

Avant-projet de décret du ... modifiant le Code wallon de l'action sociale et de la santé concernant la
santé mentale et ses services actifs en Wallonie

Le Gouvernement wallon,

Sur la proposition de la Ministre de la Santé et de l'Action sociale ;

Après délibération,

ARRÊTE :

La Ministre de la Santé et de l'Action sociale est chargée de présenter au Parlement le projet de décret dont la teneur suit :

Chapitre Ier. Disposition introductive.

Article 1er. Le présent décret règle, en vertu de l'article 138 de la Constitution, une matière visée à l'article 128 de celle-ci.

Chapitre II. Modifications du Code wallon de l'action sociale et de la santé.

Section 1^{ère}. Modifications relatives au plan stratégique pour la santé mentale

Art. 2. Dans la deuxième partie du Code wallon de l'action sociale et de la santé, il est inséré, après l'article 47/18, un livre préliminaire bis intitulé « Livre préliminaire bis. Plan stratégique pour la santé mentale ».

Art. 3. Dans le livre préliminaire bis de la deuxième partie du même Code, il est inséré un titre Ier intitulé « Titre Ier. Définitions ».

Art. 4. Dans le titre Ier du livre préliminaire bis de la deuxième partie du même Code, il est inséré un article 47/19 rédigé comme suit :

« Art. 47/19. Pour l'application du présent livre, on entend par :

1° « la santé mentale » : état de bien-être dans lequel un individu peut réaliser son propre potentiel, vivre en équilibre avec son environnement et faire face aux situations de la vie et au stress qu'elles génèrent en termes de frustrations, d'événements difficiles à traverser ou de problèmes à résoudre ;

2° « le plan » : le plan stratégique pour la santé mentale adopté par le Gouvernement présentant le diagnostic de situation relatif à l'état de santé mentale de la population de la région de langue française, fixant les objectifs transversaux et thématiques de santé mentale, guidant les actions et les stratégies à mettre en œuvre en matière de santé mentale ;

3° « le comité de pilotage » : le comité en charge du pilotage stratégique du plan dans le but de renseigner sur le déroulement du plan et d'apporter des aménagements ou des correctifs nécessaires à l'amélioration continue du plan ;

4° « le Ministre » : le Ministre qui a la Santé dans ses attributions ;

5° « l'Agence » : l'Agence visée à l'article 2. ».

Art. 5. Dans le livre préliminaire bis de la deuxième partie du même Code, il est inséré, après l'article 47/19, un titre II intitulé « Titre II. Plan stratégique pour la santé mentale ».

Art. 6. Dans le titre II du livre préliminaire bis de la deuxième partie du même Code, il est inséré un chapitre Ier intitulé « Chapitre Ier. Elaboration et contenu du plan ».

Art. 7. Il est inséré dans le même Code un article 47/20 rédigé comme suit :

« Art. 47/20. Le Gouvernement définit et met en œuvre un plan stratégique pour la santé mentale dans le but de déterminer les objectifs et les stratégies de santé mentale, en vue de contribuer à l'amélioration de la santé mentale en région de langue française en tenant compte des facteurs d'inégalité sociale de santé ».

Art. 8. Dans le même chapitre Ier, il est inséré un article 47/21 rédigé comme suit :

« Art. 47/21. Le plan est établi pour cinq ans minimum.

Le Gouvernement définit les modalités et la procédure d'adoption et de mise à jour du plan ».

Art. 9. Il est inséré dans le même Code un article 47/22 rédigé comme suit :

« Art. 47/22. Sans préjudice des compétences de l'Etat fédéral, le plan comporte le diagnostic de situation relatif à l'état de santé mentale de la population, assorti d'une analyse des facteurs d'inégalité sociale de santé, identifie les besoins de la population, fixe les objectifs de santé à atteindre, guide les actions et les stratégies à mettre en œuvre.

Le plan précise :

1° les thématiques, les objectifs stratégiques, les publics cibles et les milieux de vie prioritaires en santé mentale ;

2° les objectifs transversaux à suivre pour l'ensemble des thématiques, des objectifs, des publics et des milieux de vie prioritaires ;

3° la concertation et les collaborations avec les acteurs et les entités publiques dont la contribution est nécessaire à l'atteinte des objectifs, qu'ils relèvent d'une compétence régionale ou d'un autre niveau de pouvoir ;

4° les modalités d'évaluation et de suivi, notamment les critères et les indicateurs, qui permettent d'évaluer le degré de réalisation du plan et sa révision.

Afin de permettre son identification précise, chaque plan est désigné par un intitulé spécifique de nature à permettre de le distinguer de tous les autres plans antérieurs ou postérieurs. Le Gouvernement décide de l'intitulé de chaque plan ».

Art. 10. Dans le titre II du livre préliminaire bis de la deuxième partie du même Code, il est inséré, après l'article 47/22, un chapitre II intitulé « Chapitre II. Evaluation ».

Art. 11. Dans le chapitre II du titre II du livre préliminaire bis de la deuxième partie du même Code, il est inséré un article 47/23 rédigé comme suit :

« Art. 47/23. § 1er. Au moins tous les cinq ans, une évaluation du plan est organisée par le comité de pilotage.

L'évaluation a pour objectif :

- 1° de rendre compte de la mise en œuvre du plan par les acteurs en santé mentale ;
- 2° de mesurer l'impact par genre, âge et niveau socio-économique de ces actions sur la santé mentale ;
- 3° de proposer des ajustements pour une nouvelle version du plan.

§ 2. Le rapport d'évaluation est présenté au Parlement dans les six mois qui suivent son adoption par le Gouvernement.

§ 3. Le Gouvernement précise les modalités et la procédure d'évaluation du plan ».

Art. 12. Dans le titre II du livre préliminaire bis de la deuxième partie du même Code, il est inséré, après l'article 47/23, un chapitre III intitulé « Chapitre III. Comité de pilotage ».

Art. 13. Dans le chapitre III du titre II du livre préliminaire bis de la deuxième partie du même Code, il est inséré un article 47/24 rédigé comme suit :

« Art. 47/24. § 1er. Il est créé un Comité de pilotage du plan.

Il comprend au minimum :

- 1° le Ministre ou son représentant ;
- 2° des représentants de l'Agence ;
- 3° des représentants du secteur actifs dans le domaine de la santé mentale ;
- 4° des représentants des organismes assureurs wallons au sens de l'article 43/2, alinéa 1er, 6° ;
- 5° des représentants de la population et des bénéficiaires concernés par le plan.
- 6° un représentant de la première ligne de soin désigné par la plateforme de première ligne wallonne.

Le Gouvernement précise la composition, les modalités de désignation et le fonctionnement du comité de pilotage.

§ 2. Le comité visé au paragraphe 1^{er} a pour mission de :

- 1° superviser la mise en œuvre du plan de façon régulière et au minimum une fois par an ;
- 2° transmettre au Gouvernement tous les cinq ans une évaluation de la politique de santé mentale en région de langue française et des propositions visant à améliorer celle-ci ;
- 3° proposer au Gouvernement une version actualisée et concertée du plan selon les modalités et la procédure adoptées par le Gouvernement conformément à l'article 47/21.

Des groupes de travail composés d'experts peuvent être créés pour couvrir chaque composante du plan.

Le Gouvernement précise les missions du comité de pilotage et détermine les modalités de création des groupes de travail. Il peut confier d'autres missions au comité de pilotage ».

Section 2. Création d'un titre spécifique consacré aux soins en santé mentale

Art. 14. L'intitulé du titre II du livre VI de la deuxième partie du même Code est remplacé par ce qui suit : « Titre II. Dispositifs particuliers de soins en santé mentale ».

Art. 15. Le chapitre IV du titre II du livre VI de la deuxième partie du même Code, intitulé « Chapitre IV. Transport médico-sanitaire », devient le titre III du même livre sous l'intitulé « Titre III. Transport médico-sanitaire ».

Section 3. Modifications relatives aux centres de référence en santé mentale.

Art. 16. Au titre II du livre VI de la deuxième partie du Code wallon de l'action sociale et de la santé, il est inséré, avant le chapitre Ier, un chapitre préliminaire intitulé : « Chapitre préliminaire. Centres de référence en santé mentale ».

Art. 17. Au chapitre préliminaire du titre II du livre VI de la deuxième partie du même Code, il est inséré une section 1^{ère} intitulée : « Section 1^{ère}. Dispositions générales ».

Art. 18. Dans la section 1^{ère} du chapitre préliminaire du titre II du livre VI de la deuxième partie du même Code, il est inséré un article 491/32 rédigé comme suit :

« Art. 491/32. Un centre de référence en santé mentale est un organisme agréé d'appui destiné aux professionnels du secteur de l'aide et des soins en santé mentale ainsi qu'aux représentants de bénéficiaires de ce secteur et de leurs proches. ».

Art. 19. Il est inséré dans le même Code un article 491/33 rédigé comme suit :

« Art. 491/33. Pour l'application du présent chapitre, il faut entendre par :

1° « la santé mentale » : la santé mentale telle que définie à l'article 47/19, 1° du Code ;

2° « le Ministre » : le Ministre qui a la santé dans ses attributions ;

3° « l'Agence » : l'Agence visée à l'article 2. ».

Art. 20. Au chapitre préliminaire du titre II du livre VI de la deuxième partie du même Code, il est inséré, après l'article 491/33, une section 2 intitulée : « Section 2. Missions ».

Art. 21. Dans la section 2 du chapitre préliminaire du titre II du livre VI de la deuxième partie du même Code, il est inséré un article 491/34 rédigé comme suit :

« Art. 491/34. Le Gouvernement ou son délégué agréé, au minimum, un centre de référence en santé mentale aux fins de soutenir l'ensemble du secteur des soins en santé mentale agréé par la Région wallonne ainsi que les professionnels de l'aide et des soins visés par le présent Code, qui sont confrontés à des personnes présentant des difficultés psychologiques ou des troubles psychiatriques.

Dans ce cadre, l'objectif du centre de référence en santé mentale est d'aider les professionnels à soutenir efficacement ces personnes dans leur cheminement vers le rétablissement de leur autonomie et de leur inclusion dans leur communauté de vie. ».

Art. 22. Il est inséré dans le même Code un article 491/35 rédigé comme suit :

« Art. 491/35. Sans préjudice des actions menées sur la base des agréments visés aux articles 410/9, 410/16 et 410/25, la mission définie à l'article 491/34 s'exerce dans le cadre d'un plan d'actions qui comprend les actions suivantes :

1° l'observation des pratiques en santé mentale sur le territoire de langue française de la Région wallonne, dans les autres Régions et Communautés, et à l'étranger en vue d'améliorer les pratiques de l'aide et des soins en santé mentale ;

2° la collecte et la mise à disposition d'informations spécialisées et de bonnes pratiques basées sur l'état actuel des connaissances scientifiques, professionnelles et expérientielles, en concertation avec l'Agence ;

3° la sensibilisation des professionnels de l'aide et des soins en santé mentale aux approches basées sur l'état actuel des connaissances scientifiques, en concertation avec l'Agence ;

4° l'appui au secteur des soins en santé mentale agréé par la Région wallonne et aux professionnels de l'aide et des soins visés par le présent Code ;

5° l'aide à la collecte et à la diffusion de données socio-épidémiologiques au bénéfice des professionnels de l'aide et des soins visés par le présent Code ;

6° la participation à des concertations transrégionales et trans-sectorielles, ou l'organisation de telles concertations ;

7° sans préjudice des analyses et recherches menées par l'Agence et en cohérence avec celle-ci ou d'autres pouvoirs publics, la réalisation d'analyses et de recherches basées sur l'état actuel des savoirs ;

8° la formation continuée des professionnels de l'aide et des soins visés par le présent Code.

Pour la réalisation des actions visées à l'alinéa 1^{er}, le centre de référence en santé mentale utilise des informations, des données et des outils actualisés sur la base des dernières connaissances scientifiques identifiées au moment de l'utilisation.

Les actions visées à l'alinéa 1^{er} sont réalisées en collaboration avec les acteurs de terrain concernés.

Les actions visées à l'alinéa 1^{er} ont pour objectif la réalisation de la mission définie à l'article 491/34, et sont évaluées dans cette perspective, en cohérence avec les actions effectuées par l'Agence.

Le Gouvernement :

1° précise les actions visées à l'alinéa 1^{er} et les modalités de mise en œuvre de ces actions ;

2° prévoit d'autres actions, non énumérées à l'alinéa 1^{er}, lorsque celles-ci apparaissent nécessaires ou utiles à la réalisation de la mission définie à l'article 491/34 ;

3° détermine les modalités de la concertation visée à l'alinéa 3. ».

Art. 23. Au chapitre préliminaire du titre II du livre VI de la deuxième partie du même Code, il est inséré, après l'article 491/35, une section 3 intitulée : « Section 3. Agrément ».

Art. 24. Dans la section 3 du chapitre préliminaire du titre II du livre VI de la deuxième partie du même Code, il est inséré un article 491/36 rédigé comme suit :

« Art. 491/36. Pour obtenir l'agrément, le centre de référence en santé mentale :

1° dispose de la personnalité juridique :

a) soit en tant qu'association sans but lucratif ;

b) soit en tant que personne morale de droit public ;

c) soit en tant qu'association dotée de la personnalité juridique détenue majoritairement par des pouvoirs publics, à l'exception des associations ayant revêtu la forme d'une société ;

- 2° s'engage à exercer la mission définie à l'article 491/34 ;
- 3° s'engage à réaliser les actions prévues à l'article 491/35 ou en exécution de celui-ci ;
- 4° élabore un plan d'actions, dont le contenu et le modèle sont déterminés par le Gouvernement ou son délégué ;
- 5° s'engage à mettre en œuvre son plan d'action ;
- 6° bénéficie d'un encadrement par des conseillers académiques ou scientifiques, selon les modalités déterminées par le Gouvernement ;
- 7° élabore un budget prévisionnel à cinq ans, détaillé par action ;
- 8° s'engage à respecter les règles déontologiques définies par le Gouvernement.

Le plan d'actions élaboré conformément à l'alinéa 1^{er}, 4° doit s'inscrire dans les objectifs, les actions et les stratégies prévus par le plan stratégique pour la santé mentale visé à l'article 47/19, 2°.

Le plan d'actions élaboré conformément à l'alinéa 1^{er}, 4° est évolutif. Le centre de référence en santé mentale procède aux ajustements du plan d'actions rendus nécessaires par suite de l'impact des mesures prévues dans ce plan, des nouvelles connaissances scientifiques en matière de santé mentale et de l'évolution de la situation sanitaire en santé mentale. Les ajustements du plan d'action sont présentés pour validation au Gouvernement ou à son délégué.

Le Gouvernement peut préciser les conditions d'agrément énumérées dans le présent article, et prévoir, si nécessaire, une ou plusieurs conditions d'agrément complémentaires. ».

Art. 25. Il est inséré dans le même Code un article 491/37 rédigé comme suit :

« Art. 491/37. § 1^{er}. Un appel à déposer la demande d'agrément est publié au Moniteur belge, accompagné d'un formulaire dont le modèle est établi par le Gouvernement ou son délégué.

§ 2. La demande d'agrément est introduite par le pouvoir organisateur du centre de référence en santé mentale auprès du Gouvernement ou de son délégué.

Le Gouvernement ou son délégué détermine le contenu du dossier de demande d'agrément. Ce dossier comporte au minimum :

- 1° le numéro d'entreprise du centre de référence en santé mentale ;
- 2° le formulaire visé au paragraphe 1^{er}, reprenant tous les engagements visés à l'article 491/36.

Le Gouvernement précise les modalités et la procédure d'octroi de l'agrément visée au présent article.

§ 3. L'agrément est accordé pour une durée de cinq ans par le Gouvernement ou son délégué.

La décision d'agrément comprend la validation du plan d'actions visé à l'article 491/36, alinéa 1^{er}, 4°.

§ 4. L'agrément est renouvelable par périodes de cinq ans.

La demande de renouvellement de l'agrément est assimilée à une demande d'agrément au sens de la présente section, sous réserve des dispositions spécifiques du présent paragraphe.

Lors d'une demande de renouvellement de l'agrément, le dossier visé au paragraphe 2 est complété par l'évaluation des objectifs atteints et non atteints pour chaque action du plan d'actions arrivant à échéance. ».

Art. 26. Il est inséré dans le même Code un article 491/38 rédigé comme suit :

« Art. 491/38. La dénomination du centre de référence en santé mentale agréé est systématiquement accompagnée de la mention « centre de référence en santé mentale agréé et subventionné par la Région wallonne. ». ».

Art. 27. Au chapitre préliminaire du titre II du livre VI de la deuxième partie du même Code, il est inséré, après l'article 491/38, une section 4 intitulée : « Section 4. Comité d'accompagnement ».

Art. 28. Dans la section 4 du chapitre préliminaire du titre II du livre VI de la deuxième partie du même Code, il est inséré un article 491/39 rédigé comme suit :

« Art. 491/39. Il est institué auprès de chaque centre de référence en santé mentale un comité d'accompagnement qui a pour mission :

1° d'accompagner la réalisation de la mission générale du centre de référence en santé mentale définie à l'article 491/34 ;

2° d'accompagner la réalisation du plan d'actions élaboré conformément à l'article 491/36, alinéa 1^{er}, 4° ;

3° de faciliter les relations et les liens entre le centre de référence en santé mentale, le secteur des soins en santé mentale agréé par la Région wallonne et les professionnels de l'aide et des soins visés par le présent Code.

Le Gouvernement détermine la composition du comité d'accompagnement en veillant à la représentation :

1° des centres de référence en santé mentale et des centres de référence spécifiques ;

2° du secteur des soins en santé mentale agréé par la Région wallonne ainsi que des professionnels de l'aide et des soins visés par le présent Code ;

3° des personnes prises en charge par le secteur et les professionnels visés au 2°, et de leurs proches ;

4° des plateformes de concertation en santé mentale. ».

Art. 29. Il est inséré dans le même Code un article 491/40 rédigé comme suit :

« Art. 491/40. §1^{er}. Un appel à candidature en vue de constituer le comité d'accompagnement est publié au Moniteur belge en même temps que l'appel à déposer la demande d'agrément prévu à l'article 491/37, § 1^{er}.

Le Gouvernement ou son délégué détermine le contenu du dossier de candidature. Ce dossier comporte au minimum :

1° l'identité du candidat ;

2° l'indication de la catégorie de personnes qu'il représente ;

3° une lettre de motivation.

Le Gouvernement précise les modalités et la procédure de désignation des membres du comité d'accompagnement.

§ 2. La désignation en tant que membre du comité d'accompagnement est accordée pour une durée de cinq ans par le Gouvernement ou son délégué.

§ 3. La désignation en tant que membre du comité d'accompagnement est renouvelable par périodes de cinq ans.

La demande de renouvellement de la désignation en tant que membre du comité d'accompagnement est assimilée à une nouvelle demande de désignation au sens de la présente section. ».

Art. 30. Au chapitre préliminaire du titre II du livre VI de la deuxième partie du même Code, il est inséré, après l'article 491/40, une section 5 intitulée : « Section 5. Centres de référence spécifiques ».

Art. 31. Dans la section 5 du chapitre préliminaire du titre II du livre VI de la deuxième partie du même Code, il est inséré un article 491/41 rédigé comme suit :

« Art. 491/41. Le Gouvernement ou son délégué peut agréer un ou plusieurs centres de référence spécifiques, en relation avec des thématiques spécifiques de santé mentale.

Le Gouvernement ou son délégué définit les thématiques spécifiques de santé mentale pour lesquelles il souhaite appliquer l'alinéa 1^{er}. ».

Art. 32. Il est inséré dans le même Code un article 491/42 rédigé comme suit :

« Art. 491/42. Le centre de référence spécifique a pour mission de soutenir l'ensemble du secteur des soins en santé mentale agréé par la Région wallonne ainsi que les professionnels de l'aide et des soins visés par le présent Code, dans la thématique pour laquelle il est agréé.

L'article 491/35 s'applique au centre de référence spécifique pour la thématique pour laquelle il est agréé. ».

Art. 33. Il est inséré dans le même Code un article 491/43 rédigé comme suit :

« Art. 491/43. Les dispositions applicables au centre de référence en santé mentale s'appliquent aux centres de référence spécifiques, à l'exception des modalités particulières prévues à la présente section.

Le Gouvernement est autorisé à prévoir d'autres modalités particulières en fonction des thématiques pour lesquelles les centres de référence spécifiques sont reconnus. ».

Art. 34. Il est inséré dans le même Code un article 491/44 rédigé comme suit :

« Art. 491/44. Dans la détermination de la composition du comité d'accompagnement, le Gouvernement vérifie que les membres représentant le secteur des soins en santé mentale agréé par la Région wallonne ainsi que les professionnels de l'aide et des soins visés par le présent Code disposent d'une expérience spécifique dans la thématique pour laquelle le centre de référence spécifique est reconnu. ».

Art. 35. Il est inséré dans le même Code un article 491/45 rédigé comme suit :

« Art. 491/45. La dénomination du centre de référence spécifique agréé est systématiquement accompagnée de la mention « centre de référence spécifique agréé et subventionné par la Région wallonne. ». ».

Art. 36. Au chapitre préliminaire du titre II du livre VI de la deuxième partie du même Code, il est inséré, après l'article 491/45, une section 6 intitulée : « Section 6. Subventionnement ».

Art. 37. Dans la section 6 du chapitre préliminaire du titre II du livre VI de la deuxième partie du même Code, il est inséré un article 491/46 rédigé comme suit :

« Art. 491/46. Pendant la période couverte par l'agrément et dans la limite des disponibilités budgétaires, le centre de référence en santé mentale bénéficie d'une subvention annuelle destinée à couvrir des frais de personnel et des frais de fonctionnement.

Le Gouvernement détermine les modalités de calcul de la subvention visée à l'alinéa 1^{er}. ».

Art. 38. Il est inséré dans le même Code un article 491/47 rédigé comme suit :

« Art. 491/47. Sans préjudice des obligations comptables imposées par le Code des sociétés et des associations, et par ses arrêtés d'exécution, le centre de référence en santé mentale tient une comptabilité en partie double par année budgétaire et fournit annuellement un bilan et un compte de résultats selon le modèle déterminé par le Gouvernement. ».

Art. 39. Au chapitre préliminaire du titre II du livre VI de la deuxième partie du même Code, il est inséré, après l'article 491/47, une section 7 intitulée : « Section 7. Evaluation, contrôle et sanction ».

Art. 40. Dans la section 7 du chapitre préliminaire du titre II du livre VI de la deuxième partie du même Code, il est inséré un article 491/48 rédigé comme suit :

« Art. 491/48. Les activités de chaque centre de référence en santé mentale font l'objet d'une évaluation périodique par l'Agence.

Le centre de référence en santé mentale participe activement à son évaluation et collabore avec l'Agence pour l'élaboration et le suivi de cette évaluation.

Le Gouvernement détermine les modalités et la procédure d'évaluation. ».

Art. 41. Il est inséré dans le même Code un article 491/49 rédigé comme suit :

« Art. 491/49. Le contrôle administratif et financier du centre de référence en santé mentale est exercé par les membres du personnel de l'Agence désignés à cet effet.

Dans le but d'obtenir toutes informations ou tous documents utiles au contrôle, ou d'effectuer toutes constatations utiles au contrôle, ces membres du personnel peuvent :

1° avoir libre accès aux locaux du centre de référence en santé mentale pendant les heures d'ouverture de ceux-ci ;

2° consulter sans déplacement tous documents détenus au centre de référence en santé mentale et s'en faire remettre copie ;

3° obtenir copie au format de leur choix de tous documents ou données conservées de manière électronique par le centre de référence en santé mentale ;

4° entendre tout dirigeant ou membre du personnel du centre de référence en santé mentale ;

5° demander par écrit ou par voie électronique au centre de référence en santé mentale toutes informations ou explications utiles ;

6° consulter auprès du Moniteur belge, auprès de la Banque-carrefour des entreprises, auprès de la Centrale des Bilans ou auprès de toutes autres sources authentiques les données relatives au centre de référence en santé mentale.

Le Gouvernement peut préciser les limites des pouvoirs conférés aux membres du personnel par l'alinéa précédent, ainsi que les modalités d'exercice de ces pouvoirs.

Le Gouvernement détermine les modalités du contrôle, dans le respect du principe du contradictoire. ».

Art. 42. Il est inséré dans le même Code un article 491/50 rédigé comme suit :

« Art. 491/50. § 1er. À tout moment, l'agrément en qualité de centre de référence en santé mentale peut être retiré par le Gouvernement ou son délégué pour cause d'inobservation des dispositions du présent chapitre ou des dispositions fixées en application de celui-ci.

Le centre de référence en santé mentale dont l'agrément a été retiré, ne peut pas introduire une nouvelle demande d'agrément pendant l'année suivant la décision de retrait de l'agrément.

§ 2. Le Gouvernement précise les procédures de retrait de l'agrément.

A cet effet, le Gouvernement détermine les formes et les délais et assure le respect du caractère contradictoire de la procédure. ».

Art. 43. Dans l'intitulé du chapitre II du titre II du livre VI de la deuxième partie du même Code, les mots « et centres de référence en santé mentale » sont abrogés.

Art. 44. Au chapitre II du titre II du livre VI de la deuxième partie du même Code, la section 3 et les articles 618 à 622 sont abrogés.

Section 4. Modifications relatives aux maisons de soins psychiatriques

Art. 45. Au titre II du livre VI de la deuxième partie du même Code, il est inséré, après l'article 538, un chapitre 1er/1 intitulé « Chapitre 1er/1. Maisons de soins psychiatriques ».

Art. 46. Au chapitre 1er/1 du titre II du livre VI de la deuxième partie du même Code, il est inséré une section 1^{ère} intitulée « Section 1^{ère}. Dispositions générales ».

Art. 47. Dans la section 1^{ère} du chapitre 1er/1 du titre II du livre VI de la deuxième partie du même Code, il est inséré un article 538/1 rédigé comme suit :

« Art. 538/1. Pour l'application du présent chapitre, il faut entendre par :

1° « maison de soins psychiatriques » : l'institution résidentielle agréée par le Gouvernement ou son délégué pour exercer la mission définie à l'article 538/2 ;

2° « bénéficiaire » : la personne qui souffre de troubles psychiatriques et qui est hébergée dans une maison de soins psychiatriques ;

3° « plate-forme de concertation en santé mentale » : la plate-forme de concertation en santé mentale agréée, telle que définie à l'article 679/2, 1° ;

4° « hôpital » : l'hôpital, tel que défini à l'article 2 de la loi coordonnée du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux et autres établissements de soins ;

5° « hôpital psychiatrique » : l'hôpital psychiatrique, tel que défini à l'article 2 de la loi coordonnée du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux et autres établissements de soins ;

6° « locaux accessibles aux personnes à mobilité réduite » : les locaux spécialement aménagés, selon les normes contenues aux articles 415 à 415/16 du guide régional d'urbanisme, pour être accessibles aux personnes à mobilité réduite ;

7° « pouvoir organisateur » : l'organe qui représente juridiquement la maison de soins psychiatrique en fonction de la législation applicable à sa forme juridique ;

8° « dossier du bénéficiaire » : le dossier individuel visé à l'article 538/25 ;

10° « représentant »:

a) soit le représentant légal ou judiciaire du bénéficiaire ;

b) soit le mandataire désigné par le bénéficiaire ;

11° « l'Agence » : l'Agence visée à l'article 2

12° « le Ministre » : le Ministre qui a la santé publique dans ses attributions. ».

Art. 48. Il est inséré un article 538/2 rédigé comme suit :

« Art. 538/2. Une maison de soins psychiatriques a pour mission d'héberger, d'accompagner et de fournir les soins adéquats et nécessaires, en séjour de jour et de nuit, à des personnes visées à l'art.538/4, en vue de raccourcir leur séjour en hôpital psychiatrique ou de leur éviter un séjour en hôpital psychiatrique. ».

Art. 49. Au chapitre 1er/1 du titre II du livre VI de la deuxième partie du même Code, il est inséré, après l'article 538/2, une section 2 intitulée « Section 2. Règles d'organisation et de fonctionnement ».

Art. 50. Dans la section 2 du chapitre 1er/1 du titre II du livre VI de la deuxième partie du même Code, il est inséré une sous-section 1^{ère} intitulée « Sous-section 1^{ère}. Projet de service ».

Art. 51. Dans la sous-section 1^{ère} de la section 2 du chapitre 1er/1 du titre II du livre VI de la deuxième partie du même Code, il est inséré un article 538/3 rédigé comme suit :

« Art. 538/3. Tous les projets et actions de la maison de soins psychiatriques s'exercent dans le cadre d'un projet de service.

Le projet de service est élaboré pour une durée maximale de cinq ans.

Le projet de service est adapté en cas de demande de modification de l'agrément de la maison de soins psychiatriques.

Le projet de service est centré prioritairement sur le bénéficiaire.

Les projets et actions visés à l'alinéa 1er sont clairement décrits et identifiés dans le projet de service. L'ensemble du projet de service ainsi que chaque projet et action visés à l'alinéa 1er concordent avec la mission visée à l'article 538/2.

Le projet de service reprend au moins les éléments suivants :

1° l'identification de la maison de soins psychiatriques ;

2° l'environnement de la maison de soins psychiatriques en termes territorial et institutionnel ;

3° l'organisation de la maison de soins psychiatriques et son articulation avec le réseau ;

4° la définition des objectifs et du plan d'actions ;

5° les mécanismes d'auto-évaluation.

Le plan d'actions visé à l'alinéa 6, 4° doit s'inscrire dans les objectifs, actions et stratégies prévus par le plan stratégique pour la santé mentale visé à l'article 47/19, 2°.

Le Gouvernement précise et complète le contenu du projet de service, détermine les modalités de son adoption et de sa communication à l'Agence.

Le Gouvernement ou son délégué valide le projet de service. ».

Art. 52. Dans la section 2 du chapitre 1er/1 du titre II du livre VI de la deuxième partie du même Code, il est inséré, après l'article 538/3, une sous-section 2 intitulée « Sous-section 2. Bénéficiaires admissibles ».

Art. 53. Dans la sous-section 2 de la section 2 du chapitre 1er/1 du titre II du livre VI de la deuxième partie du même Code, il est inséré un article 538/4 rédigé comme suit :

« Art. 538/4. § 1^{er}. La maison de soins psychiatriques est destinée :

1° aux personnes qui présentent un trouble psychique chronique stabilisé, étant entendu qu'elles :

a) ne requièrent pas de traitement hospitalier ;

b) n'entrent pas en ligne de compte pour une admission en maison de repos et de soins étant donné leur état psychique ;

c) n'entrent pas en ligne de compte pour l'habitation protégée ;

d) ne nécessitent pas une surveillance psychiatrique non-interrompue ;

e) nécessitent un accompagnement continu ;

2° aux personnes en situation de handicap mental, étant entendu qu'elles :

a) ne requièrent pas de traitement hospitalier ;

b) n'entrent pas en ligne de compte pour l'habitation protégée ;

c) n'entrent pas en ligne de compte pour une admission dans un service résidentiel ou résidentiel de nuit pour adultes ou un service de logements supervisés ;

d) ne nécessitent pas une surveillance psychiatrique non-interrompue ;

e) nécessitent un accompagnement continu.

§ 2. La maison de soins psychiatriques établit, dans un règlement, les conditions et la procédure d'admission, d'exclusion et de départ des bénéficiaires.

Ce règlement est communiqué :

1° à tous les bénéficiaires ;

2° à toute personne qui souhaite intégrer la maison de soins psychiatriques ou à son représentant ;

3° à l'Agence.

Le Gouvernement détermine les conditions minimales auxquelles doit satisfaire ce règlement, dans son contenu et dans sa forme. ».

Art. 54. Il est inséré dans le même Code un article 538/5 rédigé comme suit :

« Art. 538/5. Le bénéficiaire peut, en cas de crise ou de nécessité de procéder à un traitement et à des soins cliniques, être admis temporairement dans un hôpital afin d'y subir des examens et traitements appropriés.

Pour autant qu'il remplisse toujours les conditions prévues à l'article 538/4, § 1^{er}, le bénéficiaire réintègre, à la fin de l'hospitalisation visée à l'alinéa 1^{er}, la maison de soins psychiatriques dans laquelle il était hébergé avant cette hospitalisation. ».

Art. 55. Dans la section 2 du chapitre 1^{er}/1 du titre II du livre VI de la deuxième partie du même Code, il est inséré, après l'article 538/5, une sous-section 3 intitulée « Sous-section 3. Collaboration avec d'autres institutions de soins en santé mentale ».

Art. 56. Dans la sous-section 3 de la section 2 du chapitre 1^{er}/1 du titre II du livre VI de la deuxième partie du même Code, il est inséré un article 538/6 rédigé comme suit :

« Art. 538/6. Dans l'intérêt des bénéficiaires, la maison de soins psychiatriques conclut une convention écrite avec au minimum un hôpital psychiatrique.

Le Gouvernement ou son délégué détermine le contenu minimal et le modèle de la convention visée à l'alinéa 1^{er}. ».

Art. 57. Il est inséré dans le même Code un article 538/7 rédigé comme suit :

« Art. 538/7. La maison de soins psychiatriques est membre au moins d'une plate-forme de concertation en santé mentale. ».

Art. 58. Dans la section 2 du chapitre 1^{er}/1 du titre II du livre VI de la deuxième partie du même Code, il est inséré, après l'article 538/7, une sous-section 4 intitulée « Sous-section 4. Personnel et encadrement ».

Art. 59. Dans la sous-section 4 de la section 2 du chapitre 1^{er}/1 du titre II du livre VI de la deuxième partie du même Code, il est inséré un article 538/8 rédigé comme suit :

« Art. 538/8. La maison de soins psychiatriques est gérée d'une manière distincte par rapport à d'autres institutions ou services relevant du même pouvoir organisateur, sans préjudice des collaborations entre ces institutions ou services. ».

Art. 60. Il est inséré dans le même Code un article 538/9 rédigé comme suit :

« Art. 538/9. La maison de soins psychiatriques doit disposer du personnel en nombre suffisant pour l'accompagnement des bénéficiaires.

Le Gouvernement ou son délégué précise les titres et qualifications requis pour le personnel visé à l'alinéa 1^{er}. ».

Art. 61. Il est inséré dans le même Code un article 538/10 rédigé comme suit :

« Art. 538/10. § 1^{er}. Chaque membre du personnel est engagé par le pouvoir organisateur :

1° soit en tant que travailleur statutaire ;

2° soit en tant que travailleur salarié sous contrat de travail.

§ 2. Dans les cas et selon les conditions qu'il détermine, le Gouvernement ou son délégué peut autoriser, totalement ou partiellement, l'exercice de certains postes prévus en exécution de l'article 538/9, alinéa 2, par des prestataires indépendants liés au pouvoir organisateur par une convention de collaboration.

La convention de collaboration visée à l'alinéa 1^{er} est conclue entre le prestataire indépendant et le pouvoir organisateur. Cette convention définit les conditions et les modalités de participation aux activités et aux frais de gestion de la maison de soins psychiatriques, et le montant maximum des honoraires.

Le Gouvernement ou son délégué précise le contenu, les conditions et les modalités de la convention de collaboration visée à l'alinéa 1^{er}. ».

Art. 62. Il est inséré dans le même Code un article 538/11 rédigé comme suit :

« Art. 538/11. Le Gouvernement détermine les normes applicables au calcul du nombre minimal de personnel affecté à la maison de soins psychiatrique. ».

Art. 63. Il est inséré dans le même Code un article 538/12 rédigé comme suit :

« Art. 538/12. Le pouvoir organisateur désigne le médecin psychiatre chargé de l'encadrement de l'équipe pluridisciplinaire.

Le Gouvernement détermine les qualifications minimales exigées pour exercer cette fonction d'encadrement.

Le Gouvernement détermine les tâches spécifiques qui doivent être confiées au médecin psychiatre visé à l'alinéa 1^{er}. ».

Art. 64. Il est inséré dans le même Code un article 538/13 rédigé comme suit :

« Art. 538/13. Une concertation pluridisciplinaire est organisée au sein de l'équipe pluridisciplinaire en fonction des besoins, et, au minimum, selon une périodicité déterminée par le Gouvernement.

Le Gouvernement détermine le contenu et les modalités de la concertation pluridisciplinaire. ».

Art. 65. Il est inséré dans le même Code un article 538/14 rédigé comme suit :

« Art. 538/14. La surveillance des bénéficiaires doit être assurée de jour comme de nuit.

Le Gouvernement détermine les modalités de cette surveillance et le nombre minimal de personnes qui doivent y être affectées. ».

Art. 66. Il est inséré dans le même Code un article 538/15 rédigé comme suit :

« Art. 538/15. Le pouvoir organisateur de la maison de soins psychiatriques respecte la liberté thérapeutique des membres de l'équipe pluridisciplinaire. ».

Art. 67. Dans la section 2 du chapitre 1er/1 du titre II du livre VI de la deuxième partie du même Code, il est inséré, après l'article 538/15, une sous-section 5 intitulée « Sous-section 5. Secret professionnel ».

Art. 68. Dans la sous-section 5 de la section 2 du chapitre 1er/1 du titre II du livre VI de la deuxième partie du même Code, il est inséré un article 538/16 rédigé comme suit :

« Art. 538/16. Les membres de l'équipe pluridisciplinaire et le pouvoir organisateur sont tenus au secret professionnel pour tous les éléments relatifs aux bénéficiaires dont ils ont ou pourraient avoir connaissance.

Toute infraction à l'obligation de secret professionnel est sanctionnée conformément à l'article 458 du code pénal. ».

Art. 69. Dans la section 2 du chapitre 1er/1 du titre II du livre VI de la deuxième partie du même Code, il est inséré, après l'article 538/16, une sous-section 6 intitulée « Sous-section 6. Dispositions relatives au bâtiment ».

Art. 70. Dans la sous-section 6 de la section 2 du chapitre 1er/1 du titre II du livre VI de la deuxième partie du même Code, il est inséré un article 538/17 rédigé comme suit :

« Art. 538/17. La maison de soins psychiatriques dispose d'un minimum de dix lits et d'un maximum de soixante lits.

La maison de soins psychiatriques peut déroger au nombre maximal de lits prévu à l'alinéa 1^{er} lorsqu'elle dispose, avant le 1^{er} janvier 2024, d'un agrément pour un nombre de lits supérieur à soixante.

Le Gouvernement ou son délégué peut, dans l'intérêt des bénéficiaires, autoriser des dérogations à l'alinéa 1^{er} autres que celle prévue à l'alinéa 2. ».

Art. 71. Il est inséré dans le même Code un article 538/18 rédigé comme suit :

« Art. 538/18. La maison de soins psychiatriques est implantée en dehors du campus d'un hôpital psychiatrique.

La maison de soins psychiatriques est implantée dans la communauté de vie locale, de manière telle qu'elle puisse assurer le bien-être psychique des bénéficiaires.

Une dérogation aux alinéas 1^{er} et 2 est accordée lorsque la maison de soins psychiatriques a été agréée avant le 1^{er} janvier 2024 sans remplir les conditions de localisation visées auxdits alinéas.

Le Gouvernement ou son délégué peut, dans les cas qu'il détermine, autoriser d'autres dérogations aux dispositions du présent article, pour autant que la dérogation ne porte pas atteinte au bien-être des bénéficiaires. ».

Art. 72. Il est inséré dans le même Code un article 538/19 rédigé comme suit :

« Art. 538/19. § 1^{er}. Chaque chambre comprend un seul lit.

Par dérogation à l'alinéa 1^{er}, une chambre peut comporter deux lits lorsque la maison de soins psychiatriques dispose, avant le 1^{er} janvier 2024, d'un agrément autorisant des chambres à deux lits. Le nombre de chambres à deux lits ne peut jamais excéder la moitié du nombre total de chambres.

Le Gouvernement ou son délégué peut, dans l'intérêt des bénéficiaires, autoriser des dérogations à l'alinéa 1^{er} autres que celle prévue à l'alinéa 2.

§2. Le Gouvernement détermine les espaces communs que doit comprendre une maison de soins psychiatriques afin d'assurer la vie en collectivité, et précise si nécessaire les caractéristiques minimales de ces espaces communs.

§ 3. Chaque chambre et les parties communes doivent respecter les normes de salubrité édictées par l'article 3 du Code wallon de l'habitation durable et ses arrêtés d'exécution.

Par dérogation à l'alinéa 1^{er}, le Gouvernement peut arrêter des normes spécifiques applicables aux maisons de soins psychiatriques.

Le Gouvernement détermine les superficies et volumes minimaux des chambres et des parties communes. ».

Art. 73. Il est inséré dans le même Code un article 538/20 rédigé comme suit :

« Art. 538/20. Le Gouvernement détermine les normes de protection contre l'incendie applicables aux maisons de soins psychiatriques. ».

Art. 74. Il est inséré dans le même Code un article 538/21 rédigé comme suit :

« Art. 538/21. La maison de soins psychiatriques dispose d'un espace extérieur.

Une dérogation à l'alinéa 1^{er} est accordée lorsque la maison psychiatrique a été agréée avant le 1^{er} janvier 2024 sans disposer d'un espace extérieur.

Le Gouvernement ou son délégué peut, dans l'intérêt des bénéficiaires, autoriser des dérogations à l'alinéa 1^{er} autres que celle prévue à l'alinéa 2. ».

Art. 75. Il est inséré dans le même Code un article 538/22 rédigé comme suit :

« Art. 538/22. La maison de soins psychiatriques est accessible aux personnes à mobilité réduite.

Le Gouvernement ou son délégué peut, dans les conditions qu'il détermine, autoriser une dérogation à l'alinéa 1^{er}.

Le Gouvernement adopte les mesures nécessaires à l'exécution du présent article. ».

Art. 76. Dans la section 2 du chapitre 1^{er}/1 du titre II du livre VI de la deuxième partie du même Code, il est inséré, après l'article 538/22, une sous-section 7 intitulée « Sous-section 7. Dispositions relatives au cadre de vie ».

Art. 77. Dans la sous-section 6 de la section 2 du chapitre 1^{er}/1 du titre II du livre VI de la deuxième partie du même Code, il est inséré un article 538/23 rédigé comme suit :

« Art. 538/23. § 1^{er}. La maison de soins psychiatriques garantit une atmosphère conforme à un cadre de vie agréable au quotidien.

La maison de soins psychiatriques s'organise de manière à assurer une atmosphère familiale.

Les chambres sont conçues et aménagées dans l'objectif de garantir au maximum un séjour agréable et le respect de l'intimité des bénéficiaires.

Le Gouvernement adopte les mesures nécessaires ou utiles à l'exécution du présent paragraphe.

§ 2. La vie communautaire au sein de la maison de soins psychiatriques est régie par un règlement d'ordre intérieur.

Le règlement d'ordre intérieur est signé par chaque bénéficiaire lors de son admission.

Le Gouvernement détermine le contenu minimal du règlement d'ordre intérieur, et les exigences qu'il peut ou ne peut pas imposer aux bénéficiaires. ».

Art. 78. Il est inséré dans le même Code un article 538/24 rédigé comme suit :

« Art. 538/24. Le Gouvernement détermine les règles applicables à la distribution et à la conservation des médicaments. ».

Art. 79. Dans le chapitre 1er/1 du titre II du livre VI de la deuxième partie du même Code, il est inséré, après l'article 538/24, une section 3 intitulée « Section 3. Dossier individuel ».

Art. 80. Dans la section 3 du chapitre 1er/1 du titre II du livre VI de la deuxième partie du même Code, il est inséré un article 538/25 rédigé comme suit :

« Art. 538/25. § 1er. Pour chaque bénéficiaire, il est constitué un dossier individuel contenant les données médicales, sociales et administratives [REDACTED] nécessaires, adéquates et pertinentes pour la prise en charge [REDACTED] dans le respect des règles déontologiques et de protection de la vie privée.

Le dossier individuel du bénéficiaire comprend [REDACTED] les données suivantes :

1° l'identification du bénéficiaire par son numéro d'identification à la sécurité sociale (NISS), son nom, son prénom, son sexe, sa date de naissance, son adresse, ses numéros de téléphone et ses adresses électroniques, et, le cas échéant, les coordonnées de son représentant ;

2° l'identification du médecin généraliste du bénéficiaire, et, le cas échéant, du médecin spécialiste ou autre professionnel de santé désigné par le bénéficiaire ;

3° l'identification personnelle des membres de l'équipe pluridisciplinaire qui interviennent dans la prise en charge du bénéficiaire ;

4° l'identification des membres du réseau dont celui qui est à l'origine de l'orientation vers la maison de soins psychiatriques ;

5° le motif de la prise en charge ou la problématique au moment de la prise en charge ;

6° les antécédents personnels et familiaux du bénéficiaire ;

7° les résultats d'examens tels que des examens cliniques, radiologiques, biologiques, fonctionnels et histo-pathologiques utiles à la prise en charge du bénéficiaire ;

8° les notes des entretiens avec le bénéficiaire, d'autres professionnels des soins de santé ou des tiers [REDACTED] ;

9° les attestations, rapports ou avis reçus du bénéficiaire ou de tiers ;

10° les objectifs de santé et les déclarations d'expression de la volonté reçues du bénéficiaire ;

11° le dernier diagnostic établi par le professionnel des soins de santé concerné ;

12° la caractérisation du bénéficiaire telle que visée à l'article 12 de la loi du 22 avril 2019 relative à la qualité de la pratique des soins de santé ;

13° l'aperçu chronologique des soins de santé et prestations dispensés avec indication de leur nature, de la date et de l'identité du membre de l'équipe pluridisciplinaire concerné ;

14° l'évolution de la pathologie ;

15° les renvois vers d'autres professionnels des soins de santé, services ou tiers ;

16° les médicaments, [REDACTED] le schéma de médication, [REDACTED] ;

17° les complications ou comorbidités qui nécessitent un traitement complémentaire ;

18° la mention qu'en application des articles 7, § 2, et 8, § 3, de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient, des informations ont été communiquées, avec l'accord du bénéficiaire, à une personne de confiance ou au bénéficiaire en présence d'une personne de confiance et l'identité de cette personne de confiance ;

19° la demande expresse du bénéficiaire de ne pas lui fournir d'informations en application des articles 7, § 3, et 8, § 3, de la loi précitée du 22 août 2002 ;

20° la motivation du fait de ne pas divulguer des informations au bénéficiaire en application de l'article 7, § 4, de la loi précitée du 22 août 2002 ;

21° la demande du bénéficiaire en application du paragraphe 3 de se faire assister par une personne de confiance désignée par lui ou d'exercer son droit de consultation par l'entremise de celle-ci ainsi que l'identité de cette personne de confiance ;

22° la motivation du rejet total ou partiel de la demande d'un représentant du bénéficiaire visant à obtenir la consultation ou une copie du dossier de bénéficiaire en application de l'article 15, § 1er, de la loi précitée du 22 août 2002 ;

23° la motivation de la dérogation à la décision prise par un représentant du bénéficiaire en application de l'article 15, § 2, de la loi précitée du 22 août 2002 ;

24° le tarif appliqué au bénéficiaire ;

25° la fiche de renseignement destinée au recueil des données socio-épidémiologiques visé à l'article 538/32.

Sans préjudice d'autres dispositions légales, les dossiers individuels sont conservés par la maison de soins psychiatriques au minimum trente ans et maximum cinquante ans après le dernier contact avec le bénéficiaire concerné [REDACTED], sous la responsabilité du directeur administratif.

[REDACTED]

§ 2. Le bénéficiaire a droit, de la part du membre de l'équipe de la maison de soins psychiatriques, à un dossier individuel soigneusement tenu à jour et conservé selon des règles de sécurité appropriées.

A la demande du bénéficiaire, le membre de l'équipe de la maison de soins psychiatriques ajoute les documents fournis par le bénéficiaire dans le dossier le concernant.

§ 3. Le bénéficiaire a droit à la consultation du dossier le concernant. Le Gouvernement détermine les modalités de la demande de consultation.

Il est donné suite dans les meilleurs délais et au plus tard dans les quinze jours de sa réception, à la demande du bénéficiaire visant à consulter le dossier le concernant.

Les annotations personnelles d'un membre de l'équipe de la maison de soins psychiatriques et les données concernant des tiers n'entrent pas dans le cadre de ce droit de consultation.

A sa demande, le bénéficiaire peut se faire assister par une personne de confiance désignée par lui ou exercer son droit de consultation par l'entremise de celle-ci. Si cette personne est un membre de

l'équipe de la maison de soins psychiatriques ou d'une autre maison de soins psychiatriques, elle consulte également les annotations personnelles visées à l'alinéa 3. Le cas échéant, la demande du bénéficiaire est formulée par écrit et la demande, ainsi que l'identité de la personne de confiance, sont consignées ou ajoutées au dossier du bénéficiaire.

Si le dossier du bénéficiaire contient une motivation écrite telle que visée à l'article 538/30, § 4, alinéa 2, qui est encore pertinente, le bénéficiaire exerce son droit de consultation du dossier par l'intermédiaire d'un membre de l'équipe de la maison de soins psychiatriques ou d'une autre maison de soins psychiatriques désigné par lui, lequel membre consulte également les annotations personnelles visées à l'alinéa 3.

La situation visée à l'alinéa 5 dans laquelle le bénéficiaire peut exercer son droit de consultation de son dossier individuel uniquement en passant par l'intermédiaire d'un membre de l'équipe de la maison de soins psychiatriques ou d'une autre maison de soins psychiatriques désigné par lui lorsque son dossier contient une motivation écrite telle que visée à l'article 538/30, § 4, alinéa 2, qui est toujours d'application, est en conformité avec l'article 23 du règlement (UE) n° 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, et abrogeant la directive 95/46/CE (règlement général sur la protection des données).

§4. Le bénéficiaire a le droit d'obtenir une copie du dossier le concernant ou d'une partie de celui-ci. Sur chaque copie, il est précisé que celle-ci est strictement personnelle et confidentielle.

Le membre de l'équipe de la maison de soins psychiatriques refuse de donner cette copie s'il dispose d'indications claires selon lesquelles le bénéficiaire subit des pressions afin de communiquer une copie de son dossier à des tiers.

§5. Après le décès du bénéficiaire, l'époux, le partenaire cohabitant légal, le partenaire et les parents jusqu'au deuxième degré inclus ont, par l'intermédiaire du membre de l'équipe de la maison de soins psychiatriques désigné par le demandeur, le droit de consultation visé au paragraphe 3 pour autant que leur demande soit suffisamment motivée et spécifiée et que le bénéficiaire ne s'y soit pas opposé expressément. ».

Art. 81. Il est inséré dans le même Code un article 538/26 rédigé comme suit :

« Art. 538/26. Pour le dossier individuel visé à l'article 538/25, ainsi que pour toutes les données personnelles dont elle a connaissance, la maison de soins psychiatriques se conforme au Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, et abrogeant la directive 95/46/CE (règlement général sur la protection des données), ainsi qu'à toutes autres dispositions contraignantes relatives à la protection des données.

La maison de soins psychiatriques élabore un protocole de protection des données personnelles indiquant la manière dont elle se conforme aux dispositions visées à l'alinéa 1er.

La maison de soins psychiatriques communique le protocole visé à l'alinéa 2 à tout bénéficiaire.

Toute modification du protocole visé à l'alinéa 2 est communiquée aux bénéficiaires. ».

Art. 82. Dans le chapitre 1er/1 du titre II du livre VI de la deuxième partie du même Code, il est inséré, après l'article 538/26, une section 4 intitulée « Section 4. Droits spécifiques du bénéficiaire ».

Art. 83. Il est inséré dans le même Code un article 538/27 rédigé comme suit :

« Art. 538/27. Le bénéficiaire a, à tout moment, le droit de recevoir par écrit une information claire sur :

1° le fonctionnement de la maison de soins psychiatriques et les différentes fonctions présentes dans celle-ci ;

2° le caractère pluridisciplinaire de la maison de soins psychiatriques et ses implications sur le partage d'informations entre professionnels ;

3° les modalités de soins mises en œuvre par la maison de soins psychiatriques ;

4° le coût des prestations et les conditions dans lesquelles il peut obtenir une diminution ou la gratuité du tarif ;

5° ses droits, en ce compris son droit à s'opposer à l'échange des informations qu'il communique, en tout ou en partie.

[REDACTED] le bénéficiaire est présumé accepter le caractère pluridisciplinaire du service.

Le Gouvernement ou son délégué précise les modalités et le contenu minimal de l'information visée à l'alinéa 1er. ».

Art. 84. Il est inséré dans le même Code un article 538/28 rédigé comme suit :

« Art. 538/28. § 1^{er}. La maison de soins psychiatriques est tenue d'assurer la continuité des soins du bénéficiaire qu'elle prend en charge.

