapées en termes de services et rendent à la fin du premier semestre de chaque année leur proposition de programmation subrégionale au Gouvernement. La programmation subrégionale pour la création ou la transformation de services est fixée annuellement par le Gouvernement wallon. (art. 81 et suivants de l'AGW du 9 octobre 1997).	Subvention journalière accordée par journée de présence des bénéficiaires. (art. 18 et suivants de l'AGW du 9 octobre 1997).
• Services résidentiels						
Services résidentiels pour adultes (RW) <i>Créés par les pouvoirs publics ou d'initiative privée (art. 23 du DRW du 6 avril 1995).</i> <i>Agréés par l'AWIPH (art. 24 du DRW du 6 avril 1995).</i>	DRW du 6 avril 1995 relatif à l'intégration des personnes handicapées (M. B. du 25 mai 1995). Ce décret a été modifié par un DRW du 22 janvier 1998 (M. B. du 5 mars 1998). AGW du 9 octobre 1997 relatif aux conditions d'agrément et de subventionnement des services résidentiels, d'accueil de jour et de placement familial (M. B. du 25 décembre 1997). Cet arrêté a été modifié pour la dernière fois par l'AGW du 19 septembre 2002 (M. B. du 22 novembre 2002). AM du 13 mars 2003 portant exécution de l'annexe II de l'AGW du 9 octobre 1997 relatif aux conditions d'agrément et de subventionnement des services résidentiels, d'accueil de jour et placement familial pour personnes handicapées (M. B. du 3 avril 2003).	Matière visée à l'article 128, § 1 ^{er} , de la Constitution. Région wallonne compétente en vertu du DRW II du 22 juillet 1993 attribuant l'exercice de certaines compétences de la Communauté française à la Région wallonne et à la Commission communautaire française (M. B. du 10 septembre 1993) pris en application de l'article 138 de la Constitution.	Accueillir et héberger (y compris en court séjour) les bénéficiaires ; Assurer un accompagnement éducatif via des activités variées et adaptées, un accompagnement psychologique et social optimal adapté à leurs besoins ; Viser à l'intégration sociale, culturelle ou professionnelle de la personne handicapée. (art. 24, 7 ^e ; du DRW du 6 avril 1995 et art. 5, § 2, de l'AGW du 9 octobre 1997).	Toute personne handicapée (à savoir toute personne présentant une limitation importante de ses capacités d'intégration sociale ou professionnelle suite à une altération de ses facultés mentales, sensorielles ou physiques, qui engendre la nécessité d'une intervention de la société) âgée de 18 ans au moins et ne bénéficiant pas d'une dérogation pour être accueillie ou hébergée dans un service pour jeune. (art. 2 du DRW du 6 avril 1995 et art. 2, 4 ^e et 6 ^e , et 5, § 2, de l'AGW du 9 octobre 1997).	Le nombre de services résidentiels pour adultes ne peut dépasser le nombre agréé au 31 décembre 2001. Cependant, ce nombre peut être augmenté dans l'hypothèse : de la création d'un nouveau service faisant suite à un transfert de prise en charge d'un service résidentiel pour jeunes ; de la création d'un nouveau service faisant l'objet d'une promesse ferme et définitive de subvention à l'achat, la construction ou l'aménagement et devant répondre aux besoins subrégionaux ; de la création d'un nouveau service prenant en charge des personnes polyhandicapées. Les commissions subrégionales de coordination procèdent au niveau de leur ressort à l'étude approfondie des besoins des personnes handicapées en termes de services et rendent à la fin du premier semestre de chaque année leur proposition de programmation subrégionale au Gouvernement. La programmation subrégionale pour la création ou la transformation de services est fixée annuellement par le Gouvernement wallon. (art. 81 et suivants de l'AGW du 9	Une subvention annuelle est octroyée en vue de couvrir : les charges de fonctionnement ; les charges de personnel non éducatif et éducatif, qui concernent le personnel de direction, administratif, social et ouvrier occupé, les psychologues, paramédicaux, personnel spécial, éducateurs chefs de groupe, chefs éducateurs et assimilés occupés. Une subvention annuelle pour couvrir les charges de médecin coordinateur des activités de soins et paramédicales. Une subvention journalière accordée par journée de présence des bénéficiaires. Une subvention particulière en vue de renforcer l'encadrement (financer un éducateur mi-temps supplémentaire). Les frais de déplacement des bénéficiaires et des personnes qui les accompagnent, s'ils ne peuvent se déplacer seuls, lorsqu'ils doivent être transférés dans un autre service ou recevoir des soins de santé en dehors du service. La personne handicapée contribue forfaitairement à sa prise en charge.

					octobre 1997).	(art. 18 et suivants de l'AGW du 9 octobre 1997).
<p>Services résidentiels pour jeunes (RW)</p> <p><i>Créés par les pouvoirs publics ou d'initiative privée (art. 23 du DRW du 6 avril 1995).</i></p> <p><i>Agréés par l'AWIPH (art. 24 du DRW du 6 avril 1995).</i></p>	<p>DRW du 6 avril 1995 relatif à l'intégration des personnes handicapées (M. B. du 25 mai 1995). Ce décret a été modifié par un DRW du 22 janvier 1998 (M. B. du 5 mars 1998).</p> <p>AGW du 9 octobre 1997 relatif aux conditions d'agrément et de subventionnement des services résidentiels, d'accueil de jour et de placement familial (M. B. du 25 décembre 1997). Cet arrêté a été modifié pour la dernière fois par l'AGW du 19 septembre 2002 (M. B. du 22 novembre 2002).</p> <p>AM du 13 mars 2003 portant exécution de l'annexe II de l'AGW du 9 octobre 1997 relatif aux conditions d'agrément et de subventionnement des services résidentiels, d'accueil de jour et placement familial pour personnes handicapées (M. B. du 3 avril 2003).</p>	<p>Matière visée à l'article 128, § 1^{er}, de la Constitution.</p> <p>Région wallonne compétente en vertu du DRW II du 22 juillet 1993 attribuant l'exercice de certaines compétences de la Communauté française à la Région wallonne et à la Commission communautaire française (M. B. du 10 septembre 1993) pris en application de l'article 138 de la Constitution.</p>	<p>Accueillir et héberger (y compris en court séjour) les bénéficiaires qui fréquentent ou non un établissement d'enseignement ;</p> <p>Fournir une prise en charge individuelle éducative, médicale, thérapeutique, psychologique et sociale complémentaire à leur scolarité et adaptée à leurs besoins ;</p> <p>Viser à une intégration scolaire, sociale et culturelle ou professionnelle de la personne handicapée.</p> <p>(art. 24, 7^e, du DRW du 6 avril 1995 et art. 5, § 1^{er}, de l'AGW du 9 octobre 1997).</p>	<p>Toute personne handicapée (à savoir toute personne présentant une limitation importante de ses capacités d'intégration sociale ou professionnelle suite à une altération de ses facultés mentales, sensorielles ou physiques, qui engendre la nécessité d'une intervention de la société) âgée de moins de 18 ans ou de 18 à 21 ans dans certains cas.</p> <p>(art. 2 du DRW du 6 avril 1995 et art. 2, 4^e et 5^e, et 5, § 1^{er}, de l'AGW du 9 octobre 1997).</p>	<p>Le nombre de services résidentiels pour jeunes ne peut dépasser le nombre agréé au 31 décembre 2001. Cependant, ce nombre peut être augmenté dans l'hypothèse :</p> <p>de la création d'un nouveau service faisant l'objet d'une promesse ferme et définitive de subvention à l'achat, la construction ou l'aménagement et devant répondre aux besoins subrégionaux ;</p> <p>de la création d'un nouveau service prenant en charge des personnes polyhandicapées.</p> <p>Les commissions subrégionales de coordination procèdent au niveau de leur ressort à l'étude approfondie des besoins des personnes handicapées en termes de services et rendent à la fin du premier semestre de chaque année leur proposition de programmation subrégionale au Gouvernement.</p> <p>La programmation subrégionale pour la création ou la transformation de services est fixée annuellement par le Gouvernement wallon.</p> <p>(art. 81 et suivants de l'AGW du 9 octobre 1997).</p>	<p>Une subvention annuelle est octroyée en vue de couvrir :</p> <p>les charges de fonctionnement ;</p> <p>les charges de personnel non éducatif et éducatif, qui concernent le personnel de direction, administratif, social et ouvrier occupé, les psychologues, paramédicaux, personnel spécial, éducateurs chefs de groupe, chefs éducateurs et assimilés occupés.</p> <p>Une subvention annuelle pour couvrir les charges de médecin coordinateur des activités de soins et paramédicales.</p> <p>Une subvention journalière accordée par journée de présence des bénéficiaires.</p> <p>Une subvention particulière en vue de renforcer l'encadrement (financer un éducateur mi-temps supplémentaire).</p> <p>Les frais de déplacement des bénéficiaires et des personnes qui les accompagnent, s'ils ne peuvent se déplacer seuls, lorsqu'ils doivent être transférés dans un autre service ou recevoir des soins de santé en dehors du service.</p> <p>La personne handicapée contribue forfaitairement à sa prise en charge.</p> <p>(art. 18 et suivants de l'AGW du 9 octobre 1997).</p>
<p>Services résidentiels de nuit pour adultes (RW)</p> <p><i>Créés par les pouvoirs publics ou d'initiative privée (art. 23 du DRW du 6 avril 1995).</i></p> <p><i>Agréés par l'AWIPH (art. 24 du DRW du 6 avril 1995).</i></p>	<p>DRW du 6 avril 1995 relatif à l'intégration des personnes handicapées (M. B. du 25 mai 1995). Ce décret a été modifié par un DRW du 22 janvier 1998 (M. B. du 5 mars 1998).</p> <p>AGW du 9 octobre 1997 relatif aux conditions d'agrément et de subventionnement des services résidentiels, d'accueil de jour et de placement familial (M. B. du 25 décembre 1997). Cet arrêté a été</p>	<p>Matière visée à l'article 128, § 1^{er}, de la Constitution.</p> <p>Région wallonne compétente en vertu du DRW II du 22 juillet 1993 attribuant l'exercice de certaines compétences de la Communauté française à la Région wallonne et à la Commission communautaire française (M. B. du 10 septembre 1993) pris en application de l'article 138 de</p>	<p>Héberger (y compris en court séjour) les bénéficiaires ;</p> <p>Assurer un accompagnement optimal adapté à leurs besoins ;</p> <p>Viser à l'intégration sociale, culturelle ou professionnelle de la personne handicapée.</p> <p>(art. 24, 7^e, du DRW du 6 avril 1995 et art. 5, § 3, de l'AGW du 9 octobre 1997).</p>	<p>Toute personne handicapée (à savoir toute personne présentant une limitation importante de ses capacités d'intégration sociale ou professionnelle suite à une altération de ses facultés mentales, sensorielles ou physiques, qui engendre la nécessité d'une intervention de la société) âgée de 18 ans au moins et ne disposant pas d'une dérogation pour être accueillie ou hébergée dans un service pour jeunes.</p>	<p>Le nombre de services résidentiels de nuit pour adultes ne peut dépasser le nombre agréé au 31 décembre 2001. Cependant, ce nombre peut être augmenté dans l'hypothèse :</p> <p>de la création d'un nouveau service faisant l'objet d'une promesse ferme et définitive de subvention à l'achat, la construction ou l'aménagement et devant répondre aux besoins</p>	<p>Une subvention annuelle est octroyée en vue de couvrir :</p> <p>les charges de fonctionnement ;</p> <p>les charges de personnel non éducatif et éducatif, qui concernent le personnel de direction, administratif, social et ouvrier occupé, les psychologues, paramédicaux, personnel spécial, éducateurs chefs de groupe, chefs éducateurs et</p>

<p>(art. 24 du DRW du 6 avril 1995).</p>	<p>décembre 1997). Cet arrêté a été modifié pour la dernière fois par l'AGW du 19 septembre 2002 (M. B. du 22 novembre 2002).</p> <p>AM du 13 mars 2003 portant exécution de l'annexe II de l'AGW du 9 octobre 1997 relatif aux conditions d'agrément et de subventionnement des services résidentiels, d'accueil de jour et placement familial pour personnes handicapées (M. B. du 3 avril 2003).</p>	<p>application de l'article 138 de la Constitution.</p>		<p>(art. 2 du DRW du 6 avril 1995 et art. 2, 4° et 6°, et 5, § 3, de l'AGW du 9 octobre 1997).</p>	<p>répondre aux besoins subrégionaux ;</p> <p>de la création d'un nouveau service prenant en charge des personnes polyhandicapées.</p> <p>Les commissions subrégionales de coordination procèdent au niveau de leur ressort à l'étude approfondie des besoins des personnes handicapées en termes de services et rendent à la fin du premier semestre de chaque année leur proposition de programmation subrégionale au Gouvernement.</p> <p>La programmation subrégionale pour la création ou la transformation de services est fixée annuellement par le Gouvernement wallon.</p> <p>(art. 81 et suivants de l'AGW du 9 octobre 1997).</p>	<p>assimilés occupés.</p> <p>Une subvention annuelle pour couvrir les charges de médecin coordinateur des activités de soins et paramédicales.</p> <p>Une subvention journalière accordée par journée de présence des bénéficiaires.</p> <p>Une subvention particulière en vue de renforcer l'encadrement (financer un éducateur mi-temps supplémentaire).</p> <p>Les frais de déplacement des bénéficiaires et des personnes qui les accompagnent, s'ils ne peuvent se déplacer seuls, lorsqu'ils doivent être transférés dans un autre service ou recevoir des soins de santé en dehors du service.</p> <p>La personne handicapée contribue forfaitairement à sa prise en charge.</p> <p>(art. 18 et suivants de l'AGW du 9 octobre 1997).</p>
<p>Services résidentiels de transition (RW)</p> <p><i>Créés par les pouvoirs publics ou d'initiative privée (art. 23 du DRW 6 avril 1995).</i></p> <p><i>Agrés par l'AWIPH (art. 24 du DRW du 6 avril 1995).</i></p>	<p>DRW du 6 avril 1995 relatif à l'intégration des personnes handicapées (M. B. du 25 mai 1995). Ce décret a été modifié par un DRW du 22 janvier 1998 (M. B. du 5 mars 1998).</p> <p>AGW du 9 octobre 1997 relatif aux conditions d'agrément et de subventionnement des services résidentiels, d'accueil de jour et de placement familial (M. B. du 25 décembre 1997). Cet arrêté a été modifié pour la dernière fois par l'AGW du 19 septembre 2002 (M. B. du 22 novembre 2002).</p> <p>AM du 13 mars 2003 portant exécution de l'annexe II de l'AGW du 9 octobre 1997 relatif aux conditions d'agrément et de subventionnement des services résidentiels, d'accueil de jour et placement familial pour personnes handicapées (M. B. du 3 avril 2003).</p>	<p>Matière visée à l'article 128, § 1^{er}, de la Constitution.</p> <p>Région wallonne compétente en vertu du DRW II du 22 juillet 1993 attribuant l'exercice de certaines compétences de la Communauté française à la Région wallonne et à la Commission communautaire française (M. B. du 10 septembre 1993) pris en application de l'article 138 de la Constitution.</p>	<p>Ils sont organisés au départ d'un service résidentiel.</p> <p><u>Missions</u></p> <p>Viser à préparer la réinsertion en famille ou la mise en autonomie de bénéficiaires dans des logements individuels ou dans des logements communautaires à raison d'un maximum de 6 bénéficiaires par unité de logement. Ces logements sont situés en dehors du service résidentiel.</p> <p>(art. 24, 7°, du DRW du 6 avril 1995 et art. 5, § 4, de l'AGW du 9 octobre 1997).</p>	<p>Toute personne handicapée (à savoir toute personne présentant une limitation importante de ses capacités d'intégration sociale ou professionnelle suite à une altération de ses facultés mentales, sensorielles ou physiques, qui engendre la nécessité d'une intervention de la société).</p> <p>(art. 2 du DRW du 6 avril 1995 et art. 2, 4°, et 7 de l'AGW du 9 octobre 1997)</p>	<p>Le nombre de services résidentiels de transition ne peut dépasser le nombre agréé au 31 décembre 2001. Cependant, ce nombre peut être augmenté dans l'hypothèse :</p> <p>de la création d'un nouveau service faisant suite à un transfert de prise en charge d'un service résidentiel pour jeunes ;</p> <p>de la création d'un nouveau service faisant l'objet d'une promesse ferme et définitive de subvention à l'achat, la construction ou l'aménagement et devant répondre aux besoins subrégionaux ;</p> <p>de la création d'un nouveau service prenant en charge des personnes polyhandicapées.</p> <p>Les commissions subrégionales de coordination procèdent au niveau de leur ressort à l'étude approfondie des besoins des personnes handicapées en termes de services et rendent à la fin du premier semestre de chaque année leur proposition de programmation subrégionale au Gouvernement.</p> <p>La programmation subrégionale pour la création ou la transformation de</p>	<p>Une subvention annuelle est octroyée en vue de couvrir :</p> <p>les charges de fonctionnement ;</p> <p>les charges de personnel non éducatif et éducatif, qui concernent le personnel de direction, administratif, social et ouvrier occupé, les psychologues, paramédicaux, personnel spécial, éducateurs chefs de groupe, chefs éducateurs et assimilés occupés.</p> <p>Les frais de déplacement des bénéficiaires et des personnes qui les accompagnent, s'ils ne peuvent se déplacer seuls, lorsqu'ils doivent être transférés dans un autre service ou recevoir des soins de santé en dehors du service.</p> <p>La personne handicapée contribue forfaitairement à sa prise en charge.</p> <p>(art. 18 et suivants de l'AGW du 9 octobre 1997).</p>

					services est fixée annuellement par le Gouvernement wallon. (art. 81 et suivants de l'AGW du 9 octobre 1997).	
--	--	--	--	--	--	--

3.3.4. Politique d'accueil et d'intégration des étrangers						
Nomenclature ²⁴⁸	Cadre juridique	Cadre institutionnel	Objet et Missions	Bénéficiaires	Champ d'application territorial	Financement
<p>Centres régionaux d'intégration des personnes étrangères ou d'origine étrangère (RW)</p> <p><i>Créés à l'initiative des pouvoirs publics ou des associations (art. 7 du DRW du 4 juillet 1996).</i></p> <p><i>Agréés par la Région wallonne (art. 10 du DRW du 4 juillet 1996).</i></p>	<p>DRW du 4 juillet 1996 relatif à l'intégration des personnes étrangères ou d'origine étrangère (M. B. du 3 septembre 1996). Ce décret a été modifié par un AGW du 13 décembre 2001 (M. B. du 8 janvier 2002).</p> <p>AGW du 6 mars 1997 portant exécution du décret du 4 juillet 1996 relatif à l'intégration des personnes étrangères ou d'origine étrangère (M. B. du 10 avril 1997). Cet arrêté a été modifié par un AGW du 19 décembre 2002 (M. B. du 12 février 2003).</p>	<p>Matière visée à l'article 128, § 1^{er}, de la Constitution.</p> <p>Région wallonne compétente en vertu du DRW II du 22 juillet 1993 attribuant l'exercice de certaines compétences de la Communauté française à la Région wallonne et à la Commission communautaire française (M. B. du 10 septembre 1993) pris en application de l'article 138 de la Constitution.</p> <p>(art. 1^{er} du DRW du 4 juillet 1996).</p>	<p>Développer des activités d'intégration aux plans social, socio-professionnel, en matière de logement et de santé ;</p> <p>Promouvoir la formation de personnes étrangères ou d'origine étrangère et du personnel des services s'adressant à ces personnes ;</p> <p>Accompagner et orienter les personnes étrangères ou d'origine étrangère dans leurs démarches d'intégration ;</p> <p>Promouvoir la participation de ces personnes à la vie culturelle, sociale et économique ;</p> <p>Promouvoir des échanges interculturels et du respect des différences ;</p> <p>Evaluer des initiatives locales de développement social ;</p> <p>Collecter des données statistiques, les traiter, mettre en place des indicateurs et diffuser des informations facilitant l'intégration des personnes étrangères ou d'origine étrangère.</p> <p>Ces centres visent donc à favoriser et à promouvoir l'intégration des personnes étrangères.</p> <p>(art. 6 du DRW du 4 juillet 1996).</p>	<p>Personnes étrangères ou d'origine étrangère qui résident légalement sur le territoire et qui sont venues en Belgique pour des raisons économiques, sociales ou de persécution au sens de la Convention de Genève.</p> <p>Le DRW du 4 juillet 1996 se réfère aux personnes qui ont des difficultés d'ordre économique et social ainsi qu'à celles qui appartiennent à une minorité ethnique ou culturelle.</p>	<p>6 centres régionaux agréés en vertu de l'article 5, alinéa 1, du décret, dont le ressort est précisé (Charleroi, La Louvière, Liège, Mons, Namur et Verviers).</p> <p>Le Gouvernement peut agréer d'autres centres à condition qu'ils desservent une zone d'action prioritaire (voir annexe de l'AGW du 6 mars 1997) et qu'ils couvrent au moins le territoire d'un arrondissement.</p> <p>(art. 5 du DRW du 4 juillet 1996 et art. 3 et 4 de l'AGW du 6 mars 1997).</p>	<p>Subvention annuelle pour les 6 centres agréés en vertu de l'article 5, alinéa 1, du décret qui couvre :</p> <p>au moins les rétributions du responsable de la gestion journalière et d'une secrétaire à mi-temps ;</p> <p>les frais de fonctionnement et d'activité (au moins 18.600 €).</p> <p>Subvention annuelle pour les autres centres qui couvre :</p> <p>au moins les rétributions du responsable de la gestion journalière ;</p> <p>les frais de fonctionnement et d'activité (au moins 9.300 €).</p> <p>Subventions peuvent être prévues pour couvrir des activités exceptionnelles.</p> <p>(art. 13 du DRW du 4 juillet 1996).</p>

²⁴⁸ Plus précisément, cette colonne reprend la dénomination de la structure étudiée, le niveau de pouvoir compétent (RW pour la Région wallonne, F pour le pouvoir fédéral et CF pour la Communauté française), la forme juridique que l'institution doit revêtir, les personnes qui sont à l'origine de la création de la structure et l'autorité compétente pour l'agrément.

3.3.5. Politique d'action sociale						
Nomenclature ²⁴⁹	Cadre juridique	Cadre institutionnel	Objet et Missions	Bénéficiaires	Champ d'application territorial	Financement
• Aide sociale						
<p>Centres de service social (RW)</p> <p><i>Constitués sous forme d'ASBL ou créés par une union nationale ou une mutualité telles que définies par la loi du 6 août 1990 relative aux mutualités et aux unions nationales de mutualités (art. 4, 1°, AECF du 14 septembre 1987).</i></p> <p><i>Agréés par la Région wallonne (art. 6 AECF du 14 septembre 1987).</i></p>	<p>Décret-programme RW du 19 décembre 1996 portant diverses mesures en matières de finance, emploi, environnement, travaux subsidiés, logement et action sociale (M. B. du 31 décembre 1996). Ce décret a été modifié par :</p> <p>le DRW du 17 décembre 1997 (M. B. du 27 janvier 1998) ;</p> <p>le DRW du 29 octobre 1998 (M. B. du 4 décembre 1998) ;</p> <p>le DRW du 6 mai 1999 (M. B. du 8 juillet 1999).</p> <p>AECF du 14 septembre 1987 fixant les règles d'agrément et d'octroi de subventions aux centres de service social (M. B. du 4 novembre 1987). Cet arrêté a été modifié par :</p> <p>l'AECF du 25 janvier 1993 ;</p> <p>l'AECF du 24 septembre 1993 ;</p> <p>l'AGW du 6 décembre 2001 (M. B. du 29 décembre 2001) ;</p> <p>l'AGW du 13 juin 2002 (M. B. du 9 juillet 2002).</p> <p>Dispositif réglementaire en cours de révision (texte non disponible).</p>	<p>Matière visée à l'article 128, § 1^{er}, de la Constitution.</p> <p>Région wallonne compétente en vertu du DRW II du 22 juillet 1993 attribuant l'exercice de certaines compétences de la Communauté française à la Région wallonne et à la Commission communautaire française (M. B. du 10 septembre 1993) pris en application de l'article 138 de la Constitution.</p>	<p>Assurer l'accueil des bénéficiaires, dispenser une aide sociale individualisée aux personnes et aux familles ;</p> <p>Apporter une aide sociale et psychosociale à toute personne qui en fait la demande ;</p> <p>Arriver, avec les intéressés, à une formulation plus claire de leurs difficultés sociales ;</p> <p>Mettre les institutions et les prestations sociales à la portée des intéressés en informant et en les orientant vers des institutions plus spécialisées ou vers des personnes compétentes pour résoudre des situations spécifiques ; en intervenant auprès de ces institutions et personnes et en collaborant avec elles ;</p> <p>Donner aux bénéficiaires la guidance nécessaire afin de mieux les intégrer dans leur milieu et de les faire participer d'une manière plus active à la vie de celui-ci ;</p> <p>Signaler aux autorités compétentes les problèmes et les lacunes qui se font dans la collectivité.</p> <p>(art. 2 de l'AECF du 14 septembre 1987).</p>	<p>Toute personne qui en fait la demande. Le centre s'occupe principalement :</p> <p>des personnes isolées ;</p> <p>des familles dont l'épanouissement normal est entravé par un ou plusieurs de leurs membres ;</p> <p>des familles désespérées par l'absence ou la disparition d'un de ses membres.</p> <p>(art. 1^{er}, 2°, de l'AECF du 14 septembre 1987).</p>		<p>Subvention couvrant au moins partiellement :</p> <p>les frais de rémunération du personnel qualifié ;</p> <p>les frais de fonctionnement qui comprennent une part forfaitaire annuelle par professionnel qualifié proportionnelle à la durée de ses prestations et une part forfaitaire annuelle de fonctionnement (doublée pour les centres ne pouvant être considérés comme appartenant à une union nationale ou une mutualité).</p> <p>(art. 7 de l'AECF du 14 septembre 1987).</p>

²⁴⁹ Plus précisément, cette colonne reprend la dénomination de la structure étudiée, le niveau de pouvoir compétent (RW pour la Région wallonne, F pour le pouvoir fédéral et CF pour la Communauté française), la forme juridique que l'institution doit revêtir, les personnes qui sont à l'origine de la création de la structure et l'autorité compétente pour l'agrément.

<p>Centres publics d'aide sociale (RW)</p>	<p>Loi organique des centres publics d'aide sociale du 8 juillet 1976 (M. B. du 5 août 1976, errata M. B. du 26 novembre 1976). Cette loi a été modifiée pour la dernière fois par un DRW du 6 février 2003 (M. B. du 17 février 2003).</p>	<p>Matière visée à l'article 128, § 1^{er}, de la Constitution.</p> <p>Région wallonne compétente en vertu du DRW II du 22 juillet 1993 attribuant l'exercice de certaines compétences de la Communauté française à la Région wallonne et à la Commission communautaire française (M. B. du 10 septembre 1993) pris en application de l'article 138 de la Constitution.</p>	<p>Assurer aux personnes et aux familles l'aide (palliative, curative ou préventive, matérielle, sociale, médicale, médico-sociale ou psychologique) due par la collectivité ;</p> <p>Exercer la tutelle ou à tout le moins d'assurer la garde, l'entretien et l'éducation des enfants mineurs d'âge lorsqu'ils lui sont confiés par la loi, les parents ou des organismes publics ;</p> <p>Fournir tout conseil et renseignement utiles et d'effectuer les démarches de nature à procurer aux intéressés tous les droits et avantages auxquels ils peuvent prétendre dans le cadre de la législation belge ou étrangère ;</p> <p>Accorder l'aide matérielle sous quelque forme que ce soit ;</p> <p>Assurer la guidance psychosociale, morale ou éducative nécessaire à la personne aidée pour lui permettre de vaincre elle-même progressivement ses difficultés ;</p> <p>Affilier la personne aidée à un organisme assureur si elle n'est pas assurée contre la maladie et l'invalidité ;</p> <p>Créer, là où cela se révèle nécessaire et, le cas échéant, dans le cadre d'une programmation existante, des établissements ou services à caractère social, curatif ou préventif, de les étendre et de les gérer ;</p> <p>Prendre les dispositions de nature à procurer un emploi aux personnes devant justifier d'une période de travail pour obtenir le bénéfice complet de certaines allocations sociales ;</p> <p>Prendre toutes les initiatives nécessaires en vue d'informer le public sur les différentes formes d'aide qu'il octroie et d'en faire rapport annuellement dans la note de gestion ;</p> <p>Allouer des avances sur un ou plusieurs termes déterminés et consécutifs de pensions alimentaires.</p> <p>(art. 57 à 68 de la loi du 8 juillet 1976).</p>	<p>Toute personne qui vit en Belgique dans une situation contraire à la dignité humaine.</p> <p>(art. 1^{er} de la loi du 8 juillet 1976).</p>	<p>Chaque commune du Royaume est desservie par un CPAS.</p> <p>(art. 2 in fine de la loi du 6 juillet 1976).</p>	<p>Après la répartition du Fonds des communes entre les régions, une partie du fonds attribuée à chacune des régions est destinée à être répartie entre les CPAS. Il s'agit du fonds spécial de l'aide sociale.</p> <p>Les communes, lorsque le CPAS ne dispose pas de ressources suffisantes pour couvrir les dépenses résultant de l'accomplissement de ses missions, peuvent couvrir la différence.</p> <p>Recettes liées aux activités du CPAS.</p> <p>(art. 105 à 107 de la loi du 8 juillet 1976).</p>
--	---	---	---	--	--	--

• Aide aux justiciables						
<p>Services d'aide sociale aux détenus en vue de leur réinsertion sociale (CF)</p> <p><i>ASBL ayant pour objet l'aide sociale aux détenus (art. 5, 1°, du DCF du 19 juillet 2001).</i></p> <p><i>Agrées par la Communauté française (art. 4 du DCF du 19 juillet 2001).</i></p>	<p>DCF du 19 juillet 2001 relatif à l'aide sociale aux détenus en vue de leur réinsertion sociale (M. B. du 23 août 2001).</p> <p>AGCF du 13 décembre 2001 portant exécution du décret du 19 juillet 2001 relatif à l'aide sociale aux détenus en vue de leur réinsertion sociale (10 janvier 2002, erratum M. B. du 20 février 2002).</p>	<p>Matière visée à l'article 128, §1^{er}, de la Constitution.</p> <p>Avis du Conseil d'état, section législation, du 5 octobre 1998.</p> <p>Arrêt de la Cour d'arbitrage du 14 octobre 1999, n° 110/99.</p>	<p><u>Mission principale :</u></p> <p>Apporter aux bénéficiaires qui le demandent ou l'acceptent une aide sociale, en ce compris une aide psychologique.</p> <p><u>Missions à l'intérieur des établissements pénitentiaires ou de défense sociale</u></p> <p>Apporter une aide sociale et psychologique aux détenus, dès leur entrée dans l'établissement ;</p> <p>Mettre en place les conditions d'examen d'alternatives à la détention pour les personnes détenues préventivement ;</p> <p>Collaborer à l'élaboration du programme de reclassement des détenus condamnés qu'ils suivent, et à la préparation de la libération à l'essai des détenus subissant une mesure de défense sociale ;</p> <p>Assurer une permanence régulière et accessible aux détenus qui en font la demande ;</p> <p>Contribuer à promouvoir et à encadrer les relations entre le détenu et l'environnement extérieur ;</p> <p>Faciliter l'accès aux ressources des services d'aide aux personnes et de formation ;</p> <p>En cas de transfert d'un détenu vers un autre établissement, assurer l'orientation du dossier, en accord avec le détenu, vers le service d'aide aux détenus de l'arrondissement judiciaire du nouvel établissement ;</p> <p>Contribuer au développement des activités d'éducation socioculturelle et de formation au sein des établissements.</p> <p><u>Missions à l'extérieur des établissements pénitentiaires ou de défense sociale</u></p> <p>Remplir les missions visées aux paragraphes 1, 3 et 6 des missions à l'intérieur des établissements pénitentiaire ou de défense sociale, à l'égard des personnes qui subissent une peine privative de liberté dans leur</p>	<p>Détenus à savoir une personne qui subit soit :</p> <p>une mesure privative de liberté en vertu de la loi du 20 juillet 1990 relative à la détention préventive ;</p> <p>une peine privative de liberté, à l'exception de la mise en liberté à titre conditionnel ou provisoire ;</p> <p>une mesure décidée sur la base de la loi du 1^{er} juillet 1964 de défense sociale à l'égard des anormaux, des délinquants d'habitude et des auteurs de certains délits sexuels.</p> <p>Les proches des détenus.</p> <p>(art. 1, 1° et 2°, du DCF du 19 juillet 2001).</p>	<p>Un service d'aide social aux détenus est agréé dans chaque arrondissement judiciaire. Cependant, le Ministre peut agréer plusieurs services dans un même arrondissement lorsque la capacité de l'arrondissement en nombre de détenus est supérieure à 450, il en a l'obligation lorsqu'elle est supérieure à 600.</p> <p>Le service a le siège de ses activités en Région wallonne ou dans la Région bilingue de Bruxelles Capitale. Le service exerce ses activités dans son arrondissement judiciaire. En cas de besoin, il peut étendre ses activités dans un arrondissement judiciaire limitrophe, en collaboration avec le ou les services agréés de ce dernier.</p> <p>(art. 4 du DCF du 19 juillet 2001 et art. 21, §1^{er}, de l'AGCF du 13 décembre 2001).</p>	<p>Le Gouvernement alloue des subventions destinées à couvrir :</p> <p>les frais de personnel ;</p> <p>les frais de fonctionnement.</p> <p>Subventions pour des projets particuliers que le service d'aide sociale aux détenus se propose de réaliser dans le cadre de ses missions. L'octroi de ces subventions fait l'objet d'une convention.</p> <p>(art. 8 et 9 du DCF du 19 juillet 2001 et art. 17 à 26 de l'AGCF du 13 décembre 2001).</p>

			<p>environnement proche ;</p> <p>Offrir des réponses diversifiées aux demandes d'aide formulées par les détenus ou par leurs proches ;</p> <p>Assurer une présence régulière et accessible aux proches ;</p> <p>Collaborer avec les services publics et privés susceptibles d'apporter une contribution à l'accomplissement de leur mission ;</p> <p>Contribuer à la sensibilisation du public et des organismes concernés aux problèmes liés à la détention ainsi qu'aux besoins des détenus ;</p> <p>Contribuer à l'accès au développement des activités d'éducation socioculturelle.</p> <p>(art. 2 et 3 du DCF du 19 juillet 2001).</p>			
<p>Services d'aide aux victimes (F)</p> <p><i>Dépendent du Ministère de la justice (annexe A de l'AM du 23 juin 1999).</i></p>	<p>Loi du 12 avril 1999 modifiant certaines dispositions du code judiciaire et transférant certains membres du personnel en service auprès des parquets ou attachés à une commission de probation (M. B. du 26 juin 1999).</p> <p>AR du 13 juin 1999 portant organisation du Service des maisons de justice du Ministère de la Justice (M. B. du 13 juin 1999).</p> <p>AM du 23 juin 1999 fixant les instructions de base destinées aux maisons de justice (M. B. du 26 juin 1999).</p> <p>AM du 23 juin 1999 fixant les descriptions et profils de fonction pour le personnel des services extérieurs du Service des maisons de justice du Ministère de la justice (M. B. du 29 juin 1999).</p> <p>Directive ministérielle du 15 septembre 1997 relative à l'accueil des victimes au sein des parquets et des tribunaux (non publiée).</p>	<p>Article 77 de la Constitution.</p> <p>Les services d'aide aux victimes dépendent du Ministère de la justice (ils consistent en des services extérieurs aux maisons de justice, ces dernières étant des subdivisions au niveau local du Service des maisons de justice au sein de la Direction générale de l'Organisation Judiciaire - une des directions de l'Administration centrale du Ministère de la justice).</p>	<p>Chaque parquet dispose d'assistants de justice chargés de l'accueil des victimes.</p> <p><u>Missions</u></p> <p>Eviter la victimisation secondaire et de contribuer au respect des droits des victimes. Pour ce faire, les assistants de justice ont pour tâche :</p> <p>de sensibiliser autant que possible toutes les personnes intéressées au sein du parquet et des tribunaux à la problématique spécifique des victimes ;</p> <p>de formuler des propositions visant à améliorer l'accueil des victimes et la politique en leur faveur ;</p> <p>de veiller au traitement correct des victimes du dépôt de la plainte jusqu'à l'exécution de la peine ;</p> <p>d'informer les victimes sur l'évolution concrète de leur dossier et sur le déroulement de la procédure en général ;</p> <p>de développer une meilleure écoute chez le personnel du parquet et des tribunaux, d'humaniser la correspondance et de fournir des informations et un soutien ;</p>	<p>Toutes les victimes d'un crime ou d'un délit et leurs proches. Les victimes ou les proches des victimes d'un accident de roulage mortel ou ayant entraîné de graves dommages corporels. Les proches de personnes décédées dans des conditions suspectes à la suite desquelles un dossier judiciaire est ouvert.</p> <p>(Point IX de la directive ministérielle du 15 septembre 1997).</p>	<p>Ce service existe au sein de chaque parquet de chaque arrondissement judiciaire.</p> <p>(Point IX de la directive ministérielle du 15 septembre 1997).</p>	<p>Subventions du pouvoir fédéral.</p>

			<p>de renvoyer la victime aux personnes compétentes en matière d'aide psychosociale et juridique ;</p> <p>de contacter les bénéficiaires au sujet des modalités de libération de l'auteur ;</p> <p>d'enregistrer des données et d'effectuer des rapports en vue de l'élaboration d'une politique en faveur des victimes qui soit cohérente et uniforme.</p> <p>(Point IX de la directive ministérielle du 15 septembre 1997).</p> <p>Ils fonctionnent indépendamment de la police et de la justice.</p>			
<p>Services d'aide sociale aux justiciables (RW)</p> <p><i>Créés et organisés par une province, une association de communes ou de CPAS, un établissement d'utilité publique ou constitués en ASBL (art. 9, 1^{er}, du DRW du 18 juillet 2001).</i></p> <p><i>Agréés par la Région wallonne (art. 10 du DRW du 18 juillet 2001).</i></p>	<p>DRW du 18 juillet 2001 relatif à l'aide sociale aux justiciables (M. B. du 15 août 2001).</p> <p>AGW du 20 décembre 2001 portant exécution du décret du 18 juillet 2001 relatif à l'aide sociale aux justiciables (M. B. du 23 janvier 2002). Cet arrêté a été modifié par l'AGW du 2 mai 2002 (M. B. du 22 mai 2002).</p>	<p>Matière visée à l'article 128, § 1^{er}, de la Constitution.</p> <p>Région wallonne compétente en vertu du DRW II du 22 juillet 1993 attribuant l'exercice de certaines compétences de la Communauté française à la Région wallonne et à la Commission communautaire française (M. B. du 10 septembre 1993) pris en application de l'article 138 de la Constitution.</p> <p>Avis du Conseil d'état, section législation, du 5 octobre 1998.</p> <p>Arrêt de la Cour d'arbitrage du 14 octobre 1999, n° 110/99.</p>	<p><u>Missions générales</u></p> <p>Garantir aux bénéficiaires l'exercice du droit à l'aide sociale.</p> <p><u>Missions particulières en ce qui concerne les victimes</u></p> <p>Assurer une permanence spécifique d'aide aux victimes ;</p> <p>Contacteur les victimes qui ont autorisé les services de police à communiquer leurs coordonnées ;</p> <p>Accompagner les victimes qui demandent de l'aide tout au long de leurs démarches ;</p> <p>Fournir des informations permettant d'orienter la victime dans ses relations avec la police, le pouvoir judiciaire et les sociétés d'assurance, ainsi que de bénéficier de l'aide de l'Etat aux victimes d'actes intentionnels de violence ;</p> <p>Apporter une aide psychologique ;</p> <p>Faciliter l'accès aux victimes aux services d'aide aux personnes et, le cas échéant, aux services de soins médico-psychiatriques ;</p> <p>Sensibiliser le public et les services concernés aux droits et aux besoins spécifiques des victimes.</p> <p><u>Missions particulières en ce qui concerne les inculpés, condamnés et ex-détenus</u></p>	<p>Les inculpés, condamnés, ex-détenus et les victimes ainsi que leurs proches tels que définis par le décret wallon du 18 juillet 2001.</p> <p>(art. 2, 6°, du DRW du 18 juillet 2001).</p>	<p>Un service d'aide sociale aux justiciables est agréé par arrondissement judiciaire. Dans certains cas, un ou plusieurs service(s) supplémentaire peut(vent) être créé(s) dans le même arrondissement.</p> <p>Le service d'aide sociale aux justiciables exerce principalement ses activités dans son arrondissement judiciaire. Ils peuvent étendre leurs activités dans un arrondissement limitrophe en collaboration avec le ou les service(s) de ce dernier ou lorsqu'il n'existe pas dans cet arrondissement limitrophe un tel service.</p> <p>(art. 7 et 9, 7°, du DRW du 18 juillet 2001).</p>	<p>Subvention du Gouvernement wallon pour couvrir les dépenses de personnel et les frais de fonctionnement.</p> <p>Subvention peut être accordée pour des projets particuliers.</p> <p>(art. 11 et 12 du DRW du 18 juillet 2001).</p>

