## DEMANDE D'AGREMENT

## QUESTIONNAIRE CENTRE SOCIAL SANTÉ INTÉGRÉ - CSSI

## Ordonnance du 4 avril 2019 relative à la première ligne de soins ("Ordonnance")[[1]](#footnote-1)

## Arrêté du Collège réuni de la Commission communautaire commune du 11 juillet 2024 relatif à l'agrément et au financement des CSSI ("arrêté")[[2]](#footnote-2)

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

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

Vivalis administration de la Commission communautaire commune

Direction Santé et Aide aux Personnes

Rue Belliard 71, boîte 1

1040 Bruxelles

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

* **Vous pouvez également introduire votre demande accompagnée des documents justificatifs par courrier électronique à l'adresse suivante :** **agrements-erkenningen@vivalis.brussels**

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

**DEMANDE D'AGREMENT**

**Partie A**

1. **Généralités**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom de l’institution** |  |
| Forme juridique |  |
| Numéro d'entreprise (BCE) |  |
| Représentant du pouvoir organisateur |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Adresse du siège social  |  |
| Adresse du siège d'activité (si différent du siège social) |  |
| Email |  |
| Téléphone |  |
| Site internet |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Forme de CSSI  | [ ]  Complet[[3]](#footnote-3) [ ]  Multi-agrément[[4]](#footnote-4) [ ]  Collaboration entre plusieurs structures[[5]](#footnote-5)  |

1. **Coordonnées de la personne responsable (coordinateur, directeur du centre, …)**

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

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

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

**Partie B - Normes d'agrément**

1. **Equipes**

*Veuillez compléter le tableau ci-dessous avec le nom et prénom, la fonction, la qualification/ formation et le temps de travail de chacun des membres de l'équipe pluridisciplinaire (en mentionnant les réductions de temps de travail 45+, 50+, 55+ et autres dispenses de prestation comme les maladies de longue durée, les écartements prophylactiques etc.).*

Nous vous demanderons de fournir une copie des **diplômes** ou des preuves de qualification pour chaque membre du personnel rattaché à une fonction marqué d'une astérisque.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Fonction | Nom et prénom | Formation/ qualification Conventionné (C - %)Non conventionné (NC) | Temps de travail (ETP) | Réduction de temps de travail ou autre dispense de prestation  |
| *Travailleur social\** |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| *Fonction administrative* |  |  |  |  |
| *Accueil* |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| *Action communautaire*  |  |  |  |  |
| *Coordination* |  |  |  |  |
| *Médecine générale\** |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| *Professionnels de la santé[[6]](#footnote-6) \** |  |  |  |  |
| *Psychologie\** |  |  |  |  |
| *Fonction inclusive (le cas échéant)* |  |  |  |  |
| *Autres* |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. **Missions**

Le CSSI doit exercer 12 missions générales (Ordonnance, art. 9/2, points 1° à 12°). Dans un **exposé joint en annexe**, veuillez décrire de manière détaillée comment ces missions seront concrètement mises en œuvre, en vous référant explicitement à chacune d’elles.

|  |
| --- |
| 1° Aider la personne dans sa globalité et dans toutes ses possibilités d'intégration en offrant un premier accueil aux usagers, analyser leur situation et le cas échéant, orienter leur demande vers le service compétent au sein du centre ou vers un autre service spécialisé |
| 2° Développer le lien social et un meilleur accès des personnes aux équipements collectifs et à leurs droits fondamentaux. Agir sur l'ensemble des facteurs de précarisation sociale |
| 3° Solliciter la participation active des personnes aidées, les intégrer, elles et leur famille, dans la vie citoyenne |
| 4° Dispenser des soins de santé primaire |
| 5° Assurer un accompagnement et un suivi de l'usager dans la durée |
| 6° Assurer un accompagnement psychologique généraliste |
| 7° Recueillir des données permettant une description épidémiologique de la population desservie, l'évaluation des objectifs et l'auto-évaluation des activités du centre en vue d'une amélioration de la qualité des soins |
| 8° Assurer des fonctions d'action communautaire:Le CSSI organise des actions communautaires avec les usagers dont une partie doit être accessible sans inscription préalable. Décrivez la fréquence, les objectifs, les modalités de travail et les modalités d'accès de ces actions. |
| 9° Renforcer les liens avec les services spécialisés, notamment en mettant en place des collaborations relatives à une ou plusieurs mission(s) spécialisée(s) agréée(s) |
| 10° Œuvrer à garantir la prise en charge de tous les usagers et ce indépendamment de leur statut administratif et de leur assurabilité financière |
| 11° Mettre en place des dispositifs de liaison interprofessionnelle:Via des réunions interdisciplinaires, des rencontres entre travailleurs des différents services du centre social santé intégré, des rencontres sectorielles et des rencontres thématiques. |
| 12° Mettre en place des pratiques permettant la continuité dans la démarche de l'aide et des soins, y compris lorsque l'usager choisit de changer de service ambulatoire, ce qu'il peut faire librement, afin de le maintenir dans le système soignant |

1. **Fonction inclusive**

Cette partie ne concerne que les services souhaitant obtenir la reconnaissance d'une fonction inclusive spécifique conformément à l'article 9/3 de l'Ordonnance ainsi que l'article 7 de l'arrêté.