La maison de soins psychiatriques évalue régulièrement avec le bénéficiaire ou son représentant l'avancement du processus thérapeutique en phase avec la temporalité et les préoccupations de celui-ci.

Les modalités de l'évaluation sont définies dans le projet de service.

§ 2. Lorsque le bénéficiaire est hospitalisé, la maison de soins psychiatriques fournit, à destination de l'hôpital concerné, une fiche de liaison afin d'assurer la continuité des soins. La fiche de liaison est mise à jour systématiquement.

Le Gouvernement définit le contenu de la fiche de liaison. ».

Art. 85. Il est inséré dans le même Code un article 538/29 rédigé comme suit :

« Art. 538/29. Sans préjudice des dispositions prévues par le législateur fédéral en faveur des personnes protégées, le bénéficiaire ne peut en aucun cas, soit à l'admission, soit ultérieurement, confier la gestion de son argent ou de ses biens ou leur garde à la maison de soins psychiatriques, à un administrateur de celle-ci, ou à un membre du personnel de celle-ci. ».

Art. 86. Dans le chapitre 1er/1 du titre II du livre VI de la deuxième partie du même Code, il est inséré, après l'article 538/29, une section 5 intitulée « Section 5. Dispositions financières ».

Art. 87. Dans la section 5 du chapitre 1er/1 du titre II du livre VI de la deuxième partie du même Code, il est inséré un article 538/30 rédigé comme suit :

« Art. 538/30. § 1^{er}. Au sein de la Commission " Santé mentale " visée à l'article 14, les membres négocient une convention unique, pour toutes les maisons de soins psychiatriques, fixant les prix

maxima à facturer aux bénéficiaires. Les prix maxima portent sur les prix de base et les suppléments facturables aux bénéficiaires.

Les prix négociés visés à l'alinéa 1^{er} sont modulés au minimum en fonction de la taille, de la localisation, ou des infrastructures spécifiques des maisons de soins psychiatriques.

La convention visée à l'alinéa 1^{er} est proposée à l'ensemble des maisons de soins psychiatriques.

Les maisons de soins psychiatriques décident d'adhérer ou de ne pas adhérer à la convention visée à l'alinéa 1^{er}.

Le Gouvernement adopte toutes mesures nécessaires ou utiles à la mise en œuvre du présent paragraphe.

§ 2. Sans préjudice du paragraphe 1^{er}, et dans la limite des crédits disponibles, le Gouvernement peut accorder un financement complémentaire destiné à couvrir des frais de personnel, de fonctionnement ou d'investissement.

Le Gouvernement détermine le montant et les modalités du financement visé à l'alinéa 1^{er}.

§ 3. Le Gouvernement détermine le montant minimal de revenu qui doit être laissé à la libre disposition du bénéficiaire. ».

Art. 88. Il est inséré dans le même Code un article 538/31 rédigé comme suit :

« Art. 538/31. Sans préjudice des obligations comptables imposées par le Code des sociétés et des associations, et par ses arrêtés d'exécution, la maison de soins psychiatriques tient une comptabilité en partie double par année budgétaire et fournit annuellement un bilan et un compte de résultats selon le modèle déterminé par le Gouvernement. ».

Art. 89. Dans le chapitre 1er/1 du titre II du livre VI de la deuxième partie du même Code, il est inséré, après l'article 538/31, une section 6 intitulée « Section 6. Données socio-sanitaires ».

Art. 90. Dans la section 6 du chapitre 1er/1 du titre II du livre VI de la deuxième partie du même Code, il est inséré un article 538/32 rédigé comme suit :

« Art. 538/32. §1er. ■■■ maison de soins psychiatriques recueille des données socio-épidémiologiques concernant les bénéficiaires. Ces données sont récoltées au début de la prise en charge du bénéficiaire.

Cette collecte a pour finalités :

1° ■■■ d'établir le profil des bénéficiaires ■■■ prend en charge et, sur la base de ces données, d'orienter le projet de service ;

2° ■■■ d'alimenter la recherche et l'analyse au niveau du territoire de la région de langue française, en ce compris pour l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation du plan stratégique pour la santé mentale.

§ 2. Les données socio-épidémiologiques recueillies par la maison de soins psychiatriques sont, pour chaque bénéficiaire, les suivantes :

1° l'âge ;

2° le genre ;

3° l'état civil ;

- 4° la nationalité ;
- 5° la langue maternelle ;
- 6° le lieu de vie ;
- 7° la scolarité ;
- 8° la catégorie professionnelle ;
- 9° la source principale de revenus ;
- 10° le [REDACTED] ;
- 11° si le bénéficiaire est mineur, le nombre d'enfants habitant au domicile légal du bénéficiaire ;
- 12° le [REDACTED] lieu de résidence antérieur à la maison de soins psychiatriques ;
- 13° la nature et l'origine de la démarche ;
- 14° les prises en charge antérieures ;
- 15° les motifs présentés lors de l'admission ;
- 16° la pathologie principalement identifiée lors de l'admission ;
- 17° le réseau mobilisé autour du bénéficiaire.

Ces données permettent d'identifier au moins :

- 1° les caractéristiques sociologiques et de santé mentale de la population qui entre dans la maison de soins psychiatriques ;
- 2° le périmètre d'accessibilité de la maison de soins psychiatriques ;
- 3° les parcours des bénéficiaires dans le réseau d'aide et de soins.

Les données sont communiquées de façon sécurisée une fois par an à l'Agence. Le Gouvernement ou son délégué détermine les modalités de cet envoi.

Il appartient à la maison de soins psychiatriques de rendre les données anonymes avant l'envoi à l'Agence.

La maison de soins psychiatriques conserve les données socio-épidémiologiques visées à l'alinéa 1er dans le dossier individuel visé à l'article 538/25, pendant toute la durée de conservation de celui-ci.

§3. Les données socio-épidémiologiques transmises conformément au paragraphe 2 sont analysées par l'Agence ou par un prestataire externes désigné par l'Agence.

Chaque année, l'Agence communique aux maisons de soins psychiatriques les données globalisées et, lorsqu'elles sont effectuées, les analyses réalisées avec ces données.

Ces données sont également fournies au comité de pilotage du plan stratégique pour la santé mentale.

Le Gouvernement ou son délégué détermine les modalités de la publicité des analyses.

Art. 91. Dans le chapitre 1er/1 du titre II du livre VI de la deuxième partie du même Code, il est inséré, après l'article 538/32, une section 7 intitulée « Section 7. Programmation et agrément ».

Art. 92. Dans la section 7 du chapitre 1er/1 du titre II du livre VI de la deuxième partie du même Code, il est inséré un article 538/33 rédigé comme suit :

« Art. 538/33. Le Gouvernement ou son délégué établit, selon une périodicité qu'il détermine, la programmation du nombre de maisons de soins psychiatriques et du nombre de lits qui leurs sont attribués.

Dans sa programmation, le Gouvernement ou son délégué veille à une répartition harmonieuse des maisons de soins psychiatriques sur le territoire de la Région de langue française. ».

Art. 93. Il est inséré dans le même Code un article 538/34 rédigé comme suit :

« Art. 538/34. Pour obtenir l'agrément, la maison de soins psychiatriques :

1° dispose de la personnalité juridique :

a) soit en tant qu'association sans but lucratif ;

b) soit en tant que personne morale de droit public ;

c) soit en tant qu'association dotée de la personnalité juridique détenue majoritairement par des pouvoirs publics, à l'exception des associations ayant revêtu la forme d'une société ;

2° s'engage à exercer la mission définie à l'article 538/2 ;

3° élabore un premier projet de service, dans le respect de l'article 538/3 ;

4° s'engage à élaborer un nouveau projet de service tous les cinq ans, dans le respect de l'article 538/3 ;

5° s'engage à mettre en œuvre son projet de service ;

6° s'engage à conclure une ou plusieurs conventions visées à l'article 538/6 ;

7° s'engage à être membre au moins d'une plate-forme de concertation en santé mentale ;

8° s'engage à disposer d'une équipe pluridisciplinaire conforme aux dispositions arrêtées par le Gouvernement en exécution des articles 538/9 à 538/12 ;

9° s'engage à organiser la concertation pluridisciplinaire visée à l'article 538/13 ;

10° s'engage à assurer la surveillance de jour comme de nuit telle que visée à l'article 538/14 ;

11° dispose d'un bâtiment conforme aux articles 538/17 à 538/22, ou demande une dérogation telle que prévue auxdits articles ;

12° s'engage à se conformer aux exigences des articles 538/23 et 538/24 ;

13° s'engage, pour chaque bénéficiaire, à tenir le dossier individuel visé à l'article 538/25 ;

14° élabore un protocole de protection des données personnelles visé à l'article 538/26, alinéa 2 ;

15° s'engage à respecter les droits du bénéficiaire tels que prévus aux articles 538/27 à 538/29 ;

16° s'engage à ne pas réclamer des prix d'hébergement supérieurs à ceux fixés en exécution de l'article 538/30 ;

17° s'engage à recueillir et à communiquer les données socio-épidémiologiques visées à l'article 538/32 ;

18° s'inscrit dans la programmation établie par le Gouvernement ou son délégué en exécution de l'article 538/33 ;

19° s'engage à respecter les règles déontologiques définies par le Gouvernement.

Les engagements visés à l'alinéa 1er, 6° à 8° doivent être concrétisés au plus tard six mois à dater de l'octroi de l'agrément.

Le Gouvernement peut préciser les conditions d'agrément énumérées dans le présent paragraphe, et prévoir, si nécessaire, une ou plusieurs conditions d'agrément complémentaires.

Art. 94. Il est inséré dans le même Code un article 538/35 rédigé comme suit :

« Art. 538/35. § 1er. La demande d'agrément est introduite par le pouvoir organisateur de la maison de soins psychiatriques auprès du Gouvernement ou de son délégué.

§ 2. Le Gouvernement ou son délégué détermine le contenu du dossier de demande d'agrément. Ce dossier comporte au minimum :

1° le numéro d'entreprise de la maison de soins psychiatriques ;

2° un formulaire, dont le modèle est établi par le Gouvernement ou son délégué, qui reprend tous les engagements visés à l'article 538/34.

Le Gouvernement précise les modalités et la procédure d'octroi de l'agrément visé au présent article.

§ 3. L'agrément est accordé pour une durée indéterminée par le Gouvernement ou son délégué.

Art. 95. Il est inséré dans le même Code un article 538/36 rédigé comme suit :

« Art. 538/36. L'arrêté d'agrément de la maison de soins psychiatriques reprend au minimum les informations suivantes :

1° l'identité complète de la maison de soins psychiatriques ;

2° l'indication du siège d'activité de la maison de soins psychiatriques ;

3° l'indication du nombre de lits agréés.

Le Gouvernement complète si nécessaire la liste visée à l'alinéa 1er. ».

Art. 96. Il est inséré dans le même Code un article 538/37 rédigé comme suit :

« Art. 538/37. La dénomination de la maison de soins psychiatriques agréée est systématiquement accompagnée de la mention « maison de soins psychiatriques agréée par la Région wallonne. ». ».

Art. 97. Dans le chapitre 1er/1 du titre II du livre VI de la deuxième partie du même Code, il est inséré, après l'article 538/37, une section 8 intitulée « Section 8. Evaluation, contrôle et sanctions ».

Art. 98. Dans la section 8 du chapitre 1er/1 du titre II du livre VI de la deuxième partie du même Code, il est inséré un article 538/38 rédigé comme suit :

« Art. 538/38. Les activités de chaque maison de soins psychiatriques font l'objet d'une évaluation qualitative périodique par l'Agence.

La maison de soins psychiatriques participe activement à son évaluation et collabore avec l'Agence pour l'élaboration et le suivi de cette évaluation.

Le Gouvernement détermine les modalités et la procédure d'évaluation. ».

Art. 99. Il est inséré dans le même Code un article 538/39 rédigé comme suit :

« Art. 538/39. Le contrôle administratif et financier de la maison de soins psychiatriques est exercé par les membres du personnel de l'Agence désignés à cet effet.

Dans le but d'obtenir toutes informations ou tous documents utiles au contrôle, ou d'effectuer toutes constatations utiles au contrôle, ces membres du personnel peuvent :

- 1° [redacted] avoir libre accès aux locaux de la maison de soins psychiatriques pendant les heures d'ouverture de ceux-ci ;
- 2° consulter sans déplacement tous documents détenus à la maison de soins psychiatriques et s'en faire remettre copie ;
- 3° obtenir copie au format de leur choix de tous documents ou données conservées de manière électronique par la maison de soins psychiatriques ;
- 4° entendre tout dirigeant ou membre du personnel de la maison de soins psychiatriques ;
- 5° demander par écrit ou par voie électronique à la maison de soins psychiatriques tous documents, toutes informations ou explications utiles ;
- 6° consulter auprès du Moniteur belge, auprès de la Banque-carrefour des entreprises, auprès de la Centrale des Bilans ou auprès de toutes autres sources authentiques les données relatives à la maison de soins psychiatriques.

Dans la mesure du possible, la maison de soins psychiatriques veille à ce que les documents, copies, informations visés à l'alinéa 2 et contenant des données à caractère personnel [redacted] soient anonymisés.

Dans l'exercice de leurs pouvoirs de contrôle visés à l'alinéa 2, les membres du personnel de l'Agence visés à l'alinéa 1er ne demandent des données à caractère personnel que si la prise de connaissance de ces données est nécessaire, adéquate et proportionnelle à l'objectif de contrôle de la maison de soins psychiatriques.

Le dossier individuel visé à l'article 538/25 peut être consulté par [redacted] de l'Agence désignés spécifiquement à cette fin lorsque cette consultation est nécessaire, adéquate et proportionnelle à l'objectif de contrôle de la maison de soins psychiatriques. Cette consultation ne peut jamais porter sur les éléments repris à l'article 538/25, § 1er, alinéa 2, 6°, 7°, 8°, 9°, 11°, 12°, 14°, 16°, 25°.

Les pouvoirs conférés par l'alinéa 2 ne peuvent être exercés que par [redacted] de l'Agence désignés spécifiquement à cette fin lorsqu'ils portent sur des données relatives à l'état de santé des bénéficiaires.

Le Gouvernement peut préciser les limites des pouvoirs conférés aux membres du personnel par l'alinéa 2, ainsi que les modalités d'exercice de ces pouvoirs.

Le Gouvernement détermine les modalités du contrôle, dans le respect du principe du contradictoire.

Art. 100. Il est inséré dans le même Code un article 538/40 rédigé comme suit :

« Art. 538/40. § 1er. Le Gouvernement ou son délégué peut, à tout moment, retirer l'agrément en qualité de maison de soins psychiatriques pour cause d'inobservation des dispositions du présent chapitre ou des dispositions fixées en application de celui-ci.

La maison de soins psychiatriques dont l'agrément a été retiré, ne peut pas introduire une nouvelle demande d'agrément pendant l'année suivant la décision de retrait de l'agrément.

§ 2. Le Gouvernement précise les procédures de retrait de l'agrément.

Le Gouvernement détermine les formes et les délais et assure le respect du caractère contradictoire de la procédure.

§ 3. En cas de retrait d'agrément, le Gouvernement ou son délégué adopte les dispositions nécessaires pour assurer le transfert des bénéficiaires vers une autre maison de soins psychiatriques et la continuité de leur suivi thérapeutique. ».

Art. 101. Il est inséré dans le même Code un article 538/41 rédigé comme suit :

« Art. 538/41. Sans préjudice de l'application de peines prévues par le Code pénal, est puni d'un emprisonnement de huit jours à trois mois et d'une amende de 2 à 100 euros :

1° celui qui exploite une maison de soins psychiatriques sans agrément ou qui continue l'exploitation d'un tel établissement après la notification d'une décision de retrait ou de refus d'agrément ;

2° celui qui exploite une maison de soins psychiatriques qui ne répond pas aux normes imposées par le Code wallon de l'action sociale et de la santé et ses arrêtés d'exécution ;

3° celui qui refuse aux membres du personnel visés à l'article 538/39 l'accès à l'établissement.

En cas de récidive dans les deux ans de la condamnation, les peines peuvent être doublées. ».

Section 5. Modifications relatives aux initiatives d'habitations protégées

Art. 102. Au titre II du livre VI de la deuxième partie du même Code, il est inséré, après l'article 538/41, un chapitre 1er/2 intitulé « Chapitre 1er/2. Initiatives d'habitations protégées ».

Art. 103. Au chapitre 1er/2 du titre II du livre VI de la deuxième partie du même Code, il est inséré une section 1^{ère} intitulée « Section 1^{ère}. Dispositions générales ».

Art. 104. Dans la section 1^{ère} du chapitre 1er/2 du titre II du livre VI de la deuxième partie du même Code, il est inséré un article 538/42 rédigé comme suit :

« Art. 538/42. Pour l'application du présent chapitre, il faut entendre par :

1° « initiative d'habitations protégées » : l'institution résidentielle et ambulatoire spécialisée agréée par le Gouvernement ou son délégué pour exercer la mission définie à l'article 538/43 ;

2° « bénéficiaire » : la personne souffrant de troubles de santé mentale hébergée dans une initiative d'habitations protégées ;

3° « plate-forme de concertation en santé mentale » : la plate-forme de concertation en santé mentale agréée, telle que définie à l'article 679/2, 1° ;

4° « hôpital » : l'hôpital, tel que défini à l'article 2 de la loi coordonnée du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux et autres établissements de soins ;

5° « hôpital général » : l'hôpital disposant de plusieurs services hospitaliers agréés conformément à l'article 72 de la loi coordonnée du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux et autres établissements de soins ;

6° « hôpital psychiatrique » : l'hôpital psychiatrique, tel que défini à l'article 2 de la loi coordonnée du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux et autres établissements de soins ;

7° « maison de soins psychiatriques » : la maison de soins psychiatriques telle que définie à l'article 538/1, 1° ;

8° « service de santé mentale » : le service de santé mentale agréé, tel que défini à l'article 539/1, 1° ;

9° « locaux accessibles aux personnes à mobilité réduite » : les locaux spécialement aménagés, selon les normes contenues aux articles 415 à 415/16 du guide régional d'urbanisme, pour être accessibles aux personnes à mobilité réduite ;

10° « pouvoir organisateur » : l'organe qui représente juridiquement l'initiative d'habitations protégées en fonction de la législation applicable à sa forme juridique ;

11° « dossier du bénéficiaire » : le dossier individuel visé à l'article 538/66 ;

[REDACTED]

13° « représentant » :

a) soit le représentant légal ou judiciaire du bénéficiaire ;

b) soit le mandataire désigné par le bénéficiaire ;

14° « l'Agence » : l'Agence visée à l'article 2

15° « le Ministre » : le Ministre qui a la santé publique dans ses attributions. ».

Art. 105. Il est inséré un article 538/43 rédigé comme suit :

« Art. 538/43. Une initiative d'habitations protégées a pour mission d'héberger et d'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 et pour lesquelles des activités de jour adaptées doivent être organisées. ».

Art. 106. Au chapitre 1er/2 du titre II du livre VI de la deuxième partie du même Code, il est inséré, après l'article 538/43, une section 2 intitulée « Section 2. Règles d'organisation et de fonctionnement ».

Art. 107. Dans la section 2 du chapitre 1er/2 du titre II du livre VI de la deuxième partie du même Code, il est inséré une sous-section 1^{ère} intitulée « Sous-section 1^{ère}. Projet de service ».

Art. 108. Dans la sous-section 1^{ère} de la section 2 du chapitre 1er/2 du titre II du livre VI de la deuxième partie du même Code, il est inséré un article 538/44 rédigé comme suit :

« Art. 538/44. Tous les projets et actions de l'initiative d'habitations protégées s'exercent dans le cadre d'un projet de service.

Le projet de service est élaboré pour une durée maximale de cinq ans.

Le projet de service est adapté en cas de demande de modification de l'agrément de l'initiative d'habitations protégées.

Le projet de service est centré prioritairement sur le bénéficiaire.

Les projets et actions visés à l'alinéa 1er sont clairement décrits et identifiés dans le projet de service. L'ensemble du projet de service ainsi que chaque projet et action visés à l'alinéa 1er concordent avec la mission visée à l'article 538/43.

Le projet de service reprend au moins les éléments suivants :

- 1° l'identification de l'initiative d'habitations protégées ;
- 2° l'environnement de l'initiative d'habitations protégées en termes et institutionnel ;
- 3° l'organisation de l'initiative d'habitations protégées et son articulation avec le réseau ;
- 4° la définition des objectifs et du plan d'actions ;
- 5° les mécanismes d'auto-évaluation.

Le plan d'actions visé à l'alinéa 6, 4° doit s'inscrire dans les objectifs, actions et stratégies prévus par le plan stratégique pour la santé mentale visé à l'article 47/19, 2°.

Le Gouvernement précise et complète le contenu du projet de service, détermine les modalités de son adoption et de sa communication à l'Agence.

Le Gouvernement ou son délégué valide le projet de service. ».

Art. 109. Dans la section 2 du chapitre 1er/2 du titre II du livre VI de la deuxième partie du même Code, il est inséré, après l'article 538/44, une sous-section 2 intitulée « Sous-section 2. Bénéficiaires admissibles ».

Art. 110. Dans la sous-section 2 de la section 2 du chapitre 1er/2 du titre II du livre VI de la deuxième partie du même Code, il est inséré un article 538/45 rédigé comme suit :

« Art. 538/45. § 1^{er}. L'initiative d'habitations protégées héberge des personnes qui réunissent l'ensemble des caractéristiques suivantes :

- 1° elles présentent un trouble psychiatrique ;
- 2° elles nécessitent l'organisation d'activités de jour spécifiques ;
- 3° elles nécessitent un accompagnement axé essentiellement sur le développement maximal de l'autonomie individuelle.

§ 2. Le séjour dans une initiative d'habitation protégée est justifié qu'aussi longtemps que la personne concernée ne peut pas être totalement réintégrée dans la vie sociale.

§ 3. L'initiative d'habitations protégées établit, dans un règlement, les conditions et la procédure d'admission, d'exclusion et de départ des bénéficiaires.

Ce règlement est communiqué :

1° à tous les bénéficiaires ;

2° à toute personne souhaitant intégrer l'initiative d'habitations protégées ;

3° à l'Agence.

Le Gouvernement détermine les conditions minimales auxquelles doit satisfaire ce règlement, dans son contenu et dans sa forme ».

Art. 111. Il est inséré dans le même Code un article 538/46 rédigé comme suit :

« Art. 538/46. Le bénéficiaire peut être admis temporairement dans un hôpital afin d'y subir des examens et traitements appropriés.

Pour autant qu'il remplisse toujours les conditions prévues à l'article 538/45, § 1^{er}, le bénéficiaire réintègre, à la fin de l'hospitalisation visée à l'alinéa 1^{er}, l'initiative d'habitations protégées dans laquelle il était hébergé avant cette hospitalisation. ».

Art. 112. Dans la section 2 du chapitre 1er/2 du titre II du livre VI de la deuxième partie du même Code, il est inséré, après l'article 538/46, une sous-section 3 intitulée « Sous-section 3. Collaboration avec d'autres institutions de soins en santé mentale ».

Art. 113. Dans la sous-section 3 de la section 2 du chapitre 1er/2 du titre II du livre VI de la deuxième partie du même Code, il est inséré un article 538/47 rédigé comme suit :

« Art. 538/47. Dans l'intérêt des bénéficiaires, l'initiative d'habitations protégées doit comprendre parmi ses membres au minimum :

1° un hôpital psychiatrique ou un hôpital général disposant d'un service psychiatrique ;

2° un service de santé mentale.

Lorsqu'une catégorie d'institutions visée à l'alinéa 1^{er} n'est pas représentée parmi les membres de l'initiative d'habitations protégées, celle-ci établit, dans la mesure du possible, une convention de collaboration avec une ou plusieurs institutions de cette catégorie.

Le Gouvernement ou son délégué détermine le contenu minimal et le modèle de la convention visée à l'alinéa 2. ».

Art. 114. Il est inséré dans le même Code un article 538/48 rédigé comme suit :

« Art. 538/48. L'initiative d'habitations protégées est membre au moins d'une plate-forme de concertation en santé mentale. ».

Art. 115. Dans la section 2 du chapitre 1er/2 du titre II du livre VI de la deuxième partie du même Code, il est inséré, après l'article 538/48, une sous-section 4 intitulée « Sous-section 4. Personnel et encadrement ».

Art. 116. Dans la sous-section 4 de la section 2 du chapitre 1er/2 du titre II du livre VI de la deuxième partie du même Code, il est inséré un article 538/49 rédigé comme suit :

« Art. 538/49. L'initiative d'habitations protégées est gérée d'une manière distincte par rapport à d'autres institutions ou services relevant du même pouvoir organisateur, sans préjudice des collaborations entre ces institutions ou services. ».

Art. 117. Il est inséré dans le même Code un article 538/50 rédigé comme suit :

« Art. 538/50. L'initiative d'habitations protégées doit disposer, pour l'accompagnement des bénéficiaires, du personnel en nombre suffisant.

Le Gouvernement détermine les diverses fonctions que doit assurer le personnel visé à l'alinéa 1^{er}.

Le Gouvernement ou son délégué précise les titres et qualifications requis pour exercer chacune des fonctions qu'il détermine en exécution de l'alinéa 2. ».

Art. 118. Il est inséré dans le même Code un article 538/51 rédigé comme suit :

« Art. 538/51. § 1^{er}. Chaque membre du personnel est engagé par le pouvoir organisateur :

1° soit en tant que travailleur statutaire ;

2° soit en tant que travailleur salarié sous contrat de travail.

§ 2. Dans les cas et selon les conditions qu'il détermine, le Gouvernement ou son délégué peut autoriser, totalement ou partiellement, l'exercice de certaines fonctions prévues en exécution de l'article 538/50, alinéa 2, par des prestataires indépendants liés au pouvoir organisateur par une convention de collaboration.

La convention de collaboration visée à l'alinéa 1^{er} est conclue entre le prestataire indépendant et le pouvoir organisateur. Elle définit les conditions et les modalités de participation aux activités et aux frais de gestion de l'initiative d'habitations protégées, et le montant maximum des honoraires.

Le Gouvernement ou son délégué précise le contenu, les conditions et les modalités de la convention de collaboration visée à l'alinéa 1^{er}. ».

Art. 119. Il est inséré dans le même Code un article 538/52 rédigé comme suit :

« Art. 538/52. Le Gouvernement détermine les normes applicables au calcul du nombre minimal de personnel affecté à chacune des fonctions visées à l'article 538/50, alinéa 2. ».

Art. 120. Il est inséré dans le même Code un article 538/53 rédigé comme suit :

« Art. 538/53. Le pouvoir organisateur désigne la personne chargée de la coordination de l'équipe pluridisciplinaire.

Le Gouvernement détermine les qualifications minimales exigées pour exercer cette fonction de coordination.

Le Gouvernement détermine les tâches spécifiques qui doivent être confiées à la personne chargée de la coordination de l'équipe pluridisciplinaire. ».

Art. 121. Il est inséré dans le même Code un article 538/54 rédigé comme suit :

« Art. 538/54. Une concertation pluridisciplinaire est organisée au sein de l'équipe pluridisciplinaire en fonction des besoins, et au minimum selon une périodicité déterminée par le Gouvernement.

Le Gouvernement détermine le contenu et les modalités de la concertation pluridisciplinaire. ».

Art. 122. Il est inséré dans le même Code un article 538/55 rédigé comme suit :

« Art. 538/55. Hors les cas d'urgence, les bénéficiaires doivent pouvoir en permanence entrer en contact avec un membre du personnel.

Le Gouvernement ou son délégué détermine les modalités de ce contact et les membres du personnels susceptibles d'être chargés de ce contact. ».

Art. 123. Il est inséré dans le même Code un article 538/56 rédigé comme suit :

« Art. 538/56. Le pouvoir organisateur de l'initiative d'habitations protégées respecte la liberté thérapeutique des membres de l'équipe pluridisciplinaire. ».

Art. 124. Dans la section 2 du chapitre 1er/2 du titre II du livre VI de la deuxième partie du même Code, il est inséré, après l'article 538/56, une sous-section 5 intitulée « Sous-section 5. Secret professionnel ».

Art. 125. Dans la sous-section 5 de la section 2 du chapitre 1er/2 du titre II du livre VI de la deuxième partie du même Code, il est inséré un article 538/57 rédigé comme suit :

« Art. 538/57. Les membres de l'équipe pluridisciplinaire et le pouvoir organisateur sont tenus au secret professionnel pour tous les éléments relatifs aux bénéficiaires dont ils ont ou pourraient avoir connaissance.

Toute infraction à l'obligation de secret professionnel est sanctionnée conformément à l'article 458 du code pénal. ».

Art. 126. Dans la section 2 du chapitre 1er/2 du titre II du livre VI de la deuxième partie du même Code, il est inséré, après l'article 538/57, une sous-section 6 intitulée « Sous-section 6. Dispositions relatives au bâtiment ».

Art. 127. Dans la sous-section 6 de la section 2 du chapitre 1er/2 du titre II du livre VI de la deuxième partie du même Code, il est inséré un article 538/58 rédigé comme suit :

« Art. 538/58. Chaque habitation protégée dispose d'un minimum de trois places et d'un maximum de dix places.

L'initiative d'habitations protégées peut déroger au nombre minimal ou maximal de places prévu à l'alinéa 1^{er} sur la base d'une autorisation spécifique délivrée par le Gouvernement ou son délégué. ».

Art. 128. Il est inséré dans le même Code un article 538/59 rédigé comme suit :

« Art. 538/59. L'initiative d'habitations protégées est implantée en dehors du campus d'un hôpital psychiatrique ou d'une maison de soins psychiatriques.

L'initiative d'habitations protégées est implantée dans la communauté de vie locale, de manière telle qu'elle puisse travailler à une réinsertion sociale des bénéficiaires.

Une dérogation aux alinéas 1^{er} et 2 est accordée lorsque l'initiative d'habitations protégées a été agréée avant le 1^{er} janvier 2024 sans remplir les conditions de localisation visées auxdits alinéas.

Le Gouvernement ou son délégué peut, dans les cas qu'il détermine, autoriser d'autres dérogations aux dispositions du présent article, pour autant que la dérogation ne porte pas atteinte au bien-être des bénéficiaires. ».

Art. 129. Il est inséré dans le même Code un article 538/60 rédigé comme suit :

« Art. 538/60. § 1^{er}. Chaque chambre comprend une seule place.

Le Gouvernement ou son délégué peut, dans l'intérêt des bénéficiaires, autoriser des dérogations à l'alinéa 1^{er}.

§2. Le Gouvernement détermine les espaces communs que doit comprendre une initiative d'habitations protégées afin d'assurer la vie en collectivité, et précise si nécessaire les caractéristiques minimales de ces espaces communs.

§ 3. Chaque chambre et les parties communes respectent les normes de salubrité édictées par l'article 3 du Code wallon de l'habitation durable et ses arrêtés d'exécution.

Par dérogation à l'alinéa 1^{er}, le Gouvernement peut arrêter des normes spécifiques applicables aux initiatives d'habitations protégées.

Le Gouvernement détermine les superficies et volumes minimaux des chambres et des parties communes. ».

Art. 130. Il est inséré dans le même Code un article 538/61 rédigé comme suit :

« Art. 538/61. Le Gouvernement détermine les normes de protection contre l'incendie applicables aux initiatives d'habitations protégées. ».

Art. 131. Il est inséré dans le même Code un article 538/62 rédigé comme suit :

« Art. 538/62. L'initiative d'habitations protégées dispose d'un espace extérieur.

Une dérogation à l'alinéa 1^{er} est accordée lorsque l'initiative d'habitations protégées a été agréée avant le 1^{er} janvier 2024 sans disposer d'un espace extérieur.

Le Gouvernement ou son délégué peut, dans l'intérêt des bénéficiaires, autoriser des dérogations à l'alinéa 1^{er} autres que celle prévue à l'alinéa 2. ».

Art. 132. Il est inséré dans le même Code un article 538/63 rédigé comme suit :

« Art. 538/63. L'initiative d'habitations protégées est accessible aux personnes à mobilité réduite.

Une dérogation à l'alinéa 1^{er} est accordée lorsque l'initiative d'habitations protégées a été agréée avant le 1^{er} janvier 2024 sans être accessible aux personnes à mobilité réduite.

Le Gouvernement ou son délégué peut, dans les conditions qu'il détermine, autoriser une dérogation à l'alinéa 1^{er}.

Le Gouvernement adopte les mesures nécessaires à l'exécution du présent article. ».

Art. 133. Dans la section 2 du chapitre 1^{er}/2 du titre II du livre VI de la deuxième partie du même Code, il est inséré, après l'article 538/63, une sous-section 7 intitulée « Sous-section 7. Dispositions relatives au cadre de vie ».

Art. 134. Dans la sous-section 6 de la section 2 du chapitre 1^{er}/2 du titre II du livre VI de la deuxième partie du même Code, il est inséré un article 538/64 rédigé comme suit :

« Art. 538/64. L'initiative d'habitations protégées garantit une atmosphère agréable dans le cadre d'une vie communautaire.

L'initiative d'habitations protégées est organisée en vue d'assurer une atmosphère familiale de nature à favoriser une réinsertion sociale complète des bénéficiaires.

Les chambres sont conçues et aménagées dans l'objectif de garantir au maximum un séjour agréable et l'intimité de chaque bénéficiaire.

Le Gouvernement adopte les mesures nécessaires ou utiles à l'exécution du présent article. ».

Art. 135. Il est inséré dans le même Code un article 538/65 rédigé comme suit :

« Art. 538/65. § 1^{er}. Il est signé, entre le bénéficiaire et le pouvoir organisateur de l'initiative d'habitations protégées ou son délégué un contrat de séjour.

Ce contrat de séjour détermine au minimum :

- 1° les conditions d'hébergement ;
- 2° le coût détaillé du séjour ;
- 3° les conditions de résiliation.

Le Gouvernement détermine les conditions minimales à remplir par le contrat de séjour.

§ 2. La vie communautaire au sein de l'initiative d'habitations protégées est régie par un règlement d'ordre intérieur.

Le règlement d'ordre intérieur est signé par chaque bénéficiaire lors de son admission.

Le Gouvernement détermine le contenu minimal du règlement d'ordre intérieur, et les exigences qu'il peut ou ne peut pas imposer aux bénéficiaires. ».

Art. 136. Dans le chapitre 1er/2 du titre II du livre VI de la deuxième partie du même Code, il est inséré, après l'article 538/65, une section 3 intitulée « Section 3. Dossier individuel ».

Art. 137. Dans la section 3 du chapitre 1er/2 du titre II du livre VI de la deuxième partie du même Code, il est inséré un article 538/66 rédigé comme suit :

« Art. 538/66. § 1^{er}. Pour chaque bénéficiaire, il est constitué un dossier individuel contenant les données médicales, sociales et administratives nécessaires, adéquates et pertinentes pour la prise en charge [REDACTED] dans le respect des règles déontologiques et de protection de la vie privée.

Le dossier individuel du bénéficiaire comprend [REDACTED] les données suivantes :

- 1° l'identification du bénéficiaire par son numéro d'identification à la sécurité sociale (NISS), son nom, son prénom, son sexe, sa date de naissance, son adresse, ses numéros de téléphone et ses adresses électroniques ;
- 2° l'identification du médecin généraliste du bénéficiaire, et, le cas échéant, du médecin spécialiste ou autre professionnel de santé désigné par le bénéficiaire ;
- 3° l'identification personnelle des membres de l'équipe pluridisciplinaire qui interviennent dans la prise en charge du bénéficiaire ;
- 4° l'identification des membres du réseau dont celui qui est à l'origine de l'orientation vers l'initiative d'habitations protégées ;
- 5° le motif de la prise en charge ou la problématique au moment de la prise en charge ;
- 6° les antécédents personnels et familiaux du bénéficiaire ;
- 7° les résultats d'examens tels que des examens cliniques, radiologiques, biologiques, fonctionnels et histo-pathologiques utiles à la prise en charge du bénéficiaire ;

8° les notes des entretiens avec le bénéficiaire, d'autres professionnels des soins de santé ou des tiers ;

9° les attestations, rapports ou avis reçus du bénéficiaire ou de tiers ;

10° les objectifs de santé et les déclarations d'expression de la volonté reçues du bénéficiaire ;

11° le dernier diagnostic établi par le professionnel des soins de santé concerné ;

12° la caractérisation du bénéficiaire telle que visée à l'article 12 de la loi du 22 avril 2019 relative à la qualité de la pratique des soins de santé ;

13° l'aperçu chronologique des soins de santé et prestations dispensés avec indication de leur nature, de la date et de l'identité du membre de l'équipe pluridisciplinaire concerné ;

14° l'évolution de la pathologie si cela est pertinent ;

15° les renvois vers d'autres professionnels des soins de santé, services ou tiers ;

16° les médicaments, le schéma de médication, ; 17° les complications ou comorbidités qui nécessitent un traitement complémentaire ;

18° la mention qu'en application des articles 7, § 2, et 8, § 3, de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient, des informations ont été communiquées, avec l'accord du bénéficiaire, à une personne de confiance ou au bénéficiaire en présence d'une personne de confiance et l'identité de cette personne de confiance ;

19° la demande expresse du bénéficiaire de ne pas lui fournir d'informations en application des articles 7, § 3, et 8, § 3, de la loi précitée du 22 août 2002 ;

20° la motivation du fait de ne pas divulguer des informations au bénéficiaire en application de l'article 7, § 4, de la loi précitée du 22 août 2002 ;

21° la demande du bénéficiaire en application du paragraphe 3 de se faire assister par une personne de confiance désignée par lui ou d'exercer son droit de consultation par l'entremise de celle-ci ainsi que l'identité de cette personne de confiance ;

22° la motivation du rejet total ou partiel de la demande d'un représentant du bénéficiaire visant à obtenir la consultation ou une copie du dossier de bénéficiaire en application de l'article 15, § 1er, de la loi précitée du 22 août 2002 ;

23° la motivation de la dérogation à la décision prise par un représentant du bénéficiaire en application de l'article 15, § 2, de la loi précitée du 22 août 2002 ;

24° le tarif appliqué au bénéficiaire ;

25° la fiche de renseignement destinée au recueil des données socio-épidémiologiques visé à l'article 538/73.

Sans préjudice d'autres dispositions légales, les dossiers individuels sont conservés par l'initiative d'habitations protégées au minimum trente ans et maximum cinquante ans après le dernier contact avec le bénéficiaire concerné, sous la responsabilité du directeur administratif.

§ 2. Le bénéficiaire a droit, de la part du membre de l'équipe de l'initiative d'habitations protégées, à un dossier individuel soigneusement tenu à jour et conservé selon des règles de sécurité appropriées.

A la demande du bénéficiaire, le membre de l'équipe de l'initiative d'habitations protégées ajoute les documents fournis par le bénéficiaire dans le dossier le concernant.

§ 3. Le bénéficiaire a droit à la consultation du dossier le concernant. Le Gouvernement détermine les modalités de la demande de consultation.

Il est donné suite dans les meilleurs délais et au plus tard dans les quinze jours de sa réception, à la demande du bénéficiaire visant à consulter le dossier le concernant.

Les annotations personnelles d'un membre de l'équipe de l'initiative d'habitations protégées et les données concernant des tiers n'entrent pas dans le cadre de ce droit de consultation.

A sa demande, le bénéficiaire peut se faire assister par une personne de confiance désignée par lui ou exercer son droit de consultation par l'entremise de celle-ci. Si cette personne est un membre de l'équipe de l'initiative d'habitations protégées ou d'une autre initiative d'habitations protégées, elle consulte également les annotations personnelles visées à l'alinéa 3. Le cas échéant, la demande du bénéficiaire est formulée par écrit et la demande, ainsi que l'identité de la personne de confiance, sont consignées ou ajoutées au dossier du bénéficiaire.

Si le dossier du bénéficiaire contient une motivation écrite telle que visée à l'article 538/81, § 4, alinéa 2, qui est encore pertinente, le bénéficiaire exerce son droit de consultation du dossier par l'intermédiaire d'un membre de l'équipe de l'initiative d'habitations protégées ou d'une autre initiative d'habitations protégées désigné par lui, lequel membre consulte également les annotations personnelles visées à l'alinéa 3.

La situation visée à l'alinéa 5 dans laquelle le bénéficiaire peut exercer son droit de consultation de son dossier individuel uniquement en passant par l'intermédiaire d'un membre de l'équipe de l'initiative d'habitations protégées ou d'une autre initiative d'habitations protégées désigné par lui lorsque son dossier contient une motivation écrite telle que visée à l'article 538/81, § 4, alinéa 2, qui est toujours d'application, est en conformité avec l'article 23 du règlement (UE) n° 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, et abrogeant la directive 95/46/CE (règlement général sur la protection des données).

§4. Le bénéficiaire a le droit d'obtenir une copie du dossier le concernant ou d'une partie de celui-ci. Sur chaque copie, il est précisé que celle-ci est strictement personnelle et confidentielle.

Le membre de l'équipe de l'initiative d'habitations protégées refuse de donner cette copie s'il dispose d'indications claires selon lesquelles le bénéficiaire subit des pressions afin de communiquer une copie de son dossier à des tiers.

§5. Après le décès du bénéficiaire, l'époux, le partenaire cohabitant légal, le partenaire et les parents jusqu'au deuxième degré inclus ont, par l'intermédiaire du membre de l'équipe de l'initiative d'habitations protégées désigné par le demandeur, le droit de consultation visé au paragraphe 3 pour autant que leur demande soit suffisamment motivée et spécifiée et que le bénéficiaire ne s'y soit pas opposé expressément. ».

Art. 138. Il est inséré dans le même Code un article 538/67 rédigé comme suit :

« Art. 538/67. Pour le dossier individuel visé à l'article 538/66, ainsi que pour toutes les données personnelles dont elle a connaissance, l'initiative d'habitations protégées se conforme au Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, et abrogeant la directive 95/46/CE (règlement général sur la protection des données), ainsi qu'à toutes autres dispositions contraignantes relatives à la protection des données.

L'initiative d'habitations protégées élabore un protocole de protection des données personnelles indiquant la manière dont elle se conforme aux dispositions visées à l'alinéa 1er.

L'initiative d'habitations protégées communique le protocole visé à l'alinéa 2 à tout bénéficiaire.

Toute modification du protocole visé à l'alinéa 2 est communiquée aux bénéficiaires. ».

Art. 139. Dans le chapitre 1er/2 du titre II du livre VI de la deuxième partie du même Code, il est inséré, après l'article 538/67, une section 4 intitulée « Section 4. Droits spécifiques du bénéficiaire ».

Art. 140. Il est inséré dans le même Code un article 538/68 rédigé comme suit :

« Art. 538/68. Le bénéficiaire a, à tout moment, le droit de recevoir par écrit une information claire sur :

1° le fonctionnement de l'initiative d'habitations protégées et les différentes fonctions présentes dans celle-ci ;

2° le caractère pluridisciplinaire de l'initiative d'habitations protégées et ses implications sur le partage d'informations entre professionnels ;

3° les modalités de soins mises en œuvre par l'initiative d'habitations protégées ;

4° le coût des prestations et les conditions dans lesquelles il peut obtenir une diminution ou la gratuité du tarif ;

5° ses droits, en ce compris son droit à s'opposer à l'échange des informations qu'il communique, en tout ou en partie.

 le bénéficiaire est présumé accepter le caractère pluridisciplinaire du service.

Le Gouvernement ou son délégué précise les modalités et le contenu minimal de l'information visée à l'alinéa 1er. ».

Art. 141. Il est inséré dans le même Code un article 538/69 rédigé comme suit :

« Art. 538/69. L'initiative d'habitations protégées est tenue d'assurer la continuité des soins du bénéficiaire qu'elle prend en charge.

L'initiative d'habitations protégées évalue régulièrement avec le bénéficiaire ou son représentant l'avancement du processus thérapeutique en phase avec la temporalité et les préoccupations de celui-ci.

Les modalités de l'évaluation sont définies dans le projet de service. ».

Art. 142. Il est inséré dans le même Code un article 538/70 rédigé comme suit :

« Art. 538/70. Sans préjudice des dispositions prévues par le législateur fédéral en faveur des personnes protégées, le bénéficiaire ne peut en aucun cas, soit à l'admission, soit ultérieurement, confier la gestion de son argent ou de ses biens ou leur garde à l'initiative d'habitations protégées, à un administrateur de celle-ci, ou à un membre du personnel de celle-ci. ».

Art. 143. Dans le chapitre 1er/2 du titre II du livre VI de la deuxième partie du même Code, il est inséré, après l'article 538/70, une section 5 intitulée « Section 5. Dispositions financières ».

Art. 144. Dans la section 5 du chapitre 1er/2 du titre II du livre VI de la deuxième partie du même Code, il est inséré un article 538/71 rédigé comme suit :

« Art. 538/71. § 1^{er}. Au sein de la Commission " Santé mentale " visée à l'article 14, les membres négocient une convention unique, pour toutes les initiatives d'habitations protégées, fixant les prix maxima à facturer aux bénéficiaires. Les prix maxima portent sur les prix de base et les suppléments facturables aux bénéficiaires.

Les prix négociés visés à l'alinéa 1^{er} sont modulés au minimum en fonction de la taille, de la localisation, ou des infrastructures spécifiques des initiatives d'habitations protégées.

La convention visée à l'alinéa 1^{er} est proposée à l'ensemble des initiatives d'habitations protégées.

Les initiatives d'habitations protégées décident d'adhérer ou de ne pas adhérer à la convention visée à l'alinéa 1^{er}.

Le Gouvernement adopte toutes mesures nécessaires ou utiles à la mise en œuvre du présent paragraphe.

§ 2. Sans préjudice du paragraphe 1^{er}, et dans la limite des crédits disponibles, le Gouvernement peut accorder un financement complémentaire destiné à couvrir des frais de personnel, de fonctionnement ou d'investissement.

Le Gouvernement détermine le montant et les modalités du financement visé à l'alinéa 1^{er}. ».

Art. 145. Il est inséré dans le même Code un article 538/72 rédigé comme suit :

« Art. 538/72. Sans préjudice des obligations comptables imposées par le Code des sociétés et des associations, et par ses arrêtés d'exécution, l'initiative d'habitations protégées tient une comptabilité en partie double par année budgétaire et fournit annuellement un bilan et un compte de résultats selon le modèle déterminé par le Gouvernement. ».

Art. 146. Dans le chapitre 1er/2 du titre II du livre VI de la deuxième partie du même Code, il est inséré, après l'article 538/72, une section 6 intitulée « Section 6. Données socio-sanitaires ».

Art. 147. Dans la section 6 du chapitre 1er/2 du titre II du livre VI de la deuxième partie du même Code, il est inséré un article 538/73 rédigé comme suit :

« Art. 538/73. § 1er. L'initiative d'habitations protégées recueille des données socio-épidémiologiques concernant les bénéficiaires. Ces données sont récoltées au début de la prise en charge.

Cette collecte a pour finalités :

1° [redacted] d'établir le profil des bénéficiaires [redacted] prend en charge et, sur la base de ces données, d'orienter le projet de service ;

2° [REDACTED] d'alimenter la recherche et l'analyse au niveau du territoire de la région de langue française, en ce compris pour l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation du plan stratégique pour la santé mentale.

§ 2. Les données socio-épidémiologiques recueillies par l'initiative d'habitations protégées sont, pour chaque bénéficiaire, les suivantes :

- 1° l'âge ;
- 2° le genre ;
- 3° l'état civil ;
- 4° la nationalité ;
- 5° la langue maternelle ;
- 6° le lieu de vie ;
- 7° la scolarité ;
- 8° la catégorie professionnelle ;
- 9° la source principale de revenus ;
- 10° le [REDACTED] ;
- 11° si le bénéficiaire est mineur, le nombre d'enfants habitant au domicile légal du bénéficiaire ;
- 12° le [REDACTED] lieu de résidence avant l'admission en initiative d'habitations protégées ;
- 13° la nature et l'origine de la démarche ;
- 14° les prises en charge antérieures ;
- 15° la nature de la demande du bénéficiaire ;
- 16° les motifs présentés lors de l'admission ;
- 17° la pathologie principalement identifiée au moment de l'admission ;
- 18° la proposition de prise en charge ;
- 19° le réseau mobilisé autour du bénéficiaire.

Ces données permettent d'identifier au moins :

- 1° les caractéristiques sociologiques et de santé mentale de la population qui consulte l'initiative d'habitations protégées ;
- 2° le périmètre d'accessibilité de l'initiative d'habitations protégées ;
- 3° les parcours des bénéficiaires dans le réseau d'aide et de soins.

Les données sont communiquées de façon sécurisée une fois par an à l'Agence. Le Gouvernement ou son délégué détermine les modalités de cet envoi.

Il appartient à l'initiative d'habitations protégées de rendre les données anonymes avant l'envoi à l'Agence.

L'initiative d'habitations protégées conserve les données socio-épidémiologiques visées à l'alinéa 1er dans le dossier individuel visé à l'article 538/66, pendant toute la durée de conservation de celui-ci.

§ 3. Les données socio-épidémiologiques transmises conformément au paragraphe 2 sont analysées par l'Agence ou par un prestataire externes désigné par l'Agence.

Chaque année, l'Agence communique aux initiatives d'habitations protégées les données globalisées et, lorsqu'elles sont effectuées, les analyses réalisées avec ces données.

Ces données sont également fournies au comité de pilotage du plan stratégique pour la santé mentale.

Le Gouvernement ou son délégué détermine les modalités de la publicité des analyses.

Art. 148. Dans le chapitre 1er/2 du titre II du livre VI de la deuxième partie du même Code, il est inséré, après l'article 538/73, une section 7 intitulée « Section 7. Programmation et agrément ».

Art. 149. Dans la section 7 du chapitre 1er/2 du titre II du livre VI de la deuxième partie du même Code, il est inséré un article 538/74 rédigé comme suit :

« Art. 538/74. Le Gouvernement ou son délégué établit, selon une périodicité qu'il détermine, la programmation du nombre d'initiatives d'habitations protégées et du nombre de places qui leur sont attribués.

Dans sa programmation, le Gouvernement ou son délégué veille à une répartition harmonieuse des initiatives d'habitations protégées sur le territoire de la Région de langue française. ».

Art. 150. Il est inséré dans le même Code un article 538/75 rédigé comme suit :

« Art. 538/75. Pour obtenir l'agrément, l'initiative d'habitations protégées :

1° dispose de la personnalité juridique :

a) soit en tant qu'association sans but lucratif ;

b) soit en tant que personne morale de droit public ;

c) soit en tant qu'association dotée de la personnalité juridique détenue majoritairement par des pouvoirs publics, à l'exception des associations ayant revêtu la forme d'une société ;

2° s'engage à exercer la mission définie à l'article 538/43 ;

3° élabore un premier projet de service, dont le contenu est défini à l'article 538/44 ;

4° s'engage à élaborer un nouveau projet de service tous les cinq ans, dans le respect de l'article 538/44 ;

5° s'engage à mettre en œuvre son projet de service ;

6° comprend les membres visés à l'article 538/47 ou s'engage à conclure une ou plusieurs conventions visées à cet article 538/47 ;

7° s'engage à être membre au moins d'une plate-forme de concertation en santé mentale ;

8° s'engage à disposer d'une équipe pluridisciplinaire conforme aux dispositions des articles 538/50 à 538/53 ;

9° s'engage à organiser la concertation pluridisciplinaire visée à l'article 538/54 ;

- 10° s'engage à assurer le contact visé à l'article 538/55 ;
- 11° dispose d'un bâtiment conforme aux articles 538/58 à 538/63 ;
- 12° s'engage à se conformer aux exigences des articles 538/64 et 538/65 ;
- 13° s'engage, pour chaque bénéficiaire, à tenir le dossier individuel visé à l'article 538/66 ;
- 14° élabore un protocole de protection des données personnelles visé à l'article 538/67, alinéa 2 ;
- 15° s'engage à respecter les droits du bénéficiaire tels que prévus aux articles 538/68 à 538/70 ;
- 16° s'engage à ne pas réclamer des prix d'hébergement supérieurs à ceux fixés en exécution de l'article 538/71 ;
- 17° s'engage à recueillir et à communiquer les données socio-épidémiologiques visées à l'article 538/73 ;
- 18° s'inscrit dans la programmation établie par le Gouvernement ou son délégué en exécution de l'article 538/74 ;
- 19° s'engage à respecter les règles déontologiques définies par le Gouvernement.

Les engagements visés à l'alinéa 1er, 6° à 8° doivent être concrétisés au plus tard six mois à dater de l'octroi de l'agrément.