			<p>Faciliter leur accès aux ressources des services d'aide aux personnes ;</p> <p>Favoriser l'insertion ou la réinsertion socioprofessionnelle des justiciables ;</p> <p>Sensibiliser le public et les organismes concernés aux problèmes liés au traitement de la délinquance dans la collectivité ainsi qu'aux besoins de leurs bénéficiaires en termes d'égalité des chances ;</p> <p>Contribuer à l'élaboration et à la mise en œuvre de solutions alternatives à la détention ou d'activités permettant d'éviter la privation de liberté.</p> <p>(art. 4 à 6 du DRW du 18 juillet 2001).</p>			
• Lutte contre le surendettement						
<p>Services de médiation de dettes (RW)</p> <p><i>Institutions publiques ou privées (art. 4 de l'AGW du 7 juillet 1994).</i></p> <p><i>Agrées par la Région wallonne (art. 4 de l'AGW du 20 mai 1999).</i></p>	<p>DRW du 7 juillet 1994 concernant l'agrément des institutions pratiquant la médiation de dette (M. B. du 28 juillet 1994). Ce décret a été modifié par le décret-programme RW du 16 décembre 1998 portant diverses mesures en matière d'action sociale (M. B. du 31 décembre 1998).</p> <p>AGW du 20 octobre 1994 portant exécution du décret du 7 juillet 1994 concernant l'agrément des institutions pratiquant la médiation de dettes (M. B. du 5 novembre 1994, erratum M. B. du 5 janvier 1995).</p> <p>AGW du 20 mai 1999 portant exécution du décret-programme RW du 16 décembre 1998 portant diverses mesures en matière d'action sociale (M. B. du 25 juin 1999). Cet arrêté a été modifié par :</p> <p>l'AGW du 26 octobre 2000 (M. B. du 14 novembre 2000) ;</p> <p>l'AGW du 3 mai 2001 (M. B. du 18 mai 2001) ;</p> <p>l'AGW du 13 décembre 2001 (M. B. du 23 janvier 2002).</p>	<p>Matière visée à l'article 128, § 1^{er}, de la Constitution.</p> <p>Région wallonne compétente en vertu du DRW II du 22 juillet 1993 attribuant l'exercice de certaines compétences de la Communauté française à la Région wallonne et à la Commission communautaire française (M. B. du 10 septembre 1993) pris en application de l'article 138 de la Constitution.</p>	<p>Pratiquer la médiation des dettes c'est-à-dire la prestation de services, à l'exclusion de la conclusion d'un contrat de crédit, en vue de réaliser un aménagement des modalités de paiement de la dette qui découle totalement ou partiellement d'un ou de plusieurs contrats de crédit.</p> <p>(art. 1^{er} du DRW du 7 juillet 1994 et art. 1, 13^e, de la loi du 12 juin 1991 relative au crédit à la consommation).</p> <p>Etablir, avec le bénéficiaire, un plan de remboursement reprenant les créances et la somme mensuelle destinée au remboursement. Ce document est soumis aux créanciers pour négociation et accord.</p>	<p>Personnes surendettées qui en font la demande.</p>		<p>Subvention au titre d'intervention dans les frais de personnel et de fonctionnement. La subvention est calculée en fonction du nombre d'habitants.</p> <p>(art. 11 bis, § 1^{er}, du DRW du 7 juillet 1994 et art. 4 et suivants de l'AGW du 20 mai 1999).</p>
<p>Centres de référence pour les services de médiation de dettes (RW)</p>	<p>DRW du 7 juillet 1994 concernant l'agrément des institutions pratiquant la médiation de dettes (M. B. du 28 juillet 1994). Ce décret a été modifié par le décret-programme RW du 16 décembre 1998 portant diverses mesures en matière d'action sociale</p>	<p>Matière visée à l'article 128, § 1^{er}, de la Constitution.</p> <p>Région wallonne compétente en vertu du DRW II du 22 juillet 1993 attribuant l'exercice de certaines compétences de la</p>	<p>Assister, sur le plan du droit et la pratique de la médiation de dettes, plusieurs institutions de médiation de dettes agréées. Cette assistance peut consister en la prise en charge des cas les plus difficiles.</p>	<p>Institutions de médiation de dettes agréées.</p> <p>(art. 11 bis, § 2, du DRW du 7 juillet 1994).</p>	<p>Le ressort territorial des centres de référence doit couvrir au moins 8 communes représentant au total au moins 200.000 habitants.</p> <p>(art. 11 bis, § 2, alinéa 2, du DRW du 7 juillet 1994).</p>	<p>Subvention destinée à couvrir :</p> <p>les frais de personnel ;</p> <p>les frais de fonctionnement.</p> <p>(art. 11 bis, dernier alinéa, du DRW du 7 juillet 1994).</p>

<p><i>Créés par au moins huit CPAS sur base du chapitre XII de la loi organique des CPAS du 8 juillet 1976 (association de CPAS) (art. 11 bis, § 2, du DRW du 7 juillet 1994).</i></p> <p><i>Agrées par la Région wallonne (art. 11 bis, § 2, du DRW du 7 juillet 1994).</i></p>	<p>(M. B. du 31 décembre 1998).</p> <p>AGW du 20 octobre 1994 portant exécution du décret du 7 juillet 1994 concernant l'agrément des institutions pratiquant la médiation de dettes (M. B. du 5 novembre 1994, erratum M. B. du 5 janvier 1995).</p> <p>AGW du 20 mai 1999 portant exécution du décret-programme RW du 16 décembre 1998 portant diverses mesures en matière d'action sociale (M. B. du 25 juin 1999). Cet arrêté a été modifié par :</p> <p>l'AGW du 26 octobre 2000 (M. B. du 14 novembre 2000) ;</p> <p>l'AGW du 3 mai 2001 (M. B. du 18 mai 2001) ;</p> <p>l'AGW du 13 décembre 2001 (M. B. du 23 janvier 2002).</p>	<p>Communauté française à la Région wallonne et à la Commission communautaire française (M. B. du 10 septembre 1993) pris en application de l'article 138 de la Constitution.</p>	<p>(art. 11 bis, § 2, du DRW du 7 juillet 1994).</p>			<p>juillet 1994).</p>
<p>• Insertion sociale</p>						
<p>Services d'insertion sociale (RW)</p> <p><i>Peuvent être une ASBL, un CPAS, une association de CPAS ou agrément unique pour plusieurs CPAS (art. 7, § 1, 1°, du décret du 17 juillet 2003).</i></p> <p><i>Agrées par la Région wallonne (art. 6 à 9 du décret du 17 juillet 2003).</i></p>	<p>Décret du 17 juillet 2003 relatif à l'insertion sociale (M. B. du 28 juillet 2003).</p> <p>Ce décret entrera en vigueur à une date fixée par le Gouvernement.</p> <p>(art. 19 du décret du 17 juillet 2003).</p>	<p>Matière visée à l'article 128, § 1^{er}, de la Constitution.</p> <p>Région wallonne compétente en vertu du DRW II du 22 juillet 1993 attribuant l'exercice de certaines compétences de la Communauté française à la Région wallonne et à la Commission communautaire française (M. B. du 10 septembre 1993) pris en application de l'article 138 de la Constitution.</p>	<p>Association ou institution développant des actions d'insertion sociale préventives (c'est-à-dire susceptibles d'agir sur les causes de l'exclusion) ou curatives (c'est-à-dire susceptibles d'agir sur les conséquences de l'exclusion). Ces actions sont menées par le biais :</p> <ul style="list-style-type: none"> d'un travail de groupe mobilisant les ressources tant collectives qu'individuelles ; de la mise en œuvre de moyens permettant de faire face aux problèmes liés à la précarité ; de l'élaboration d'outils indispensables à l'exercice des droits reconnus par l'article 23 de la Constitution ; de l'aide à des projets collectifs initiés par les personnes en situation d'exclusion ; d'un accompagnement social individuel complémentaire au travail social collectif ; de la création de liens sociaux diversifiés, notamment d'ordre intergénérationnel et interculturel. 	<p>Personnes en situation d'exclusion c'est-à-dire toute personne majeure confrontée ou susceptible d'être confrontée à la difficulté de mener une vie conforme à la dignité humaine et d'exercer les droits reconnus par l'article 23 de la Constitution et qui ne sont pas à même de s'inscrire dans une filière d'insertion socio-professionnelle.</p> <p>(art. 2 et 3 du décret du 17 juillet 2003).</p>		<p>Subvention destinée à couvrir la rémunération d'un travailleur social à mi-temps au minimum et à temps plein au maximum et/ou des frais de fonctionnement, en ce compris les frais de formation du travailleur social.</p> <p>(art. 15 du décret du 17 juillet 2003).</p>

			(art. 2, 1°, et 5 du décret du 17 juillet 2003).			
<p>Relais sociaux urbains (RW)</p> <p><i>Constitués sous la forme d'une association visée au chapitre XII de la loi organique sur les CPAS du 8 juillet 1976 (art. 1, § 1^{er}, du décret du 17 juillet 2003).</i></p> <p><i>Reconnaissance par le Gouvernement wallon (art. 10, § 1^{er}, du décret du 17 juillet 2003).</i></p>	<p>Décret du 17 juillet 2003 relatif à l'insertion sociale (M. B. du 28 juillet 2003).</p> <p>Ce décret entrera en vigueur à une date fixée par le Gouvernement.</p> <p>(art. 19 du décret du 17 juillet 2003).</p>	<p>Matière visée à l'article 128, § 1^{er}, de la Constitution.</p> <p>Région wallonne compétente en vertu du DRW II du 22 juillet 1993 attribuant l'exercice de certaines compétences de la Communauté française à la Région wallonne et à la Commission communautaire française (M. B. du 10 septembre 1993) pris en application de l'article 138 de la Constitution.</p>	<p>Assurer la coordination et la mise en réseau des acteurs publics ou privés impliqués dans l'aide aux personnes en situation d'exclusion sociale.</p> <p>(art. 2, 2°, du décret du 17 juillet 2003).</p>	<p>Personnes en situation d'exclusion c'est-à-dire toute personne majeure confrontée ou susceptible d'être confrontée à la difficulté de mener une vie conforme à la dignité humaine et d'exercer les droits reconnus par l'article 23 de la Constitution.</p> <p>Acteurs publics et privés impliqués dans l'aide aux personnes en situation d'exclusion.</p> <p>(art. 2, 2°, et 3 du décret du 17 juillet 2003).</p>	<p>Établis dans les arrondissements administratifs comprenant au moins une ville ou une commune de plus de 50.000 habitants.</p> <p>(art. 10, § 1^{er}, du décret).</p> <p>Le Gouvernement reconnaît prioritairement les relais sociaux urbains situés dans les arrondissements où existe un dispositif d'urgence sociale subventionné par la Région wallonne.</p> <p>(art. 10, § 2, du décret du 17 juillet 2003).</p>	<p>Subventions destinées à couvrir :</p> <ul style="list-style-type: none"> la rémunération du coordinateur et, le cas échéant, du personnel attaché à la coordination ; les frais de fonctionnement ; des frais de personnel, de formation et de fonctionnement nécessités par les développements des activités des organismes visés à l'article 11, § 1^{er}, 2°, du décret, à l'exclusion des services d'insertion sociale subventionnés. <p>(art. 16, § 1, du décret du 17 juillet 2003).</p>
<p>Relais sociaux intercommunaux (RW)</p> <p><i>Constitués sous la forme d'une association visée au chapitre XII de la loi organique sur les CPAS du 8 juillet 1976 ou sous la forme d'une ASBL (art. 12, § 1^{er}, 1°, du décret du 17 juillet 2003).</i></p> <p><i>Reconnaissance par le Gouvernement wallon (art. 10, § 1^{er}, du décret du 17 juillet 2003).</i></p>	<p>Décret du 17 juillet 2003 relatif à l'insertion sociale (M. B. du 28 juillet 2003).</p> <p>Ce décret entrera en vigueur à une date fixée par le Gouvernement.</p> <p>(art. 19 du décret du 17 juillet 2003).</p>	<p>Matière visée à l'article 128, § 1^{er}, de la Constitution.</p> <p>Région wallonne compétence en vertu du DRW II du 22 juillet 1993 attribuant l'exercice de certaines compétences de la Communauté française à la Région wallonne et à la Commission communautaire française (M. B. du 10 septembre 1993) pris en application de l'article 138 de la Constitution.</p>	<p>Assurer la coordination et la mise en réseau des acteurs publics ou privés impliqués dans l'aide aux personnes en situation d'exclusion sociale</p> <p>(art. 2, 2°, du décret du 17 juillet 2003).</p>	<p>Personnes en situation d'exclusion c'est-à-dire toute personne majeure confrontée ou susceptible d'être confrontée à la difficulté de mener une vie conforme à la dignité humaine et d'exercer les droits reconnus par l'article 23 de la Constitution.</p> <p>Acteurs publics et privés impliqués dans l'aide aux personnes en situation d'exclusion.</p> <p>(art. 2, 2°, et 3 du décret du 17 juillet 2003).</p>	<p>Établis dans les arrondissements administratifs ne comprenant aucune ville ou commune de plus de 50.000 habitants.</p> <p>(art. 10, § 1^{er}, du décret).</p> <p>La priorité est donnée aux arrondissements administratifs dans lesquels le taux de bénéficiaires du revenu d'intégration sociale est le plus élevé.</p> <p>(art. 10, § 2, du décret du 17 juillet 2003).</p>	<p>Subventions destinées à couvrir :</p> <ul style="list-style-type: none"> la rémunération du coordinateur ; les frais de fonctionnement ; des frais de formation du personnel des organismes visés à l'article 12, §1^{er}, 2°, du décret ; des frais relatifs au développement de projets élaborés par des membres de l'association à l'exclusion des services d'insertion sociale subventionnés. <p>(art. 16, § 2, du décret du 17 juillet 2003).</p>

3.3.6. Politique du troisième âge

Nomenclature ²⁵⁰	Cadre juridique	Cadre institutionnel	Objet et Missions	Bénéficiaires	Champ d'application territorial	Financement
<p>Centres d'accueil de jour pour personnes âgées (RW)</p> <p><i>Créés à l'initiative de personnes privées (physiques ou morales) ou de personnes morales de droit public (art. 2, 5°, et 6 du DRW du 5 juin 1997 et art. 12 de l'AGW du 3 décembre 1998).</i></p> <p><i>Agréés par la Région wallonne (art. 5, § 6, du DRW du 5 juin 1997).</i></p>	<p>DRW du 5 juin 1997 relatif aux maisons de repos, résidences-services et aux centres d'accueil de jour pour personnes âgées et portant création du Conseil wallon du troisième âge (M. B. du 26 juin 1997). Ce décret a été modifié par un DRW du 6 février 2003 (M. B. du 12 mars 2003)²⁵¹.</p> <p>AGW du 3 décembre 1998 portant exécution du décret du 5 juin 1997 relatif aux maisons de repos, résidences-services et aux centres d'accueil de jour pour personnes âgées et portant création du Conseil wallon du troisième âge (M. B. du 27 janvier 1999). Cet arrêté a été modifié pour la dernière fois par l'AGW du 2 septembre 2002 (M. B. 15 octobre 2002).</p>	<p>Matière visée à l'article 128, § 1^{er}, de la Constitution.</p> <p>Région wallonne compétente en vertu du DRW II du 22 juillet 1993 attribuant l'exercice de certaines compétences de la Communauté française à la Région wallonne et à la Commission communautaire française (M. B. du 10 septembre 1993) pris en application de l'article 138 de la Constitution.</p>	<p>Les centres d'accueil de jour pour personnes âgées sont situés au sein d'une maison de repos ou d'une maison de repos et de soins ou en liaison avec elles, où sont accueillies, pendant la journée, des personnes âgées de 60 ans au moins en perte d'autonomie, qui y bénéficient de soins familiaux et ménagers et, au besoin, d'une prise en charge thérapeutique et sociale.</p> <p>(art. 2, 3°, du DRW du 5 juin 1997).</p>	<p>Personnes âgées de 60 ans au moins en perte d'autonomie et de moins de 60 ans à titre exceptionnel.</p> <p>(art. 2, 3°, du DRW du 5 juin 1997).</p>	<p>Le programme relatif au nombre de places d'accueil des centres d'accueil de jour est fixé à 2 places pour 100 personnes âgées de plus de 60 ans au moins pour chaque arrondissement. Dans ce programme, 40 % des places sont réservées au secteur public, 30 % au secteur privé non lucratif et 30 % au secteur privé commercial.</p> <p>(art. 27 du DRW du 6 février 2003).</p> <p>Tout projet d'ouverture d'un centre d'accueil de jour (d'extension ou de réouverture après interruption d'exploitation) est soumis à l'accord de principe du Gouvernement.</p> <p>(art. 4, § 1, du DRW du 5 juin 1997).</p> <p>Le centre d'accueil de jour pour personnes âgées doit se situer au sein d'une maison de repos ou d'une maison de repos et de soins ou être en liaison avec celles-ci.</p> <p>(art. 2, 3°, du DRW du 5 juin 1997).</p>	<p>Subvention de fonctionnement, accordée aux centres gérés par une personne morale de droit public ou une personne morale de droit privé sans but lucratif et agréés, pour couvrir les frais de personnel, d'animation ou de coordination avec d'autres services ou des frais d'évaluation. Un montant forfaitaire de 5 € est accordé par jour et par résident. Ce subside est accordé sur la base d'une demande écrite.</p> <p>(art. 33 de l'AGW du 3 décembre 1998).</p>
<p>Maisons de repos (RW)</p> <p><i>Créées à l'initiative de personnes privées (physiques ou morales) ou de personnes morales de droit public (art. 2, 5°, et 6 du DRW du 5 juin 1997 et art. 12 de l'AGW du 3 décembre 1998).</i></p> <p><i>Agréées par la Région wallonne (art. 5, § 2, du DRW du 5 juin 1997).</i></p>	<p>DRW du 5 juin 1997 relatif aux maisons de repos, résidences-services et aux centres d'accueil de jour pour personnes âgées et portant création du Conseil wallon du troisième âge (M. B. du 26 juin 1997). Ce décret a été modifié par un DRW du 6 février 2003 (M. B. du 12 mars 2003).</p> <p>AGW du 3 décembre 1998 portant exécution du décret du 5 juin 1997 relatif aux maisons de repos, résidences-services et aux centres d'accueil de jour pour personnes âgées et portant création du Conseil wallon du troisième âge (M. B. du 27 janvier 1999). Cet arrêté a été modifié</p>	<p>Matière visée à l'article 128, § 1^{er}, de la Constitution.</p> <p>Région wallonne compétente en vertu du DRW II du 22 juillet 1993 attribuant l'exercice de certaines compétences de la Communauté française à la Région wallonne et à la Commission communautaire française (M. B. du 10 septembre 1993) pris en application de l'article 138 de la Constitution.</p>	<p>Etablissement destiné à l'hébergement des personnes âgées de 60 ans au moins qui y ont leur résidence habituelle et y bénéficient de services collectifs familiaux, ménagers, d'aide à la vie journalière et, s'il y a lieu, de soins infirmiers ou paramédicaux.</p> <p>(art. 2, 1°, du DRW du 5 juin 1997).</p>	<p>Personnes âgées de 60 ans au moins et de moins de 60 ans à titre exceptionnel.</p> <p>(art. 2, 1°, du DRW du 5 juin 1997).</p>	<p>Le programme relatif au nombre de lits est fixé pour l'ensemble de la Région wallonne à 6,8 lits par 100 habitants âgés de 60 ans au moins. La programmation se réalise par arrondissement afin de permettre à chaque arrondissement de disposer de 6,3 lits par 100 habitants âgés de 60 ans au moins. Dans ce programme, 29 % au minimum des lits sont réservés au secteur public, 21 % au minimum au secteur privé non lucratif et 50 % au maximum au secteur privé commercial.</p> <p>(art. 27 du DRW du 6 février 2003).</p> <p>Tout projet d'ouverture de maison de repos (d'extension ou de réouverture</p>	<p>Subventions (plafonnées) pour la construction, les extensions et les aménagements de bâtiments existants, le logement pour le personnel, la(les) chambre(s) d'isolement, pour les aménagements des abords et les parkings et pour certaines dépenses exceptionnelles.</p> <p>(AM du 4 septembre 1978).</p> <p>L'hébergement est à charge du bénéficiaire.</p> <p>Allocation pour soins et assistance dans les actes de la vie journalière à l'institution pour le bénéficiaire qui satisfait à des critères de dépendances</p>

²⁵⁰ Plus précisément, cette colonne reprend la dénomination de la structure étudiée, le niveau de pouvoir compétent (RW pour la Région wallonne, F pour le pouvoir fédéral et CF pour la Communauté française), la forme juridique que l'institution doit revêtir, les personnes qui sont à l'origine de la création de la structure et l'autorité compétente pour l'agrément.

²⁵¹ Seuls les articles 3, point 2, et 27 (relatif à la programmation) du décret du 6 février 2003 modifiant le décret du 5 juin 1997 relatif aux maisons de repos, résidences-services et aux centres d'accueil de jour pour personnes âgées et portant création du Conseil wallon du troisième âge (M. B. du 12 mars 2003) sont entrés en vigueur. Il appartiendra au Gouvernement wallon de déterminer la date d'entrée en vigueur du reste du décret.

	<p>pour la dernière fois par l'AGW du 2 septembre 2002 (M. B. 15 octobre 2002).</p> <p>Protocole du 9 juin 1997 conclu entre le gouvernement fédéral et les autorités visées aux articles 128, 130 et 135 de la Constitution, concernant la politique de la santé à mener à l'égard des personnes âgées (M. B. du 30 juillet 1997).</p> <p>Protocole d'accord n°2 du 11 décembre 2002 conclu entre le Gouvernement fédéral et les Communautés et Régions concernant la politique de santé à mener à l'égard des personnes âgées.</p>				<p>après interruption d'exploitation) est soumis à l'accord de principe du Gouvernement.</p> <p>(art. 4, § 1, du DRW du 5 juin 1997).</p> <p>Possibilité de requalification de lits en maisons de repos en lits en Maisons de repos et de soins.</p>	<p>déterminés dans l'AR du 3 juillet 1996. Il s'agit d'un forfait, calculé par jour et par personne, qui couvre les frais de personnel et du petit matériel de soin.</p> <p>(art. 34, 12°, de la loi du 14 juillet 1994, art. 147, § 2, et 150 de l'AR du 3 juillet 1996, AM du 5 avril 1995, M. B. du 14 juillet 1995).</p> <p>Intervention de l'assurance obligatoire soins de santé destinée à financer la formation et la sensibilisation du personnel. La maison de repos doit répondre aux conditions fixées par l'AM du 5 avril 1995 ou comporter une section bénéficiant d'un agrément spécial « maison de repos et de soins ».</p> <p>(AM du 22 novembre 2001, M. B. du 13 décembre 2001).</p>
<p>Résidences-services (RW)</p> <p><i>Créées à l'initiative de personnes privées (physiques ou morales) ou de personnes morales de droit public (art. 2, 5°, et 6 du DRW du 5 juin 1997 et art. 12 de l'AGW du 3 décembre 1998).</i></p> <p><i>Agréées par la Région wallonne (art. 5, § 5, du DRW du 5 juin 1997).</i></p>	<p>DRW du 5 juin 1997 relatif aux maisons de repos, résidences-services et aux centres d'accueil de jour pour personnes âgées et portant création du Conseil wallon du troisième âge (M. B. du 26 juin 1997). Ce décret a été modifié par un DRW du 6 février 2003 (M. B. du 12 mars 2003).</p> <p>AGW du 3 décembre 1998 portant exécution du décret du 5 juin 1997 relatif aux maisons de repos, résidences-services et aux centres d'accueil de jour pour personnes âgées et portant création du Conseil wallon du troisième âge (M. B. du 27 janvier 1999). Cet arrêté a été modifié pour la dernière fois par l'AGW du 2 septembre 2002 (M. B. 15 octobre 2002).</p>	<p>Matière visée à l'article 128, § 1^{er}, de la Constitution.</p> <p>Région wallonne compétente en vertu du DRW II du 22 juillet 1993 attribuant l'exercice de certaines compétences de la Communauté française à la Région wallonne et à la Commission communautaire française (M. B. du 10 septembre 1993) pris en application de l'article 138 de la Constitution.</p>	<p>Les résidences-services consistent en un ou plusieurs bâtiments, quelle qu'en soit la dénomination, constituant un ensemble fonctionnel comprenant des logements particuliers, destinés aux personnes âgées de 60 ans au moins, leur permettant de mener une vie indépendante et disposant obligatoirement de services auxquels elles peuvent faire librement appel ; les locaux, équipements et services collectifs de la résidence-services peuvent également être accessibles à d'autres personnes âgées de 60 ans au moins.</p> <p>(art. 2, 2°, du DRW du 5 juin 1997).</p>	<p>Personnes âgées de 60 ans au moins et de moins de 60 ans à titre exceptionnel.</p> <p>(art. 2, 2°, du DRW du 5 juin 1997).</p>	<p>Le programme relatif au nombre de logements particuliers dans les résidences-services est fixé à 2 logements pour 100 personnes âgées de 60 ans au moins pour chaque arrondissement. Dans ce programme, 40% des logements sont réservés au secteur public, 30 % au secteur privé non lucratif et 30 % au secteur privé commercial.</p> <p>(art. 27 du DRW du 6 février 2003).</p> <p>Tout projet d'ouverture de résidences-services (d'extension ou de réouverture après interruption d'exploitation) est soumis à l'accord de principe du Gouvernement.</p> <p>(art. 4, § 1, du DRW du 5 juin 1997).</p>	<p>Intervention financière du bénéficiaire.</p> <p>Intervention forfaitaire de l'INAMI.</p>
<p>Centres de soins de jour (F + RW)</p> <p><i>Agrément spécial accordé à une maison de repos pour personnes âgées (agrée ou non comme maison de repos et de soins) ou à des services résidentiels reconvertis agréés comme maisons de repos et de soins (art. 2 bis, 1° et 2°, du DRW du 5 juin 1997).</i></p>	<p>Loi du 27 juin 1978 modifiant la législation sur les hôpitaux et relative à certaines autres formes de dispensation de soins (M. B. du 12 juillet 1978). Cette loi a été modifiée pour la dernière fois par une loi du 25 janvier 1999 (M. B. du 6 février 1999).</p> <p>AR du 2 décembre 1982 fixant les normes pour l'agrégation spéciale comme maisons de repos et de soins ou comme centres de soins de jour (M. B. du 7 décembre 1982). Cet arrêté a été modifié pour la dernière fois par l'AR du 28 novembre 2000 (M. B. du 16 décembre 2000).</p> <p>AM du 2 décembre 1982 fixant les</p>	<p>La Région wallonne a en charge l'agrément et l'inspection des maisons de repos et de soins.</p> <p>(art. 5, § 1^{er}, I, 1°, LS du 8 août 1980).</p>	<p>Les centres de soins de jour consistent en une structure de soins de santé qui prend en charge pendant la journée des personnes fortement dépendantes nécessitant des soins et qui apportent le soutien nécessaire à ces personnes à domicile.</p> <p>(art. 2 bis de l'AR du 2 décembre 1982).</p>	<p>Le centre de soin de jour est destiné aux personnes nécessitant des soins, étant entendu toutefois que leur état de santé général exige, outre les soins du médecin généraliste, des soins infirmiers, paramédicaux et kinésithérapeutiques ainsi qu'une aide dans les activités de la vie quotidienne. Ces personnes doivent satisfaire à certains critères de dépendance.</p> <p>(art. 2 bis de l'AR du 2 décembre 1982 et point A, 1, de l'annexe 2 de l'AR du 2 décembre 1982).</p>	<p>Jusqu'au 31 décembre 2001, 0,9 place au maximum pour des centres de soins de jour peut être agréée pour le Royaume par tranche de 1.000 habitants de 60 ans et plus. Jusqu'au 31 décembre 2002 et dès le 1^{er} janvier 2003, ce nombre maximum de places est porté, respectivement à 1,2 places et à 1,5 places par tranche de 1.000 habitants de 60 ans et plus.</p> <p>(art. 1bis de l'AM du 2 décembre 1982).</p> <p>L'ouverture d'une place de centre de soins de jour est subordonnée à la fermeture équivalente d'un lit en maison de repos ou à la non-ouverture d'un lit de maison de repos programmé pour</p>	<p>L'hébergement est à charge du bénéficiaire.</p> <p>Allocation pour soins et assistance dans les actes de la vie journalière à l'institution pour le bénéficiaire qui satisfait à des critères de dépendances déterminés dans l'AR du 3 juillet 1996. Il s'agit d'un forfait, calculé par jour et par personne, qui couvre les frais de personnel et du petit matériel de soin.</p> <p>(art. 34, 11°, de la loi du 14 juillet 1994, art. 147, § 1^{er}, et 148 bis de l'AR du 3 juillet 1996, AM du 22 juin 2000, M. B. du 26 juillet 2000).</p>

	<p>critères de programmation des maisons de repos et de soins et des centres de soins de jour (M. B. du 7 décembre 1982). Cet arrêté a été modifié pour la dernière fois par un AM du 2 juin 2003 (M. B. du 5 juin 2003).</p> <p>Conférence interministérielle du 25 mai 1999 : Avenant n° 2 au Protocole du 9 juin 1997 conclu entre le Gouvernement fédéral et les autorités visées aux articles 128, 130 et 135 de la Constitution, concernant la politique de la santé à mener à l'égard des personnes âgées : centres de soins de jour (M. B. du 20 octobre 1999).</p>				<p>l'année en cours.</p> <p>(point 7 de l'avenant n° 2 au protocole du 9 juin 1997).</p> <p>Le centre de soins de jour doit être situé au sein d'une maison de repos ou au sein d'une maison de repos et de soins ou, s'il est autonome, doit être en liaison fonctionnelle avec une maison de repos ou une maison de repos et de soins.</p> <p>(point B de l'annexe 2 de l'AR du 2 décembre 1982).</p>	
<p>Maisons de repos et de soins (F+ RW)</p> <p><i>Agrément spécial accordé à une maison de repos pour personnes âgées ou un service résidentiel reconverti (art. 2 de l'AR du 2 décembre 1982).</i></p> <p><i>Agréées par la Région wallonne.</i></p>	<p>Loi du 27 juin 1978 modifiant la législation sur les hôpitaux et relative à certaines autres formes de dispensation de soins (M. B. du 12 juillet 1978). Cette loi a été modifiée pour la dernière fois par une loi du 25 janvier 1999 (M. B. du 6 février 1999).</p> <p>AR du 2 décembre 1982 fixant les normes pour l'agrément spécial comme maisons de repos et de soins ou comme centres de soins de jour (M. B. du 7 décembre 1989). Cet arrêté a été modifié pour la dernière fois par l'AR du 28 novembre 2000 (M. B. du 16 décembre 2000).</p> <p>AM du 2 décembre 1982 fixant les critères de programmation des maisons de repos et de soins et des centres de soins de jour (M. B. du 7 décembre 1982). Cet arrêté a été modifié pour la dernière fois par un AM du 2 juin 2003 (M. B. du 5 juin 2003).</p> <p>Protocole du 9 juin 1997 conclu entre le gouvernement fédéral et les autorités visées aux articles 128, 130 et 135 de la Constitution, concernant la politique de la santé à mener à l'égard des personnes âgées (M. B. du 30 juillet 1997).</p> <p>Protocole d'accord n°2 du 11 décembre 2002 conclu entre le Gouvernement fédéral et les Communautés et Régions concernant la politique de santé à mener à l'égard des personnes âgées.</p>	<p>La Région wallonne a en charge l'agrément et l'inspection des maisons de repos et de soins.</p> <p>(art. 5, § 1^{er}, I, 1°, LS du 8 août 1980).</p>	<p>Institution offrant une structure de soins de santé qui prend en charge des personnes fortement dépendantes nécessitant des soins. Il s'agit de maisons de repos ou de services résidentiels qui bénéficient d'un agrément spécial.</p> <p>(art. 2 de l'AR du 2 décembre 1982).</p>	<p>Personnes âgées de 60 ans au moins fortement dépendantes (et dont l'autonomie est réduite en raison d'une maladie de longue durée) et qui nécessitent des soins.</p> <p>(point A, 1, de l'annexe 1 de l'AR du 2 décembre 1982).</p>	<p>Reconversion de lits en maisons de repos en lits en maisons de repos et de soins.</p> <p>(protocole d'accord du 9 juin 1997 et protocole d'accord du 11 décembre 2002).</p> <p>Le nombre maximum de lits en maison de repos et de soins pour le Royaume est fixé à 48.334 lits à partir du 1^{er} janvier 2003.</p> <p>(art. 1 de l'AM du 2 décembre 1982).</p>	<p>L'hébergement est à charge du bénéficiaire.</p> <p>Allocation pour soins et assistance dans les actes de la vie journalière à l'institution pour le bénéficiaire qui satisfait à des critères de dépendances déterminés dans l'AR du 3 juillet 1996. Il s'agit d'un forfait, calculé par jour et par personne, qui couvre les frais de personnel et du petit matériel de soin.</p> <p>(art. 34, 11°, de la loi du 14 juillet 1994, art. 147, § 1^{er}, et 148 de l'AR du 3 juillet 1996, AM du 19 mai 1992, M. B. du 26 mai 1992).</p> <p>Intervention de l'assurance obligatoire soins de santé destinée à financer la formation et la sensibilisation du personnel.</p> <p>(AM du 22 novembre 2001, M. B. du 13 décembre 2001).</p>

4. TABLEAUX CROISES

4.1. INTRODUCTION

Un des objectifs de la recherche consiste à mettre en évidence les éléments communs qui peuvent exister entre les instruments répertoriés dans l'inventaire et offrant des services dans les domaines social et sanitaire. Cet aspect de l'étude est rencontré en confrontant les informations recueillies dans le recensement et concernant les bénéficiaires, le champ d'application territorial ainsi que les missions des services étudiés.

Pour les structures de chaque thématique, trois tableaux distincts sont réalisés. Ils concernent respectivement :

- les bénéficiaires ;
- le champ d'application territorial ;
- l'objet des instruments étudiés dans l'inventaire.

Chaque tableau reprend l'ensemble des services, une fois en ordonnée et une fois en abscisse. Lorsque des liens fonctionnels existent entre eux, une croix dans leur case commune est indiquée. Elle est en gras dans l'hypothèse où les éléments sont parfaitement identiques. La croix est grisée lorsque certains éléments sont communs ou qu'un lien fonctionnel existe. Une légende comprenant la signification des symboles indiqués dans les tableaux est insérée après chacun d'entre eux.

Les tableaux croisés sont réalisés sur la base de l'analyse des outils effectuée dans l'inventaire, la justification des éléments qui s'y trouvent peut par conséquent être obtenue via le recensement élaboré au préalable. Cependant, dans certains cas, des éclaircissements sont indiqués. La majorité des cases des tableaux comprennent un numéro qui se rapporte à un commentaire spécifique sur la relation qui unit les deux structures considérées. Certaines relations ne supposent aucun commentaires (éléments parfaitement identiques,...). Préalablement aux commentaires, les constatations globales issues des croisements entre outils sont mentionnées.

Il convient également, après ce premier travail, d'effectuer des recoupements entre les structures de thématiques différentes. En effet, les thématiques envisagées ne sont pas imperméables, des relations entre des instruments de thématiques différentes ont pu être observées lors de la réalisation de l'inventaire.

Les recoupements sont effectués sur la base de ce qui est mentionné dans les textes. Il est possible que l'application de ceux-ci ou leur interprétation entraîne des divergences entre ce qui est prévu en droit et la réalité. En outre, dans certains cas, un effort d'interprétation est nécessaire dans la mesure où les dispositions des textes peuvent être vagues ou peuvent recouvrir, sous des vocables différents, des situations identiques dans les faits.

Enfin, il convient de faire remarquer que le document présenté ci-dessous consiste en un outil pratique. Il n'est pas destiné à une lecture suivie mais à trouver directement l'information relative au lien qui unit deux structures. Il permettra également de tirer les conclusions sur la façon dont les politiques de santé et d'aide aux personnes sont organisées, et plus spécifiquement en ce qui concerne leurs bénéficiaires, leur champ d'application territorial et leurs missions.

- Précision méthodologique

En vue de faciliter la lecture, chaque tableau est représenté sur une page. En ce qui concerne les thématiques englobant un nombre important d'outils étudiés, l'intitulé de ces derniers est indiqué en abrégé. Dans cette hypothèse, une liste des abréviations figure avant les tableaux concernés.

4.2. POLITIQUE DE SANTE

- Liste des abréviations

H	hôpitaux généraux
HU	hôpitaux universitaires
HP	hôpitaux psychiatriques
CHP	centres hospitaliers psychiatriques
IHP	initiatives d'habitations protégées
MSP	maisons de soins psychiatriques
ASI	associations de santé intégrée
CTA	centres de télé-accueil
PSP	plates-formes de soins palliatifs
SSM	services de santé mentale
SSA	services spécialisés en assuétudes
RASA	réseaux d'aide et de soins en assuétudes
CCSSD	centres de coordination de soins et services à domicile
SAFPA	services d'aide aux familles et aux personnes âgées
SISD	services intégrés de soins à domicile
EPS	équipes psychosociales spécialisées (AICS ²⁵²)
ESS	équipes de santé spécialisées (AICS)
CA	centres d'appui (AICS)
SEE	services écoute-enfants
ESE	équipes SOS-enfants
CPMS	centres psycho-médico-sociaux
CPMSES	centres psycho-médico-sociaux pour l'enseignement spécial

²⁵² Auteurs d'infractions à caractère sexuel.