**Si vous êtes concernés, il y a lieu de joindre en annexe le rapport visé à l'article 22 de l'arrêté.**

|  |  |
| --- | --- |
| Souhaitez-vous mettre en œuvre une fonction inclusive spécifique ? | [ ]  Oui[ ]  Non  |
| Précisez la façon dont vous souhaitez mettre en œuvre la fonction inclusive spécifique.  |  |
|  Quel est le pourcentage d'usagers inscrits au forfait ou pour lesquels un dossier médical global est ouvert ayant droit à l'aide médicale urgente (AMU) ou à l'aide médicale octroyée par FEDASIL sur une période de référence de 12 mois ? |   |

1. **Normes fonctionnelles / conditions obligatoires (articles 2 à 6 de l'arrêté)**

|  |  |
| --- | --- |
| Quels sont les jours et horaires d'ouverture hebdomadaire ? Le cas échéant, quels sont les jours de fermeture annuelle ? |  |
| Comment assurez-vous une continuité médicale en dehors des heures de la garde bruxelloise ?  |  |
| Quels jours et pendant combien d'heures garantissez-vous une accessibilité sans rendez-vous pour des demandes liées à la santé somatique ? |  |
| Quels jours et pendant combien d'heures une offre en accompagnement social est-elle garantie aux usagers ? Précisez les modalités. |  |
| Quels jours et pendant combien d'heures une permanence sociale physique, libre et sans rendez-vous est-elle assurée ? Précisez le nombre de jours par an. |  |
| Quelles sont les plages horaires (jours et heures) de rendez-vous qui garantissent :* une prise en charge sociale
* une prise en charge psychologique
 |  |
| Quelles sont les plages horaires (jours et heures) des consultations adaptées à la situation des usagers afin de prendre en charge les situations les plus problématiques, multidimensionnelles, les publics éloignés du soin ? |  |

1. **Autres précisions**

|  |  |
| --- | --- |
| Avez-vous mis en place des collaborations avec d'autres structures (art.9/4 ordonnance) ? *Si oui, précisez les structures et les modalités de collaboration* | *:* |
| Expliquez en quoi votre organisation est bicommunautaire et décrivez brièvement les actions que vous avez mises en place pour vous adresser à tous les Bruxellois, quelle que soit leur langue  |  |
| Quelles sont les caractéristiques de votre territoire d'intervention ? |  |

* Avez-vous d'autres éléments et/ou remarques à communiquer dans le cadre de cette demande ?
* Veuillez joindre à cette demande les documents demandés.
* Les données à caractère personnel recueillies dans le présent formulaire et les annexes seront traitées uniquement aux fins de l'examen de la demande d'agrément. Ce traitement est effectué dans le cadre de l'exercice d'une mission d'intérêt public des Services du Collège réuni. Vous retrouverez plus d’informations sur la politique de confidentialité de la Cocom sur notre site internet.

**Le dossier ainsi constitué est certifié sincère, complet et conforme.**

Date et signature de la ou des personnes habilitée(s) à représenter le centre

**DOCUMENTS A TRANSMETTRE POUR UNE DEMANDE D'AGREMENT**

* Un **courrier** de demande d’agrément;
* Le questionnaire complété, daté et signé;
* L' annexe demandée: note relative aux 12 missions (cf. point 2 du questionnaire);
* **Un budget prévisionnel** reprenant notamment les frais liés à l'engagement du personnel pour la première année concernée d'agrément.
* Dans le cas d'un CSSI souhaitant exercer une fonction inclusive : le **rapport visé à l'article 22 de l'arrêté.**
* Une copie des **accords de partenariat et des conventions de collaboration** existants.
1. <https://www.ejustice.just.fgov.be/eli/ordonnance/2019/04/04/2019011779/justel> [↑](#footnote-ref-1)
2. <https://www.ejustice.just.fgov.be/eli/arrete/2024/07/11/2024008699/justel> [↑](#footnote-ref-2)
3. Une asbl a pour seul objet d'exercer les missions d'un CSSI. [↑](#footnote-ref-3)
4. Un CSSI multi-agrément dispose de plusieurs agréments qui ensemble répondent aux normes d'agréments d'un centre social santé intégré. [↑](#footnote-ref-4)
5. Un CSSI qui a pour objet de mettre en place une collaboration entre plusieurs structures distinctes exploitant des services agréés distincts afin d'offrir un service correspondant aux normes d'agrément d'un centre social santé intégré. [↑](#footnote-ref-5)
6. Art.4,7° ACR du 11 juillet 2024 [↑](#footnote-ref-6)