Le Gouvernement peut préciser les conditions d'agrément énumérées au présent article, et prévoir, si nécessaire, une ou plusieurs conditions d'agrément complémentaires.

Art. 151. Il est inséré dans le même Code un article 538/76 rédigé comme suit :

« Art. 538/76. § 1er. La demande d'agrément est introduite par le pouvoir organisateur de l'initiative d'habitations protégées auprès du Gouvernement ou de son délégué.

§ 2. Le Gouvernement ou son délégué détermine le contenu du dossier de demande d'agrément. Ce dossier comporte au minimum :

- 1° le numéro d'entreprise de l'initiative d'habitations protégées ;
- 2° un formulaire, dont le modèle est établi par le Gouvernement ou son délégué, reprenant tous les engagements visés à l'article 538/75.

Le Gouvernement précise les modalités et la procédure d'octroi de l'agrément visée au présent article.

§ 3. L'agrément est accordé pour une durée indéterminée par le Gouvernement ou son délégué.

Art. 152. Il est inséré dans le même Code un article 538/77 rédigé comme suit :

« Art. 538/77. L'arrêté d'agrément de l'initiative d'habitations protégées reprend au minimum les informations suivantes :

- 1° l'identité complète de l'initiative d'habitations protégées ;
- 2° l'indication du siège de l'initiative d'habitations protégées ;
- 3° l'indication du nombre de places agréées.

Le Gouvernement complète si nécessaire la liste visée à l'alinéa 1er. ».

Art. 153. Il est inséré dans le même Code un article 538/78 rédigé comme suit :

« Art. 538/78. La dénomination de l'initiative d'habitations protégées agréée est systématiquement accompagnée de la mention « initiative d'habitations protégées agréée par la Région wallonne. ». ».

Art. 154. Dans le chapitre 1er/2 du titre II du livre VI de la deuxième partie du même Code, il est inséré, après l'article 538/78, une section 8 intitulée « Section 8. Evaluation, contrôle et sanctions ».

Art. 155. Dans la section 8 du chapitre 1er/2 du titre II du livre VI de la deuxième partie du même Code, il est inséré un article 538/79 rédigé comme suit :

« Art. 538/79. Les activités de chaque initiative d'habitations protégées font l'objet d'une évaluation qualitative périodique par l'Agence.

L'initiative d'habitations protégées participe activement à son évaluation et collabore avec l'Agence pour l'élaboration et le suivi de cette évaluation.

Le Gouvernement détermine les modalités et la procédure d'évaluation. ».

Art. 156. Il est inséré dans le même Code un article 538/80 rédigé comme suit :

« Art. 538/80. Le contrôle administratif et financier de l'initiative d'habitations protégées est exercé par les membres du personnel de l'Agence désignés à cet effet.

[REDACTED]

[REDACTED]

Dans le but d'obtenir toutes informations ou tous documents utiles au contrôle, ou d'effectuer toutes constatations utiles au contrôle, ces membres du personnel peuvent :

- 1° [REDACTED] avoir libre accès aux locaux de l'initiative d'habitations protégées pendant les heures d'ouverture de ceux-ci ;
- 2° consulter sans déplacement tous documents détenus à l'initiative d'habitations protégées et s'en faire remettre copie ;
- 3° obtenir copie au format de leur choix de tous documents ou données conservées de manière électronique par l'initiative d'habitations protégées ;
- 4° entendre tout dirigeant ou membre du personnel de l'initiative d'habitations protégées ;
- 5° demander par écrit ou par voie électronique à l'initiative d'habitations protégées tous documents, toutes informations ou explications utiles ;
- 6° consulter auprès du Moniteur belge, auprès de la Banque-carrefour des entreprises, auprès de la Centrale des Bilans ou auprès de toutes autres sources authentiques les données relatives à l'initiative d'habitations protégées.

Dans la mesure du possible, l'initiative d'habitations protégées veille à ce que les documents, copies, informations visés à l'alinéa 2 et contenant des données à caractère personnel [REDACTED] soient anonymisés.

Dans l'exercice de leurs pouvoirs de contrôle visés à l'alinéa 2, les membres du personnel de l'Agence visés à l'alinéa 1er ne demandent des données à caractère personnel que si la prise de connaissance de ces données est nécessaire, adéquate et proportionnelle à l'objectif de contrôle de l'initiative d'habitations protégées.

Le dossier individuel visé à l'article 538/66 peut être consulté par des [redacted] de l'Agence désignés spécifiquement à cette fin lorsque cette consultation est nécessaire, adéquate et proportionnelle à l'objectif de contrôle de l'initiative d'habitations protégées. Cette consultation ne peut jamais porter sur les éléments repris à l'article 538/66, § 1er, alinéa 2, 6°, 7°, 8°, 9°, 11°, 12°, 14°, 16°, 25°.

Les pouvoirs conférés par l'alinéa 2 ne peuvent être exercés que par des [redacted] de l'Agence désignés spécifiquement à cette fin lorsqu'ils portent sur des données relatives à l'état de santé des bénéficiaires.

Le Gouvernement peut préciser les limites des pouvoirs conférés aux membres du personnel par l'alinéa 2, ainsi que les modalités d'exercice de ces pouvoirs.

Le Gouvernement détermine les modalités du contrôle, dans le respect du principe du contradictoire.

Art. 157. Il est inséré dans le même Code un article 538/81 rédigé comme suit :

« Art. 538/81. § 1er. À tout moment, l'agrément en qualité d'initiative d'habitations protégées peut être retiré par le Gouvernement ou son délégué pour cause d'inobservation des dispositions du présent chapitre ou des dispositions fixées en application de celui-ci.

L'initiative d'habitations protégées dont l'agrément a été retiré, ne peut pas introduire une nouvelle demande d'agrément pendant l'année suivant la décision de retrait de l'agrément.

§ 2. Le Gouvernement précise les procédures de retrait de l'agrément.

Le Gouvernement détermine les formes et les délais et assure le respect du caractère contradictoire de la procédure.

§ 3. En cas de retrait d'agrément, le Gouvernement ou son délégué adopte les dispositions nécessaires pour assurer le transfert des bénéficiaires vers une autre initiative d'habitations protégées et la continuité de leur suivi thérapeutique. ».

Art. 158. Il est inséré dans le même Code un article 538/82 rédigé comme suit :

« Art. 538/82. Sans préjudice de l'application de peines prévues par le Code pénal, est puni d'un emprisonnement de huit jours à trois mois et d'une amende de 2 à 100 euros :

1° celui qui exploite une initiative d'habitations protégées sans agrément ou qui continue l'exploitation d'un tel établissement après la notification d'une décision de retrait ou de refus d'agrément ;

2° celui qui exploite une initiative d'habitations protégées qui ne répond pas aux normes imposées par le Code wallon de l'action sociale et de la santé et ses arrêtés d'exécution ;

3° celui qui refuse aux membres du personnel visés à l'article 538/80 l'accès à l'établissement.

En cas de récidive dans les deux ans de la condamnation, les peines peuvent être doublées. ».

Section 6. Modifications relatives aux services de santé mentale.

Art. 159. L'article 539 du même Code, modifié par le décret du 20 février 2014, est remplacé par la disposition suivante :

« Art. 539. Afin d'assurer à la population de la région de langue française une aide et des soins en matière de santé mentale en dehors des hôpitaux psychiatriques visés à l'article 3 de la loi coordonnée du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux et autres établissements de soins, et des services hospitaliers psychiatriques agréés conformément à l'article 72 de la même loi, le Gouvernement ou son délégué agréé des services de santé mentale selon les modalités prévues au présent chapitre ou en exécution de celui-ci.

Les services de santé mentale bénéficient de subventions dans les conditions prévues par le présent chapitre, ou en exécution de celui-ci.

Les dispositions du présent chapitre s'appliquent sans préjudice des compétences respectives de l'Etat fédéral et de la Communauté française. ».

Art. 160. A la section 1^{ère}, intitulée « principes généraux », du chapitre II du titre II du livre VI de la deuxième partie du même Code, il est inséré un article 539/1 rédigé comme suit :

« Art. 539/1. Pour l'application du présent chapitre, on entend par :

1° « service de santé mentale » : le service de santé ambulatoire qui, dans le cadre de la prévention secondaire et tertiaire, par une approche pluridisciplinaire médico-psycho-sociale globale et intégrée, répond aux difficultés psycho-sociales ou psychologiques, ou aux troubles psychiatriques du bénéficiaire ;

2° « pouvoir organisateur » : l'organe qui représente juridiquement le service de santé mentale en fonction de la législation applicable à sa forme juridique ;

3° « demandeur » : toute personne, toute famille ou tout groupe de personnes qui introduit une demande d'intervention auprès d'un service de santé mentale ;

4° « bénéficiaire » : toute personne, toute famille ou tout groupe de personnes fragilisées de manière momentanée ou chronique par des difficultés psychologiques ou psycho-sociales ou des troubles psychiatriques, qui bénéficie de l'intervention d'un service de santé mentale ;

5° « aidant proche » : la personne qui apporte une aide et un soutien continu ou réguliers au demandeur ou au bénéficiaire, reconnue conformément à la loi du 12 mai 2014 relative à la reconnaissance de l'aidant proche ;

6° « pair-aidant » : la personne qui est ou a été atteinte de difficultés psycho-sociales ou psychologiques ou de troubles psychiatriques et qui, sur la base de cette expérience et d'une formation spécifique destinée aux pairs-aidants en santé mentale ou assuétudes, fournit une aide dans le service ;

7° « prévention secondaire » : l'ensemble des mesures qui permettent d'agir à un stade précoce de la maladie, afin d'éviter toute aggravation de détresse psychosociale, psychologique ou psychiatrique ;

8° « prévention tertiaire » : l'ensemble des mesures qui permettent d'agir sur les complications et les risques de récurrence ;

9° « réseaux » : l'ensemble des professionnels, quel que soit leur secteur d'activités, des opérateurs ou des non professionnels qui interviennent, de façon simultanée ou successive, en faveur du

bénéficiaire, d'une situation ou d'un projet, dans un partenariat effectif définissant un fonctionnement, une finalité et des objectifs communs ;

10° « concertation institutionnelle » : le cadre de collaboration entre des institutions, mis en place indépendamment d'une prise en charge d'un bénéficiaire, destiné à permettre à des professionnels de travailler ensemble, dans l'intérêt des bénéficiaires et de la qualité de leur prise en charge ;

11° « expertise » : l'établissement des éléments liés à la dispensation des soins donnant accès à un droit ou la réponse à une demande émanant de l'autorité judiciaire ;

12° « siège » : le lieu où s'exerce de manière permanente l'activité du service de santé mentale ;

13° « antenne » : le lieu de consultation extérieur à un siège ;

14° « plate-forme de concertation en santé mentale » : la plate-forme de concertation en santé mentale agréée, telle que définie à l'article 679/2, 1° ;

15° « locaux accessibles aux personnes à mobilité réduite » : les locaux spécialement aménagés, selon les normes contenues aux articles 415 à 415/16 du guide régional d'urbanisme, pour être accessibles aux personnes à mobilité réduite ;

16° « initiative spécifique » : l'activité spécifique à destination d'une population déterminée, développant une offre de soins particulière ;

17° « club thérapeutique » : le lieu d'accueil et d'activités collectif à destination de bénéficiaires enfants, adolescents ou adultes ;

18° « centre de référence en santé mentale » : le centre de référence en santé mentale reconnu, visé à l'article 491/32 ;

19° « centre de référence spécifique » : le centre de référence spécifique reconnu, visé à l'article 491/41 ;

19° « l'Agence » : l'Agence visée à l'article 2 ;

20° « le Ministre » : le Ministre qui a la santé dans ses attributions. ».

Art. 161. Au chapitre II du titre II du livre VI de la 2^e partie du même Code, la section 1^{ère} intitulée « Services de santé mentale » est renumérotée en section 2.

Art. 162. A la section 2 du chapitre II du titre II du livre VI de la 2^e partie du même Code, l'intitulé de la sous-section 1^{ère} est remplacé par les mots « Mission et fonctionnement ».

Art. 163. L'article 540 du même Code, modifié par le décret du 20 février 2014, est remplacé par la disposition suivante :

« Art. 540. Le service de santé mentale soutient le bénéficiaire dans son cheminement vers son autonomie et son inclusion dans sa communauté de vie de manière à lui permettre de bénéficier d'un meilleur état de santé mentale.

La mission visée à l'alinéa 1^{er} s'organise en deux lignes de soins.

Les soins de première ligne consistent à dispenser des soins de santé intégrés et pluridisciplinaires au sein de la communauté. Ces soins se caractérisent par une accessibilité universelle et une approche globale axée sur la personne. Le service de santé mentale dispense ces soins en partenariat durable

avec les bénéficiaires, leur médecin généraliste, leurs aidants proches et les pairs-aidants, dans le contexte de la famille et de la communauté locale.

Les soins de deuxième ligne consistent à assurer sur le long terme et de manière chronique le suivi des bénéficiaires par des soins pluridisciplinaires et spécialisés.

Dans le cadre de sa mission, le service de santé mentale réalise les activités prioritaires suivantes :

1° l'accueil de toute demande relative à des difficultés psycho-sociales ou psychologiques ou à des troubles psychiatriques ;

2° la réponse à la demande visée au 1°, en tenant compte des ressources disponibles, des particularités de la demande et des suivis antérieurs ;

3° en cas d'acceptation de la demande visée au 1°, la prise en charge pluridisciplinaire médico-psycho-sociale du bénéficiaire ;

4° l'évaluation régulière de la prise en charge visée au 3°.

Les activités visées à l'alinéa 5 peuvent également être exercées en dehors de son siège, selon les modalités déterminées par le Gouvernement. ».

Art. 164. Il est inséré dans le même Code un article 540/1 rédigé comme suit :

« Art. 540/1. Pour réaliser cette mission, le service de santé mentale utilise les approches et les moyens qu'il estime les plus efficaces et pertinents, en ce compris le travail en réseau visé à l'article 552, en tenant compte de l'état actuel des connaissances scientifiques. ».

Art. 165. L'article 541 du même Code est remplacé par la disposition suivante :

« Art. 541. Tous les projets et actions du service de santé mentale, en ce compris ceux de ses différents sièges, initiatives spécifiques, clubs thérapeutiques et autres actions complémentaires, s'exercent dans le cadre d'un projet de service.

Le projet de service est élaboré pour une durée maximale de cinq ans.

Le projet de service est adapté en cas de demande de modification de l'agrément du service de santé mentale, ou de demande d'agrément d'une initiative spécifique ou d'un club thérapeutique.

Le projet de service est centré prioritairement sur le bénéficiaire.

Les projets et actions visés à l'alinéa 1er sont clairement décrits et identifiés dans le projet de service. L'ensemble du projet de service ainsi que chaque projet et action visés à l'alinéa 1er concordent avec la mission visée à l'article 540.

Le projet de service reprend au moins les éléments suivants :

1° l'identification du service de santé mentale ;

2° l'environnement du service de santé mentale en termes territorial et institutionnel ;

3° l'organisation du service de santé mentale et son articulation avec le réseau ;

4° la définition des objectifs et du plan d'actions ;

5° les mécanismes d'auto-évaluation.

Le plan d'actions prévu à l'alinéa 6, 4° doit s'inscrire dans les objectifs, actions et stratégies prévus par le plan stratégique pour la santé mentale visé à l'article 47/19, 2°.

Le Gouvernement précise et complète le contenu du projet de service, détermine les modalités de son adoption et de sa communication à l'Agence.

Le Gouvernement ou son délégué valide le projet de service. ».

Art. 166. L'intitulé du point B de la sous-section 1ère de la section 2 du chapitre II du titre II du livre VI de la 2e partie du même Code est complété par les mots « des demandeurs et des bénéficiaires ».

Art. 167. A l'article 542 du même Code, dont le texte actuel devient le paragraphe 1^{er}, les modifications suivantes sont apportées :

1° les mots « Le service » sont remplacés par les mots « § 1^{er}. Durant les heures d'ouverture visées à l'article 590, le service » ;

2° les mots « d'accueil durant les heures d'ouverture, » sont abrogés ;

3° les mots « l'utilisateur reçoit une réponse à son appel ou est accueilli dans les locaux du service de santé mentale » sont remplacés par les mots « il est possible de le contacter par téléphone, et d'être accueilli en ses locaux, le cas échéant sur rendez-vous » ;

4° l'article est complété par un paragraphe 2 rédigé comme suit : « §2. La demande d'intervention est reçue :

1° soit lors de la réception du demandeur dans les locaux du service de santé mentale ;

2° soit lors d'une rencontre en dehors des locaux du service de santé mentale ;

3° soit par téléphone ou par télé-conférence ;

4° soit par voie électronique.

Toute demande d'intervention, quel que soit son mode de réception, fait l'objet d'un enregistrement.

Le Gouvernement ou son délégué précise les modalités de réception des demandes, ainsi que de l'enregistrement des demandes. ».

Art. 168. A l'article 543 du même Code, modifié par le décret du 20 février 2014, les modifications suivantes sont apportées :

1° à l'alinéa 1^{er} :

a) les mots « visées à l'article 590, ou en cas d'indisponibilité » sont insérés entre les mots « heures d'ouverture » et les mots « , un message enregistré » ;

b) la première phrase est complétée par les mots : « lors de tout appel téléphonique » ;

c) les mots « la structure » sont remplacés par les mots « l'hôpital » ;

d) les mots « laquelle l'utilisateur » sont remplacés par les mots « lequel le demandeur ou le bénéficiaire » ;

e) les mots « pour l'utilisateur » sont remplacés par les mots « pour le demandeur ou le bénéficiaire » ;

f) les mots « une demande » sont remplacés par les mots « un message » ;

2° il est inséré entre les alinéas 1^{er} et 2 un nouvel alinéa rédigé comme suit : « Les coordonnées de l'hôpital vers lequel le demandeur ou le bénéficiaire peut s'orienter en cas de crise ou de nécessité sont également reprises sur le site internet du service de santé mentale, s'il existe, ainsi que sur tout message automatique de réponse à une demande envoyée par voie électronique. » ;

3° à l'alinéa 2, devenu alinéa 3 :

a) les mots « A cet effet » sont remplacés par les mots « En vue d'assurer la réorientation visée à l'alinéa 1^{er} » ;

b) le mot « institution » est remplacé par les mots « hôpital » ;

4° à l'alinéa 3, devenu alinéa 4 :

a) les mots « visée à l'alinéa 3 » sont insérés entre le mot « convention » ;

b) le mot « comporte », et le mot « usagers » est remplacé par les mots « demandeurs ou bénéficiaires » ;

5° à l'alinéa 4, devenu alinéa 5 :

a) les mots « ou son délégué » sont insérés entre le mot « Gouvernement » ;

b) le mot « fixe », et les mots « visée à l'alinéa 3 » sont insérés après le mot « convention ».

Art. 169. A l'article 544 du même Code, dont le texte actuel devient le paragraphe 1^{er}, les modifications suivantes sont apportées :

1° à l'alinéa 1^{er}, les mots « est accueillie » sont remplacés par les mots « de prise en charge est enregistrée » ;

2° l'alinéa 2 est complété par les mots « visée à l'article 545 » ;

3° le paragraphe 1^{er} est complété par un alinéa 3 rédigé comme suit : « La réponse prend en considération l'avis du demandeur, ses objectifs, ses besoins, ses ressources et, le cas échéant, l'avis de ses proches. » ;

4° l'article est complété par un paragraphe 2 rédigé comme suit : « §2. Le service de santé mentale prend en charge les personnes :

1° qui présentent des difficultés psychologiques ou psycho-sociales ou des troubles psychiatriques ;

2° et qui soit nécessitent une collaboration pluridisciplinaire, soit sont dans une situation de précarité financière.

Si le service de santé mentale n'est pas en mesure de répondre à chaque demande de prise en charge :

1° il prend en charge d'abord les demandeurs en situation de précarité psychique, financière ou sociale ;

2° il réoriente si possible les autres demandeurs. ».

Art. 170. Il est inséré dans la sous-section 1^{ère} de la section 2 du chapitre II du titre II du livre VI de la 2e partie du même Code, après l'article 544, un point C/1, reprenant les articles 545 à 549, intitulé : « C/1. Concertation pluridisciplinaire ».

Art. 171. A l'article 545 du même Code, les alinéas 1 et 2 sont remplacés par les alinéas suivants : « Une concertation pluridisciplinaire est instaurée dans chaque service de santé mentale. L'objectif prioritaire de cette concertation pluridisciplinaire est de définir la prise en charge la plus adéquate, efficace et pertinente pour le bénéficiaire en fonction de ses besoins et ressources, de son évolution, de l'évolution de sa prise en charge, des ressources disponibles au sein du service de santé mentale ou dans les réseaux.

La concertation pluridisciplinaire est également le lieu où sont débattues les réponses visées à l'article 544.

La concertation pluridisciplinaire réunit l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire visée à l'article 555.

La concertation pluridisciplinaire est organisée au minimum une fois chaque semaine, même en l'absence d'un membre de l'équipe pluridisciplinaire visée à l'article 555. ».

Art. 172. L'article 546 du même Code est abrogé.

Art. 173. A l'article 547 du même Code, modifié par le décret du 20 février 2014, les modifications suivantes sont apportées :

1° à l'alinéa 1er, les mots « dont notamment » sont remplacés par les mots « en ce compris » ;

2° l'alinéa 2 est remplacé par ce qui suit : « La concertation pluridisciplinaire trimestrielle, au minimum :

1° évalue les projets et actions en relation avec le projet de service ;

2° permet l'échange de pratiques et l'intervision. » ;

3° l'alinéa 3 est remplacé par ce qui suit : « Le Gouvernement précise les modalités d'application du présent article. » ;

4° l'alinéa 4 est abrogé.

Art. 174. A l'article 548 du même Code, les modifications suivantes sont apportées :

1° les mots « Le médecin » sont remplacés par les mots « Dans l'intérêt du bénéficiaire et si le bénéficiaire l'autorise, un médecin généraliste ou un autre professionnel de la santé, » ;

2° le mot « et » est inséré entre les mots « de santé mentale » et les mots « désigné par » ;

3° les mots « l'utilisateur » sont remplacés par les mots « le bénéficiaire » ;

4° les mots « au traitement » sont remplacés par les mots « à la prise en charge ».

Art. 175. L'article 549 du même Code est abrogé.

Art. 176. Dans l'intitulé du point D de la sous-section 1ère de la section 2 du chapitre II du titre II du livre VI de la 2e partie du même Code, le mot « accessoires » est remplacé par le mot « complémentaires ».

Art. 177. L'article 550 du même Code, modifié par le décret du 20 février 2014, est remplacé par la disposition suivante :

« Art. 550. Sans préjudice des missions qui lui seraient confiées et financées par la Communauté française dans le cadre de ses compétences, le service de santé mentale peut accomplir les activités complémentaires suivantes dans la mesure où elles concordent avec sa mission décrite à l'article 540 :

1° la réalisation d'expertises ;

2° l'organisation d'activités au bénéfice d'autres professionnels en vue d'améliorer la qualité de l'aide ou des soins qu'ils offrent à des personnes présentant des difficultés psychologiques ou psychosociales ou des troubles psychiatriques, sous la forme d'information, de supervision ou de formation ;

3° toute activité ou projet ponctuel mis en place à destination d'un public spécifique du service de santé mentale ou de la population qu'il dessert.

Les heures du cadre agréé consacrées aux activités complémentaires visées sous les 1° et 2° ne peuvent pas dépasser vingt pour cent de la totalité des heures du cadre agréé du service de santé mentale. ».

Art. 178. L'article 551 du même Code, modifié par le décret du 20 février 2014, est abrogé.

Art. 179. L'intitulé du point E de la sous-section 1ère de la section 2 du chapitre II du titre II du livre VI de la 2e partie du même Code est complété par les mots « et concertation institutionnelle ».

Art. 180. L'article 552 du même Code est remplacé par la disposition suivante :

« Art. 552. §1. Pour atteindre la mission visée à l'article 540, § 1^{er}, le service de santé mentale collabore avec les réseaux.

L'équipe pluridisciplinaire veille à ce que ce travail de réseau pour chaque bénéficiaire :

1° centre son action sur les besoins de ce bénéficiaire ;

2° garantisse le suivi des décisions prises et soutienne l'ensemble du processus de prise en charge autour de ce bénéficiaire ;

3° garantisse la continuité et la complémentarité de la prise en charge pour ce bénéficiaire.

Le Gouvernement adopte les précisions nécessaires ou utiles à la mise en œuvre de l'alinéa 2.

A cette fin, le service de santé mentale conclut des conventions de collaboration avec les réseaux.

Le Gouvernement ou son délégué définit les conditions et les modalités de la participation aux réseaux.

§2. Pour atteindre la mission visée à l'article 540, § 1^{er}, le service de santé mentale travaille avec l'entourage du bénéficiaire, ses proches et les professionnels de l'aide et du soin, dans la mesure où la prise en charge le requiert. ».

Art. 181. A l'article 553 du même Code, les modifications suivantes sont apportées :

1° le mot « participe » est remplacé par les mots « prend part activement » ;

2° les mots « ou des services privés, lorsqu'elles concernent ses missions. » sont remplacés par les mots « , d'un centre de référence en santé mentale, d'un centre de référence spécifique, d'une plate-forme de concertation en santé mentale ou des réseaux, lorsque ces concertations concernent sa mission décrite à l'article 540, §1^{er}. » ;

3° l'article est complété par un alinéa 2 rédigé comme suit : « Le Gouvernement est chargé de l'exécution du présent article. ».

Art. 182. L'article 554 du même Code est remplacé par la disposition suivante :

« Art. 554. § 1^{er}. Le service de santé mentale choisit librement les institutions avec lesquelles il souhaite développer une concertation institutionnelle.

Le Gouvernement détermine les objectifs minimaux de concertation institutionnelle à remplir par les services de santé mentale.

§ 2. Le service de santé mentale est membre au moins d'une plate-forme de concertation en santé mentale. ».

Art. 183. A l'article 555 du même Code, les modifications suivantes sont apportées :

1° les mots « ses missions » sont remplacés par les mots « sa mission décrite à l'article 540 » ;

2° les mots « ou plusieurs équipes pluridisciplinaires » sont remplacés par les mots « équipe pluridisciplinaire » ;

3° l'article est complété par les mots « , répartie sur un ou plusieurs sièges ».

Art. 184. A l'article 556 du même Code, modifié par le décret du 20 février 2014, les modifications suivantes sont apportées :

1° au paragraphe 1^{er}, l'alinéa 2 est abrogé ;

2° entre le paragraphe 1^{er} et le paragraphe 2, il est inséré un paragraphe 1^{er}/1 rédigé comme suit : « § 1^{er}/1. L'équipe est encadrée par une direction administrative et par une direction thérapeutique, dont les missions sont définies aux articles 560 à 561/1. ».

3° au paragraphe 2 :

a) à l'alinéa 1^{er}, les mots « personnes prises en charge » sont remplacés par le mot « bénéficiaires » ;

b) à l'alinéa 2, les mots « Selon les modalités » sont remplacés par les mots « Selon les conditions et les modalités », les mots « accordées par celui-ci » sont remplacés par les mots « accordées par le Gouvernement ou son délégué », et les mots « de santé mentale, dans les domaines de la médecine, des soins infirmiers, de la pédagogie, de la sociologie, de la criminologie, de la psychomotricité, de la logopédie et de l'ergothérapie » sont abrogés ;

c) l'alinéa 3 est remplacé par la disposition suivante « Le Gouvernement ou son délégué détermine la liste des domaines d'activités dans lesquels une fonction complémentaire peut être accordée. ».

4° l'article est complété par deux paragraphes rédigés comme suit : « § 3. L'équipe peut s'adjoindre la compétence d'un pair-aidant.

Les pairs-aidants sont engagés sous statut de volontaire au sens de la loi du 3 juillet 2005 relative aux droits des volontaires.

§ 4. Le personnel réalise les activités liées aux fonctions décrites aux paragraphes 1^{er} et 2, dans le respect des règles de l'art de sa profession, sous la responsabilité conjointe de la direction administrative et de la direction thérapeutique du service. ».

Art. 185. L'article 557 du même Code est remplacé par la disposition suivante :

« Art. 557. Le Gouvernement ou son délégué précise la liste des diplômes et des titres nécessaires, ainsi que, le cas échéant, l'expérience utile et nécessaire à l'accomplissement des fonctions visées à l'article 556.

Sans préjudice des dispositions fédérales, le Gouvernement ou son délégué précise les obligations en matière de formation continuée pour chaque personne exerçant une des fonctions visées à l'article 556. ».

Art. 186. L'article 558 du même Code, modifié par le décret du 20 février 2014, est remplacé par la disposition suivante :

« Art. 558. § 1^{er}. Chaque membre de l'équipe pluridisciplinaire est engagé par le pouvoir organisateur du service de santé mentale :

1° soit en tant que travailleur salarié sous statut ;

2° soit en tant que travailleur salarié sous contrat de travail ;

3° soit en tant que psychiatre, pédopsychiatre ou psychologue indépendant dans le cadre d'une convention de collaboration.

Le pouvoir organisateur du service de santé mentale détermine la durée des prestations des membres de l'équipe et désigne ceux à qui il confie la direction administrative et la direction thérapeutique du service de santé mentale.

§ 2. Tout membre de l'équipe pluridisciplinaire qui quitte ses fonctions est remplacé, dans la mesure du possible, dans les six mois de son départ.

Le Gouvernement détermine les cas et les modalités des dérogations à l'alinéa 1^{er}. ».

Art. 187. A l'article 559 du même Code, l'alinéa 2 est abrogé.

Art. 188. A l'article 560 du même Code, les modifications suivantes sont apportées :

1° à l'alinéa 1^{er} du paragraphe 1^{er} :

a. les mots « projet de service de santé mentale » sont remplacés par les mots « projet de service » ;

b. les mots « de l'application du règlement de travail » sont abrogés ;

c. le mot « administratif » est inséré entre les mots « de l'encadrement » et les mots « du personnel » ;

2° l'alinéa 3 du paragraphe 1^{er} est abrogé ;

3° le paragraphe 2 est remplacé par la disposition suivante : « §2. Le directeur administratif assure la concertation visée à l'article 553. » ;

4° le paragraphe 3 est remplacé par la disposition suivante : « § 3. Le Gouvernement ou son délégué peut confier d'autres tâches spécifiquement au directeur administratif. » ;

5° l'article est complété par un paragraphe 4 rédigé comme suit : « §4. Le directeur administratif ne peut exercer simultanément la fonction de directeur thérapeutique. ».

Art. 189. L'article 561 du même Code est remplacé par la disposition suivante :

« Art. 561. §1^{er}. La direction thérapeutique est exercée par un médecin du service de santé mentale, ci-après désigné sous le terme de « directeur thérapeutique ». Ce médecin est psychiatre ou pédopsychiatre, selon l'agrément délivré par la Communauté française.

§ 2. Le directeur thérapeutique garantit le bon fonctionnement thérapeutique du service de santé mentale, préside les réunions d'équipe hebdomadaires et collabore aux activités complémentaires et à celles liées au fonctionnement en réseau, sur le plan du contenu thérapeutique.

Le directeur thérapeutique veille à la bonne communication des informations relatives aux soins de santé, en ce compris la médication, au médecin généraliste ou aux autres professionnels de santé qui ont référé le bénéficiaire, avec l'accord du bénéficiaire ou de son représentant légal.

§ 3. Le Gouvernement ou son délégué peut confier d'autres tâches spécifiquement au directeur thérapeutique.

§4. Le directeur thérapeutique ne peut exercer simultanément la fonction de directeur administratif. ».

Art. 190. Il est inséré dans le même Code, après l'article 561, un article 561/1 rédigé comme suit :

« Art. 561/1. § 1^{er}. Le directeur administratif et le directeur thérapeutique exercent leurs fonctions respectives en pleine collaboration l'un avec l'autre, pour le bon accomplissement des missions du service.

§ 2. Le directeur administratif et le directeur thérapeutique veillent conjointement :

1° à la continuité, à l'efficacité et à la qualité des missions ;

2° à donner une réponse la plus rapide possible aux demandeurs, en concertation avec l'équipe pluridisciplinaire.

§ 3. Le Gouvernement ou son délégué peut confier d'autres tâches conjointes au directeur administratif et au directeur thérapeutique. ».

Art. 191. L'article 562 du même Code, modifié par le décret du 20 février 2014, est remplacé par la disposition suivante :

« Art. 562. Le Gouvernement ou son délégué détermine le nombre d'équivalents temps plein subventionnés attribués au service de santé mentale pour le directeur administratif. ».

Art. 192. L'article 563 du même Code, modifié par le décret du 20 février 2014, est remplacé par la disposition suivante :

« Art. 563. Le Gouvernement ou son délégué détermine le nombre d'équivalents temps plein subventionnés attribués au service de santé mentale pour les fonctions d'accueil ou de secrétariat. ».

Art. 193. L'article 564 du même Code est remplacé par la disposition suivante :

« Art. 564. La fonction sociale peut être assurée soit par un assistant social, soit par un infirmier spécialisé dans les matières sociales ou en santé communautaire.

Par dérogation à l'alinéa 1^{er}, les éducateurs A1 ou les assistants en psychologie qui exercent la fonction sociale au 1^{er} janvier 2023 peuvent poursuivre cette fonction et être subsidiés, jusqu'au moment où ils cessent définitivement d'exercer la fonction sociale.

Le Gouvernement ou son délégué détermine le nombre d'équivalents temps plein subventionnés attribués au service de santé mentale pour la fonction sociale. ».

Art. 194. L'article 565 du même Code est remplacé par la disposition suivante :

« Art. 565. La fonction psychologique est assurée par un psychologue clinicien.

Par dérogation à l'alinéa 1^{er}, les psychologues non cliniciens qui exercent la fonction psychologique au 1^{er} janvier 2024 peuvent poursuivre cette fonction et être subsidiés, jusqu'au moment où ils cessent définitivement d'exercer la fonction psychologique.

Le Gouvernement ou son délégué détermine le nombre d'équivalents temps plein subventionnés attribués au service de santé mentale pour la fonction psychologique. ».

Art. 195. L'article 566 du même Code, modifié par le décret du 20 février 2014, est remplacé par la disposition suivante :

« Art. 566. § 1^{er}. La fonction psychiatrique est exercée par un médecin psychiatre ou pédopsychiatre.

Le service peut conclure une convention de collaboration avec un médecin psychiatre ou pédopsychiatre indépendant exerçant la fonction psychiatrique pour le nombre d'heures spécifiées dans l'agrément.

§ 2. Le Gouvernement ou son délégué détermine le nombre d'équivalents temps plein subventionnés attribués au service de santé mentale pour la fonction psychiatrique.

Le Gouvernement ou son délégué peut accorder une dérogation au nombre d'équivalents temps plein subventionnés attribué en application de l'alinéa 1^{er}, lorsque le pouvoir organisateur du service de santé mentale fait la preuve de l'impossibilité matérielle d'engager un nombre suffisant de psychiatres ou pédopsychiatres pour remplir le cadre attribué et propose des mesures compensatoires qu'il s'engage à mettre en œuvre.

Les mesures visées à l'alinéa 2 ont pour objectif de maintenir l'accessibilité aux soins et d'assurer le recours à une direction thérapeutique pour les membres de l'équipe.

La dérogation visée à l'alinéa 2 est accordée pour une durée maximale d'un an et est renouvelée si le pouvoir organisateur démontre que la situation ayant conduit à la dérogation reste inchangée.

§ 3. Le Gouvernement ou son délégué détermine le nombre d'heures minimal consacré à la fonction de directeur thérapeutique. ».

Art. 196. L'article 567 du même Code est remplacé par la disposition suivante :

« Art. 567. Le Gouvernement ou son délégué détermine le nombre d'équivalents temps plein subventionnés attribués au service de santé mentale pour les fonctions complémentaires. ».

Art. 197. Il est inséré dans le même code un article 567/1 rédigé comme suit :

« Art. 567/1. Lorsque le service de santé mentale organise une offre spécifique à destination des enfants et des adolescents, les normes suivantes sont d'application :

1° la fonction psychiatrique est exercée par un pédopsychiatre ;

2° le service de santé mentale complète son offre par de la thérapie à media sous la forme de logopédie, kinésithérapie ou psychomotricité. ».

Art. 198. L'article 568 du même Code, modifié par le décret du 20 février 2014, est remplacé par la disposition suivante :

« Art. 568. Les prestataires indépendants visés à l'article 558, alinéa 1^{er}, 3°, subventionnés ou non subventionnés, exercent les fonctions définies à l'article 556, §§ 1^{er} et 2 dans le cadre d'une convention de collaboration conclue avec le pouvoir organisateur.

Cette convention de collaboration définit les conditions et les modalités de participation à la concertation pluridisciplinaire, aux frais de gestion du service de santé mentale, et le montant maximum des honoraires.

Le Gouvernement ou son délégué précise le contenu, les conditions et les modalités de la convention de collaboration. ».

Art. 199. Dans la sous-section 1ère de la section 2 du chapitre II du titre II du livre VI de la 2e partie du même Code, il est inséré, après l'article 568, un point G/1, comprenant un article 568/1, intitulé comme suit : « G/1. Secret professionnel ».

Art. 200. Il est inséré au point G/1 de la sous-section 1ère de la section 2 du chapitre II du titre II du livre VI de la 2e partie du même Code un article 568/1 rédigé comme suit :

« Art. 568/1. Les membres de l'équipe pluridisciplinaire, le pouvoir organisateur, les pairs-aidants et les membres des réseaux sont tenus au secret professionnel pour tous les éléments relatifs aux bénéficiaires dont ils ont ou pourraient avoir connaissance.

Toute infraction à l'obligation de secret professionnel est sanctionnée conformément à l'article 458 du code pénal. ».

Art. 201. L'intitulé du point H de la sous-section 1ère de la section 2 du chapitre II du titre II du livre VI de la 2e partie du même Code est remplacé par « H. Le bénéficiaire ».

Art. 202. L'intitulé du sous-point 1 du point H de la sous-section 1ère de la section 2 du chapitre II du titre II du livre VI de la 2e partie du même Code est remplacé par « 1. Libre choix du service de santé mentale ».

Art. 203. L'article 569 du même Code, modifié par le décret du 20 février 2014, est remplacé par la disposition suivante :

« Art. 569. Le bénéficiaire a, dans tous les cas, le libre choix du service de santé mentale.

Le bénéficiaire peut, à tout moment, demander le transfert de son dossier dans un autre service de santé mentale ou vers un professionnel de santé qu'il désigne.

Le bénéficiaire a droit, de la part du service de santé mentale, à des prestations de qualité répondant à ses besoins et ce, dans le respect de sa dignité humaine et de son autonomie et sans aucune discrimination au sens de l'article 3 du décret du 6 novembre 2008 relatif à la lutte contre certaines formes de discrimination. ».

Art. 204. Dans l'intitulé du sous-point 2 du point H de la sous-section 1ère de la section 2 du chapitre II du titre II du livre VI de la 2e partie du même Code, les mots « de l'utilisateur » sont remplacés par les mots « du bénéficiaire ».

Art. 205. A l'article 570 du même Code, modifié par le décret du 20 février 2014, les modifications suivantes sont apportées :

1° à l'alinéa 1^{er} du paragraphe 1^{er} :

a) le mot « usager » est remplacé par le mot « bénéficiaire » ;

b) les mots « utiles à [REDACTED] » sont remplacés par les mots « [REDACTED] nécessaires, adéquates et pertinentes pour [REDACTED] » ;

c) l'alinéa est complété par la phrase suivante : « Le dossier individuel est complété par les informations issues du bilan visé à l'article 572, §2, et celles issues de l'éventuelle concertation réalisée au sein du réseau. ».

2° entre l'alinéa 1^{er} et l'alinéa 2, il est inséré un nouvel alinéa rédigé comme suit : « Le dossier individuel du bénéficiaire comprend [REDACTED] les données suivantes :

1° l'identification du bénéficiaire par son numéro d'identification à la sécurité sociale (NISS), son nom, son prénom, son sexe, sa date de naissance, son adresse, ses numéros de téléphone et ses adresses électroniques ;

2° l'identification du médecin généraliste du bénéficiaire, et, le cas échéant, du médecin ou autre professionnel de santé désigné par le bénéficiaire conformément à l'article 548 ;

3° l'identification personnelle des membres de l'équipe pluridisciplinaire qui interviennent dans la prise en charge du bénéficiaire ;

4° l'identification des membres du réseau dont celui qui est à l'origine de l'orientation vers le service de santé mentale ;

5° le motif de la demande d'intervention ou la problématique au moment de la demande d'intervention ;

6° les antécédents personnels et familiaux du bénéficiaire ;

7° les résultats d'examens tels que des examens cliniques, radiologiques, biologiques, fonctionnels et histo-pathologiques utiles à la prise en charge du bénéficiaire ;

8° les notes des entretiens avec le bénéficiaire, d'autres professionnels des soins de santé ou des tiers [REDACTED] ;

9° les attestations, rapports ou avis reçus du bénéficiaire ou de tiers ;

10° les objectifs de santé et les déclarations d'expression de la volonté reçues du bénéficiaire ;

11° le dernier diagnostic établi par le professionnel des soins de santé concerné ;

12° la caractérisation du bénéficiaire telle que visée à l'article 12 de la loi du 22 avril 2019 relative à la qualité de la pratique des soins de santé ;

13° l'aperçu chronologique des soins de santé et prestations dispensés avec l'indication de leur nature, de la date et de l'identité du membre de l'équipe pluridisciplinaire concerné ;

14° l'évolution de la pathologie si cela est pertinent ;

15° les renvois vers d'autres professionnels des soins de santé, services ou tiers ;

16° les médicaments, [REDACTED] le schéma de médication, [REDACTED] ;

17° les complications ou comorbidités qui nécessitent un traitement complémentaire ;

18° la mention qu'en application des articles 573, § 2, et 574, § 3, des informations ont été communiquées, avec l'accord du bénéficiaire, à une personne de confiance ou au bénéficiaire en présence d'une personne de confiance et l'identité de cette personne de confiance ;

19° la demande expresse du bénéficiaire de ne pas lui fournir d'informations en application des articles 573, § 3, et 574, § 3 ;

20° la motivation du fait de ne pas divulguer des informations au bénéficiaire en application de l'article 573, § 4 ;

21° la demande du bénéficiaire en application du paragraphe 3 de se faire assister par une personne de confiance désignée par lui ou d'exercer son droit de consultation par l'entremise de celle-ci ainsi que l'identité de cette personne de confiance ;

22° la motivation du rejet total ou partiel de la demande d'un représentant du bénéficiaire visant à obtenir la consultation ou une copie du dossier de bénéficiaire en application de l'article 579, § 1^{er} ;

23° la motivation de la dérogation à la décision prise par un représentant du bénéficiaire en application de l'article 579, § 2 ;

24° le tarif appliqué au bénéficiaire ;

25° la fiche de renseignement destinée au recueil des données socio-épidémiologiques visé à l'article 585. » ;

3° à l'alinéa 2, devenu alinéa 3, du paragraphe 1^{er}, les mots « au moins dix ans après leur clôture » sont remplacés par les mots « par le service de santé mentale au minimum trente ans et maximum cinquante ans après le dernier contact avec le bénéficiaire concerné [REDACTED] » ;

4° l'alinéa 3, devenu alinéa 4, du paragraphe 1^{er} est [REDACTED] ;

5° à l'alinéa 1^{er} du paragraphe 2, les mots « L'utilisateur » sont remplacés par les mots « Le bénéficiaire » ;

6° à l'alinéa 2 du paragraphe 2 :

a) les mots « de l'utilisateur » sont remplacés par les mots « du bénéficiaire » ;

b) les mots « par l'utilisateur » sont remplacés par les mots « par le bénéficiaire » ;

7° à l'alinéa 1^{er} du paragraphe 3 :

a) les mots « L'utilisateur » sont remplacés par les mots « Le bénéficiaire » ;

b) l'alinéa est complété par la phrase suivante : « Le Gouvernement détermine les modalités de la demande de consultation. » ;

8° à l'alinéa 2 du paragraphe 3, les mots « de l'utilisateur » sont remplacés par les mots « du bénéficiaire » ;

9° à l'alinéa 4 du paragraphe 3 :

a) les mots « l'utilisateur » sont remplacés par les mots « le bénéficiaire » ;

b) l'alinéa est complété par la phrase suivante : « Le cas échéant, la demande du bénéficiaire est formulée par écrit et la demande, ainsi que l'identité de la personne de confiance, sont consignées ou ajoutées au dossier du bénéficiaire. » ;

10° à l'alinéa 5 du paragraphe 3 :

a) les mots « de l'utilisateur » sont remplacés par les mots « du bénéficiaire » ;

b) les mots « l'utilisateur exerce » sont remplacés par les mots « le bénéficiaire exerce » ;

11° le paragraphe 3 est complété par l'alinéa suivant : « La situation visée à l'alinéa 5 dans laquelle le bénéficiaire peut exercer son droit de consultation de son dossier individuel uniquement en passant par l'intermédiaire d'un membre de l'équipe du service de santé mentale ou d'un autre service de santé mentale désigné par lui lorsque son dossier contient une motivation écrite telle que visée à l'article 573, § 4, alinéa 2, qui est toujours d'application, est en conformité avec l'article 23 du règlement (UE) n° 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, et abrogeant la directive 95/46/CE (règlement général sur la protection des données). » ;

12° à l'alinéa 1^{er} du paragraphe 4 :

a) les mots « L'utilisateur » sont remplacés par les mots « Le bénéficiaire » ;

Le service de santé mentale se conforme au Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, et abrogeant la directive 95/46/CE (règlement général sur la protection des données).

b) les mots « , conformément aux règles fixées au paragraphe 3 » sont abrogés ;

13° à l'alinéa 2 du paragraphe 4, les mots « l'utilisateur » sont remplacés par les mots « le bénéficiaire » ;

14° au paragraphe 5 :

a) les mots « de l'utilisateur » sont remplacés par les mots « du bénéficiaire » ;

b) les mots « paragraphe 2 » sont remplacés par les mots « paragraphe 3 » ;

c) les mots « que l'utilisateur » sont remplacés par les mots « que le bénéficiaire » ;

d) la phrase « Le membre de l'équipe du service de santé mentale désigné consulte également les annotations personnelles visées au paragraphe 3, alinéa 3. » est abrogée.

Art. 206. Il est inséré au sous-point 2 du point H de la sous-section 1^{ère} de la section 2 du chapitre II du titre II du livre VI de la 2^e partie du même Code un article 570/1 rédigé comme suit :

« Art. 570/1. Pour le dossier individuel visé à l'article 570, ainsi que pour toutes les données personnelles dont il a connaissance, le service de santé mentale se conforme au Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, et abrogeant la directive 95/46/CE (règlement général sur la protection des données), ainsi qu'à toutes autres dispositions contraignantes relatives à la protection des données.

Le service de santé mentale élabore un protocole de protection des données personnelles indiquant la manière dont il se conforme aux dispositions visées à l'alinéa 1^{er}.

Le service de santé mentale communique le protocole visé à l'alinéa 2 :

1° à tout bénéficiaire ;

2° à tout demandeur qui en exprime le souhait.

Toute modification du protocole visé à l'alinéa 2 est communiquée aux personnes visées à l'alinéa 3. ».

Art. 207. Dans l'intitulé du sous-point 3 du point H de la sous-section 1ère de la section 2 du chapitre II du titre II du livre VI de la 2e partie du même Code, les mots « de l'utilisateur » sont remplacés par les mots « du bénéficiaire ».

Art. 208. L'article 571 du même Code est remplacé par la disposition suivante :

« Art. 571. Le demandeur ou le bénéficiaire a, à tout moment, le droit de recevoir par écrit une information claire sur :

- 1° le fonctionnement du service de santé mentale et les différentes fonctions présentes dans celui-ci ;
- 2° le caractère pluridisciplinaire du service de santé mentale et ses implications sur le partage d'informations entre professionnels ;
- 3° les modalités de soins mises en œuvre par le service de santé mentale ;
- 4° le coût des prestations et les conditions dans lesquelles il peut obtenir une diminution ou la gratuité du tarif ;
- 5° ses droits, en ce compris son droit à s'opposer à l'échange des informations qu'il communique, en tout ou en partie.

 le bénéficiaire est présumé accepter le caractère pluridisciplinaire du service.

Le Gouvernement ou son délégué précise les modalités et le contenu minimal de l'information visée à l'alinéa 1er. ».

Art. 209. L'article 572 du même Code est remplacé par la disposition suivante :

« Art. 572. Le service de santé mentale est tenu d'assurer la continuité des soins du bénéficiaire qu'il prend en charge.

Dans le cadre de la prévention tertiaire, chaque service de santé mentale évalue régulièrement avec le bénéficiaire l'avancement du processus thérapeutique en phase avec la temporalité et les préoccupations de celui-ci.

Les modalités de l'évaluation sont définies dans le projet de service. ».

Art. 210. A l'article 573 du même Code, modifié par le décret du 20 février 2014, les modifications suivantes sont apportées :

- 1° au paragraphe 1^{er}, les mots « L'utilisateur » sont remplacés par les mots « Le bénéficiaire » ;
- 2° à l'alinéa 1^{er} du paragraphe 2 :
 - a) les mots « l'utilisateur » sont remplacés par les mots « le bénéficiaire » ;
 - b) l'alinéa est complété par les mots « , adaptée à ses compétences » ;
- 3° à l'alinéa 2 du paragraphe 2, les mots « L'utilisateur » sont remplacés par les mots « Le bénéficiaire » ;
- 4° à l'alinéa 3 du paragraphe 2, les mots « de l'utilisateur » sont à chaque fois remplacés par les mots « du bénéficiaire » ;
- 5° à l'alinéa 1^{er} du paragraphe 3 :
 - a) les mots « à l'utilisateur » sont remplacés par les mots « au bénéficiaire » ;

b) les mots « de l'utilisateur » sont remplacés par les mots « du bénéficiaire » ;

6° à l'alinéa 2 du paragraphe 3, les mots « de l'utilisateur » sont à chaque fois remplacés par les mots « du bénéficiaire » ;

7° à l'alinéa 1^{er} du paragraphe 4 :

a) les mots « à l'utilisateur » sont remplacés par les mots « au bénéficiaire » ;

b) les mots « de l'utilisateur » sont remplacés par les mots « du bénéficiaire » ;

8° à l'alinéa 2 du paragraphe 4, les mots « de l'utilisateur » sont remplacés par les mots « du bénéficiaire ».

Art. 211. A l'article 574 du même Code, modifié par le décret du 20 février 2014, les modifications suivantes sont apportées :

1° à l'alinéa 1^{er} du paragraphe 1^{er}, les mots « L'utilisateur » sont remplacés par les mots « Le bénéficiaire » ;

2° à l'alinéa 2 du paragraphe 1^{er}, les mots « l'utilisateur » sont remplacés par les mots « le bénéficiaire » ;

3° à l'alinéa 3 du paragraphe 1^{er}, les mots « de l'utilisateur » sont à chaque fois remplacés par les mots « du bénéficiaire » ;

4° au paragraphe 2 :

a) les mots « à l'utilisateur » sont remplacés par les mots « au bénéficiaire » ;

b) les mots « pour l'utilisateur » sont remplacés par les mots « pour le bénéficiaire » ;

c) les mots « par l'utilisateur » sont remplacés par les mots « par le bénéficiaire » ;

5° à l'alinéa 1^{er} du paragraphe 4, les mots « L'utilisateur » sont remplacés par les mots « Le bénéficiaire » ;

6° à l'alinéa 2 du paragraphe 4, les mots « de l'utilisateur » sont à chaque fois remplacés par les mots « du bénéficiaire » ;

7° à l'alinéa 3 du paragraphe 4, les mots « dans le chef du » sont remplacés par les mots « de la part du » ;

8° à l'alinéa 4 du paragraphe 4, les mots « l'utilisateur » sont à chaque fois remplacés par les mots « le bénéficiaire » ;

9° à l'alinéa 1^{er} du paragraphe 5 :

a) les mots « par l'utilisateur » sont remplacés par les mots « par le bénéficiaire » ;

b) les mots « de l'utilisateur » sont remplacés par les mots « du bénéficiaire » ;

10° à l'alinéa 2 du paragraphe 5, les mots « de l'utilisateur » sont remplacés par les mots « du bénéficiaire ».

Art. 212. Il est inséré dans le même Code un article 574/1 rédigé comme suit :

« Art. 574/1. Le service de santé mentale, et, le cas échéant, le membre de l'équipe du service de santé mentale, informe, en cas de besoin, le bénéficiaire s'il dispose ou non d'une couverture d'assurance ou d'une autre forme individuelle ou collective de protection concernant la responsabilité professionnelle. ».