4.2.1. Bénéficiaires

	H	HU	HP	CHP	IHP	MSP	ASI	CTA	PSP	SSM	SSA	RASA	CCSSD	SAFPA	SISD	EPS	ESS	CA	SEE	ESE	CPMS	CPMSES
H	X (A)	X (1)	X (1)	X (1)	X (1)	X (1)	X (1)	X (1)	X (1)	X (1)	X (1)	X (1)	X (1)	X (1)	X (1)	X (1)	X (1)	X (1)	X (1)	X (1)	X (1)	X (1)
HU	X (1)	X (A)	X (2)	X (2)	X (2)	X (2)	X (2)	X (2)	X (2)	X (2)	X (2)	X (2)	X (2)	X (2)	X (2)	X (2)	X (2)	X (2)	X (2)	X (2)	X (2)	X (2)
HP	X (1)	X (2)	X (A)	X (7)	X (8)	X (9)	X (3)	X (4)	---	X (5)	---	---	---	X (13)	X (14)	---	---	---	X (18)	X (19)	---	---
CHP	X (1)	X (2)	X (7)	X (A)	X (22)	X (22)	X (3)	X (4)	---	X (5)	---	---	---	X (22)	X (22)	---	---	---	X (22)	X (22)	---	---
IHP	X (1)	X (2)	X (8)	X (22)	X (A)	---	X (3)	X (4)	---	X (5)	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
MSP	X (1)	X (2)	X (9)	X (22)	---	X (A)	X (3)	X (4)	---	X (5)	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
ASI	X (1)	X (2)	X (3)	X (3)	X (3)	X (3)	X (A)	X (3)	X (3)	X (3)	X (3)	X (3)	X (3)	X (3)	X (3)	X (3)	X (3)	X (3)	X (3)	X (3)	X (3)	X (3)
CTA	X (1)	X (2)	X (4)	X (4)	X (4)	X (4)	X (3)	X (A)	X (4)	X (4)	X (4)	X (4)	X (4)	X (4)	X (4)	X (4)	X (4)	X (4)	X (4)	X (4)	X (4)	X (4)
PSP	X (1)	X (2)	---	---	---	---	X (3)	X (4)	X (A)	X (5)	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
SSM	X (1)	X (2)	X (5)	X (5)	X (5)	X (5)	X (3)	X (5)	X (5)	X (A)	X (5)	X (5)	X (5)	X (5)	X (5)	X (5)	X (5)	X (5)	X (5)	X (5)	X (5)	X (5)
SSA	X (1)	X (2)	---	---	---	---	X (3)	X (4)	---	X (5)	X (A)	X (46)	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
RASA	X (1)	X (2)	---	---	---	---	X (3)	X (4)	---	X (5)	X (46)	X (A)	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
CCSSD	X (1)	X (2)	---	---	---	---	X (3)	X (4)	---	X (5)	---	---	X (A)	X (48)	X (49)	---	---	---	---	---	---	---
SAFPA	X (1)	X (2)	X (13)	X (22)	---	---	X (3)	X (4)	---	X (5)	---	---	X (48)	X (A)	X (55)	---	---	---	---	---	---	---
SISD	X (1)	X (2)	X (14)	X (22)	---	---	X (3)	X (4)	---	X (5)	---	---	X (49)	X (55)	X (A)	---	---	---	---	---	---	---
EPS	X (1)	X (2)	---	---	---	---	X (3)	X (4)	---	X (5)	---	---	---	---	---	X (A)	X (66)	X (67)	---	---	---	---
ESS	X (1)	X (2)	---	---	---	---	X (3)	X (4)	---	X (5)	---	---	---	---	---	X (66)	X (A)	X (72)	---	---	---	---
CA	X (1)	X (2)	---	---	---	---	X (3)	X (4)	---	X (5)	---	---	---	---	---	X (67)	X (72)	X (A)	---	---	---	---
SEE	X (1)	X (2)	X (18)	X (22)	---	---	X (3)	X (4)	---	X (5)	---	---	---	---	---	---	---	---	X (A)	X (75)	X (76)	X (77)
ESE	X (1)	X (2)	X (19)	X (22)	---	---	X (3)	X (4)	---	X (5)	---	---	---	---	---	---	---	---	X (75)	X (A)	X (78)	X (79)
CPMS	X (1)	X (2)	---	---	---	---	X (3)	X (4)	---	X (5)	---	---	---	---	---	---	---	---	X (76)	X (78)	X (A)	X (80)

CPMSES	X (1)	X (2)	--- (21)	--- (22)	--- (36)	--- (45)	X (3)	X (4)	--- (6)	X (5)	--- (47)	--- (28)	--- (54)	--- (60)	--- (65)	--- (71)	--- (73)	--- (74)	X (77)	X (79)	X (80)	X (A)
--------	-------	-------	----------	----------	----------	----------	-------	-------	---------	-------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	--------	--------	--------	-------

Légende

X : les éléments sont parfaitement identiques.

X : des similitudes, des points communs, des liens fonctionnels existent.

--- : aucun lien n'a été trouvé.

Commentaires

L'identification de différences entre les bénéficiaires des structures étudiées dans le cadre de la politique de santé s'est avérée ardue dans la mesure où les termes employés pour les définir sont larges, ce qui implique qu'ils peuvent s'inclure réciproquement. Par exemple, les structures prenant en charge les auteurs d'infractions à caractère sexuel ont été étudiées. Si l'on opte en faveur d'une interprétation large, ils pourraient également être les bénéficiaires de la plupart des autres structures analysées dans le cadre de la politique de santé. En effet, rien ne les interdit de faire appel à des centres de coordination de soins et services à domicile, des services d'aide aux familles et aux personnes âgées,... dans la mesure où ils répondent aux conditions établies par les textes. En effet, des caractéristiques complémentaires à d'autres sont instituées mais n'ont pas pour effet de les exclure du champ d'application d'autres structures. De même, les auteurs d'infractions à caractère sexuel peuvent nécessiter des soins (et donc être bénéficiaires des hôpitaux généraux ou universitaires, des associations de santé intégrée,...). Si on interprète de cette façon il est difficile de détecter des différences. Par conséquent, le choix s'est porté en faveur d'une interprétation stricte des termes, les bénéficiaires ne sont pris en considération que par rapport à l'objet pour lesquels on les considère (les auteurs d'infractions à caractères sexuels ne sont pas considérés comme des malades, des adolescents, etc.). Cette remarque ne vaut pas seulement pour les auteurs d'infractions à caractère sexuel, il en va de même pour les bénéficiaires des services spécialisés en assuétudes, des centres psycho-médico-sociaux,...

Quoi qu'il en soit, beaucoup de points communs ont pu être relevés entre les bénéficiaires des structures étudiées dans le cadre de la politique de santé.

(A) La diagonale formée par les cases communes aux outils identiques est composée de croix grasses dans la mesure où ce sont les mêmes textes qui sont applicables.

(1) Les hôpitaux généraux s'adressent à un public très large (c'est-à-dire les personnes qui y sont admises car leur état de santé le nécessite, elles peuvent y séjourner mais pas nécessairement), ce qui implique inévitablement des liens avec les bénéficiaires définis de façon plus spécifique des autres structures. Une croix grasse a cependant été indiquée dans les cases communes aux services s'adressant également à un public très large (c'est le cas des hôpitaux universitaires, des associations de santé intégrée, des centres de télé-accueil et des services de santé mentale).

Il convient de faire remarquer que les hôpitaux (généraux ou universitaires) consistent en un ensemble de services, fonctions, sections,... spécifiques à un domaine de la santé. Les bénéficiaires des hôpitaux varient donc selon les services qui sont créés en leur sein.

(2) Les hôpitaux universitaires ont les mêmes bénéficiaires que les hôpitaux généraux. En effet, un hôpital universitaire est un hôpital qui a des fonctions propres de soins mais également d'enseignement et de recherche scientifique. Pour savoir qui sont leurs bénéficiaires, il convient de se référer à la définition des hôpitaux généraux. Par conséquent, les remarques qui ont été formulées dans le cadre des hôpitaux généraux peuvent s'appliquer aux hôpitaux universitaires (voir point 1).

- (3) Les associations de santé intégrée n'ont pas vraiment de public cible puisqu'elles visent toutes les personnes qui en font la demande. Ces termes, employés par les textes, sont très larges ce qui implique qu'ils englobent les bénéficiaires des autres services définis de façon plus spécifique. D'autres structures s'adressent également à un public vague. Dans ce cas, une croix grasse a été indiquée dans leurs cases communes (il s'agit notamment des hôpitaux - généraux ou universitaires -, des services de santé mentale et des centres de télé-accueil).
- (4) Les termes employés par les textes en vue de déterminer les bénéficiaires des centres de télé-accueil sont extrêmement vagues (toute personne appelant en état de crise psychologique). Par conséquent, les centres de télé-accueil visent un public très large englobant les bénéficiaires des autres structures qui sont mieux définis. D'autres structures (hôpitaux, associations de santé intégrée et services de santé mentale) ont également un public très large, dans ce cas, une croix grasse a été indiquée dans leurs cases communes.
- (5) Les services de santé mentale visent toute personne qui en fait la demande. Les bénéficiaires de ces structures englobent donc ceux qui sont définis plus spécifiquement dans le cadre des autres services étudiés. Cependant, les hôpitaux généraux et universitaires, les associations de santé intégrée et les centres de télé-accueil s'adressent, à l'instar des services de santé mentale, à toute personne. Dans ces cas, une croix grasse a été indiquée dans les cases communes de ces outils avec les services de santé mentale.
- (6) Les plates-formes de soins palliatifs sont destinées à une catégorie de personnes bien précises à savoir les personnes concernées par l'accompagnement de fin de vie ainsi que les professionnels de la santé dans la fonction palliative. Cette spécificité n'est rencontrée par aucun bénéficiaire des autres structures étudiées, ce qui implique très peu de croix dans les cases communes. Cependant, des croix grisées ont été indiquées dans les cases communes d'une part, des plates-formes de soins palliatifs et, d'autre part, des hôpitaux (généraux et universitaires), des associations de santé intégrée, des services de santé mentale et des centres de télé-accueil dans la mesure où ces derniers s'adressent à toute personne, y compris les bénéficiaires des plates-formes de soins palliatifs. En outre, les hôpitaux peuvent comprendre des fonctions palliatives s'adressant aux personnes concernées par l'accompagnement de fin de vie.
- (7) Les hôpitaux psychiatriques sont exclusivement destinés aux patients psychiatriques. Les centres hospitaliers psychiatriques visent également ce type de public mais ils concernent également les bénéficiaires des maisons de soins psychiatriques ainsi que des personnes relevant de la défense sociale. En effet, les centres hospitaliers psychiatriques sont constitués d'un hôpital psychiatrique, d'une maison de soins psychiatriques et d'une unité de prise en charge de personnes relevant de la défense sociale ; leur public étant plus large, les bénéficiaires de ces deux structures ne sont pas parfaitement identiques.
- (8) Les hôpitaux psychiatriques, à l'instar des initiatives d'habitations protégées, concernent les patients psychiatriques. Cependant, les patients psychiatriques visés par les initiatives d'habitations protégées ne nécessitent pas un traitement continu en hôpital.
- (9) Les hôpitaux psychiatriques sont destinés à des patients psychiatriques qui peuvent y séjourner ou non. Les maisons de soins psychiatriques également mais elle visent aussi les handicapés mentaux. Leurs bénéficiaires ne requièrent pas un traitement hospitalier mais nécessitent cependant une surveillance psychiatrique non interrompue ainsi qu'un accompagnement continu.
- (10) A priori, aucun lien ne semble exister entre hôpitaux psychiatriques et services spécialisés en assuétudes en ce qui concerne les bénéficiaires.
- (11) Voir point 10 (les réseaux d'aide et de soins en assuétudes ont les mêmes bénéficiaires que les services spécialisés en assuétudes).

(12) Les centres de coordination de soins et services à domicile s'adressent aux personnes privées d'autonomie alors que les hôpitaux psychiatriques visent les patients psychiatriques. Puisque l'analyse est effectuée sur la base d'une interprétation stricte des termes employés par les textes, aucun lien n'a été relevé.

(13) Dans la mesure où le public visé par les services d'aide aux familles et aux personnes âgées est très large (toute personne qui en fait la demande, cependant certaines personnes ont des priorités par rapport à d'autres), il permet d'englober les bénéficiaires définis de façon plus spécifique. Comme c'est le cas en ce qui concerne les hôpitaux psychiatriques.

(14) Les services intégrés de soins à domicile (ou SISD) concernent les patients de soins de santé en première ligne. Le public cible est très large, puisqu'il s'agit du niveau de soin de santé où les professionnels se consacrent au premier accueil et à l'accompagnement des problèmes de santé que le patient n'est pas à même de résoudre lui-même, pouvant englober des patients psychiatriques. De plus, les SISD concernent également les acteurs des soins de santé en première ligne ainsi que des soins à domicile.

(15) Les équipes psychosociales spécialisées sont destinées à un public très précis : les auteurs d'infractions à caractère sexuel. Les bénéficiaires des hôpitaux psychiatriques concernent un groupe plus large. Aucun lien n'a été effectué du fait de cette circonscription très précise des bénéficiaires dans le cadre des équipes psychosociales spécialisées et du choix porté en faveur d'une interprétation stricte des termes employés par les textes.

(16) Les équipes de santé spécialisées visent un public très précis : les auteurs d'infractions à caractère sexuel. Les bénéficiaires pouvant s'adresser aux hôpitaux psychiatriques sont les patients psychiatriques. Du fait de la précision des termes employés pour définir les bénéficiaires des équipes de santé spécialisées, aucun lien n'a été effectué.

(17) Il convient de se référer aux remarques formulées dans le cadre des équipes psychosociales spécialisées (point 15) et aux équipes de santé spécialisées (point 16) dans la mesure où elles ont les mêmes bénéficiaires que le centre d'appui.

(18) Le service écoute-enfants s'adresse en priorité aux enfants et aux adolescents. Ils consistent en des patients psychiatriques potentiels.

(19) Les équipes SOS-enfants s'adressent aux enfants victimes de maltraitances. Ils peuvent consister en des patients psychiatriques potentiels.

(20) Aucun lien n'a été relevé puisque les centres PMS sont destinés aux élèves de l'enseignement maternel, primaire et secondaire alors que les hôpitaux psychiatriques visent les patients psychiatriques. Cependant, des élèves peuvent avoir des troubles psychiatriques et par conséquent bénéficier des soins procurés par les hôpitaux psychiatriques. Aucune croix n'a été indiquée dans la mesure où le choix en faveur d'une interprétation stricte des termes employés par les textes a été posé.

(21) Les remarques formulées au point 20 sont applicables aux centres PMS de l'enseignement spécial dans la mesure où ils ont les mêmes bénéficiaires que les centres PMS si ce n'est qu'ils fréquentent des établissements de l'enseignement spécial.

(22) Les centres hospitaliers psychiatriques sont composés d'un hôpital psychiatrique, d'une maison de soins psychiatriques et d'une unité de défense sociale. Par conséquent, les commentaires effectués dans le cadre des hôpitaux psychiatriques trouvent à s'appliquer aux centres hospitaliers psychiatriques. Il convient de se référer à la case correspondante des hôpitaux psychiatriques en vue d'obtenir un commentaire plus précis. Cependant, les bénéficiaires des centres hospitaliers psychiatriques sont plus larges que ceux des hôpitaux psychiatriques puisqu'ils comprennent ceux des maisons de soins psychiatriques et ceux des unités de défense sociale.

(23) Les personnes visées par les équipes psychosociales spécialisées sont définies de façon très précise puisqu'il s'agit des auteurs d'infractions à caractère sexuel. Dans la mesure où le choix d'une interprétation stricte des termes employés par les textes a été opéré, aucun lien n'a été effectué. Cependant, ces structures justifient d'une remarque dans la mesure où elles sont reconnues au sein des unités de défense sociale des centres hospitaliers psychiatriques.

(24) La remarque effectuée en ce qui concerne les équipes psychosociales spécialisées (point 23) vaut pour les équipes de santé spécialisées si ce n'est qu'elles ne sont pas reconnues dans un établissement de défense sociale mais que l'une d'elles est reconnue dans le centre hospitalier psychiatrique « Les Marronniers ».

(25) Le centre d'appui s'adresse aux auteurs d'infractions à caractère sexuel. Ce cercle de bénéficiaires étant très restreint, aucun lien n'a été effectué avec les centres hospitaliers psychiatriques. De plus, cette façon d'aborder les choses correspond au choix initial d'une interprétation stricte des termes employés par les textes. Cependant, il convient de faire remarquer que le centre d'appui se situe en Région wallonne au centre hospitalier psychiatrique « Les Marronniers » à Tournai.

(26) Il y a exclusion mutuelle des bénéficiaires de ces institutions puisque le texte relatif aux maisons de soins psychiatriques spécifie que leurs bénéficiaires sont des personnes présentant un trouble psychique chronique stabilisé pour autant qu'ils n'entrent pas en ligne de compte pour l'habitation protégée.

(27) Le public visé par les services spécialisés en assuétudes est relativement précis. Aucun lien ne semble exister entre les bénéficiaires des services spécialisés en assuétudes et des initiatives d'habitations protégées.

(28) Les réseaux d'aide et soins en assuétudes ont les mêmes bénéficiaires que les services spécialisés en assuétudes. Par conséquent, les remarques formulées pour les services spécialisés en assuétudes sont applicables aux réseaux d'aide et de soins en assuétudes. Afin d'obtenir un commentaire spécifique à la relation qui unit les réseaux d'aide et de soins en assuétudes à une structure, il convient de se référer au commentaire effectué, pour celle-ci, dans le cadre des services spécialisés en assuétudes.

(29) Puisque le choix en faveur d'une interprétation stricte des termes employés par les textes a été effectué, aucun lien n'a été relevé en ce qui concerne les bénéficiaires des habitations protégées (patients psychiatrique ne nécessitant pas un traitement continu en hôpital) et les centres de coordination de soins et services à domicile (personnes privées d'autonomie à savoir les malades, handicapés ou personnes âgées).

(30) Les services d'aide aux familles et aux personnes âgées s'adressent aux personnes qui en font la demande. Cependant, les services sont octroyés selon un ordre de priorité. Aucun lien évident avec les bénéficiaires des initiatives d'habitations protégées (c'est-à-dire les patients ne nécessitant pas un traitement continu en hôpital) n'est apparu.

(31) Les services intégrés de soins à domicile visent les patients bénéficiant de soins de santé en première ligne ainsi que les acteurs de la première ligne. Compte tenu du choix opéré en faveur d'une interprétation stricte des termes, aucun lien n'a été effectué entre les initiatives d'habitations protégées et les services intégrés de soins à domicile.

(32) Le public visé par les équipes psychosociales spécialisées, les équipes de santé spécialisées et le centre d'appui est très précis. Il s'agit, dans les trois cas, des auteurs d'infractions à caractère sexuel. Aucun lien n'a donc été effectué avec les bénéficiaires des initiatives d'habitations protégées.

(33) Le service écoute-enfants est destiné en priorité aux enfants et aux adolescents. Compte tenu du choix opéré en faveur d'une interprétation stricte des textes, aucun lien avec les bénéficiaires des initiatives d'habitations protégées (c'est-à-dire les patients psychiatriques ne nécessitant pas un traitement en hôpital) n'a été effectué.

(34) Les équipes SOS-enfants sont destinées aux enfants victimes ou en risque de maltraitance alors que les initiatives d'habitations protégées visent les patients psychiatriques ne nécessitant pas un traitement continu en hôpital. Si l'on opte pour une interprétation stricte de ces termes, aucun lien entre les bénéficiaires de ces structures ne doit être effectué.

(35) Les centres PMS sont destinés aux élèves de l'enseignement maternel, primaire et secondaire alors que les initiatives d'habitations protégées visent les patients psychiatriques ne nécessitant pas un traitement continu en hôpital. Sur la base d'une interprétation stricte des termes employés par les textes, aucun point commun entre les bénéficiaires de ces structures ne peut être relevé.

(36) Les centres PMS de l'enseignement spécial sont destinés aux élèves de l'enseignement spécial. La remarque formulée au point 35 est applicable dans le cas présent.

(37) Les bénéficiaires des services spécialisés en assuétudes sont destinés aux personnes concernées (directement ou indirectement) par certaines dépendances. Les maisons de soins psychiatriques visent les personnes présentant un trouble psychique chronique ou à certains handicapés mentaux. Puisque le choix a été fait d'opérer une interprétation stricte des termes employés par les textes, aucun point commun entre les bénéficiaires de ces structures n'a été relevé.

(38) Les centres de coordination des soins et services à domicile visent les personnes privées d'autonomie alors que les maisons de soins psychiatriques sont destinées à certains patients psychiatriques ou handicapés mentaux. Aucun point commun entre les bénéficiaires de ces structures ne semble exister.

(39) Les services d'aide aux familles et aux personnes âgées s'adressent aux personnes qui en font la demande avec cependant des priorités selon les cas. Aucun lien ne semble exister avec les bénéficiaires des maisons de soins psychiatriques (à savoir certains patients psychiatriques ou handicapés mentaux).

(40) Les services intégrés de soins à domicile n'ont pas les mêmes bénéficiaires que les maisons de soins psychiatriques. En effet, ils sont destinés aux patients et aux acteurs des soins de santé en première ligne et de soins à domicile alors que les maisons de soins psychiatriques concernent certains patients psychiatriques ou certains handicapés mentaux.

(41) Les équipes psychosociales spécialisées, les équipes de santé spécialisées ainsi que le centre d'appui concernent un ensemble restreint de personnes qui sont les auteurs d'infractions à caractère sexuel. Compte tenu du choix opéré en faveur d'une interprétation stricte des termes employés par les textes, aucun lien n'a été fait avec les bénéficiaires des maisons de soins psychiatriques (qui concernent certains patients psychiatriques ou certains handicapés mentaux).

(42) Aucun lien n'a été effectué dans la mesure où d'une part, ce sont les enfants ou adolescents qui sont visés (en ce qui concerne le service écoute-enfants) et d'autre part, ce sont certains patients psychiatriques ou handicapés mentaux qui sont concernés (dans le cadre des maisons de soins psychiatriques).

(43) Les équipes SOS-enfants ont pour bénéficiaires les enfants victimes ou en risque de maltraitance alors que les maisons de soins psychiatriques visent certains patients psychiatriques ou handicapés mentaux. Compte tenu de l'application d'une interprétation restrictive, aucun point commun entre les bénéficiaires de ces deux structures n'a été identifié.

(44) Les centres PMS sont destinés aux élèves de l'enseignement maternel, primaire ou secondaire. Cette catégorie de personnes ne semble présenter aucun lien avec les patients psychiatriques ou handicapés mentaux visés par les maisons de soins psychiatriques.

(45) Les centres PMS de l'enseignement spécial visent des élèves fréquentant l'enseignement spécial. Cette catégorie de personnes ne semble pas viser les bénéficiaires des maisons de soins psychiatriques.

(46) Les services spécialisés en assuétudes et les réseaux d'aide et de soins en assuétudes visent les mêmes personnes à savoir les personnes concernées directement ou indirectement par les problèmes d'assuétudes.

(47) La définition des bénéficiaires des services spécialisés en assuétudes est très précise puisqu'il s'agit des personnes concernées par des problèmes de dépendance suite à l'usage abusif de drogues, tabac, alcools ou jeux. Etant donné que l'option en faveur d'une interprétation stricte des textes a été choisie, aucun point commun n'a été dégagé entre ces deux structures.

(48) Les services d'aide aux familles et aux personnes âgées peuvent viser des personnes en perte d'autonomie (personnes âgées) mais pas exclusivement puisqu'ils visent également des personnes qui ne sont pas en perte d'autonomie (les familles monoparentales par exemple). Ce public large peut bénéficier des services de centres de coordination de soins et services à domicile.

(49) Les services intégrés de soins à domicile visent notamment les patients bénéficiant de soins à domicile. Les centres de coordination de soins et services à domicile visent les personnes privées d'autonomie (les malades, personnes âgées et handicapés).

(50) Les équipes psychosociales spécialisées, les équipes de santé spécialisées et le centre d'appui concernent un public très précis à savoir les auteurs d'infractions à caractère sexuel alors que les centres de coordination de soins et services à domicile visent les personnes en perte d'autonomie. Compte tenu du choix opéré en faveur d'une interprétation stricte des termes employés par les textes, aucun point commun entre les bénéficiaires de ces structures n'a été relevé.

(51) Le service écoute-enfants s'adresse à toute personne, mais plus particulièrement aux enfants et aux adolescents qui sont les réels bénéficiaires. Les centres de coordination de soins et services à domicile concernent les personnes en perte d'autonomie à savoir les personnes âgées, malades ou handicapées. Aucun point commun entre les bénéficiaires de ces deux structures n'a été relevé.

(52) Les équipes SOS-enfants sont destinées aux enfants alors que les centres de coordination de soins et services à domicile sont réservés à des personnes d'un certain âge (personnes en perte d'autonomie c'est-à-dire des personnes âgées, malades ou handicapées).

(53) Les centres PMS sont réservés aux élèves de l'enseignement maternel, primaire ou secondaire. Il n'y a donc pas de lien avec les personnes en perte d'autonomie visées par les centres de coordination de soins et services à domicile.

(54) Les centres PMS de l'enseignement spécial sont réservés aux élèves fréquentant l'enseignement spécial. Cette définition très précise des bénéficiaires n'entraîne pas de point commun avec ceux des centres de coordination de soins et services à domicile (à savoir les personnes en perte d'autonomie).

(55) Le public cible des services d'aide aux familles et aux personnes âgées est relativement large (c'est-à-dire les familles ou les personnes isolées que l'on peut considérer comme adultes) pouvant le cas échéant bénéficier de soins en première ligne.

(56) Les équipes psychosociales spécialisées, les équipes de santé spécialisées et le centre d'appui concernent un public très précis que sont les auteurs d'infractions à caractère sexuel. Les services d'aide aux familles et aux personnes âgées sont destinés aux personnes qui ne sont plus à même d'accomplir les tâches familiales. Les auteurs d'infractions à caractère sexuel pourraient revêtir cette qualité. Cependant, le choix en faveur d'une interprétation stricte des termes employés par les textes a été effectué au préalable.

(57) Le service écoute-enfants vise en priorité les enfants ou les adolescents alors que les services d'aide aux familles et aux personnes âgées visent des bénéficiaires adultes puisqu'il s'agit des personnes qui ne sont plus à même d'effectuer leurs tâches familiales (familles monoparentales, personnes âgées,...).

(58) Les équipes SOS-enfants s'adressent aux enfants victimes ou en risque de maltraitance alors que l'on déduit des textes relatifs aux services d'aide aux familles et aux personnes âgées qu'ils visent une population adulte puisqu'il s'agit des personnes qui ne sont plus à même d'effectuer leurs tâches familiales (familles monoparentales, personnes âgées,...).

(59) Les centres PMS s'adressent aux élèves de l'enseignement maternel, primaire ou secondaire. Les services d'aide aux familles et aux personnes âgées s'adressent à un public adulte puisqu'il s'agit des personnes qui ne sont plus à même d'effectuer leurs tâches familiales (familles monoparentales, personnes âgées,...).

(60) Les centres PMS de l'enseignement spécial s'adressent aux élèves fréquentant des établissements d'enseignement spécial. Il s'agit de la seule différence entre cette structure et les centres PMS visés au point 59 ; par conséquent les remarques formulées dans le cadre des centres PMS sont applicables dans ce cas-ci.

(61) Les équipes psychosociales spécialisées, les équipes de santé spécialisées et le centre d'appui visent un public très ciblé à savoir les auteurs d'infractions à caractère sexuel. Les services intégrés de soins à domicile concernent les patients et acteurs des soins de première ligne ainsi que les soins à domicile. Ces deux catégories de bénéficiaires ne s'excluent pas mais le choix posé en faveur d'une interprétation restrictive n'implique aucun point commun entre ces structures.

(62) Le service écoute-enfants vise en priorité les enfants et adolescents. Les services intégrés de soins à domicile visent les patients et les acteurs des soins de santé en première ligne et des soins de santé à domicile. Aucun lien apparent ne semble unir ces deux catégories de bénéficiaires.

(63) Les équipes SOS-enfants s'adressent aux enfants victimes ou en risque de maltraitance. Les services intégrés de soins à domicile visent les patients et les acteurs des soins de santé en première ligne et des soins de santé à domicile. Aucun lien apparent ne semble unir ces deux catégories de bénéficiaires.

(64) Les centres PMS s'adressent exclusivement aux élèves de l'enseignement maternel, primaire ou secondaire. A priori aucun lien ne semble exister avec les bénéficiaires des services intégrés de soins à domicile.

(65) Les centres PMS de l'enseignement spécial s'adressent aux élèves fréquentant des établissements d'enseignement spécial. Aucun lien avec les services intégrés de soins à domicile n'a été relevé.

(66) Les équipes psychosociales spécialisées visent, à l'instar des équipes de santé spécialisées, les auteurs d'infractions à caractère sexuel. Leurs bénéficiaires sont identiques.

(67) Les équipes psychosociales visent à l'instar du centre d'appui, les auteurs d'infractions à caractère sexuel. Cependant, une nuance peut être apportée en ce que le centre d'appui s'adresse également aux équipes psychosociales spécialisées et aux équipes de santé spécialisées alors que les équipes spécialisées s'adressent exclusivement aux auteurs d'infractions à caractère sexuel.

(68) Les équipes psychosociales spécialisées visent les auteurs d'infractions à caractère sexuel alors que le service écoute-enfants s'adresse aux enfants et adolescents.

(69) Les équipes psychosociales spécialisées visent les auteurs d'infractions à caractère sexuel alors que les équipes SOS-enfants s'adressent aux enfants victimes ou en risque de maltraitance. Ces catégories de bénéficiaires sont antinomiques.

(70) Les centres PMS s'adressent aux élèves de l'enseignement maternel, primaire ou secondaire alors que les équipes psychosociales spécialisées concernent les auteurs d'infractions à caractère sexuel. Il se pourrait qu'un élève soit un auteur d'infractions à caractère sexuel, cependant il s'agit d'une interprétation large ne correspondant pas au choix effectué au préalable en faveur d'une interprétation stricte des termes employés par les textes.

(71) Les centres PMS pour l'enseignement spécial sont destinés, à l'instar des centres PMS, aux élèves ; cependant ils doivent fréquenter l'enseignement spécial. Leurs bénéficiaires étant similaires à ceux des centres PMS, les remarques formulées au point 70 trouvent à s'appliquer en l'espèce.

(72) Les équipes de santé spécialisées, tout comme le centre d'appui, sont destinées aux auteurs d'infractions à caractère sexuel. Cependant, le centre d'appui a également pour bénéficiaires les équipes psychosociales spécialisées ainsi que les équipes de santé spécialisées (puisque'ils doivent les aider dans la guidance et le traitement des auteurs d'infractions à caractère sexuel).

(73) Les équipes de santé spécialisées ont les mêmes bénéficiaires que les équipes psychosociales spécialisées à savoir les auteurs d'infractions à caractère sexuel. Les remarques formulées dans le cadre des équipes psychosociales spécialisées trouvent donc à s'appliquer en l'espèce. Le commentaire relatif à la relation entre les bénéficiaires des équipes de santé spécialisées et ceux d'une autre structure est par conséquent le même que celui formulé dans le cadre des équipes psychosociales spécialisées.

(74) Le centre d'appui, tout comme les équipes psychosociales spécialisées (et les équipes de santé spécialisées), vise spécifiquement les auteurs d'infractions à caractère sexuel. Il peut également, par définition, apporter un appui aux équipes psychosociales et aux équipes de santé spécialisées. Les remarques formulées dans le cadre de ces dernières trouvent donc à s'appliquer pour le centre d'appui. Le commentaire spécifique à la relation entre les bénéficiaires du centre d'appui et ceux d'une structure spécifique est le même que celui qui est fait entre cette dernière et les équipes psychosociales spécialisées.

(75) Le service écoute-enfants s'adresse à toute personne mais en priorité aux enfants et aux adolescents. Les équipes SOS-enfants s'adressent aux enfants victimes ou en risque de maltraitance. Les enfants sont visés dans les deux cas mais la définition des bénéficiaires de équipes SOS-enfants est plus précise.

(76) Le service écoute-enfants s'adresse en priorité aux enfants et aux adolescents mais d'autres personnes peuvent y avoir accès (toute personne qui s'interroge ou s'inquiète à propos d'elle-même ou éventuellement d'autrui lorsqu'un enfant est en cause). Les centres PMS visent les élèves de l'enseignement maternel, primaire et secondaire et par conséquent les enfants et adolescents.

(77) Les centres PMS de l'enseignement spécial concernent les élèves qui fréquentent des établissements de l'enseignement spécial ; il s'agit donc d'enfants et d'adolescents. Le service écoute-enfants vise les enfants et adolescents. Des points communs existent entre les bénéficiaires du service écoute-enfants et ceux des centres PMS.

(78) Les équipes SOS-enfants sont destinées aux enfants victimes ou en risque de maltraitance. Les centres PMS visent les élèves de l'enseignement maternel, primaire et secondaire et par conséquent les enfants. La définition des bénéficiaires des équipes SOS-enfants est plus précise, les bénéficiaires ne sont pas parfaitement identiques.

(79) Les équipes SOS-enfants sont destinées aux enfants victimes ou en risque de maltraitance. Les centres PMS de l'enseignement spécial visent les élèves fréquentant des établissements d'enseignement spécial. La définition des bénéficiaires des équipes SOS-enfants est plus précise, les bénéficiaires ne sont pas parfaitement identiques.

(80) Les centres PMS et les centres PMS de l'enseignement spécial visent tout deux des élèves fréquentant un établissement scolaire. La différence entre les bénéficiaires de ces deux structures vient du type d'établissement fréquenté puisque dans un cas il s'agit des élèves de l'enseignement spécial et pas dans l'autre.

4.2.2. Champ d'application territorial

	H	HU	HP	CHP	IHP	MSP	ASI	CTA	PSP	SSM	SSA	RASA	CCSSD	SAFPA	SISD	EPS	ESS	CA	SEE	ESE	CPMS	CPMSES
H	X (A)	X (7)	X (8)	X (9)	X (10)	X (11)	>>	X (5)	X (6)	>>	/ (3)	? (4)	/ (3)	/ (3)	>>	X (12)	X (13)	X (1)	X (2)	>>	>>	>>
HU	X (7)	X (A)	X (14)	X (15)	X (16)	X (17)	>>	X (5)	X (6)	>>	/ (3)	? (4)	/ (3)	/ (3)	>>	X (18)	X (19)	X (1)	X (2)	>>	>>	>>
HP	X (8)	X (14)	X (A)	X (20)	X (21)	X (22)	>>	X (5)	X (6)	>>	/ (3)	? (4)	/ (3)	/ (3)	>>	X (23)	X (24)	X (1)	X (2)	>>	>>	>>
CHP	X (9)	X (15)	X (20)	X (A)	X (25)	X (26)	>>	X (5)	X (6)	>>	/ (3)	? (4)	/ (3)	/ (3)	>>	X (27)	X (28)	X (1)	X (2)	>>	>>	>>
IHP	X (10)	X (16)	X (21)	X (25)	X (A)	X (29)	>>	X (5)	X (6)	>>	/ (3)	? (4)	/ (3)	/ (3)	>>	X (30)	X (31)	X (1)	X (2)	>>	>>	>>
MSP	X (11)	X (17)	X (22)	X (26)	X (29)	X (A)	>>	X (5)	X (6)	>>	/ (3)	? (4)	/ (3)	/ (3)	>>	--- (32)	--- (33)	X (1)	X (2)	>>	>>	>>
ASI	>>	>>	>>	>>	>>	>>	X (A)	X (5)	X (6)	--- (34)	/ (3)	? (4)	/ (3)	/ (3)	--- (34)	--- (34)	--- (34)	X (1)	X (2)	--- (34)	>>	>>
CTA	X (5)	X (5)	X (5)	X (5)	X (5)	X (5)	X (5)	X (A)	X (5)	X (5)	X (5)	X (5)	X (5)	X (5)	X (5)	X (5)	X (5)	X (1)	X (2)	X (5)	X (5)	X (5)
PSP	X (6)	X (6)	X (6)	X (6)	X (6)	X (6)	X (6)	X (5)	X (A)	X (6)	X (6)	X (6)	X (6)	X (6)	X (6)	X (6)	X (6)	X (1)	X (2)	X (6)	X (6)	X (6)
SSM	>>	>>	>>	>>	>>	>>	--- (34)	X (5)	X (6)	X (A)	/ (3)	? (4)	/ (3)	/ (3)	X (35)	--- (36)	X (37)	X (1)	X (2)	X (38)	>>	>>
SSA	/ (3)	/ (3)	/ (3)	/ (3)	/ (3)	/ (3)	/ (3)	X (5)	X (6)	/ (3)	/ (B)	/ (3)	/ (3)	/ (3)	/ (3)	/ (3)	/ (3)	X (1)	X (2)	/ (3)	/ (3)	/ (3)
RASA	? (4)	? (4)	? (4)	? (4)	? (4)	? (4)	? (4)	X (5)	X (6)	? (4)	/ (3)	X (A)	/ (3)	/ (3)	? (4)	? (4)	? (4)	X (1)	X (2)	? (4)	? (4)	? (4)
CCSSD	/ (3)	/ (3)	/ (3)	/ (3)	/ (3)	/ (3)	/ (3)	X (5)	X (6)	/ (3)	/ (3)	/ (3)	/ (B)	/ (3)	/ (3)	/ (3)	/ (3)	X (1)	X (2)	/ (3)	/ (3)	/ (3)
SAFPA	/ (3)	/ (3)	/ (3)	/ (3)	/ (3)	/ (3)	/ (3)	X (5)	X (6)	/ (3)	/ (3)	/ (3)	/ (3)	/ (B)	/ (3)	/ (3)	/ (3)	X (1)	X (2)	/ (3)	/ (3)	/ (3)
SISD	>>	>>	>>	>>	>>	>>	--- (34)	X (5)	X (6)	X (35)	/ (3)	? (4)	/ (3)	/ (3)	X (A)	>>	>>	X (1)	X (2)	X (39)	>>	>>
EPS	X (12)	X (18)	X (23)	X (27)	X (30)	X (32)	--- (34)	X (5)	X (6)	--- (36)	/ (3)	? (4)	/ (3)	/ (3)	>>	X (A)	--- (40)	X (1)	X (2)	>>	>>	>>
ESS	X (13)	X (19)	X (24)	X (28)	X (31)	X (33)	--- (34)	X (5)	X (6)	X (37)	/ (3)	? (4)	/ (3)	/ (3)	>>	--- (40)	X (A)	X (1)	X (2)	>>	>>	>>
CA	X (1)	X (1)	X (1)	X (1)	X (1)	X (1)	X (1)	X (1)	X (1)	X (1)	X (1)	X (1)	X (1)	X (1)	X (1)	X (1)	X (1)	X (A)	X (1)	X (1)	X (1)	X (1)
SEE	X (2)	X (2)	X (2)	X (2)	X (2)	X (2)	X (2)	X (2)	X (2)	X (2)	X (2)	X (2)	X (2)	X (2)	X (2)	X (2)	X (2)	X (1)	X (A)	X (2)	X (2)	X (2)
ESE	>>	>>	>>	>>	>>	>>	--- (34)	X (5)	X (6)	X (38)	/ (3)	? (4)	/ (3)	/ (3)	X (39)	>>	>>	X (1)	X (2)	X (A)	>>	>>
CPMS	>>	>>	>>	>>	>>	>>	>>	X (5)	X (6)	>>	/ (3)	? (4)	/ (3)	/ (3)	>>	>>	>>	X (1)	X (2)	>>	X (A)	--- (41)
CPMSES	>>	>>	>>	>>	>>	>>	>>	X (5)	X (6)	>>	/ (3)	? (4)	/ (3)	/ (3)	>>	>>	>>	X (1)	X (2)	>>	--- (41)	X (A)

Légende

X : les éléments sont parfaitement identiques.

X : des similitudes, des points communs, des liens fonctionnels existent.

--- : aucun lien n'a été trouvé.

/ : rien n'est prévu dans les textes en ce qui concerne le champ d'application territorial.

? : le champ d'application territorial n'a pas encore été déterminé.

>< : les critères de référence sont trop différents pour qu'un lien soit établi sur la base d'une interprétation des textes juridiques.

Commentaires

Les critères de référence pris en considération afin d'identifier la structuration de l'offre des instruments étudiés sont différents selon les cas. Plusieurs systèmes ont été identifiés. En premier lieu, il existe un mécanisme de programmation déterminant un nombre de lits pour une tranche d'habitants (en général 1.000). En second lieu, des seuils arbitraires peuvent être imposés (une structure pour un nombre déterminé d'habitants). En troisième lieu, des limites administratives peuvent être prise en considération (par exemple, une équipe SOS-enfants est instaurée dans chaque arrondissement judiciaire). Ensuite, c'est le rayon d'action qui est considéré (par exemple, les associations de santé intégrée exercent leur action dans un territoire de 5 km autour du siège d'activités de l'association). Enfin, la nature de certains établissements est prise comme critère (les établissements scolaires). Il y a donc plusieurs façons d'envisager la structuration de l'offre. Réaliser des liens entre des structures dont le champ d'application n'est pas défini de la même façon n'est pas possible sur la seule base d'une interprétation des textes juridiques dans tous les cas (critère de programmation et rayon d'action,...). Par conséquent, lorsque les critères de référence sont trop différents, aucun lien entre les deux structures envisagées n'a été effectué. Un symbole dans la légende est ajouté à cet effet (><).