Art. 213. Il est inséré dans le même Code un article 574/2 rédigé comme suit :

« Art. 574/2. Le service de santé mentale informe le bénéficiaire de son agrément.

Le membre de l'équipe du service de santé mentale informe le bénéficiaire de son statut d'autorisation à exercer ou d'enregistrement. ».

Art. 214. A l'article 575, paragraphe 1^{er}, du même Code, les modifications suivantes sont apportées :

1° à l'alinéa 1^{er}, les mots « L'utilisateur » sont remplacés par les mots « Le bénéficiaire » ;

2° à l'alinéa 2 :

a) les mots « L'utilisateur » sont remplacés par les mots « Le bénéficiaire » ;

b) les mots « de l'utilisateur » sont remplacés par les mots « du bénéficiaire ».

Art. 215. Il est inséré dans le même Code un article 575/1 rédigé comme suit :

« Art. 575/1. § 1^{er}. Le bénéficiaire a le droit d'introduire une plainte concernant l'exercice des droits que lui octroient les articles 569 à 575, auprès de la fonction de médiation compétente.

§ 2. La fonction de médiation a les missions suivantes :

1° la prévention des questions et des plaintes par le biais de la promotion de la communication entre le bénéficiaire et le membre de l'équipe du service de santé mentale ;

2° la médiation concernant les plaintes visées au paragraphe 1^{er} en vue de trouver une solution ;

3° l'information du bénéficiaire au sujet des possibilités en matière de règlement de sa plainte en l'absence de solution telle que visée en 2° ;

4° la communication d'informations sur l'organisation, le fonctionnement et les règles de procédure de la fonction de médiation ;

5° la formulation de recommandations permettant d'éviter que les manquements susceptibles de donner lieu à une plainte, telle que visée au paragraphe 1^{er}, ne se reproduisent ;

6° la rédaction d'un rapport annuel reprenant de manière anonymisée l'ensemble des plaintes visées au 2°, et les solutions apportées à ces plaintes.

Le Gouvernement précise et complète le contenu du rapport annuel visé à l'alinéa 1^{er}, 6°.

§ 3. Le Gouvernement ou son délégué désigne les personnes chargées de la fonction de médiation.

§ 4. Le Gouvernement fixe les conditions auxquelles la fonction de médiation doit répondre en ce qui concerne l'indépendance, le secret professionnel, l'expertise, la protection juridique, l'organisation, le fonctionnement, le financement, les règles de procédure et le ressort. ».

Art. 216. A l'article 576 du même Code, les modifications suivantes sont apportées :

1° au paragraphe 1^{er} :

a) les mots « l'utilisateur » sont remplacés par les mots « le bénéficiaire » ;

b) les mots « le présent chapitre » sont remplacés par les mots « les articles 569 à 575/1 » ;

2° au paragraphe 2, les mots « l'utilisateur » sont à chaque fois remplacés par les mots « le bénéficiaire ».

Art. 217. L'article 577 du même Code est abrogé.

Art. 218. A l'article 578 du même Code, les modifications suivantes sont apportées :

1° à l'alinéa 1^{er} du paragraphe 1^{er} :

a) Les mots « le présent chapitre, d'un usager » sont remplacés par les mots « les articles 569 à 575/1, d'un bénéficiaire » ;

b) Les mots « ne relevant pas d'un des statuts visés à l'article 577 » sont abrogés ;

c) les mots « l'usager » sont remplacés par les mots « le bénéficiaire » ;

2° à l'alinéa 2 du paragraphe 1^{er} :

a) les mots « , dénommée ci-après « mandataire désigné par l'usager » » sont abrogés ;

b) les mots « l'usager » sont à chaque fois remplacés par les mots « le bénéficiaire » ;

3° il est inséré un paragraphe 1^{er}/1 rédigé comme suit : « § 1^{er}/1. Si le bénéficiaire n'a pas désigné de mandataire ou si le mandataire désigné par le bénéficiaire n'intervient pas, les droits établis par les articles 569 à 575/1 sont exercés par l'administrateur de la personne, désigné par le juge de paix pour le faire, conformément à l'article 492/1, § 1^{er}, alinéa 4, du Code civil, pour autant et aussi longtemps que la personne protégée n'est pas en mesure d'exercer ses droits elle-même. » ;

4° à l'alinéa 1^{er} du paragraphe 2 :

a) les mots « l'usager » sont à chaque fois remplacés par les mots « le bénéficiaire » ;

b) les mots « et si aucun administrateur de la personne n'est habilité à représenter la personne conformément au paragraphe 1^{er}/1 » sont insérés entre les mots « n'intervient pas » et les mots « , les droits fixés » ;

c) les mots « le présent chapitre », sont remplacés par les mots « les articles 569 à 575/1 » ;

5° à l'alinéa 2 du paragraphe 2, les mots « de l'usager » sont remplacés par les mots « du bénéficiaire » ;

6° à l'alinéa 3 du paragraphe 2, les mots « du patient » sont remplacés par les mots « du bénéficiaire » ;

7° au paragraphe 3, les mots « L'usager » sont remplacés par les mots « Le bénéficiaire ».

Art. 219. A l'article 579 du même Code, modifié par le décret du 20 février 2014, les modifications suivantes sont apportées :

1° au paragraphe 1^{er} :

a) les mots « de l'usager » sont remplacés par les mots « du bénéficiaire » ;

b) les mots « aux articles 576, 577 et 578 » sont remplacés par les mots « aux articles 576 et 578 » ;

2° au paragraphe 2 :

a) les mots « de l'usager » sont à chaque fois remplacés par les mots « du bénéficiaire » ;

b) les mots « aux articles 576, 577 et 578, § 2 » sont remplacés par les mots « aux articles 576 et 578, § 1^{er}/1 et § 2 » ;

3° au paragraphe 3, les mots « de l'usager » sont remplacés par les mots « du bénéficiaire ».

Art. 220. A l'article 580, § 1^{er}, du même Code, modifié par le décret du 20 février 2014, les modifications suivantes sont apportées :

1° à l'alinéa 1^{er}, les mots « à l'usager, le cas échéant, à leurs représentants légaux ou directement » sont remplacés par les mots « au bénéficiaire ou, le cas échéant, à ses représentants légaux ou » ;

2° à l'alinéa 2 :

a) les mots « à tarif réduit ou » sont insérés entre le mot « consultation » et le mot « gratuite » ;

b) les mots « peuvent être » sont remplacés par le mot « sont » ;

c) les mots « sur la base d'une proposition d'un membre de l'équipe appartenant à la fonction sociale, à moins qu'un règlement interne en ait fixé les modalités » sont remplacés par les mots « selon les conditions et les modalités fixées par le Gouvernement ou son délégué » ;

3° les alinéas 3 et 4 sont abrogés.

Art. 221. A l'article 581 du même Code, les modifications suivantes sont apportées :

1° à l'alinéa 1^{er}, les mots « en respectant le tarif maximum et les modalités fixés » sont remplacés par les mots « sans dépasser le montant maximum fixé » ;

2° à l'alinéa 2, le mot « tarif » est remplacé par le mot « montant ».

Art. 222. L'article 582 du même Code est complété par deux alinéas rédigés comme suit : « Le demandeur est informé, avant sa prise en charge effective, des sommes qu'il devra personnellement supporter pour les prestations du service de santé mentale.

Le Gouvernement détermine les modalités de cette information. ».

Art. 223. A l'article 583 du même Code, modifié par le décret du 20 février 2014, les modifications suivantes sont apportées :

1° le paragraphe 1^{er} est remplacé par ce qui suit : « § 1^{er}. Le service de santé mentale est assisté par un conseil d'avis, ci-après désigné sous le terme de « conseil », composé au minimum de:

1° deux représentants du pouvoir organisateur ;

2° du directeur administratif et du directeur thérapeutique ;

3° deux représentants de l'équipe, dont chacun relève d'une fonction différente.

Le Gouvernement ou son délégué détermine les modalités de désignation des représentants de l'équipe. » ;

2° au paragraphe 2 :

a) à l'alinéa 1^{er}, les mots « au moins une fois par semestre » sont abrogés ;

b) il est inséré entre les alinéas 1^{er} et 2 un nouvel alinéa rédigé comme suit « Le Gouvernement ou son délégué détermine les modalités de désignation du président. » ;

c) l'alinéa 3, devenu alinéa 4, est remplacé par la disposition suivante : « Le Gouvernement ou son délégué définit les conditions et les modalités de conservation des procès-verbaux et de leur mise à disposition. » ;

d) l'alinéa 4, devenu alinéa 5, est abrogé ;

3° l'article est complété par un paragraphe 3 rédigé comme suit : « § 3. Le conseil est convoqué par le président visé au paragraphe 2, soit d'initiative, soit à la demande des membres visés au paragraphe 1^{er}, alinéa 1^{er}, 1°, 2° ou 3°. ».

Art. 224. A l'article 584 du même Code, modifié par le décret du 20 février 2014, sont apportées les modifications suivantes :

1° l'alinéa 1^{er} est complété par les mots « , sans préjudice des rôles de la délégation syndicale et des organes de concertation » ;

2° à l'alinéa 2 :

a) dans la phrase liminaire, les mots « La concertation porte au moins » sont remplacés par les mots « Le conseil organise la concertation au minimum » ;

b) au 1° les mots « le règlement » sont remplacés par les mots « son règlement » ;

c) au 2°, les mots « de santé mentale » sont remplacés par les mots « visé à l'article 541 » ;

d) le 3° est abrogé ;

e) le 4° est abrogé ;

f) au 9°, les mots « le compte d'exploitation » sont remplacés par les mots « les comptes annuels »

3° l'article est complété par un alinéa rédigé comme suit : « Le Gouvernement définit les conditions et les modalités de la concertation organisée par le conseil. ».

Art. 225. L'article 585 du même Code, modifié par le décret du 20 février 2014, est remplacé par la disposition suivante :

« Art. 585. §1^{er}. Le service de santé mentale recueille des données socio-épidémiologiques concernant les bénéficiaires. Ces données sont récoltées au début de la prise en charge.

Cette collecte a pour finalités :

1° [REDACTED] d'établir le profil des bénéficiaires [REDACTED] prend en charge et, sur la base de ces données, d'orienter le projet de service ;

2° [REDACTED] d'alimenter la recherche et l'analyse au niveau du territoire de la région de langue française, en ce compris pour l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation du plan stratégique pour la santé mentale.

§2. Les données socio-épidémiologiques recueillies par le service de santé mentale sont, pour chaque bénéficiaire, les suivantes:

1° l'âge ;

2° le genre ;

3° l'état civil ;

4° la nationalité ;

5° la langue maternelle ;

6° le lieu de vie ;

- 7° la scolarité ;
- 8° la catégorie professionnelle ;
- 9° la source principale de revenus ;
- 10° le [REDACTED] ;
- 11° si le bénéficiaire est mineur, le nombre d'enfants habitant au domicile légal du bénéficiaire ;
- 12° le périmètre d'accessibilité du service ;
- 13° la nature et l'origine de la démarche ;
- 14° les prises en charge antérieures ;
- 15° la nature de la demande du bénéficiaire ;
- 16° les motifs présentés lors de la première consultation ;
- 17° la pathologie principalement décelée ;
- 18° la proposition de prise en charge ;
- 19° le réseau mobilisé autour du bénéficiaire.

Ces données permettent d'identifier au moins :

- 1° les caractéristiques sociologiques et de santé mentale de la population qui consulte le service de santé mentale ;
- 2° le périmètre d'accessibilité du lieu de consultation ;
- 3° les parcours des bénéficiaires dans le réseau d'aide et de soins.

Les données sont communiquées de façon sécurisée une fois par an à l'Agence. Le Gouvernement ou son délégué détermine les modalités de cet envoi.

Il appartient au service de santé mentale de rendre les données anonymes avant l'envoi à l'Agence.

Le service de santé mentale conserve les données socio-épidémiologiques visées à l'alinéa 1er dans le dossier individuel visé à l'article 570, pendant toute la durée de conservation de celui-ci.

§3. Les données socio-épidémiologiques transmises conformément au paragraphe 2 sont analysées par l'Agence ou par un prestataire externes désigné par l'Agence.

Chaque année, l'Agence communique aux services de santé mentale les données globalisées et, lorsqu'elles sont effectuées, les analyses réalisées avec ces données.

Ces données sont également fournies au comité de pilotage du plan stratégique pour la santé mentale.

Le Gouvernement ou son délégué détermine les modalités de la publicité des analyses. ».

Art. 226. L'article 586 du même Code est remplacé par la disposition suivante :

« Art. 586. Le service de santé mentale veille à disposer de locaux aisément accessibles depuis l'ensemble du territoire qu'il dessert. ».

Art. 227. A l'article 587 du même Code, modifié par le décret du 20 février 2014, sont apportées les modifications suivantes :

1° l'alinéa 2 du paragraphe 1^{er} est abrogé ;

2° au paragraphe 2 :

a) au 3° de l'alinéa 1^{er}, les mots « et des installations sanitaires, dont l'une, au moins, est adaptée aux personnes à mobilité réduite » sont abrogés ;

b) l'alinéa 1^{er} est complété par un 4° rédigé comme suit : « 4° des installations sanitaires. » ;

c) à l'alinéa 2, le mot « téléphonique » est inséré entre les mots « l'accueil » et les mots « peut être » ;

3° il est inséré un paragraphe 2/1 rédigé comme suit : « § 2/1. Les locaux de chaque siège sont accessibles aux personnes à mobilité réduite.

Pour les locaux occupés par un siège au moment de l'entrée en vigueur du présent article, l'accessibilité aux personnes à mobilité réduite est assurée au plus tard :

1° après les premiers travaux de transformation effectués auxdits locaux, sauf les exceptions prévues à l'article 414, § 2, du guide régional d'urbanisme ;

2° après déménagement des activités dans de nouveaux locaux construits ou transformés sur base d'un permis d'urbanisme délivré après le 3 juillet 1999.

Le service de santé mentale qui dispose de locaux accessibles aux personnes à mobilité réduite ne peut transférer son siège vers des locaux qui ne seraient pas accessibles aux personnes à mobilité réduite.

Lorsque les locaux ne sont pas accessibles aux personnes à mobilité réduite pour une des raisons mentionnées à l'alinéa 2, le service de santé mentale propose aux personnes à mobilité réduite ou souffrant d'un handicap sensoriel des solutions alternatives leur permettant de bénéficier des mêmes services que les personnes valides. » ;

4° à l'alinéa 2 du paragraphe 3, les mots « de l'utilisateur » sont remplacés par les mots « du bénéficiaire ».

Art. 228. A l'alinéa 2 de l'article 588 du même Code sont apportées les modifications suivantes :

1° les mots « ses locaux » sont remplacés par les mots « les locaux du service de santé mentale » ;

2° l'alinéa est complété par les mots « collective ou d'un hôpital ».

Art. 229. Il est inséré dans le même Code un article 588/1 rédigé comme suit :

« Art. 588/1. Les locaux du service de santé mentale ne peuvent jamais être mis à disposition d'un prestataire indépendant autre que ceux visés à l'article 558, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, 3° et 4°.

Les locaux du service de santé mentale ne peuvent jamais être mis à disposition d'un prestataire indépendant visé à l'article 558, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, 3° et 4°, lorsque ce prestataire indépendant ne respecte pas les honoraires maximaux fixés dans la convention de collaboration visée à l'article 568. ».

Art. 230. L'article 590 du même Code, modifié par le décret du 20 février 2014, est remplacé par la disposition suivante :

« Art. 590. Le Gouvernement détermine les heures d'ouverture des services de santé mentale, ainsi que les modalités de l'organisation de consultations à distance. ».

Art. 231. L'article 591 du même Code est remplacé par la disposition suivante :

« Art. 591. Sans préjudice des obligations comptables imposées par le Code des sociétés et des associations, et par ses arrêtés d'exécution, le service de santé mentale tient une comptabilité en partie double par année budgétaire et fournit annuellement un bilan et un compte de résultats selon le modèle déterminé par le Gouvernement. ».

Art. 232. L'article 592 du même Code est complété par un alinéa 2 rédigé comme suit : « La réalisation des missions visées dans l'accord de coopération du 8 octobre 1998 relatif à la guidance et au traitement des auteurs d'infractions à caractère sexuel est considérée comme une initiative spécifique. ».

Art. 233. A l'article 593 du même Code, modifié par le décret du 20 février 2014, sont apportées les modifications suivantes :

1° à l'alinéa 1^{er} :

a) les mots « , pour les initiatives spécifiques, » sont insérés entre les mots « peut déroger » et les mots « aux dispositions » ;

b) les mots « aux activités développées » sont remplacés par les mots « à ces initiatives spécifiques » ;

2° l'alinéa 3 est abrogé.

Art. 234. A l'article 594 du même Code sont apportées les modifications suivantes :

1° à l'alinéa 1^{er}, les mots « et bénéficie de l'encadrement des directions administrative et thérapeutique de celui-ci » sont insérés entre les mots « service de santé mentale » et les mots « , selon les modalités » ;

2° les alinéas 2 et 3 sont abrogés.

Art. 235. A l'alinéa 1^{er} de l'article 595 du même Code, modifié par le décret du 20 février 2014, sont apportées les modifications suivantes :

1° les mots « , pour les clubs thérapeutiques, » sont insérés entre les mots « peut déroger » et les mots « aux dispositions » ;

2° les mots « aux activités développées » sont remplacés par les mots « à ces clubs thérapeutiques ».

Art. 236. L'article 596 du même Code est abrogé.

Art. 237. A l'article 597 du même Code, modifié par le décret du 20 février 2014, les mots « Lorsqu'il accorde l'agrément » sont remplacés par les mots « Dans sa programmation ».

Art. 238. L'article 598 du même Code est remplacé par la disposition suivante :

« Art. 598. Le Gouvernement précise les modalités et la procédure d'octroi de l'agrément dans le respect des articles 599 à 602. Il veille au caractère contradictoire de la procédure. ».

Art. 239. A l'article 599 du même Code sont apportées les modifications suivantes :

1° dans la phrase liminaire de l'alinéa 1^{er}, les mots « en qualité d'initiative spécifique ou de » sont remplacés par les mots « d'une initiative spécifique ou d'un » ;

2° l'alinéa 2 est abrogé.

Art. 240. L'article 600 du même Code, modifié par le décret du 20 février 2014, est remplacé par la disposition suivante :

« Art. 600. § 1^{er}. Pour obtenir l'agrément, le service de santé mentale :

1° dispose de la personnalité juridique :

a) soit en tant qu'association sans but lucratif ;

b) soit en tant que pouvoir public local ;

c) soit en tant qu'association dotée de la personnalité juridique détenue majoritairement par des pouvoirs publics, à l'exception des associations ayant revêtu la forme d'une société ;

2° élabore un premier projet de service, dont le contenu est défini à l'article 541 ;

3° s'engage à élaborer un nouveau projet de service tous les trois ans, dans le respect de l'article 541 ;

4° s'engage à mettre en œuvre son projet de service ;

5° s'engage à enregistrer toute demande d'intervention, conformément à l'article 542, paragraphe 2 ;

6° s'engage à conclure une ou plusieurs conventions visées à l'article 543, alinéa 3 ;

7° s'engage à organiser les concertations pluridisciplinaires visées aux articles 545 et 547 ;

8° s'engage à collaborer avec les réseaux ;

9° s'engage à être membre au moins d'une plate-forme de concertation en santé mentale ;

10° s'engage à disposer d'une équipe pluridisciplinaire conforme aux dispositions des articles 555 à 568 ;

11° s'engage, pour chaque bénéficiaire, à tenir le dossier individuel visé à l'article 570 ;

12° élabore un protocole de protection des données personnelles visé à l'article 570/1, alinéa 2 ;

13° s'engage à respecter les droits du bénéficiaire tels que prévus aux articles 571 à 579 ;

14° s'engage à ne pas réclamer des coûts de prestations supérieurs à ceux fixés en exécution des articles 580 à 582 ;

15° s'engage à installer le conseil d'avis visé à l'article 583 ;

16° s'engage à recueillir et à communiquer les données socio-épidémiologiques visées à l'article 585, paragraphe 1^{er} ;

17° s'engage à disposer, pour chaque siège, de locaux conforme aux articles 587, paragraphes 2 et 2/1, 588 et 589 ;

18° s'engage à maintenir des heures d'ouverture conformes aux exigences arrêtées par le Gouvernement en exécution de l'article 590 ;

19° s'inscrit dans la programmation établie par le Gouvernement ou son délégué en exécution de l'article 597 ;

20° s'engage à respecter les règles déontologiques définies par le Gouvernement.

Les engagements visés à l'alinéa 1^{er}, 6°, 9°, 10°, 15° et 17° doivent être concrétisés au plus tard six mois à dater de l'octroi de l'agrément.

Le Gouvernement peut préciser les conditions d'agrément énumérées dans le présent paragraphe, et prévoir, si nécessaire, une ou plusieurs conditions d'agrément complémentaires.

§ 2. Pour obtenir l'agrément d'une initiative spécifique, le service de santé mentale :

1° dispose d'un agrément en tant que service de santé mentale depuis au moins six mois ;

2° décrit l'initiative spécifique pour laquelle il demande l'agrément.

Le Gouvernement peut préciser les conditions d'agrément énumérées dans le présent paragraphe, et prévoir, si nécessaire, une ou plusieurs conditions d'agrément complémentaires.

§ 3. Pour obtenir l'agrément d'un club thérapeutique, le service de santé mentale :

1° dispose d'un agrément en tant que service de santé mentale depuis au moins six mois ;

2° décrit le club thérapeutique pour lequel il demande l'agrément.

Le Gouvernement peut préciser les conditions d'agrément énumérées dans le présent paragraphe, et prévoir, si nécessaire, une ou plusieurs conditions d'agrément complémentaires. ».

Art. 241. L'article 601 du même Code, modifié par le décret du 20 février 2014, est remplacé par la disposition suivante :

« Art. 601. § 1^{er}. La demande d'agrément est introduite par le pouvoir organisateur du service de santé mentale auprès du Gouvernement ou de son délégué.

§ 2. Le Gouvernement ou son délégué détermine le contenu du dossier de demande d'agrément. Ce dossier comporte au minimum :

1° le numéro d'entreprise du service de santé mentale ;

2° un formulaire, dont le modèle est établi par le Gouvernement ou son délégué, reprenant tous les engagements visés à l'article 600.

§ 3. L'agrément est accordé pour une durée indéterminée par le Gouvernement ou son délégué. ».

Art. 242. L'article 602 du même Code, modifié par le décret du 20 février 2014, est remplacé par la disposition suivante :

« Art. 602. § 1^{er}. L'arrêté d'agrément du service de santé mentale reprend au minimum les informations suivantes :

1° l'identité complète du service de santé mentale ;

2° l'indication du ou des sièges du service de santé mentale ;

3° l'indication du nombre d'équivalents temps plein subventionnés accordés pour chaque fonction ;

4° le cas échéant l'indication d'une offre spécifique à destination des enfants ou des adolescents ;

5° le cas échéant, les frais de fonctionnement subventionnés.

Le Gouvernement complète si nécessaire la liste visée à l'alinéa 1^{er}.

§ 2. L'arrêté d'agrément d'une initiative spécifique ou d'un club thérapeutique reprend au minimum les informations suivantes :

1° l'identité complète du service de santé mentale concerné ;

2° l'indication de l'initiative spécifique ou du club thérapeutique concerné ;

3° l'indication du ou des sièges du service de santé mentale concernés par l'initiative spécifique ou le club thérapeutique ;

4° le cas échéant, l'indication du nombre d'équivalents temps plein subventionnés accordés pour l'initiative spécifique ou le club thérapeutique ;

5° le cas échéant, les frais de fonctionnement subventionnés. ».

Art. 243. Il est inséré dans le même Code, après l'article 602, un article 602/1 rédigé comme suit :

« Art. 602/1. La dénomination du service de santé mentale agréé est systématiquement accompagnée de la mention « service de santé mentale agréé et subventionné par la Région wallonne ». ».

Art. 244. L'article 603 du même Code, modifié par le décret du 20 février 2014, est remplacé par la disposition suivante :

« Art. 603. Pendant la période couverte par l'agrément et dans la limite des crédits disponibles, le service de santé mentale peut bénéficier d'une subvention annuelle destinée à couvrir des frais de personnel et des frais de fonctionnement.

Le Gouvernement arrête les modalités, montants, mode de calcul de la subvention et de l'indexation éventuelle et les conditions d'octroi de la subvention. ».

Art. 245. L'article 604 du même Code est abrogé.

Art 246. L'article 605 du même Code est abrogé.

Art. 247. L'article 606 du même Code est abrogé.

Art. 248. L'article 607 du même Code, modifié par le décret du 20 février 2014, est abrogé.

Art. 249. L'article 608 du même Code est remplacé par la disposition suivante :

« Art. 608. § 1^{er}. Dans la limite des crédits disponibles, le service de santé mentale peut bénéficier d'une subvention complémentaire destinée à couvrir la fonction de liaison, lorsqu'il a confié une fonction de liaison à un membre du personnel avant le 1^{er} janvier 2023.

Par fonction de liaison pour l'application de l'alinéa 1^{er}, il faut entendre l'attribution par la concertation pluridisciplinaire à un membre du personnel, pour chaque bénéficiaire, de la charge de coordonner les interventions, garantir les décisions prises et soutenir l'ensemble du processus.

§ 2. Le Gouvernement arrête les modalités, montants, mode de calcul de l'indexation éventuelle et conditions d'octroi de la subvention visée au paragraphe 1^{er}, alinéa 1^{er}.

§ 3. Le Gouvernement ou son délégué détermine les frais admissibles à charge de la subvention visée au paragraphe 1^{er}, alinéa 1^{er}.

§ 4. La subvention visée au paragraphe 1^{er}, alinéa 1^{er} est accordée jusqu'au moment où la personne désignée avant le 1^{er} janvier 2023 pour une fonction de liaison cesse d'exercer cette fonction. ».

Art. 250. L'article 609 du même Code est abrogé.

Art. 251. L'article 611 du même Code est abrogé.

Art. 252. L'article 612 du même Code, modifié par le décret du 20 février 2014, est remplacé par la disposition suivante :

« Art. 612. § 1er. Les activités de chaque service de santé mentale font l'objet d'une évaluation qualitative périodique par l'Agence.

Le service de santé mentale participe activement à son évaluation et collabore avec l'Agence pour l'élaboration et le suivi de cette évaluation.

Le Gouvernement détermine les modalités et la procédure d'évaluation.

§ 2. Le contrôle administratif et financier du service de santé mentale est exercé par les membres du personnel de l'Agence désignés à cet effet.

[REDACTED]

[REDACTED]

Dans le but d'obtenir toutes informations ou tous documents utiles au contrôle, ou d'effectuer toutes constatations utiles au contrôle, ces membres du personnel peuvent :

- 1° avoir libre accès aux locaux du service de santé mentale pendant les heures d'ouverture de ceux-ci ;
- 2° consulter sans déplacement tous documents détenus au service de santé mentale et s'en faire remettre copie ;
- 3° obtenir copie au format de leur choix de tous documents ou données conservées de manière électronique par le service de santé mentale ;
- 4° entendre tout dirigeant ou membre du personnel du service de santé mentale ;
- 5° demander par écrit ou par voie électronique au service de santé mentale tous documents, toutes informations ou explications utiles ;
- 6° consulter auprès du Moniteur belge, auprès de la Banque-carrefour des entreprises, auprès de la Centrale des Bilans ou auprès de toutes autres sources authentiques les données relatives au service de santé mentale.

Dans la mesure du possible, le service de santé mentale veille à ce que les documents, copies, informations visés à l'alinéa 2 et contenant des données à caractère personnel [REDACTED] soient anonymisés.

Dans l'exercice de leurs pouvoirs de contrôle visés à l'alinéa 2, les membres du personnel de l'Agence visés à l'alinéa 1^{er} ne demandent des données à caractère personnel que si la prise de connaissance de ces données est nécessaire, adéquate et proportionnelle à l'objectif de contrôle du service de santé mentale.

Le dossier individuel visé à l'article 570 peut être consulté par [REDACTED] de l'Agence désignés spécifiquement à cette fin lorsque cette consultation est nécessaire, adéquate et proportionnelle à l'objectif de contrôle de la maison de soins psychiatriques. Cette consultation ne peut jamais porter sur les éléments repris à l'article 570, § 1er, alinéa 2, 6°, 7°, 8°, 9°, 11°, 12°, 14°, 16°, 25°.

Les pouvoirs conférés par l'alinéa 2 ne peuvent être exercés que par [REDACTED] de l'Agence désignés spécifiquement à cette fin lorsqu'ils portent sur des données relatives à l'état de santé des bénéficiaires.

Le Gouvernement peut préciser les limites des pouvoirs conférés aux membres du personnel par l'alinéa 2, ainsi que les modalités d'exercice de ces pouvoirs.

Le Gouvernement détermine les modalités du contrôle, dans le respect du principe du contradictoire. ».

Art. 253. L'article 613 du même Code est abrogé.

Art. 254. A l'article 615 du même Code sont apportées les modifications suivantes :

1° les mots « de suspension et » sont abrogés ;

2° l'article est complété par un alinéa 2 rédigé comme suit : « Le Gouvernement détermine la procédure de réorientation des bénéficiaires du service de santé mentale dont l'agrément a été retiré. ».

Art. 255. A l'article 616 du même Code sont apportées les modifications suivantes :

1° les mots « de tout ou partie des activités menées par un service de santé mentale peut être suspendu ou » sont remplacés par les mots « d'un service de santé mentale, d'une initiative spécifique ou d'un club thérapeutique peut être » ;

2° les mots « du présent chapitre » sont remplacés par les mots « de la présente section » ;

3° les mots « de celui-ci » sont remplacés par les mots « de celle-ci » ;

4° l'article est complété par un alinéa 2 rédigé comme suit : « Le service de santé mentale dont l'agrément a été retiré ne peut pas introduire une nouvelle demande d'agrément pendant l'année suivant la décision de retrait de l'agrément. ».

Art. 256. A l'article 617 du même Code, modifié par le décret du 20 février 2014, sont apportées les modifications suivantes :

1° à l'alinéa 1^{er}, les mots « du présent chapitre et de celles prises en exécution de ce chapitre » sont remplacés par les mots « de la présente section ou des dispositions fixées en application de la présente section » ;

2° les alinéas 2 à 5 sont abrogés ;

3° à l'alinéa 7, devenu alinéa 3, les mots « d'une suspension ou d'un retrait partiel de l'activité » sont remplacés par les mots « du retrait d'un agrément pour une initiative spécifique ou club thérapeutique ».

Art. 257. Au chapitre II du titre II du livre VI de la 2e partie du même Code, il est inséré, après l'article 617, une section 2/1 intitulée « Section 2/1. Fédérations de services de santé mentale ».

Art. 258. Dans la section 2/1 du chapitre II du titre II du livre VI de la 2e partie du même Code, il est inséré un article 617/1 rédigé comme suit :

« Art. 617/1. § 1^{er}. Les services de santé mentale peuvent se fédérer et confier leurs intérêts à une fédération de services de santé mentale, laquelle peut demander à être agréée par le Gouvernement ou son délégué.

L'agrément est accordé pour une durée de cinq ans, renouvelable.

§ 2. La fédération de services de santé mentale remplit les missions suivantes :

1° elle favorise la concertation en vue de soutenir et promouvoir la philosophie de travail et la diversité des actions développées par ses membres ;

2° elle renforce les pratiques communes en s'appuyant sur l'expertise de ses membres ;

3° elle offre un appui logistique et technique à ses membres ;

4° elle représente ses membres de manière collective, dans le respect des dispositions en vigueur ;

5° elle représente individuellement un de ses membres lorsque celui-ci lui en fait la demande, dans le respect des dispositions en vigueur.

§ 3. Pour être agréée, la fédération de services de santé mentale doit remplir les conditions suivantes :

1° être constituée sous la forme d'une personne morale sans but lucratif ;

2° comprendre un minimum de trente pour cent des services de santé mentale agréés ;

3° introduire un programme d'activités reprenant la manière dont les missions visées au paragraphe 2 seront réalisées.

§ 4. Le Gouvernement précise les modalités et la procédure d'octroi de l'agrément visé au paragraphe 1^{er}, ainsi que les modalités et la procédure de retrait de cet agrément. ».

Art. 259. Il est inséré dans le même Code un article 617/2 rédigé comme suit :

« Art. 617/2. Pendant la période couverte par l'agrément et dans la limite des disponibilités budgétaires, le Gouvernement peut accorder à la fédération de services de santé mentale une subvention annuelle destinée à couvrir des frais de personnel et des frais de fonctionnement.

Le Gouvernement détermine les conditions d'octroi et les modalités de calcul de la subvention visée à l'alinéa précédent.

Art. 260. A l'article 623 du même Code, modifié par le décret du 20 février 2014, sont apportées les modifications suivantes :

1° à l'alinéa 1^{er} du paragraphe 1^{er}, les mots « le Gouvernement ou son délégué édicte, selon les modalités déterminées par le Gouvernement, » sont remplacés par les mots « l'Agence transmet au Gouvernement » ;

2° à l'alinéa 2 du paragraphe 1^{er}, les mots « à la section 3 du présent chapitre » sont remplacés par les mots « au chapitre 1^{er}/1 » ;

3° le paragraphe 1^{er} est complété par un alinéa 3 rédigé comme suit : « Le Gouvernement détermine les modalités d'application du présent paragraphe. » ;

4° à l'alinéa 2 du paragraphe 2 :

a) les mots « pour information » sont insérés entre les mots « est transmis » et les mots « au Parlement » ;

b) les mots « ou son délégué » sont abrogés.

Art. 261. A l'article 624 du même Code, modifié par le décret du 20 février 2014, les mots « Le Gouvernement ou son délégué » sont remplacés par les mots « L'Agence ».

Art. 262. L'article 708 du même Code, modifié par le décret du 20 février 2014, est abrogé.

Art. 263. L'article 709 du même Code, modifié par le décret du 20 février 2014, est abrogé.

Art. 264. L'article 710 du même Code, modifié par le décret du 20 février 2014, est abrogé.

Art. 265. L'article 711 du même Code est abrogé.

Art. 266. L'article 712 du même Code est abrogé.

Section 7. Modifications relatives aux plates-formes de concertation en santé mentale.

Art. 267. Au chapitre Ier du titre Ier du livre VI de la deuxième partie du même Code, la section 4 et l'article 418/1 sont abrogés.

Art. 268. Au titre II du livre VI de la deuxième partie du même Code, il est inséré, après l'article 679, un chapitre IV intitulé : « Chapitre IV. Plates-formes de concertation en santé mentale ».

Art. 269. Au chapitre IV du titre II du livre VI de la deuxième partie du même Code, il est inséré une section 1^{ère} intitulée : « Section 1^{ère}. Dispositions générales ».

Art. 270. Dans la section 1^{ère} du chapitre IV du titre II du livre VI de la deuxième partie du même Code, il est inséré un article 679/1 rédigé comme suit :

« Art. 679/1. Afin d'assurer les missions visées à l'article 679/3, le Gouvernement ou son délégué agréé des plates-formes de concertation en santé mentale selon les modalités prévues au présent chapitre ou en exécution de celui-ci.

Dans la limite des crédits budgétaires disponibles, les plates-formes de concertation en santé mentale bénéficient de subventions dans les conditions prévues par le présent chapitre, ou en exécution de celui-ci.

Les dispositions du présent chapitre s'appliquent sans préjudice des compétences respectives de l'Etat fédéral et de la Communauté française. ».

Art. 271. Il est inséré dans le même Code un article 679/2 rédigé comme suit :

« Art. 679/2. Pour l'application du présent chapitre, on entend par :

1° « plate-forme de concertation en santé mentale » : l'association agréée ayant pour objectif d'assurer les missions visées à l'article 679/3 ;

2° « santé mentale » : la santé mentale telle que définie à l'article 47/19, 1° du Code ;

3° « hôpital » : l'hôpital, tel que défini à l'article 2 de la loi coordonnée du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux et autres établissements de soins ;

4° « hôpital général » : l'hôpital disposant de plusieurs services hospitaliers agréés conformément à l'article 72 de la loi coordonnée du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux et autres établissements de soins ;

5° « hôpital psychiatrique » : l'hôpital psychiatrique, tel que défini à l'article 2 de la loi coordonnée du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux et autres établissements de soins ;

6° « maison de soins psychiatriques » : la maison de soins psychiatriques telle que définie à l'article 538/1, 1° ;

7° « initiative d'habitations protégées » : l'initiative d'habitations protégées telle que définie à l'article 538/40, 1° ;

8° « service de santé mentale » : le service de santé mentale agréé, tel que défini à l'article 539/1, 1° ;

9° « réseau d'aide et de soins spécialisés en assuétudes » : le réseau d'aide et de soins spécialisés en assuétudes, tel que défini à l'article 625, alinéa 1^{er}, 3° ;

10° « centre de référence en santé mentale » : le centre de référence en santé mentale reconnu, visé à l'article 491/32 ;

11° « centre de référence spécifique » : le centre de référence spécifique reconnu, visé à l'article 491/41 ;

12° « l'Agence » : l'Agence visée à l'article 2 ;

13° « le Ministre » : le Ministre qui a la santé dans ses attributions. ».

Art. 272. Au chapitre IV du titre II du livre VI de la deuxième partie du même Code, il est inséré, après l'article 679/2, une section 2 intitulée : « Section 2. Missions ».

Art. 273. Dans la section 2 du chapitre IV du titre II du livre VI de la deuxième partie du même Code, il est inséré un article 679/3 rédigé comme suit :

« Art. 679/3. Les plates-formes de concertation en santé mentale exercent les missions suivantes :

1° identifient l'offre de santé mentale et les besoins de soins en santé mentale sur leur territoire ;

2° soutiennent l'amélioration de la qualité des soins en santé mentale sur leur territoire ;

3° favorisent le partage des pratiques entre les acteurs du domaine de la santé mentale ;

4° contribuent à l'élaboration, à la mise en œuvre et à l'évaluation du plan stratégique pour la santé mentale pour la Wallonie visé à l'article 47/20, sur le territoire de langue française, sur la base de sa concertation territoriale locale, en regroupant tous les acteurs œuvrant sur le territoire de la plate-forme ;

5° organisent la fonction de médiation en santé mentale, pour l'ensemble des dispositifs de santé mentale sur leur territoire et entre leurs membres ;

6° collaborent, sur leur territoire, avec les réseaux de soins en santé mentale ;

7° collaborent, sur leur territoire, avec les réseaux d'aide et de soins spécialisés en assuétude.

Le Gouvernement précise les missions visées à l'alinéa 1^{er} et fixe les modalités d'exercice de celles-ci.

Le Gouvernement peut confier d'autres missions aux plates-formes de concertation en santé mentale. ».

Art. 274. Il est inséré dans le même Code un article 679/4 rédigé comme suit :

« Art. 679/4. En vue de réaliser les missions prévues à l'article 679/3, les plates-formes de concertation en santé mentale développent les activités suivantes :

1° mener une concertation avec les centres locaux de promotion de la santé agréés visés à l'article 410/1, § 1^{er}, afin de leur permettre d'identifier les besoins en matière de promotion d'une bonne santé mentale et de prévention des usages addictifs et de réductions des risques, en vue de contribuer au plan de promotion de la santé, en ce compris la prévention, visé à l'article 47/8, 2°, et de mener une concertation entre ses membres visés à l'article 679/6 :

a) sur les besoins en matière de dispositifs de santé mentale sur son territoire dans le but d'améliorer l'articulation entre les besoins et l'offre ;

b) sur la collaboration possible, et la complémentarité en ce qui concerne l'offre de services, les activités et les publics cibles, afin de mieux répondre aux besoins de la population et d'améliorer le niveau qualitatif des soins de santé mentale intégrés ;

2° mener une concertation avec d'autres associations ou réseaux d'institutions et de services de santé mentale non-membres en vue d'améliorer l'offre et de la rendre lisible et accessible pour les publics cibles sur leur territoire ;

3° collaborer à l'établissement des collectes de données par les membres des plates-formes en concertation en santé mentale et à leur dématérialisation ;

4° contribuer à l'exploitation des données dans le cadre d'études relatives à la santé mentale en collaboration étroite avec les centres de référence en santé mentale et l'Agence ;

5° faciliter la collaboration et la concertation entre les réseaux d'aide et de soins spécialisés en assuétudes et les institutions de soins pertinentes pour les personnes présentant un trouble lié aux assuétudes au sens de l'article 625 du Code ;

6° soutenir la compréhension et la diffusion de toute information en provenance des autorités publiques auprès des membres de la plate-forme de concertation des soins en santé mentale ;

7 ° contribuer à la définition de la stratégie régionale et sous-régionale de santé mentale sur le territoire de langue française, en ce compris par la participation à l'élaboration et à la mise en œuvre du plan stratégique pour la santé mentale visé à l'article 47/20, en regroupant tous les acteurs œuvrant sur le territoire de la plate-forme, en co-construction avec les réseaux.

Le Gouvernement précise les actions visées à l'alinéa 1^{er} et fixe les modalités d'exercice de celles-ci.

Le Gouvernement peut confier d'autres actions aux plates-formes de concertation en santé mentale.

Art. 275. Il est inséré dans le même Code un article 679/5 rédigé comme suit :

Il est institué un comité de concertation des plates-formes de concertation en santé mentale.

Ce comité de concertation a pour mission :

1° de garantir l'identité commune des plates-formes de concertation en santé mentale ;

2° de favoriser les échanges d'informations entre plates-formes de concertation en santé mentale ;

3° d'assurer la représentation des plates-formes de concertation en santé mentale ;

4° de coordonner le transfert d'informations des plates-formes de concertation en santé mentale vers l'Agence.

Le comité de concertation des plates-formes de concertation en santé mentale se réunit au moins deux fois par an. Il informe l'Agence de ses réunions.

Le Gouvernement détermine la composition et les modalités de fonctionnement du comité de concertation des plates-formes de concertation en santé mentale.

Art. 276. Au chapitre IV du titre II du livre VI de la deuxième partie du même Code, il est inséré, après l'article 679/5, une section 3 intitulée : « Section 3. Organisation ».

Art. 277. Dans la section 3 du chapitre IV du titre II du livre VI de la deuxième partie du même Code, il est inséré un article 679/6 rédigé comme suit :

« Art. 679/6. Pour être agréée, une plate-forme de concertation en santé mentale doit être constituée sous la forme d'une association sans but lucratif. ».

Art. 278. Il est inséré dans le même Code un article 679/7 rédigé comme suit :

« Art. 679/7. § 1er. Les membres d'une plate-forme de concertation en santé mentale appartiennent aux catégories d'institutions suivantes :

- 1° les hôpitaux généraux qui disposent d'un service hospitalier psychiatrique agréé ;
- 2° les hôpitaux psychiatriques ;
- 3° les maisons de soins psychiatriques ;
- 4° les services de santé mentale ;
- 5° les initiatives d'habitations protégées ;
- 6° les institutions liées par une convention INAMI ou une convention avec l'Agence, qui ont pour mission d'organiser une offre spécifique dans le cadre des soins de santé mentale ;
- 7° les réseaux d'aide et de soins spécialisés en assuétudes.

Les institutions visées à l'alinéa 1^{er} ne peuvent devenir membres que des plates-formes de concertation en santé mentale dont le territoire couvre totalement ou partiellement leur zone d'activité.

§ 2. Pour être agréée, la plate-forme de concertation en santé mentale doit comprendre au minimum un membre appartenant à chacune des catégories visées au paragraphe 1^{er}, alinéa 1^{er} et être composée à 55 % au moins de membres visés à l'alinéa 1^{er} 3° à 6°.

Lorsqu'une catégorie d'institutions n'est pas représentée parmi les membres de la plate-forme de concertation en santé mentale, celle-ci établit, dans la mesure du possible, une convention de collaboration avec une ou plusieurs institutions de cette catégorie.

Le Gouvernement détermine le contenu minimum de la convention de collaboration visées à l'alinéa 2.

La convention de collaboration visée à l'alinéa 2 est approuvée par le Gouvernement ou son délégué, selon les modalités et dans les délais précisés par Lui.

§ 3. Peuvent également être membres d'une plate-forme de concertation en santé mentale, des acteurs actifs dans le domaine de la santé mentale, pour autant que la plate-forme de concertation en santé mentale reste composée à 55 % au moins de membres visés au paragraphe 1^{er}, alinéa 1^{er} 3° à 6°.

Le Gouvernement détermine la liste des acteurs visés à l'alinéa 1^{er}.

§ 4. Les relations entre la plate-forme de concertation en santé mentale et ses membres font l'objet d'une convention dont le contenu minimum est déterminé par le Gouvernement.

La convention visée à l'alinéa 1^{er} est approuvée par le Gouvernement ou son délégué, selon les modalités et dans les délais précisés par Lui. ».

Art. 279. Il est inséré dans le même Code un article 679/8 rédigé comme suit :

« Art. 679/8. La plate-forme de concertation en santé mentale conclut des conventions de collaboration avec les centres de référence en santé mentale et les centres de référence spécifiques.

Le Gouvernement détermine le contenu minimum de la convention de collaboration visées à l'alinéa 1^{er}.

La convention de collaboration visée à l'alinéa 2 est approuvée par le Gouvernement ou son délégué, selon les modalités et dans les délais précisés par Lui. ».

Art. 280. Au chapitre IV du titre II du livre VI de la deuxième partie du même Code, il est inséré, après l'article 679/8, une section 4 intitulée : « Section 4. Programmation et agrément ».

Art. 281. Dans la section 4 du chapitre IV du titre II du livre VI de la deuxième partie du même Code, il est inséré un article 679/9 rédigé comme suit :

« Art. 679/9. Le Gouvernement détermine dans sa programmation le nombre de plates-formes de concertation en santé mentale qu'il agrée et le territoire couvert par chacune de ces plates-formes.

Le Gouvernement veille à ce que l'entière du territoire de la région de langue française soit couvert par sa programmation. ».

Art. 282. Il est inséré dans le même Code un article 679/10 rédigé comme suit :

« Art. 679/10. Pour obtenir l'agrément, la plate-forme de concertation en santé mentale :

1° adopte la forme juridique prévue à l'article 679/6 ;

2° s'engage à exercer les missions définies à l'article 679/3, ou en exécution de celui-ci ;

3° s'engage à réaliser les actions prévues à l'article 679/4, ou en exécution de celui-ci ;

4° comprend au minimum un membre de chaque catégorie d'institutions visées à l'article 679/7, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, ou, à défaut, a conclu la convention de collaboration visée à l'article 679/7, § 2, alinéa 2 ;

5° s'engage à conclure les conventions visées à l'article 679/7, § 4 ;

6° s'engage à conclure les conventions visées à l'article 679/8 ;

7° s'engage à définir un plan d'actions sur cinq ans, selon le modèle et le délai déterminés par le Gouvernement ;

8° s'inscrit dans la programmation visée à l'article 679/9 ;

9° s'engage à respecter les règles déontologiques définies par le Gouvernement.

Le plan d'actions élaboré conformément à l'alinéa 1^{er}, 6° doit s'inscrire dans les objectifs, actions et stratégies prévus par le plan stratégique pour la santé mentale visé à l'article 47/19, 2°.

Le Gouvernement peut préciser les conditions d'agrément énumérées dans le présent article, et prévoir, si nécessaire, une ou plusieurs conditions d'agrément complémentaires. ».

Art. 283. Il est inséré dans le même Code un article 679/11 rédigé comme suit :

« Art. 679/11. § 1er. Un appel à déposer la demande d'agrément est publié au Moniteur belge, accompagné d'un formulaire dont le modèle est établi par le Gouvernement ou son délégué.

§ 2. La demande d'agrément est introduite par le pouvoir organisateur de la plate-forme de concertation en santé mentale auprès du Gouvernement ou de son délégué.

Le Gouvernement ou son délégué détermine le contenu du dossier de demande d'agrément. Ce dossier comporte au minimum :

1° le numéro d'entreprise de la plate-forme de concertation en santé mentale ;

2° le formulaire visé au paragraphe 1er, reprenant l'engagement visé à l'article 679/10, alinéa 1^{er}, 2° ;

3° la liste des membres visés à l'article 679/7 §1^{er} et §3 ;

4° l'engagement à se conformer au plan visé à l'article 47/20 arrêté par le Gouvernement et à ses évolutions.

Le Gouvernement précise les modalités et la procédure d'octroi de l'agrément visé au présent article.

§ 3. L'agrément est accordé pour une durée indéterminée par le Gouvernement ou son délégué. ».

Art. 284. Il est inséré dans le même Code un article 679/12 rédigé comme suit :

« Art. 679/12. La dénomination de la plate-forme de concertation en santé mentale agréée est systématiquement accompagnée de la mention « plate-forme de concertation en santé mentale agréée et subventionnée par la Région wallonne. ». ».

Art. 285. Au chapitre IV du titre II du livre VI de la deuxième partie du même Code, il est inséré, après l'article 679/12, une section 5 intitulée : « Section 5. Subventionnement ».

Art. 286. Dans la section 5 du chapitre IV du titre II du livre VI de la deuxième partie du même Code, il est inséré un article 679/13 rédigé comme suit :

« Art. 679/13. Pendant la période couverte par l'agrément et dans la limite des disponibilités budgétaires, la plate-forme de concertation en santé mentale bénéficie d'une subvention annuelle destinée à couvrir des frais de personnel et des frais de fonctionnement.

Le Gouvernement détermine les modalités de calcul de la subvention visée à l'alinéa 1^{er}. ».

Art. 287. Il est inséré dans le même Code un article 679/13 rédigé comme suit :

« Art. 679/14. Sans préjudice des obligations comptables imposées par le Code des sociétés et des associations, et par ses arrêtés d'exécution, la plate-forme de concertation en santé mentale tient une comptabilité en partie double par année budgétaire et fournit annuellement un bilan et un compte de résultats selon le modèle déterminé par le Gouvernement. ».

Art. 288. Au chapitre IV du titre II du livre VI de la deuxième partie du même Code, il est inséré, après l'article 679/14, une section 6 intitulée : « Section 6. Evaluation, contrôle et sanction ».

Art. 289. Dans la section 6 du chapitre IV du titre II du livre VI de la deuxième partie du même Code, il est inséré un article 679/15 rédigé comme suit :

« Art. 679/15. Les activités de chaque plate-forme de concertation en santé mentale font l'objet d'une évaluation périodique par l'Agence.

La plate-forme de concertation en santé mentale participe activement à son évaluation et collabore avec l'Agence pour l'élaboration et le suivi de cette évaluation.

Le Gouvernement détermine les modalités et la procédure d'évaluation. ».

Art. 290. Il est inséré dans le même Code un article 679/16 rédigé comme suit :

« Art. 679/16. Le contrôle administratif et financier de la plate-forme de concertation en santé mentale est exercé par les membres du personnel de l'Agence désignés à cet effet.

Dans le but d'obtenir toutes informations ou tous documents utiles au contrôle, ou d'effectuer toutes constatations utiles au contrôle, ces membres du personnel peuvent :

1° avoir libre accès aux locaux de la plate-forme de concertation en santé mentale pendant les heures d'ouverture de ceux-ci ;

2° consulter sans déplacement tous documents détenus à la plate-forme de concertation en santé mentale et s'en faire remettre copie ;

3° obtenir copie au format de leur choix de tous documents ou données conservées de manière électronique par la plate-forme de concertation en santé mentale ;

4° entendre tout dirigeant ou membre du personnel de la plate-forme de concertation en santé mentale ;

5° demander par écrit ou par voie électronique à la plate-forme de concertation en santé mentale toutes informations ou explications utiles ;

6° consulter auprès du Moniteur belge, auprès de la Banque-carrefour des entreprises, auprès de la Centrale des Bilans ou auprès de toutes autres sources authentiques les données relatives à la plate-forme de concertation en santé mentale.

Le Gouvernement peut préciser les limites des pouvoirs conférés aux membres du personnel par l'alinéa précédent, ainsi que les modalités d'exercice de ces pouvoirs.

Le Gouvernement détermine les modalités du contrôle, dans le respect du principe du contradictoire. ».

Art. 291. Il est inséré dans le même Code un article 679/17 rédigé comme suit :

« Art. 679/17. § 1er. À tout moment, l'agrément en qualité de plate-forme de concertation en santé mentale peut être retiré par le Gouvernement ou son délégué pour cause d'inobservation des dispositions du présent chapitre ou des dispositions fixées en application de celui-ci.

La plate-forme de concertation en santé mentale dont l'agrément a été retiré, ne peut pas introduire une nouvelle demande d'agrément pendant l'année suivant la décision de retrait de l'agrément.

§ 2. Le Gouvernement précise les procédures de retrait de l'agrément.

A cet effet, le Gouvernement détermine les formes et les délais et assure le respect du caractère contradictoire de la procédure.

§ 3. En cas retrait d'agrément, le Gouvernement ou son délégué adopte les dispositions nécessaires pour assurer le suivi des missions et actions confiées aux plates-formes de concertation en santé mentale dans l'attente de l'agrément d'une nouvelle plate-forme de concertation en santé mentale. ».

Chapitre III. Autres dispositions modificatives.

Art. 292. L'article 5 de la loi du 27 juin 1978 modifiant la législation sur les hôpitaux et relative à certaines autres formes de dispensation de soins est complété par un paragraphe 6 rédigé comme suit : « § 6. Le présent article ne s'applique pas aux maisons de soins psychiatriques visées à l'article 538/1, 1°, du Code wallon de l'action sociale et de la santé. ».

Art. 293. L'article 2, 1° du décret du 15 mars 2018 relatif au bail d'habitation est complété par les mots suivants « et des initiatives d'habitations protégées visées à l'article 538/30, 1° du Code wallon de l'action sociale et de la santé ».

Art. 294. A l'article 6 de la loi coordonnée du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux et autres établissements de soins, les mots « initiatives d'habitations protégées et de » sont abrogés.

Art. 295. L'article 10 de la même loi est complété par un alinéa 2 rédigé comme suit : « Le présent article n'est pas applicable aux plates-formes de concertation en santé mentale définies à l'article 679/2, 1° du Code wallon de l'action sociale et de la santé. ».

Chapitre IV. Dispositions transitoires et finales.

Art. 296. Le centre de référence en santé mentale qui dispose d'une reconnaissance au moment de l'entrée en vigueur du présent décret est réputé, sans formalité particulière, être agréé au sens du présent décret. Il conserve cet agrément jusqu'au 31 décembre de la quatrième année qui suit l'entrée en vigueur du présent décret.

Le centre de référence en santé mentale se met en conformité à l'égard des dispositions du présent décret au plus tard le 31 décembre de la deuxième année qui suit l'entrée en vigueur du présent décret. Pour cette mise en conformité, il est réputé avoir souscrit tous les engagements visés à l'article 491/36 du Code wallon de l'action sociale et de la santé, tel qu'inséré par l'article 24 du présent décret.

Art. 297. La maison de soins psychiatriques qui dispose d'un agrément au moment de l'entrée en vigueur du présent décret conserve son agrément sans formalité particulière.

La maison de soins psychiatriques se met en conformité à l'égard des dispositions du présent décret au plus tard le 31 décembre de la deuxième année qui suit l'entrée en vigueur du présent décret. Pour cette mise en conformité, elle est réputée avoir souscrit tous les engagements visés à l'article 538/32 du Code wallon de l'action sociale et de la santé, tel qu'inséré par l'article 99 du présent décret.

Art. 298. L'initiative d'habitations protégées qui dispose d'un agrément au moment de l'entrée en vigueur du présent décret est réputée, sans formalité particulière, être agréée à durée indéterminée au sens du présent décret.

L'initiative d'habitations protégées se met en conformité à l'égard des dispositions du présent décret au plus tard le 31 décembre de la deuxième année qui suit l'entrée en vigueur du présent décret. Pour cette mise en conformité, elle est réputée avoir souscrit tous les engagements visés à l'article 538/73 du Code wallon de l'action sociale et de la santé, tel qu'inséré par l'article 159 du présent décret.

Art. 299. Le service de santé mentale qui dispose d'un agrément au moment de l'entrée en vigueur du présent décret conserve son agrément sans formalité particulière.

Le service de santé mentale se met en conformité à l'égard des dispositions du présent décret au plus tard le 31 décembre de la deuxième année qui suit l'entrée en vigueur du présent décret. Pour cette mise en conformité, il est réputé avoir souscrit tous les engagements visés à l'article 600 du Code wallon de l'action sociale et de la santé, tel que modifié par l'article 248 du présent décret.

Art. 300. La plate-forme de concertation en santé mentale qui dispose d'un agrément au moment de l'entrée en vigueur du présent décret conserve son agrément sans formalité particulière.

La plate-forme de concertation en santé mentale se met en conformité à l'égard des dispositions du présent décret au plus tard le 31 décembre de la deuxième année qui suit l'entrée en vigueur du présent décret. Pour cette mise en conformité, elle est réputée avoir souscrit tous les engagements visés à l'article 679/9 du Code wallon de l'action sociale et de la santé, tel qu'inséré par l'article 286 du présent décret.

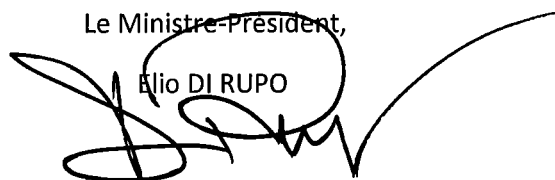
Art. 301. Le premier plan stratégique pour la santé mentale est adopté au plus tard le 31 décembre de la deuxième année qui suit l'entrée en vigueur du présent décret.

Art. 302. Le présent décret entre en vigueur à la date fixée par le Gouvernement.

Namur, le... (date)

Pour le Gouvernement :

Le Ministre-Président,
Elio DI RUPO

A large, stylized handwritten signature in black ink, likely belonging to Elio Di Rupo, positioned over the printed name.

La Ministre de la Santé,
Christie MORREALE

A handwritten signature in black ink, likely belonging to Christie Morreale, positioned over the printed name.

Exposé des motifs pour la révision du cadre relatif aux soins en santé mentale

Table des matières

Note pour la révision du cadre relatif aux soins en santé mentale.....	1
1. Le contexte de la santé mentale	1
2. Quelle organisation pour les soins en santé mentale en Wallonie ?	5
3. Les soins en santé mentale : les grands principes.....	7
4. Quel modèle pour la santé mentale en Wallonie ?.....	10
Un modèle clair et lisible pour tous	10
Recherche et qualité des soins.....	13
5. Comment organiser les soins en santé mentale ?	13

1. Le contexte de la santé mentale

Selon l'OMS, la santé mentale est un « état de bien-être qui permet à chacun de réaliser son potentiel, de faire face aux difficultés normales de la vie, de travailler avec succès et de manière productive, et d'être en mesure d'apporter une contribution à la communauté ».

Comme beaucoup d'autres régions du monde, la Wallonie a été touchée par la pandémie liée au COVID-19, entraînant des impacts sur la santé mentale d'une partie de la population. Se sont ajoutés aux effets de la crise sanitaire, pour une partie de la population wallonne, l'impact des inondations et de la guerre en Ukraine, avec ses conséquences sur le coût de la vie, touchant particulièrement les citoyens les plus fragilisés.

Le Plan de Relance de la Wallonie a permis de financer des emplois supplémentaires pour faire face aux besoins en soins de santé mentale, dans les services de santé mentale et via les services psychiatriques à domicile en vue de soutenir respectivement les citoyens et les professionnels particulièrement ébranlés par la situation dans les établissements d'accueil et d'hébergement. Les moyens ont aussi permis la poursuite d'un continuum de soins en favorisant la qualité de l'offre des soins de santé mentale ambulatoires sur le territoire wallon et donc de participer de manière importante à la relance de l'activité socio-économique, renforçant ainsi la résilience de notre société mais aussi sa capacité à relever de nouveaux défis. Concrètement, il s'agit de poursuivre le développement de la mobilité des soins de santé mentale et la capacité d'intervention en Wallonie des services suivants: Services de Santé mentale, services de soins psychiatriques pour patients résidents à domicile (SPAD), Cellules mobiles d'intervention (CMI), Maisons de soins psychiatriques (MSP), Les Initiatives d'Habitations Protégées, le Centre de prévention du suicide et d'accompagnement (Un Pass dans l'Impasse ASBL) et son Centre de référence, Les Centres de Revalidation Fonctionnelle (assuétudes, Santé mentale, et Handicap). Certains sont spécifiques à la pédopsychiatrie, Les Services Assuétudes et les plateformes de soins palliatifs spécifiques pour l'accompagnement du deuil et de la fin de vie.

Dans le contexte de l'épidémie, des initiatives nouvelles ont vu le jour comme la mise en ligne du site www.trouverdusoutien.be et ensuite www.jemelibere.be. Les objectifs poursuivis par ces communications sont les suivants :

La campagne « Je me libère » a permis de sensibiliser au fait que la santé mentale nous concerne tous, objectif qui a été par la multiplicité des canaux et la belle couverture de la campagne. Il en est de même pour le second objectif qui vise à informer et renvoyer directement les cibles spécifiques vers des contenus dédiés et utiles (conseils, guides, présentations, informations, ...).

Le site « Trouver du soutien.be » s'intègre dans cet objectif et propose des ressources pour aider tant les particuliers que les professionnels à prendre soin d'eux et à trouver du soutien.

Les services de santé mentale ont été autorisés à organiser des consultations à distance, pour assurer la continuité des soins et garantir l'offre d'une réponse à tout moment.

Dans son avis n°9676 du 18 mai 2022 relatif aux enseignements à tirer de la crise COVID en matière de santé mentale¹, le Conseil Supérieur de la Santé propose 10 points d'action pour améliorer l'avenir des soins de santé mentale :

- **Organiser les soins de santé mentale selon le modèle des soins échelonnés : accessibles à tous, ancrés localement, et avec des systèmes de triage et d'orientation solides**
- **Faire de la santé mentale une partie intégrante de la santé publique**
- **Utiliser la communication comme un facteur de motivation plutôt que comme une charge supplémentaire**
- Être attentif à la chronicité de la pandémie, organiser un monitoring régulier et donner des feedbacks
- Renforcer la résilience individuelle et collective
- Promouvoir la protection sociale et reconnaître le rôle du (retour au) travail
- Accorder de l'attention à la perte et au deuil
- Se préparer aux futures vagues et/ou aux nouvelles pandémies
- Apporter un soutien supplémentaire au secteur des soins
- Impliquer les experts de manière proactive dans les choix politiques

Le Conseil Supérieur de la Santé recommande de se concentrer sur un système qui exploite pleinement l'expertise du milieu professionnel mais qui, surtout, reste simple. Un accueil chaleureux en cas de détresse psychologique, près de chez soi, avec des contacts avec d'autres personnes souffrantes et en partant de la prévention en constitue la base. La reconnaissance des facteurs de vulnérabilité² peut aider à définir les groupes cibles, à fixer les priorités et à déterminer les besoins de soins sur mesure. Des indicateurs simples et validés permettant de mesurer la résilience de la population peuvent rendre possibles un travail de recherche, de suivi et de communication, permettant ainsi au système de continuer à s'améliorer.

Enfin, pour le Conseil supérieur de la Santé, la vision de la santé mentale doit être proactive et axée sur ce que souhaite chaque Belge, et pas seulement les personnes en situation de détresse mentale³. « Une société qui se soucie collectivement de sa santé mentale et de celle de ses citoyens et qui apprend à s'en occuper, contribue à des gains durables en matière de santé globale. »

Par ailleurs, la sixième réforme de l'état et les accords intra francophones de la Sainte Emilie ont confié de larges compétences en matière de santé mentale notamment à la Région wallonne.

¹ <https://www.health.belgium.be/fr/avis-9676-prise-en-charge-psychosociale-pendant-la-pandemie-covid-19-lecons>

² A inclure dans l'analyse des besoins

³ Voir le plan WAPPS mais aussi la stratégie en soins en santé mentale à définir.

A l'exception de la programmation, des normes de base et du financement des hôpitaux, la Wallonie a, en effet, hérité des compétences relatives aux maisons de soins psychiatriques, aux initiatives d'habitations protégées, aux services de soins psychiatriques pour personnes séjournant à domicile, à la concertation autour du patient psychiatrique financée via les services intégrés de soins à domicile, aux plates-formes de concertation en santé mentale, à certains centres de revalidation, complétant de la sorte les compétences déjà exercées et qui concernent les centres de télé-accueil, les services de santé mentale, l'agrément des services intégrés de soins à domicile, les réseaux et les services d'aide et de soins en assuétudes ou encore les centres de référence en santé mentale, généraliste et spécifique.

En parallèle, la Wallonie a contribué à la mise en œuvre des protocoles d'accord de la Conférence interministérielle de la santé visant à réformer les soins en santé mentale, implémentant les réseaux dits « 107 » parce que fondés sur l'article 107 de la loi sur les hôpitaux et financés via la partie B4 du BMF des hôpitaux. Ces réseaux sont dédiés aux enfants, adolescents et jeunes adultes ou aux adultes, sans distinction d'âge, pour ce qui concerne les plus âgés. Institués dès 2011, ils ne sont actuellement fondés sur aucun cadre légal.

Complémentairement, depuis mai 2022, l'assurance soins de santé intervient dans le prix de certaines prestations dispensées par un psychologue ou un orthopédagogue clinicien, dès lors que celui-ci a conclu une convention INAMI avec un réseau de soins de santé mentale.

La Wallonie s'est aussi dotée d'un outil dédié à la promotion de la santé par l'adoption du Plan WAPPS et de sa programmation, dans le cadre du décret du 3 février 2022 qui a modifié celui du 2 mai 2019, et de son arrêté d'exécution adopté le 19 juillet 2022. L'axe 2.1 concerne les addictions et l'axe 2.2 la santé mentale.

Dans ce cadre, elle a notamment pris en compte les recommandations et les apprentissages liés à la crise relative à la pandémie de la COVID-19, laquelle est dorénavant considérée comme une « syndémie »⁴.

L'articulation de la promotion de la santé avec les autres domaines de la santé est un facteur essentiel au développement d'un écosystème du bien-être en Wallonie.

Le 17 juin 2022, l'Organisation mondiale de la Santé a publié un nouveau rapport⁵ exhortant les décideurs et les défenseurs de la santé mentale à intensifier leur engagement et leur action pour que changent les attitudes, les mesures et les approches à l'égard de la santé mentale, de ses déterminants et des soins qui lui sont consacrés.

L'OMS rappelle « qu'en 2019, près d'un milliard de personnes – dont 14 % des adolescents dans le monde – étaient atteints d'un trouble mental. Les suicides représentaient plus d'un décès sur 100 et 58 % d'entre eux survenaient avant l'âge de 50 ans. Les troubles mentaux sont la principale cause d'invalidité et sont responsables d'une année vécue avec une incapacité sur six. Les personnes atteintes de troubles mentaux graves ont une durée de vie réduite de 10 à 20 ans par rapport à la

⁴ Cfr Introduction à la programmation de la promotion de la santé 2023 – 2027, RESO, 2022 : La notion de « syndémie reconnaît que l'exposition et la vulnérabilité des personnes sont déterminées également par leurs contextes et conditions de vie. L'exposition différenciée des groupes de population aux déterminants sociaux de la santé, aux maladies chroniques et à la COVID-19 a eu un effet multiplicateur, ayant pour conséquence un impact différencié à la fois sur les taux de mortalité et de morbidité entre groupes sociaux ainsi que sur l'ampleur des conséquences sociales, psychologiques et économiques de la syndémie pour ceux-ci (Stok et al., 2021). »

⁵ <https://www.who.int/fr/news/item/17-06-2022-who-highlights-urgent-need-to-transform-mental-health-and-mental-health-care>

population générale, souvent en raison de pathologies physiques évitables. Parmi les causes majeures de dépression figurent les abus sexuels pendant l'enfance et le harcèlement par l'intimidation. Les inégalités sociales et économiques, les urgences de santé publique, la guerre et la crise climatique font partie des menaces structurelles mondiales qui pèsent sur la santé mentale. La dépression et l'anxiété ont augmenté de plus de 25 % au cours de la première année de la pandémie seulement ».

L'OMS ajoute que « même avant la pandémie de COVID-19, seule une petite fraction des personnes en ayant besoin avaient accès à des soins de santé mentale efficaces, abordables et de qualité. Ainsi, 71 % des personnes atteintes de psychose dans le monde ne bénéficient pas de services de santé mentale. Alors que 70 % des personnes atteintes de psychose seraient traitées dans les pays à revenu élevé, elles ne sont que 12 % à bénéficier de soins de santé mentale dans les pays à faible revenu. Pour ce qui est de la dépression, de larges écarts dans la couverture des services sont observés dans tous les pays : même dans les pays à revenu élevé, seul un tiers des personnes souffrant de dépression reçoit des soins de santé mentale formels et on estime que le traitement adéquat minimal de la dépression varie de 23 % dans les pays à revenu élevé à 3 % dans les pays à revenu faible ou intermédiaire inférieur. »

Le Directeur général de l'OMS, le Dr Tedros Adhanom Ghebreyesus, a déclaré : « Chacun dans sa vie est proche d'une personne touchée par des problèmes de santé mentale. Une bonne santé mentale se traduit par une bonne santé physique et ce nouveau rapport présente des arguments convaincants en faveur du changement. Les liens inextricables entre la santé mentale et la santé publique, les droits humains et le développement socioéconomique signifient que le changement des politiques et des pratiques en matière de santé mentale peut apporter des avantages réels et substantiels aux individus, aux communautés et aux pays du monde entier. L'investissement dans la santé mentale est un investissement dans une vie et un avenir meilleurs pour tous. »

Les 194 États Membres de l'OMS, dont la Belgique, ont tous approuvé le Plan d'action global pour la santé mentale 2013-2030 (en anglais), par lequel ils s'engagent à atteindre des cibles mondiales pour transformer la santé mentale. Les progrès réalisés localement au cours de la dernière décennie prouvent que le changement est possible. Mais ce changement ne se produit pas assez rapidement, et l'histoire de la santé mentale reste une histoire marquée par l'indigence et la négligence : sur les maigres dépenses gouvernementales consacrées à la santé mentale, deux dollars sur trois vont à des établissements psychiatriques indépendants plutôt qu'à des services de santé mentale communautaires plus proches des gens. Pendant des décennies, la santé mentale a été l'un des domaines les plus négligés de la santé publique, ne recevant qu'une infime partie de l'attention et des ressources dont elle a besoin et qu'elle mérite.

Le rapport appelle instamment tous les pays à mettre en œuvre le Plan d'action global pour la santé mentale 2013-2020⁶. Plusieurs recommandations sur les mesures à prendre y sont formulées : elles sont regroupées en trois « voies vers la transformation » axées sur le changement d'attitude à l'égard de la santé mentale, la prise en compte des risques pour la santé mentale et le renforcement des systèmes de soins de la santé mentale, comme suit :

- **Relever l'importance accordée à la santé mentale et l'engagement en sa faveur⁷.**

⁶https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_R8-fr.pdf

⁷ Par exemple : Accroître les investissements dans la santé mentale, non seulement en obtenant des fonds et des ressources humaines appropriés dans le secteur de la santé et d'autres secteurs pour répondre aux besoins en santé mentale, mais aussi grâce à un leadership engagé, à la mise en œuvre de politiques et de pratiques fondées sur des données probantes et à l'établissement de solides systèmes d'information et de suivi,

- **Remodeler les environnements qui influent sur la santé mentale, y compris les habitations, les communautés, les écoles, les lieux de travail, les services de soins de santé et les environnements naturels⁸.**
- **Renforcer les soins de santé mentale en apportant des changements aux lieux, aux modalités, aux prestataires et aux bénéficiaires des soins de santé mentale⁹.**

2. Quelle organisation pour les soins en santé mentale en Wallonie ?

Face à ce contexte, il apparaît nécessaire de veiller à l'organisation des soins en santé mentale en Wallonie et de poser les jalons nécessaires à une dimension inclusive – des soins en santé mentale dans la communauté - dans une vision de santé publique et intégrée, à sa lisibilité pour les citoyens et à sa digitalisation dans une perspective de mobilité des bénéficiaires et d'accès aux données pour ceux-ci mais aussi, sous une forme anonymisée, pour le monitoring de la consommation des soins.

Les soins en santé mentale sont considérés ici sous l'angle de l'aide et des soins (care et cure) et articulés avec la promotion de la santé mentale et la prévention, visées par le plan WAPPS.

Ils sont également identifiés comme des soins spécialisés, dans l'attente de l'adoption du dispositif cadrant l'organisation de la première ligne de soins en cours d'élaboration selon un processus participatif¹⁰.

Leur évolution sera également tributaire du Plan interfédéral relatif aux soins intégrés¹¹.

Les trois dimensions de la santé mentale sont à prendre en compte :

Intégrer les personnes ayant des problèmes de santé mentale dans tous les aspects de la société et de la prise de décision pour surmonter la stigmatisation et la discrimination, réduire les disparités et promouvoir la justice sociale.

⁸ Par exemple : Intensifier l'engagement dans tous les secteurs, notamment pour comprendre les déterminants sociaux et structurels de la santé mentale et intervenir de manière à réduire les risques, à renforcer la résilience et à éliminer les obstacles qui empêchent les personnes atteintes de troubles mentaux de participer pleinement à la société.

Mettre en œuvre des mesures concrètes pour améliorer les environnements dans l'optique de la santé mentale, notamment en intensifiant les mesures contre la violence entre partenaires intimes et la maltraitance et la négligence à l'égard des enfants et des personnes âgées ; en favorisant les soins attentifs pour le développement du jeune enfant ; en instaurant un soutien aux moyens de subsistance pour les personnes souffrant de problèmes de santé mentale ; en introduisant des programmes d'apprentissage social et psychologique tout en luttant contre le harcèlement dans les écoles ; en changeant les attitudes et en renforçant les droits en matière de soins de santé mentale ; en améliorant l'accès aux espaces verts, et en interdisant les pesticides hautement dangereux associés à un cinquième de tous les suicides dans le monde.

⁹ Par exemple : Bâtir des réseaux communautaires de services interconnectés qui s'écartent des soins en milieu surveillé dans les hôpitaux psychiatriques et couvrent un éventail de soins et de soutien grâce à une combinaison de services de santé mentale intégrés aux soins de santé en général ; des services de santé mentale communautaires ; et des services au-delà du secteur de la santé.

Diversifier et élargir les options de soins pour les problèmes de santé mentale courants tels que la dépression et l'anxiété, sachant que le rapport avantages/coûts est de cinq pour un. Ceci passe par l'adoption d'une approche de partage des tâches élargissant les soins fondés sur des données probantes qui seront également offerts par les personnels de santé généraux et les prestataires communautaires. Il convient aussi d'utiliser les technologies numériques pour appuyer l'auto-assistance guidée ou non guidée et fournir des soins à distance.

¹⁰ Voir <https://www.proxisante.be/>

¹¹ Voir <https://www.inami.fgov.be/fr/professionnels/information-tous/plan-interfederale-soins-integres/Pages/default.aspx>

La **santé mentale positive** qui recouvre le bien-être, l'épanouissement personnel, les ressources psychologiques et les capacités d'agir de l'individu dans ses rôles sociaux, laquelle relève des compétences des professionnels de la promotion de la santé.

La **détresse psychologique réactionnelle** (induite par les situations éprouvantes et difficultés existentielles (deuil, échec relationnel, scolaire...), qui n'est pas forcément révélatrice d'un trouble mental. Les symptômes, relativement communs et le plus souvent anxieux ou dépressifs, apparaissent généralement dans un contexte d'accidents de la vie ou d'événements stressants et peuvent être transitoires. Dans la majorité des cas, les personnes en détresse psychologique ne nécessitent pas de soins spécialisés. Toutefois, mal repérée ou mal accompagnée, la détresse psychologique peut faire basculer la personne dans une maladie ou multiplier les difficultés sociales. Lorsqu'elle est temporaire et fait suite à un événement stressant, elle est considérée comme une réaction adaptative normale. En revanche, lorsqu'elle devient intense et perdure, elle peut constituer l'indicateur d'un trouble psychique.

Les **troubles psychiatriques** de durée variable, plus ou moins sévères et/ou handicapants, qui se réfèrent à des classifications diagnostiques renvoyant à des critères, à des actions thérapeutiques ciblées, et qui relèvent d'une prise en charge médicale. Les conséquences liées aux affections psychiatriques peuvent être majeures : handicaps, décès prématurés, discriminations et exclusions.

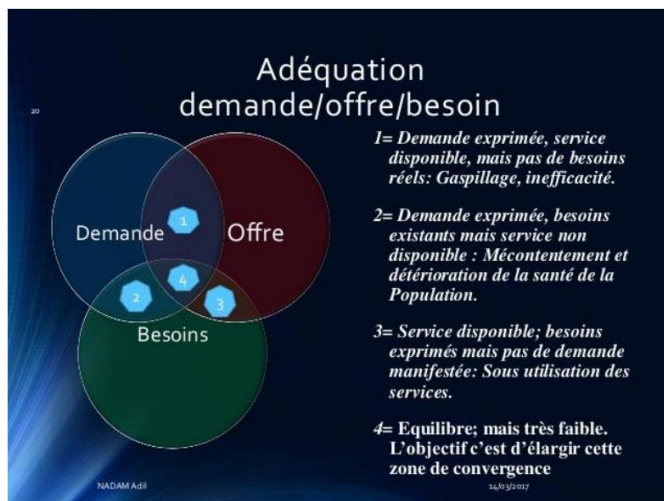
Il ne s'agira **pas de réécrire l'ensemble des dispositifs existants mais bien de les structurer** pour faire face aux défis mentionnés ci-avant. Dès lors, l'avant-projet de décret proposé portera sur un périmètre porteur pour le déploiement des soins en santé mentale sans revoir chacun des dispositifs en particulier hérités de la sixième réforme de l'Etat mais en veillant à distinguer les soins spécialisés en santé mentale qui requièrent entre-autre une intervention médicale, des interventions potentiellement de plus courte durée ou moins aiguës et qui relèvent de la détresse psychologique, lesquels sont pris en charge par des psychologues de première ligne, ceux qui exercent dans les centres de planning familial ou dans les plates-formes de concertation en soins palliatifs ou dans toute autre service ou cabinet.

La prévalence des troubles mentaux et l'identification des besoins :

La prévalence des troubles mentaux peut s'appréhender notamment sur base des :

- Dépenses INAMI en termes de médicaments anxiolytiques, antidépresseurs ... absentéisme au travail, consultations, remboursements de soins, nombre de professionnels de soins
- Enquêtes de santé par interview, Sciensano
- Données d'hospitalisation (RPM)

L'identification des besoins est complexe car elle peut s'effectuer sur la base de la consommation de l'offre telle que connue pour les organismes agréés par la Wallonie mais cette analyse est à compléter par d'autres paramètres, comme l'évaluation des besoins non couverts et parce que sans accès à l'information sur la santé mentale et les réponses qui peuvent être apportées aux troubles de santé mentale, sans reconnaissance du besoin de cet ordre par l'individu ou sans accès aux dispositifs.



3. Les soins en santé mentale : les grands principes

Les principes suivants fondent l'organisation des soins en santé mentale :

- Les « soins en santé mentale » font partie intégrante du dispositif de santé publique en Wallonie (pas de santé sans santé mentale) et de la protection sociale telle que définie par le décret AVIQ ;
- Ils sont centrés sur l'utilisateur des services de manière qu'ils lui soient utiles et utilisables¹² et prennent en compte ceux de son entourage ;
- Le GW définit et met en œuvre un plan stratégique pour l'amélioration de la santé mentale, tenant compte des problématiques d'assuétudes, en vue de :
 - o réaliser le diagnostic de situation relatif à l'état de santé mentale de la population de la région de langue française,
 - o fixer les objectifs de santé mentale,
 - o guider les actions et les stratégies à mettre en œuvre en matière de santé mentale.
- Ce plan stratégique sera mis en place pour une durée de 5 ans minimum, en concertation avec l'ensemble des représentants des soins en santé mentale. En considérant que le secteur des soins résidentiels ne peut être représenté qu'à concurrence de 45 % par rapport au secteur des soins ambulatoires ou mobiles et de l'aide à distance (télé-accueil), dans une perspective de désinstitutionnalisation ;
- Un comité de pilotage du plan stratégique pour l'amélioration de la santé mentale est instauré : il est chargé du pilotage stratégique du plan dans le but de renseigner sur le déroulement du plan et d'apporter des aménagements ou des correctifs nécessaires à l'amélioration continue du plan ;
- Une collecte des données des soins en santé mentale alimente le système d'informations socio-sanitaires de l'Agence, au même titre que les données socio-sanitaires du Plan de Prévention et de Promotion de la santé (WAPPS) (données récoltées de façon systématique et de façon à permettre le croisement des informations de santé avec l'âge, le genre et le niveau socio-économique au niveau individuel en vue d'un traitement épidémiologique).
- Le plan précise :
 - o les thématiques, objectifs stratégiques, publics cibles et milieux de vie prioritaires ;
 - o les objectifs transversaux à suivre pour l'ensemble des thématiques, objectifs, publics et milieux de vie prioritaires ;

¹² Il s'agit d'une prise en compte holistique basée sur l'empathie à l'égard de l'utilisateur – patient – bénéficiaire, qq soit le terme, et la collaboration afin de créer et faire évoluer le parcours de soins.

- la concertation et les collaborations avec les acteurs et les entités publiques dont la contribution est nécessaire à l'atteinte des objectifs, qu'ils relèvent d'une compétence régionale ou d'un autre niveau de pouvoir;
- les modalités d'évaluation et de suivi, notamment les critères et indicateurs, qui permettent d'évaluer le degré de réalisation du plan et sa révision.
- Au moins tous les cinq ans, une évaluation du plan est organisée par le comité de pilotage.
L'évaluation a pour objectif :
 - de rendre compte de la mise en œuvre du plan par les acteurs des soins en santé mentale ;
 - de mesurer l'impact par genre, âge et niveau socio-économique de ces actions sur la santé mentale ;
 - de proposer des ajustements pour une nouvelle version du plan.

Le rapport d'évaluation est présenté au Parlement dans les six mois qui suivent son adoption par le Gouvernement.
- Il est créé un Comité de pilotage du plan.
Ce comité est composé au minimum de représentants de l'Agence, des plates-formes de concertation en santé mentale dont un membre des réseaux assuétudes, des écoles de santé publique francophones, du monde académique et des professionnels de soins de première ligne, ainsi que du Centre de référence en santé mentale.
Le comité visé au paragraphe premier a pour mission de :
 - 1° superviser la mise en œuvre du plan de façon régulière et au moins une fois par an ;
 - 2° de transmettre au Gouvernement tous les cinq ans une évaluation de la politique de prévention des maladies et de promotion de la santé en région de langue française et des propositions visant à améliorer celle-ci ;
 - 3° de proposer au Gouvernement une version actualisée et concertée du plan.
- Sachant que la moitié des troubles mentaux se manifestent avant l'âge de 14 ans, les soins en santé mentale sont organisés de manière à répondre tant aux enfants et adolescents, jusqu'à l'âge de 23 ans, qu'aux adultes quel que soit leur âge ;
- L'organisation des soins en santé mentale tient compte de l'existant à savoir :
 - Les prestataires comme les psychologues de première ligne, les psychiatres, les prestations psychologiques délivrées dans des services de première ligne, dans des polycliniques ou en cabinet privé
 - Les services de santé mentale : définition (cadre juridique + missions) + évolutions préparées avec le secteur MAIS en les situant comme acteurs de soins en santé mentale, donc spécialisés, pas en première ligne ou s'ils restent en première ligne, ils s'engagent dans l'orientation ou la réorientation des patients accompagnée s'ils ne peuvent prendre en charge (accompagnée = ils s'assurent que le demandeur est bien pris en charge par l'opérateur vers lequel la personne est référée, par un contact direct)
 - Les maisons de soins psychiatriques : définition – au sens de leur base juridique actuelle
 - Les initiatives d'habitations protégées : définition – au sens de leur base juridique actuelle
 - Les centres de revalidation : définition – au sens des conventions transférées et qui concernent les publics cibles des soins en santé mentale ou en assuétudes

- Les plates-formes de concertation en santé mentale ou associations ... : définition intégrée dans le projet de décret
- Les réseaux formels et informels dont les réseaux spécialisés en santé mentale dédiés aux enfants et aux jeunes, aux adultes quel que soit leur âge, institué sur la base de l'art. 107 de la loi sur les hôpitaux
- Les hôpitaux psychiatriques : définition – référence à la loi sur les hôpitaux
- Les centres de référence en santé mentale : définition – telle que revue pour extension à l'ensemble des soins en santé mentale

Tous ne relèvent pas de la compétence de la Région wallonne mais tous font partie de la réponse à apporter aux besoins des citoyens, en ce qui concerne les soins en santé mentale. Les soins en santé mentale favorisent l'inclusion des bénéficiaires dans la communauté et mettent en œuvre, outre les soins et traitements, des stratégies et des interventions intersectorielles en vue de promouvoir, protéger et recouvrer une bonne santé mentale, tout en prévoyant l'accueil résidentiel ou semi résidentiel pour les bénéficiaires qui nécessitent une prise en charge (soins + accompagnement, cure + care) sécurisante dans un lieu de vie adapté à leurs besoins. Selon les recommandations de l'OMS et pour plus d'efficacité, les soins en santé mentale doivent être intégrés dans les soins de santé primaire. On retrouve donc la volonté de développer une organisation territoriale de la santé, avec le souci d'une cohérence optimale entre la première ligne et les soins spécialisés, dont les réseaux hospitaliers et les soins de santé mentale.

Plusieurs portes d'entrée dans le dispositif de soins

Il n'y a pas une seule porte d'entrée mais bien plusieurs portes d'entrée dans le dispositif de soins, sans qu'aucune ne soit prédéfinie. Le parcours de soins se caractérise de la même manière : il n'est pas linéaire et peut être itératif, avec des allers – retours vers les mêmes dispositifs.

Et il importe que le dispositif de soins respecte ces caractéristiques afin de favoriser l'inclusion du patient dans le parcours de soins et son adhésion aux soins, en tenant compte de sa situation individuelle et de son état d'esprit.

Il appartient cependant au dispositif de soins de s'adapter à ce principe par une stratégie d'accueil de la demande adaptée, un suivi qui tienne compte de l'évolution dans le parcours de soins, en tenant compte de la relation thérapeutique et de confiance du patient à l'égard des professionnels de l'aide et des soins, et d'une affectation des ressources en adéquation aux besoins, par un monitoring fondé sur les données recueillies par l'autorité publique et donc en tenant compte du développement de l'e-santé et, en particulier, du développement du dossier de soins informatisé et du partage de données tout au long du parcours de soins.

Ce monitoring alimente à son tour la stratégie du plan de promotion de la santé et l'évolution de sa programmation.

L'ensemble s'entend aux niveaux micro (autour du patient), méso (dans sa communauté de vie et des réseaux) et macro (au niveau du territoire de la Wallonie), dans le respect de la libre circulation des patients et des prestataires de soins, en articulation avec les soins intégrés définis par les autorités de santé dans une vision fondée sur cinq objectifs¹³, à savoir :

- Améliorer l'état de santé de la population, condition de développement social et économique, en ce compris dans une société en pénurie de personnel

¹³ <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2788483>

- Améliorer la qualité des soins et l'accès aux soins, à savoir répondre aux besoins couverts et non couverts et rendre l'offre lisible et visible
- Améliorer l'utilisation des ressources disponibles, à savoir offrir de meilleurs soins à partir des moyens disponibles et assurer la durabilité du système de soins dans un cadre budgétaire qui s'annonce de plus en plus complexe
- Améliorer la qualité de vie des professionnels, particulièrement mise à mal lors de la crise de la COVID-19, puis phénomène rendu encore plus explicite lors des inondations de juillet 2021 et de la crise du pouvoir d'achat ou de la guerre en Ukraine
- Accroître l'équité en santé car les « efforts d'amélioration de la qualité sans mettre l'accent sur la réduction des disparités peuvent avoir des effets limités sur les disparités en matière de santé et, en fait, les aggraver involontairement. De plus, l'inclusion de l'équité en santé comme objectif explicite d'amélioration de la qualité peut stimuler de nouveaux efforts qui ne seraient autrement pas entrepris (c'est-à-dire des efforts dont l'objectif principal est d'améliorer l'équité en santé). Ainsi, avec l'incorporation de l'équité en santé, l'objectif quintuple a le potentiel de modifier de manière significative les efforts d'amélioration de la qualité. » (JAMA précité)

Cette vision fondée sur cinq objectifs fonde le Plan interfédéral des soins intégrés et doit donc être conservée à l'esprit, pour toute modification.

4. Quel modèle pour la santé mentale en Wallonie ?

L'offre actuelle est complexe, considérée comme peu lisible par des non spécialistes et hermétiques par ceux qui veulent y accéder car conditionnée à l'adhésion du patient et à la conformité du besoin à l'offre, tel qu'appréhendé par les professionnels de la santé mentale. En d'autres termes, il ne s'agit pas de demander pour obtenir, ni de respecter la temporalité souhaitée par le patient ou son entourage pour envisager l'admission dans le parcours de soins.

Cette situation est difficilement compréhensible par l'entourage ou le patient lui-même et requiert des efforts :

- De la part des professionnels de la santé mentale ;
- De l'autorité publique

Chacun devant prendre sa part de responsabilité, en particulier dans les situations les plus complexes à la croisée des chemins.

Le patient doit pouvoir entrer dans le dispositif en ayant une information claire sur la manière dont les professionnels vont répondre à sa situation, quelle que soit la porte d'entrée : un premier accueil doit exister à n'importe quel niveau pour accueillir la demande et assurer qu'une prise en charge effective sera organisée et dans quel délai, selon quelles modalités, et le cas échéant, quelles sont les conditions de réorientation, laquelle sera accompagnée et pas seulement simplement référée sans vérifier son effectivité. Le médecin traitant est, dans tous les cas, une porte d'entrée essentielle qu'il convient de soutenir.

Un modèle clair et lisible pour tous

La promotion de la santé mentale et l'accès aux soins en santé mentale

Le décret du 3 février 2022, son arrêté d'exécution, le plan WAPPS et sa programmation constituent les fondements de la prévention des troubles psychiques et de l'augmentation des connaissances en matière de santé mentale, dans la population, ainsi que des activités communautaires favorables à la déstigmatisation ou encore le repérage précoce des troubles psychiques.

Ce dispositif constitue le fondement de la littératie en santé mentale, de la promotion de cette dernière par des stratégies adaptées soutenues par les professionnels de ce secteur et, en particulier, des activités communautaires au plus proche des communautés les plus précaires.

Le self-care (ou l'autosoins)¹⁴ constitue la base de la pyramide des soins en santé mentale : ils sont à la limite entre la prévention et de la promotion de la santé.

L'organisation de la première ligne inclura le dépistage précoce des troubles psychiques grâce à l'alliance entre les professionnels de la première ligne, comme les médecins généralistes, et les professionnels de la santé mentale, qu'ils soient des prestataires médicaux spécialisés exerçant en cabinet ou dans des services (services de santé mentale, polycliniques, hôpitaux) en vue d'envisager un parcours de soins adapté avec le réseau et coconstruit avec le patient, une fois un premier diagnostic posé, avec l'objectif de maintenir la personne dans son milieu de vie dans toute la mesure du possible. **La formation continue des médecins généralistes en matière de santé mentale et l'appui à leur apporter constitueront un point d'attention. Outre des acteurs tels que la SSMG, par exemple, les SPAD joueront un rôle majeur dans cette approche, tout comme les SSM qui seront amenés à animer des formations à destination des médecins généralistes mais aussi d'autres catégories à la demande (ex. médecins du travail, médecins scolaires, ...).**

A cet égard, les Soins Psychiatriques pour personnes séjournant A Domicile (SPAD) ont pour mission essentielle d'assurer la coordination des soins pour les patients psychiatriques séjournant au domicile, en apportant soutien et collaboration aux services généralistes de soins à domicile.

Les missions des SPAD sont de 4 ordres :

- sensibiliser les services de soins à domicile et la première ligne en leur apportant des connaissances spécialisées sur la santé mentale et la maladie mentale,
- coordonner la réflexion entre les acteurs de terrain autour de la problématique et des besoins du patient,
- accompagner les professionnels de la première ligne face à des situations professionnelles complexes avec les patients,
- soutenir l'usager en situation d'isolement extrême, afin d'activer et de mettre en place un réseau nécessaire de professionnels.

Le public cible des SPAD est double, il s'agit :

- des professionnels de première ligne confrontés à des difficultés de prise en charge avec des patients psychiatriques ;
- des adultes présentant une maladie mentale, qui ne sont pas (ou plus) hospitalisés et qui nécessitent une aide adaptée à domicile.

La Wallonie compte 16 SPAD sur l'ensemble du territoire. Ils sont issus actuellement des Initiatives d'Habitation protégées.

L'évolution des nouvelles missions des SPAD devront s'articuler aux recommandations du dispositif Proxisanté dont il est nécessaire d'attendre la complète concrétisation afin de répondre au mieux aux

¹⁴ <https://www.cresam.be/pyramide/>

besoins de la population tout en organisant une offre de services et de soins centrée sur les personnes à travers une approche territoriale ». Les SPAD sont donc essentiels dans cette approche.

L'OMS recommande l'inclusion des soins en santé mentale dans les soins de santé primaire pour plus d'efficacité : les travaux en cours sur l'organisation de la première ligne, au travers de Proxisanté, seront de nature à préciser les contours de cette inclusion.

Le **partage de données de santé sous une forme digitalisée et sécurisée** entre les prestataires accessibles au patient est de nature à réduire les charges administratives des prestataires et émotionnelles du patient, à accroître la confiance entre tous et à faciliter le parcours de soins, dans le respect du choix du patient en ce qui concerne les prestataires en relation thérapeutique avec lui et à qui il donne accès ou non à ses données.

« En effet, les conséquences du retard au diagnostic sont lourdes, tant sur le plan sanitaire que sur le plan social. Intégrer la santé mentale dans les évaluations habituelles de l'état de santé (consultations chez le médecin généraliste, le pédiatre, le gynécologue, le médecin scolaire, du travail, ...) pourrait constituer une des voies pour mieux détecter précocement les troubles psychiques »¹⁵.

Ensuite, il serait positif de développer une approche biopsychosociale des besoins de la personne et soutenir le patient ainsi que son entourage, tout en favorisant sa participation à une vie citoyenne. D'autres mesures sont à prendre en considération en ce qu'elles ont une influence sur la santé mentale des Wallons et des Wallonnes, comme le soutien à l'emploi, à la scolarité, à la parentalité, ainsi que l'accès et le maintien au logement, dans une démarche de « Health in all Policies » (HIAP), à savoir la conduite d'une collaboration intersectorielle en matière de santé impliquant la participation de tous les domaines d'action politique et de tous les niveaux de pouvoir¹⁶. Il s'agit de faire de la santé mentale une des priorités des différentes politiques publiques wallonnes.

L'orientation des soins et services vers **le soutien à l'autonomie du patient** est fondamental, dans la dynamique mise en place et les pratiques. Elle résulte de **l'identification d'un référent pour le patient** qui ne peut seul assurer le maintien ou le retour dans la communauté. Il appartient au patient d'assurer lui-même le suivi de son parcours de soins ou de désigner ce référent parmi les professionnels qui gravitent autour de lui car c'est une question de confiance : ce professionnel peut relever des soins ou de l'aide et sera en relation avec les professionnels de soins, en présence du patient. Il n'est pas retenu de confier ce rôle de référent à un aidant proche pour éviter de lui confier une charge trop lourde par rapport à ce qu'il assume déjà, toute confusion entre personnel de soins – dont le patient peut se détacher en faveur d'un autre professionnel, en cas de désaccord – et entourage – dont le patient peut difficilement se détacher, en cas de désaccord, qui peut être inutilement destructeur de manière pérenne.

¹⁵ <https://www.placedelasante.fr/syntheses/un-systeme-de-sante-mentale-couteux-et-inefficient-a-ameliorer/>

¹⁶ Voir la brochure d'information « Enseignements essentiels tirés de la mise en œuvre d'approches de la santé dans toutes les politiques dans le monde entier » produite par l'OMS : <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331361/WHO-CED-PHE-SDH-18.1-fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

De plus, le patient doit être impliqué dans les protocoles de soins. En effet, entre 50 et 80 % des patients ne respectent pas leur prescription, selon une estimation de l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Mais dans le même temps, 81 % d'entre eux veulent participer à part égale avec le corps médical aux décisions les concernant. Cette « cogestion » a de nombreux impacts positifs. Il convient donc de favoriser une « auto-gestion » de la maladie, en y associant également l'entourage, les familles, les aidants.

La santé mentale en Wallonie c'est aussi répondre à **la complexité de certaines situations qualifiées de « double diagnostic » ou de « public à la croisée des secteurs »** : il s'agit de publics concernés par des troubles psychiques mais aussi par les assuétudes, le handicap, une situation sociale précaire, notamment chez les plus jeunes ou les détenus, qui font que les personnes souffrant de troubles psychiques en sus, sont régulièrement refusés ou exclus des structures de soins, ce qui ne se peut et devra être abordé **par le plan stratégique** des soins en santé mentale en vue d'organiser l'obligation de résultats pour les professionnels – à savoir trouver des réponses effectives pour ces situations complexes et construire un parcours de soins visant à l'autonomisation et à l'inclusion dans la communauté.

Il ne s'agit pas de sanctionner les professionnels en cas d'échec, lesquels peuvent être confrontés à des comportements de mise en échec de la part du patient, mais bien de motiver à se centrer sur ces situations qui trop souvent, ne font que s'aggraver faute de prise en charge partagée entre les professionnels, chacun assumant sa part **dans un cadre contractuel et susceptible de déroger aux règles habituelles d'agrément et de financement**.

Recherche et qualité des soins

Enfin, **la recherche et la qualité des soins** sont à favoriser afin de diffuser les données de preuves et des recommandations de bonnes pratiques, de mesurer l'expérience-patient et d'inciter à la qualité via des objectifs coconstruits avec les patients. La PAQS et le CRESAM, ainsi que le **système de données socio-sanitaires** et les analyses de la DRSVP de l'AVIQ sont des acteurs facilitant l'atteinte d'une meilleure connaissance des soins en santé mentale et d'une amélioration continue de la qualité.

5. Comment organiser les soins en santé mentale ?

Premier point : inscrire le plan stratégique des soins en santé mentale dans le CWASS

Deuxième point : inscrire les plates-formes de concertation « des soins en santé mentale » dans le CWASS – tous les opérateurs agréés choisissent d'adhérer à une plate-forme de concertation en santé mentale (c'est une condition d'agrément) afin de contribuer à l'identification de l'offre et à son adaptation aux besoins, aux partages de pratiques, à l'amélioration des soins en santé mentale.

Les Plates-formes de concertation en santé mentale contribuent à l'élaboration du plan stratégique des soins en santé mentale.

Elles sont composées à 45 % de pouvoirs organisateurs mettant en œuvre des activités d'hébergement et à 55 % de pouvoirs organisateurs mettant en œuvre des activités dans la communauté. Parmi les 45 %, les pouvoirs organisateurs qui mettent en œuvre des activités d'hébergement et des activités dans la communauté, ne peuvent être présents à la fois dans les deux catégories : ils opèrent un choix. L'objectif de la mesure est de favoriser la désinstitutionnalisation et le maintien dans la communauté.

Elles sont également chargées de se concerter avec les Centres locaux de promotion de la santé pour articuler promotion de la santé et soins en santé mentale et les instances locales du handicap (commissions subrégionales).

Troisième point : introduire tous les dispositifs dans la composition des plates-formes. Il s'agit de :

- L'aide à distance - anonyme (les centres de télé-accueil, pas de modification autre)
- Les services de santé mentale
- Les hôpitaux psychiatriques
- Les services psychiatriques des hôpitaux généraux
- Les maisons de soins psychiatriques, en se référant à la réglementation existante en attendant d'avoir un cadre mis à jour dans le CWASS et d'avoir le plan stratégique des soins en santé mentale
- Les initiatives d'habitation protégée, selon le même traitement que les MSP
- Les centres de revalidation dont le public cible concernent les soins en santé mentale ou les assuétudes
- Les réseaux formels (spécialisés en aide et soins en assuétudes, services intégrés de soins à domicile à cause de la concertation autour du patient psychiatrique) et informels (SMA et SMEA).
- Toute personne morale ou physique dont l'activité relève des soins en santé mentale et est reconnue par une autorité publique (par un agrément, par un financement couvrant les actes, par une subvention facultative) peut demander à participer aux travaux de la plate-forme de concertation des soins en santé mentale. Par ex., les psychologues de première ligne, les centres de planning familial qui organisent des consultations psychologiques, des représentants de CPMS ...

A relever que les services agréés en vue de l'hébergement collectif pour personnes en difficultés prolongées pour adultes (art. 694/15) ne sont pas considérés comme des établissements de soins en santé mentale et ne peuvent donc adhérer aux plates-formes de concertation des soins en santé mentale.

Quatrième point :

- Les **services de santé mentale** : sont des services spécialisés des soins en santé mentale prennent en charge les situations complexes demandant une intervention pluridisciplinaire. Tandis que les personnes présentant une vulnérabilité en termes de bien-être psychologique, ou celles souffrant de problèmes psychologiques d'adressent aux psychologues de première ligne , ou d'autres structures comme les centres de planning familial, par ex, qui axent leurs interventions sur des situations qui ne requièrent pas d'intervention d'un psychiatre ou concernent les situations familiales, conjugales.
Ils accueillent les demandes pour lesquelles les médecins généralistes ou autres catégories de médecins, tels les médecins du travail ou scolaires, demandent leur intervention en vue de les appuyer en termes de diagnostic, avec l'accord du patient.

Ils accueillent et orientent le patient et l'accompagnant dans le parcours de soin.

- Les **plates-formes de concertation en santé mentale** seront intégrées dans le CWASS décretaal sur la base de la note de réflexion émanant de celles-ci et des aménagements comme suit :
 - o Mener la concertation avec les centres locaux de promotion de la santé agréés visés à l'article 410/1, § 1er, afin de leur permettre d'identifier les besoins en matière de

promotion de la santé et de prévention des troubles de la santé mentale, en vue de contribuer au plan de promotion de la santé, en ce compris la prévention, visé à l'article 47/8;

- Contribuer à l'élaboration, à la mise œuvre et à l'évaluation du plan stratégique des soins en santé mentale pour la Wallonie, sur le territoire de langue française, sur la base de sa concertation territoriale locale, en regroupant tous les acteurs œuvrant sur le territoire de la plate-forme;
- Mener la concertation sur les besoins en matière de dispositifs de soins en santé mentale sur son territoire en vue d'améliorer l'articulation entre les besoins et l'offre et de contribuer à l'élaboration et à l'évaluation du plan stratégique des soins en santé mentale;
- Mener la concertation sur la collaboration possible, ~~sur la répartition des tâches~~ et la complémentarité en ce qui concerne l'offre des services, les activités et les publics cibles, afin de mieux répondre aux besoins de la population et d'améliorer le niveau qualitatif des soins en santé mentale intégrés; en effet, la répartition des tâches relève de l'opérationnel et donc des réseaux; ici, nous nous situons au niveau des missions. Le terme « intégrés » est maintenu mais est susceptible d'évoluer compte tenu de la réforme interfédérale en cours au sujet des soins intégrés et de la première ligne.
- Approfondir la concertation avec d'autres associations ou réseaux d'institutions formels comme les réseaux d'aide et de soins en assuétudes ou fondés sur l'article 107 de la loi sur les hôpitaux en vue d'améliorer l'offre et de la rendre lisible pour les publics cibles, dans le cadre de leur territoire; en effet, la concertation régionale et la lisibilité de l'offre à ce niveau relèvent de la responsabilité de l'autorité publique régionale (cfr la concertation CIM Santé; W.all.in.Health, les sites internet).
- Collaborer à la collecte de données de données socio-sanitaires et à leur dématérialisation ainsi qu'à leur exploitation dans le cadre d'une étude régionale des besoins en matière de soins en santé mentale, sans préjudice des compétences des centres de référence en santé mentale et de l'Agence;
- Faciliter la collaboration et la concertation entre les réseaux d'aide et de soins spécialisés en assuétudes et les institutions de soins pertinentes pour les personnes présentant un trouble lié aux substances ou lié aux assuétudes ; Y compris les services (semi)-résidentiels ou unités de soins des hôpitaux et les CRF concernés.
- Disposer d'une fonction de médiation. L'identification de la médiation est déléguée au gouvernement.
- Soutenir la compréhension et la diffusion de toute information en provenance des autorités publiques auprès des membres de la plate-forme de concertation des soins en santé mentale.

Cinquième point :

- Les **réseaux** de santé mentale ne disposent d'aucune base légale ou décréteale or ils sont incontournables pour mener à bien la réforme des soins en santé mentale. Ils relèvent de la compétence de l'autorité fédérale qui les finance sur la base de l'article 107 de la loi sur les hôpitaux, en transformant une partie de la capacité hospitalière pour alimenter leur organisation, ainsi que grâce à des moyens budgétaires spécifiques complémentaires. Ils sont organisés en fonction des territoires des provinces. Ils rassemblent tous les opérateurs intervenant en faveur des patients, en préservant leur autonomie à l'égard des hôpitaux.