(A) La diagonale formée par les cases communes aux outils identiques est composée de croix grasses dans la mesure où ce sont les mêmes textes qui sont applicables, sauf si rien n'est prévu par les textes (voir point B).

(B) Aucune indication relative au champ d'application territorial ne figure dans les textes ; par conséquent, les cases communes aux mêmes outils sont vides.

(1) Le Ministre wallon de la Santé reconnaît un seul centre d'appui pour la Région wallonne. Il est situé à la même adresse que le centre hospitalier psychiatrique « Les Marronniers » à Tournai. Le territoire de référence pris en considération est le plus large (l'ensemble de la Région wallonne) ce qui implique qu'il englobe des territoires plus petits. Une croix grise est donc indiquée dans les cases communes aux autres outils. Dans certains cas, rien n'est mentionné dans les textes en ce qui concerne le champ d'application territorial (voir point 3), une croix a cependant été indiquée dans la mesure où le centre d'appui concerne l'ensemble du territoire wallon.

(2) Un seul service écoute-enfants est agréé pour la Communauté française. Le territoire de référence considéré est très large mais ne correspond pas exactement à celui de la Région wallonne. Cependant, les territoires de la Région wallonne et de la Communauté française se recouvrent pour une grande partie, par conséquent, une croix grise a été indiquée dans les cases communes aux autres outils.

Dans certains cas, rien n'est indiqué dans les textes en ce qui concerne le champ d'application territorial (voir points 3), une croix a cependant été indiquée dans la mesure où le service écoute-enfants concerne un territoire très important.

(3) Les textes concernant ces structures (à savoir les services spécialisés en assuétudes, les centres de coordination de soins et services à domicile et les services d'aide aux familles et aux personnes âgées) ne mentionnent rien en ce qui concerne le champ d'application territorial ; par conséquent aucun point commun avec d'autres outils n'a pu être établi sauf lorsque le territoire considéré est très étendu comme c'est le cas du centre d'appui (voir point 1), du service écoute-enfants (voir point 2), des centres de télé-accueil (voir point 5) et des plates-formes de soins palliatifs (voir point 6).

(4) La législation concernant les assuétudes est en cours d'élaboration. L'avant-projet de décret relatif à l'agrément et au subventionnement des réseaux d'aide et de soins et des services spécialisés en assuétudes stipule qu'un réseau d'aide et de soins en assuétudes est agréé par zone de soins. Ces dernières doivent être déterminées par le Gouvernement wallon. Dans la mesure où cette disposition n'a pas encore été exécutée, il n'est pas possible d'établir des liens avec le champ d'application territorial des autres structures. Un point d'interrogation est indiqué dans les cases communes. Un « / » (voir légende) ne peut être mentionné dans la mesure où une indication existe et une croix ne peut être indiquée puisque les zones de soins ne sont pas encore précisées. Cependant, certains outils ont des territoires de référence extrêmement importants, impliquant, quelle que soit l'aire géographique des futures zones de soins, un lien peut exister. Il s'agit du centre d'appui (un seul pour l'ensemble de la Région wallonne), du service écoute-enfants (un seul pour la Communauté française), des centres de télé-accueil et des plates-formes de soins palliatifs.

(5) Le texte ne mentionne rien de précis en ce qui concerne le champ d'application territorial des centres de télé-accueil. Il consiste en un numéro unique pour l'ensemble de la Région wallonne, son champ d'application territorial est donc celui de la Région wallonne ; par conséquent il englobe les territoires de référence plus restreints. Une croix grise dans les cases communes aux autres outils est donc indiquée.

(6) Les plates-formes de soins palliatifs doivent couvrir une zone comptant entre 200.000 et 1.000.000 d'habitants. Compte tenu du nombre important d'habitants dont il est question, le champ d'application territorial des plates-formes de soins palliatifs est important et englobe des territoires plus restreints. Par conséquent, une croix grise a été indiquée dans les cases communes aux autres outils.

(7) La programmation des hôpitaux s'effectue par services, programmes,... Tant les hôpitaux généraux que les hôpitaux universitaires sont soumis à ces règles (voir annexe de l'inventaire). Des moratoires sont également imposés par les autorités compétentes. Il existe un moratoire pour les hôpitaux généraux mais également pour le nombre de lits dans chaque hôpital universitaire. De plus, en ce qui concerne les hôpitaux universitaires, une autre variable doit entrer en considération puisqu'ils ne peuvent être désignés que pour chaque université offrant un cursus complet d'études en médecine. La structuration de l'offre varie donc selon que l'on se situe dans l'hypothèse d'un hôpital ou d'un hôpital universitaire.

(8) Les hôpitaux généraux peuvent comprendre des services psychiatriques. Les hôpitaux psychiatriques sont composés uniquement de tels services. Les services psychiatriques sont soumis à une programmation spécifique qui n'est pas parfaitement identique selon que l'on prend en considération un hôpital général ou un hôpital psychiatrique.

(9) Les centres hospitaliers psychiatriques sont composés, notamment, d'un hôpital psychiatrique devant respecter les règles de programmation établies. La structuration de l'offre en ce qui concerne les centres hospitaliers psychiatriques est différente de celle des hôpitaux psychiatriques en ce qu'ils comprennent également une maison de soins psychiatriques et une unité de défense sociale. Une croix grise dans la case correspondante a donc été indiquée.

- (10) Ces deux structures sont soumises à des règles de programmation distinctes. Cependant, un lien peut être effectué dans la mesure où la création d'une place d'initiative d'habitations protégées doit aller de pair avec une réduction équivalente dans les hôpitaux.
- (11) Un lien entre ces deux structures existe dans la mesure où l'agrément spécial de lits en maison de soins psychiatriques va de pair avec une réduction équivalente de lits hospitaliers dans des services hospitaliers désaffectés.
- (12) Les équipes psychosociales spécialisées sont installées au sein des centres hospitaliers psychiatriques (unités de défense sociale). En ce qui concerne le lien qui les unit aux hôpitaux, il convient de se référer au point 9.
- (13) Le Ministre wallon de la santé reconnaît une équipe de santé spécialisée au sein d'un hôpital universitaire et d'un centre hospitalier psychiatrique. Un lien existe même s'il est minime.
- (14) Les hôpitaux psychiatriques sont constitués de services psychiatriques. Les hôpitaux universitaires peuvent également comprendre des services psychiatriques mais pas exclusivement. Les services psychiatriques sont soumis à une programmation spécifique qui n'est pas parfaitement identique selon que l'on prend en considération un hôpital autre que psychiatrique ou un hôpital psychiatrique. Un lien existe mais il n'est pas parfait.
- (15) Les centres hospitaliers psychiatriques sont composés notamment d'un hôpital psychiatrique (par conséquent composé de services psychiatriques). Les hôpitaux universitaires peuvent comprendre de tels services. Un lien relatif à la structuration de l'offre existe donc entre ces deux structures.
- (16) Ces deux structures sont soumises à des règles de programmation distinctes. Cependant, un lien peut être effectué dans la mesure où la création d'une place d'initiative d'habitations protégées doit aller de pair avec une réduction équivalente dans les hôpitaux.
- (17) Un lien entre ces deux structures existe dans la mesure où l'agrément spécial de lits en maison de soins psychiatriques va de pair avec une réduction équivalente de lits hospitaliers dans des services hospitaliers désaffectés.
- (18) Les équipes psychosociales spécialisées sont installées au sein des centres hospitaliers psychiatriques (unités de défense sociale). En ce qui concerne le lien qui les unit aux hôpitaux, il convient de se référer au point 9.
- (19) Le Ministre wallon de la santé reconnaît une équipe de santé spécialisée au sein d'un hôpital universitaire.
- (20) Les centres psychiatriques sont constitués, notamment, d'un hôpital psychiatrique. Un lien au niveau du champ d'application territorial existe donc avec les hôpitaux psychiatriques. Ces derniers sont soumis à des règles de programmation par services visant à structurer l'offre dans ce domaine.
- (21) Les places d'initiatives d'habitations protégées ne peuvent être mises en service que si elles vont de pair avec une réduction équivalente dans les hôpitaux. Un lien, même s'il est minime, existe.
- (22) Les maisons de soins psychiatriques sont des structures qui bénéficient d'un agrément spécial. Ce dernier est accordé à des hôpitaux psychiatriques ou à des parties d'hôpitaux psychiatriques. De plus, la mise en service de lits dans des maisons de soins psychiatriques va de pair avec la désaffectation de lits dans des services hospitaliers.

(23) Le Ministre wallon de la santé reconnaît une équipe psychosociale spécialisée dans des établissements de défense sociale placés sous son autorité. Les équipes de santé spécialisées sont situées au sein des unités de défense sociale, elles-mêmes situées dans les centres hospitaliers psychiatriques. Ces derniers sont notamment composés d'un hôpital psychiatrique. Un lien minime existe entre les équipes psychosociales spécialisées et les hôpitaux psychiatriques.

(24) Le Ministre wallon de la santé reconnaît des équipes de santé spécialisées notamment dans un hôpital (par conséquent, un lien avec les hôpitaux psychiatriques existe puisque les hôpitaux peuvent comprendre des services psychiatriques).

(25) Les centres hospitaliers psychiatriques sont composés, entre autres, d'un hôpital psychiatrique. Les places d'initiatives d'habitations protégées ne peuvent être mises en service que si elles vont de pair avec une réduction équivalente dans des services hospitaliers (généraux ou psychiatriques). Un rapprochement en ce qui concerne la structuration de l'offre entre ces deux outils peut donc être effectué mais il est de peu d'importance.

(26) Les centres hospitaliers psychiatriques sont composés, entre autres, d'une maison de soins psychiatriques.

(27) Le Ministre wallon reconnaît une équipe psychosociale spécialisée au sein de chacune des unités de défense sociale des centres hospitaliers psychiatriques. D'autres équipes psychosociales spécialisées sont reconnues par le Ministre de la justice. Un lien existe mais il n'est pas parfait (en ce qui concerne les équipes reconnues par le Ministre de la justice). De plus, les centres hospitaliers psychiatriques comprennent également un hôpital psychiatrique ainsi qu'une maison de soins psychiatriques ; leur champ d'application est par conséquent différent.

(28) Le Ministre wallon de la santé reconnaît une équipe de santé spécialisée au sein d'un centre hospitalier psychiatrique. Cependant, d'autres équipes sont reconnues en d'autres endroits (au sein des services de santé mentale par exemple). Le lien dégagé entre ces deux structures n'est donc pas identique.

(29) Les initiatives d'habitations protégées et les maisons de soins psychiatriques sont liées dans la mesure où toutes deux ont des liens étroits avec les hôpitaux psychiatriques (agrément spécial).

(30) Les équipes psychosociales sont liées aux centres hospitaliers psychiatriques (puisqu'elles sont instituées en leur sein) eux-mêmes liés aux hôpitaux psychiatriques. En effet, les centres hospitaliers psychiatriques sont notamment constitués d'un hôpital psychiatrique. Les places d'initiatives d'habitations protégées ne peuvent être mises en service que si elles vont de pair avec une réduction équivalente de lits dans des services hospitaliers. Un lien peut donc être effectué par ce biais-là.

(31) Des équipes de santé spécialisées sont reconnues au sein d'un hôpital ou d'un centre hospitalier psychiatrique. Les initiatives d'habitations protégées ont des relations étroites avec les centres ou services hospitaliers, tout comme les équipes psychosociales spécialisées (voir point 30).

(32) Les équipes psychosociales sont liées aux centres hospitaliers psychiatriques (puisqu'elles sont instituées en leur sein) eux-mêmes lié aux hôpitaux psychiatriques. En effet, les centres hospitaliers psychiatriques sont notamment constitués d'un hôpital psychiatrique. Les places de maisons de soins psychiatriques ne peuvent être mises en service que si elles vont de pair avec une réduction équivalente de lits dans des services hospitaliers. Un lien peut donc être effectué par ce biais-là.

(33) Des équipes de santé spécialisées sont reconnues au sein d'un hôpital ou d'un centre hospitalier psychiatrique. Les maisons de soins psychiatriques ont des relations étroites avec les centres ou services hospitaliers. La mise en service de places en maison de soins psychiatriques ne peut être réalisée que si elle va de pair avec une réduction équivalente dans des services hospitaliers. En outre, les centres hospitaliers psychiatriques dans lesquels sont instituées les équipes de santé spécialisées sont constitués entre autres d'une maison de soins psychiatriques.

(34) Le champ d'application territorial des associations de santé intégrée est déterminé en terme de rayonnement d'action. Rien de particulier quand à leur répartition territoriale n'est mentionné. Il est simplement fait mention du champ d'action d'une association de santé intégrée prise isolément. Ainsi, aucun élément commun avec les autres structures n'a pu être dégagé.

(35) Le critère de référence est identique pour les deux structures puisqu'il s'agit du nombre de personnes. Un lien peut par conséquent exister, les territoires pouvant s'englober mutuellement mais pas parfaitement.

(36) Les équipes psychosociales spécialisées sont instaurées au sein de structures existantes (prisons ou établissements de défense sociale). Aucun lien avec les services de santé mentale n'a donc pu être relevé.

(37) Les équipes de santé spécialisées sont instaurées au sein de structures existantes et notamment au sein des services de santé mentale (mais pas uniquement). De plus, il n'y a pas nécessairement d'équipe de santé spécialisée dans tous les services de santé mentale. Un lien entre les deux structures existe donc mais il n'est pas parfait.

(38) Il y a une équipe SOS-enfants par arrondissement judiciaire. Il y a un service de santé mentale pour 50.000 habitants (et moins moyennant dérogation). Il est possible que les territoires considérés puissent se recouvrir partiellement.

(39) Il doit y avoir au moins une équipe SOS-enfants par arrondissement judiciaire. Le critère de référence pour la structuration de l'offre des services intégrés de soins à domicile est le nombre d'habitants (70.000). Un lien en ce qui concerne le champ d'application territorial de ces structures peut exister si l'on prend en considération la population par arrondissement.

(40) Les équipes psychosociales spécialisées, tout comme les équipes de santé spécialisées, sont instaurées au sein de structures existantes mais totalement différentes. D'une part, les équipes psychosociales spécialisées sont instituées au sein d'établissements pénitentiaires ou de défense sociale et, d'autre part, les équipes de santé spécialisées le sont au sein d'hôpitaux ou de services de santé mentale.

(41) Les critères de référence pris en considération sont identiques, à savoir les élèves et les établissements scolaires. Cependant, les centres PMS de l'enseignement spécial, par définition, ne concernent que les élèves de l'enseignement spécial. Trouver une similitude du champ d'application de ces structures est impossible sur la base des textes juridiques.

4.2.3. Objet et missions

	H	HU	HP	CHP	IHP	MSP	ASI	CTA	PSP	SSM	SSA	RASA	CCSSD	SAFPA	SISD	EPS	ESS	CA	SEE	ESE	CPMS	CPMSES
H	X (A)	X (17)	X (18)	X (19)	--- (6)	X (20)	X (21)	--- (1)	--- (9)	X (22)	X (23)	X (24)	X (25)	--- (2)	--- (10)	X (26)	X (27)	X (28)	--- (3)	X (29)	--- (4)	--- (5)
HU	X (17)	X (A)	X (30)	X (30)	--- (6)	X (30)	X (30)	--- (1)	--- (9)	X (30)	X (30)	X (30)	X (30)	--- (2)	--- (10)	X (30)	X (30)	X (30)	--- (3)	X (30)	--- (4)	--- (5)
HP	X (18)	X (30)	X (A)	X (31)	--- (6)	X (32)	X (33)	--- (1)	--- (9)	X (34)	X (35)	X (36)	X (37)	--- (2)	--- (10)	X (38)	X (39)	X (40)	--- (3)	X (41)	--- (4)	--- (5)
CHP	X (19)	X (30)	X (31)	X (A)	--- (6)	X (42)	X (42)	--- (1)	--- (9)	X (42)	X (42)	X (42)	X (42)	--- (2)	--- (10)	X (42)	X (42)	--- (42)	--- (3)	X (42)	--- (4)	--- (5)
IHP	--- (6)	--- (6)	--- (6)	--- (6)	X (A)	--- (6)	--- (6)	--- (1)	--- (9)	--- (6)	--- (6)	--- (6)	--- (6)	--- (2)	--- (6)	--- (6)	--- (6)	--- (6)	--- (3)	--- (6)	--- (4)	--- (5)
MSP	X (20)	X (30)	X (32)	X (42)	--- (6)	X (A)	X (43)	--- (1)	--- (9)	X (44)	X (45)	X (46)	X (47)	--- (2)	--- (10)	X (48)	X (49)	X (50)	--- (3)	X (51)	--- (4)	--- (5)
ASI	X (21)	X (30)	X (33)	X (42)	--- (6)	X (43)	X (A)	--- (1)	--- (9)	X (52)	X (53)	X (54)	X (55)	--- (2)	--- (10)	X (56)	X (57)	X (58)	--- (3)	X (59)	--- (4)	--- (5)
CTA	--- (1)	--- (1)	--- (1)	--- (1)	--- (1)	--- (1)	--- (1)	X (A)	--- (1)	--- (1)	--- (1)	--- (1)	--- (1)	--- (1)	--- (1)	--- (1)	--- (1)	--- (1)	X (7)	--- (1)	--- (1)	--- (1)
PSP	--- (9)	--- (9)	--- (9)	--- (9)	--- (6)	--- (9)	--- (9)	--- (1)	X (A)	--- (9)	--- (9)	X (11)	X (12)	--- (2)	X (13)	--- (9)	--- (9)	X (14)	--- (3)	--- (9)	--- (4)	--- (5)
SSM	X (22)	X (30)	X (34)	X (42)	--- (6)	X (44)	X (52)	--- (1)	--- (9)	X (A)	X (60)	X (61)	X (62)	--- (2)	--- (10)	X (63)	X (64)	X (65)	--- (3)	X (66)	--- (4)	--- (5)
SSA	X (23)	X (30)	X (35)	X (42)	--- (6)	X (45)	X (53)	--- (1)	--- (9)	X (60)	X (A)	X (67)	X (68)	--- (2)	--- (10)	X (69)	X (70)	X (71)	--- (3)	X (72)	--- (4)	--- (5)
RASA	X (24)	X (30)	X (36)	X (42)	--- (6)	X (46)	X (54)	--- (1)	X (11)	X (61)	X (67)	X (A)	X (73)	--- (2)	X (15)	X (74)	X (75)	X (76)	--- (3)	X (77)	--- (4)	--- (5)
CCSSD	X (25)	X (30)	X (37)	X (42)	--- (6)	X (47)	X (55)	--- (1)	X (12)	X (62)	X (68)	X (73)	X (A)	--- (2)	X (16)	X (78)	X (79)	X (80)	--- (3)	X (81)	--- (4)	--- (5)
SAFPA	--- (2)	--- (2)	--- (2)	--- (2)	--- (2)	--- (2)	--- (2)	--- (1)	--- (2)	--- (2)	--- (2)	--- (2)	--- (2)	X (A)	--- (2)	--- (2)	--- (2)	--- (2)	--- (2)	--- (2)	--- (2)	--- (2)
SISD	--- (10)	--- (10)	--- (10)	--- (10)	--- (6)	--- (10)	--- (10)	--- (1)	X (13)	--- (10)	--- (10)	X (15)	X (16)	--- (2)	X (A)	--- (10)	--- (10)	--- (10)	--- (3)	--- (10)	--- (4)	--- (5)
EPS	X (26)	X (30)	X (38)	X (42)	--- (6)	X (48)	X (56)	--- (1)	--- (9)	X (63)	X (69)	X (74)	X (78)	--- (2)	--- (10)	X (A)	X (82)	X (83)	--- (3)	X (84)	--- (4)	--- (5)
ESS	X (27)	X (30)	X (39)	X (42)	--- (6)	X (49)	X (57)	--- (1)	--- (9)	X (64)	X (70)	X (75)	X (79)	--- (2)	--- (10)	X (82)	X (A)	X (85)	--- (3)	X (86)	--- (4)	--- (5)
CA	X (28)	X (30)	X (40)	X (42)	--- (6)	X (50)	X (58)	--- (1)	X (14)	X (65)	X (71)	X (76)	X (80)	--- (2)	--- (10)	X (83)	X (85)	X (A)	--- (3)	X (87)	--- (4)	--- (5)
SEE	--- (3)	--- (3)	--- (3)	--- (3)	--- (3)	--- (3)	--- (3)	X (7)	--- (3)	--- (3)	--- (3)	--- (3)	--- (3)	--- (2)	--- (3)	--- (3)	--- (3)	--- (3)	X (A)	--- (3)	--- (3)	--- (3)
ESE	X (29)	X (30)	X (41)	X (42)	--- (6)	X (51)	X (59)	--- (1)	--- (9)	X (66)	X (72)	X (77)	X (81)	--- (2)	--- (10)	X (84)	X (86)	X (87)	--- (3)	X (A)	--- (4)	--- (5)
CPMS	--- (4)	--- (4)	--- (4)	--- (4)	--- (4)	--- (4)	--- (4)	--- (1)	--- (4)	--- (4)	--- (4)	--- (4)	--- (4)	--- (2)	--- (4)	--- (4)	--- (4)	--- (4)	--- (3)	--- (4)	X (A)	X (8)
CPMSES	--- (5)	--- (5)	--- (5)	--- (5)	--- (5)	--- (5)	--- (5)	--- (1)	--- (5)	--- (5)	--- (5)	--- (5)	--- (5)	--- (2)	--- (5)	--- (5)	--- (5)	--- (5)	--- (3)	--- (5)	X (8)	X (A)

Légende

X : les éléments sont parfaitement identiques.

X : des similitudes, des points communs, des liens fonctionnels existent.

--- : aucun lien n'a été trouvé.

Commentaires :

Quelques conclusions ont pu être tirées de l'analyse des missions étudiées dans le cadre de la politique de santé. En premier lieu, une classification des structures a pu être réalisée. On peut distinguer :

- les structures qui dispensent des soins ;
- les structures de coordination (services intégrés de soins à domicile, réseaux d'aide et de soins en assuétudes, ...). Parmi, celles-ci certaines dispensent des soins et d'autres non ;
- les structures permettant le séjour ;
- les structures ambulatoires.

La nature des soins procurés diffère également. Des établissements fournissent des soins diversifiés, multidisciplinaires (hôpitaux, associations de santé intégrée par exemple) alors que d'autres octroient des soins précis (hôpitaux psychiatriques, services de santé mentale, services spécialisés en assuétudes, équipes de santé spécialisées, ...).

Enfin, il convient de faire remarquer qu'une interprétation stricte s'est avérée nécessaire. Par exemple, la plupart des structures ont une fonction d'écoute qui impliquait l'indication d'une croix grise dans un nombre important de cases. Afin de déterminer les différences entre les outils, seules les missions spécifiques des structures ont été prises en considération.

(A) La diagonale formée par les cases communes aux outils identiques est composée de croix grasses dans la mesure où ce sont les mêmes textes qui sont applicables.

(1) Les centres de télé-accueil doivent offrir un accueil téléphonique professionnel, apporter des réponses et orientations. Cette mission particulière n'est rencontrée par aucune autre structure reprise dans le tableau « politique de santé » sauf par le service écoute-enfants (voir point 7).

(2) Les services d'aide aux familles et aux personnes âgées ont une mission très spécifique qui est d'apporter une assistance en ce qui concerne l'accomplissement des actes de la vie journalière. Cette mission n'est rencontrée par aucune autre structure étudiée présentement.

(3) Le service écoute-enfants a pour seule mission d'apporter une écoute professionnelle. Il ne dispense pas de soins. Ce rôle n'est rempli par aucune autre structure étudiée si ce n'est les centres de télé-accueil (voir point 7). Par conséquent, il n'y a pas de croix dans les cases communes aux autres outils sauf en ce qui concerne les centres de télé-accueil.

(4) Les centres PMS ont des missions particulières liées à l'enseignement et aux élèves. Elles ne sont rencontrées par aucune autre structure reprise dans le tableau « politique de santé », si ce n'est les centres PMS pour l'enseignement spécial (voir point 8).

(5) Les centres PMS de l'enseignement spécial ont des missions particulières liées à l'enseignement et aux élèves. Elles ne sont rencontrées par aucune autre structure reprise dans le tableau « politique de santé », si ce n'est les centres PMS pour l'enseignement primaire, secondaire de plein exercice et à horaire décalé (voir point 8).

(6) Les initiatives d'habitations protégées consistent en des structures intermédiaires destinées à la réinsertion de personnes sortant d'un hôpital psychiatrique. Il ne s'agit plus de les traiter (ces personnes ne nécessitent pas un traitement continu) mais de les accompagner. Aucun lien avec les autres structures étudiées n'a pu être décelé.

(7) Le rôle des centres de télé-accueil et du service écoute-enfants est similaire dans la mesure où il s'agit, dans les deux cas, d'assurer un accueil téléphonique. Le service écoute-enfants vise spécifiquement à prévenir la maltraitance des enfants alors que les problèmes abordés par les centres de télé-accueil sont plus diversifiés. Leur mission n'est pas identique mais des éléments sont communs.

(8) Ces deux structures ont les mêmes missions. Cependant, les centres PMS pour l'enseignement spécial ont d'autres missions qui leur sont particulières (assister le conseil de classe, assurer l'orientation professionnelle et participer à la tutelle accompagnant la mise au travail à l'essai pendant une période scolaire).

(9) Les plates-formes de soins palliatifs sont des structures de coordination en matière de soins palliatifs. Elles ne prodiguent pas de soins au sens strict, ce qui implique que peu de points communs sont rencontrés avec les structures étudiées si ce n'est les services intégrés de soins à domicile (voir point 13), les réseaux d'aide et de soins en assuétudes (voir point 11), les centres de coordination de soins et services à domicile (voir point 12) et le centre d'appui (voir point 14) qui remplissent également un rôle de coordination.

(10) Les services intégrés de soins à domicile consistent en des structures de coordination des soins à domicile ce qui implique que peu de points communs ont été dégagés avec les autres structures de la thématique « santé ». Cependant, un rapprochement a pu être effectué avec les plates-formes de soins palliatifs (13), les centres de coordination de soins et services à domicile (16), les réseaux d'aide et de soins en assuétudes (voir point 15) et le centre d'appui (88) qui visent également à coordonner les actions dans leurs domaines spécifiques.

(11) Les plates-formes de soins palliatifs et les réseaux d'aide et de soins en assuétudes ont en commun l'objectif de coordonner les actions dans leurs domaines réciproques ainsi qu'une mission de sensibilisation.

(12) Ces deux structures visent à coordonner les actions dans leurs domaines réciproques. A la différence des plates-formes de soins palliatifs, les centres de coordination de soins et services à domicile dispensent des soins.

(13) Ces deux structures visent à coordonner les actions dans leurs domaines réciproques, d'apporter une aide logistique, ... Elles ne prodiguent pas de soins mais n'ont cependant pas des missions totalement identiques.

(14) Ces deux structures ont une fonction de consultant et apportent un soutien logistique. Les missions du centre d'appui sont beaucoup plus larges. Le centre d'appui peut en outre prendre en charge la guidance ou le traitement extra-hospitalier des auteurs d'infractions à caractère sexuel, mission qui n'est pas rencontrée par les plates-formes de soins palliatifs.

(15) Ces deux structures ont des points communs dans leurs missions de coordination des activités qui leurs sont propres (concertation au niveau de la répartition des tâches, ...). Elles ont cependant d'autres missions qui leurs sont spécifiques (par exemple, les réseaux d'aide et de soins en assuétudes organisent la fonction de formation).

(16) Ces deux structures concernent les soins à domicile. Les services intégrés de soins à domicile ne dispensent pas de soins, alors que les centres de coordination de soins et services à domicile le font. Ces deux structures ont une mission de coordination de leurs actions.

(17) Les hôpitaux généraux et les hôpitaux universitaires exercent les mêmes missions. Cependant ces dernières ne sont pas identiques dans la mesure où les hôpitaux universitaires ont un rôle d'enseignement clinique, de recherche scientifique, de développement des nouvelles technologies et de l'évaluation des activités médicales.

(18) Les hôpitaux généraux et les hôpitaux psychiatriques prodiguent des soins, effectuent des diagnostics et des examens,... Cependant, les missions des hôpitaux psychiatriques sont beaucoup plus circonscrites puisqu'ils ne concernent que les patients psychiatriques alors que le domaine d'action des hôpitaux généraux est plus large (et varie en fonction des services agréés en leur sein).

(19) Les centres hospitaliers psychiatriques sont composés, notamment, d'un hôpital psychiatrique. Ces deux structures prodiguent des soins et des traitements, effectuent des examens et diagnostics, dans leurs disciplines respectives.

(20) Ces deux structures dispensent des soins mais de nature différente. Les maisons de soins psychiatriques le font dans l'optique de raccourcir le séjour en hôpital ou de l'éviter ; une différence fondamentale entre ces structures apparaît donc. De plus, les soins prodigués dans les hôpitaux généraux sont plus diversifiés (pas uniquement relatifs à la santé mentale).

(21) Ces deux structures dispensent des soins. Les associations de santé intégrée prodiguent des soins pluridisciplinaires tout comme les hôpitaux. Cependant, les associations de santé intégrée consistent en des structures ambulatoires.

(22) Ces deux structures effectuent des diagnostics et des traitements. Les services de santé mentale sont spécialisés dans les domaines psychiatriques, psychosociaux et psychologiques. Cette fonction peut être rencontrée par les hôpitaux qui disposent de services psychiatriques. De plus, le patient n'est pas obligé de séjourner dans les hôpitaux. Enfin, les services de santé mentale consistent en des structures ambulatoires.

(23) Ces deux structures apportent un traitement à leurs bénéficiaires. Les services spécialisés en assuétudes ne traitent que des problèmes liés à l'accoutumance de drogues, tabac, alcools et de jeux alors que les problématiques abordées par les hôpitaux sont plus larges.

(24) Ces deux structures apportent un traitement à leurs bénéficiaires. Les réseaux d'aide et de soins en assuétudes ne traitent que des problèmes liés à l'accoutumance de drogues, tabac, alcools et de jeux alors que les problématiques abordées par les hôpitaux sont plus larges. De plus, les réseaux d'aide et de soins en assuétudes disposent d'une mission de coordination des actions entreprises dans leur domaine et doivent identifier les besoins.

(25) Ces deux structures dispensent des soins. Les centres de coordination de soins et services à domicile dispensent ces soins à domicile, ce qui n'est pas le cas en ce qui concerne les hôpitaux (le séjour y est possible). Il est bien évident que les soins sont de nature différente.

(26) Tout comme les hôpitaux, les équipes psychosociales spécialisées effectuent des examens et fournissent un traitement. La mission de ces équipes est cependant limitée à la problématique des auteurs d'infractions à caractère sexuel ; celle des hôpitaux est plus large.

(27) Tout comme les hôpitaux, les équipes de santé spécialisées effectuent des examens et fournissent un traitement. La mission de ces équipes est cependant limitée à la problématique des auteurs d'infractions à caractère sexuel ; celle des hôpitaux est plus large.

(28) Le centre d'appui peut prendre en charge la guidance et le traitement des auteurs d'infractions à caractère sexuel. Les hôpitaux procurent également des traitements mais dans d'autres domaines. De plus, le centre d'appui a une mission de soutien, d'appui logistique, ... des équipes psychosociales spécialisées et des équipes de santé spécialisées qui n'est pas rencontrée par les hôpitaux.

(29) Les équipes SOS-enfants ont notamment pour mission d'apporter une aide psycho-médico-sociale aux enfants victimes de maltraitements. Un lien peut donc être effectué avec les hôpitaux généraux qui peuvent également apporter une telle aide.

(30) Les hôpitaux universitaires ont les mêmes missions que les hôpitaux généraux si ce n'est qu'ils doivent en plus remplir un rôle d'enseignement et de recherche. Les remarques qui sont formulées dans le cadre des hôpitaux généraux sont par conséquent applicables aux hôpitaux universitaires. Il convient par conséquent, en vue d'obtenir le commentaire relatif à la relation entre les hôpitaux universitaires et une autre structure, de se reporter au commentaire réalisé dans le cadre des hôpitaux généraux.

(31) Les centres hospitaliers psychiatriques sont composés, entre autres, d'un hôpital psychiatrique. Par conséquent, un lien entre les missions des centres hospitaliers psychiatriques et des hôpitaux psychiatriques existe. Les centres hospitaliers psychiatriques sont également constitués d'une unité de défense sociale et d'une maison de soins psychiatriques, l'éventail des missions proposées est donc plus large que celui des hôpitaux psychiatriques.

(32) Tout comme les hôpitaux psychiatriques, les maisons de soins psychiatriques prodiguent des soins. Toutefois, les soins fournis par les maisons de soins psychiatriques visent à éviter le séjour en hôpital.

(33) Ces deux structures prodiguent des soins. La nature des soins est différente puisque ceux procurés par les associations de santé intégrée sont pluridisciplinaires, de première ligne alors que les hôpitaux psychiatriques sont spécialisés en psychiatrie. De plus, à la différence des hôpitaux psychiatriques, le séjour n'est pas possible dans les associations de santé intégrée.

(34) Les deux structures prodiguent des soins psychiatriques. Cependant, les services de santé mentale sont des structures ambulatoires.

(35) Les services spécialisés en assuétudes ont pour mission d'assurer l'accueil, le diagnostic et le traitement de leurs bénéficiaires. Les hôpitaux psychiatriques effectuent des examens, diagnostics, traitements et soins. Un rapprochement a pu être fait. De plus, les hôpitaux connaissent des problèmes liés à la toxicomanie mais pas exclusivement ; leur champ d'action est évidemment beaucoup plus large.

(36) Les réseaux d'aide et de soins en assuétudes ont, outre leurs missions spécifiques, les mêmes missions que les services spécialisés en assuétudes. Il convient donc de se référer au point 35.

(37) Ces deux structures prodiguent des soins mais ils sont de nature différente. De plus, dans un cas il s'agit de soins à domicile alors qu'en ce qui concerne les hôpitaux psychiatriques, les soins sont dispensés dans un établissement spécifique dans lequel il est possible de séjourner.

(38) Les équipes psychosociales spécialisées accomplissent des examens de personnalité et mettent en œuvre un programme de guidance thérapeutique. Cet aspect peut être rencontré dans les hôpitaux psychiatriques.

(39) Les équipes de santé spécialisées s'occupent de la guidance et du traitement des auteurs d'infractions à caractère sexuel. Ces aspects peuvent être rencontrés par les hôpitaux psychiatriques mais ils n'ont pas cette charge exclusive.

(40) Le centre d'appui a la mission très spécifique d'apporter un appui aux équipes chargées de la guidance et du traitement des auteurs d'infractions à caractère sexuel. Outre ce rôle, il peut prendre en charge la guidance et le traitement des auteurs d'infractions à caractère sexuel. Cette mission peut être rencontrée par les hôpitaux psychiatriques qui n'ont cependant pas cette charge exclusive.

(41) Les équipes SOS-enfants apportent une aide appropriée à leurs bénéficiaires ; il peut s'agir d'une aide psycho-médico-sociale. Un lien existe donc avec les hôpitaux psychiatriques.

(42) Les centres hospitaliers psychiatriques, outre la maison de soins psychiatriques et l'unité de défense sociale, sont composés d'un hôpital psychiatrique. Par conséquent, les remarques formulées dans le cadre des hôpitaux psychiatriques sont applicables aux centres hospitaliers psychiatriques.

(43) Ces deux structures prodiguent des soins. La nature de ces derniers varie cependant en fonction des structures abordées. Les associations de santé intégrée ont une approche pluridisciplinaire alors que les maisons de soins psychiatriques concernent la santé mentale. De plus, le séjour en association de santé intégrée n'est pas prévu.

(44) Ces deux structures prodiguent des soins relatifs à la santé mentale. Cependant, les services de santé mentale sont des structures ambulatoires.

(45) Les maisons de soins psychiatriques prodiguent des soins. De même, les services spécialisés en assuétudes assurent le traitement de personnes concernées par les problèmes de dépendance liés à un usage abusif de drogues, tabac, alcool ou jeux. Cependant, les services spécialisés en assuétudes sont des structures ambulatoires. En outre, les maisons de soins psychiatriques ne concernent pas uniquement les problèmes de dépendance.

(46) Voir point 45, les missions des réseaux d'aide et de soins en assuétudes sont plus larges que celles de services spécialisés en assuétudes. Par conséquent, ce qui est spécifié pour les services spécialisés en assuétudes vaut pour les réseaux.

(47) Outre leur mission de coordination, les centres de coordination de soins et services à domicile prodiguent des soins. Les maisons de soins psychiatriques prodiguent également des soins mais n'ont pas cet objectif de coordination. De plus, la nature des soins dispensés est différente.

(48) Les équipes psychosociales spécialisées mettent en œuvre un programme de guidance thérapeutique pour les auteurs d'infractions à caractère sexuel ; les maisons de soins psychiatriques dispensent des soins psychiatriques mais pas uniquement en relation avec les auteurs d'infractions à caractère sexuel.

(49) Les maisons de soins psychiatriques prodiguent des soins. Les équipes de santé spécialisées fournissent également un traitement (spécifique aux auteurs d'infractions à caractère sexuel). Le champ d'action des maisons de soins psychiatriques est plus large (ne concerne pas uniquement la problématique des auteurs d'infractions à caractère sexuel).

(50) Le centre d'appui, outre ses multiples autres fonctions, peut prendre en charge la guidance et le traitement extrapénitentiaire des auteurs d'infractions à caractère sexuel. Il prodigue donc, à l'instar des maisons de soins psychiatriques, des soins. En outre, les maisons de soins psychiatriques ne visent pas uniquement la problématique des auteurs d'infractions à caractère sexuel.

(51) Les équipes SOS-enfants assurent, entre autres, un traitement adéquat aux enfants victimes de maltraitances mais ses missions sont plus larges (missions de prévention,...) que celles de maisons de soins psychiatriques qui dispensent des soins dans un domaine restreint.

(52) Il s'agit de deux structures ambulatoires prodiguant des soins. La nature de ces derniers est cependant différente selon le service étudié. Les associations de santé intégrée procurent des soins pluridisciplinaires alors que le champ d'action des services de santé mentale est plus restreint (la santé mentale, par définition).

(53) Les associations de santé intégrée dispensent des soins dans une approche psycho-médico-sociale. Un rapprochement peut être effectué avec les services spécialisés en assuétudes en ce qu'ils apportent un traitement à leurs bénéficiaires mais circonscrit aux problèmes d'assuétudes.

(54) Les réseaux d'aide et de soins en assuétudes ont, outre des missions qui leur sont spécifiques, les mêmes missions que les services spécialisés en assuétudes. Par conséquent les mêmes conclusions peuvent être effectuées pour ces deux services (voir point 53 en ce qui concerne la relation avec les associations de santé intégrée).

(55) Ces deux structures prodiguent des soins mais ils sont de nature différente. Cependant, les centres de coordination de soins et services à domicile sont investis d'autres missions (coordination des actions en matière de soins et services à domicile,...).

(56) Les équipes psychosociales spécialisées mettent en œuvre une guidance thérapeutique pour les auteurs d'infractions à caractère sexuel ; les associations de santé intégrée agissent dans la multidisciplinarité. Leur champ d'action est donc plus large que celui des équipes psychosociales spécialisées.

(57) Les équipes de santé spécialisées tout comme les associations de santé intégrée prodiguent des soins dans leurs domaines respectifs. Ils ont cependant des missions qui leur sont spécifiques.