Il convient que les réseaux SMA et SMEA s'intègrent dans l'organisation des soins en santé mentale en Wallonie, en préservant leur autonomie et leur indépendance à l'égard de l'offre, en termes de gouvernance, mais en trouvant un fondement et un support dans les plates-formes de concertation en santé mentale (cfr mi-temps PFCSM affecté à la mission des réseaux enfants-ado). Ils constituent l'outil qui opérationnalise la concertation institutionnelle au sein d'un territoire par la dynamique de réseau.

Inclure les dispositifs de soins en santé mentale supplémentaires organisés par les réseaux de soins en santé mentale (tels que les case manager, les équipes mobiles, les psychologues et orthopédagogues de première ligne, ...). Les réseaux facilitent ainsi l'accessibilité aux soins et la continuité des soins, tout en veillant à la participation des patients, à la lisibilité de l'offre et à sa visibilité. Il y a donc bien **une distinction entre l'organisation des soins en santé mentale soutenue par la stratégie régionale et sa mise en œuvre par les réseaux.**

Un réseau pouvant couvrir une province et certaines étant couvertes par plus d'une plate-forme, ces dernières se coordonnent pour donner une assise institutionnelle à leur réseau commun.

- Y sont associés les **réseaux d'aide et de soins spécialisés en assuétudes** en ce qu'ils participent à la santé mentale positive, à la prise en charge de la détresse psychologique réactionnelle et aux troubles psychiatriques. Cette association contribue à clarifier les activités de chacun, les interactions au bénéfice du patient et de son entourage, avec pour objectif de favoriser la dimension inclusive de tous dans le dispositif de santé, en particulier dans les soins en santé mentale. La réglementation relative aux réseaux et services d'aide et de soins en assuétudes n'est pas modifiée, en dehors de cette intégration dans les plates-formes de concertation des soins en santé mentale.
- **Centres de référence** : il existe un centre de référence transversal et des centres de référence spécifiques, ea à propos du suicide et des AICS.
Ils appuient l'autorité régionale et les plates-formes dans l'élaboration du plan stratégique des soins en santé mentale, en matière de recherche et d'amélioration de la qualité.

Sixième point :

- Le **dossier patient informatisé** :
 - Premièrement, dans un cadre préventif, la mise en place d'un écosystème de santé numérique proposera un monitoring sanitaire global au niveau régional. Cela permettra aux professionnels de la santé d'agir rapidement en cas de situation d'urgence, de réorienter leurs patients selon leurs besoins et par ailleurs, de disposer de données de qualité afin de définir les objectifs de santé à poursuivre dans le cadre notamment de la politique de promotion de la santé et de prévention;
 - Deuxièmement, cet écosystème, permettra d'éviter la répétition d'exams inutiles et onéreux afin d'optimiser l'organisation de l'aide et des soins dans un contexte de pénurie de professionnels de l'aide et de soins;
 - Troisièmement, numériser la santé en Wallonie garantira aux prestataires de l'aide et des soins de pouvoir consacrer plus de temps à leurs patients en réduisant leur charge administrative, favorisant ainsi une augmentation qualitative des prises en charge;

- Il conviendra dès lors de former les professionnels de la santé au bon usage des outils;
 - L'ensemble permettra de renforcer l'accessibilité, la responsabilisation, l'autonomisation du patient quant à la gestion de ses données de santé afin d'en faire un réel acteur de son parcours de vie et de soins
 - De plus, le projet vise également à permettre une rationalisation des masses croissantes de données produites par les systèmes de santé, et ce de manière sécurisée dans le respect de la vie privée. Cette valorisation du numérique ne pourra tenir ses promesses que si elle est développée dans une logique d'innovation ouverte et participative.
- Dans chaque établissement de soins en santé mentale (SSM, MSP, IHP, REVA et tout autre service désigné par le Gouvernement wallon – comme, par ex., pour les concertations autour du patient psychiatrique par les professionnels financés par le SISD), le patient bénéficie d'un dossier patient informatisé qu'il peut consulter, seul ou accompagné d'une personne de confiance. Pour les hôpitaux, la définition du DPI relève de la compétence fédérale¹⁷. Il convient cependant que l'H transfère une fiche de liaison aux professionnels qui lui succèdent dans les soins en santé mentale ou collaborent, ainsi que ces derniers doivent adresser une fiche de liaison dont le contenu est défini par le GW à l'H, en cas d'hospitalisation.
 - Le DPI comporte les éléments suivants : à définir par le GW - avec les objectifs suivants
 - La qualité des soins
 - Le partage d'informations quant au diagnostic (en tenant compte des spécificités pour les jeunes patients), au traitement, y compris médicamenteux, et tout élément de nature à favoriser la continuité des soins
 - Il est conservé dans le coffre-fort du Réseau Santé wallon ou, dans les mêmes conditions de sécurité, dans le coffre-fort de l'établissement de santé mentale
 - Dans tous les cas, les données anonymisées sont accessibles à l'AVIQ
 - La définition d'un cureset dédié au dossier individuel de soins en santé mentale sera l'occasion de disposer d'indicateurs sur la consommation des soins : l'obligation de compléter ce dossier de soins sera une condition minimale pour bénéficier de l'agrément, de son maintien et du financement régional.
 - Le financement de sa mise en œuvre s'effectuera via le PRW (honoraires par prestataire – facturation via OAW), sachant que l'autorité régionale fixera le cadre régulateur pour les producteurs de logiciels.
 - Les données seront conservées dans le coffre-fort du Réseau Santé wallon et comporteront une extraction des données à partager entre les prestataires de soins en relation thérapeutique avec le patient, dans un but de continuité des soins, sous la forme d'un SUMEHR des soins en santé mentale.
 - En outre, tout prestataire en relation thérapeutique avec un patient bénéficie de l'historique des soins administrés au patient, sur consentement de celui-ci. S'il s'y oppose, il lui appartient de fournir au prestataire en relation thérapeutique avec lui, tous les éléments susceptibles d'utilité pour sa prise en charge.

¹⁷ Voir

https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/informatiesessie_bmu_c_20170428_introduction_fr.pdf

Septième point : attention particulière aux périodes transitoires pour permettre l'adaptation des opérateurs, en particulier des plates-formes et des SSM ou encore pour le DPI.

Commentaire des articles.

Chapitre 1er. Disposition introductive.

Article 1er.

Il s'agit d'une disposition introductive, indispensable à tout décret, qui détermine la compétence matérielle et territoriale de la Région.

Il précise que le décret concerne une compétence communautaire, dont l'exercice a été transféré à la Région wallonne et à la Commission communautaire française par le décret du 11 avril 2014. Il en résulte que le champ d'application territorial du décret se limite à la seule région de langue française.

Chapitre II. Modifications du Code wallon de l'action sociale et de la santé.

Section 1. Modifications relatives au plan stratégique pour la santé mentale

Article 2.

Cet article ajoute un Livre préliminaire bis à la deuxième partie du Code wallon de l'action sociale et de la santé à la suite du Livre préliminaire consacré à la promotion de la santé en ce compris la prévention. En effet, ce Livre doit se situer au même niveau car le plan stratégique pour la santé mentale impacte également l'ensemble de la population de la région de langue française. Les actions des opérateurs agréés ou reconnus quels qu'ils soient doivent tenir compte des aspects qui impactent la santé mentale de la population et plus particulièrement, des publics-cibles qu'ils touchent.

Article 3.

Cet article insère un Titre 1^{er} dédié aux définitions.

Article 4.

Cet article définit une série de mots qui sont utilisés dans la suite du texte.

Article 5.

Cet article insère un Titre II intitulé « Plan stratégique pour la santé mentale ».

Article 6.

Cet article insère un Chapitre 1er consacré à l'élaboration et au contenu du plan.

Article 7.

Cet article présente la stratégie globale en précisant l'existence d'un plan. Il est incontestable qu'il existe de grandes inégalités en matière de santé. Il serait inconcevable de vouloir élaborer un plan pour la santé mentale sans prendre en considération les facteurs sociaux qui influencent l'état de santé de la population, tant l'impact de ces facteurs sociaux est déterminant pour la santé de chaque personne. Une mesure sera inefficace si elle ne prend pas en compte ces inégalités sociales de santé, si elle ne se préoccupe pas aussi des plus vulnérables parmi les citoyens. Il est donc essentiel de préciser que les mesures contenues dans le plan doivent être décidées aussi dans leur contribution à la réduction des inégalités sociales de santé.

En outre, le gouvernement a la volonté de développer une organisation territoriale de la santé, avec le souci d'une cohérence optimale entre la première ligne et les soins spécialisés, dont les réseaux hospitaliers et les soins de santé mentale. Cette cohérence sera traduite dans le plan stratégique. Celui-ci, en lien avec les recommandations de l'OMS, permettra notamment l'intégration des soins en santé mentale avec les soins de santé primaire

Article 8.

Le plan est établi au moins pour cinq ans. Une évaluation du plan a lieu au moins tous les 5 ans par le Comité de pilotage stratégique. Une délégation est donnée au Gouvernement afin d'adopter les modalités de mise à jour du plan. En outre, afin d'optimiser la cohérence entre la première ligne et les soins spécialisés, visés à l'article 47/20 », le plan est adapté chaque fois que nécessaire.

La volonté est que le plan soit établi en concertation avec les représentants des soins en santé mentale, considérant que le secteur des soins résidentiels sera minoritaire par rapport au secteur des soins ambulatoires. Il doit se concevoir comme un outil d'inclusion dans la communauté, avec une volonté de désinstitutionalisation.

Article 9.

Au-delà du diagnostic de situation, le plan sert de référentiel : la liste du contenu est arrêtée en termes d'objectifs mais pas en termes d'actions. Elle peut être modifiée par le Gouvernement dans différentes circonstances dont, par exemple, le renouvellement du plan, l'évaluation du plan ou l'apparition de thématiques émergentes.

La santé mentale n'est pas une compétence exclusive de la Région wallonne sur le territoire de la région de langue française, l'État fédéral conserve encore certaines compétences. Afin de tenir compte de cette réalité institutionnelle, il est précisé que le plan est élaboré dans le strict cadre des compétences wallonnes, en tenant compte des compétences spécifiques des autres entités.

L'analyse de la situation de santé mentale contenue dans le plan tient compte de l'ensemble des facteurs d'inégalité sociale de santé tels que le genre, l'âge, la situation socio-économique des personnes concernées, etc. L'énumération est purement exemplative, la volonté étant de ne pas se limiter à certains facteurs d'inégalité sociale de santé, mais de permettre au contraire l'élaboration d'un plan qui vise à rencontrer au maximum l'ensemble de ces facteurs.

Les missions des opérateurs en santé mentale s'exercent en tenant compte du continuum de vie (parcours de vie) des trois groupes cibles suivants :

- 1° enfants et adolescents ;
- 2° adultes ;
- 3° personnes âgées.

Ces trois groupes cibles peuvent être définis par catégories d'âge pour plus de clarté. Mais toute la population doit être prise en compte.

Le dernier alinéa permet au Gouvernement, lorsqu'il adopte un plan, de lui donner une dénomination spécifique. L'objectif est de permettre une meilleure identification de ce plan dans la succession des plans. Cette faculté offerte au Gouvernement lui permet également la mise en évidence des priorités, thèmes, objectifs spécifiques et/ou autres éléments de chaque plan.

Article 10.

Cet article insère un Chapitre II consacré à l'évaluation du plan.

Article 11.

Cet article instaure une évaluation quinquennale du plan pour la santé mentale afin que celui-ci puisse évoluer en fonction de l'état de santé de la population et des nouveautés dans le domaine de la santé mentale.

Article 12.

Cet article insère un Chapitre III consacré au Comité de pilotage.

Article 13.

L'instauration de ce comité de pilotage du Plan est une mesure qui doit permettre de piloter et de rendre des évaluations du plan pour la santé mentale en réunissant l'administration concernée et les acteurs du secteur.

La composition du comité de pilotage tient compte de cinq groupes distincts ayant un intérêt à participer aux discussions relatives au plan. Chaque groupe représente un intérêt distinct, la volonté étant d'avoir un comité de pilotage regroupant des représentants de tous les secteurs concernés : le Ministre en tant que responsable politique du plan, l'Agence en tant que responsable administratif chargé d'appliquer le plan, des représentants du secteur actifs dans le domaine de la santé mentale en tant que responsables privés ou publics chargés de mettre en œuvre le plan, les organismes assureurs afin de faire le lien avec l'ensemble de la politique de santé, le grand public en tant que destinataire des actions retenues dans le plan.

La composition précise du groupe de pilotage reste déléguée au Gouvernement. Cependant, les représentants du secteur actifs dans le domaine de la santé mentale concernent les plates-formes de concertation en santé mentale, les écoles de santé publique francophones, du monde académique et des professionnels de soins de première ligne, ainsi que des Centres de référence en santé mentale, sans que cette liste ne soit exhaustive.

Une délégation au Gouvernement est prévue pour lui permettre de préciser et compléter les missions du comité de pilotage, et mettre en œuvre les groupes de travail.

Dans son avis du 19 décembre 2022, le Conseil économique, social et environnemental de Wallonie (CESE Wallonie) estime que le fait de prévoir une supervision par le comité de pilotage de la mise en œuvre du plan au moins une fois par an est insuffisante pour assurer un suivi réel. Il est en effet souhaitable que le comité de pilotage se saisisse pleinement de cette mission, et organise de nombreuses réunions sur ce thème. Il faut toutefois tenir compte du fait que ce suivi ne peut être pleinement assuré qu'en ayant connaissance des résultats des actions menées par les divers opérateurs de santé mentale. Le délai d'un an prévu permet de prendre en considération la temporalité des informations transmises par ces institutions.

Section 2. Création d'un titre spécifique consacré aux soins en santé mentale

Article 14.

Les compétences de la Région wallonne en matière de santé mentale se sont étoffées au fil des diverses réformes de l'Etat. La Région wallonne a ainsi repris des législations et réglementations élaborées par l'Etat fédéral et par la Communauté française, sans que ces textes n'aient tous fait l'objet d'une intégration dans le Code wallon de l'action sociale et de la santé et dans le Code réglementaire wallon de l'action sociale et de la santé.

Il en résulte une dispersion des sources légales et réglementaires applicables, certains secteurs de la santé mentale étant régis par des dispositions wallonnes spécifiques, d'autres se voyant encore appliquer des textes élaborés par d'autres niveaux de pouvoir. Cette dispersion entraîne un manque de lisibilité de l'étendue des compétences wallonnes en matière de santé mentale, de l'offre de soins wallonne en santé mentale, et de la politique wallonne de santé mentale.

L'objectif du présent décret est, notamment, de rationaliser la législation en matière de santé mentale. La base décrétole de la santé mentale doit donc être réunie dans un titre spécifique du Code wallon de l'action sociale et de la santé.

Les secteurs de la santé mentale déjà intégrés dans le Code wallon de l'action sociale et de la santé sont tous repris sous le titre II du livre VI de la deuxième partie de ce Code. Cependant, l'intitulé de ce titre ne fait aucune référence à la santé mentale.

L'article 14 corrige cet état de fait pour regrouper sous ce titre II exclusivement des dispositifs liés à la santé mentale.

Article 15.

Le chapitre IV du titre II du livre VI de la deuxième partie du Code wallon de l'action sociale et de la santé, dernier chapitre de ce titre, est le seul à n'avoir aucun lien avec la santé mentale, puisqu'il concerne le transport médico-sanitaire.

Vu le changement d'intitulé du titre II, porté par l'article 14, et la volonté de ne reprendre sous ce titre que des dispositifs de santé mentale, il importe d'extraire de ce titre le chapitre IV.

Tel est l'objet de l'article 15, qui transforme ce chapitre IV en un titre III du livre VI de la deuxième partie du Code wallon de l'action sociale et de la santé. Cette solution évite une renumérotation des articles consacrés au transport médico-sanitaire.

Section 3. Modifications relatives aux centres de références en santé mentale.

Article 16.

Les centres de référence en santé mentale sont actuellement régis par les articles 618 à 622 du Code wallon de l'action sociale et de la santé. Ces articles constituent la retranscription dans le Code du décret du 3 avril 2009 relatif à l'agrément des services de santé mentale et à la reconnaissance des centres de référence en santé mentale en vue de l'octroi de subventions.

Actuellement, les centres de références en santé mentale apparaissent comme des institutions d'appui des services de santé mentale. L'objectif de la réforme est de revoir leurs missions pour les transformer en institutions d'appui pour l'ensemble du secteur de la santé mentale, à la suite des transferts de compétences.

Les articles relatifs aux centres de référence en santé mentale sont donc complètement revus, et transférés dans un chapitre spécifique du Code wallon de l'action sociale et de la santé, de manière à les dissocier clairement des services de santé mentale et à leur assurer pleinement cette compétence transversale.

L'objet de l'article 16 est donc de créer dans le Titre II un chapitre préliminaire spécifiquement dédié aux centres de référence en santé mentale.

Cette réforme ne préjudicie en rien les services de santé mentale, puisque les centres de référence en santé mentale continueront à leur apporter un appui important. L'extension de cet appui aux autres

acteurs de la santé mentale sera un atout important pour la circulation de l'information dans l'ensemble du secteur, pour l'échange des expériences et pratiques des professionnels, dans une optique permanente d'amélioration de la qualité des soins.

L'extension du champ des missions des centres de références en santé mentale aura donc un impact positif pour la prise en charge des personnes en souffrance psychiatrique ou psychologique, puisque les acteurs de la santé mentale qui les prennent en charge auront désormais la possibilité de bénéficier de l'expertise de centres agréés.

Article 17.

Cette disposition n'appelle pas de commentaire particulier.

Article 18.

Cet article introduit un nouvel article 491/32 dans le Code wallon de l'action sociale et de la santé. Il donne une nouvelle définition du centre de référence en santé mentale.

Cette définition insiste sur le nouveau rôle dévolu au centre de référence en santé mentale, être un organisme d'appui destiné :

- aux professionnels de la santé mentale ;
- aux représentants des bénéficiaires et leurs proches.

Cette définition traduit l'extension du domaine d'intervention des centres de référence en santé mentale.

La définition souligne également que le centre de référence en santé mentale doit bénéficier d'un agrément. Cet agrément implique un certain nombre de règles à respecter par le centre de référence en santé mentale, détaillées dans les articles suivants. L'agrément est un élément essentiel, car il permet d'assurer une certaine qualité dans le chef du centre de référence en santé mentale, grâce aux conditions à remplir pour obtenir cet agrément.

Dans l'ancienne législation, les centres de référence en santé mentale bénéficiaient d'une reconnaissance. Cette notion est désormais remplacée par celle d'agrément, par analogie avec l'agrément des autres acteurs de la santé mentale. Il ne s'agit pas exclusivement qu'une harmonisation de vocabulaire, mais également d'une harmonisation des procédures. L'agrément est également de nature à assurer un meilleur contrôle administratif des centres de référence en santé mentale.

Article 19.

Cette disposition, qui fournit quelques définitions applicables au chapitre préliminaire, n'appelle pas de commentaire particulier.

Article 20.

Cette disposition n'appelle pas de commentaire particulier.

Article 21.

Cette disposition apporte des précisions quant à la mission des centres de références en santé mentale, par rapport à la définition portée à l'article 18.

La première précision concerne les destinataires de l'appui. Cet appui est apporté à l'ensemble du secteur des soins de santé mentale agréé par la Région wallonne, et tous les professionnels de santé mentale qui sont visés par le Code. Les services de santé mentale continuent donc à bénéficier de

l'appui des centres de référence en santé mentale, mais le champ d'action de ces derniers est considérablement élargi. Les centres de référence en santé mentale apportent désormais également leur appui entre autres aux hôpitaux psychiatriques, aux centres de télé-accueil, aux services d'aide et de soins spécialisés en assuétudes, aux initiatives d'habitations protégées, aux maisons de soins psychiatriques, ..., sans que cette liste soit limitative.

Une autre précision concerne la nature de l'appui. L'objectif de l'appui apporté par les centres de référence en santé mentale est d'assister les professionnels dans leur intervention envers les personnes en difficulté psychologique ou souffrant de troubles psychiatriques. Grâce à cet appui, le professionnel devrait pouvoir conduire plus aisément ces personnes vers un rétablissement de leur autonomie, vers une meilleure inclusion dans leur communauté de vie.

Dernière précision importante apportée par ce texte, le nombre de centre de référence en santé mentale n'est pas limité. Le Gouvernement wallon, ou son délégué, doit veiller à agréer au minimum un centre de référence en santé mentale, mais il n'y a pas de limite maximale au nombre de centres de référence en santé mentale qui peuvent être agréés. Il peut donc en agréer un seul, ou plusieurs.

Article 22.

Cet article traduit en actions la mission des centres de référence en santé mentale. Ces actions peuvent se ranger en deux grandes catégories :

- d'une part les actions d'observations, de collectes, et d'analyses, qui constituent la phase préparatoire indispensable à l'appui ;
- d'autre part, les actions d'appui à destination du secteur de la santé mentale, qui constitue l'appui proprement dit.

Ces actions concrètes permettent aussi de comprendre à quel point la mission des centres de référence en santé mentale, dans son extension proposée par le présent décret, est importante pour les professionnels de la santé mentale. En effet, ces derniers, confrontés sur le terrain à des demandes toujours plus nombreuses d'assistance et de soins en santé mentale, n'ont pas nécessairement le temps de faire toutes les actions d'observations, de collectes et d'analyses confiées aux centres de référence en santé mentale. Il est donc essentiel pour eux, afin d'améliorer la qualité de leurs prestations, de pouvoir compter sur un organisme spécifiquement chargé de ces actions, qui puisse leur apporter ainsi toutes les informations dont ils ont besoin.

Les centres de référence en santé mentale sont donc appelés à jouer un rôle primordial dans le maintien et l'amélioration de la qualité des soins en santé mentale en Région wallonne. Pour assumer pleinement ce rôle, ils doivent bien évidemment veiller à rester parfaitement à niveau par rapport à l'évolution des connaissances scientifiques en santé mentale.

Les actions des centres de référence en santé mentale n'ont d'utilité que si elles constituent réellement une aide pour les professionnels de la santé mentale. C'est pourquoi il est prévu une concertation entre les centres de référence en santé mentale et les acteurs de terrain. Il s'agit de mettre en adéquation l'appui et les besoins du secteur.

Une délégation au Gouvernement est accordée, afin de lui permettre d'apporter toutes les précisions nécessaires pour optimiser les actions des centres de référence en santé mentale, et organiser la concertation avec les acteurs de terrain.

Article 23.

Cette disposition n'appelle pas de commentaire particulier.

Article 24.

Cet article énumère les diverses conditions que doit remplir un centre de référence en santé mentale pour être agréé. Plusieurs de ces conditions sont impossibles à réaliser avant la demande d'agrément. C'est pourquoi il est prévu que le centre de référence en santé mentale doit s'engager à remplir ces conditions au moment où il demande l'agrément.

La première condition précise la forme juridique que doit adopter le centre de référence en santé mentale, à savoir des personnes morales de droit public et des personnes morales de droit privé, sans but lucratif. L'objectif d'un centre de référence en santé mentale, dès lors qu'il est subventionné, ne doit jamais être de distribuer des dividendes à ses membres. Il est également prévu la possibilité de reconnaître des associations mixtes, pour autant que les membres du secteur public y soient majoritaires.

Les deuxième et troisième conditions n'appellent pas de commentaire particulier. Il semble essentiel qu'un centre de référence en santé mentale s'engage à exercer la mission et réaliser les actions pour lesquelles il est reconnu.

La quatrième condition consiste en la présentation d'un plan d'action. Ce plan d'action permet d'apprécier la manière dont le centre de référence en santé mentale compte accomplir sa mission. Ce plan d'action doit s'inscrire dans les objectifs, actions et stratégies du plan stratégique pour la santé mentale, détaillé dans la section 1 ci-dessus ; cette exigence est indispensable pour assurer l'effectivité du plan stratégique. Il est prévu que ce plan d'action est évolutif, avec pour objectif d'améliorer l'efficacité du centre de référence en santé mentale. Une délégation au Gouvernement est prévue pour préciser le contenu de ce plan et pour élaborer un modèle de plan d'action.

La cinquième condition découle directement de la quatrième, puisqu'il s'agit de s'engager à mettre en œuvre le plan d'action élaboré.

La sixième condition impose au centre de référence en santé mentale un encadrement académique. Il s'agit ici de s'assurer que le centre de référence en santé mentale dispose de l'encadrement scientifique adéquat pour remplir pleinement sa mission. Une délégation est donnée au Gouvernement pour déterminer les modalités de cet encadrement académique.

La septième condition consiste à élaborer un budget prévisionnel sur cinq ans, détaillé par action. Cette exigence vise à s'assurer que le centre de référence en santé mentale a bien mesuré l'impact financier de son plan d'action, et qu'il ne s'est pas engagé à réaliser des actions pour lesquelles il ne dispose pas des moyens financiers nécessaires.

Enfin, la huitième condition consiste à respecter les règles déontologiques établies par le Gouvernement. Il s'agit ici d'étendre au centre de référence en santé mentale l'application de règles déontologiques qui s'appliquent déjà dans d'autres secteurs, notamment la promotion de la santé.

Une délégation au Gouvernement est prévue pour lui permettre de préciser les conditions d'agrément, et d'ajouter, s'il l'estime nécessaire, une ou plusieurs conditions supplémentaires.

Article 25.

La procédure d'agrément des centres de référence en santé mentale est initiée par un appel à candidature publié au Moniteur belge. Cette publication est destinée à assurer la publicité de la procédure.

Une délégation au Gouvernement est prévue pour déterminer l'ensemble de la procédure d'agrément, outre cette publication au Moniteur belge. L'objectif de cette délégation est de permettre une meilleure adaptabilité de la procédure en fonction des difficultés rencontrées lors des divers processus d'agrément.

Il est toutefois prévu que la demande d'agrément doit comprendre un formulaire reprenant le numéro d'entreprise du centre de référence en santé mentale, et l'ensemble des engagements prévus dans les conditions d'agrément (voir supra article 24). L'utilisation de ce formulaire permet de s'assurer que les engagements de tous les candidats à l'agrément soient identiques.

L'agrément d'un centre de référence en santé mentale a une durée de validité de cinq ans. Cet agrément peut bien évidemment être renouvelé, à chaque fois pour une période de cinq ans. L'objectif de cet agrément à durée limitée est, d'une part, d'ouvrir davantage la possibilité pour de nouveaux centres de référence en santé mentale, d'autre part, d'encourager les centres de références en santé mentale reconnus à maintenir et améliorer leur degré de compétence.

Il est précisé enfin que la décision d'agrément emporte acceptation du plan d'action élaboré par le centre de référence en santé mentale. Il s'agit là d'une mesure de simplification administrative, qui permet d'éviter la multiplication des décisions.

Article 26.

Il est fait obligation au centre de référence en santé mentale d'indiquer dans toutes ses communications qu'il est agréé et subventionné par la Région wallonne.

Cette obligation vise à éviter que des organismes ne s'intitulent « centre de référence en santé mentale » sans qu'aucun contrôle n'ait pu être effectué quant à leur compétence et leur capacité à remplir correctement la mission dévolue par le présent décret aux centres de référence en santé mentale.

Article 27.

Cette disposition n'appelle pas de commentaire particulier.

Article 28.

Chaque centre de référence en santé mentale est doté d'un comité d'accompagnement. L'objectif de ce comité d'accompagnement est d'évaluer les résultats du centre de référence en santé mentale, au niveau de la mission et au niveau des actions entreprises. Le comité d'accompagnement, étant donné sa composition, a aussi un rôle de facilitateur entre le centre de référence en santé mentale et le secteur de la santé mentale.

Le Gouvernement se voit confier la mission de définir la composition du comité d'accompagnement. Le texte du décret se limite à indiquer les catégories de personnes qui doivent être représentées dans ce comité.

Article 29.

Etant donné le lien entre le comité d'accompagnement et le centre de référence en santé mentale, la procédure de désignation des membres de ce comité se déroule en parallèle avec la procédure d'agrément. C'est pourquoi l'appel à candidature est publié au Moniteur belge en même temps que l'appel à agrément.

Comme pour la procédure d'agrément, délégation est donnée au Gouvernement pour déterminer la procédure de désignation des membres du comité d'accompagnement. Le décret se borne à indiquer le contenu minimal de la candidature.

L'agrément d'un centre de référence en santé mentale ayant une validité de cinq ans, le comité d'accompagnement est également composé pour cinq ans. Le mandat de membre du comité d'accompagnement est renouvelable.

Article 30.

Cette disposition n'appelle pas de commentaire particulier.

Article 31.

Les centres de référence en santé mentale sont généralistes, en ce sens qu'ils englobent dans leur mission tous les aspects de la santé mentale.

Toutefois, le champ d'action de la santé mentale est particulièrement vaste, et il pourrait être utile de pouvoir disposer également de centres de référence spécialisés dans telle ou telle thématique de la santé mentale, comme la prévention des suicides, les assuétudes, le harcèlement, ...

Afin de rencontrer cet objectif, il est permis au Gouvernement, ou à son délégué, d'agréer un ou plusieurs centres de référence spécifiques.

Le décret ne détermine pas les thématiques pour lesquelles ces centres de référence spécifiques seraient agréés, cette tâche est laissée au Gouvernement ou à son délégué. L'objectif est de pouvoir agir le plus rapidement possible lorsqu'une thématique particulière nécessite un centre de référence spécifique.

Article 32.

Cette disposition cadre la mission du centre de référence spécifique par rapport à la mission du centre de référence en santé mentale.

La mission est identique, mais limitée, pour le centre de référence spécifique, à la thématique pour laquelle il est agréé.

Article 33.

Cet article rend applicable aux centres de référence spécifiques l'ensemble des dispositions applicables aux centres de référence en santé mentale, en ce compris celles relatives à l'agrément, au subventionnement, à l'évaluation, au contrôle et au retrait de l'agrément.

Il est toutefois prévu que certaines modalités particulières, regroupées dans la section consacrée à ces centres de référence spécifiques, s'appliquent par dérogation aux dispositions relatives aux centres de référence en santé mentale. Dans le cadre des délégations qui lui sont faites, le Gouvernement a également la possibilité de prévoir des modalités particulières pour les centres de référence spécifiques.

Article 34.

Cet article concerne le comité d'accompagnement des centres de référence spécifiques. Il importe que ce comité d'accompagnement soit composé par le Gouvernement en tenant compte de la thématique pour laquelle le centre de référence spécifique correspondant est reconnu. Une expérience spécifique dans cette thématique doit dès lors être exigée des candidats à ce comité d'accompagnement.

Article 35.

Il est fait obligation au centre de référence spécifique d'indiquer dans toutes ses communications qu'il est agréé et subventionné par la Région wallonne.

Cette obligation vise à éviter que des organismes ne s'intitulent « centre de référence spécifique » sans qu'aucun contrôle n'ait pu être effectué quant à leur compétence et leur capacité à remplir correctement la mission dévolue par le présent décret aux centres de référence spécifiques.

Article 36.

Cette disposition n'appelle pas de commentaire particulier.

Article 37.

Les centres de référence en santé mentale agréés bénéficient d'un subventionnement. Ce subventionnement est destiné à leur permettre de faire face à leurs frais de personnel et leurs frais de fonctionnement.

Les modalités de calcul de ce subventionnement sont déléguées au Gouvernement. Cette délégation est de nature à permettre une affectation la meilleure possible des crédits budgétaires alloués par le Parlement pour la santé mentale.

L'octroi d'un subventionnement est limité aux crédits budgétaires disponibles, ce qui permet au Parlement de conserver la pleine maîtrise du budget qu'il décide d'allouer à la santé mentale.

Article 38.

L'octroi d'un subventionnement implique l'obligation pour le centre de référence en santé mentale de tenir une comptabilité adéquate de nature à permettre une vérification de l'utilisation de ce subventionnement.

Etant donné que les modalités de subventionnement sont déléguées au Gouvernement (voir article 37 ci-dessus), la détermination des exigences comptables imposées aux centres de référence en santé mentale est également déléguée au Gouvernement. Ces exigences doivent en effet être en adéquation avec les modalités du subventionnement.

Le Gouvernement, dans la détermination des exigences comptables, doit toutefois tenir compte du fait que les centres de référence en santé mentale sont également soumis à d'autres obligations comptables, imposées par le Code des sociétés et des associations, et par ses arrêtés d'exécution.

Article 39.

Cette disposition n'appelle pas de commentaire particulier.

Article 40.

Cet article concerne l'évaluation des activités du centre de référence en santé mentale. Les modalités de cette évaluation sont confiées au Gouvernement.

Il est toutefois précisé que cette évaluation doit s'effectuer de manière participative, en partenariat entre le centre de référence en santé mentale et l'Agence.

Cette évaluation est périodique ; il appartiendra au Gouvernement de préciser cette périodicité en fonction des besoins ou des nécessités.

Article 41.

Cet article évoque le contrôle des centres de référence en santé mentale. Ce contrôle porte aussi bien sur les aspects administratifs que sur les aspects financiers.

Ce contrôle est effectué par les membres du personnel de l'Agence désignés à cette fin. Ces membres du personnel se voient reconnaître certains pouvoirs d'investigations nécessaires à l'exercice de leur mission. Une délégation est donnée au Gouvernement pour préciser les limites et modalités d'exercice de ces pouvoirs d'investigations.

Une délégation est également donnée au Gouvernement pour déterminer les modalités de contrôle, en insistant sur la nécessité de respecter le principe du contradictoire.

Article 42.

Le retrait de l'agrément des centres de référence en santé mentale est confié au Gouvernement. Par souci de simplification administrative, le Gouvernement peut déléguer cette tâche, sachant qu'un recours devant le Gouvernement, par l'intermédiaire de la commission d'avis sur les recours, est déjà prévu dans le Code wallon de l'action sociale et de la santé.

Les causes de ce retrait de l'agrément sont clairement précisées : il s'agit du non-respect des dispositions du chapitre du Code wallon de l'action sociale et de la santé consacré aux centres de référence en santé mentale, et des dispositions adoptées en exécution de ce chapitre.

Afin d'assurer une pleine effectivité au retrait de l'agrément, il est prévu un délai de minimum un an entre le retrait de l'agrément et une nouvelle demande d'agrément.

Une délégation est accordée au Gouvernement pour déterminer la procédure de retrait de l'agrément. Il est précisé que le Gouvernement, dans l'exercice de cette délégation, doit veiller au caractère contradictoire de la procédure. Cela signifie qu'aucun retrait d'agrément ne pourrait être décidé sans permettre au préalable au centre de référence en santé mentale concerné de présenter ses moyens de défense.

Les recours contre une décision de retrait de l'agrément sont prévus par ailleurs dans le Code wallon de l'action sociale et de la santé, de sorte qu'il n'est pas nécessaire de prévoir ici un recours spécifique.

Article 43.

Etant donné que le présent décret regroupe l'ensemble des dispositions relatives aux centres de références en santé mentale dans un nouveau chapitre préliminaire, l'intitulé du chapitre II doit être modifié afin d'en retirer les centres de référence en santé mentale.

Article 44.

Cet article abroge les anciennes dispositions relatives aux centres de référence en santé mentale.

Section 4. Modifications relatives aux maisons de soins psychiatriques

Article 45.

Les maisons de soins psychiatriques bénéficient actuellement d'une base légale minimale, l'article 5 de la loi du 27 juin 1978 modifiant la législation sur les hôpitaux et relative à certaines autres formes de dispensation de soins. Toutes les autres dispositions les concernant sont de nature réglementaire, et adoptées sur la base de cet article 5.

L'objectif du présent décret est d'assurer aux maisons de soins psychiatriques une base décréteale plus étoffée, et d'encadrer davantage les délégations accordées au Gouvernement pour adopter les mesures d'exécution. Dans cette optique, un certain nombre de dispositions réglementaires actuellement applicables aux maisons de soins psychiatriques sont intégrées dans la base décréteale, de sorte qu'elles ne pourront désormais plus être modifiées que par décret.

L'intégration des maisons de soins psychiatriques dans le présent décret ne modifie pas en profondeur le contenu des règles qui leur sont applicables. Certaines adaptations et nouveautés ont toutefois été prévues, entre autres par analogie avec les dispositions applicables aux services de santé mentale. Ces adaptations et nouveautés sont commentées avec les articles correspondants.

Les dispositions décréteales relatives aux maisons de soins psychiatriques sont insérées dans le Code wallon de l'action sociale et de la santé sous un chapitre 1er/1, directement après le chapitre 1er consacré aux hôpitaux psychiatriques.

Ce positionnement vise à souligner le caractère résidentiel de la maison de soins psychiatrique et le fait que celle-ci constitue une alternative plus conviviale à l'accueil en hôpital psychiatrique.

Article 46.

Cette disposition n'appelle pas de commentaire particulier.

Article 47.

Cette disposition fournit quelques définitions applicables au chapitre 1er/1.

Dans la réglementation actuelle, la personne prise en charge par une maison de soins psychiatriques est qualifiée tantôt « d'habitant », tantôt de « patient », ce qui crée une certaine confusion. Désormais, la personne prise en charge par une maison de soins psychiatriques est désignée sous le vocable « bénéficiaire ». Cette terminologie vise à introduire dans la philosophie de la législation relative aux maisons de soins psychiatriques la réalité de ces institutions. L'image légale de la maison de soins psychiatriques passe en effet d'une perception d'une institution tantôt d'hébergement, à laquelle fait référence le terme « habitant », tantôt de soins, à laquelle fait référence le terme « patient », vers la perception d'un service individualisé de qualité, centré sur les besoins spécifiques et le bien-être du « bénéficiaire ». S'il s'agit d'une modification fondamentale de la philosophie des textes, ce changement correspond à la réalité quotidienne des maisons de soins psychiatriques, où le bénéficiaire est l'élément central autour duquel s'organise toute l'activité.

Les autres définitions n'appellent pas de commentaire particulier.

Article 48.

L'article 48 définit la mission dévolue aux maisons de soins psychiatriques. Cette mission n'était, jusqu'à présent, pas définie en tant que telle, mais se déduisait de l'ensemble de la réglementation.

La mission des maisons de soins psychiatriques se définit en trois axes, qui doivent être systématiquement réunis :

- l'hébergement ;
- l'accompagnement ;
- la dispensation de soins adéquats et nécessaires.

Les destinataires de ces axes sont certaines personnes limitativement énumérées à l'article 538/4 du Code wallon de l'action sociale et de la santé (voir article 53 ci-dessous).

La maison de soins psychiatriques assure l'hébergement, de jour comme de nuit. La maison de soins psychiatriques est une institution résidentielle. Diverses normes sont prévues pour assurer un hébergement de qualité.

L'accompagnement vise à assurer aux bénéficiaires un environnement sécurisé, sécurisant, et agréable. L'objectif est de permettre aux bénéficiaires d'acquérir ou de retrouver une certaine qualité de vie. Des dispositions sont également prévues concernant ce cadre de vie.

Enfin, la maison de soins psychiatriques est un établissement de soins psychiatriques. Le bénéficiaire est hébergé dans la maison de soins psychiatriques parce qu'il nécessite ces soins. La dispensation de ces soins est assurée par un encadrement médical adéquat.

Par rapport à l'hôpital psychiatrique, la maison de soins psychiatrique est une structure plus petite, plus conviviale, qui offre davantage d'autonomie à ses bénéficiaires.

L'objectif de la maison de soins psychiatriques est de raccourcir le séjour de bénéficiaires psychiatriques en hôpital psychiatrique, et de les accueillir dans une structure plus adaptée à leur bien-être. L'objectif est également d'éviter à certains bénéficiaires l'entrée en hôpital psychiatrique, leur état de santé mentale ne nécessitant pas une hospitalisation et un suivi médical permanent.

Articles 49 et 50.

Ces dispositions n'appellent pas de commentaire particulier.

Article 51.

La réglementation actuelle ne prévoit pas de structuration obligatoire des projets, activités et actions de la maison de soins psychiatriques dans un document unique.

Par analogie avec les dispositions applicables aux services de santé mentale, il est désormais imposé aux maisons de soins psychiatrique l'élaboration d'un projet de service.

Le contenu du projet de service est défini. Il englobe l'ensemble des projets et actions de la maison de soins psychiatriques.

Afin d'aider à l'élaboration du projet de service, le décret énumère certains éléments qui doivent figurer dans le projet de service, ce qui devrait aider à la rédaction de celui-ci, tout en laissant au Gouvernement le soin de compléter ou préciser ce contenu.

Le projet de service doit être centré sur le bénéficiaire, ce qui traduit la philosophie détaillée dans la mission. C'est en effet le bénéficiaire et ses besoins qui permettent de déterminer les projets et actions à entreprendre par la maison de soins psychiatriques, et à intégrer dans le projet de service.

Le projet de service est communiqué par la maison de soins psychiatriques à l'Agence. Une délégation est donnée au Gouvernement pour déterminer les modalités de cette communication.

Le projet de service doit être approuvé par le Gouvernement ou son délégué. Il a une période de validité maximale de cinq ans. La maison de soins psychiatrique détermine donc la durée de validité de son projet de service, pour autant que cette durée n'excède pas cinq ans.

Il doit toutefois faire l'objet d'une modification avant l'expiration de ce délai en cas de demande de modification de l'agrément.

Article 52.

Cette disposition n'appelle pas de commentaire particulier.

Article 53.

Cet article détermine les conditions à remplir pour devenir bénéficiaire d'une maison de soins psychiatriques. Il s'agit de la transposition dans le décret de l'article 3 de l'arrêté royal du 10 juillet 1990 fixant les normes pour l'agrément spécial des maisons de soins psychiatriques. Le texte a toutefois été adapté à l'évolution légistique des termes utilisés pour désigner les différentes institutions citées, ce qui ne modifie en rien la portée des conditions.

Le décret sera donc sans incidence sur les bénéficiaires des maisons de soins psychiatriques : aucun ne risque de perdre sa place dans une maison de soins psychiatriques du seul fait de l'entrée en vigueur du présent décret.

Une obligation nouvelle est toutefois imposée aux maisons de soins psychiatriques : celle de reprendre dans un règlement les conditions et la procédure d'admission, d'exclusion et de départ des bénéficiaires. Cette obligation vise à instaurer un principe d'égalité de traitement et de transparence pour tous les bénéficiaires et pour toute personne qui demande son admission dans une maison de soins psychiatriques.

Ce règlement doit être communiqué à tous les bénéficiaires et à l'Agence, ainsi qu'à toute personne souhaitant intégrer la maison de soins psychiatriques.

Une délégation est accordée au Gouvernement pour déterminer le contenu de ce règlement et les conditions minimales exigées.

Article 54.

Cet article reprend dans le décret l'article 30 de l'arrêté royal du 10 juillet 1990 fixant les normes pour l'agrément spécial des maisons de soins psychiatriques.

Il précise qu'un bénéficiaire peut être admis temporairement en hôpital. Il est désormais précisé que cette hospitalisation temporaire ne met pas fin à sa qualité de bénéficiaire de la maison de soins psychiatriques, puisqu'il réintègre la maison de soins psychiatriques à l'issue de son hospitalisation.

Une réserve à ce principe de réintégration est toutefois prévue pour l'hypothèse où le bénéficiaire hospitalisé cesserait de remplir les conditions pour être bénéficiaire d'une maison de soins psychiatriques. En d'autres termes, le principe de réintégration du bénéficiaire hospitalisé disparaît dès lors que son état de santé mentale ou physique implique un traitement hospitalier permanent.

Article 55.

Cette disposition n'appelle pas de commentaire particulier.

Article 56.

L'obligation de conclure au moins une convention avec un hôpital psychiatrique, prévue par l'article 31 de l'arrêté royal du 10 juillet 1990 fixant les normes pour l'agrément spécial des maisons de soins psychiatriques, est désormais consacrée dans le décret.

Une délégation est accordée au Gouvernement pour préciser le contenu minimal et le modèle de convention.

Article 57.

Le présent décret confie aux plates-formes de concertation en santé mentale des missions transversales très importantes, tant en matière d'offre que de qualité des soins de santé mentale (voir article 273 ci-dessous).

Afin de permettre aux plates-formes de concertation en santé mentale d'accomplir pleinement leurs missions, il est indispensable d'imposer aux maisons de soins psychiatriques d'adhérer à au moins une plate-forme de concertation en santé mentale.

Article 58.

Cette disposition n'appelle pas de commentaire particulier.

Article 59.

Cette disposition n'est pas nouvelle ; elle intègre dans le décret l'obligation de gestion séparée contenue dans l'article 5 de l'arrêté royal du 10 juillet 1990 fixant les normes pour l'agrément spécial des maisons de soins psychiatriques.

Article 60.

Il est prévu que la maison de soins psychiatriques doit disposer du personnel suffisant pour accomplir sa mission.

Une délégation est accordée au Gouvernement pour déterminer les diplômes et qualifications requises pour exercer chacun des postes.

Article 61.

En principe, le personnel d'une maison de soins psychiatriques doit être du personnel salarié. Aucune distinction n'est faite entre le personnel statutaire du secteur public sous statut, et le personnel contractuel lié au pouvoir organisateur par un contrat de travail.

Une délégation est accordée au Gouvernement, ou à son délégué, pour autoriser le recours, pour certains postes, à des prestataires indépendants lié à la maison de soins psychiatriques par une convention. L'objectif est de faciliter le recrutement par les maisons de soins psychiatriques de ces prestataires. Les fonctions visées et les conditions de ce recours à des prestataires indépendants doivent également être fixées par le Gouvernement ou son délégué.

Une délégation est également accordée au Gouvernement, ou à son délégué, pour déterminer le contenu, les conditions et les modalités de cette convention de collaboration.

Article 62.

Une délégation est accordée au Gouvernement pour déterminer le mode de calcul du nombre minimal de personnes nécessaires pour l'exercice de chacune des fonctions.

Le Gouvernement a donc, pour chaque fonction, la possibilité, soit de fixer un nombre minimal fixe de personnes, soit d'élaborer un mode de calcul, par exemple en fonction du nombre de bénéficiaires.

Article 63.

Afin d'assurer la coordination et la cohérence des interventions des diverses fonctions actives autour des bénéficiaires, il est indispensable que le pouvoir organisateur désigne un médecin psychiatre ayant pour tâche d'assurer l'encadrement de l'équipe pluridisciplinaire.

Une délégation est accordée au Gouvernement pour déterminer les qualifications minimales que doit avoir ce médecin psychiatre chargé de l'encadrement.

Le Gouvernement est également chargé de déterminer les tâches spécifiques qui devraient être confiées à ce médecin psychiatre chargé de l'encadrement.

Article 64.

Dans l'intérêt des bénéficiaires, et vu la diversité des fonctions qui agissent autour d'eux, il est indispensable de prévoir une concertation pluridisciplinaire entre tous les membres de l'équipe.

Une délégation est accordée au Gouvernement pour fixer la périodicité minimale, le contenu et les modalités de cette concertation.

Article 65.

L'état de santé mentale des bénéficiaires ne permet pas de les laisser totalement sans surveillance. C'est pourquoi il est prévu une surveillance permanente, de jour comme de nuit.

Une délégation est accordée au Gouvernement pour déterminer les modalités de cette surveillance.

Article 66.

Le personnel salarié est soumis à l'autorité de son employeur. Dans une maison de soins psychiatriques, cette autorité, mal exercée, pourrait être de nature à priver les bénéficiaires des soins adéquats et nécessaires justifiés par leur état de santé mentale.

Afin d'éviter un interventionnisme abusif du pouvoir organisateur, il est expressément prévu que celui-ci doit respecter la liberté thérapeutique des membres de l'équipe pluridisciplinaire.

Article 67.

Cette disposition n'appelle pas de commentaire particulier.

Article 68.

Cette disposition insère dans le Code wallon de l'action sociale et de la santé un article relatif au secret professionnel.

Ce secret professionnel s'impose non seulement aux membres de l'équipe pluridisciplinaire, mais également au pouvoir organisateur.

La violation du secret professionnel est érigée en infraction pénale, sanctionnée conformément à l'article 458 du Code pénal.

Article 69.

Cette disposition n'appelle pas de commentaire particulier.

Article 70.

Cet article détermine le nombre de lits dont doit disposer une maison de soins psychiatriques.

Vu l'encadrement exigé, un minimum de 10 lits est souhaitable pour que la maison de soins psychiatriques soit rentable. Ce minimum de 10 lits n'est pas une nouveauté, il figurait déjà à l'article 4 de l'arrêté royal du 10 juillet 1990 fixant les normes pour l'agrément spécial des maisons de soins psychiatriques.

Afin de garantir la convivialité au sein de la maison de soins psychiatriques, le nombre maximal de lits est fixé à 60. Ce nombre maximal était déjà prévu, uniquement pour les nouvelles constructions, à l'article 8 de l'arrêté royal du 10 juillet 1990 fixant les normes pour l'agrément spécial des maisons de soins psychiatriques. La volonté est donc d'étendre ce nombre maximal à l'ensemble des maisons de soins psychiatriques.

Toutefois, certaines maisons de soins psychiatriques, sur la base de l'arrêté royal du 10 juillet 1990 fixant les normes pour l'agrément spécial des maisons de soins psychiatriques, ont été agréées pour un nombre de lit supérieur à 60. Une disposition transitoire est dès lors prévue pour permettre à ces maisons de soins psychiatriques de conserver tous leurs lits.

Une délégation est accordée au Gouvernement, ou à son délégué, pour accorder des dérogations au nombre minimal ou au nombre maximal de lits. Ces dérogations doivent être justifiées en ayant égard à l'intérêt des bénéficiaires.

Article 71.

La maison de soins psychiatriques doit être clairement distincte de l'hôpital psychiatrique. C'est pourquoi il est exigé qu'elle soit localisée en dehors du campus d'un hôpital psychiatrique. Cette exigence n'est pas nouvelle, puisqu'elle figurait déjà à l'article 7 de l'arrêté royal du 10 juillet 1990 fixant les normes pour l'agrément spécial des maisons de soins psychiatriques.

Par ailleurs, le bien-être psychique des bénéficiaires implique qu'ils puissent, dans la mesure du possible, disposer d'une vie sociale. Afin de leur assurer cette vie sociale, il est exigé que la maison de soins psychiatriques soit implantée dans la communauté de vie locale. Cette exigence figurait déjà à l'article 8 de l'arrêté royal du 10 juillet 1990 fixant les normes pour l'agrément spécial des maisons de soins psychiatriques.

Une dérogation est prévue pour les maisons de soins psychiatriques actuellement agréées, afin de leur permettre de poursuivre leurs activités.

Dans la mesure où le bien-être des bénéficiaires peut être assuré, une possibilité de dérogation est accordée au Gouvernement ou à son délégué, de manière à leur permettre d'autoriser, dans certaines circonstances particulières, d'autres implantations.

Article 72.

Une exigence nouvelle est que toutes les chambres des maisons de soins psychiatriques soient individuelles. Cette exigence est indispensable pour assurer un minimum d'intimité aux bénéficiaires.

Toutefois, l'article 13 de l'arrêté royal du 10 juillet 1990 fixant les normes pour l'agrément spécial des maisons de soins psychiatriques autorisait les chambres à deux lits, pour autant que celles-ci représentent moins de la moitié du nombre total de chambres. Afin de tenir compte de cette situation, les maisons de soins psychiatriques déjà agréées peuvent bénéficier d'une dérogation pour conserver leurs chambres à deux lits. L'objectif est d'éviter à ces maisons de soins psychiatriques une diminution de lits qui serait préjudiciable aux bénéficiaires.

En outre, il est permis au Gouvernement ou à son délégué d'autoriser des dérogations au caractère individuel de la chambre, pour autant que ces dérogations prennent en considération l'intérêt des bénéficiaires.

L'article 72 délègue au Gouvernement la détermination des espaces communs et de leurs caractéristiques.

En ce qui concerne les critères de salubrité (éclairage, ventilation, etc...), il est renvoyé à la législation et la réglementation applicables à la salubrité des logements. Une délégation est toutefois accordée au Gouvernement pour élaborer des normes spécifiques.

Enfin, délégation est accordée au Gouvernement pour déterminer les superficies et les volumes de chaque pièce de la maison de soins psychiatriques.

Article 73.

La maison de soins psychiatriques, en tant qu'établissement résidentiel, doit faire l'objet de mesures spécifiques concernant la protection contre l'incendie.

Une délégation au Gouvernement est accordée pour déterminer les normes de protection contre l'incendie applicables.

Article 74.