(58) Le centre d'appui, tout comme l'association de santé intégrée, dispense des soins. En effet, il peut prendre en charge la guidance et le traitement des auteurs d'infractions à caractère sexuel. Il ne s'agit cependant que d'une des facettes de son objet. De plus, le centre d'appui, en ce qui concerne la dispensation de soins, a une mission circonscrite à la problématique des auteurs d'infractions à caractère sexuel alors que les associations de santé intégrée dispensent des soins de façon multidisciplinaire.

(59) Une partie des missions des équipes SOS-enfants est d'apporter des soins, à l'instar des associations de santé intégrée. Il ne s'agit cependant que d'une part de leur travail. En outre, les soins prodigués sont de nature différente.

(60) Ces deux structures assurent un accueil, un diagnostic et un traitement à leurs bénéficiaires. En outre, dans le cadre de leurs missions exceptionnelles, les services de santé mentale connaissent des problèmes liés à la toxicomanie.

(61) Les réseaux d'aide et de soins en assuétudes ont, outre des missions qui leur sont spécifiques, les mêmes missions que les services spécialisés en assuétudes. Par conséquent les mêmes conclusions peuvent être effectuées pour ces deux services (voir point 60 en ce qui concerne la relation avec les services de santé mentale).

(62) Ces deux structures offrent des soins (de nature différente) mais il ne s'agit pour aucune des deux de leur seul rôle. Elles disposent de missions spécifiques à leur domaine d'action.

(63) Les services de santé mentale assurent un accueil, un diagnostic et un traitement psychiatrique, psychologique et psychosocial. Les équipes psychosociales spécialisées mettent en œuvre une guidance thérapeutique. L'aspect santé est recouvert dans les deux cas. Cependant, les équipes psychosociales spécialisées ont d'autres missions que celle-là.

(64) Un lien évident existe dans la mesure où certaines équipes de santé spécialisées reconnue par le Ministre qui a la santé dans ses attributions sont instaurées dans des services de santé mentale (voir annexe à l'accord de coopération²⁵³). Ces deux structures offrent une aide appropriée ainsi qu'un traitement. Le champ d'action des services de santé mentale va au-delà de la problématique des auteurs d'infractions à caractère sexuel.

(65) Le centre d'appui peut prendre en charge la guidance et le traitement des auteurs d'infractions à caractère sexuel, tout comme les équipes de santé spécialisées. Cette mission peut être remplie par un service de santé mentale (voir point 64).

(66) Les équipes SOS-enfants dispensent, entre autres, des soins (psychologiques) tout comme les services de santé mentale. Le domaine d'action des équipes SOS-enfants est plus restreint en ce qu'il vise les situations de maltraitance.

(67) Les services spécialisés en assuétudes ont le même objectif global que les réseaux d'aide et de soins en assuétudes. Cependant, les missions des réseaux d'aide et de soins en assuétudes sont plus étendues (identification des besoins, concertation relative à la répartition des tâches et leur complémentarité pour développer une offre de soins et une aide cohérente,...).

(68) Ces deux structures dispensent des soins (de nature différente) mais ont d'autres missions qui leur sont spécifiques dans leurs domaines respectifs.

(69) Les équipes psychosociales spécialisées mettent en œuvre un programme intrapénitentiaire thérapeutique. Les services spécialisés en assuétudes ont également des fonctions thérapeutiques mais exercent d'autres missions parallèlement à celles-là.

(70) Les équipes de santé spécialisées, tout comme les services spécialisés en assuétudes, effectuent des traitements en faveur de leurs bénéficiaires. Outre ce rôle, ils accomplissent respectivement des missions qui leur sont spécifiques.

(71) Le centre d'appui, tout comme les services spécialisés en assuétudes, dispense un traitement en faveur de ses bénéficiaires. Outre ce rôle, ces deux structures remplissent d'autres missions qui leur sont spécifiques.

(72) Une des missions des équipes SOS-enfants consiste à offrir un traitement thérapeutique psychologique à leurs bénéficiaires. Les services spécialisés en assuétudes dispensent également un traitement à leurs bénéficiaires. En outre, ces deux structures ont d'autres missions qui leur sont spécifiques.

(73) Ces deux structures dispensent des soins (de nature différente) mais ont d'autres missions qui leur sont spécifiques à côté de celles-là. Toutes deux coordonnent les actions spécifiques à leurs domaines.

(74) Les équipes psychosociales spécialisées mettent en œuvre un programme intrapénitentiaire thérapeutique. Les réseaux d'aide et de soins en assuétudes ont également des fonctions thérapeutiques mais ont d'autres missions parallèlement à celles-là.

(75) Les équipes de santé spécialisées, tout comme les réseaux d'aide et de soins en assuétudes, effectuent des traitements en faveur de leurs bénéficiaires. Outre ce rôle, ces deux structures accomplissent des missions qui leur sont propres.

(76) Le centre d'appui, tout comme les réseaux d'aide et de soins en assuétudes, dispense un traitement à ses bénéficiaires. De plus, ces deux structures agissent comme instrument de coordination des actions spécifiques à leur domaine. Indépendamment de cela, ces deux structures remplissent d'autres missions qui leur sont spécifiques.

²⁵³ Accord de coopération du 8 octobre 1998 relatif à la guidance et au traitement des auteurs d'infractions à caractère sexuel, M. B. du 11 septembre 1999.

(77) Une des missions des équipes SOS-enfants consiste à offrir un traitement thérapeutique psychologique à leurs bénéficiaires. Les réseaux d'aide et de soins en assuétudes dispensent également un traitement en faveur de leurs bénéficiaires mais ont d'autres missions qui leur sont spécifiques.

(78) Ces deux structures dispensent des soins dans leurs domaines respectifs mais remplissent d'autres missions.

(79) Ces deux structures dispensent des soins dans leurs domaines respectifs mais remplissent d'autres missions qui leur sont spécifiques.

(80) Ces deux structures dispensent des soins dans leurs domaines respectifs mais remplissent d'autres missions qui leur sont spécifiques.

(81) Ces deux structures dispensent des soins dans leurs domaines respectifs mais remplissent d'autres missions qui leur sont spécifiques.

(82) Ces deux structures ont en commun leurs missions de guidance et de traitement des auteurs d'infractions à caractère sexuel. Dans un cas, il s'agit d'un traitement intrapénitentiaire (équipes psychosociales spécialisées) et dans l'autre d'un traitement extrapénitentiaire (équipes de santé spécialisées). Le traitement intrapénitentiaire vise à la préparation d'un traitement postpénitentiaire.

(83) Voir point 82 puisque le centre d'appui, outre ses missions spécifiques, peut prendre en charge la guidance ou le traitement extrapénitentiaire des auteurs d'infractions à caractère sexuel.

(84) Ces deux structures dispensent des traitements. Outre ce rôle, elles ont d'autres missions qui leur sont spécifiques.

(85) Le centre d'appui, tout comme les équipes de santé spécialisées, peut prendre en charge la guidance et le traitement des auteurs d'infractions à caractère sexuel. Cependant, le centre d'appui rempli d'autres missions, ce qui justifie une croix grise, son rôle étant plus étendu que celui des équipes de santé spécialisées.

(86) Ces deux structures dispensent des soins dans leurs domaines respectifs mais remplissent d'autres missions qui leur sont spécifiques.

(87) Ces deux structures dispensent des soins dans leurs domaines respectifs mais remplissent d'autres missions qui leur sont spécifiques.

(88) Ces deux structures remplissent une mission de coordination. Le centre d'appui dispose également de missions spécifiques relatives à la problématique des auteurs d'infractions à caractère sexuel (traitement et guidance,...).

4.3. POLITIQUE FAMILIALE

4.3.1. Bénéficiaires

	Centres de planning et de consultation familiale et conjugale	Centres d'accueil pour adultes	Maisons maternelles	Maisons d'accueil	Maisons de vie communautaire	Abris de nuit	Maisons d'hébergement de type familial
Centres de planning et de consultation familiale et conjugale	X ^(A)	X ⁽¹⁾	X ⁽¹⁾	X ⁽¹⁾	--- ⁽²⁾	X ⁽¹⁾	X ⁽¹⁾
Centres d'accueil pour adultes	X ⁽¹⁾	X ^(A)	X ⁽³⁾	X ⁽⁴⁾	--- ⁽²⁾	X ⁽⁵⁾	X ⁽⁶⁾
Maisons maternelles	X ⁽¹⁾	X ⁽³⁾	X ^(A)	X ⁽⁷⁾	--- ⁽²⁾	X ⁽⁸⁾	X ⁽⁹⁾
Maisons d'accueil	X ⁽¹⁾	X ⁽⁴⁾	X ⁽⁷⁾	X ^(A)	X ⁽²⁾	X ⁽¹⁰⁾	X ⁽¹¹⁾
Maisons de vie communautaire	--- ⁽²⁾	--- ⁽²⁾	--- ⁽²⁾	X ⁽²⁾	X ^(A)	--- ⁽²⁾	--- ⁽²⁾
Abris de nuit	X ⁽¹⁾	X ⁽⁵⁾	X ⁽⁸⁾	X ⁽¹⁰⁾	--- ⁽²⁾	X ^(A)	X ⁽¹²⁾
Maisons d'hébergement de type familial	X ⁽¹⁾	X ⁽⁶⁾	X ⁽⁹⁾	X ⁽¹¹⁾	--- ⁽²⁾	X ⁽¹²⁾	X ^(A)

Légende

X : les éléments sont parfaitement identiques.

X : des similitudes, des points communs, des liens fonctionnels existent.

--- : aucun lien n'a été trouvé.

Commentaires

Beaucoup d'éléments communs entre les bénéficiaires des structures étudiées dans le cadre de la politique familiale ont pu être relevés. Pour certains instruments, le public concerné est très large ce qui implique beaucoup de points communs avec les bénéficiaires des autres outils étudiés. Par exemple, les centres de planning et de consultation familiale et conjugale concernent toute personne qui en fait la demande, aucune restriction n'est effectuée, ce qui permet d'englober les bénéficiaires des autres structures étudiées dans le cadre de la politique familiale et conjugale. De même, les centres d'accueil pour adultes, ainsi que leur nom l'indique, sont destinés à toute personne pour autant qu'elle ait atteint l'âge de 18 ans. Il s'agit également d'un public défini de façon très large, ce qui implique que beaucoup de liens ont été effectués avec les bénéficiaires des autres instruments étudiés dans le cadre de cette politique.

Les maisons maternelles visent un public précis (les mères ou futures mères accompagnée(s) de leur(s) enfant(s)). Ce public est englobé par celui des autres structures, défini de façon plus large sans exclure celui des maisons maternelles.

L'avant-projet de décret accueil, l'hébergement et l'accompagnement²⁵⁴ instaure quatre types de structure :

- les maisons d'accueil ;
- les maisons de vie communautaire ;
- les abris de nuit ;
- les maisons d'hébergement de type familial.

Ces dernières sont destinées à des personnes en difficultés sociales. Cependant, en fonction de l'institution établie, des précisions sont apportées. En effet, les maisons de vie communautaire accueillent des personnes en difficultés sociales qui doivent, dans un premier temps, avoir séjourné en maison d'accueil, elles consistent donc en des structures d'accueil de seconde ligne. De même, les abris de nuit sont destinés aux personnes en difficultés sociales mais privées de logement.

(A) La diagonale formée par les cases communes aux outils identiques est composée de croix grasses dans la mesure où ce sont les mêmes textes qui sont applicables.

(1) Les centres de planning et de consultation familiale et conjugale sont accessibles à toute personne qui en fait la demande. Ces centres peuvent éventuellement diriger les personnes vers des services plus spécialisés. Beaucoup de liens avec les autres structures ont été dégagés, les bénéficiaires des centres de planning et de consultation familiale et conjugale englobent ceux des autres structures définis de façon plus spécifique.

(2) Pour pouvoir séjourner dans une maison de vie communautaire, le bénéficiaire doit au préalable avoir séjourné en maison d'accueil, il s'agit donc d'une structure d'accueil en deuxième ligne. Maisons d'accueil et maisons de vie communautaire sont par conséquent liées. Les conditions relatives aux bénéficiaires des maisons de vie communautaires étant très strictes, seul le lien avec les maisons d'accueil a pu être effectué.

(3) Les maisons maternelles visent une catégorie de personnes en particulier, à savoir les mères ou futures mères éventuellement accompagnées de leur(s) enfant(s). Ce public cible peut être englobé dans les personnes visées par les centres d'accueil pour adultes (destinés aux personnes âgées de plus de 18 ans).

²⁵⁴ Avant-projet de décret relatif à l'accueil, l'hébergement et l'accompagnement des personnes en difficultés sociales, 2^{ème} lecture, le 10 juillet 2003.

(4) Un lien existe entre ces deux structures dans la mesure où les maisons d'accueil visent les personnes en difficultés sociales telles que définies dans le projet de décret accompagnement (voir inventaire). Ces personnes peuvent être des mineurs, ce qui n'est pas le cas en ce qui concerne les centres d'accueil pour adultes qui visent les personnes âgées de plus de 18 ans.

(5) Les abris de nuit sont destinés à des personnes en difficultés sociales dépourvues de logement. En outre, les centres d'accueil pour adultes visent les personnes âgées de plus de 18 ans alors que les abris de nuit peuvent admettre, outre les adultes, certains mineurs (les mineurs émancipés, les pères mineurs, les mères mineures et les mineures enceintes).

(6) Les maisons d'hébergement de type familial sont destinées aux personnes en difficultés sociales. La notion de personnes en difficultés sociales est large (il peut s'agir de majeurs mais également de certains mineurs) et peut englober une partie des bénéficiaires des centres d'accueil pour adultes (personnes âgées de plus de 18 ans ainsi que les enfants qui les accompagnent). Le public est plus restreint puisque les mineurs ne sont pas visés.

(7) Les maisons d'accueil visent une catégorie de personnes plus large que celle des maisons maternelles. En effet, les maisons maternelles sont destinées aux mères et aux futures mères (ainsi que les enfants qui les accompagnent) alors que les maisons d'accueil visent les personnes en difficultés sociales (les majeurs, les mineurs émancipés, les pères mineurs, les mères mineures et les mineures enceintes).

(8) Les maisons maternelles visent les mères et les futures mères. Les abris de nuit sont destinés à des personnes en difficultés sociales. Cependant, les abris de nuit concernent celles qui sont dépourvues de logement, le lien entre ces deux structures n'est donc pas parfaitement identique.

(9) Ces deux structures accueillent des mères ou futures mères. Cependant, le public visé par les maisons d'hébergement de type familial est beaucoup plus large (personnes en difficultés sociales).

(10) Les maisons d'accueil et les abris de nuit sont tout deux destinés aux personnes en difficultés sociales. Cependant, les abris de nuit visent plus spécifiquement les personnes qui n'ont pas de logement.

(11) Ces deux structures sont destinées à des personnes en difficultés sociales, aucune condition supplémentaire n'est requise.

(12) Ces deux structures sont destinées à des personnes en difficultés sociales. Cependant, dans le cadre des abris de nuit elles doivent être dépourvues de logement.

4.3.2. Champ d'application territorial

	Centres de planning et de consultation familiale et conjugale	Centres d'accueil pour adultes	Maisons maternelles	Maisons d'accueil	Maisons de vie communautaire	Abris de nuit	Maisons d'hébergement de type familial
Centres de planning et de consultation familiale et conjugale	X ⁽¹⁾	/ ⁽²⁾	/ ⁽²⁾	/ ⁽²⁾	/ ⁽²⁾	/ ⁽²⁾	/ ⁽²⁾
Centres d'accueil pour adultes	/ ⁽²⁾	/ ⁽²⁾	/ ⁽²⁾	/ ⁽²⁾	/ ⁽²⁾	/ ⁽²⁾	/ ⁽²⁾
Maisons maternelles	/ ⁽²⁾	/ ⁽²⁾	/ ⁽²⁾	/ ⁽²⁾	/ ⁽²⁾	/ ⁽²⁾	/ ⁽²⁾
Maisons d'accueil	/ ⁽²⁾	/ ⁽²⁾	/ ⁽²⁾	/ ⁽²⁾	/ ⁽²⁾	/ ⁽²⁾	/ ⁽²⁾
Maisons de vie communautaire	/ ⁽²⁾	/ ⁽²⁾	/ ⁽²⁾	/ ⁽²⁾	/ ⁽²⁾	/ ⁽²⁾	/ ⁽²⁾
Abris de nuit	/ ⁽²⁾	/ ⁽²⁾	/ ⁽²⁾	/ ⁽²⁾	/ ⁽²⁾	/ ⁽²⁾	/ ⁽²⁾
Maisons d'hébergement de type familial	/ ⁽²⁾	/ ⁽²⁾	/ ⁽²⁾	/ ⁽²⁾	/ ⁽²⁾	/ ⁽²⁾	/ ⁽²⁾

Légende

X : les éléments sont parfaitement identiques.

/ : rien n'est prévu dans les textes en ce qui concerne le champ d'application territorial.

Commentaires

(1) Excepté en ce qui concerne les centre de planning et de consultation familiale, aucune exigence en matière de répartition territoriale n'est imposée par les textes pour les structures étudiées dans le cadre de la politique familiale. Une croix grasse est indiquée dans la mesure où il s'agit d'une case commune à un outil identique (les mêmes textes qui sont applicables).

(2) Dans la mesure où les normes n'apportent aucune indication au sujet du champ d'application territorial des centres d'accueil pour adultes, des maisons maternelles, des maisons d'accueil, des maisons de vie communautaire, des abris de nuit et des maisons d'hébergement de type familial, aucune croix ne figure dans les cases concernées.

4.3.3. Objet et missions

	Centres de planning et de consultation familiale et conjugale	Centres d'accueil pour adultes	Maisons maternelles	Maisons d'accueil	Maisons de vie communautaire	Abris de nuit	Maisons d'hébergement de type familial
Centres de planning et de consultation familiale et conjugale	X ^(A)	--- ⁽¹⁾	--- ⁽¹⁾	--- ⁽¹⁾	--- ⁽¹⁾	--- ⁽⁵⁾	--- ⁽¹⁾
Centres d'accueil pour adultes	--- ⁽¹⁾	X ^(A)	X ⁽³⁾	X ⁽²⁾	X ⁽⁴⁾	--- ⁽⁵⁾	X ⁽⁶⁾
Maisons maternelles	--- ⁽¹⁾	X ⁽³⁾	X ^(A)	X ⁽⁷⁾	X ⁽⁸⁾	--- ⁽⁵⁾	X ⁽⁹⁾
Maisons d'accueil	--- ⁽¹⁾	X ⁽²⁾	X ⁽⁷⁾	X ^(A)	X ⁽¹⁰⁾	--- ⁽⁵⁾	X ⁽¹¹⁾
Maisons de vie communautaire	--- ⁽¹⁾	X ⁽⁴⁾	X ⁽⁸⁾	X ⁽¹⁰⁾	X ^(A)	--- ⁽⁵⁾	X ⁽¹²⁾
Abris de nuit	--- ⁽¹⁾	--- ⁽⁵⁾	--- ⁽⁵⁾	--- ⁽⁵⁾	--- ⁽⁵⁾	X ^(A)	--- ⁽⁵⁾
Maisons d'hébergement de type familial	--- ⁽¹⁾	X ⁽⁶⁾	X ⁽⁹⁾	X ⁽¹¹⁾	X ⁽¹²⁾	--- ⁽⁵⁾	X ^(A)

Légende

X : les éléments sont parfaitement identiques.

X : des similitudes, des points communs, des liens fonctionnels existent.

--- : aucun lien n'a été trouvé.

Commentaires

Les centres de planning et de consultation familiale et conjugale ont des missions très spécifiques qui ne sont pas rencontrées par les autres structures étudiées dans le cadre de la politique familiale.

En ce qui concerne les autres structures, une distinction entre leurs missions a pu être effectuée. Deux rôles sont rencontrés par ces outils, l'hébergement et/ou l'accompagnement (hébergement et accompagnement peuvent être effectués au sein d'une même structure. En outre, certains services offrent un accompagnement et pas d'autres). En outre, en ce qui concerne l'hébergement, une distinction quant à sa durée peut être opérée (il peut être transitoire, de longue durée ou d'une seule nuit).

(A) La diagonale formée par les cases communes aux outils identiques est composée de croix grasses dans la mesure où ce sont les mêmes textes qui sont applicables.

(1) Les centres de planning et de consultation familiale et conjugale n'ont pas pour objet d'héberger et/ou d'accueillir. Ils ont des missions spécifiques qui ne sont pas rencontrées par les autres structures relevées dans la politique familiale. Aucun lien n'a donc été effectué avec les autres services étudiés.

(2) Les centres d'accueil pour adultes offrent un hébergement transitoire (maximum 185 jours), ce qui peut correspondre avec la mission des maisons d'accueil, ces dernières offrant un hébergement limité dans le temps. De plus, ces deux structures sont chargées d'apporter une aide adaptée aux difficultés des bénéficiaires. L'objet de ces services peut être considéré comme identique, une croix grasse dans leur case commune est par conséquent indiquée.

(3) Les maisons maternelles et les centres d'accueil pour adultes ont en commun qu'ils apportent un accompagnement approprié à leurs bénéficiaires. Cependant, les premières hébergent pour une longue durée (9 mois) alors que les seconds le font à titre transitoire (maximum 185 jours).

(4) Les maisons de vie communautaire et centres d'accueil pour adultes ont en commun qu'ils apportent un accompagnement approprié à leurs bénéficiaires. Cependant, les premières hébergent pour une longue durée alors que les seconds le font à titre transitoire (maximum 185 jours).

(5) Les abris de nuits ont une mission très spécifique qui consiste à offrir un hébergement pour la nuit uniquement, pour cette raison aucun lien avec les autres structures n'a été mentionné. Cependant, une certaine collaboration entre les services compétents doit exister afin d'orienter les personnes demandeuses vers les autres structures. Les abris de nuit, par exemple, doivent coopérer avec les maisons d'accueil afin d'offrir à leurs bénéficiaires une aide optimale.

(6) Les maisons d'hébergement de type familial sont chargées de fournir un hébergement limité, à l'instar des centres d'accueil pour adultes et des maisons d'accueil. Leur mission diffère cependant en ce que les maisons d'hébergement de type familial n'apportent pas d'aide ou d'accompagnement à leurs bénéficiaires.

(7) Les maisons maternelles et les maisons d'accueil ont en commun qu'elles apportent un accompagnement approprié à leurs bénéficiaires. Cependant, les premières hébergent pour une longue durée alors que les secondes le font à titre transitoire (« hébergement limité dans le temps »).

(8) Ces structures offrent toutes deux un hébergement de longue durée ainsi qu'une aide adaptée.

(9) Les maisons maternelles accompagnent et hébergent. Les maisons d'hébergement de type familial ne font qu'héberger. Une disparité entre leur mission apparaît. De plus, les maisons d'hébergement de type familial offrent un hébergement de courte durée alors que les maisons maternelles le font pour 9 mois.

(10) Les maisons d'accueil et les maisons de vie communautaire ont toutes les deux une mission d'hébergement ainsi qu'une mission d'accompagnement. Cependant, les premières n'offrent qu'un hébergement limité dans le temps alors que les secondes offrent un hébergement de longue durée.

(11) Ces deux structures offrent un hébergement limité dans le temps. Cependant, les maisons d'accueil octroient également un accompagnement adapté afin que leurs bénéficiaires puissent acquérir ou récupérer leur autonomie.

(12) Les maisons de vie communautaires et maisons d'hébergement de type familial hébergent toutes deux leurs bénéficiaires mais la première pour une longue durée et la seconde pour une durée limitée. De plus, un accompagnement est fourni par les maisons de vie communautaire, ce qui n'est pas le cas des maisons d'hébergement de type familial.

4.4. POLITIQUE DES PERSONNES HANDICAPEES

- Liste des abréviations

CEOP	centres d'évaluation et d'orientation professionnelle
CFP	centres de formation professionnelle
CRF	centres de réadaptation fonctionnelle
ETA	entreprises de travail adapté
SAF	sections d'accueil et de formation en entreprise de travail adapté
DM	dispositifs de maintien
SAC	services d'accompagnement personnes handicapées adultes
SAJA	services d'accueil de jour pour adultes
SAJJ	services d'accueil de jour pour jeunes
SAJJNS	services d'accueil de jour pour jeunes non scolarisés
SAI	services d'aide à l'intégration
AVJ	services d'aide aux activités de la vie journalière
SAP	services d'aide précoce aux enfants handicapés
SPF	services de placement familial
SRA	services résidentiels pour adultes
SRJ	services résidentiels pour jeunes
SRNA	services résidentiels de nuit pour adultes
SRT	services résidentiels de transition

4.4.1. Bénéficiaires

	CEOP	CFP	CRF	ETA	SAF	DM	SAC	SAJA	SAJJ	SAJJNS	SAI	AVJ	SAP	SPF	SRA	SRJ	SRNA	SRT
CEOP	X (A)	X (1)	X (2)	X (3)	X (4)	X (5)	X (6)	X (7)	X (8)	X (9)	X (10)	X (11)	---	X (12)	X (13)	X (14)	X (15)	X (16)
CFP	X (1)	X (A)	X (68)	X	X (18)	X (19)	X (20)	X (21)	X (22)	X (23)	X (24)	X (25)	---	X (26)	X (27)	X (28)	X (29)	X (30)
CRF	X (2)	X (68)	X (A)	X (17)	X (17)	X (17)	X (17)	X (17)	X (17)	X (17)	X (17)	X (17)	---	X (17)	X (17)	X (17)	X (17)	X (17)
ETA	X (3)	X	X (17)	X (A)	X (31)	X (31)	X (31)	X (31)	X (31)	X (31)	X (31)	X (31)	---	X (31)	X (31)	X (31)	X (31)	X (31)
SAF	X (4)	X (18)	X (17)	X (31)	X (A)	X (32)	X (32)	X (32)	X (32)	X (32)	X (32)	X (32)	---	X (32)	X (32)	X (32)	X (32)	X (32)
DM	X (5)	X (19)	X (17)	X (31)	X (32)	X (A)	X (33)	X (33)	X (33)	X (33)	X (33)	X (33)	---	X (33)	X (33)	X (33)	X (33)	X (33)
SAC	X (6)	X (20)	X (17)	X (31)	X (32)	X (33)	X (A)	X (34)	X (35)	X (36)	X (37)	X (38)	---	X (69)	--- (70)	--- (70)	--- (70)	--- (70)
SAJA	X (7)	X (21)	X (17)	X (31)	X (32)	X (33)	X (34)	X (A)	---	---	---	X (39)	---	X (40)	X	---	X	X (41)
SAJJ	X (8)	X (22)	X (17)	X (31)	X (32)	X (33)	X (35)	---	X (A)	X (42)	X (43)	X (44)	X (45)	X (46)	---	X	---	X (47)
SAJJNS	X (9)	X (23)	X (17)	X (31)	X (32)	X (33)	X (36)	---	X (42)	X (A)	---	X (48)	X (49)	X (50)	---	X (51)	---	X (52)
SAI	X (10)	X (24)	X (17)	X (31)	X (32)	X (33)	X (37)	---	X (43)	---	X (A)	X (53)	X (54)	X (55)	---	X (56)	---	X (57)
AVJ	X (11)	X (25)	X (17)	X (31)	X (32)	X (33)	X (38)	X (39)	X (44)	X (48)	X (53)	X (A)	---	X (72)	--- (71)	--- (71)	--- (71)	--- (71)
SAP	---	---	---	---	---	---	---	---	X (45)	X (49)	X (54)	---	X (A)	X (58)	---	X (59)	---	X (60)
SPF	X (12)	X (26)	X (17)	X (31)	X (32)	X (33)	X (69)	X (40)	X (46)	X (50)	X (55)	X (72)	X (58)	X (A)	X (61)	X (62)	X (63)	X (64)
SRA	X (13)	X (27)	X (17)	X (31)	X (32)	X (33)	--- (70)	X	---	---	---	--- (71)	---	X (61)	X (A)	---	X	X (65)
SRJ	X (14)	X (28)	X (17)	X (31)	X (32)	X (33)	--- (70)	---	X	X (51)	X (56)	--- (71)	X (59)	X (62)	---	X (A)	---	X (66)
SRNA	X (15)	X (29)	X (17)	X (31)	X (32)	X (33)	--- (70)	X	---	---	---	--- (71)	---	X (63)	X	---	X (A)	X (67)
SRT	X (16)	X (30)	X (17)	X (31)	X (32)	X (33)	--- (70)	X (41)	X (47)	X (52)	X (57)	--- (71)	X (60)	X (64)	X (65)	X (66)	X (67)	X (A)

Légende

X : les éléments sont parfaitement identiques.

X : des similitudes, des points communs, des liens fonctionnels existent.

--- : aucun lien n'a été trouvé.

Commentaires

Afin de pouvoir bénéficier des prestations de l'Agence Wallonne pour l'Intégration des Personnes Handicapées (ou AWIPH), les bénéficiaires doivent répondre aux conditions instaurées par l'article 16 du décret du 6 avril 1995 relatif à l'intégration des personnes handicapées (conditions de domicile, de nationalité). En outre, la plupart des structures s'adressent à des personnes handicapées telles que définies par l'article 2 du même décret. Il n'est donc pas aisé, à partir de ces conditions générales, d'observer les divergences entre les bénéficiaires. Cependant, des conditions spécifiques ont été instaurées pour certains services, notamment en ce qui concerne l'âge des bénéficiaires, le fait qu'ils fréquentent ou non un établissement scolaire ce qui permet d'effectuer des différenciations entre les bénéficiaires. Enfin, les altérations (mentales, physiques,...) considérées peuvent varier d'un service à l'autre (par exemple, les services d'aide aux activités de la vie journalière visent les personnes atteintes d'un handicap physique uniquement).

(A) La diagonale formée par les cases communes aux outils identiques est composée de croix grasses dans la mesure où ce sont les mêmes textes qui sont applicables.

(1) Le point commun entre les bénéficiaires des centres d'évaluation et d'orientation professionnelle (ou CEOP) et ceux des centres de formation professionnelle (ou CFP) vient du fait qu'ils sont affectés d'une altération de leurs capacités mentale ou physique. En ce qui concerne les centres d'évaluation et d'orientation professionnelle, un pourcentage minimum des altérations est mentionné, à la différence des centres de formation professionnelle. De plus, les personnes visées par les centres de formation professionnelle peuvent également être atteintes d'une altération sensorielle, ce qui n'est pas prévu dans le cadre des centres d'évaluation et d'orientation professionnelle. Enfin, une limite d'âge est instaurée en ce qui concerne les CFP, ce qui n'est pas le cas pour les CEOP.

(2) Le texte utilise exactement les mêmes termes pour désigner les bénéficiaires des centres d'évaluation et de formation professionnelle et ceux des centres de réadaptation fonctionnelle (le texte de base étant le même).

(3) Ces deux services sont destinés à des personnes affectées d'une altération de leurs capacités mentale ou physique. En ce qui concerne les centres d'évaluation et d'orientation professionnelles, un pourcentage minimum des altérations est mentionné, à la différence des entreprises de travail adapté. De plus, les personnes visées par les entreprises de travail adapté peuvent également être atteintes d'une altération sensorielle, ce qui n'est pas prévu dans le cadre des centres d'évaluation et d'orientation professionnelle.

(4) Les sections d'accueil et de formation en entreprise de travail adapté (ou SAF) sont situées au sein des entreprises de travail adapté (ou ETA). Par conséquent, leurs bénéficiaires doivent répondre aux conditions des bénéficiaires des ETA mais sont plus strictes dans le cadre des SAF. Il convient de se référer aux remarques formulées dans le cadre des ETA (voir point 3) pour obtenir le commentaire relatif au lien qui unit les sections d'accueil et de formation et les CEOP.

(5) Les dispositifs de maintien sont situés au sein des entreprises de travail adapté, leurs bénéficiaires doivent répondre aux conditions des bénéficiaires des ETA mais sont plus strictes dans le cadre des dispositifs de maintien. Il convient de se référer aux remarques formulées dans le cadre des ETA (voir point 3) pour obtenir le commentaire relatif au lien qui unit les dispositifs de maintien et les CEOP.

(6) La notion de bénéficiaire dans le cadre des services d'accompagnement des personnes handicapées adultes est plus précise que celle relative aux centres de formation et d'évaluation professionnelle. A la différence de ces derniers, les services d'accompagnement visent les personnes disposant d'une altération de leurs capacités sensorielles. De plus, une limite d'âge est imposée, ce qui n'est pas le cas pour les centres d'évaluation et d'orientation professionnelle.

(7) La définition des bénéficiaires dans le cadre des services d'accueil de jour pour adultes est plus précise que celle relative aux centres de formation et d'évaluation professionnelle. A la différence de ces derniers, les services d'accueil de jour pour adultes visent les personnes disposant d'une altération de leurs capacités sensorielles. De plus, une limite d'âge est imposée, ce qui n'est pas le cas pour les centres d'évaluation et d'orientation professionnelle.

(8) La définition des bénéficiaires des services d'accueil de jour pour jeunes est plus précise que celle relative aux centres de formation et d'évaluation professionnelle. A la différence de ces derniers, les services d'accueil de jour pour jeunes visent les personnes disposant d'une altération de leurs capacités sensorielles. De plus, une limite d'âge est imposée, ce qui n'est pas le cas pour les centres d'évaluation et d'orientation professionnelle. Ces derniers peuvent s'adresser à des personnes de moins de 18 ans puisqu'il s'agit de personnes dont les possibilités d'acquérir un emploi sont limitées en raison de leur handicap.

(9) La définition des bénéficiaires des services d'accueil de jour pour jeunes non scolarisés est plus précise que celle relative aux centres de formation et d'évaluation professionnelle. A la différence de ces derniers, les services d'accueil de jour pour jeunes non scolarisés visent les personnes disposant d'une altération de leurs capacités sensorielles. De plus, une limite d'âge est imposée, ce qui n'est pas le cas pour les centres d'évaluation et d'orientation professionnelle. Ces derniers peuvent s'adresser à des personnes de moins de 18 ans puisqu'il s'agit de personnes dont les possibilités d'acquérir un emploi sont limitées en raison de leur handicap.

(10) La définition des bénéficiaires des services d'aide à l'intégration est plus précise que celle relative aux centres de formation et d'évaluation professionnelle. A la différence de ces derniers, les services d'aide à l'intégration visent les personnes disposant d'une altération de leurs capacités sensorielles. De plus, une limite d'âge est imposée en ce qui concerne les services d'aide à l'intégration. Ces derniers peuvent s'adresser à des personnes dont l'âge est compris entre 6 et 20 ans ; aucune condition d'âge n'est imposée en ce qui concerne les centres d'évaluation et d'orientation professionnelle.

(11) Les services d'aide aux activités de la vie journalière sont exclusivement destinés aux personnes handicapées physiques alors que les centres d'évaluation et de formation professionnelle visent également les personnes handicapées mentales. En outre, les services d'aide aux activités de la vie journalière ne prennent en charge que les personnes adultes, aucune limite d'âge n'étant imposée en ce qui concerne les centres d'évaluation et d'orientation professionnelle.

(12) Ces deux services sont destinés à des personnes affectées d'une altération de leurs capacités mentale ou physique. En ce qui concerne les centres d'évaluation et d'orientation professionnelles, un pourcentage minimum des altérations est mentionné, à la différence des services de placement familial. De plus, les personnes visées par les services de placement familial peuvent également être atteintes d'une altération sensorielle, ce qui n'est pas prévu dans le cadre des centres d'évaluation et d'orientation professionnelle.

(13) Les remarques formulées vis-à-vis des services d'accueil de jour pour adultes sont applicables aux services résidentiels pour adultes (voir point 7).

(14) Les remarques formulées vis-à-vis des services d'accueil de jour pour jeunes sont applicables aux services résidentiels pour jeunes (voir point 8).

- (15) Les remarques formulées vis-à-vis des services d'accueil de jour pour adultes sont applicables aux services résidentiels de nuit pour adultes (voir point 7).
- (16) Les centres d'évaluation et d'orientation professionnelle et les services résidentiels de transition sont destinés à des personnes affectées d'une altération de leurs capacités mentale ou physique. En ce qui concerne les centres d'évaluation et d'orientation professionnelle, un pourcentage minimum des altérations est mentionné, à la différence des services résidentiels de transition. De plus, les personnes visées par les services résidentiels de transition peuvent également être atteintes d'une altération sensorielle, ce qui n'est pas prévu dans le cadre des centres d'évaluation et d'orientation professionnelle.
- (17) Les bénéficiaires des centres de réadaptation fonctionnelle sont les mêmes que ceux des centres d'évaluation et d'orientation professionnelle. Par conséquent, les remarques formulées dans le cadre des centres d'évaluation et d'orientation professionnelle sont applicables aux centres de réadaptation fonctionnelle. Pour un commentaire précis, il convient de se référer aux remarques formulées dans le cadre des centres d'évaluation et d'orientation professionnelle.
- (18) Les bénéficiaires des sections d'accueil et de formation en entreprise de travail adapté sont les mêmes que ceux des ETA (qui sont les mêmes que ceux des centres de formation professionnelle) si ce n'est qu'ils nécessitent un temps d'adaptation à l'emploi.
- (19) Les bénéficiaires des dispositifs de maintien sont les mêmes que ceux des ETA (qui sont les mêmes que ceux des centres de formation professionnelle) si ce n'est qu'ils ne correspondent plus aux exigences du poste de travail auquel ils sont occupés.
- (20) La définition des bénéficiaires de ces deux structures est la même si ce n'est que dans le cadre des services d'accompagnement des personnes handicapées adultes, les bénéficiaires doivent vivre hors d'une institution ou sont capables et souhaitent sortir d'une dépendance institutionnelle. Le public cible est donc plus restreint en ce qui concerne les services d'accompagnement.
- (21) Les bénéficiaires (c'est-à-dire les personnes handicapées adultes) sont les mêmes si ce n'est qu'en ce qui concerne les services d'accueil de jour pour adultes, il est précisé qu'ils ne doivent pas disposer d'une dérogation pour bénéficier des prestations de services de jeunes.
- (22) Les centres de formation professionnelle sont destinés aux personnes handicapées adultes (c'est-à-dire de plus de 18 ans) alors que les services d'accueil de jour pour jeunes visent les jeunes de moins de 18 ans ou de 18 à 21 ans dans certains cas. Une relation peut donc être effectuée, une tranche d'âge étant commune.
- (23) Les centres de formation professionnelle sont destinés aux personnes handicapées adultes (c'est-à-dire de plus de 18 ans) alors que les services d'accueil de jour pour jeunes non scolarisés visent les jeunes de moins de 18 ans ou de 18 à 21 ans dans certains cas. Une relation peut donc être effectuée, une tranche d'âge étant commune.
- (24) Les centres de formation professionnelle visent les personnes handicapées de plus de 18 ans et les services d'aide à l'intégration celles dont l'âge est compris entre 6 et 20 ans. Une tranche d'âge est donc commune.
- (25) Ces deux services visent des personnes handicapées adultes. Cependant, les services d'aide aux activités de la vie journalière ne visent que les personnes atteintes d'un handicap physique.
- (26) Les services de placement familial visent tant les personnes adultes que les jeunes alors que les centres de formation professionnelle ne sont destinés qu'aux adultes.

(27) Les bénéficiaires (à savoir les personnes handicapées adultes) sont les mêmes si ce n'est qu'en ce qui concerne les services résidentiels pour adultes, il est précisé qu'ils ne doivent pas disposer d'une dérogation pour bénéficier des prestations de services de jeunes, ce qui n'est pas le cas pour les centres de formation professionnelle.

(28) Les bénéficiaires des centres de formation professionnelle sont des personnes handicapées adultes (c'est-à-dire de plus de 18 ans) alors que les services résidentiels pour jeunes visent les jeunes handicapés de moins de 18 ans ou de 18 à 21 ans dans certains cas. Une relation peut donc être effectuée, une tranche d'âge pouvant être commune.

(29) Les bénéficiaires (c'est-à-dire les personnes handicapées adultes) sont les mêmes si ce n'est qu'en ce qui concerne les services résidentiels de nuit pour adultes, il est précisé qu'ils ne doivent pas avoir de dérogation pour bénéficier des prestations de services de jeunes, ce qui n'est pas le cas pour les centres de formation professionnelle.

(30) Les services résidentiels de transition sont destinés à toute personne handicapée (jeune ou adulte) alors que les centres de formation professionnelle ne visent que les personnes handicapées adultes.

(31) Les bénéficiaires des entreprises de travail adapté sont les mêmes que ceux des centres de formation professionnelle (personnes handicapées adultes, c'est-à-dire de plus de 18 ans). Par conséquent, les remarques formulées dans le cadre des centres de formation professionnelle sont applicables aux entreprises de travail adapté. Afin d'obtenir le commentaire adéquat, il convient de se référer à la case correspondante dans le cadre des centres de formation professionnelle.

(32) Les bénéficiaires des sections d'accueil et de formation en entreprise de travail adapté sont les mêmes que ceux des entreprises de travail adapté si ce n'est qu'une condition supplémentaire est envisagée. En effet, les bénéficiaires nécessitent une période d'adaptation à l'emploi en entreprise de travail adapté. Dans la mesure où les bénéficiaires des entreprises de travail adapté sont les mêmes que ceux des centres de formation professionnelle, il convient de se référer à la case analogue pour obtenir un commentaire relatif au lien qui unit les sections d'accueil et de formation à une autre structure.

(33) Les bénéficiaires des dispositifs de maintien sont les mêmes que ceux des entreprises de travail adapté si ce n'est qu'une condition supplémentaire est envisagée à savoir que le travailleur ne répond plus aux exigences de son poste de travail. Dans la mesure où les bénéficiaires des entreprises de travail adapté sont les mêmes que ceux des centres de formation professionnelle, il convient de se référer à la case analogue pour obtenir un commentaire relatif au lien qui unit les dispositifs de maintien à une autre structure.

(34) Les services d'accueil de jour pour adultes et les services d'accompagnement sont destinés aux personnes handicapées adultes (c'est-à-dire âgées de 18 ans au moins). Cependant, les bénéficiaires des services d'accompagnement doivent être capables de sortir d'une dépendance institutionnelle.

(35) Les services d'accueil de jour pour jeunes et les services d'accompagnement des personnes handicapées adultes sont destinés aux personnes handicapées. Les services d'accompagnement visent les personnes adultes (au moins 18 ans) et les services d'accueil de jour pour jeunes les jeunes de moins de 18 ans mais dont l'âge peut être compris entre 18 et 21 ans dans certains cas. Une tranche d'âge est donc commune.

(36) Les services d'accueil de jour pour jeunes non scolarisés et les services d'accompagnement des personnes handicapées adultes sont destinés aux personnes handicapées. Les services d'accompagnement visent les personnes adultes (au moins 18 ans) et les services d'accueil de jour pour jeunes non scolarisés concernent les jeunes d'au moins 18 ans mais dont l'âge peut être compris entre 18 et 21 ans dans certains cas. Une tranche d'âge est donc commune.

(37) Les services d'aide à l'intégration et les services d'accompagnement des personnes handicapées adultes sont destinés aux personnes handicapées. Les services d'accompagnement visent les personnes adultes (au moins 18 ans) et les services d'aide à l'intégration concernent les jeunes dont l'âge est compris entre 6 et 20 ans. Une tranche d'âge est donc commune.

(38) Les services d'accompagnement des personnes handicapées adultes ainsi que les services d'aide aux activités de la vie journalière sont destinés aux personnes handicapées adultes. Cependant, les services d'aide aux activités de la vie journalière visent plus particulièrement les personnes handicapées physiques habitant dans un logement adapté. Cette distinction n'est pas opérée en ce qui concerne les services d'accompagnement des personnes handicapées adultes.

(39) Les services d'accueil de jour pour adultes ainsi que les services d'aide aux activités de la vie journalière sont destinés aux personnes handicapées adultes. Cependant, les services d'aide aux activités de la vie journalière visent plus particulièrement les personnes handicapées physiques habitant dans un logement adapté. Cette distinction n'est pas opérée en ce qui concerne les services d'accueil de jour pour adultes.

(40) Les services d'accueil de jour pour adultes et les services de placement familial sont destinés aux personnes handicapées adultes. Cependant, les services de placement familial peuvent également avoir pour destinataires des jeunes.

(41) Les services d'accueil de jour pour adultes et les services résidentiels de transition sont destinés aux personnes handicapées. Cependant, les services d'accueil de jour pour adultes visent les adultes uniquement alors qu'en ce qui concerne les services résidentiels de transition, aucune différence n'est mentionnée (toutes les personnes handicapées sont visées).

(42) Ces deux services sont tout deux destinés à des personnes handicapées jeunes (c'est-à-dire de moins de 18 ans ou dont l'âge est compris entre 18 et 21 ans dans certains cas). Cependant, les services d'accueil de jour pour jeunes visent ceux qui fréquentent ou non un établissement scolaire en raison de leur handicap alors que les services d'accueil de jour pour jeunes non scolarisés sont destinés aux jeunes handicapés ne fréquentant pas un tel établissement.

(43) Ces deux services sont destinés à des jeunes handicapés. Cependant, les plafonds imposés par les textes en ce qui concerne les limites d'âge ne sont pas les mêmes. En effet, les services d'accueil de jour pour jeunes visent les personnes âgées de moins de 18 ans (ou de 18 à 21 ans dans certains cas) alors que les services d'aide à l'intégration concernent les jeunes âgés de 6 à 20 ans uniquement.

(44) A priori aucun lien ne devrait exister entre ces structures. Cependant, dans la mesure où les services d'accueil de jour pour jeunes peuvent, sous certaines conditions, viser des personnes âgées entre 18 et 21 ans et que les services d'aide aux activités de la vie journalière sont destinés à des personnes handicapées physiques adultes (c'est-à-dire de 18 ans au moins) un lien a été effectué. Une tranche d'âge est donc commune.

(45) Les services d'accueil de jour pour jeunes sont destinés aux jeunes de moins de 18 ans (et plus dans certains cas) et les services d'aide précoce aux enfants de moins de 7 ans. Aucun plafond vers le bas n'est indiqué dans les textes en ce qui concerne les services d'accueil de jour pour jeunes.

(46) Les services de placement familial sont destinés aux personnes handicapées jeunes ou adultes alors que les services d'accueil de jour pour jeunes prennent en compte les jeunes handicapés uniquement.

- (47) Les services d'accueil de jour pour jeunes sont destinés aux personnes handicapées jeunes alors que les services résidentiels de transition visent toute personne handicapée. Le champ d'application des services résidentiels de transition est donc beaucoup plus large.
- (48) Les services d'accueil de jour pour jeunes non scolarisés peuvent, sous certaines conditions, viser des personnes âgées entre 18 et 21 ans ; les services d'aide aux activités de la vie journalière étant destinés à des personnes handicapées physiques adultes âgées de 18 ans au moins. Une tranche d'âge étant commune, une convergence a été dégagée.
- (49) Les services d'accueil de jour pour jeunes non scolarisés sont destinés aux jeunes de moins de 18 ans (et de 18 à 21 ans dans certains cas) et les services d'aide précoce, aux enfants de moins de 7 ans. Aucun plafond vers le bas n'est indiqué dans les textes en ce qui concerne les services d'accueil de jour pour jeunes non scolarisés.
- (50) Les services de placement familial sont destinés aux personnes handicapées jeunes ou adultes alors que les services d'accueil de jour pour jeunes non scolarisés prennent en compte les jeunes handicapés uniquement.
- (51) Les bénéficiaires des services résidentiels pour jeunes tout comme ceux des services d'accueil de jour pour jeunes non scolarisés sont des personnes handicapées âgées de moins de 18 ans (ou de 18 à 21 ans dans certains cas). Cependant, les premiers accueillent aussi bien ceux qui fréquentent un établissement scolaire que ceux qui n'en fréquentent pas alors que les seconds visent uniquement les jeunes qui ne fréquentent pas un établissement scolaire.
- (52) Les services résidentiels de transition sont destinés à toute personne handicapée, ce qui inclut les bénéficiaires de services d'accueil de jour pour jeunes non scolarisés.
- (53) Les bénéficiaires des services d'aide à l'intégration sont les jeunes handicapés dont l'âge est compris entre 6 et 20 ans. Ceux des services d'aide aux activités de la vie journalière sont des personnes handicapées physiques adultes (c'est-à-dire de plus de 18 ans). Un lien a été effectué, une tranche d'âge étant commune.
- (54) Les services d'aide à l'intégration concernent les personnes handicapées dont l'âge est compris entre 6 et 20 ans. Les services d'aide précoce visent les enfants handicapés de moins de 7 ans. Par conséquent, un lien a été effectué puisqu'une tranche d'âge commune, bien que faible, existe.
- (55) Les services de placement familial sont destinés aux personnes handicapées jeunes ou adultes alors que les services d'aide à l'intégration prennent en compte les jeunes handicapés dont l'âge est compris entre 6 et 20 ans uniquement.
- (56) Une différence entre les bénéficiaires de ces services a été dégagée. En effet, ces structures sont destinées à des personnes handicapées jeunes. Cependant les plafonds instaurés par le texte sont quelque peu différents. Aucune limite d'âge vers le bas n'est imposée en ce qui concerne les services résidentiels pour jeunes alors que pour les services d'aide à l'intégration, le bénéficiaire doit être âgé de 6 ans au moins. Les plafonds instaurés vers le haut sont également différents. Les services résidentiels pour jeunes sont destinés à des jeunes de moins de 18 ans (ou âgés de 18 à 21 ans dans certains cas) alors que ceux des services d'aide à l'intégration peuvent avoir maximum 20 ans.
- (57) Les services résidentiels de transition sont destinés à toute personne handicapée ce qui inclut les bénéficiaires de services d'aide à l'intégration.
- (58) Les services de placement familial sont destinés aux personnes handicapées jeunes ou adultes, sans qu'aucune limite d'âge ne soit indiquée (que ce soit vers le bas ou vers le haut) alors que les services d'aide précoce concernent les enfants handicapés de moins de 7 ans uniquement.

(59) Ces services sont destinés à des personnes handicapées jeunes. Cependant les plafonds instaurés par le texte sont différents. Aucune limite d'âge vers le bas n'est imposée en ce qui concerne les services résidentiels pour jeunes alors que pour les services d'aide précoce, les bénéficiaires doivent avoir maximum 7 ans.

(60) Les services résidentiels de transition sont destinés à toute personne handicapée ce qui inclut les bénéficiaires des services d'aide précoce.

(61) Les services de placement familial sont destinés aux personnes handicapées jeunes ou adultes alors que les services résidentiels pour adultes concernent les personnes handicapées adultes uniquement.

(62) Les services de placement familial sont destinés aux personnes handicapées jeunes ou adultes alors que les services résidentiels pour jeunes concernent les personnes handicapées jeunes uniquement.

(63) Les services de placement familial sont destinés aux personnes handicapées jeunes ou adultes alors que les services résidentiels de nuit pour adultes concernent les personnes handicapées adultes uniquement.

(64) Ces services sont destinés à des personnes handicapées adultes ou jeunes.

(65) Les services résidentiels de transition sont destinés à toute personne handicapée ce qui inclut les bénéficiaires de services résidentiels pour adultes.

(66) Les services résidentiels de transition sont destinés à toute personne handicapée ce qui inclut les bénéficiaires de services résidentiels pour jeunes.

(67) Les services résidentiels de transition sont destinés à toute personne handicapée ce qui inclut les bénéficiaires de services résidentiels de nuit pour adultes.

(68) Les centres d'orientation et de formation professionnelle sont destinés aux personnes handicapées d'au moins 18 ans. Dans le cadre des centres de réadaptation fonctionnelle aucune limite d'âge n'est imposée ; seul un pourcentage des altérations est indiqué.

(69) Les services d'accompagnement des personnes handicapées adultes, ainsi que leur nom l'indique sont destinés aux personnes handicapées adultes alors que les services de placement familial visent les adultes mais également les jeunes.

(70) Les bénéficiaires des services d'accompagnement des personnes handicapées adultes vivent en dehors des services résidentiels.

(71) Les services d'aide aux activités de la vie journalière sont destinés aux personnes adultes atteintes d'un handicap physique et habitant dans un logement adapté, et par conséquent n'étant pas hébergée dans un service résidentiel.

(72) Les services d'accompagnement des personnes handicapées sont destinés aux personnes handicapées, jeunes et adultes. Les services d'aide aux activités de la vie journalière visent les personnes handicapées physiques adultes vivant dans un logement adapté. Le public cible des services d'aide aux activités de la vie journalière est plus précis.

4.4.2. Champ d'application territorial

	CEOP	CFP	CRF	ETA	SAF	DM	SAC	SAJA	SAJJ	SAJNS	SAI	AVJ	SAP	SPF	SRA	SRJ	SRNA	SRT
CEOP	/ (B)	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
CFP	/	/ (B)	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
CRF	/	/	/ (B)	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
ETA	/	/	/	/ (B)	X (1)	X (2)	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
SAF	/	/	/	X (1)	X (A)	X (3)	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
DM	/	/	/	X (2)	X (3)	X (A)	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
SAC	/	/	/	/	---	---	X (A)	><	><	><	><	X (4)	X (5)	><	><	><	><	><
SAJA	/	/	/	/	---	---	><	X (A)	X (8)	X (8)	X (7)	><	><	X (8)	X (8)	X (8)	X (8)	X (8)
SAJJ	/	/	/	/	---	---	><	X (8)	X (A)	X (8)	X (8)	><	><	X (8)	X (8)	X (8)	X (8)	X (8)
SAJNS	/	/	/	/	---	---	><	X (8)	X (8)	X (A)	X (7)	><	><	X (8)	X (8)	X (8)	X (8)	X (8)
SAI	/	/	/	/	---	---	><	X (8)	X (8)	X (7)	X (A)	><	><	X (7)	X (7)	X (7)	X (7)	X (7)
AVJ	/	/	/	/	---	---	X (4)	><	><	><	><	X (A)	X (6)	><	><	><	><	><
SAP	/	/	/	/	---	---	X (5)	><	><	><	><	X (6)	X (A)	><	><	><	><	><
SPF	/	/	/	/	---	---	><	X (8)	X (8)	X (8)	X (7)	><	><	X (A)	X (8)	X (8)	X (8)	X (8)
SRA	/	/	/	/	---	---	><	X (8)	X (8)	X (8)	X (7)	><	><	X (8)	X (A)	X (8)	X (8)	X (8)
SRJ	/	/	/	/	---	---	><	X (8)	X (8)	X (8)	X (7)	><	><	X (8)	X (8)	X (A)	X (8)	X (8)
SRNA	/	/	/	/	---	---	><	X (8)	X (8)	X (8)	X (7)	><	><	X (8)	X (8)	X (8)	X (A)	X (8)
SRT	/	/	/	/	---	---	><	X (8)	X (8)	X (8)	X (7)	><	><	X (8)	X (8)	X (8)	X (8)	X (A)

Légende

X : les éléments sont parfaitement identiques.

X : des similitudes, des points communs, des liens fonctionnels existent.

--- : aucun lien n'a été trouvé.

/ : rien n'est prévu dans les textes en ce qui concerne le champ d'application territorial.

>< : les critères de référence sont trop différents pour qu'un lien soit établi sur la seule base d'une interprétation des textes juridiques.

Commentaires

D'une manière générale, peu de recouvrements ont été réalisés dans ce cadre-ci.

En effet, d'une part, rien n'est prévu dans les textes en ce qui concerne le champ d'application territorial de certaines structures. Il s'agit :

- des centres d'évaluation et d'orientation professionnelle ;
- des centres de formation professionnelle ;
- des centres de réadaptation fonctionnelle ;
- des entreprises de travail adapté.

Par conséquent, le symbole adéquat (/) a été indiqué dans les cases communes de ces différents outils, aucun lien n'ayant pu être dégagé.

D'autre part, les critères de référence pris en considération afin de structurer l'offre des services étudiés dans le cadre de la politique des handicapés ne sont pas harmonisés. Par conséquent, il est difficile d'effectuer des liens sur la base de l'interprétation des textes juridiques.

En premier lieu, un seuil arbitraire est fixé pour les services d'accompagnement, les services d'aide précoce et les services d'aide aux activités de la vie journalière. Cependant, des différences peuvent subsister en ce qui concerne les unités considérées. En effet, les services d'aide précoce sont instaurés dans les zones où il y a au moins 8.000 enfants, mais d'autres services le sont par zones de 50.000 habitants (les services d'accompagnement pour personnes handicapées adultes).

Ensuite, le champ d'application territorial peut être déterminé en fonction d'autres structures. En effet, rien n'est indiqué en ce qui concerne le champ d'application territorial des entreprises de travail adapté. Cependant, les autres structures reprises sous cet intitulé (les sections d'accueil et de formation en entreprise de travail adapté et les dispositifs de maintien) sont limitées et nécessairement intégrées au sein des entreprises de travail adapté.

Enfin, pour les services d'accueil et résidentiels, un mécanisme de programmation par ressort subrégional avec les possibilités de transformation de prises en charge pour la création de certains nouveaux services est institué.

(A) La diagonale formée par les cases communes aux outils identiques est composée de croix grasses dans la mesure où ce sont les mêmes textes qui sont applicables sauf si rien n'est prévu par les textes (voir point B).

(B) Aucune indication relative au champ d'application territorial ne figure dans les textes. Par conséquent, les cases communes aux mêmes outils sont vides.

- (1) Une relation au niveau territorial existe entre les sections d'accueil et de formation en entreprise de travail adapté et les entreprises de travail adapté dans la mesure où les sections sont instaurées au sein des ETA. Le nombre de places de ces sections est limité à 100 pour l'ensemble des entreprises de travail adapté.
- (2) Une relation au niveau territorial existe entre les dispositifs de maintien et les entreprises de travail adapté puisque les dispositifs de maintien sont situés au sein des ETA. Le nombre de places de dispositifs de maintien est limité à 100 pour l'ensemble des entreprises de travail adapté.
- (3) Il peut y avoir au maximum 100 places de section d'accueil et de formation en entreprises de travail adapté pour l'ensemble des entreprises de travail adapté. Le même principe est établi pour les dispositifs de maintien. Il ne peut y avoir qu'un nombre minimum de ces structures au sein des entreprises de travail adapté. Un double plafond existe en ce qui concerne les dispositifs de maintien alors que les sections d'accueil et de formation en entreprise de travail adapté ne font l'objet que d'un plafond.
- (4) La zone desservie par un service d'accompagnement des personnes handicapées adultes peut englober celle des services d'aide aux activités de la vie journalière puisque, dans le premier cas, il y a un service couvrant au moins 50.000 habitants alors que, dans le second cas il y a une place de logement par tranche de 15.000 habitants.
- (5) Un service d'accompagnement des personnes handicapées adultes couvre une zone comprenant au moins 50.000 habitants. Le texte offre la possibilité d'effectuer des dérogations en cas de nécessité. Ce ressort territorial peut englober celui prévu pour les services d'aide précoce (un service couvre une zone d'au moins 8.000 enfants). Cependant, il convient de faire remarquer que le critère de référence n'est pas identique puisque, dans le premier cas, les habitants en général sont considérés alors que, dans le second cas, ce sont uniquement les enfants qui sont pris comme unité.
- (6) Des recoupements existent entre les services d'aide aux activités de la vie journalière et les services d'aide précoce dans la mesure où un plancher pour la création de ces services est instauré. Ils peuvent donc s'englober l'un l'autre. Plus précisément, un logement AVJ est créé par tranche de 15.000 habitants et un service d'aide précoce couvre une zone d'au moins 8.000 enfants. Cependant, le critère de référence n'est pas non plus identique puisque, dans le premier cas, il s'agit des habitants en général alors que, dans le second cas, ce sont uniquement les enfants qui sont pris en considération.

(7) En ce qui concerne le champ d'application territorial des services d'aide à l'intégration, l'article 98 de l'arrêté du Gouvernement wallon du 19 septembre 2002²⁵⁵ stipule que « les commissions subrégionales de coordination procèdent, au niveau de leur ressort, à l'étude approfondie des besoins des personnes handicapées en terme de services et rendent semestriellement leur proposition de programmation subrégionale au Gouvernement wallon qui fixe la programmation en ce qui concerne la création ou la transformation de services ». Une disposition analogue est inscrite dans l'arrêté du Gouvernement wallon du 9 octobre 1997²⁵⁶ en ce qui concerne les services d'accueil (les services d'accueil de jour pour jeunes ou pour adultes ainsi que les services d'accueil de jour pour jeunes non scolarisés), des services résidentiels (les services résidentiels pour jeunes et pour adultes ainsi que les services résidentiels de nuit pour adultes) ou des services de placement familial, si ce n'est que les propositions de programmation se font annuellement dans ce cadre. Pour l'ensemble de ces services, la programmation se fait au niveau subrégional, un lien a donc été effectué. Comme mentionné dans l'inventaire, ces commissions subrégionales de coordination sont au nombre de 13.

(8) Les services d'accueil de jour, les services résidentiels et les services de placement familial sont concernés par les mêmes dispositions légales relative à la programmation. En effet, selon l'article 81 de l'arrêté du Gouvernement wallon du 9 octobre 1997, le nombre de services d'accueil de jour (c'est-à-dire les services d'accueil de jour pour jeunes ou pour adultes ainsi que les services d'accueil de jour pour jeunes non scolarisés), de services résidentiels (à savoir les services résidentiels pour jeunes ou pour adultes, les services résidentiels de nuit pour adultes et les services résidentiels de transition) et de services de placement familial, ne peut dépasser le nombre agréé au 31 décembre 2001. Ce nombre peut cependant être augmenté dans trois cas :

- lorsque la création d'un nouveau service fait suite à des transformations de services (voir section 2, Titre VIII, de l'arrêté (transformation des services, voir infra) ;
- lorsque la création d'un nouveau service fait l'objet d'une promesse ferme et définitive de subvention à l'achat, la construction ou l'aménagement et dont l'infrastructure satisfait aux normes d'agrément, pour autant que ce service réponde aux besoins subrégionaux ;
- lorsque la création d'un nouveau service prend en charge des personnes polyhandicapées.

Les projets de transformation de services doivent assurer le transfert :

- de prise en charge pour jeunes en prise en charge pour adultes ;
- de prise en charge pour jeunes et adultes vers des prises en charges de services résidentiels de transition ;
- de prise en charge pour jeunes en service d'accueil de jour pour jeunes vers des prises en charge en services d'aide à l'intégration.

²⁵⁵ Arrêté du Gouvernement wallon du 19 septembre 2002 relatif à l'aide à l'intégration des jeunes handicapés, M. B. du 22 novembre 2002.

²⁵⁶ Arrêté du Gouvernement wallon du 9 octobre 1997 relatif aux conditions d'agrément et de subventionnement des services résidentiels, d'accueil de jour et de placement familial pour personnes handicapées, M. B. du 25 décembre 1997.

En outre, selon l'article 81 bis de l'arrêté du Gouvernement wallon, « *les commissions subrégionales de coordination procèdent au niveau de leur ressort à l'étude approfondie des besoins des personnes handicapées en terme de services et rendent à la fin du premier semestre de chaque année leur proposition de programmation subrégionale au Gouvernement wallon. Le gouvernement fixe annuellement la programmation subrégionale pour la création ou la transformation de services (...)* ». Pour l'ensemble de ces services, la programmation se fait au niveau subrégional, un lien a donc été effectué. Comme spécifié dans l'inventaire, ces commissions subrégionales de coordination sont au nombre de 13.

4.4.3. Objet et missions

	CEOP	CFP	CRF	ETA	SAF	DM	SAC	SAJA	SAJJ	SAJJNS	SAI	AVJ	SAP	SPF	SRA	SRJ	SRNA	SRT
CEOP	X (A)	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
CFP	---	X (A)	---	X (1)	X (2)	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
CRF	---	---	X (A)	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
ETA	---	X (1)	---	X (A)	X (3)	X (4)	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
SAF	---	X (2)	---	X (3)	X (A)	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
DM	---	---	---	X (4)	---	X (A)	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
SAC	---	---	---	---	---	---	X (A)	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
SAJA	---	---	---	---	---	---	---	X (A)	X (5)	X (6)	---	---	X (7)	---	X (8)	X (9)	X (10)	---
SAJJ	---	---	---	---	---	---	---	X (5)	X (A)	X (11)	---	---	X (12)	---	X (13)	X (14)	X (15)	---
SAJJNS	---	---	---	---	---	---	---	X (6)	X (11)	X (A)	---	---	X (16)	---	X (17)	X (18)	X (19)	---
SAI	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	X (A)	---	---	---	---	---	---	---
AVJ	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	X (A)	---	---	---	---	---	---
SAP	---	---	---	---	---	---	---	X (7)	X (12)	X (16)	---	---	X (A)	---	X (20)	X (21)	---	---
SPF	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	X (A)	---	---	---	---
SRA	---	---	---	---	---	---	---	X (8)	X (13)	X (17)	---	---	X (20)	---	X (A)	X (22)	X (23)	---
SRJ	---	---	---	---	---	---	---	X (9)	X (14)	X (18)	---	---	X (21)	---	X (22)	X (A)	X (24)	---
SRNA	---	---	---	---	---	---	---	X (10)	X (15)	X (19)	---	---	---	---	X (23)	X (24)	X (A)	---
SRT	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	X (A)

Légende

X : les éléments sont parfaitement identiques.

X : des similitudes, des points communs, des liens fonctionnels existent.

--- : aucun lien n'a été trouvé.

Commentaires

Les missions des structures offrant des services aux personnes handicapées sont relativement bien compartimentées. Il y a celles destinées à l'emploi et la formation, celles visant à la réinsertion et celles destinées à l'accueil et/ou l'hébergement. Certains autres services ont des missions très spécifiques qui ne sont pas rencontrées par les autres structures étudiées dans le cadre la politique des personnes handicapées. Il s'agit des services d'aide précoce, des services d'aide aux activités de la vie journalière, des services résidentiels de transition, des services de placement familial et des centres de réadaptation fonctionnelle.

(A) La diagonale formée par les cases communes aux outils identiques est composée de croix grasses dans la mesure où ce sont les mêmes textes qui sont applicables.

(1) Le lien dégagé entre les centres de formation professionnelle et les entreprises de travail adapté concerne la formation professionnelle que le bénéficiaire peut acquérir par ces institutions.

(2) Tout comme les centres d'orientation professionnelle, les sections d'accueil et de formation en entreprises d travail adapté permettent d'améliorer les possibilités professionnelles de leurs bénéficiaires. Les centres de formation professionnelle ont une mission plus large.

(3) Ces deux structures visent à une insertion professionnelle de leurs bénéficiaires. Le rôle des sections d'accueil et de formation en entreprise de travail adapté est cependant beaucoup plus circonscrit que celui des entreprises de travail adapté.

(4) Ces deux structures visent à une insertion professionnelle de leurs bénéficiaires. Le rôle des dispositifs de maintien est cependant beaucoup plus circonscrit que celui des entreprises de travail adapté.

(5) Les services d'accueil de jour pour adultes, à l'instar des services d'accueil pour jeunes, ont pour mission d'accueillir leurs bénéficiaires en journée. Ils assurent également une prise en charge éducative, psychologique et sociale. Cependant, en ce qui concerne les services d'accueil de jour pour jeunes, les textes spécifient que l'aide peut également être médicale ou thérapeutique.

(6) Les services d'accueil de jour pour adultes, à l'instar des services d'accueil de jour pour jeunes non scolarisés, ont pour mission d'accueillir leurs bénéficiaires en journée. Ils assurent également une prise en charge éducative, psychologique et sociale. Cependant, en ce qui concerne les services d'accueil de jour pour jeunes non scolarisés, les textes spécifient que l'aide peut également être médicale ou thérapeutique.

(7) Ces services, outre leur mission spécifique, apportent une aide sociale, éducative et psychologique à leurs bénéficiaires.

(8) Les services d'accueil de jour pour adultes ainsi que les services résidentiels pour adultes assurent tous les deux un accompagnement éducatif, psychologique et social adapté aux besoins des bénéficiaires. Il offrent tous les deux un accueil, cependant, seuls les services résidentiels pour adultes ont un rôle d'hébergement.

(9) Les services d'accueil de jour pour adultes ainsi que les services résidentiels pour jeunes assurent tous deux un accompagnement éducatif, psychologique et social adapté aux besoins des bénéficiaires. Ils offrent tous les deux un accueil, cependant, seuls les services résidentiels pour jeunes ont un rôle d'hébergement. De plus, en ce qui concerne les services résidentiels pour jeunes, le texte précise que l'aide apportée peut être médicale ou thérapeutique.

(10) Les services d'accueil de jour pour adultes ainsi que les services résidentiels de nuit pour adultes assurent tous les deux un accompagnement éducatif, psychologique et social adapté aux besoins des bénéficiaires. Cependant, seuls les services résidentiels de nuit pour adultes ont un rôle d'hébergement.

(11) Les services d'accueil de jour pour jeunes et les services d'accueil de jour pour jeunes non scolarisés ont des missions identiques si ce n'est que l'aide accordée par les services d'accueil de jour pour jeunes non scolarisés n'est pas complémentaire à la scolarité puisque les bénéficiaires sont incapables de fréquenter un établissement scolaire.

(12) Les services d'accueil de jour pour jeunes ont en commun avec les services d'aide précoce qu'ils apportent une aide éducative, sociale et psychologique.

(13) Les services d'accueil de jour pour jeunes et les services résidentiels pour adultes ont en commun qu'ils accueillent les bénéficiaires et fournissent une aide éducative, psychologique et sociale. Les services résidentiels pour adultes offrent en plus un hébergement.

(14) Les services d'accueil de jour pour jeunes et les services résidentiels pour jeunes ont les mêmes missions si ce n'est que, outre l'accueil, les services résidentiels pour jeunes offrent un hébergement.

(15) Le seul point commun entre ces structures est qu'elles fournissent une aide adaptée à leurs bénéficiaires.

(16) Outre leur mission spécifique, les services d'accueil de jour pour jeunes non scolarisés et les services d'aide précoce apportent une aide sociale, psychologique et éducative à leurs bénéficiaires.

(17) Ces deux services ont en commun qu'ils accueillent leurs bénéficiaires. Cependant, les services résidentiels pour adultes hébergent également leurs bénéficiaires. De plus, tant les services d'accueil de jour pour jeunes non scolarisés que les services résidentiels pour adultes apportent une aide éducative, sociale et psychologique. En ce qui concerne les services d'accueil de jour pour jeunes non scolarisés, le texte précise que l'aide peut également être médicale ou thérapeutique.

(18) Les services d'accueil de jour pour jeunes non scolarisés et les services résidentiels pour jeunes ont les mêmes missions si ce n'est que, outre l'accueil, les services résidentiels pour jeunes offrent un hébergement.

(19) Le point commun entre les missions de ces services est qu'ils fournissent une aide adaptée à leurs bénéficiaires.

(20) Les services d'aide précoce et les services résidentiels pour adultes ont en commun qu'ils apportent une aide sociale, éducative et psychologique à leurs bénéficiaires.

(21) Les services d'aide précoce et les services résidentiels pour jeunes ont en commun qu'ils apportent une aide sociale, éducative et psychologique à leurs bénéficiaires.

(22) Les services résidentiels pour jeunes ainsi que les services résidentiels pour adultes accueillent et hébergent leurs bénéficiaires. En outre, ils apportent tous deux une aide psychologique, sociale et éducative. En ce qui concerne les services résidentiels pour jeunes, le texte précise que l'aide peut également être médicale ou thérapeutique.

(23) Les services résidentiels pour adultes ainsi que les services résidentiels de nuit pour adultes hébergent tous deux leurs bénéficiaires. Cependant, seuls, les services résidentiels pour adultes peuvent les accueillir en journée. Ces deux services apportent une aide adaptée aux besoins de leurs bénéficiaires.

(24) Ces deux structures consistent en des structures d'hébergement. Les services résidentiels pour jeunes peuvent également accueillir leurs bénéficiaires en journée. Tous deux leur apportent une aide. Le texte précise, en ce qui concerne les services résidentiels pour jeunes, que l'aide apportée peut être médicale ou thérapeutique.

4.5. POLITIQUE D'ACCUEIL ET D'INTEGRATION DES ETRANGERS

En ce qui concerne la politique d'accueil et d'intégration des étrangers, seuls les centres régionaux d'intégration des personnes étrangères ou d'origine étrangère ont été retenus dans l'inventaire. Il convient donc d'effectuer des recoupements qui pourraient exister avec des structures relevant d'autres thématiques. Tel est le cas avec la thématique de l'action sociale. Cette problématique sera abordée dans une autre partie qui est en cours d'élaboration, relative aux relations pouvant exister entre structures de thématiques différentes.

4.6. POLITIQUE D'ACTION SOCIALE

4.6.1. Bénéficiaires

	Centres de service social	CPAS	SAD ²⁵⁷	Services d'aide aux victimes	Services d'aide sociale aux justiciables	Services de médiation de dettes	CRSMD ²⁵⁸	Services d'insertion sociale	Relais sociaux urbains	Relais sociaux intercommunaux
Centres de service social	X (A)	X (2)	X (2 a)	X (2 b)	X (2 c)	X (2 d)	--- (3)	X (2 e)	X (2 e)	X (2 e)
CPAS	X (2)	X (A)	X (1 a)	X (1 b)	X (1 c)	X (1 d)	--- (3)	X (1 e)	X (1 e)	X (1 e)
SAD ³²	X (2 a)	X (1 a)	X (A)	--- (4)	--- (5)	X (6)	--- (3)	X (7)	X (7)	X (7)
Services d'aide aux victimes	X (2 b)	X (1 b)	--- (4)	X (A)	X (8)	X (6)	--- (3)	X (7)	X (7)	X (7)
Services d'aide sociale aux justiciables	X (2 c)	X (1 c)	--- (5)	X (8)	X (A)	X (6)	--- (3)	X (7)	X (7)	X (7)
Services de médiation de dettes	X (2 d)	X (1 d)	X (6)	X (6)	X (6)	X (A)	--- (3)	X (6)	X (6)	X (6)
CRSMD ³³	--- (3)	--- (3)	--- (3)	--- (3)	--- (3)	--- (3)	X (A)	--- (3)	--- (3)	--- (3)
Services d'insertion sociale	X (2 e)	X (1 e)	X (7)	X (7)	X (7)	X (6)	--- (3)	X (A)	X (9)	X (9)
Relais sociaux urbains	X (2 e)	X (1 e)	X (7)	X (7)	X (7)	X (6)	--- (3)	X (9)	X (A)	X (10)

²⁵⁷ Services d'aide sociale aux détenus en vue de leur réinsertion sociale.

²⁵⁸ Centres de référence pour services de médiation de dettes.

Relais sociaux intercommunaux	X (2 e)	X (1 e)	X (7)	X (7)	X (7)	X (6)	--- (3)	X (9)	X (10)	X (A)
----------------------------------	---------	---------	-------	-------	-------	-------	---------	-------	---------------	--------------

Légende

X : les éléments sont parfaitement identiques.

X : des similitudes, des points communs, des liens fonctionnels existent.

--- : aucun lien n'a été trouvé.

Commentaires

Beaucoup de recoupements ont pu être effectués entre les bénéficiaires des structures étudiées dans le cadre de la politique d'action sociale. En effet, les termes employés afin de désigner les bénéficiaires des structures étudiées dans la thématique « action sociale » sont très larges et peuvent s'englober l'un l'autre. Des différences ont été trouvées en fonction des trajectoires de vie des bénéficiaires.

- Les CPAS concernent toutes les personnes qui ne mènent pas une vie conforme à la dignité humaine. Cette définition très large englobe les bénéficiaires des autres structures étudiées dans le cadre de la politique d'action sociale. D'autres structures visent également un public large comme c'est le cas des centres de service social ;
- Les structures instaurées par le décret insertion sociale²⁵⁹ concernent les personnes majeures en proie à des difficultés pour mener une vie conforme à la dignité humaine et/ou exercer leurs droits reconnus par l'article 23 de la Constitution ;
- Les services d'aide aux victimes, les services d'aide sociale aux détenus en vue de leur réinsertion sociale et les services d'aide sociale aux justiciables sont destinés aux justiciables (victimes, détenus, condamnés, inculpés, ex-détenus) ;
- Les services de médiation de dettes concernent les personnes surendettées. Il s'agit d'une particularité complémentaire que les bénéficiaires doivent revêtir mais qui n'a pas pour conséquence de les exclure du champ d'application des autres structures ;
- Les centres de référence pour services de médiation de dettes sont destinés à des institutions de médiation de dettes et non à des personnes physiques comme c'est le cas des autres structures étudiées dans le cadre de la politique d'action sociale.

(A) La diagonale formée par les cases communes aux outils identiques est composée de croix grasses dans la mesure où ce sont les mêmes textes qui sont applicables.

(1) Les CPAS s'adressent à toute personne ne menant pas une vie conforme à la dignité humaine. Les autres structures visent un public plus ciblé. Une croix grise peut donc être indiquée dans toutes les cases communes des CPAS avec les autres structures, sauf en ce qui concerne les centres de référence pour services de médiation de dettes (voir point 3).

(a) Aucune incompatibilité entre les détenus et les bénéficiaires de CPAS n'est instaurée.

(b) Rien n'empêche les victimes de s'adresser à un CPAS.

(c) Les services d'aide sociale aux justiciables s'adressent aux victimes, ex-détenus, inculpés et aux condamnés pouvant le cas échéant s'adresser à un CPAS.

(d) Les personnes endettées peuvent s'adresser à un CPAS en cas de nécessité.

(e) Les bénéficiaires des CPAS et ceux des structures instaurées par le décret insertion sociale (les services d'insertion sociale ainsi que les relais sociaux urbains et intercommunaux) peuvent être distingués en ce que les premiers s'adressent à toutes personnes, les seconds à des personnes majeures uniquement, ce qui implique une croix grise dans leurs cases communes.

²⁵⁹ Décret relatif à l'insertion sociale, M. B. du 28 juillet 2003 (ce décret n'est pas encore entré en vigueur).

(2) Les termes employés en vue de désigner les bénéficiaires des centres de service social, à l'instar des CPAS, sont extrêmement larges. Ceux-ci peuvent être toute personne qui en fait la demande, certaines personnes ont cependant la priorité. Une croix grise a donc été insérée dans toutes les cases communes des centres de service social avec les autres structures, si ce n'est celle relative aux centres de référence pour services de médiation de dettes (voir point 3).

(a) Aucune incompatibilité entre les détenus et les bénéficiaires de centre de service social n'est instaurée.

(b) Rien n'empêche les victimes de s'adresser à un centre de service social.

(c) Les services d'aide sociale aux justiciables s'adressent aux victimes, ex-détenus, inculpés et aux condamnés, pouvant le cas échéant s'adresser à un centre de service social.

(d) Les personnes endettées peuvent s'adresser à un centre de service social en cas de nécessité.

(e) Les bénéficiaires des centres de service social et ceux des structures instaurées par le projet de décret insertion sociale (les services d'insertion sociale ainsi que les relais sociaux urbains et intercommunaux) peuvent être distingués en ce que les premiers s'adressent à toute personne, les seconds à des personnes majeures uniquement, ce qui implique une croix grise dans leurs cases communes. Il n'y a aucune mention relative à l'âge dans le cadre des centres de services sociaux.

(3) Aucun recoupement n'a pu être effectué avec les centres de référence pour services de médiation de dettes puisque leurs bénéficiaires sont les services de médiation de dettes et ne concernent par conséquent les personnes endettées que de manière indirecte. Les autres services étudiés visent des personnes physiques.

(4) Les services d'aide sociale aux détenus, ainsi que leur nom l'indique, sont destinés aux détenus. Ces derniers ne sont pas visés par les services d'aide aux victimes dont les bénéficiaires sont les victimes ; l'incompatibilité est évidente.