Cet article érige en obligation le fait que la maison de soins psychiatriques dispose d'un espace extérieur.

L'article 23 de l'arrêté royal du 10 juillet 1990 fixant les normes pour l'agrément spécial des maisons de soins psychiatriques prévoyait déjà l'existence d'une terrasse ou d'un jardin, mais uniquement sous forme de recommandation. Dès lors, certaines maisons de soins psychiatriques actuellement agréées ne disposent pas d'un espace extérieur. Afin de leur permettre de poursuivre leurs activités au profit des bénéficiaires, une dérogation à l'obligation de disposer d'un espace extérieur est prévue.

Il est accordé au Gouvernement, ou à son délégué, la possibilité d'autoriser une dérogation à l'obligation d'avoir un espace extérieur, pour autant que cette dérogation prenne en considération l'intérêt des bénéficiaires.

Article 75.

Les maisons de soins psychiatriques doivent désormais être accessibles aux personnes à mobilité réduite.

Les normes applicables à l'accessibilité aux personnes à mobilité réduite sont celles édictées par le règlement régional d'urbanisme (voir définitions, article 47 supra). Ces normes étant applicables à tous les bâtiments publics, il n'est pas paru opportun d'édicter des normes spécifiques d'accessibilité pour les maisons de soins psychiatriques.

Une possibilité est laissée au Gouvernement ou à son délégué d'accorder une dérogation à l'obligation d'accessibilité aux personnes à mobilité réduite. Le Gouvernement ou son délégué détermine les conditions de cette dérogation.

Une délégation est accordée au Gouvernement pour adopter les mesures nécessaires à l'exécution de cet article.

Article 76.

Cette disposition n'appelle pas de commentaire particulier.

Article 77.

Cette disposition reprend, en les reformulant, diverses exigences relatives à l'atmosphère au sein de la maison de soins psychiatriques, contenues dans les articles 22, 25 et 26 de l'arrêté royal du 10 juillet 1990 fixant les normes pour l'agrément spécial des maisons de soins psychiatriques. Une délégation

est accordée au Gouvernement pour adopter toutes les mesures nécessaires à la réalisation de ces exigences.

Il est également ajouté une nouvelle exigence, déjà remplie en pratique par les maisons de soins psychiatriques, l'obligation d'établir un règlement d'ordre intérieur. Une délégation est accordée au Gouvernement pour déterminer non seulement le contenu de ce règlement d'ordre intérieur, mais aussi les exigences qu'il peut ou ne peut pas contenir.

Article 78.

Les soins dispensés en maison de soins psychiatriques impliquent généralement l'utilisation de médicaments.

Afin de garantir la sécurité de l'ensemble des bénéficiaires, une délégation est accordée au Gouvernement pour déterminer les règles applicables à la conservation et la distribution des médicaments.

Article 79.

Cette disposition n'appelle pas de commentaire particulier.

Article 80.

Le dossier individuel est fondamental, d'une part parce qu'il est indispensable pour une prise en charge et un suivi efficace des bénéficiaires, d'autre part parce qu'il est le réceptacle de toutes les données à caractère personnel des bénéficiaires traitées par la maison de soins psychiatriques.

Les dispositions relatives à ce dossier individuel doivent être en conformité avec le règlement (UE) n° 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, et abrogeant la directive 95/46/CE (règlement général sur la protection des données).

La collecte de données contenues dans le dossier individuel est limitée aux seules données médicales, sociales et administratives nécessaires, adéquates et pertinentes pour la prise en charge et la continuité des soins. Cette formulation vise à placer le dossier individuel en conformité avec le principe de minimisation des données personnelles conservées et traitées contenu dans le règlement général sur la protection des données et préconisé par l'Autorité de protection des données. Il appartient aux membres de l'équipe pluridisciplinaire de procéder à l'analyse des données récoltées afin de décider si elles sont nécessaires, adéquates et pertinentes, et doivent dès lors être conservées dans le dossier individuel, ou si, au contraire, elles ne présentent pas ces caractéristiques et doivent être immédiatement effacées.

L'Autorité de protection des données estime d'une part que la finalité du dossier individuel doit être davantage précisée, d'autre part, qu'il est inutile de rappeler le respect de règles déontologiques et de protection de la vie privée.

Le texte est partiellement adapté pour tenir compte de la recommandation de l'Autorité de protection des données. Celle-ci vise une prise en charge thérapeutique ; le mot thérapeutique n'est pas retenu, car il peut apparaître comme excessivement restrictif, eu égard au caractère pluridisciplinaire des maisons de soins psychiatriques. Bien qu'il ne soit pas obligatoire de le mentionner, le respect des règles déontologique et de protection de la vie privée reste mentionné dans le texte, car cette mention explicite est de nature à pleinement informer, sans sous-entendu, les bénéficiaires de la limite de la finalité du dossier individuel.

Afin de guider les membres de l'équipe pluridisciplinaire dans cette analyse des données nécessaires, adéquates et pertinentes, le décret énumère de manière exhaustive la liste des données qui doivent être reprises dans le dossier individuel. Cette liste est issue de celle établie par le législateur fédéral pour le dossier du patient (voir article 33 de la loi du 22 avril 2019 relative à la qualité de la pratique des soins). Le dossier individuel prévu par le Code wallon de l'action sociale et de la santé correspond au dossier du patient prévu par le législateur fédéral, avec toutefois quelques éléments supplémentaires, eu égard au fait que le dossier individuel est alimenté par l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire, et pas uniquement par les prestataires de soins au sens de la législation fédérale. Vu cette correspondance, il est exclu de ne pas reprendre dans le dossier individuel des éléments repris dans le dossier du patient par le législateur fédéral.

La première donnée concerne l'identification du bénéficiaire, pour laquelle ont été reprises les données exigées par le législateur fédéral. Il y a été ajouté le prénom, puisque celui-ci est indispensable pour individualiser le bénéficiaire par rapport aux membres de sa famille. Il est ajouté également les coordonnées du représentant, étant donné que le bénéficiaire est fréquemment représenté par une autre personne.

La seconde donnée est l'identification du médecin généraliste du bénéficiaire, exigée par le législateur fédéral. Il y est ajouté l'identification du médecin ou autre professionnel de santé référencé par le bénéficiaire.

La troisième donnée est l'identification des membres de l'équipe pluridisciplinaire qui interviennent dans la prise en charge du bénéficiaire. Cela comprend l'identification du professionnel de santé en charge, telle que prévue par le législateur fédéral.

La quatrième donnée est l'identification des membres du réseau. Cette donnée n'est pas exigée par le législateur fédéral, le réseau étant propre à la santé mentale. Il est toutefois essentiel de l'introduire dans le dossier individuel, car le réseau est susceptible d'intervenir durant tout le processus de prise en charge du bénéficiaire ; ne pas inclure ces données reviendrait donc à devoir en permanence reconstituer un nouveau réseau, ce qui serait préjudiciable au bénéficiaire.

L'Autorité de protection des données conteste la notion de réseau, estimant que celle-ci doit être limitée exclusivement à des professionnels de soins, les autres membres du réseau devant faire l'objet d'une classification séparée. On distingue mal les objectifs poursuivis par l'Autorité de protection des données dans sa proposition d'exclure certaines personnes des réseaux, pour les reprendre dans une catégorie de données séparée. Cette distinction n'apparaît pas pertinente au regard du processus thérapeutique qui doit être considéré conformément à la notion de soins intégrés, laquelle inclut le cure et le care, donc les soins et l'aide, l'objectif devant toujours être considéré sous l'angle de l'intérêt du patient et de son inclusion dans la communauté. Il ne peut donc être satisfait à cette demande de l'Autorité de protection des données sans porter atteinte au processus thérapeutique, et donc aux chances d'amélioration de la santé mentale des bénéficiaires.

La cinquième donnée reprend le motif de la demande d'admission ou la problématique au moment de la demande d'admission. Cela correspond au motif de contact et à la problématique au moment de la consultation, exigés par le législateur fédéral. Les termes sont ici un peu différents, conformes à la terminologie utilisée dans le Code wallon de l'action sociale et de la santé.

La sixième donnée reprend les antécédents personnels et familiaux du bénéficiaire. Il s'agit d'une exigence du législateur fédéral, néanmoins très utile pour la prise en charge du bénéficiaire.

La septième donnée reprend les résultats d'examens. Il s'agit d'une exigence du législateur fédéral. Le texte précise toutefois que ces examens doivent être utiles à la prise en charge du bénéficiaire. Le rôle du dossier individuel n'est effectivement pas de centraliser tous les examens médicaux qu'aurait pu passer un bénéficiaire, ce rôle est dévolu au dossier du patient tenu par son médecin généraliste. C'est la raison pour laquelle cette donnée est minimisée à ce qui est utile à la prise en charge du bénéficiaire.

La huitième donnée reprend les notes pertinentes des entretiens avec le bénéficiaire, d'autres professionnels des soins de santé ou des tiers. Le législateur fédéral évoque pour sa part un compte-rendu. Le terme « notes pertinentes » a été retenu afin de ne pas imposer aux membres de l'équipe pluridisciplinaire une surcharge de travail qu'imposerait la rédaction de comptes-rendus après chaque entretien, la prise de note lors de cet entretien suffit.

L'Autorité de protection des données estime que la notion de « notes pertinentes » est trop floue, et qu'il convient de la limiter aux seules notes pertinentes et nécessaires à la prise en charge thérapeutique. En outre, cette pertinence devrait être appréciée exclusivement par un professionnel de santé. Cette proposition ne peut pas être suivie, car elle porte atteinte à la liberté thérapeutique de l'équipe pluridisciplinaire. Restreindre excessivement le texte peut aboutir à ce que des notes très importantes pour le futur du processus thérapeutique soient exclues du dossier individuel. Il ne faut pas perdre de vue que le bénéficiaire a demandé à être pris en charge, et qu'il attend de l'équipe pluridisciplinaire qu'elle mette tout en œuvre pour améliorer sa santé mentale, en ce compris sous la forme de soins intégrés et d'inclusion dans la communauté. Il convient par conséquent de ne pas entraver, au nom de la protection des données à caractère personnel du bénéficiaire, un processus thérapeutique que le bénéficiaire a lui-même demandé avec un objectif de mieux être.

La neuvième donnée reprend les attestations, rapports ou avis reçus du bénéficiaire ou de tiers. Cette donnée correspond également à une exigence du législateur fédéral. L'Autorité de protection des données estime qu'il faut restreindre cette donnée aux seules attestations, rapports ou avis pertinents et nécessaires à la prise en charge thérapeutique. Ces restrictions n'ont aucun sens, et peuvent amener à exclure des éléments importants du dossier individuel, au détriment de la santé mentale du bénéficiaire. En outre, s'agissant d'attestations, rapports ou avis reçus du bénéficiaire lui-même, on voit mal pour quelles raisons ils devraient être écartés du dossier individuel, alors même que le bénéficiaire demande à les y insérer.

La dixième donnée reprend les objectifs de santé et les déclarations d'expression de la volonté reçues du bénéficiaire. Cette donnée, requise par le législateur fédéral, présente une utilité certaine, puisqu'elle permet de cadrer la prise en charge du bénéficiaire.

La onzième donnée est le diagnostic. Cette donnée correspond également à une exigence du législateur fédéral. Elle conditionne bien évidemment le contenu de la prise en charge du bénéficiaire.

La douzième donnée correspond à la caractérisation du bénéficiaire, telle qu'exigée par le législateur fédéral. Cette caractérisation justifie la prise en charge par la maison de soins psychiatriques, puisqu'elle démontre que le bénéficiaire ne nécessite pas un suivi en milieu hospitalier. L'Autorité de protection des données estime que cette donnée doit être supprimée, au motif que, « *par nature, les bénéficiaires ... sont des personnes qui peuvent être prises en charge en dehors d'un milieu hospitalier* ». Cette vision de l'Autorité de protection des données n'est pas conforme à la réalité, un certain nombre de personnes souffrant de problèmes de santé mentale nécessitent une prise en charge psychiatrique en milieu hospitalier. La caractérisation est donc indispensable, et doit pouvoir être revue régulièrement afin de tenir compte de la situation de santé mentale du bénéficiaire et de son évolution.

La treizième donnée reprend un aperçu chronologique des soins et prestations dispensés. Il s'agit d'une exigence du législateur fédéral pour les soins, à laquelle ont été ajoutées les prestations, puisque la maison de soins psychiatriques ne se limite pas à prodiguer des soins au sens de la législation fédérale.

La quatorzième donnée reprend l'évolution de la pathologie. Ce terme de « pathologie » a été préféré au terme « affection » prévu par le législateur fédéral, car il correspond mieux au domaine de la santé mentale. Le terme « affection » fait en effet davantage référence à un agent pathogène externe, alors que les problèmes de santé mentale sont, le plus souvent, issus d'éléments intrinsèques à la personne, sans intervention d'agents pathogènes externes à celle-ci.

La quinzième donnée reprend les renvois vers d'autres professionnels des soins de santé, services ou tiers. Cette exigence du législateur fédéral est indispensable pour assurer la complétude de la prise en charge du bénéficiaire.

La seizième donnée reprend les médicaments, en ce compris le schéma de médication. C'est également une exigence du législateur fédéral, indispensable au suivi du bénéficiaire dès lors que son traitement implique la prise de médicaments. L'Autorité de protection des données estime que cette notion de médicaments est trop floue et doit être limitée aux médicaments pris actuellement par le bénéficiaire. Cette restriction proposée par l'Autorité de protection des données est dangereuse, puisqu'elle efface purement et simplement la visualisation actualisée de tous les médicaments qui ont été soit prescrits, soit délivrés à un patient sans ordonnance sous forme d'un aperçu schématique et global.

Cette visualisation est uniquement accessible aux dispensateurs de soins qui ont un lien thérapeutique avec le patient et ce, dans le cadre de la continuité des soins du patient, et à condition que le patient ait donné son consentement éclairé. Il peut être un outil important pour suivre et/ou surveiller l'évolution de la prise des médicaments des patients, notamment en cas de maladies chroniques comme peuvent l'être les maladies mentales. De plus, c'est une aide importante lors de l'admission du bénéficiaire à l'hôpital, pour la continuité des soins. Enfin, connaître l'ensemble des médicaments pris par le bénéficiaire, en ce compris ceux pris en dehors du traitement spécifique du problème de santé mentale, est indispensable pour éviter toute incompatibilité entre les différentes médications. Le texte est adapté en ce sens.

La dix-septième donnée reprend les complications et comorbidités qui nécessitent un traitement complémentaire. Cette exigence du législateur fédéral est très importante pour la maison de soins psychiatriques, puisqu'elle a un impact direct sur le réaménagement de la prise en charge du bénéficiaire.

La dix-huitième donnée est la mention que des informations ont été communiquées, avec l'accord du bénéficiaire, à une personne de confiance ou au bénéficiaire en présence d'une personne de confiance et l'identité de cette personne de confiance. Cette mention, exigée également par le législateur fédéral, est l'indication de l'exercice par le bénéficiaire d'un droit qui lui est reconnu par la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient.

La dix-neuvième donnée est la demande expresse du bénéficiaire de ne pas lui fournir d'informations en application. La reprise de cette demande dans le dossier individuel, exigée par le législateur fédéral, est l'indication de l'exercice par le bénéficiaire d'un droit qui lui est reconnu par la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient.

La vingtième donnée est la motivation du fait de ne pas divulguer des informations au bénéficiaire. Cette motivation, exigée par le législateur fédéral, justifie le fait qu'il n'est pas satisfait à l'exercice par le bénéficiaire d'un droit qui lui est reconnu par la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient.

La vingt-et-unième donnée est la demande du bénéficiaire en application du paragraphe 3 de se faire assister par une personne de confiance désignée par lui ou d'exercer son droit de consultation par l'entremise de celle-ci ainsi que l'identité de cette personne de confiance. La reprise de cette demande dans le dossier individuel, exigée également par le législateur fédéral, est l'indication de l'exercice par le bénéficiaire d'un droit qui lui est reconnu tant par le Code wallon de l'action sociale de la santé que par la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient.

La vingt-deuxième donnée est la motivation du rejet total ou partiel de la demande d'un représentant du bénéficiaire visant à obtenir la consultation ou une copie du dossier du bénéficiaire. Cette motivation, exigée également par le législateur fédéral, justifie le fait qu'il n'est pas satisfait à l'exercice par le représentant du bénéficiaire d'un droit qui lui est reconnu par la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient.

La vingt-troisième donnée est la motivation de la dérogation à la décision prise par un représentant du bénéficiaire. Cette motivation, exigée également par le législateur fédéral, justifie le fait qu'il est dérogé à l'exercice par le représentant du bénéficiaire d'un droit qui lui est reconnu par la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient.

La vingt-quatrième donnée est le tarif appliqué au bénéficiaire. La maison de soins psychiatriques est amenée à appliquer certains tarifs déterminés par le Gouvernement. L'indication du tarif dans le dossier individuel a pour objectif d'appliquer à chaque bénéficiaire le bon tarif, et d'éviter les erreurs de facturation. L'insertion de cette donnée dans le dossier individuel évite la création d'une base de données séparée, contenant des données à caractère personnel, pour la facturation.

Enfin, la vingt-cinquième et dernière donnée reprend les données socio-épidémiologiques reprises à l'article 538/38 du Code wallon de l'action sociale et de la santé (voir article 96 infra). Il s'agit de données que la maison de soins psychiatriques collecte de façon individualisée auprès de chaque bénéficiaire, et transmet de façon anonymisée à l'Agence. Etant donné qu'il s'agit de données personnelles dans le chef de la maison de soins psychiatriques, il est préférable de les insérer dans le dossier individuel plutôt que de les conserver de manière séparée. L'objectif est d'éviter l'éparpillement des données personnelles relatives à un bénéficiaire. L'Autorité de protection des données estime que ces données doivent être conservées dans un second dossier, extérieur au dossier individuel. On voit mal l'intérêt de multiplier ainsi les bases de données pour chaque bénéficiaire, vu le risque que représente cette multiplication pour la sécurité desdites données. En outre, ces données sont également très pertinentes pour une meilleure prise en charge du bénéficiaire.

L'Autorité de protection des données estime qu'il faut indiquer plus clairement que la maison de soins psychiatrique est responsable du traitement. Le texte a été adapté en ce sens.

L'Autorité de protection des données estime qu'il faudrait prévoir une responsabilité conjointe entre la maison de soins psychiatrique et un professionnel de santé référent à définir. Une telle proposition ne saurait être accueillie, car elle va à l'encontre des principes mêmes d'équipe pluridisciplinaire et de concertation pluridisciplinaire. Cette proposition, si elle était suivie, donnerait à un professionnel de santé dit référent un véritable droit de veto sur ce qui peut être inséré dans le dossier individuel, de sorte qu'il deviendrait le seul maître du processus de prise en charge. Suivre la proposition de l'Autorité de protection des données imposerait de revoir en profondeur la philosophie et le fonctionnement des équipes pluridisciplinaires des maisons de soins psychiatriques.

L'Autorité de protection des données estime également qu'il faut prévoir un accès individualisé pour chaque membre de l'équipe pluridisciplinaire, celui-ci ne pouvant, selon l'Autorité de protection des données, avoir accès qu'aux données qui lui sont nécessaires. L'Autorité de protection des données conseille de s'inspirer des articles 36 et suivants de la loi du 22 avril 2019 relative à la qualité de la pratique des soins. Cette proposition ne tient absolument pas compte du caractère pluridisciplinaire de la prise en charge, et de la concertation pluridisciplinaire. S'il fallait suivre cette proposition, il serait impossible d'organiser la concertation pluridisciplinaire, puisque des informations relatives au bénéficiaire ne pourraient être échangées entre les membres de l'équipe pluridisciplinaire, ce qui ne pourrait que nuire gravement à la prise en charge du bénéficiaire. Quant aux articles 36 et suivants de la loi du 22 avril 2019, ils concernent les relations entre professionnels de santé tiers, et pas la concertation au sein d'une équipe pluridisciplinaire.

Le dossier individuel correspondant au dossier du patient prévu par le législateur fédéral, il est indispensable d'aligner la durée de conservation du dossier individuel sur celle retenue par le législateur fédéral pour le dossier du patient. Le délai de conservation est donc de minimum 30 ans après le dernier contact et de maximum 50 ans après ce dernier contact, par analogie avec l'article 35 de la loi du 22 avril 2019 précitée.

L'Autorité de protection des données considère que la notion de dernier contact, qui fait démarrer le délai de conservation des données, est trop vague et crée de l'insécurité juridique. Il faudrait selon elle préciser qu'il s'agit du dernier contact avec le professionnel de santé référent. Il convient de constater qu'une telle précision ne figure pas dans la loi précitée du 22 avril 2019, et que la notion de professionnel de santé référent est une notion inventée par l'Autorité de protection des données, qui ne repose sur aucune réalité de la maison de soins psychiatriques. Le texte a toutefois été adapté pour préciser qu'il s'agit du dernier contact repris dans le dossier individuel.

Sur la durée de conservation des données elle-même, l'Autorité de protection des données affirme qu'il faut conserver les données au-delà de 50 ans après le dernier contact lorsque le bénéficiaire est toujours vivant. Cette affirmation est totalement impossible à respecter. N'ayant par hypothèse, au moment de l'expiration du délai de conservation, plus de contact avec le bénéficiaire depuis 50 ans, la maison de soins psychiatriques est dans l'ignorance totale d'un éventuel décès du bénéficiaire concerné. Il faudrait dès lors lui accorder un accès au registre national des personnes physiques, ce qui n'apparaît guère souhaitable ni utile. Il convient d'ailleurs de préciser que la loi du 22 avril 2019 précitée ne prévoit pas cette hypothèse.

L'Autorité de protection des données affirme que les données qui ne sont plus nécessaires devraient être effacées avant le délai de 30 ans prévu comme délai minimal de conservation. Cette affirmation crée une insécurité juridique totale, puisqu'elle imposerait d'effectuer en permanence une révision des dossiers individuels pour évaluer ce qui reste nécessaire, alors que le dossier individuel constitue un tout, et doit être conservé comme tel. Il en résulterait que seuls des dossiers incomplets seraient conservés au minimum 30 ans et au maximum 50 ans, avec toutes les conséquences néfastes pour le bénéficiaire, eu égard notamment à son droit de consultation.

Le dossier individuel doit être tenu à jour et conservé dans un lieu sûr, de manière à garantir sa parfaite confidentialité.

L'Autorité de protection des données souhaite qu'une délégation soit accordée à la Ministre pour déterminer les règles de sécurité que devrait respecter la maison de soins psychiatrique. Ce souhait est incongru. Il appartient à la maison de soins psychiatriques de déterminer les mesures de sécurité à prendre, en fonction de sa propre situation et de son organisation, et pas à la Ministre d'imposer telle ou telle mesure de sécurité. En outre, indiquer dans un arrêté ministériel ou une circulaire les règles

de sécurité à utiliser revient à expliquer comment contourner ces mesures pour accéder aux données à caractère personnel. En d'autres termes, les mesures de sécurité sont d'autant plus efficaces qu'elles sont confidentielles.

Le bénéficiaire a le droit de consulter son dossier individuel. Les conditions et modalités de cette consultation sont calquées sur celles prévues pour la consultation du dossier du patient, telles que prévues à l'article 9 § 2 de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient.

L'Autorité de protection des données estime qu'aucune délégation au Gouvernement ne peut être accordée pour déterminer les modalités de la demande de consultation ces modalités étant selon elle prévues à l'article 15 du Règlement général relatif à la protection des données. Visiblement, l'Autorité de protection des données confond le contenu du droit d'accès avec les modalités pratiques de cet accès, ces modalités n'étant en rien prévues par l'article 15 susmentionné.

L'Autorité de protection des données émet également toute une série de remarques sur les limites apportées par le texte au droit de consultation, estimant ces limites comme excessives. Il convient de rappeler que ces limitations sont la transposition dans le décret de limitations prévues par l'article 9 de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient. Créer une discordance entre les deux textes placerait les maisons de soins psychiatriques dans une situation kafkaïenne, puisqu'elles se retrouveraient dans une situation où des mêmes données peuvent être consultées selon une législation et ne peuvent pas être consultées selon l'autre. Ce conflit de normes serait impossible à résoudre, étant donné qu'il n'y a pas, en droit belge, de supériorité du droit fédéral sur le droit des entités fédérées.

Il convient également de préciser que toutes les limitations ont pour seul objectif de protéger la santé mentale du bénéficiaire. A titre d'exemple, un bénéficiaire peut se voir prescrire un placebo parce qu'il exige impérativement un médicament ; la divulgation à ce bénéficiaire de cette prescription d'un placebo amènerait une rupture de confiance avec l'équipe pluridisciplinaire.

Il importe aussi que les membres de l'équipe pluridisciplinaire puissent déposer dans le dossier des notes personnelles pertinentes sans crainte de mettre en péril la santé mentale du bénéficiaire s'il venait à avoir accès à ces données.

L'Autorité de protection des données estime que la maison de soins psychiatriques devrait tenir un inventaire des accès de chaque membre de l'équipe pluridisciplinaire au dossier individuel, avec indication des données consultées. Cette exigence représente une charge administrative excessive et de nature à nuire à la qualité de la prise en charge. Toutefois, lorsque l'enregistrement des données est digitalisée, un des principes directeurs de cette digitalisation est d'assurer la traçabilité des consultations. Le bénéficiaire est bien au courant que son dossier individuel peut être consulté par l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire, et que cette consultation est nécessaire au suivi de sa prise en charge.

Le bénéficiaire a également le droit d'obtenir copie totale ou partielle de son dossier individuel. Les modalités sont celles prévues pour l'obtention d'une copie du dossier du patient par l'article 9 § 3 de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient. La rémunération éventuelle des copies, envisagée par l'article 9 § 3 précité, n'est toutefois pas prévue pour le dossier individuel.

L'Autorité de protection des données estime que l'alinéa 2 du § 4 n'est pas conforme au Règlement général relatif à la protection des données. Elle propose de toujours fournir copie au bénéficiaire, même lorsqu'il subit des pressions, et d'ériger en infraction pénale l'utilisation non appropriée de la copie. Cette proposition pourrait être pertinente si le bénéficiaire était une personne apte à résister à

toutes pressions. Or, par hypothèse, le bénéficiaire est une personne ayant des problèmes de santé mentale, c'est-à-dire une personne fragile et vulnérable. La proposition de l'Autorité de protection des données reviendrait à exposer le bénéficiaire à toutes formes de pressions de la part de personnes malveillantes à son égard, puisqu'une sanction ne pourrait éventuellement intervenir qu'a posteriori, uniquement en cas d'utilisation non appropriée de la copie. Il est indispensable de veiller prioritairement aux intérêts du bénéficiaire, de le protéger contre ceux qui pourraient lui nuire. L'alinéa 2 du § 4 présente donc tout son sens.

Enfin, la possibilité pour certains membres de la famille d'un bénéficiaire décédé de consulter le dossier individuel est calquée sur la possibilité similaire prévue pour le dossier du patient par l'article 9 § 4 de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient.

Article 81.

Cet article rappelle l'obligation pour la maison de soins psychiatriques de se conformer au règlement général sur la protection des données.

Il n'est pas nécessaire a priori de rappeler cette obligation, puisque ledit règlement s'impose par lui-même, mais cette inclusion dans le Code wallon de l'action sociale et de la santé permet à l'Agence d'obtenir copie du protocole de protection des données élaboré par la maison de soins psychiatriques. Il ne s'agit pas pour l'Agence de se substituer aux autorités compétentes en matière de protection des données, mais de s'assurer simplement que la maison de soins psychiatriques se conforme formellement à ses obligations en matière de protection des données personnelles.

Article 82.

Cette disposition n'appelle pas de commentaire particulier.

Article 83.

Cette disposition accorde à tout bénéficiaire le droit d'obtenir un certain nombre d'informations sur la maison de soins psychiatriques. L'énumération de ces informations à communiquer n'appelle pas de commentaire particulier.

Une délégation est prévue au Gouvernement pour lui permettre de préciser les informations communiquées, et d'en ajouter d'autres le cas échéant.

La pluridisciplinarité étant une caractéristique essentielle de la maison de soins psychiatriques, le texte prévoit également, dans le chef du bénéficiaire, une présomption d'acceptation de ce caractère pluridisciplinaire. A la demande de l'Autorité de protection des données, il est précisé que cette présomption ne porte pas atteinte au consentement éclairé du bénéficiaire. Ce consentement éclairé porte non seulement sur l'échange de données entre les membres de l'équipe pluridisciplinaire, mais aussi sur le processus thérapeutique et son caractère pluridisciplinaire.

Article 84.

Cette disposition garantit la continuité des soins et l'évaluation du processus thérapeutique. Il s'agit d'une garantie fondamentale pour le bénéficiaire.

Il est prévu l'établissement d'une fiche de liaison en cas d'hospitalisation du bénéficiaire. Cette fiche de liaison assure la communication entre la maison de soins psychiatrique et l'hôpital, dans le but de garantir la continuité des soins.

Une délégation est accordée au Gouvernement pour déterminer le contenu de cette fiche de liaison.

Article 85.

Cet article vise à garantir l'autonomie financière des bénéficiaires. Il interdit dès lors à la maison de soins psychiatriques, à ses administrateurs et membres de l'équipe pluridisciplinaire de gérer l'argent ou les biens des bénéficiaires.

Une exception est toutefois prévue. Les dispositions fédérales relatives aux personnes protégées, contenues dans le Code civil, peuvent amener, pour diverses raisons, à ce qu'un administrateur ou un membre de l'équipe pluridisciplinaire soit désigné par décision de justice comme administrateur de biens d'un bénéficiaire ayant le statut de personne protégée. La législation wallonne ne peut avoir pour effet de restreindre le pouvoir décisionnel du juge dans les mesures à mettre en œuvre en faveur des personnes protégées.

Article 86.

Cette disposition n'appelle pas de commentaire particulier.

Article 87.

La maison de soins psychiatriques étant soumise à un financement paritaire, l'article 87 organise la concertation pour la détermination du prix d'hébergement.

Une délégation est prévue au Gouvernement pour encadrer cette concertation paritaire, le cas échéant, ainsi que pour accorder, si nécessaire, un financement complémentaire.

Article 88.

Etant donné que les modalités de fixation du prix d'hébergement et d'intervention des organismes assureurs sont déléguées au Gouvernement (voir article 87 infra), la détermination des exigences comptables imposées aux maisons de soins psychiatriques est également déléguée au Gouvernement. Ces exigences doivent en effet être en adéquation avec les modalités du financement.

Le Gouvernement, dans la détermination des exigences comptables, doit toutefois tenir compte du fait que les maisons de soins psychiatriques sont également soumises à d'autres obligations comptables, imposées par le Code des sociétés et des associations, et par ses arrêtés d'exécution.

Article 89.

Cette disposition n'appelle pas de commentaire particulier.

Article 90.

Cet article traite de la collecte des données socio-épidémiologiques. Il s'agit, dans le chef de la maison de soins psychiatriques, d'un traitement de données à caractère personnel.

Il est précisé que les données socio-épidémiologiques sont récoltées par la maison de soins psychiatriques, directement auprès du bénéficiaire, au début de la prise en charge.

Cette collecte obéit à deux finalités :

- une finalité propre à la maison de soins psychiatriques : établir le profil des bénéficiaires en vue d'orienter le projet de service ;
- une finalité de l'Agence : la recherche et l'analyse socio-épidémiologique.

Cette seconde finalité est réalisée sur la base de données anonymisées. Néanmoins, les données nécessaires à cette finalité sont recueillies par la maison de soins psychiatriques directement auprès du bénéficiaire, et donc constituent dans son chef un traitement de données à caractère personnel.

La liste des données socio-épidémiologiques utiles à l'Agence est dès lors reprise dans le décret, afin de se conformer aux exigences du Règlement général sur la protection des données. Il n'est pas nécessaire ici de détailler la pertinence de chaque donnée, puisque toutes, une fois anonymisées, sont nécessaires à la réalisation par l'Agence de recherches et d'analyses socio-épidémiologiques. C'est ce traitement anonymisé qui justifie la collecte de ces données.

Les données récoltées par la maison de soins psychiatriques sont envoyées de manière anonymisées à l'Agence. Il est prévu que l'envoi se réalise par voie électronique, de façon groupée, une fois par an.

L'Agence, sur la base de ces données, procède aux recherches et analyses socio-épidémiologiques, et communique les résultats de celles-ci à la maison de soins psychiatriques.

Les recherches et analyses sont également publiées selon les modalités arrêtées par le Gouvernement.

L'Autorité de protection des données estime qu'il faudrait davantage préciser les finalités du traitement des données par l'Agence. C'est oublier que l'Agence ne reçoit, et donc ne traite, que des données anonymisées, de sorte que l'Agence ne traite pas de données à caractère personnel. Dès lors, il peut être laissé toute latitude à l'Agence pour réaliser les études qu'elle estime utiles, sans que la protection des données à caractère personnel puisse en aucune façon être menacée.

L'Autorité de protection des données recommande d'utiliser des données pseudonymisées. Ce n'est pas l'option retenue.

Enfin, l'Autorité de protection des données recommande de modifier le libellé de certaines données. Ces modifications n'ont été retenues que lorsque le libellé initial créait une réelle possibilité de remettre en cause l'anonymisation des données.

Les données non anonymisées sont conservées par la maison de soins psychiatriques et insérées dans le dossier individuel du bénéficiaire concerné. L'objectif de cette intégration est de concentrer dans un seul dossier toutes les données personnelles concernant un bénéficiaire, d'autant plus que les données socio-épidémiologiques sont pertinentes pour la prise en charge du bénéficiaire. Les explications relatives à ce dossier individuel sont détaillées dans le commentaire de l'article 80 (voir supra).

Article 91.

Cette disposition n'appelle pas de commentaire particulier.

Article 92.

Il convient d'éviter un développement anarchique des maisons de soins psychiatriques, celui-ci n'étant pas de nature à garantir une qualité d'accueil et de soins sur l'ensemble du territoire wallon.

C'est pourquoi il est confié au Gouvernement la mission d'établir une programmation des maisons de soins psychiatriques et des lits qui leurs sont attribués.

Cette programmation est périodique. Le Gouvernement détermine la périodicité de sa programmation. Cette exigence de périodicité vise à permettre une révision de la programmation en fonction de l'évolution de la situation démographique et socio-sanitaire du territoire wallon. En d'autres termes, la programmation a pour objectifs de mettre en adéquation l'offre et les besoins de maisons de soins psychiatriques.

Article 93.

Cet article énumère, de manière limitative, l'ensemble des conditions d'agrément que doit remplir une maison de soins psychiatriques pour obtenir son agrément.

Plusieurs de ces conditions consistent en un engagement. Il s'agit de situations relatives à des obligations imposées à la maison de soins psychiatriques qui ne peuvent être respectées que si la maison de soins psychiatriques fonctionne. Au moment de sa demande d'agrément, la maison de soins psychiatriques ne fonctionne pas encore, de sorte qu'il lui serait impossible de démontrer qu'elle respecte bien ces conditions. La maison de soins psychiatriques, pour obtenir son agrément, s'engage dès lors à remplir ces conditions. La vérification du respect des engagements pris, et donc du respect des conditions elles-mêmes, s'opère a posteriori lors du contrôle de la maison de soins psychiatriques.

La première condition d'agrément précise les formes juridiques que doivent adopter les maisons de soins psychiatriques, à savoir des personnes morales de droit public et des personnes morales de droit privé, sans but lucratif. L'objectif d'une maison de soins psychiatriques ne doit jamais être de distribuer des dividendes à ses membres. Il est également prévu la possibilité d'agréer des associations mixtes, pour autant que les membres du secteur public y soient majoritaires.

La seconde condition est l'engagement d'exercer la mission de maison de soins psychiatriques. Cette exigence est indispensable pour éviter qu'une maison de soins psychiatriques ne dévie de sa mission vers d'autres activités, mêmes liées à la santé mentale.

Trois conditions sont relatives au projet de service. Pour être agréé, la maison de soins psychiatriques doit présenter un premier projet de service. Elle doit s'engager également à rédiger un nouveau projet de service tous les trois ans, et à mettre en œuvre son projet de service.

En matière de partenariat, la maison de soins psychiatriques s'engage également à conclure une ou plusieurs conventions avec des hôpitaux psychiatriques et à adhérer à au moins une plate-forme de concertation en santé mentale.

La maison de soins psychiatriques doit également s'engager à disposer d'une équipe pluridisciplinaire conforme au décret et à ses arrêtés d'exécution. Cette condition est formulée sous la forme d'un engagement pour des raisons de droit social. Si le personnel était engagé avant l'agrément, il n'aurait pas le droit d'exercer les tâches qui lui sont dévolues tant que l'agrément n'est pas accordé, et il devrait être licencié si l'agrément venait à être refusé. Il est donc préférable que le personnel destiné à composer l'équipe pluridisciplinaire soit engagé après l'octroi de l'agrément, la maison de soins psychiatriques ayant un délai de six mois pour constituer son équipe.

La maison de soins psychiatriques doit également s'engager à organiser les concertations pluridisciplinaires prévues.

La maison de soins psychiatriques doit également s'engager à organiser une surveillance, de jour comme de nuit, des bénéficiaires.

La maison de soins psychiatriques doit disposer d'un bâtiment conforme à l'ensemble des exigences prévues par le Code wallon de l'action sociale et de la santé.

La maison de soins psychiatriques doit aussi s'engager à mettre en place pour les bénéficiaires un cadre de vie conforme à la législation.

La maison de soins psychiatriques doit également s'engager à tenir un dossier individuel pour chaque bénéficiaire, à rédiger un protocole de protection des données personnelles, et à respecter les droits accordés par le Code wallon de l'action sociale et de la santé aux bénéficiaires.

La maison de soins psychiatriques s'engage également à se conformer aux prix d'hébergement élaborés par le Gouvernement.

La maison de soins psychiatriques s'engage à récolter les données socio-épidémiologiques et à les transmettre à l'Agence sous forme anonymisée.

L'agrément ne peut être accordé à la maison de soins psychiatriques que si elle s'inscrit dans la programmation établie par le Gouvernement ou son délégué. L'objectif de cette condition d'agrément est d'assurer une répartition harmonieuse des maisons de soins psychiatriques sur le territoire de la région de langue française.

Enfin, la maison de soins psychiatriques doit s'engager à respecter des règles déontologiques, dont l'établissement est confié au Gouvernement.

Une délégation au Gouvernement est prévue pour lui permettre de préciser les conditions d'agrément, et d'ajouter, s'il l'estime nécessaire, une ou plusieurs conditions supplémentaires.

Article 94.

Une délégation au Gouvernement est prévue pour déterminer l'ensemble de la procédure d'agrément. L'objectif de cette délégation est de permettre une meilleure adaptabilité de la procédure en fonction des difficultés rencontrées lors des divers processus d'agrément.

Il est toutefois prévu que la demande d'agrément doit comprendre un formulaire reprenant le numéro d'entreprise de la maison de soins psychiatriques, et l'ensemble des engagements prévus dans les conditions d'agrément (voir supra article 93). L'utilisation de ce formulaire permet de s'assurer que les engagements de tous les candidats à l'agrément soient identiques.

L'agrément d'une maison de soins psychiatriques est à durée indéterminée. L'objectif est d'éviter toute interruption dans l'hébergement et le traitement des bénéficiaires, provoquée par des questions administratives liées à un renouvellement d'agrément.

Article 95.

Cette disposition énumère les données que doit contenir l'arrêté d'agrément. Une délégation est accordée au Gouvernement pour compléter la liste de ces données.

Article 96.

Il est fait obligation à la maison de soins psychiatriques d'indiquer dans toutes ses communications qu'elle est agréée par la Région wallonne.

Cette obligation vise à éviter que des organismes ne s'intitulent « maison de soins psychiatriques » sans qu'aucun contrôle n'ait pu être effectué quant à leur compétence et leur capacité à remplir correctement la mission dévolue par le présent décret aux maisons de soins psychiatriques.

Article 97.

Cette disposition n'appelle pas de commentaire particulier.

Article 98.

Cette disposition concerne l'évaluation des activités de la maison de soins psychiatriques. Les modalités de cette évaluation sont confiées au Gouvernement. Il est toutefois précisé que cette évaluation doit s'effectuer de manière participative, en partenariat entre la maison de soins psychiatriques et l'Agence. Cette évaluation est périodique ; il appartiendra au Gouvernement de préciser cette périodicité en fonction des besoins ou des nécessités.

Article 99.

Cette disposition évoque le contrôle de la maison de soins psychiatriques. Ce contrôle porte aussi bien sur les aspects administratifs que sur les aspects financiers. Ce contrôle est effectué par les membres du personnel de l'Agence désignés à cette fin. Ces membres du personnel se voient reconnaître certains pouvoirs d'investigations nécessaires à l'exercice de leur mission. Une délégation est donnée au Gouvernement pour préciser les limites et modalités d'exercice de ces pouvoirs d'investigations.

L'Autorité de protection des données recommande qu'à l'alinéa 4, seuls les informations et documents nécessaires au contrôle puissent être demandés. Etant donné qu'une protection particulière est par ailleurs accordée aux données à caractère personnel (voir ci-dessous), il ne s'indique pas de limiter aussi restrictivement les pouvoirs d'investigations des membres du personnel de l'Agence dès lors que ces informations ou documents ne concernent pas des données à caractère personnel.

Une protection particulière est accordée aux données à caractère personnel. Il est demandé à la maison de soins psychiatriques d'anonymiser pour autant que possible ces données. De même, les membres du personnel de l'Agence en charge du contrôle veillent à ne demander des données à caractère personnel que si celles-ci sont nécessaires, adéquates et pertinentes à l'objectif de contrôle de la maison de soins psychiatriques.

Le dossier individuel bénéficie également d'une protection particulière :

- consultation par des médecins et infirmiers de l'Agence spécifiquement désignés à cette fin ;
- consultation uniquement si elle est nécessaire, adéquate et proportionnelle à l'objectif du contrôle de la maison de soins psychiatriques ;
- interdiction absolue de la consultation de certaines données relatives à l'état et l'évolution du bénéficiaire ;
- interdiction absolue de consulter la fiche de renseignement destinée à la communication des données socio-épidémiologiques.

Cette dernière interdiction se justifie par le fait que les données socio-épidémiologiques sont envoyées de façon anonymisées à l'Agence. Permettre à des membres du personnel de l'Agence de consulter ces données dans le dossier individuel reviendrait à contourner cette anonymisation (voir article 96 supra).

Enfin, la consultation de données relatives à l'état de santé d'un bénéficiaire ne peut être effectuée que par un membre du personnel de l'Agence spécifiquement désigné à cette fin.

Une délégation est donnée au Gouvernement pour déterminer les modalités de contrôle, en insistant sur la nécessité de respecter le principe du contradictoire.

Article 100.

Le retrait de l'agrément des maisons de soins psychiatriques est confié au Gouvernement. Par souci de simplification administrative, le Gouvernement peut déléguer cette tâche, sachant qu'un recours devant le Gouvernement, par l'intermédiaire de la commission d'avis sur les recours, est déjà prévu dans le Code wallon de l'action sociale et de la santé.

Les causes de ce retrait de l'agrément sont clairement précisées : il s'agit du non-respect des dispositions du chapitre du Code wallon de l'action sociale et de la santé consacré aux maisons de soins psychiatriques, et des dispositions adoptées en exécution de ce chapitre.

Afin d'assurer une pleine effectivité au retrait de l'agrément, il est prévu un délai de minimum un an entre le retrait de l'agrément et une nouvelle demande d'agrément.

Une délégation est accordée au Gouvernement pour déterminer la procédure de retrait de l'agrément. Il est précisé que le Gouvernement, dans l'exercice de cette délégation, doit veiller au caractère contradictoire de la procédure. Cela signifie qu'aucun retrait d'agrément ne pourrait être décidé sans permettre au préalable à la maison de soins psychiatriques concernée de présenter ses moyens de défense.

Les recours contre une décision de retrait de l'agrément sont prévus par ailleurs dans le Code wallon de l'action sociale et de la santé, de sorte qu'il n'est pas nécessaire de prévoir ici un recours spécifique.

Enfin, une délégation est accordée au Gouvernement ou à son délégué pour veiller à l'organisation du transfert des bénéficiaires vers une autre maison de soins psychiatriques, et la continuité de leur suivi thérapeutique. Un retrait d'agrément ne peut donc jamais être décidé au détriment des bénéficiaires.

Article 101.

La protection des bénéficiaires étant au cœur de la législation relative aux maisons de soins psychiatriques, il convient de s'assurer qu'ils ne puissent être pris en charge par une institution se présentant comme une « maison de soins psychiatriques » sans avoir jamais reçu les agréments requis.

L'article 101 est une disposition pénale qui vise à sanctionner l'exploitation d'une maison de soins psychiatriques sans agrément, sans qu'il soit fait une distinction entre l'absence de demande d'agrément, le refus ou le retrait d'agrément.

Une sanction pénale est également prévue lorsque la maison de soins psychiatriques ne respecte pas les normes imposées par la législation wallonne. Ces normes étant établies pour la sécurité et le bien-être des bénéficiaires, leur non-respect est préjudiciable à ces bénéficiaires et justifie dès lors une sanction pénale.

Enfin, une sanction pénale est prévue pour la maison de soins psychiatriques qui refuserait l'accès à ses locaux aux membres du personnel chargés du contrôle. Il s'agit également d'une sanction pénale prévue dans l'intérêt des bénéficiaires.

Section 5. Modifications relatives aux initiatives d'habitations protégées

Article 102.

Les initiatives d'habitations protégées bénéficient actuellement d'une base légale minimale, l'article 6 de la loi coordonnée du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux et autres établissements de soins. Toutes les autres dispositions les concernant sont de nature réglementaire, et adoptées sur la base de cet article 6.

L'objectif du présent décret est d'assurer aux initiatives d'habitations protégées une base décrétable plus étoffée, et d'encadrer davantage les délégations accordées au Gouvernement pour adopter les mesures d'exécution. Dans cette optique, un certain nombre de dispositions réglementaires actuellement applicables aux initiatives d'habitations protégées sont intégrées dans la base décrétable, de sorte qu'elles ne pourront désormais plus être modifiées que par décret.

L'intégration des initiatives d'habitations protégées dans le présent décret ne modifie pas en profondeur le contenu des règles qui leur sont applicables. Certaines adaptations et nouveautés ont toutefois été prévues, entre autres par analogie avec les dispositions applicables aux services de santé mentale. Ces adaptations et nouveautés sont commentées avec les articles correspondants.

Les dispositions décrétales relatives aux initiatives d'habitations protégées sont insérées dans le Code wallon de l'action sociale et de la santé sous un chapitre 1er/2, directement après le chapitre 1er/1 consacré aux maisons de soins psychiatriques.

Ce positionnement vise à souligner le caractère résidentiel de l'initiative d'habitations protégées et le fait que celle-ci constitue une ouverture vers la réintégration dans la vie sociale.

Article 103.

Cette disposition n'appelle pas de commentaire particulier.

Article 104.

Cette disposition fournit quelques définitions applicables au chapitre 1er/2.

Dans la réglementation actuelle, la personne prise en charge par une initiative d'habitations protégées est qualifiée « d'habitant ». Désormais, la personne prise en charge par une initiative d'habitations protégées est désignée sous le vocable « bénéficiaire ». Cette terminologie vise à introduire dans la philosophie de la législation relative aux initiatives d'habitations protégées la réalité de ces institutions. L'image légale de l'initiative d'habitations protégées passe en effet d'une perception d'une institution de logement, à laquelle fait référence le terme « habitant », vers la perception d'un service individualisé de qualité, centré sur les besoins spécifiques et le bien-être du « bénéficiaire ». S'il s'agit d'une modification fondamentale de la philosophie des textes, ce changement correspond à la réalité quotidienne des initiatives d'habitations protégées, où le bénéficiaire est l'élément central autour duquel s'organise toute l'activité.

Les autres définitions n'appellent pas de commentaire particulier.

Article 105.

L'article 105 définit la mission dévolue aux initiatives d'habitations protégées. Cette mission était, jusqu'à présent, définie par l'article 2 de l'arrêté royal du 10 juillet 1990 fixant les normes d'agrément des initiatives d'habitations protégées pour des patients psychiatriques.

La mission des initiatives d'habitations protégées se définit en deux axes, qui doivent être systématiquement réunis :

- l'hébergement ;
- l'accompagnement.

Les destinataires de ces axes sont certaines personnes limitativement énumérées à l'article 538/51 du Code wallon de l'action sociale et de la santé (voir article 110 ci-dessous).

L'initiative d'habitations protégées assure l'hébergement, de jour comme de nuit. L'initiative d'habitations protégées est une institution résidentielle. Diverses normes sont prévues pour assurer un hébergement de qualité.

L'accompagnement vise à l'acquisition d'aptitudes sociales par les bénéficiaires. Des activités de jour adaptées doivent dès lors être organisées. Des dispositions sont également prévues concernant le cadre de vie des bénéficiaires.

Articles 106 et 107.

Ces dispositions n'appellent pas de commentaire particulier.

Article 108.

La réglementation actuelle ne prévoit pas de structuration obligatoire des projets, activités et actions de l'initiative d'habitations protégées dans un document unique.

Par analogie avec les dispositions applicables aux services de santé mentale, il est désormais imposé aux initiatives d'habitations protégées l'élaboration d'un projet de service.

Le contenu du projet de service est défini. Il englobe l'ensemble des projets et actions de l'initiative d'habitations protégées.

Afin d'aider à l'élaboration du projet de service, le décret énumère certains éléments qui doivent figurer dans le projet de service, ce qui devrait aider à la rédaction de celui-ci, tout en laissant au Gouvernement le soin de compléter ou préciser ce contenu.

Le projet de service doit être centré sur le bénéficiaire, ce qui traduit la philosophie détaillée dans la mission. C'est en effet le bénéficiaire et ses besoins qui permettent de déterminer les projets et actions à entreprendre par l'initiative d'habitations protégées, et à intégrer dans le projet de service.

Le projet de service est communiqué par l'initiative d'habitations protégées à l'Agence. Une délégation est donnée au Gouvernement pour déterminer les modalités de cette communication.

Le projet de service doit être approuvé par le Gouvernement ou son délégué. Il a une période de validité maximale de cinq ans. L'initiative d'habitation protégée détermine donc la durée de validité de son projet de service, pour autant que cette durée n'excède pas cinq ans.

Il doit toutefois faire l'objet d'une modification avant l'expiration de ce délai en cas de demande de modification de l'agrément.

Article 109.

Cette disposition n'appelle pas de commentaire particulier.

Article 110.

Cet article détermine les conditions à remplir pour devenir bénéficiaire d'une initiative d'habitations protégées. Ces conditions sont reprises de la définition de la mission des initiatives d'habitations protégées.

Ces conditions ne sont pas modifiées. Le décret sera donc sans incidence sur les bénéficiaires des initiatives d'habitations protégées : aucun ne risque de perdre sa place dans une initiative d'habitations protégées du seul fait de l'entrée en vigueur du présent décret.

Une obligation est imposée aux initiatives d'habitations protégées : celle de reprendre dans un règlement les conditions et la procédure d'admission, d'exclusion et de départ des bénéficiaires. Cette obligation vise à instaurer un principe d'égalité de traitement et de transparence pour tous les bénéficiaires et pour toute personne qui demande son admission dans une initiative d'habitations protégées.

Ce règlement doit être communiqué à tous les bénéficiaires et à l'Agence, ainsi qu'à toute personne souhaitant intégrer l'initiative d'habitations protégées.

Une délégation est accordée au Gouvernement pour déterminer le contenu de ce règlement et les conditions minimales exigées.

Article 111.

Cet article prévoit qu'un bénéficiaire peut être admis temporairement en hôpital. Il est précisé que cette hospitalisation temporaire ne met pas fin à sa qualité de bénéficiaire de l'initiative d'habitations protégées, puisqu'il réintègre l'initiative d'habitations protégées à l'issue de son hospitalisation.

Une réserve à ce principe de réintégration est toutefois prévue pour l'hypothèse où le bénéficiaire hospitalisé cesserait de remplir les conditions pour être bénéficiaire d'une initiative d'habitations protégées. En d'autres termes, le principe de réintégration du bénéficiaire hospitalisé disparaît dès lors que son état de santé mentale ou physique implique un traitement hospitalier permanent.

Article 112.

Cette disposition n'appelle pas de commentaire particulier.

Article 113.

Afin d'assurer un partenariat entre l'initiative d'habitations protégées et d'autres institutions de santé mentale, il est prévu que l'initiative d'habitations protégées doit compter parmi ses membres certaines catégories d'institutions, en l'occurrence un hôpital psychiatrique et un service de santé mentale.