(5) Les bénéficiaires de ces deux services sont différents. Il y a d'une part les détenus (services d'aide sociale aux détenus) et d'autre part les victimes, les ex-détenus, les inculpés et les condamnés (services d'aide sociale aux justiciables).

(6) Les services de médiation de dettes s'adressent aux personnes surendettées, aucune incompatibilité avec les bénéficiaires des autres services n'est instaurée, ainsi des relations communes ont été effectuées avec tous les outils étudiés si ce n'est avec les centres de référence de services de médiation de dettes (voir point 3).

(7) Le décret relatif à l'insertion sociale vise à agréer les structures s'adressant aux personnes en situation d'exclusion (services d'insertion sociale) et à reconnaître les structures assurant la coordination entre les acteurs impliqués dans l'aide aux personnes en situation d'exclusion (relais sociaux). Ce texte définit la notion de personne en situation d'exclusion. Les termes employés sont très larges et peuvent englober, à l'instar des CPAS, des centres de service social ou des services de médiation de dettes, les bénéficiaires des autres instruments étudiés. Cependant, le lien n'a pas été effectué avec les centres de référence pour médiation de dettes (voir point 3).

(8) Ces instruments peuvent chacun prendre en charge des victimes. Cependant, le champ d'application des services d'aide sociale aux justiciables en plus large en ce qui concerne les bénéficiaires puisque, à la différence des services d'aide aux victimes, ils s'adressent également aux inculpés, ex-détenus et aux condamnés.

(9) Les services visés par le décret relatif à l'insertion sociale (les services d'insertion sociale ainsi que les relais sociaux urbains et intercommunaux) sont destinés à des personnes en situation d'exclusion. Une nuance est apportée à la notion de personne en situation d'exclusion en ce qui concerne les services d'insertion sociale (elles ne sont pas capables de s'inscrire dans une filière d'insertion sociale).

(10) Les bénéficiaires sont identiques en ce qui concerne les relais sociaux urbains et les relais sociaux intercommunaux (les personnes en situation d'exclusion sociale).

4.6.2. Champ d'application territorial

	Centres de service social	CPAS	SAD ²⁶⁰	Services d'aide aux victimes	Services d'aide sociale aux justiciables	Services de médiation de dettes	CRSMD ²⁶¹	Services d'insertion sociale	Relais sociaux urbains	Relais sociaux intercommunaux
Centres de service social	/ (B)	/ (1)	/ (1)	/ (1)	/ (1)	/ (1)	/ (1)	/ (1)	/ (1)	/ (1)
CPAS	/ (1)	X (A)	X (4)	X (4)	X (4)	/ (4)	X (4)	/ (3)	X (4)	X (4)
SAD ³⁵	/ (1)	X (4)	X (A)	X (5)	X (6)	/ (2)	X (8)	/ (3)	X (9)	X (10)
Services d'aide aux victimes	/ (1)	X (4)	X (5)	X (A)	X (7)	/ (2)	X (8)	/ (3)	X (9)	X (10)
Services d'aide sociale aux justiciables	/ (1)	X (4)	X (6)	X (7)	X (A)	/ (2)	X (8)	/ (3)	X (9)	X (10)
Services de médiation de dettes	/ (1)	/ (2)	/ (2)	/ (2)	/ (2)	/ (B)	/ (2)	/ (2)	/ (2)	/ (2)
CRSMD ³⁶	/ (1)	X (4)	X (8)	X (8)	X (8)	/ (2)	X (A)	/ (3)	X (8)	X (8)
Services d'insertion sociale	/ (1)	/ (3)	/ (3)	/ (3)	/ (3)	/ (2)	/ (3)	/ (B)	/ (3)	/ (3)
Relais sociaux urbains	/ (1)	X (4)	X (9)	X (9)	X (9)	/ (2)	X (8)	/ (3)	X (A)	--- (11)

²⁶⁰ Services d'aide sociale aux détenus en vue de leur réinsertion sociale.

²⁶¹ Centres de référence pour services de médiation de dettes.

Relais sociaux intercommunaux	/ (1)	X (4)	X (10)	X (10)	X (10)	/ (2)	X (8)	/ (3)	--- (11)	X (A)
-------------------------------	-------	-------	--------	--------	--------	-------	-------	-------	----------	--------------

Légende

X : les éléments sont parfaitement identiques.

X : des similitudes, des points communs, des liens fonctionnels existent.

--- : aucun lien n'a été trouvé.

/ : rien n'est prévu dans les textes en ce qui concerne le champ d'application territorial.

Commentaires

Pour la plupart des instruments étudiés, il existe une indication relative à l'offre. Le territoire pris comme référence varie cependant d'un outil à l'autre. Il peut s'agir :

- de la commune (CPAS) ;
- d'associations de communes (centres de référence pour services de médiation de dettes) ;
- des arrondissements ;
- d'associations de communes devant comporter un certain nombre d'habitants.

Il est toutefois possible d'effectuer des recoupements sur la base d'une logique interprétative qu'il conviendra de confronter à la réalité.

(A) La diagonale formée par les cases communes aux outils identiques est composée de croix grasses dans la mesure où ce sont les mêmes textes qui sont applicables sauf si rien n'est prévu par les textes (voir point B).

(B) Aucune indication relative au champ d'application territorial ne figure dans les textes. Par conséquent, les cases communes aux mêmes outils sont vides.

(1) Les normes instaurant les centres de service social n'imposent aucune restriction en ce qui concerne le champ d'application territorial. Aucune croix dans les cases communes aux autres outils n'est donc indiquée.

(2) Les textes ne mentionnent aucun champ d'application territorial en ce qui concerne les services de médiation de dettes. Aucune croix dans les cases communes aux autres outils n'est donc indiquée.

(3) Le décret relatif à l'insertion sociale ne fait aucune allusion au champ d'application territorial des services d'insertion sociale. Aucune croix n'est donc indiquée dans les cases communes des services d'insertion sociale avec les autres outils.

(4) En ce qui concerne les CPAS, la commune est prise en considération puisqu'il y a un CPAS par commune. Cette échelle étant la plus petite, le territoire est englobé dans ceux formés par des ressorts territoriaux plus grands (arrondissements, association de communes).

(5) Il existe un service d'aide aux victimes par arrondissement. Il peut y avoir des exceptions à ce principe et exister plusieurs de ces structures au sein des arrondissements. Par ailleurs, plusieurs services d'aide sociale aux détenus peuvent être agréés dans un même arrondissement judiciaire (au-delà de certains seuils de détenus). Le champ d'application territorial n'est donc pas exactement identique.

(6) Il existe un service d'aide sociale aux justiciables dans chaque arrondissement judiciaire. Cependant, plusieurs services d'aide sociale aux détenus peuvent être agréés dans un même arrondissement judiciaire. Le champ d'application territorial n'est donc pas exactement identique.

(7) Il y a un service d'aide aux victimes par arrondissement judiciaire. Il en va de même en ce qui concerne les services d'aide sociale aux justiciables. Cependant, les textes offrent la possibilité d'établir plus d'un service d'aide sociale aux justiciables par arrondissement.

(8) Le ressort territorial des centres de référence de services de médiation de dettes doit couvrir au moins 8 communes représentant au total 200.000 habitants. Une relation avec les services pour lesquels une indication du champ d'application territorial figure dans les textes peut donc être effectuée, ce qui implique l'indication de croix grises. Cette zone étendue englobe les limites plus petites.

(9) Les relais sociaux urbains sont instaurés dans les arrondissements administratifs comprenant des villes ou communes de plus de 50.000 habitants. Un lien est à faire quand le territoire de référence est l'arrondissement judiciaire, c'est-à-dire les services d'aide aux victimes, les services d'aide sociale aux justiciables et les services d'aide sociale aux détenus. Les arrondissements administratifs et judiciaires n'ont pas les mêmes limites mais ils peuvent se recouvrir partiellement. En outre, la référence à une population minimum peut entraîner l'établissement de recoupements.

(10) Les relais sociaux intercommunaux sont instaurés dans les arrondissements administratifs comprenant des villes ou communes de moins de 50.000 habitants. Le territoire de référence des services d'aide sociale aux justiciables, des services d'aide aux victimes et des services d'aide sociale aux détenus est l'arrondissement judiciaire. Les arrondissements administratifs et judiciaires n'ont pas les mêmes limites mais ils peuvent se recouvrir partiellement. En outre, la référence à une population minimum peut entraîner l'établissement de recoupements.

(11) Les relais sociaux urbains et les relais sociaux intercommunaux s'excluent l'un l'autre au niveau territorial puisque les relais sociaux urbains sont créés dans les arrondissements administratifs comprenant des villes ou communes de plus de 50.000 habitants alors que les relais sociaux intercommunaux sont créés dans les arrondissements administratifs comprenant des villes ou communes de moins de 50.000 habitants.

4.6.3. Objet et missions

	Centres de service social	CPAS	SAD ²⁶²	Services d'aide aux victimes	Services d'aide sociale aux justiciables	Services de médiation de dettes	CRSMD ²⁶³	Services d'insertion sociale	Relais sociaux urbains	Relais sociaux intercommunaux
Centres de service social	X (A)	X (1)	X ₍₁₎	--- (6)	X ₍₁₎	--- (2)	--- (5)	X (1)	--- (7)	--- (7)
CPAS	X (1)	X (A)	X (1)	--- (6)	X (1)	X (3)	X (5)	X ₍₁₎	--- (7)	--- (7)
SAD ³⁷	X (1)	X (1)	X (A)	--- (6)	X (1)	--- (2)	--- (5)	X (1)	--- (7)	--- (7)
Services d'aide aux victimes	--- (6)	--- (6)	--- (6)	X (A)	--- (6)	--- (6)	--- (5)	--- (6)	--- (6)	--- (6)
Services d'aide sociale aux justiciables	X (1)	X ₍₁₎	X (1)	--- (6)	X (A)	--- (2)	--- (3)	X (1)	--- (7)	--- (7)
Services de médiation de dettes	--- (2)	X (3)	--- (2)	--- (6)	--- (2)	X (A)	X (4)	--- (2)	--- (7)	--- (7)
CRSMD ³⁸	--- (5)	X (5)	--- (5)	--- (5)	--- (5)	X (4)	X (A)	--- (5)	--- (5)	--- (5)
Services d'insertion sociale	X (1)	X (1)	X (1)	--- (6)	X (1)	--- (2)	--- (5)	X (A)	--- (7)	--- (7)
Relais sociaux urbains	--- (7)	--- (7)	--- (7)	--- (6)	--- (7)	--- (7)	--- (5)	--- (7)	X (A)	X (8)
Relais sociaux intercommunaux	--- (7)	--- (7)	--- (7)	--- (6)	--- (7)	--- (7)	--- (5)	--- (7)	X (8)	X (A)

²⁶² Services d'aide sociale aux détenus en vue de leur réinsertion sociale.

²⁶³ Centres de référence pour services de médiation de dettes.

Légende

X : les éléments sont parfaitement identiques.

X : des similitudes, des points communs, des liens fonctionnels existent.

--- : aucun lien n'a été trouvé.

Commentaires

Beaucoup de points communs ont été dégagés dans la mesure où les missions de ces services sont définies de manière large. En effet, la majorité des services répertoriés offrent, outre des missions qui leur sont spécifiques, une aide sociale, psycho-sociale.

(A) La diagonale formée par les cases communes aux outils identiques est composée de croix grasses dans la mesure où ce sont les mêmes textes qui sont applicables.

(1) La plupart des services offrent, à côté de missions qui leur sont plus spécifiques, une aide sociale et psycho-sociale. Tel est le cas pour :

- les centres de service social ;
- les CPAS ;
- les services d'aide sociale aux détenus ;
- les services d'aide aux victimes ;
- les services d'aide sociale aux justiciables ;
- les services d'insertion sociale.

Par conséquent, un lien existe en ce qui concerne l'objet de ces structures.

(2) Les services de médiation de dettes ont un rôle très précis, ce qui ne permet pas de faire de lien avec les missions des autres services étudiés dans cette thématique sauf avec les CPAS (voir point 3) et les centres de référence pour services de médiation de dettes (voir point 4).

(3) Les CPAS peuvent pratiquer la médiation de dettes. Une croix grise dans la case commune à ces structures a été insérée.

(4) Les centres de référence pour services de médiation de dettes assistent les services de médiation de dettes sur le plan du droit et de la pratique de la médiation de dettes. Cette assistance peut consister en la prise en charge des cas les plus difficiles. Par conséquent, une relation entre les missions de ces deux structures existe.

(5) Les centres de référence pour services de médiation de dettes ont une mission bien spécifique qui n'est pas rencontrée par les autres structures étudiées dans le cadre de la politique de l'action sociale. Cependant, un lien avec les CPAS a pu être effectué (voir point 3). Un lien avec les services de médiation de dettes a également pu être dégagé (voir point 4). Les centres de référence pour services de médiation de dettes consistent en une association d'au moins 8 CPAS.

(6) Le rôle des services d'aide aux victimes est limité à l'organisation d'un accueil des victimes d'infraction afin d'éviter une victimisation secondaire²⁶⁴ de celles-ci et d'essayer de limiter les conséquences des infractions. Il ne s'agit nullement pour eux d'octroyer un conseil juridique ou une aide. Cette mission très spécifique n'est rencontrée par aucune autre structure étudiée dans la thématique « action sociale ».

(7) Aucun lien n'a pu être effectué entre les relais sociaux urbains et l'ensemble des autres instruments tant leur mission est spécifique (assurer la coordination et la mise en réseau des acteurs publics ou privés impliqués dans l'aide aux personnes en situation d'exclusion sociale).

(8) Les relais sociaux urbains et intercommunaux ont exactement le même objet.

²⁶⁴ Cette victimisation secondaire résulte du fait que les victimes sont parfois traitées de façon inappropriées par les diverses instances auxquelles elles sont confrontées (notamment en ce qu'elles ne se sentent pas reconnues en tant que victimes), cette situation engendrant le sentiment d'être victime une deuxième fois. Voir Documents parlementaires, Parlement wallon, session 2000 - 2001, n° 242.

4.7. POLITIQUE DU TROISIEME AGE

4.7.1. Bénéficiaires

	Centres d'accueil de jour pour personnes âgées	Maisons de repos	Résidences-services	Maisons de repos et de soins	Centres de soins de jour
Centres d'accueil de jour pour personnes âgées	X ^(A)	X ⁽¹⁾	X ⁽²⁾	X ⁽³⁾	X ⁽⁴⁾
Maisons de repos	X ⁽¹⁾	X ^(A)	X ⁽⁵⁾	X ⁽⁶⁾	X ⁽⁷⁾
Résidences-services	X ⁽²⁾	X ⁽⁵⁾	X ^(A)	X ⁽⁸⁾	X ⁽⁹⁾
Maisons de repos et de soins	X ⁽³⁾	X ⁽⁶⁾	X ⁽⁸⁾	X ^(A)	X ⁽¹⁰⁾
Centres de soins de jour	X ⁽⁴⁾	X ⁽⁷⁾	X ⁽⁹⁾	X ⁽¹⁰⁾	X ^(A)

Légende

X : les éléments sont parfaitement identiques.

X : des similitudes, des points communs, des liens fonctionnels existent.

--- : aucun lien n'a été trouvé.

Commentaires

Dans cette politique, tous les bénéficiaires doivent être âgés de 60 ans au moins (ou de moins de 60 ans à titre exceptionnel). Il n'est donc pas possible d'établir des différences sur la base de l'âge des bénéficiaires. Une distinction a cependant pu être effectuée entre les personnes dépendantes, les personnes nécessitant des soins et les personnes indépendantes (résidences-services).

(A) La diagonale formée par les cases communes aux outils identiques est composée de croix grasses dans la mesure où ce sont les mêmes textes qui sont applicables.

(1) Les maisons de repos et les centres d'accueil de jour pour personnes âgées sont tous deux destinés aux personnes d'au moins 60 ans (et moins à titre exceptionnel). Cependant, les centres d'accueil de jour sont plus spécifiquement destinés aux personnes en perte d'autonomie.

(2) Les centres d'accueil de jour pour personnes âgées et les résidences-services sont tous deux destinés aux personnes d'au moins 60 ans (et moins à titre exceptionnel). Cependant, les centres d'accueil de jour sont plus spécifiquement destinés aux personnes en perte d'autonomie.

(3) Les centres d'accueil de jour pour personnes âgées et les maisons de repos et de soins sont tous deux destinés aux personnes d'au moins 60 ans (et moins à titre exceptionnel). Cependant, les centres d'accueil de jour sont plus spécifiquement destinés aux personnes en perte d'autonomie et les maisons de repos et de soins aux personnes nécessitant des soins du fait d'une maladie de longue durée.

- (4) Les centres d'accueil de jour pour personnes âgées et les centres de soins de jour sont tous deux destinés aux personnes d'au moins 60 ans (et moins à titre exceptionnel). Cependant, les centres d'accueil de jour sont plus spécifiquement destinés aux personnes en perte d'autonomie et les centres de soins de jour à des personnes nécessitant des soins de santé.
- (5) Les maisons de repos et les résidences-services visent les mêmes personnes (à savoir les personnes âgées de 60 ans au moins et de moins de 60 ans à titre exceptionnel).
- (6) Les maisons de repos et les maisons de repos et de soins sont toutes deux destinées aux personnes d'au moins 60 ans (et moins à titre exceptionnel). Cependant, les maisons de repos et de soins sont destinées à des personnes fortement dépendantes nécessitant des soins de santé.
- (7) Les maisons de repos et les centres de soins de jour sont destinés aux personnes d'au moins 60 ans (et moins à titre exceptionnel). Cependant, les centres de soins de jour visent des personnes nécessitant des soins de santé.
- (8) Les résidences-services et les maisons de repos et de soins sont destinées aux personnes d'au moins 60 ans (et moins à titre exceptionnel). Cependant, les maisons de repos et de soins sont destinées à des personnes nécessitant des soins de santé.
- (9) Les résidences-services et les centres de soins de jour sont destinés aux personnes d'au moins 60 ans (et moins à titre exceptionnel). Cependant, les centres de soins de jour visent des personnes nécessitant des soins de santé.
- (10) Les maisons de repos et de soins et les centres de soins de jour sont destinés à des personnes de plus de 60 ans (et de moins de 60 ans à titre exceptionnel) nécessitant des soins. Cependant, la nature des soins prodigués est différente. Les maisons de repos et de soins sont destinées aux personnes qui voient leur autonomie réduite du fait d'une longue maladie et qui, par conséquent, nécessitent des soins. Les centres de soins de jour sont destinés aux personnes nécessitant des soins (pas de référence à la perte d'autonomie).

4.7.2. Champ d'application territorial

	Centres d'accueil de jour pour personnes âgées	Maisons de repos	Résidences-services	Maisons de repos et de soins	Centres de soins de jour
Centres d'accueil de jour pour personnes âgées	X _(A)	X ₍₁₎	X ₍₂₎	X ₍₃₎	--- ₍₄₎
Maisons de repos	X ₍₁₎	X _(A)	--- ₍₅₎	X ₍₆₎	X ₍₇₎
Résidences-services	X ₍₂₎	--- ₍₅₎	X _(A)	--- ₍₈₎	--- ₍₉₎
Maisons de repos et de soins	X ₍₃₎	X ₍₆₎	--- ₍₈₎	X _(A)	X ₍₁₀₎
Centres de soins de jour	--- ₍₄₎	X ₍₇₎	--- ₍₉₎	X ₍₁₀₎	X _(A)

Légende

X : les éléments sont parfaitement identiques.

X : des similitudes, des points communs, des liens fonctionnels existent.

--- : aucun lien n'a été trouvé.

Commentaires

Certains liens fonctionnels existent. Il y a des structures qui obtiennent un agrément spécial (les maisons de repos peuvent obtenir un agrément spécial en vue de devenir maison de repos et de soins) ou qui doivent être établies au sein d'une autre institution (par exemple, les centres d'accueil de jour pour personnes âgées doivent se situer au sein d'une maison de repos ou avoir un lien fonctionnel avec une maison de repos et de soins). En outre, un système de programmation est mis en place en ce qui concerne les maisons de repos, les résidences-services, les centres d'accueil de jour pour personnes âgées et les centres de soins de jour.

(A) La diagonale formée par les cases communes aux outils identiques est composée de croix grasses dans la mesure où ce sont les mêmes textes qui sont applicables.

(1) Un lien territorial existe forcément entre les maisons de repos et les centres d'accueil de jour pour personnes âgées dans la mesure où ces derniers doivent se situer au sein d'une maison de repos ou avoir un lien fonctionnel avec celle-ci.

(2) Le lien effectué dans ce cadre-ci est réalisé sur la base de la programmation prévue pour ces structures. De plus, rien n'impose qu'une résidence-services ait un lien fonctionnel avec une autre structure (ce qui est le cas pour les centres d'accueil de jour pour personnes âgées).

(3) Un lien territorial existe forcément entre les maisons de repos et de soins, et les centres d'accueil de jour pour personnes âgées dans la mesure où ces derniers doivent se situer au sein d'une maison de repos et de soins ou avoir un lien fonctionnel avec celle-ci.

(4) La programmation prévue dans les textes en ce qui concerne les centres d'accueil pour personnes âgées et les centres de soins de jour est différente.

(5) Aucun lien en ce qui concerne la programmation de ces structures n'a pu être effectué, les textes étant divergents à cet égard.

-
- (6) Les maisons de repos et de soins doivent au préalable être des maisons de repos. En effet, une maison reçoit un agrément spécial pour devenir maison de repos et de soin.
- (7) Un lien territorial existe entre les maisons de repos et les centres de soins de jour dans la mesure où ces derniers doivent se situer au sein d'une maison de repos ou avoir un lien fonctionnel avec celles-ci.
- (8) Aucun élément commun en ce qui concerne la programmation des résidences-services et des maisons de repos et de soins n'a pu être dégagé.
- (9) Aucun élément commun en ce qui concerne la programmation des résidences-services et des centres de soins de jour n'a pu être dégagé.
- (10) Un lien territorial existe forcément entre les maisons de repos et de soins et les centres de soins de jour dans la mesure où ces derniers doivent se situer au sein d'une maison de repos et de soins ou avoir un lien fonctionnel avec celle-ci.

4.7.3. Objet et missions

	Centres d'accueil de jour pour personnes âgées	Maisons de repos	Résidences-services	Maisons de repos et de soins	Centres de soins de jour
Centres d'accueil de jour pour personnes âgées	X ^(A)	--- (1)	--- (2)	--- (3)	X ⁽⁴⁾
Maisons de repos	--- (1)	X ^(A)	X ⁽⁵⁾	X ⁽⁶⁾	--- (7)
Résidences-services	--- (2)	X ⁽⁵⁾	X ^(A)	X ⁽⁸⁾	--- (9)
Maisons de repos et de soins	--- (3)	X ⁽⁶⁾	X ⁽⁸⁾	X ^(A)	X ⁽¹⁰⁾
Centres de soins de jour	X ⁽⁴⁾	--- (7)	--- (9)	X ⁽¹⁰⁾	X ^(A)

Légende

X : les éléments sont parfaitement identiques.

X : des similitudes, des points communs, des liens fonctionnels existent.

--- : aucun lien n'a été trouvé.

Commentaires

En ce qui concerne les missions des structures étudiées dans le cadre de la politique du troisième âge, une catégorisation peut être effectuée. D'une part, une distinction entre structures d'accueil ou de prise en charge durant la journée (centres d'accueil de jour pour personnes âgées et centres de soins de jour) et structures d'hébergement (maisons de repos, résidences-services et maisons de repos et de soins) peut être opérée. D'autre part, on peut différencier les structures de soins de santé (maisons de repos et de soins et centres de soins de jour) des institutions n'offrant pas ce genre de prestations (centres d'accueil de jour pour personnes âgées, maisons de repos et résidences-services).

(A) La diagonale formée par les cases communes aux outils identiques est composée de croix grasses dans la mesure où ce sont les mêmes textes qui sont applicables.

(1) Les centres d'accueil de jour pour personnes âgées sont des structures d'accueil à la différence de maisons de repos qui sont destinées à l'hébergement.

(2) Les centres d'accueil de jour pour personnes âgées sont des structures d'accueil à la différence des résidences-services qui offrent des logements particuliers permettant à leurs bénéficiaires de mener une vie indépendante.

(3) Les centres d'accueil de jour pour personnes âgées sont des structures d'accueil à la différence de maisons de repos et de soins qui sont destinées à l'hébergement.

(4) Les centres d'accueil de jour pour personnes âgées, ainsi que leur nom l'indique, sont des structures d'accueil tout comme le sont les centres de soins de jour qui prennent leurs bénéficiaires en charge durant la journée. En outre, les centres de soins de jour consistent en une structure de santé.

(5) Les résidences-services ainsi que les maisons de repos ont toutes deux une mission d'hébergement. Une différence entre ces structures vient du fait que les résidences-services permettent à leurs bénéficiaires de mener une vie indépendante.

(6) Un lien a pu être dégagé entre les missions des maisons de repos et celles des maisons de repos et de soins. En effet, toutes deux visent à l'hébergement. Cependant, les maisons de repos et de soins offrent des soins à des personnes fortement dépendantes.

(7) Aucun lien n'a pu être relevé entre les maisons de repos et les centres de soins de jour. En effet, d'une part les maisons de repos sont des structures d'hébergement alors que les centres de soins de jour prennent leurs bénéficiaires en charge la journée. D'autre part, les centres de soins de jour consistent en une structure de soins de santé, ce que ne sont pas les maisons de repos.

(8) Les résidences-services et les maisons de repos et de soins consistent en des structures d'hébergement. Cependant, les maisons de repos et de soins prodiguent des soins de santé à des personnes en perte d'autonomie, ce que ne font pas les résidences-services.

(9) Aucun lien n'a été dégagé entre les résidences-services et les centres de soins de jour. Les résidences-services, à l'inverse des centres de soins de jour, sont des établissements destinés à l'hébergement. En outre, les centres de soins de jour sont des structures de soins, ce que ne sont pas les résidences-services.

(10) Les maisons de repos et de soins sont, à l'instar des centres de soins de jour, des structures de soins. Cependant, les premières permettent un hébergement alors que les seconds prennent leurs bénéficiaires en charge pendant la journée.

ANNEXES
du thème 3.3.

ANNEXE : PROGRAMMATION HOSPITALIERE**TABLE DES MATIERES DE L'ANNEXE**

1.	INTRODUCTION	291
2.	LA PROGRAMMATION DES HOPITAUX	293
2.1.	Programmation des services, sections et fonctions hospitaliers	293
2.2.	Programmation des programmes de soins	301
2.3.	Programmation des services médico-techniques lourds	304

1. INTRODUCTION

La programmation hospitalière belge est le produit d'évolutions sociales successives. En 1949, les pouvoirs publics tentent de faire un premier bilan de la situation existante. Suite aux conclusions de ce dernier, un mécanisme de programmation est établi afin de favoriser l'ouverture de lits là où le besoin se fait sentir. Un plan décennal déterminant les capacités et les prévisions hospitalières est élaboré. Pour la première fois, une carte du réseau hospitalier existant en Belgique est tracée. Le plan visait, via un mécanisme de subventions de l'Etat, à la modernisation des services existants et au développement de nouvelles structures.

Malgré l'élaboration de ce plan, l'accessibilité des soins de santé restait insuffisante, tant sur le plan géographique que sur le plan financier et médical. La loi sur les hôpitaux du 23 décembre 1963²⁶⁵ tentait d'y apporter une réponse notamment en :

- stipulant que les subventions d'investissement étaient essentiellement distribuées aux régions où il y avait un manque de services cliniques ;
- fixant un prix normal par journée d'hospitalisation et par service (voir art. 9 de la loi sur les hôpitaux du 24 décembre 1963).

Son article 6 mentionnait que « *l'intervention de l'Etat sous forme de subventions, dans les frais de construction, et de reconditionnement, d'équipement et d'appareillage d'un hôpital, est subordonné à la condition que la création, le maintien ou la reconversion de celui-ci s'insère dans le cadre d'un programme hospitalier national, dont le Roi établit les critères par arrêté délibéré en conseil des Ministres et après avis ou sur proposition du conseil des hôpitaux* ». Cette loi marque le début officiel d'une programmation des hôpitaux par les pouvoirs publics. En effet, elle établit le principe qu'il faut fixer des critères de programmation dans le cadre d'un programme hospitalier national n'étant applicable qu'aux hôpitaux qui font appel à l'Etat pour un subventionnement des frais de construction, de reconditionnement, d'équipement et d'appareillage. Cette programmation est indicative puisque les hôpitaux qui s'insèrent dans le programme élaboré peuvent bénéficier de subventions. La seule sanction en cas de non-respect du programme consistait en le non octroi de subventions, l'ouverture d'un établissement en dehors des règles de programmation était tout à fait concevable. Les critères du programme national ont été fixés par un arrêté royal du 12 décembre 1966.

L'objectif que voulait rencontrer ce texte était l'extension et la rénovation de l'infrastructure hospitalière. En outre, la loi du 23 décembre 1963 consistait principalement en une loi de financement, elle est entrée en vigueur quelques jours après la loi du 9 août 1963 instaurant un régime d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité. Le principe selon lequel les soins de santé devaient être accessibles à tous ne pouvait être réalisé que par une intervention de l'Etat sur le plan des investissements et sur celui des frais de fonctionnement.

La loi du 6 juillet 1973 modifie profondément la loi du 23 décembre sur les hôpitaux. Elle marque le passage d'une programmation indicative vers une programmation impérative. Auparavant, les établissements étaient créés à volonté pour autant qu'ils répondent aux normes d'agrément. Désormais, la création, l'extension ou la reconversion de lits hospitaliers n'est plus possible en dehors du programme établi par le Roi.

²⁶⁵ M. B. du 1 janvier 1964.

Au cours des années quatre-vingts, la philosophie en faveur d'une programmation contraignante s'accroît. Le mouvement est tellement important que des mécanismes d'indemnisation sont mis en place en vue de l'abandon des projets de construction de nouvel établissement ou d'extension du nombre de lits. En effet, l'article 47 de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, établit le principe de l'indemnisation pour la fermeture ou la non mise en exploitation de lits hospitaliers.

En outre, le Gouvernement modifie les conditions d'agrément et poursuit une politique de suppression des lits hospitaliers excédentaires aux critères de programmation. Cette décennie voit également l'apparition d'autres formes de dispensation de soins et par conséquent le développement d'une médecine extra-muros (les maisons de repos et de soins par exemple).

A l'heure actuelle, le législateur peut décider de bloquer au nombre existant le nombre de tel ou tel service hospitalier. A titre d'exemple, tel a été le cas des services de cathétérisme cardiaque, d'hémodialyse et d'autodialyse (art. 44 bis de la loi sur les hôpitaux). Le Roi est cependant habilité à déroger à ces blocages dans le but de tenir compte de l'évolution scientifique ou technologique de la matière (art. 44 bis de la loi sur les hôpitaux). Le blocage n'est pas concevable d'une manière générale mais uniquement dans des services hospitaliers spécifiques lorsqu'il est constaté que les critères de programmation sont atteints et que les besoins sont couverts.

La liberté de création en matière d'établissements de soins de santé est par conséquent très limitée. La programmation consiste donc en un outil entre les mains du législateur lui permettant de limiter et d'encadrer l'offre hospitalière en Belgique. Cet outil participe au mouvement de contrôle et de restriction des dépenses publiques. L'intervention du législateur dans l'adoption de mesures dans le secteur de la santé trouve, la plupart du temps, une justification budgétaire.

En outre, à côté de cette programmation, des normes d'agrément (normes architecturales, normes fonctionnelles,...) sont instituées et visent à la qualité des soins. Elles ont par conséquent un impact sur l'offre puisque certaines conditions sont requises pour que les services hospitaliers puissent être créés. Les textes fixant des normes de programmation ne sont pas repris dans le cadre de cette annexe.

2. LA PROGRAMMATION DES HOPITAUX

2.1. PROGRAMMATION DES SERVICES, SECTIONS ET FONCTIONS HOSPITALIERS

2.1.1. Principes de la programmation hospitalière

La programmation hospitalière est organisée par la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987²⁶⁶ et plus précisément par son article 23. Cette disposition est à la base de multiples arrêtés d'exécution. En effet, cet article stipule que « *le Roi fixe, par arrêté délibéré en Conseil des Ministres, et après avis du Conseil national des établissements hospitaliers, Section de programmation, les critères qui sont d'application pour la programmation des différentes sortes d'hôpitaux, services hospitaliers, (sections hospitalières, fonctions hospitalières) et groupements d'hôpitaux, visant notamment leur spécialisation, leur capacité, leur équipement et la coordination de leurs installations et de leurs activités, compte tenu des besoins généraux et spéciaux de la population à desservir et des impératifs d'une saine gestion, ainsi que des prévisions concernant l'évolution des équipements sanitaires qui, sans appartenir directement au secteur hospitalier, sont de nature à influencer ces critères de programmation* ». La fixation des normes de programmation s'effectue donc par arrêté royal.

Le but poursuivi par la programmation est double²⁶⁷ :

- Sanitaire en ce qu'elle tend à réguler le nombre de lits hospitaliers et leur répartition géographique dans le pays en fonction des besoins de la population ;
- Politique puisqu'elle vise à répartir équitablement les lits entre les divers secteurs représentant les pouvoirs organisateurs des hôpitaux.

Les critères de programmation sont établis sur la base de ces objectifs. Ils consistent en des formules mathématiques destinées à mesurer les besoins²⁶⁸. Ils prennent en compte les chiffres de la population, la structure d'âge, la morbidité, la répartition géographique et la répartition en réseaux.

Il est important de signaler que la programmation ne s'effectue pas au niveau des communautés ou régions mais qu'elle doit être d'application pour l'ensemble du territoire belge²⁶⁹.

Par conséquent, la programmation consiste en un mécanisme permettant de répartir l'offre de lits (et donc de soins) de manière équilibrée à travers de territoire belge pour répondre adéquatement à la demande²⁷⁰.

²⁶⁶ M. B. du 7 octobre 1987.

²⁶⁷ THIEL Patrick, *Les hôpitaux en Belgique : fonctionnement et financement*, Bruxelles, Kluwer, 2000, p. 26.

²⁶⁸ Article 24 de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987.

²⁶⁹ Article 24 de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987.

²⁷⁰ THIEL Patrick, *Op. cit.*, p. 26.

La programmation est impérative puisque pour qu'un établissement hospitalier, ou un service au sein d'un établissement, puisse ouvrir ou être agréé, il faut qu'il soit repris dans les critères de programmation. En effet, l'article 26 de la loi sur les hôpitaux énonce « *qu'il est interdit de construire, d'étendre, de reconvertir, de remplacer ou de modifier la destination d'un hôpital ou d'un service hospitalier si ces travaux ne s'insèrent pas dans le cadre du programme hospitalier. La mise en service de nouveaux lits d'hôpitaux en remplacement de lits existants entraîne automatiquement la suppression des lits dont le remplacement était visé.*

L'interdiction visée à l'alinéa 1^{er} s'applique également aux travaux de reconditionnement qui n'entraînent pas d'augmentation de lits dans aucun service hospitalier. Le Roi peut cependant déterminer dans quel cas et à quelles conditions cette interdiction ne s'applique pas à de tels travaux de reconditionnement (...) ».

La programmation hospitalière vise également à réaliser une répartition équitable des lits entre les divers secteurs représentant les pouvoirs organisateurs²⁷¹ d'hôpitaux puisque les pouvoirs publics contrôlent l'initiative en matière d'établissement de soins.

En outre, depuis les années 80, le nombre de lits pouvant être agréé est plafonné puisque selon l'article 29 de la loi sur les hôpitaux, « *jusqu'à la date qui sera fixée par le Roi, il est interdit de procéder sans autorisation spécifique à la mise en service et à l'exploitation de services hospitaliers. Cette autorisation ne pourra être délivrée, si la mise en service et l'exploitation des services hospitaliers amène un dépassement du nombre de lits agréés existants au 1^{er} juillet 1982, en ce qui concerne les hôpitaux généraux ou du nombre de lits accordés en programmation et existants avant le 1^{er} juillet 1986, en ce qui concerne les hôpitaux psychiatriques* ».

La création ou le remplacement de nouveaux lits se fait par désaffectation selon le principe posé par l'article 32 de la loi sur les hôpitaux. Cette disposition a impliqué l'adoption d'un nombre important d'arrêtés d'exécution puisqu'elle dispose que « *le Roi peut fixer des règles relatives au nombre de lits désaffectés, par type de service hospitalier, qui peuvent entrer en ligne de compte en vue de permettre une extension du nombre de lits dans un autre type de service hospitalier ou dans un autre hôpital. Le Roi peut également fixer des règles relatives au nombre de lits supplémentaires qui peuvent être agréés et mis en service dans les types de services hospitaliers désignés par Lui* ».

2.1.2. Programmation des services hospitaliers

Il convient de faire remarquer que chaque service est affecté d'un index représenté par une lettre. La liste de ces derniers figure à la fin de l'annexe.

2.1.2.1. La programmation des services autres que psychiatriques

En exécution de l'article 23 de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, un arrêté royal du 21 mars 1977 fixant les critères qui sont d'application pour la programmation des différents types de services hospitaliers²⁷² a été adopté en vue d'éviter un accroissement injustifié de la capacité des services hospitaliers.

Conformément à l'article 1^{er} de ce texte, les critères de programmation relatifs au nombre de lits dans les services non-psychiatriques fixés pour le Royaume sont les suivants :

²⁷¹ Article 23, alinéa 2, de la loi sur les hôpitaux coordonnée le 7 août 1987.

²⁷² M. B. du 30 avril 1977.

- 2,90 lits par mille habitants pour l'ensemble des services de diagnostic et de traitement chirurgical (index C) ainsi que de diagnostic et de traitement médical (index D), y compris les lits de soins intensifs (index I) ;
- 0,03 lits par mille habitants pour l'ensemble des services des maladies infectieuses (index L) et de traitement de la bacillose (index B), à raison de la moitié de ce chiffre pour chacun des deux index pris séparément ;
- 5 lits par mille personnes âgées de 65 ans ou plus dans les services de gériatrie (index G) ;
- 0,52 lits par mille habitants pour les services de spécialités (index Sp).

Dans le cadre de ce critère de programmation, il peut être créé pour le Royaume un nombre maximum de 360 lits Sp destinés à des patients souffrant d'une maladie incurable et se trouvant dans une phase terminale, qui nécessitent des soins palliatif.

- 1 lit par mille habitants pour les services traitant des malades atteints d'une affection de longue durée (index V) ;
- 32 lits par mille naissances pour les services de maternité (index M) ;
- 37 lits par mille naissances pour les services de maladies infantiles (index E) ;
- 6 lits par mille naissances pour les services de prématurés et de nouveau-nés débiles (index N).

Enfin, le critère de programmation relatif au nombre de lits hospitaliers dans les services qui admettent des patients gériatriques nécessitant un traitement neuropsychiatrique, est fixé pour le Royaume à 0,23 lit ou places par mille habitants.

a) *La programmation des services psychiatriques*

En ce qui concerne les services psychiatriques, un arrêté royal du 3 août 1976 fixant les critères de programmation des services psychiatriques hospitaliers²⁷³ a été adopté en exécution de l'article 23 de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987.

Ce texte stipule que pour l'application de la programmation hospitalière des services psychiatriques, les critères suivants ne peuvent pas être dépassés²⁷⁴ :

- En ce qui concerne les services neuro-psychiatriques d'observation et de traitement, index A :
 - . hospitalisation de jour et de nuit : 0,5 lits par 1000 habitants, dans les hôpitaux psychiatriques et 0,27 lits pour 1000 habitants, dans les hôpitaux généraux.
 - . hospitalisation de jour ou de nuit : 0,15 lits ou places par 1000 habitants, dans les hôpitaux psychiatriques et 0,075 lits ou places par 1000 habitants, dans les hôpitaux généraux.
- En ce qui concerne les services neuro-psychiatriques de traitement, index T :
 - . hospitalisation de jour et de nuit : 0,90 lits par 1000 habitants, dans les hôpitaux psychiatriques ;
 - . hospitalisation de jour ou de nuit : 0,40 lits ou places par 1000 habitants, dans les hôpitaux psychiatriques.
- En ce qui concerne les services neuro-psychiatriques infantiles, index K :

²⁷³ M. B. du 17 septembre 1976.

²⁷⁴ Article 2 de l'arrêté royal du 3 août 1976.

- . hospitalisation de jour et de nuit : 0,32 lits ou places par 1000 enfants ;
 - . hospitalisation de jour ou de nuit : 0,32 lits par 1000 enfants.
- En ce qui concerne les services spécialisés pour le traitement et la réadaptation, index Sp en affections psychogériatriques : 0,23 lits par 1000 habitants.

2.1.3. Désaffectation des lits des services hospitaliers

2.1.3.1. Services autres que psychiatriques

Sur la base de l'article 32, un arrêté royal du 12 juin 2002²⁷⁵ a été adopté en vue de permettre aux hôpitaux de certains arrondissements de faire face à la pénurie de certains lits.

Conformément à ce texte²⁷⁶, la désaffectation d'un lit C, D ou I peut donner lieu à la création de 0,73 lit Sp si les conditions suivantes sont remplies de façon cumulative :

- le lit C, D, ou I est désaffecté dans un hôpital situé dans un arrondissement où il y a un excédent de lits C, D et I en termes de programmation ;
- le lit Sp est créé dans un hôpital situé dans un arrondissement où il y a un déficit de lits C, D, I, G et Sp en termes de programmation ;
- le déficit, en termes de programmation, de lits Sp dans l'arrondissement au tiret 2 est d'au moins 0,5 lit par 1000 habitants étant entendu que ce déficit est d'au moins 100 lits en nombre absolu ;
- le lit Sp créé est un lit Sp locomoteur, un lit Sp neurologique ou un lit Sp chronique.

Pour l'application du présent arrêté, l'engagement à la reconversion doit être contracté avant le 1^{er} juillet 2002 dans le cadre d'un plan de restructuration. La reconversion doit être réalisée pour le 1^{er} juillet 2005 au plus tard.

2.1.3.2. Services hospitaliers psychiatriques et autres que psychiatriques

Un arrêté précisant les règles visées à l'article 32 de la loi sur les hôpitaux, coordonnée les 7 août 1987, relatives au type et au nombre de lits dont la désaffectation peut permettre la mise en service de lits hospitaliers a été adopté le 16 juin 1999²⁷⁷. Ce texte permet de déroger à l'arrêté royal du 31 janvier 1990 (voir infra, 2.2.1.3, c).

En vertu de ce texte, les lits hospitaliers qui, à la date de la publication de l'arrêté royal du 16 juin 1999, sont supprimés en application des normes concernant les taux d'occupation conformément à l'article 20, § 1^{er}, de l'arrêté royal du 30 janvier 1989 fixant les normes complémentaires d'agrément des hôpitaux et des services hospitaliers et précisant la définition des groupements d'hôpitaux et les normes particulières qu'ils doivent respecter, ne peuvent pas donner lieu à la mise en service de lits hospitaliers d'un autre type.

Conformément aux articles 4, 5 et 6 de l'arrêté royal du 16 juin 1999, les lits désaffectés de certains services peuvent donner lieu à la création à des lits dans d'autres services :

²⁷⁵ Arrêté royal du 12 juin 2002 précisant les règles, visées à l'article 32 de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, relative au type et au nombre de lits dont la désaffectation peut permettre la mise en service de lits hospitaliers, M. B. du 14 juin 2002.

²⁷⁶ Article 2 de l'arrêté royal du 12 juin 2002.

²⁷⁷ M. B. du 29 septembre 1999.

- la désaffectation de 1 lit T peut donner lieu à la création de 0,68 lit A dans l'hôpital où la désaffectation a lieu ;
- la désaffectation de 1 lit A peut donner lieu à la création de 1,19 lit T dans l'hôpital où la désaffectation a lieu ;
- la désaffectation de 1 lit a peut donner lieu à la création de 0,63 lit A dans l'hôpital où la désaffectation a lieu ;
- la désaffectation de 1 lit t peut donner lieu à la création de 0,53 lit T dans l'hôpital où la désaffectation a lieu ;
- la désaffectation de 1 lit A peut donner lieu à la création de 1,29 lits a dans l'hôpital où la désaffectation a lieu ;
- la désaffectation de 1 lit T peut donner lieu à la création de 1,62 lits t pour hospitalisation de jour dans l'hôpital où la désaffectation a lieu ;
- la désaffectation de 1 lit T peut donner lieu à la création de 1,53 lits t pour hospitalisation de nuit dans l'hôpital où la désaffectation a lieu ;
- la désaffectation de 1 lit A peut donner lieu à la création de 2,11 places Tf ;
- la désaffectation de 1 lit T peut donner lieu à la création de 1,62 places Tf ;
- la désaffectation de 1 lit a peut donner lieu à la création de 1,47 places Tf ;
- la désaffectation de 1 lit t pour hospitalisation de jour peut donner lieu à la création de 0,91 place Tf ;
- la désaffectation de 1 lit t pour hospitalisation de nuit peut donner lieu à la création de 0,96 place Tf. ;
- la désaffectation de 1 place Tf peut donner lieu à la création de 0,38 lit A ;
- la désaffectation de 1 place Tf peut donner lieu à la création de 0,5 lit T ;
- la désaffectation de 1 place Tf peut donner lieu à la création de 0,55 lit a ;
- la désaffectation de 1 place Tf peut donner lieu à la création de 0,89 lit t ;
- la désaffectation de 1 lit K peut donner lieu à la création de 1,8 lits k ;
- la désaffectation de 1 lit k peut donner lieu à la création de 0,47 lit K ;
- la désaffectation de 3 lits C peut donner lieu à la création de 0,9 lits K. ;
- la désaffectation de 3 lits D peut donner lieu à la création de 0,9 lits K ;
- la désaffectation de 1 lit T situé dans un hôpital général peut donner lieu à la création de 0,68 lit A dans un hôpital général ;
- la désaffectation de 1 lit C peut donner lieu à la création de 0,73 lit A dans un hôpital général ;
- la désaffectation de 1 lit D peut donner lieu à la création de 0,73 lit A dans un hôpital général ;
- la désaffectation de 1 lit C ou D peut donner lieu à la création de 0,73 lit Sp ;
- la désaffectation de 1 lit G peut donner lieu à la création de 0,79 lit Sp ;
- la désaffectation de 1 lit E peut donner lieu à la création de 0,79 lit Sp ;
- la désaffectation de 1 lit T peut donner lieu à la création de 0,7 lit psychogériatrique Sp ;
- la désaffectation de 1 lit T peut donner lieu à la création de 0,28 lit K ;

- la désaffectation de 1 lit K peut donner lieu à la création de 2,9 lits T ;
- la désaffectation de 1 lit A peut donner lieu à la création de 0,37 lit K ;
- la désaffectation de 1 lit K peut donner lieu à la création de 2,1 lits A ;
- la désaffectation de 1 lit E peut donner lieu à la création de 0,37 lit K ;
- la désaffectation de 1 lit K peut donner lieu à la création de 2,21 lits E ;
- la désaffectation de 2,4 lits E peut donner lieu à la création de 1,75 places kj.

Selon l'article 7 de l'arrêté royal du 16 juin 1999, l'application de ces règles de reconversion ne peut entraîner une diminution de l'offre des lits A, T et K telle que celle-ci n'atteigne plus la moitié de nombre de lits prévu dans la programmation.

L'engagement à la reconversion doit être pris dans le cadre d'un plan de restructuration.

Enfin, en vertu de l'article 8, § 2, de l'arrêté royal du 16 juin 1999, une reconversion de lits hospitaliers en lits A dans les hôpitaux généraux, conformément aux articles 4 à 6 de l'arrêté royal du 16 juin 1999, n'est autorisée que s'il est satisfait aux conditions suivantes :

- la reconversion peut exclusivement être effectuée par rapport aux lits existants ;
- l'établissement fournit la preuve que les lits à reconvertir ont une activité psychiatrique correspondante, ce qui signifie que l'hôpital génère, sur base annuelle, au moins 10.500 journées d'hospitalisation de patients à diagnostic psychiatrique primaire dans des lits non psychiatriques ;
- les lits à fermer doivent être des lits justifiés, comme visé à l'article 46, § 1^{er}, 1^o, de l'arrêté royal du 25 avril 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux ;
- l'unité reconvertie s'élève à :
 - . un minimum de 30 lits en cas de création d'un service A ;
 - . un multiple de 15 lits en cas d'extension d'un service A existant.
- la création de nouveaux lits A dans des services hospitaliers psychiatriques d'hôpitaux généraux doit faire l'objet d'une concertation régionale au sein d'une association agréée d'établissements et de services psychiatriques ;
- la demande de reconversion doit être introduite auprès du Ministre compétent au plus tard trois mois après la publication de l'arrêté royal du 1^{er} avril 2003 modifiant l'arrêté royal du 16 juin 1999 précisant les règles, visées à l'article 32 de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, relatives au type et au nombre de lits dont la désaffectation peut permettre la mise en service de lits hospitaliers et être réalisée au plus tard le 1^{er} janvier 2005.

Toutefois, le délai pour la réalisation de la reconversion peut être dépassé si, à cette date, les travaux ont été entamés mais ne sont pas terminés.

2.1.3.3. Services psychiatriques

En ce qui concerne les services psychiatriques, un arrêté royal du 31 janvier 1990 a été adopté en vue de préciser les règles visées à l'article 32 de la loi sur les hôpitaux²⁷⁸. Ce texte stipule, en son article 1^{er}, que le nombre existant de lits agréés dans des services hospitaliers psychiatriques au 8 février 1990, ne peut pas être augmenté par type de service et par hôpital.

²⁷⁸ Arrêté royal du 31 janvier 1990 précisant, pour les services hospitaliers psychiatriques, des règles visées à l'article 32 de la loi coordonnée sur les hôpitaux, M. B. du 8 février 1990.

Par dérogation à ce texte, l'arrêté royal du 10 juillet 1990 précise les règles, visées à l'article 32 de la loi coordonnée sur les hôpitaux, relative à la mise en service de lits dans des services hospitaliers psychiatriques ainsi que des lits dans des services hospitaliers psychiatriques dont la désaffectation permet la mise en service de lits dans les services hospitaliers psychiatriques²⁷⁹.

Plusieurs principes sont contenus dans ce texte :

- 1) La désaffectation de lits dans les hôpitaux psychiatriques compris dans le nombre de lits hospitaliers retenu²⁸⁰ permet, sauf application du principe 3, la mise en service de lits du même type, soit dans l'hôpital psychiatrique où la désaffectation a lieu, soit dans un autre hôpital psychiatrique ;
- 2) La désaffectation d'un lit dans un hôpital psychiatrique compris dans le nombre théorique de lits hospitaliers²⁸¹, mais non compris dans le nombre de lits hospitaliers retenu, permet la mise en service d'un lit dans le même hôpital psychiatrique ou dans un autre hôpital psychiatrique sous certaines conditions ;
- 3) La désaffectation d'un lit T compris dans le nombre de lits retenu permet, dans les cas ci-après, la mise en service d'un lit A dans un hôpital psychiatrique si:
 - a) l'hôpital psychiatrique où la désaffectation a lieu, ne dispose pas de lits A au moment de la publication de l'arrêté royal du 10 juillet 1990. Dans le cas échéant, 30 lits T au maximum peuvent donner lieu à la mise en service de 30 lits A dans l'hôpital où la désaffectation a lieu;
 - b) 3 autres lits T sont désaffectés pour:
 - soit créer exclusivement des places d'habitation protégée;
 - soit créer un lit dans une maison de soins psychiatriques et deux places d'habitation protégée.

L'engagement à cette désaffectation comme lit hospitalier et reconversion doit être pris avant le 1^{er} mai 1991 dans le cadre d'un plan de restructuration introduit auprès de l'autorité compétente.

- 4) Le nombre de lits A qui existaient et étaient agréés au 8 février 1990 dans des hôpitaux généraux peut être augmenté à concurrence d'un lit A par lit désaffecté soit dans un service de chirurgie (C), soit dans un service de médecine interne (D), soit dans un service de neuro-psychiatrie (T) d'un hôpital général.

2.1.3.4. Services de maternité, services de prématurés et nouveaux-nés débiles et services de maternité

En ce qui concerne ces services, un arrêté royal du 13 juin 1986 précisant des règles visées à l'article 21 bis, §3, de la loi sur les hôpitaux²⁸² et relatives à la désaffectation des lits M, N et E a été adopté²⁸³.

²⁷⁹ Article 2, M. B. du 26 juillet 1990.

²⁸⁰ Nombre de lits hospitaliers programmés dans les hôpitaux psychiatriques qui existaient et étaient agréés au 8 février 1990. Ce nombre ne comprend pas les lits situés dans les institutions psychiatriques fermées (F) et dans les services psychiatriques ouverts (O). enfin, ce nombre comprend les lits éventuellement agréés après le 8 février 1990 à la suite de l'application des articles 4 et 5 de l'arrêté royal du 10 juillet 1990.

²⁸¹ Nombre de lits hospitaliers existant dans les hôpitaux psychiatriques au 30 juin 1986, limité toutefois au nombre de lits hospitaliers programmé à cette date.

²⁸² C'est-à-dire l'article 32 de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987.

²⁸³ M. B. du 4 juillet 1986.

Le principe posé par l'arrêté royal du 13 juin 1986 est que la désaffectation de lits M, N et E, ne peut pas être prise en considération pour permettre la mise en service des lits hospitaliers.

Cependant, le texte établit une double exception :

- cette règle ne s'applique pas lorsque la désaffectation donne lieu à la mise en service de lits équivalents ;

a) soit dans une nouvelle construction, en remplacement du service désaffecté ;

b) soit dans un autre hôpital dans le cadre d'un regroupement en un seul service dans un hôpital, de deux ou plusieurs services de même type de différents hôpitaux, et pour autant qu'il aille de pair avec une réduction du nombre de lits, proportionnellement à la sous-occupation des services concernés et compte tenu du taux d'occupation à réaliser dans le service restant conformément aux règles en vigueur pour l'agrément des types de services concernés.

- la règle ne s'applique pas davantage lorsque la désaffectation donne lieu à la mise en service de lits M, N et E dans le même hôpital ou dans un autre afin de répondre aux normes quant à la capacité minimale en lits applicable aux services en question.

2.1.3.5. Services des maladies infantiles

Dans chaque hôpital le nombre de lits existant, agréés et mis en service dans les services des maladies infantiles (index E) au 16 mars 2000²⁸⁴ ne peut pas être augmenté.

2.1.4. Programmation des sections hospitalières

2.1.4.1. Sections hospitalières de diagnostic de la mort subite du nourrisson

L'arrêté royal du 7 septembre 1993 bloque le nombre des sections hospitalières de diagnostic de la mort subite du nourrisson²⁸⁵ dans la mesure où il a été considéré qu'un nombre suffisant de sections hospitalières de diagnostic de la mort subite du nourrisson existait.

Le nombre de sections de diagnostic de la mort subite du nourrisson est limité au nombre qui, au jour de la publication de l'arrêté royal du 7 septembre 1993 dans le Moniteur belge (à savoir le 16 octobre 1993), sont agréées conformément aux dispositions de l'arrêté royal du 3 mai 1991 fixant les normes auxquelles doivent répondre respectivement, pour être agréées, les sections hospitalières de diagnostic et de traitement préventif de la mort subite du nourrisson ainsi que les sections hospitalières de diagnostic de la mort subite du nourrisson.

²⁸⁴ Arrêté royal du 3 février 2000 précisant les règles, visées à l'article 32 de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, concernant les lits dans les services des maladies infantiles (index E), M. B. du 16 mars 2000.

²⁸⁵ L'arrêté royal du 7 septembre 1993 bloquant le nombre des sections hospitalières de diagnostic de la mort subite du nourrisson, M. B. du 16 octobre 1993.

2.1.5. Programmation des fonctions hospitalières

2.1.5.1. Fonction « services mobile d'urgence »

L'arrêté royal du 20 septembre 2002 précise les règles relatives au nombre maximum et fixe les critères de programmation applicables à la fonction « services mobile d'urgence »²⁸⁶

Selon l'article 1^{er} de ce texte, le nombre de fonctions "service mobile d'urgence" pouvant être agréées dans chaque Région, est de une par tranche entamée de 140.000 habitants, laquelle doit être atteinte pour moitié au moins. Le nombre maximum de fonctions agréées est, par commune, de une par tranche entamée de 140.000 habitants (art. 2, al. 3). Cependant, une fonction supplémentaire peut être agréée, dans chaque Région, par province où la densité de population est inférieure à la densité moyenne de la population du Royaume.

Sans préjudice de ce qui vient d'être énoncé, deux fonctions supplémentaires peuvent être agréées, dans chaque Région, par province où la densité de population est inférieure à 200 habitants au kilomètre carré.

Chaque Région se voit enlever une fonction par province où la densité de population est supérieure à 2000 habitants au kilomètre carré.

En outre, selon l'article 2 de l'arrêté royal du 20 septembre 2002, « *Sans préjudice de l'application de l'article 1^{er}, chaque arrondissement administratif disposera d'au moins une fonction agréée. Lorsque, dans un arrondissement, plusieurs hôpitaux ou associations d'hôpitaux se sont portés candidats pour l'agrément d'une fonction, l'agrément est octroyé pour la commune comptant le plus grand nombre d'habitants* ».

Sans préjudice de l'application des règles qui sont mentionnées ci-dessus, il y a lieu d'appliquer, lors de l'agrément des fonctions en question, le critère de répartition, visé à l'article 6bis, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, 2^o, de l'arrêté royal du 2 avril 1965²⁸⁷ stipulant que « *les objectifs de la loi du 8 juillet 1964 et ses arrêtés d'exécution, notamment la dispensation garantie et immédiate de soins à la victime ou aux malades, la desserte, par les zones d'intervention, de l'ensemble du territoire du Royaume, doivent être respectés* ». + voir AR du 10/08/1998.

2.2. PROGRAMMATION DES PROGRAMMES DE SOINS

2.2.1. Principe

Selon l'article 9 quater de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, le Roi fixe la liste des programmes de soins. L'arrêté royal du 15 février 1999²⁸⁸ pris sur cette base identifie trois programmes de soins :

- la médecine de la reproduction ;
- la pathologie cardiaque ;
- l'oncologie.

²⁸⁶ M. B. du 26 septembre 2002.

²⁸⁷ Arrêté royal du 2 avril 1965 déterminant les modalités d'organisation de l'aide médicale urgente et portant désignation des communes comme centre du système d'appel unifié, M. B. du 12 mai 1965.

²⁸⁸ Arrêté royal du 15 février 1999 fixant la liste des programmes de soins, visée à l'article 9 ter de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987 et indiquant les articles de la loi sur les hôpitaux applicables à ceux-ci, M. B. 25 mars 1999.

Ces programmes qui doivent être agréés par l'autorité compétente pour la politique en matière de soins de santé en vertu des articles 128, 130 ou 135 de la Constitution, c'est-à-dire, dans le cadre de cette étude, la Région wallonne.

Le Roi peut, pour chacun des programmes de soins, définir des caractéristiques pour pouvoir être agréés (à savoir le groupe cible, le type et le contenu des soins, le niveau minimum d'activité, l'infrastructure requise, l'expertise et les effectifs de personnels médicaux requise, les normes de qualité et les normes afférentes au suivi de la qualité, les critères micro-économiques et les critères relatifs à l'accessibilité géographique).

Il peut étendre l'application des dispensations de cette loi, totalement ou partiellement et avec les adaptations nécessaires, aux programmes de soins. L'article 23 de la loi sur les hôpitaux (la programmation) est applicable aux programmes de médecine de la reproduction et de pathologie cardiaque²⁸⁹ ; l'oncologie n'entre pas dans son champ d'application.

2.2.2. Programmes de soins « pathologie cardiaque » B, T et C

L'arrêté royal du 16 juin 1999 fixe le nombre maximal de programmes de soins « pathologie cardiaque » B, T et C pouvant être mis en service et fixant les critères de programmation applicables à ces programmes²⁹⁰.

Le programme de soins "pathologie cardiaque" B se rapporte²⁹¹ au diagnostic, au traitement, aux soins et à la réadaptation fonctionnelle de patients présentant des problèmes cardiaques qui sont de nature à :

- nécessiter une exploration diagnostique invasive poussée en vue de pouvoir poser le diagnostic avec suffisamment de certitude et de précision et/ou de pouvoir faire le choix thérapeutique adéquat ;
- et/ou nécessiter un traitement à caractère invasif prononcé.

Le programme de soins visé comprend trois programmes partiels, notamment le programme partiel B1 comprenant le diagnostic invasif, le programme partiel B2, comprenant la thérapie interventionnelle, non-chirurgicale et le programme partiel B3, comprenant la chirurgie cardiaque;

Les critères de programmation sont les suivants²⁹² :

- un programme de soins "pathologie cardiaque" B peut être créé dans chaque hôpital qui possède au minimum 300 lits universitaires ;
- outre le nombre de programmes attribués sur la base du critère visé au point 1°, un programme de soins "pathologie cardiaque" B peut être créé par tranche commencée de 800.000 habitants ;
- le nombre de programmes partiels B1 ne peut dépasser le nombre de services de cathétérisme cardiaque pour examens invasifs agréés ou qui fonctionnent dans le cadre d'une association agréée à la date de l'entrée en vigueur de l'arrêté royal du 16 juin 1999.

Le nombre de programmes de soins "pathologie cardiaque" T est limité au nombre d'hôpitaux qui peuvent faire preuve d'activité dans le domaine des transplantations cardiaques et transplantations coeur-poumon durant les années 1995, 1996 et 1997²⁹³.

²⁸⁹ Article 2, § 2, 2 bis, § 2, et 2 ter, § 2, de l'arrêté royal du 15 février 1999.

²⁹⁰ M. B. du 2 mars 2002.

²⁹¹ Article 2 bis, § 1^{er}, 2°, de l'arrêté royal du 15 février 1999.

²⁹² Article 2, § 1^{er}, de l'arrêté royal du 16 juin 1999.

Le nombre de programmes de soins "pathologie cardiaque" C est limité au nombre d'hôpitaux qui peuvent faire preuve d'activité dans le domaine du traitement des problèmes cardiaques congénitaux durant les années 1995, 1996 et 1997²⁹⁴.

2.2.3. Programmes de soins « médecine de la reproduction »

L'arrêté royal du 15 février 1999 fixe les critères de programmation applicables au programme de soins « médecine de la reproduction »²⁹⁵. Le programme de soins « médecine de la reproduction » est constitué de l'ensemble de soins aux patients portant²⁹⁶ :

- soit sur le diagnostic et le traitement de la stérilité, sans recourir à un laboratoire de procréation médicalement assistée, ci-après dénommé le programme de soins A ;
- soit sur le diagnostic et le traitement de la stérilité, en disposant de la possibilité de recourir à un laboratoire de procréation médicalement assistée, ci-après dénommé le programme de soins B.

Le nombre de programmes de soins "médecine de la reproduction" A est limité à un programme de soins par tranche commencée de 700.000 habitants.

Selon l'article 3 de l'arrêté royal du 15 février 1999, les critères de programmation valant pour le programme de soins « médecine de la reproduction B » sont les suivants :

- (1°) les programmes de soins qui se trouvent dans un hôpital universitaire, et qui répondent aux normes d'agrément concernées, sont agréés, avec un maximum d'un programme de soins par Faculté de médecine doté d'un curriculum complet ;
- (2°) lorsqu'une Faculté de médecine doté d'un curriculum complet n'a pas organisé un programme de soins tel que précisé au 1°, mais l'a organisé en collaboration avec un hôpital non-universitaire, ce programme peut être agréé par dérogation au critère visé sous 3°, et si le programme de soins répond aux normes d'agrément concernées ;
- (3°) par province, au maximum un programme de soins non-universitaire, qui répond aux normes d'agrément concernées, peut être agréé. Par région, au moins un programme de soins doit être situé dans un hôpital public ;
- (4°) si, dans une province, aucun programme de soins non-universitaire répond aux normes d'agrément concernées, la Communauté concernée peut agréer, en dérogation à la limitation d'un programme de soins non-universitaire par province, un programme de soins dans une autre province, aussi longtemps que la programmation n'est pas dépassée.

²⁹³ Article 2, § 2, de l'arrêté royal du 16 juin 1999. Le programme de soins « pathologie cardiaque T » concerne le traitement des patients présentant des problèmes cardiaques terminaux réfractaires ; article 2 bis, § 1^{er}, 5°, de l'arrêté royal du 15 février 1999.

²⁹⁴ Article 2, § 3, de l'arrêté royal du 16 juin 1999. Le programme de soins « pathologie cardiaque C » se rapporte au diagnostic, traitement, soins et réadaptation fonctionnelle des patients présentant un problème cardiaque congénital ; article 2 bis, § 1^{er}, 6°, de l'arrêté royal du 15 février 1999.

²⁹⁵ M. B. du 25 mars 1999.

²⁹⁶ Article 2, § 1^{er}, de l'arrêté royal du 15 février 1999 fixant la liste des programmes de soins.

2.3. PROGRAMMATION DES SERVICES MEDICO-TECHNIQUES LOURDS

2.3.1. Principes

La loi sur les hôpitaux coordonnée le 7 août 1987 comporte trois dispositions importantes en ce qui concerne les services médico-techniques lourds à savoir les articles 44, 44 bis et 44 ter.

Selon l'article 44 de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, « *le Roi (...) peut étendre, en tout ou en partie, et avec les adaptations qui pourraient s'avérer nécessaires, les règles relatives à l'appareillage médical lourd, prévues aux articles 39 à 42 et 46²⁹⁷, aux services médicaux et services médico-techniques, que ceux-ci soient créés dans le cadre de l'hôpital ou non. Le Roi définit (...) les normes auxquelles les services doivent répondre pour être agréés comme service médical et service médico-technique* ».

L'article 44 bis de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 8 août 1987, instaure le blocage de certains services au nombre de services qui au 23 décembre 1994²⁹⁸ étaient agréés conformément aux normes d'agrément en vigueur. Les services concernés par cette disposition sont :

- les services de cathétérisme cardiaque pour examens invasifs ;
- les services de cathétérisme cardiaque pour la cardiologie interventionnelle ;
- les services d'hémodialyse chronique en milieu hospitalier ;
- le nombre de services d'autodialyse collective.

Afin de tenir compte de l'évolution scientifique ou technologique en la matière, le Roi peut définir les conditions et les modalités selon lesquelles il peut être dérogé au blocage mentionné ci-dessus. Plusieurs arrêtés royaux ont été pris sur cette base :

- l'arrêté royal du 28 mars 1995 définissant les conditions selon lesquelles il peut être dérogé au blocage du nombre de services de cathétérisme cardiaque pour examen invasifs et du nombre de service de cathétérisme cardiaque pour la cardiologie interventionnelle²⁹⁹ ;
- l'arrêté royal du 12 septembre 2001 précisant les conditions dans lesquelles il peut être dérogé au blocage du nombre de services d'hémodialyse chronique dans un hôpital³⁰⁰ ;
- l'arrêté royal du 1^{er} mars 1999 définissant les conditions selon lesquelles il peut être dérogé au blocage du nombre de services d'autodialyse collective³⁰¹.

Enfin, l'article 44 ter de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987 offre la possibilité au Roi de fixer par type de services autres que ceux visés à l'article 44 bis, des règles plus précises concernant le nombre maximal pouvant être mis en service ou des critères de programmation.

²⁹⁷ Il s'agit notamment de l'octroi de financement si l'installation de l'appareil s'inscrit dans le cadre d'un programme, de l'installation et de l'exploitation soumises à autorisation, de la fixation d'un nombre maximum d'appareils exploités ou mis en service,...

²⁹⁸ Cette à dire, conformément à l'article 44 bis de la loi sur les hôpitaux, la date de publication au Moniteur belge de la loi du 21 décembre 1994 portant des dispositions sociales et diverses.

²⁹⁹ M. B. du 10 mai 1995.

³⁰⁰ M. B. du 7 novembre 2001.

³⁰¹ M. B. du 7 avril 1999.

2.3.2. Arrêté royal pris sur la base de l'article 44 de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987.

2.3.2.1. Service d'imagerie médicale où est installé un tomographe axial transverse

L'arrêté royal du 28 novembre 1986 fixe les normes auxquelles un service d'imagerie médicale³⁰² où est installé un tomographe axial transverse doit répondre pour être agréé comme service médical technique au sens de l'article 6 bis, §2, 6 bis, de la loi sur les hôpitaux³⁰³.

Selon l'article 3, § 1^{er}, de ce texte, « le service d'imagerie médicale doit avoir été créé dans un hôpital général qui dispose d'au moins 150 lits aigus. Ce minimum est de 120 lits lorsque l'hôpital est situé dans une commune de 25.000 habitants au plus et que l'hôpital le plus proche est distant de plus de 15 kilomètres ». L'article 3, § 2, de l'arrêté royal du 28 novembre 1986 dispose en outre qu' « en dérogation au § 1^{er}, les hôpitaux généraux dont le nombre de lits se compose pour deux tiers au moins de lits de diagnostic et de traitement chirurgical (lits C), de lits de diagnostic et de traitement médical (lits D), et de lits d'hospitalisation mixte C + D (lits H*) peuvent créer un service d'imagerie médicale ».

2.3.3. Dérogations aux blocages instaurés par l'article 44 bis de la loi sur les hôpitaux.

2.3.3.1. Services de cathétérismes cardiaque pour examens invasifs et services de cathétérisme cardiaque pour la cardiologie interventionnelle

Selon l'arrêté royal du 28 mars 1995 définissant les conditions selon lesquelles il peut être dérogé au blocage du nombre de services de cathétérisme cardiaque pour examen invasifs et du nombre de service de cathétérisme cardiaque pour la cardiologie interventionnelle³⁰⁴, il peut être dérogé au blocage du nombre de services de cathétérisme cardiaque pour examens invasifs et du nombre de services de cathétérisme cardiaque pour la cardiologie interventionnelle. Certaines conditions doivent être remplies à cet égard. Il faut :³⁰⁵

- que les services concernés se situent dans un hôpital qui dispose d'un service de chirurgie cardiaque agréé tel que visée dans l'arrêté royal du 19 octobre 1993 bloquant le nombre de services de chirurgie cardiaque ;
- que le service de chirurgie cardiaque mentionné ci-dessus effectuée par an au minimum 150 interventions cardiaques avec circulation extracorporelle ;

³⁰² Service qui accomplit les prestations visées à l'article 17 de l'annexe de l'arrêté royal du 14 septembre 1984 fixant la nomenclature des prestations médicale en matière d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité, M. B. du 29 septembre 1984. le service d'imagerie médicale où est installé un tomographe axial transverse est considéré comme service médical technique s'il répond aux normes d'agrément fixée par l'arrêté royal du 28 novembre 1986 ; article 2 de l'arrêté royal du 28 novembre 1986.

³⁰³ M. B. du 6 décembre 1986.

³⁰⁴ M. B. du 10 mai 1995.

³⁰⁵ Article 1^{er} de l'arrêté royal du 28 mars 1995.

- que le service de chirurgie cardiaque mentionné ci-dessus dispose d'un staff médical d'au moins deux chirurgiens équivalents temps plein, porteurs d'un agrément en chirurgie cardiaque ou être réputés comme particulièrement compétents en chirurgie cardiaque auprès la commission d'agrément de chirurgie, après avoir acquis une expérience spécifique d'au moins 2 années dans un service de chirurgie cardiaque. Le médecin qui assure la direction médicale du service est attaché à temps plein et exclusivement à l'hôpital concerné ;
- que les services visés s'engagent à collaborer à un programme d'évaluation de la pratique médicale. Il faut entre autres veiller à ce qu'on choisisse la forme de traitement la mieux appropriée pour le patient ;
- que l'ensemble des services de chirurgie cardiaque, de cathétérisme cardiaque pour examens invasifs et de cathétérisme cardiaque pour la cardiologie interventionnelle aient accueilli, par an, au moins 500 patients différents présentant un problème cardiaque, chacun ayant subi au moins une des modalités de traitement visées.

2.3.3.2. Services d'hémodialyse chronique

Selon l'article 1^{er} de l'arrêté royal du 12 septembre 2001 précisant les conditions dans lesquelles il peut être dérogé au blocage du nombre de services d'hémodialyse chronique dans un hôpital³⁰⁶, toute autorité habilitée à agréer des services médico-techniques, peut par dérogation à l'article 44 bis, alinéa 1^{er}, de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, agréer un service d'hémodialyse chronique pour autant qu'il n'existe pas encore de service de ce type agréé par ses soins.

2.3.3.3. Services d'autodialyse collective

Conformément à l'article 1^{er} l'arrêté royal du 1^{er} mars 1999³⁰⁷, « *il peut être dérogé au blocage du nombre de services d'autodialyse collective, à condition que le service concerné se situe dans un centre de traitement de l'insuffisance rénale chronique agréé qui peut être organisé de manière polycentrique* ».

2.3.4. Arrêtés royaux pris en exécution de l'article 44 ter de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987

2.3.4.1. Services où est installé un tomographe à résonance magnétique avec calculateur intégré

L'arrêté royal du 26 mai 1999 fixe le nombre maximal de services où est installé un tomographe à résonance magnétique avec calculateur intégré³⁰⁸.

Conformément à ce texte, le nombre de services agréés, visés à l'arrêté royal du 27 octobre 1989³⁰⁹, est limité comme suit :

³⁰⁶ M. B. du 7 novembre 2001.

³⁰⁷ Arrêté royal du 1^{er} mars 1999 définissant les conditions selon lesquelles il peut être dérogé au blocage du nombre de services d'autodialyse collective, M. B. du 7 avril 1999.

³⁰⁸ M. B. du 13 août 1999.

³⁰⁹ Arrêté royal du 27 octobre 1989 fixant les normes auxquelles un service où est installé un tomographe à résonance magnétique avec calculateur électronique intégré doit répondre pour être agréé comme service médico-technique, M. B. du 8 décembre 1989.

- en 1999 : 42 services, dont 24 sur le territoire de la Région flamande, 14 sur le territoire de la Région wallonne, et 4 sur le territoire bilingue de la région de Bruxelles-Capitale pour les hôpitaux relevant des institutions visées à l'article 60 de la loi spéciale du 12 janvier 1989 relative aux institutions bruxelloises ;
- à partir de l'an 2000: 53 services, dont 30 sur le territoire de la Région flamande, 17 sur le territoire de la Région wallonne, et 6 sur le territoire bilingue de la région de Bruxelles-Capitale pour les hôpitaux relevant des institutions visées à l'article 60 de la loi spéciale du 12 janvier 1989 relative aux institutions bruxelloises.

Par faculté universitaire de médecine proposant un programme d'étude complet, un service n'est pas compté dans le nombre établi ci-dessus.

2.3.4.2. Services de radiothérapie pouvant être mis en service

L'arrêté royal du 9 juillet 2000 fixe le nombre maximal de services de radiothérapie³¹⁰ pouvant être mis en service³¹¹. En application de ce texte, le nombre de services de radiothérapie est limité au nombre de services agréés à la date de l'entrée en vigueur de l'arrêté royal du 9 juillet 2000 (c'est-à-dire le 30 août 2000). Le nombre de services de radiothérapie qui, dans leur ensemble, répondent aux normes d'agrément et ont obtenu un agrément en application l'arrêté précité du 5 avril 1991³¹², est également limité au nombre de services exploités au 30 août 2000. Il peut être dérogé à ces règles pour autant :

- qu'aucun service de radiothérapie ne soit situé dans la province où le site visé est implanté ;
- qu'en outre la distance entre le site visé ci-dessus, et tout autre service de radiothérapie soit d'au moins 50 Km.

a) Services de médecine nucléaire où est installé un scanner PET

L'arrêté royal du 12 août 2000 fixe les règles relatives au nombre maximum de services de médecine nucléaire où est installé un scanner PET³¹³. Selon ce texte, le nombre de services de médecine nucléaire où est installé un scanner PET, au sens de l'arrêté royal du 12 août 2000 fixant les normes auxquelles un service de médecine nucléaire où est installé un scanner PET doit répondre pour être agréé comme service médico-technique au sens de l'article 44 de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, et qui peuvent être agréés, est limité sur la base des critères suivants :

- 1 service pour chaque faculté universitaire disposant d'un programme d'études complet en médecine ;
- 1 service pour chaque hôpital où sont effectuées à la fois des prestations chirurgicales et médicales, exclusivement pour le traitement des tumeurs, et qui a obtenu la dérogation visée à l'article 2, § 1^{er}bis, de l'arrêté royal du 30 janvier 1989 fixant les normes complémentaires d'agrément des hôpitaux et des services hospitaliers et précisant la définition des groupements d'hôpitaux et les normes particulières qu'ils doivent respecter ;

³¹⁰ Il faut entendre dans ce cadre-ci par « service de radiothérapie », les services de radiothérapie agréés conformément à l'arrêté royal du 5 avril 1991 fixant les normes auxquelles le service de radiothérapie doit répondre pour être agréé comme service médico-technique lourd au sens de l'article 44 de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, M. B. du 17 juin 1991.

³¹¹ M. B. du 30 août 2000.

³¹² Arrêté royal du 5 avril 1991 fixant les normes auxquelles le service de radiothérapie doit répondre pour être agréé comme service médico-technique lourd au sens de l'article 44 de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, M. B. du 17 juin 1991.

³¹³ M. B. du 29 août 2000.

-
- 1 service par tranche complète de 1.600.000 habitants, soit 3 services sur le territoire de la Région flamande et 2 sur le territoire de la Région wallonne, et ce au-delà des critères mentionnés ci-dessus.

Liste des services et de l'index y afférent

Lits a _j	places situées dans les services d'hospitalisation de jour neuropsychiatriques d'observation et de traitement de malades adultes
Lits A	lits situés dans les services neuropsychiatriques d'observation et de traitement de malades adultes
Lits a ^j	lits ou places situés dans les services d'hospitalisation de jour ou de nuit neuropsychiatriques d'observation et de traitement de malades adultes
Lits C	lits situés dans les services de diagnostic et de traitement chirurgical
Lits D	lits situés dans les services de diagnostic et de traitement médical
Lits E	lits des services de maladie infantile
Lits G	lits situés dans les services gériatriques
Lits I	lits situés dans des fonctions de soins intensifs
Lits K	lits situés dans les services neuropsychiatriques d'observation et de traitement d'enfants
Lits k	lits ou places situés dans les services d'hospitalisation de jour ou de nuit neuropsychiatriques d'observation et de traitement d'enfants
Lits k _j	places situées dans les services d'hospitalisation de jour neuropsychiatriques d'observation et de traitement d'enfants
Lits M	lits des services de maternité
Lits N	lits des services des prématurés et nouveau-nés débiles
Lits T	lits situés dans les services neuropsychiatriques de traitement de malades adultes
Places Tf	places pour les soins psychiatriques en milieu familial
Lits t	lits ou places situés dans les services d'hospitalisation de jour ou de nuit neuropsychiatriques de traitement de malades adultes
Lits t ^j	places situées dans les services d'hospitalisation de jour neuropsychiatriques de traitement de malades adultes
Lits Sp	lits situés dans les services spécialisés pour le traitement et la réadaptation
Lits psychogériatriques Sp	lits situés dans les services pour le traitement et la réadaptation des malades souffrant d'affectations psychogériatriques
Lits Sp	lits situés dans les services spécialisés pour le traitement et la réadaptation
Lits Sp chronique	lits situés dans les services pour le traitement et la réadaptation des patients souffrant d'affections chroniques
Lits Sp locomoteur	lits situés dans les services pour le traitement et la réadaptation des patients souffrant d'affections locomotrices
Lits Sp neurologique	lits situés dans les services pour le traitement et la réadaptation des patients souffrant d'affections neurologiques