Dans l'hypothèse où l'initiative d'habitations protégées ne compterait pas parmi ses membres une catégorie de ces institutions, elle doit conclure une convention de collaboration avec une institution de cette catégorie. Une délégation au Gouvernement ou à son délégué est accordée pour déterminer le contenu et le modèle de cette convention.

Article 114.

Le présent décret confie aux plates-formes de concertation en santé mentale des missions transversales très importantes, tant en matière d'offre que de qualité des soins de santé mentale (voir article 273 ci-dessous).

Afin de permettre aux plates-formes de concertation en santé mentale d'accomplir pleinement leurs missions, il est indispensable d'imposer aux initiatives d'habitations protégées d'adhérer à au moins une plate-forme de concertation en santé mentale.

Article 115.

Cette disposition n'appelle pas de commentaire particulier.

Article 116.

Cette disposition impose une gestion séparée pour l'initiative d'habitations protégées. Il convient en effet de ne pas confondre l'initiative d'habitations protégées avec les institutions qui en sont membres.

Article 117.

Il est prévu que l'initiative d'habitations protégées doit disposer du personnel suffisant pour accomplir sa mission. Ce personnel est réparti entre différentes fonctions. Une délégation est accordée au Gouvernement pour déterminer ces différentes fonctions.

Une délégation est également accordée au Gouvernement pour déterminer les diplômes et qualifications requises pour exercer chacune des fonctions.

Article 118.

En principe, le personnel d'une initiative d'habitations protégées doit être du personnel salarié. Aucune distinction n'est faite entre le personnel statutaire du secteur public sous statut, et le personnel contractuel lié au pouvoir organisateur par un contrat de travail.

Une délégation est accordée au Gouvernement, ou à son délégué, pour autoriser le recours, pour certaines fonctions, à des prestataires indépendants lié à l'initiative d'habitations protégées par une convention. L'objectif est de faciliter le recrutement par les initiatives d'habitations protégées de ces prestataires. Les fonctions visées et les conditions de ce recours à des prestataires indépendants doivent également être fixées par le Gouvernement ou son délégué.

Une délégation est également accordée au Gouvernement, ou à son délégué, pour déterminer le contenu, les conditions et les modalités de cette convention de collaboration.

Article 119.

Une délégation est accordée au Gouvernement pour déterminer le mode de calcul du nombre minimal de personnes nécessaires pour l'exercice de chacune des fonctions.

Le Gouvernement a donc, pour chaque fonction, la possibilité, soit de fixer un nombre minimal fixe de personnes, soit d'élaborer un mode de calcul, par exemple en fonction du nombre de bénéficiaires.

Article 120.

Afin d'assurer la coordination et la cohérence des interventions des diverses fonctions actives autour des bénéficiaires, il est indispensable que le pouvoir organisateur désigne une personne ayant pour tâche d'assurer la coordination de l'équipe pluridisciplinaire.

Une délégation est accordée au Gouvernement pour déterminer les qualifications minimales que doit avoir cette personne chargée de la coordination.

Le Gouvernement est également chargé de déterminer les tâches spécifiques qui devraient être confiées à cette personne chargée de la coordination.

Article 121.

Dans l'intérêt des bénéficiaires, et vu la diversité des fonctions qui agissent autour d'eux, il est indispensable de prévoir une concertation pluridisciplinaire entre tous les membres de l'équipe.

Une délégation est accordée au Gouvernement pour fixer la périodicité minimale, le contenu et les modalités de cette concertation.

Article 122.

L'état de santé mentale des bénéficiaires permet de ne pas assurer de présence permanente du personnel dans l'habitation protégée. Néanmoins, les bénéficiaires doivent avoir la possibilité d'entrer en contact à tout moment avec un membre du personnel.

Une délégation est accordée au Gouvernement pour déterminer les modalités de ce contact.

Article 123.

Le personnel salarié est soumis à l'autorité de son employeur. Dans une initiative d'habitations protégées, cette autorité, mal exercée, pourrait être de nature à priver les bénéficiaires des soins adéquats et nécessaires justifiés par leur état de santé mentale.

Afin d'éviter un interventionnisme abusif du pouvoir organisateur, il est expressément prévu que celui-ci doit respecter la liberté thérapeutique des membres de l'équipe pluridisciplinaire.

Article 124.

Cette disposition n'appelle pas de commentaire particulier.

Article 125.

Cette disposition insère dans le Code wallon de l'action sociale et de la santé un article relatif au secret professionnel.

Ce secret professionnel s'impose non seulement aux membres de l'équipe pluridisciplinaire, mais également au pouvoir organisateur.

La violation du secret professionnel est érigée en infraction pénale, sanctionnée conformément à l'article 458 du Code pénal.

Article 126.

Cette disposition n'appelle pas de commentaire particulier.

Article 127.

Cet article détermine le nombre de places dont doit disposer une initiative d'habitations protégées.

Vu l'encadrement exigé, un minimum de 3 places est souhaitable pour que l'initiative d'habitations protégées soit rentable. Ce minimum de 3 places n'est pas une nouveauté, il figurait déjà à l'article 4 de l'arrêté royal du 10 juillet 1990 fixant les normes d'agrément des initiatives d'habitations protégées pour des patients psychiatriques.

Afin de garantir l'objectif de réintégration sociale des bénéficiaires, le nombre maximal de places est fixé à 10. Ce nombre maximal était déjà prévu à l'article 4 de l'arrêté royal du 10 juillet 1990 fixant les normes d'agrément des initiatives d'habitations protégées pour des patients psychiatriques.

Toutefois, certaines initiatives d'habitations protégées, sur la base de l'arrêté royal du 10 juillet 1990 fixant les normes d'agrément des initiatives d'habitations protégées pour des patients psychiatriques, ont été agréées pour un nombre de places inférieur à 3. Une disposition dérogatoire est dès lors prévue pour permettre à ces initiatives d'habitations protégées de conserver ce nombre de places. Cette disposition dérogatoire permet également d'envisager le dépassement du nombre maximal de 10 places.

Article 128.

L'initiative d'habitations protégées doit être clairement distincte de l'hôpital psychiatrique. C'est pourquoi il est exigé qu'elle soit localisée en dehors du campus d'un hôpital psychiatrique. Cette exigence n'est pas nouvelle, puisqu'elle figurait déjà à l'article 7 de l'arrêté royal du 10 juillet 1990 fixant les normes d'agrément des initiatives d'habitations protégées pour des patients psychiatriques.

Par ailleurs, le bien-être psychique des bénéficiaires implique qu'ils puissent, dans la mesure du possible, disposer d'une vie sociale. Afin de leur assurer cette vie sociale, il est exigé que l'initiative d'habitations protégées soit implantée dans la communauté de vie locale. Cette exigence figurait déjà à l'article 7 de l'arrêté royal du 10 juillet 1990 fixant les normes d'agrément des initiatives d'habitations protégées pour des patients psychiatriques.

Dans la mesure où le bien-être des bénéficiaires peut être assuré, une possibilité de dérogation est accordée au Gouvernement ou à son délégué, de manière à leur permettre d'autoriser, dans certaines circonstances particulières, d'autres implantations.

Article 129.

Une exigence nouvelle est que toutes les chambres des initiatives d'habitations protégées soient individuelles. Cette exigence est indispensable pour assurer un minimum d'intimité aux bénéficiaires. Il est toutefois permis au Gouvernement ou à son délégué d'autoriser des dérogations au caractère individuel de la chambre, pour autant que ces dérogations prennent en considération l'intérêt des bénéficiaires.

L'article 129 délègue au Gouvernement la détermination des espaces communs, et de leurs caractéristiques.

En ce qui concerne les critères de salubrité (éclairage, ventilation, etc...), il est renvoyé à la législation et la réglementation applicables à la salubrité des logements. Une délégation est toutefois accordée au Gouvernement pour élaborer des normes spécifiques.

Enfin, délégation est accordée au Gouvernement pour déterminer les superficies et les volumes de chaque pièce de l'initiative d'habitations protégées.

Article 130.

L'initiative d'habitations protégées, en tant qu'établissement résidentiel, doit faire l'objet de mesures spécifiques concernant la protection contre l'incendie.

Une délégation au Gouvernement est accordée pour déterminer les normes de protection contre l'incendie applicables.

Article 131.

Cet article érige en obligation le fait que l'initiative d'habitations protégées dispose d'un espace extérieur.

Il s'agit d'une obligation nouvelle. Dès lors, certaines initiatives d'habitations protégées actuellement agréées ne disposent pas d'un espace extérieur. Afin de leur permettre de poursuivre leurs activités au profit des bénéficiaires, une dérogation à l'obligation de disposer d'un espace extérieur est prévue.

Il est accordé au Gouvernement, ou à son délégué, la possibilité d'autoriser une dérogation à l'obligation d'avoir un espace extérieur, pour autant que cette dérogation prenne en considération l'intérêt des bénéficiaires.

Article 132.

Les initiatives d'habitations protégées doivent désormais être accessibles aux personnes à mobilité réduite.

Les normes applicables à l'accessibilité aux personnes à mobilité réduite sont celles édictées par le règlement régional d'urbanisme (voir définitions, article 104 supra). Ces normes étant applicables à tous les bâtiments publics, il n'est pas paru opportun d'édicter des normes spécifiques d'accessibilité pour les initiatives d'habitations protégées.

Une dérogation est accordée aux initiatives d'habitation déjà agréées qui ne seraient pas accessibles aux personnes à mobilité réduite. L'objectif est de leur permettre de poursuivre leurs activités au profit des bénéficiaires.

Une possibilité est laissée au Gouvernement ou à son délégué d'accorder une dérogation à l'obligation d'accessibilité aux personnes à mobilité réduite. Le Gouvernement ou son délégué détermine les conditions de cette dérogation.

Une délégation est accordée au Gouvernement pour adopter les mesures nécessaires à l'exécution de cet article.

Article 133.

Cette disposition n'appelle pas de commentaire particulier.

Article 134.

Cette disposition décrit les conditions de vie qui doivent être assurées dans l'initiative d'habitations protégées. Une délégation est accordée au Gouvernement pour adopter toutes les mesures nécessaires à la réalisation de ces exigences.

Article 135.

La relation entre l'initiative d'habitations protégées et le bénéficiaire est régie par un contrat de séjour. Une délégation est accordée au Gouvernement pour déterminer les conditions minimales de ce contrat de séjour, outre les mentions exigées par la présente disposition.

La vie communautaire au sein de l'initiative d'habitations protégées est régie par un règlement d'ordre intérieur. Le Gouvernement reçoit délégation pour déterminer le contenu de ce règlement d'ordre intérieur, et les conditions qu'il peut ou qu'il ne peut pas imposer aux bénéficiaires.

Le règlement d'ordre intérieur est signé par le bénéficiaire au moment de son admission.

Article 136.

Cette disposition n'appelle pas de commentaire particulier.

Article 137.

Le dossier individuel est fondamental d'une part parce qu'il est indispensable pour une prise en charge et un suivi efficace des bénéficiaires, d'autre part parce qu'il est le réceptacle de toutes les données à caractère personnel des bénéficiaires traitées par l'initiative d'habitations protégées.

Les dispositions relatives à ce dossier individuel doivent être en conformité avec le règlement (UE) n° 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, et abrogeant la directive 95/46/CE (règlement général sur la protection des données).

La collecte de données contenues dans le dossier individuel est limitée aux seules données médicales, sociales et administratives nécessaires, adéquate et pertinentes pour la prise en charge et la continuité des soins. Cette formulation vise à placer le dossier individuel en conformité avec le principe de minimisation des données personnelles conservées et traitées contenu dans le règlement général sur la protection des données et préconisé par l'Autorité de protection des données. Il appartient aux membres de l'équipe pluridisciplinaire de procéder à l'analyse des données récoltées afin de décider si elles sont nécessaires, adéquates et pertinentes, et doivent dès lors être conservées dans le dossier

individuel, ou si, au contraire, elles ne présentent pas ces caractéristiques et doivent être immédiatement effacées.

Afin de guider les membres de l'équipe pluridisciplinaire dans cette analyse, le décret énumère la liste des données qui doivent être reprises dans le dossier individuel. Cette liste est issue de celle établie par le législateur fédéral pour le dossier du patient (voir article 33 de la loi du 22 avril 2019 relative à la qualité de la pratique des soins). Le dossier individuel prévu par le Code wallon de l'action sociale et de la santé correspond au dossier du patient prévu par le législateur fédéral, avec toutefois quelques éléments supplémentaires, eu égard au fait que le dossier individuel est alimenté par l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire, et pas uniquement par les prestataires de soins au sens de la législation fédérale. Vu cette correspondance, il est exclu de ne pas reprendre dans le dossier individuel des éléments repris dans le dossier du patient par le législateur fédéral.

La première donnée concerne l'identification du bénéficiaire, pour laquelle ont été reprises les données exigées par le législateur fédéral. Il y a été ajouté le prénom, puisque celui-ci est indispensable pour individualiser le bénéficiaire par rapport aux membres de sa famille.

La seconde donnée est l'identification du médecin généraliste du bénéficiaire, exigée par le législateur fédéral. Il y est ajouté l'identification du médecin ou autre professionnel de santé référencé par le bénéficiaire.

La troisième donnée est l'identification des membres de l'équipe pluridisciplinaire qui interviennent dans la prise en charge du bénéficiaire. Cela comprend l'identification du professionnel de santé en charge, telle que prévue par le législateur fédéral.

La quatrième donnée est l'identification des membres du réseau. Cette donnée n'est pas exigée par le législateur fédéral, le réseau étant propre à la santé mentale. Il est toutefois essentiel de l'introduire dans le dossier individuel, car le réseau est susceptible d'intervenir durant tout le processus de prise en charge du bénéficiaire ; ne pas inclure ces données reviendrait donc à devoir en permanence reconstituer un nouveau réseau, ce qui serait préjudiciable au bénéficiaire.

La cinquième donnée reprend le motif de la demande d'admission ou la problématique au moment de la demande d'admission. Cela correspond au motif de contact et à la problématique au moment de la consultation, exigés par le législateur fédéral. Les termes sont ici un peu différents, conformes à la terminologie utilisée dans le Code wallon de l'action sociale et de la santé.

La sixième donnée reprend les antécédents personnels et familiaux du bénéficiaire. Il s'agit d'une exigence du législateur fédéral, néanmoins très utile pour la prise en charge du bénéficiaire.

La septième donnée reprend les résultats d'examens. Il s'agit d'une exigence du législateur fédéral. Le texte précise toutefois que ces examens doivent être utiles à la prise en charge du bénéficiaire. Le rôle du dossier individuel n'est effectivement pas de centraliser tous les examens médicaux qu'aurait pu passer un bénéficiaire, ce rôle est dévolu au dossier du patient tenu par son médecin généraliste. C'est la raison pour laquelle cette donnée est minimisée à ce qui est utile à la prise en charge du bénéficiaire.

La huitième donnée reprend les notes pertinentes des entretiens avec le bénéficiaire, d'autres professionnels des soins de santé ou des tiers. Le législateur fédéral évoque pour sa part un compte-rendu. Le terme « notes pertinentes » a été retenu afin de ne pas imposer aux membres de l'équipe pluridisciplinaire une surcharge de travail qu'imposerait la rédaction de comptes-rendus après chaque entretien, la prise de note lors de cet entretien suffit.

La neuvième donnée reprend les attestations, rapports ou avis reçus du bénéficiaire ou de tiers. Cette donnée correspond également à une exigence du législateur fédéral.

La dixième donnée reprend les objectifs de santé et les déclarations d'expression de la volonté reçues du bénéficiaire. Cette donnée, requise par le législateur fédéral, présente une utilité certaine, puisqu'elle permet de cadrer la prise en charge du bénéficiaire.

La onzième donnée est le diagnostic. Cette donnée correspond également à une exigence du législateur fédéral. Elle conditionne bien évidemment le contenu de la prise en charge du bénéficiaire.

La douzième donnée correspond à la caractérisation du bénéficiaire, telle qu'exigée par le législateur fédéral. Cette caractérisation justifie la prise en charge par l'initiative d'habitations protégées, puisqu'elle démontre que le bénéficiaire ne nécessite pas un suivi en milieu hospitalier.

La treizième donnée reprend un aperçu chronologique des soins et prestations dispensés. Il s'agit d'une exigence du législateur fédéral pour les soins, à laquelle ont été ajoutées les prestations, puisque l'initiative d'habitations protégées ne se limite pas à prodiguer des soins au sens de la législation fédérale.

La quatorzième donnée reprend l'évolution de la pathologie. Ce terme de « pathologie » a été préféré au terme « affection » prévu par le législateur fédéral, car il correspond mieux au domaine de la santé mentale. Le terme « affection » fait en effet davantage référence à un agent pathogène externe, alors que les problèmes de santé mentale sont, le plus souvent, issus d'éléments intrinsèques à la personne, sans intervention d'agents pathogènes externes à celle-ci.

La quinzième donnée reprend les renvois vers d'autres professionnels des soins de santé, services ou tiers. Cette exigence du législateur fédéral est indispensable pour assurer la complétude de la prise en charge du bénéficiaire.

La seizième donnée reprend les médicaments, en ce compris le schéma de médication. C'est également une exigence du législateur fédéral, indispensable au suivi du bénéficiaire dès lors que son traitement implique la prise de médicaments.

La dix-septième donnée reprend les complications ou comorbidités qui nécessitent un traitement complémentaire. Cette exigence du législateur fédéral est très importante pour l'initiative d'habitations protégées, puisqu'elle a un impact direct sur le réaménagement de la prise en charge du bénéficiaire.

La dix-huitième donnée est la mention que des informations ont été communiquées, avec l'accord du bénéficiaire, à une personne de confiance ou au bénéficiaire en présence d'une personne de confiance et l'identité de cette personne de confiance. Cette mention, exigée également par le législateur fédéral, est l'indication de l'exercice par le bénéficiaire d'un droit qui lui est reconnu par la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient.

La dix-neuvième donnée est la demande expresse du bénéficiaire de ne pas lui fournir d'informations. La reprise de cette demande dans le dossier individuel, exigée également par le législateur fédéral, est l'indication de l'exercice par le bénéficiaire d'un droit qui lui est reconnu par la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient.

La vingtième donnée est la motivation du fait de ne pas divulguer des informations au bénéficiaire. Cette motivation, exigée également par le législateur fédéral, justifie le fait qu'il n'est pas satisfait à l'exercice par le bénéficiaire d'un droit qui lui est reconnu par la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient.

La vingt-et-unième donnée est la demande du bénéficiaire en application du paragraphe 3 de se faire assister par une personne de confiance désignée par lui ou d'exercer son droit de consultation par l'entremise de celle-ci ainsi que l'identité de cette personne de confiance. La reprise de cette demande dans le dossier individuel, exigée également par le législateur fédéral, est l'indication de l'exercice par le bénéficiaire d'un droit qui lui est reconnu tant par le Code wallon de l'action sociale de la santé que par la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient.

La vingt-deuxième donnée est la motivation du rejet total ou partiel de la demande d'un représentant du bénéficiaire visant à obtenir la consultation ou une copie du dossier du bénéficiaire. Cette motivation, exigée également par le législateur fédéral, justifie le fait qu'il n'est pas satisfait à l'exercice par le représentant du bénéficiaire d'un droit qui lui est reconnu par la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient.

La vingt-troisième donnée est la motivation de la dérogation à la décision prise par un représentant du bénéficiaire. Cette motivation, exigée également par le législateur fédéral, justifie le fait qu'il est dérogé à l'exercice par le représentant du bénéficiaire d'un droit qui lui est reconnu par la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient.

La vingt-quatrième donnée est le tarif appliqué au bénéficiaire. L'initiative d'habitations protégées est amenée à appliquer certains tarifs déterminés par le Gouvernement. L'indication du tarif dans le dossier individuel a pour objectif d'appliquer à chaque bénéficiaire le bon tarif, et d'éviter les erreurs de facturation. L'insertion de cette donnée dans le dossier individuel évite la création d'une base de données séparée, contenant des données à caractère personnel, pour la facturation.

Enfin, la vingt-cinquième et dernière donnée reprend les données socio-épidémiologiques reprises à l'article 538/82 du Code wallon de l'action sociale et de la santé (voir article 156 infra). Il s'agit de données que l'initiative d'habitations protégées collecte de façon individualisée auprès de chaque bénéficiaire, et transmet de façon anonymisée à l'Agence. Etant donné qu'il s'agit de données personnelles dans le chef de l'initiative d'habitations protégées, il est préférable de les insérer dans le dossier individuel plutôt que de les conserver de manière séparée. L'objectif est d'éviter l'éparpillement des données personnelles relatives à un bénéficiaire.

Le dossier individuel correspondant au dossier du patient prévu par le législateur fédéral, il est indispensable d'aligner la durée de conservation du dossier individuel sur celle retenue par le législateur fédéral pour le dossier du patient. Le délai de conservation est donc de minimum 30 ans après le dernier contact et de maximum 50 ans après ce dernier contact, par analogie avec l'article 35 de la loi du 22 avril 2019 précitée.

Le dossier individuel doit être tenu à jour et conservé dans un lieu sûr, de manière à garantir sa parfaite confidentialité.

Le bénéficiaire a le droit de consulter son dossier individuel. Les conditions et modalités de cette consultation sont calquées sur celles prévues pour la consultation du dossier du patient, telles que prévues à l'article 9 § 2 de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient.

Le bénéficiaire a également le droit d'obtenir copie totale ou partielle de son dossier individuel. Les modalités sont celles prévues pour l'obtention d'une copie du dossier du patient par l'article 9 § 3 de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient. La rémunération éventuelle des copies, envisagée par l'article 9 § 3 précité, n'est toutefois pas prévue pour le dossier individuel.

Enfin, la possibilité pour certains membres de la famille d'un bénéficiaire décédé de consulter le dossier individuel est calquée sur la possibilité similaire prévue pour le dossier du patient par l'article 9 § 4 de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient.

Article 138.

Cet article rappelle l'obligation pour l'initiative d'habitations protégées de se conformer au règlement général sur la protection des données.

Il n'est pas nécessaire a priori de rappeler cette obligation, puisque ledit règlement s'impose par lui-même, mais cette inclusion dans le Code wallon de l'action sociale et de la santé permet à l'Agence d'obtenir copie du protocole de protection des données élaboré par l'initiative d'habitations protégées. Il ne s'agit pas pour l'Agence de se substituer aux autorités compétentes en matière de protection des données, mais de s'assurer simplement que l'initiative d'habitations protégées se conforme formellement à ses obligations en matière de protection des données personnelles.

Article 139.

Cette disposition n'appelle pas de commentaire particulier.

Article 140.

Cette disposition accorde à tout bénéficiaire le droit d'obtenir un certain nombre d'informations sur l'initiative d'habitations protégées. L'énumération de ces informations à communiquer n'appelle pas de commentaire particulier.

Une délégation est prévue au Gouvernement pour lui permettre de préciser les informations communiquées, et d'en ajouter d'autres le cas échéant.

La pluridisciplinarité étant une caractéristique essentielle de l'initiative d'habitations protégées, le texte prévoit également, dans le chef du bénéficiaire, une présomption d'acceptation de ce caractère pluridisciplinaire.

Article 141.

Cette disposition garantit la continuité des soins et l'évaluation du processus thérapeutique. IL s'agit d'une garantie fondamentale pour le bénéficiaire.

Article 142.

Cet article vise à garantir l'autonomie financière des bénéficiaires. Il interdit dès lors à l'initiative d'habitations protégées, à ses administrateurs et membres de l'équipe pluridisciplinaire de gérer l'argent ou les biens des bénéficiaires.

Une exception est toutefois prévue. Les dispositions fédérales relatives aux personnes protégées, contenues dans le Code civil, peuvent amener, pour diverses raisons, à ce qu'un administrateur ou un membre de l'équipe pluridisciplinaire soit désigné par décision de justice comme administrateur de biens d'un bénéficiaire ayant le statut de personne protégée. La législation wallonne ne peut avoir pour effet de restreindre le pouvoir décisionnel du juge dans les mesures à mettre en œuvre en faveur des personnes protégées.

Article 143.

Cette disposition n'appelle pas de commentaire particulier.

Article 144.

L'initiative d'habitations protégées étant soumise à un financement paritaire, l'article 144 organise la concertation pour la détermination du prix d'hébergement.

Une délégation est prévue au Gouvernement pour encadrer cette concertation paritaire, le cas échéant, ainsi que pour accorder, si nécessaire, un financement complémentaire.

Article 145.

Etant donné que les modalités de fixation du prix d'hébergement et d'intervention des organismes assureurs sont déléguées au Gouvernement (voir article 144 supra), la détermination des exigences comptables imposées aux initiatives d'habitations protégées est également déléguée au Gouvernement. Ces exigences doivent en effet être en adéquation avec les modalités du financement.

Le Gouvernement, dans la détermination des exigences comptables, doit toutefois tenir compte du fait que les initiatives d'habitations protégées sont également soumises à d'autres obligations comptables, imposées par le Code des sociétés et des associations, et par ses arrêtés d'exécution.

Article 146.

Cette disposition n'appelle pas de commentaire particulier.

Article 147.

Cet article traite de la collecte des données socio-épidémiologiques. Il s'agit, dans le chef de l'initiative d'habitations protégées, d'un traitement de données à caractère personnel.

Il est précisé que les données socio-épidémiologiques sont récoltées par l'initiative d'habitations protégées, directement auprès du bénéficiaire, au début de la prise en charge.

Cette collecte obéit à deux finalités :

- une finalité propre à l'initiative d'habitations protégées : établir le profil des bénéficiaires en vue d'orienter le projet de service ;
- une finalité de l'Agence : la recherche et l'analyse socio-épidémiologique.

Cette seconde finalité est réalisée sur la base de données anonymisées. Néanmoins, les données nécessaires à cette finalité sont recueillies par l'initiative d'habitations protégées directement auprès du bénéficiaire, et donc constituent dans son chef un traitement de données à caractère personnel.

La liste des données socio-épidémiologiques utiles à l'Agence est dès lors reprise dans le décret, afin de se conformer aux exigences du Règlement général sur la protection des données. Il n'est pas nécessaire ici de détailler la pertinence de chaque donnée, puisque toutes, une fois anonymisées, sont nécessaires à la réalisation par l'Agence de recherches et d'analyses socio-épidémiologiques. C'est ce traitement anonymisé qui justifie la collecte de ces données.

Les données récoltées par l'initiative d'habitations protégées sont envoyées de manière anonymisées à l'Agence. Il est prévu que l'envoi se réalise par voie électronique, de façon groupée, une fois par an.

L'Agence, sur base de ces données, procède aux recherches et analyses socio-épidémiologiques, et communique les résultats de celles-ci à l'initiative d'habitations protégées.

Les recherches et analyses sont également publiées selon les modalités arrêtées par le Gouvernement.

Les données non anonymisées sont conservées par l'initiative d'habitations protégées et insérées dans le dossier individuel du bénéficiaire concerné. L'objectif de cette intégration est de concentrer dans un

seul dossier toutes les données personnelles concernant un bénéficiaire. Les explications relatives à ce dossier individuel sont détaillées dans le commentaire de l'article 137 (voir supra).

Article 148.

Cette disposition n'appelle pas de commentaire particulier.

Article 149.

Il convient d'éviter un développement anarchique des initiatives d'habitations protégées, celui-ci n'étant pas de nature à garantir une qualité d'accueil et de soins sur l'ensemble du territoire wallon.

C'est pourquoi il est confié au Gouvernement la mission d'établir une programmation des initiatives d'habitations protégées et des places qui leurs sont attribués.

Cette programmation est périodique. Le Gouvernement détermine périodicité de sa programmation. Cette exigence de périodicité vise à permettre une révision de la programmation en fonction de l'évolution de la situation démographique et socio-sanitaire du territoire wallon. En d'autres termes, la programmation a pour objectifs de mettre en adéquation l'offre et les besoins d'initiatives d'habitations protégées.

Article 150.

Cet article énumère, de manière limitative, l'ensemble des conditions d'agrément que doit remplir une initiative d'habitations protégées pour obtenir son agrément.

Plusieurs de ces conditions consistent en un engagement. Il s'agit de situations relatives à des obligations imposées à l'initiative d'habitations protégées qui ne peuvent être respectées que si l'initiative d'habitations protégées fonctionne. Au moment de sa demande d'agrément, l'initiative d'habitations protégées ne fonctionne pas encore, de sorte qu'il lui serait impossible de démontrer qu'elle respecte bien ces conditions. L'initiative d'habitations protégées, pour obtenir son agrément, s'engage dès lors à remplir ces conditions. La vérification du respect des engagements pris, et donc du respect des conditions elles-mêmes, s'opère a posteriori lors du contrôle de l'initiative d'habitations protégées.

La première condition d'agrément précise les formes juridiques que doivent adopter les initiatives d'habitations protégées, à savoir des personnes morales de droit public et des personnes morales de droit privé, sans but lucratif. L'objectif d'une initiative d'habitations protégées ne doit jamais être de distribuer des dividendes à ses membres. Il est également prévu la possibilité d'agréer des associations mixtes, pour autant que les membres du secteur public y soient majoritaires.

La seconde condition est l'engagement d'exercer la mission d'initiative d'habitations protégées. Cette exigence est indispensable pour éviter qu'une initiative d'habitations protégées ne dévie de sa mission vers d'autres activités, mêmes liées à la santé mentale.

Trois conditions sont relatives au projet de service. Pour être agréé, l'initiative d'habitations protégées doit présenter un premier projet de service. Elle doit s'engager également à rédiger un nouveau projet de service tous les trois ans, et à mettre en œuvre son projet de service.

En matière de partenariat, l'initiative d'habitations protégées doit comprendre au minimum un membre de chacune des catégories d'institutions visées à l'article 538/53 du Code wallon de l'action sociale et de la santé (voir article 110 supra) ou doit s'engager à conclure des conventions de collaboration avec ces institutions. Elle doit également s'engager à être membre d'au moins une plateforme de concertation en santé mentale.

L'initiative d'habitations protégées doit également s'engager à disposer d'une équipe pluridisciplinaire conforme au décret. Cette condition est formulée sous la forme d'un engagement pour des raisons de droit social. Si le personnel était engagé avant l'agrément, il n'aurait pas le droit d'exercer les tâches qui lui sont dévolues tant que l'agrément n'est pas accordé, et il devrait être licencié si l'agrément venait à être refusé. Il est donc préférable que le personnel destiné à composer l'équipe pluridisciplinaire soit engagé après l'octroi de l'agrément, l'initiative d'habitations protégées ayant un délai de six mois pour constituer son équipe.

L'initiative d'habitations protégées doit également s'engager à organiser les concertations pluridisciplinaires prévues.

L'initiative d'habitations protégées doit également s'engager à organiser un contact, de jour comme de nuit, pour les bénéficiaires.

L'initiative d'habitations protégées doit disposer d'un bâtiment conforme à l'ensemble des exigences prévues par le Code wallon de l'action sociale et de la santé.

L'initiative d'habitations protégées doit aussi s'engager à mettre en place pour les bénéficiaires un cadre de vie conforme à la législation.

L'initiative d'habitations protégées doit également s'engager à tenir un dossier individuel pour chaque bénéficiaire, à rédiger un protocole de protection des données personnelles, et à respecter les droits accordés par le Code wallon de l'action sociale et de la santé aux bénéficiaires.

L'initiative d'habitations protégées s'engage également à se conformer aux prix d'hébergement élaborés par le Gouvernement.

L'initiative d'habitations protégées s'engage à récolter les données socio-épidémiologiques et à les transmettre à l'Agence sous forme anonymisée.

L'agrément ne peut être accordé à l'initiative d'habitations protégées que si elle s'inscrit dans la programmation établie par le Gouvernement ou son délégué. L'objectif de cette condition d'agrément est d'assurer une répartition harmonieuse des initiatives d'habitations protégées sur le territoire de la région de langue française.

Enfin, l'initiative d'habitations protégées doit s'engager à respecter des règles déontologiques, dont l'établissement est confié au Gouvernement.

Une délégation au Gouvernement est prévue pour lui permettre de préciser les conditions d'agrément, et d'ajouter, s'il l'estime nécessaire, une ou plusieurs conditions supplémentaires.

Article 151.

Une délégation au Gouvernement est prévue pour déterminer l'ensemble de la procédure d'agrément. L'objectif de cette délégation est de permettre une meilleure adaptabilité de la procédure en fonction des difficultés rencontrées lors des divers processus d'agrément.

Il est toutefois prévu que la demande d'agrément doit comprendre un formulaire reprenant le numéro d'entreprise de l'initiative d'habitations protégées, et l'ensemble des engagements prévus dans les conditions d'agrément (voir supra article 159). L'utilisation de ce formulaire permet de s'assurer que les engagements de tous les candidats à l'agrément soient identiques.

L'agrément d'une initiative d'habitations protégées est à durée indéterminée. L'objectif est d'éviter toute interruption dans l'hébergement et le traitement des bénéficiaires, provoquée par des questions administratives liées à un renouvellement d'agrément.

Article 152.

Cette disposition énumère les données que doit contenir l'arrêté d'agrément. Une délégation est accordée au Gouvernement pour compléter la liste de ces données.

Article 153.

Il est fait obligation à l'initiative d'habitations protégées d'indiquer dans toutes ses communications qu'elle est agréée par la Région wallonne.

Cette obligation vise à éviter que des organismes ne s'intitulent « initiative d'habitations protégées » sans qu'aucun contrôle n'ait pu être effectué quant à leur compétence et leur capacité à remplir correctement la mission dévolue par le présent décret aux initiatives d'habitations protégées.

Article 154.

Cette disposition n'appelle pas de commentaire particulier.

Article 155.

Cette disposition concerne l'évaluation des activités de l'initiative d'habitations protégées. Les modalités de cette évaluation sont confiées au Gouvernement. Il est toutefois précisé que cette évaluation doit s'effectuer de manière participative, en partenariat entre l'initiative d'habitations protégées et l'Agence. Cette évaluation est périodique ; il appartiendra au Gouvernement de préciser cette périodicité en fonction des besoins ou des nécessités.

Article 156.

Cette disposition évoque le contrôle de l'initiative d'habitations protégées. Ce contrôle porte aussi bien sur les aspects administratifs que sur les aspects financiers. Ce contrôle est effectué par les membres du personnel de l'Agence désignés à cette fin. Ces membres du personnel se voient reconnaître certains pouvoirs d'investigations nécessaires à l'exercice de leur mission. Une délégation est donnée au Gouvernement pour préciser les limites et modalités d'exercice de ces pouvoirs d'investigations.

Une protection particulière est accordée aux données à caractère personnel. Il est demandé à l'initiative d'habitations protégées d'anonymiser pour autant que possible ces données. De même, les membres du personnel de l'Agence en charge du contrôle veillent à ne demander des données à caractère personnel que si celles-ci sont nécessaires, adéquates et pertinentes à l'objectif de contrôle de l'initiative d'habitations protégées.

Le dossier individuel bénéficie également d'une protection particulière :

- consultation par des membres du personnel spécifiquement désignés à cette fin ;
- consultation uniquement si elle est nécessaire, adéquate et proportionnelle à l'objectif du contrôle de l'initiative d'habitations protégées ;
- interdiction absolue de la consultation de certaines données relatives à l'état et l'évolution du bénéficiaire ;
- interdiction absolue de consulter la fiche de renseignement destinée à la communication des données socio-épidémiologiques.

Cette dernière interdiction se justifie par le fait que les données socio-épidémiologiques sont envoyées de façon anonymisées à l'Agence. Permettre à des membres du personnel de l'Agence de consulter ces données dans le dossier individuel reviendrait à contourner cette anonymisation (voir article 96 supra).

Enfin, la consultation de données relatives à l'état de santé d'un bénéficiaire ne peut être effectuée que par un membre du personnel de l'Agence spécifiquement désigné à cette fin.

Une délégation est donnée au Gouvernement pour déterminer les modalités de contrôle, en insistant sur la nécessité de respecter le principe du contradictoire.

Article 157.

Le retrait de l'agrément des initiatives d'habitations protégées est confié au Gouvernement. Par souci de simplification administrative, le Gouvernement peut déléguer cette tâche, sachant qu'un recours devant le Gouvernement, par l'intermédiaire de la commission d'avis sur les recours, est déjà prévu dans le Code wallon de l'action sociale et de la santé.

Les causes de ce retrait de l'agrément sont clairement précisées : il s'agit du non-respect des dispositions du chapitre du Code wallon de l'action sociale et de la santé consacré aux initiatives d'habitations protégées, et des dispositions adoptées en exécution de ce chapitre.

Afin d'assurer une pleine effectivité au retrait de l'agrément, il est prévu un délai de minimum un an entre le retrait de l'agrément et une nouvelle demande d'agrément.

Une délégation est accordée au Gouvernement pour déterminer la procédure de retrait de l'agrément. Il est précisé que le Gouvernement, dans l'exercice de cette délégation, doit veiller au caractère contradictoire de la procédure. Cela signifie qu'aucun retrait d'agrément ne pourrait être décidé sans permettre au préalable à l'initiative d'habitations protégées concernée de présenter ses moyens de défense.

Les recours contre une décision de retrait de l'agrément sont prévus par ailleurs dans le Code wallon de l'action sociale et de la santé, de sorte qu'il n'est pas nécessaire de prévoir ici un recours spécifique.

Enfin, une délégation est accordée au Gouvernement ou à son délégué pour assurer le transfert des bénéficiaires vers une autre initiative d'habitations protégées, et la continuité de leur suivi thérapeutique. Un retrait d'agrément ne peut donc jamais être décidé au détriment des bénéficiaires.

Article 158.

La protection des bénéficiaires étant au cœur de la législation relative aux initiatives d'habitations protégées, il convient de s'assurer qu'ils ne puissent être pris en charge par une institution se présentant comme une « initiative d'habitations protégées » sans avoir jamais reçu les agréments requis.

L'article 158 est une disposition pénale qui vise à sanctionner l'exploitation d'une initiative d'habitations protégées sans agrément, sans qu'il soit fait une distinction entre l'absence de demande d'agrément, le refus ou le retrait d'agrément.

Une sanction pénale est également prévue lorsque l'initiative d'habitations protégées ne respecte pas les normes imposées par la législation wallonne. Ces normes étant établies pour la sécurité et le bien-être des bénéficiaires, leur non-respect est préjudiciable à ces bénéficiaires et justifie dès lors une sanction pénale.

Enfin, une sanction pénale est prévue pour l'initiative d'habitations protégées qui refuserait l'accès à ses locaux aux membres du personnel chargés du contrôle. Il s'agit également d'une sanction pénale prévue dans l'intérêt des bénéficiaires.

Section 6. Modifications relatives aux services de santé mentale.

Le présent décret organise également une réforme des services de santé mentale. Cette réforme ne constitue pas véritablement une révolution, mais plutôt une clarification et une modernisation des textes en vue de les mettre davantage en adéquation avec les pratiques du terrain.

Un élément toutefois traduit un changement fondamental dans la perception du service de santé mentale. Dans le texte actuel, la personne prise en charge par un service de santé mentale est qualifiée « d'usager ». Avec la réforme, ce terme disparaît au profit de la notion de « bénéficiaire ».

Cette modification terminologique en apparence anodine traduit en réalité un changement complet dans la philosophie de la législation relative aux services de santé mentale, plus proche de la réalité de ces services. L'image légale du service de santé mentale passe en effet d'une perception d'un service de consommation courante, à laquelle fait référence le terme « usager », vers la perception d'un service individualisé de qualité, centré sur les besoins spécifiques et le bien-être du « bénéficiaire ».

S'il s'agit d'une modification fondamentale de la philosophie des textes, ce changement correspond à la réalité quotidienne des services de santé mentale, où le bénéficiaire est l'élément central autour duquel s'organise toute l'activité.

Le changement de terminologie amène, pour certains articles, une modification de détail, mais pour d'autres articles une refonte complète en vue de les mettre en conformité avec cette nouvelle philosophie.

Un autre aspect pour lequel il est nécessaire de revoir les textes est la mise en conformité par rapport au Règlement général sur la Protection des données (RGPD). Ce texte européen impose des précisions supplémentaires, qui ne figurent actuellement pas dans les textes. Les services de santé mentale ont connaissance d'un nombre important de données personnelles sensibles, puisqu'elles touchent à l'état de santé des personnes, qu'il importe de protéger au maximum. L'objectif est de permettre au bénéficiaire d'être pris en charge en toute confiance par l'équipe pluridisciplinaire du service de santé mentale, de l'informer pleinement de l'usage qui peut être fait de toutes les données qui le concerne, et de protéger ces données contre toute divulgation.

Enfin, certaines modifications sont générées par le souci de simplifier et d'harmoniser les procédures administratives mises en œuvre par l'Agence, telles que l'octroi ou le retrait d'agrément, l'octroi des subventions, les évaluations et les contrôles, etc...

Article 159.

L'article 539 du Code wallon de l'action sociale et de la santé est refondu pour plus de lisibilité. Certains éléments ne sont pas repris dans la nouvelle version du texte, mais reporté dans d'autres dispositions relatives à l'agrément.

Le nouvel article 539 se concentre désormais exclusivement sur deux principes :

- l'agrément des services de santé mentale par le Gouvernement ou son délégué ;
- le subventionnement de ces services de santé mentale.

Le nouvel article donne aussi un objectif très général justificatif de l'octroi d'agréments : assurer des soins de santé ambulatoires.

Il est désormais également précisé que la législation wallonne relative aux services de santé mentale s'applique sans préjudice des compétences de l'Etat fédéral et de la Communauté française. Cette disposition est due au fait que la santé au sens large, est une compétence partiellement transférée à la Région wallonne. Par cette disposition, il est souligné qu'un service de santé mentale ne pourrait invoquer une disposition régionale pour échapper à une disposition fédérale ou communautaire qui lui serait applicable en raison des compétences spécifiques de ces entités.

Article 160.

Les diverses définitions applicables aux services de santé mentale étaient dispersées dans diverses dispositions du Code wallon de l'action sociale et de la santé. Cette dispersion était de nature à amener des difficultés d'interprétation des textes décrets.

Il est dès lors proposé de regrouper ces définitions dans un seul article 539/1, pour plus de lisibilité. La plupart de ces définitions n'appellent pas de commentaire particulier.

L'article 539/1 permet également d'introduire la nouvelle notion de bénéficiaire, dont l'utilisation a été développée et justifiée dans l'exposé des motifs. La notion de bénéficiaire implique une prise en charge par le service de santé mentale. Elle couvre non seulement une personne seule, mais aussi une famille ou un groupe de personnes. Le point commun est que cette personne, cette famille ou ce groupe de personnes est confronté de manière momentanée ou chronique à des difficultés d'ordre psychologique, psycho-social ou psychiatrique.

Une nouvelle notion introduite également par l'article 539/1 est celle de demandeur. Le demandeur est une personne, une famille ou un groupe de personnes qui demande formellement à être pris en charge par un service de santé mentale. Par opposition au bénéficiaire, le demandeur n'est pas encore pris en charge par le service de santé mentale ; il deviendra bénéficiaire dès le moment où sa prise en charge par le service de santé mentale est acceptée.

Article 161.

Il s'agit ici de corriger une erreur matérielle. Le chapitre II du titre II du livre VI de la 2^e partie du Code wallon de l'action sociale et de la santé comprend deux sections 1^{ère} différentes, juste avant une section 3.

La seconde section 1^{ère} est donc renumérotée en section 2.

Article 162.

Il s'agit d'une modification technique qui vise à donner à la sous-section 1^{ère} un intitulé davantage conforme à son contenu.

Article 163.

L'article 540 du Code wallon de l'action sociale et de la santé crée une certaine confusion entre mission et actions des services de santé mentale. L'article est donc réécrit pour plus de lisibilité.

Une seule mission est désormais confiée aux services de santé mentale : soutenir les bénéficiaires dans leur cheminement vers leur autonomie et leur inclusion dans leur communauté de vie. Cette mission n'est pas nouvelle, mais est désormais affirmée et mise en avant.

Cette mission s'organise en deux lignes de soins, définies dans le texte, et qui n'appellent pas de commentaire particulier.

La mission des services de santé mentale se traduit en actions concrètes qui sont davantage détaillées dans les articles suivants. L'article 540 nouveau apparaît à cet égard comme un article introductif. Ces diverses actions ne sont pas nouvelles, et les éventuels changements sont détaillés dans le commentaire des articles concernés.

Article 164.

Cet article introduit un nouvel article 540/1 dans le Code wallon de l'action sociale et de la santé. Il s'agit d'une disposition nouvelle qui vise à garantir aux services de santé mentale une liberté dans l'approche des problèmes rencontrés par les bénéficiaires et dans les moyens utilisés pour y remédier.

Cette liberté s'approche de la liberté thérapeutique accordée à un médecin dans le traitement de son patient. Elle est ici prévue au niveau du service de santé mentale en tant que tel et dépasse le cadre purement thérapeutique, puisqu'elle concerne l'ensemble de l'approche pluridisciplinaire, y compris pour les aspects non-médicaux.

Il est insisté toutefois sur le fait que cette liberté n'est pas totalement absolue, en ce sens que le service de santé mentale doit prendre en considération l'état actuel des connaissances scientifiques.

La liberté thérapeutique des membres de l'équipe pluridisciplinaire est quant à elle garantie par l'article 559 du Code wallon de l'action sociale et de la santé.

Article 165.

L'article 541 du Code wallon de l'action sociale et de la santé est relatif au projet de service de santé mentale.

Ce texte est totalement réécrit pour plus de précisions, avec tout d'abord une modification de terminologie : le « projet de service de santé mentale » devient « projet de service ». Cette modification vise à simplifier l'appellation, et à faire correspondre la terminologie avec la réalité du terrain.

Le contenu du projet de service est défini. Il englobe l'ensemble des projets et actions du service de santé mentale, pour l'ensemble de ses sièges. Les initiatives spécifiques et clubs thérapeutiques sont intégrés dans le projet de service.

Afin d'aider à l'élaboration du projet de service, l'article 541 nouveau énumère certains éléments qui doivent figurer dans le projet de service, ce qui devrait aider à la rédaction de celui-ci, tout en laissant au Gouvernement le soin de compléter ou préciser ce contenu.

Le projet de service doit être centré sur le bénéficiaire, ce qui traduit la philosophie détaillée dans l'exposé des motifs. C'est en effet le bénéficiaire et ses besoins qui permet de déterminer les projets et actions à entreprendre par le service de santé mentale, et à intégrer dans le projet de service.

Le projet de service est communiqué par le service de santé mentale à l'Agence. Une délégation est donnée au Gouvernement pour déterminer les modalités de cette communication.

Le projet de service doit être approuvé par le Gouvernement ou son délégué. Il a une période de validité maximale de cinq ans. Le service de santé mentale détermine donc la durée de validité de son projet de service, pour autant que cette durée n'excède pas cinq ans.

Il doit toutefois faire l'objet d'une modification avant l'expiration de ce délai en cas de demande de modification de l'agrément, ou de demande d'agrément d'une initiative spécifique ou d'un club thérapeutique.

Article 166.

Cet article vise à préciser l'intitulé du point B de la sous-section 1^{ère} de la section 2 du chapitre II du titre II du livre VI de la 2^e partie du Code wallon de l'action sociale et de la santé, le mot « accueil » seul étant trop vague. Cet intitulé précise désormais qui est accueilli, en l'occurrence les demandeurs et les bénéficiaires.

Article 167.

Cet article modifie l'article 542 du Code wallon de l'action sociale et de la santé, désormais divisé en deux paragraphes.

Le premier paragraphe correspond à l'ancien texte. Il est modifié pour lui donner davantage de clarté. Le texte affirme désormais de manière plus limpide que la permanence organisée durant les heures d'ouverture consiste à pouvoir contacter le service de santé mentale par téléphone ou à pouvoir être accueilli dans ses locaux. Une précision a été apportée quant à cet accueil dans les locaux : il est possible que celui-ci soit organisé sur rendez-vous. L'ajout est d'importance, puisqu'il consacre une pratique utilisée par tous les services de santé mentale sans exception, celle de la réception sur rendez-vous. Il est un fait indéniable que le rendez-vous permet d'assurer un meilleur accueil des personnes qui se présentent dans le service de santé mentale, et permet également d'assurer de meilleures prestations aux bénéficiaires. Il évite également l'engorgement des salles d'attente, et les effets négatifs d'une attente prolongée pour les demandeurs et les bénéficiaires.

Le texte est complété par un second paragraphe, consacré à la réception des demandes d'intervention formulées par les demandeurs.

Il est désormais précisé que cette demande d'intervention peut être introduite de quatre manières différentes :

- lors de l'accueil dans les locaux du service de santé mentale ;
- lors d'une rencontre avec un membre de l'équipe pluridisciplinaire en dehors des locaux du service de santé mentale ;
- lors d'un contact téléphonique ou par télé-conférence ;
- par voie électronique.

Le Gouvernement est autorisé à apporter des précisions quant à ces modes d'introduction de la demande d'intervention.

Il est également prévu que toute demande d'intervention, quel que soit son mode d'introduction, doit faire l'objet d'un enregistrement. L'objectif de cet enregistrement est de s'assurer que chaque demande est bien traitée dans les délais et reçoit la réponse adéquate, y compris le cas échéant en termes de réorientation. Grâce à cet enregistrement, aucune demande d'intervention ne devrait rester en souffrance, et aucun demandeur ne devrait rester longtemps dans l'expectative.

Une délégation est accordée au Gouvernement pour déterminer les modalités pratiques de cet enregistrement des demandes d'intervention.

Article 168.

Le texte de l'article 543 du Code wallon de l'action sociale et de la santé est, dans sa version actuelle, sujet à interprétation. Il est modifié afin de lever toute ambiguïté.

Dans sa nouvelle version, le texte indique l'obligation pour le service de santé mentale de prévoir un message enregistré pour tout appel téléphonique passé par une personne en dehors des heures

d'ouverture du service, ou en cas d'indisponibilité de celui-ci. Ce message doit indiquer les coordonnées d'une institution hospitalière susceptible d'aider l'appelant en cas d'urgence ou de nécessité. Le répondeur doit aussi permettre à l'appelant d'enregistrer un message.

Les coordonnées de la même institution hospitalière doivent apparaître sur le site internet du service de santé mentale, ainsi que sur les messages automatiques de réponse à des courriers électroniques.

En vue d'assurer ce suivi d'urgence, le service de santé mentale doit conclure au moins une convention avec une institution hospitalière. Cette convention doit au minimum préciser les modalités de suivi des bénéficiaires, dans l'hypothèse où ils s'adresseraient à cette institution hospitalière. Le contenu de cette convention est fixé par le Gouvernement ou son délégué.

Article 169.

Cet article modifie et complète l'article 544 du Code wallon de l'action sociale et de la santé.

Les modifications portent sur de minimes détails ; elles ont pour objectif de clarifier le texte sans en modifier le sens.

Le texte est également complété pour édicter des règles quant à la réponse à apporter à une demande d'intervention.

Il est tout d'abord imposé au service de santé mentale de personnaliser sa réponse en tenant compte de l'avis du demandeur, de ses objectifs, de ses besoins, de ses ressources, ainsi que de l'avis de ses proches s'il est connu. Il n'est donc plus permis à un service de santé mentale d'apporter des réponses stéréotypées à une demande d'intervention.

Le texte détermine aussi les conditions d'acceptation d'une demande d'intervention. La première condition est relative à l'état de santé mentale de la personne. La seconde est une alternative, puisqu'elle prévoit deux sous-conditions d'acceptation, dont une seule doit être remplie :

- soit l'état de santé mentale du demandeur nécessite une intervention pluridisciplinaire ;
- soit le demandeur est en situation de précarité financière.

Enfin, lorsqu'il n'est pas possible de prendre en charge tous les demandeurs, une priorité doit être accordée à ceux qui sont dans une situation de précarité psychique, financière ou sociale.

Les demandeurs qui ne peuvent pas être pris en charge doivent être réorientés. Cette dernière obligation est une obligation de moyen, ce qui signifie que le service de santé mentale doit faire son possible pour réorienter ces demandeurs, sans garantie quant au succès de cette réorientation.

Article 170.

Un nouveau point C/1 est créé dans la sous-section 1ère de la section 2 du chapitre II du titre II du livre VI de la 2e partie du Code wallon de l'action sociale et de la santé. Il s'agit de prévoir un point adapté aux articles 545 à 549 de ce Code, le point C sous lequel ils étaient repris ne leur correspondant pas.

Article 171.

Cette disposition revoit complètement l'article 545 du Code wallon de l'action sociale et de la santé, relatif à la concertation pluridisciplinaire, à l'exception du dernier alinéa, accordant délégation au Gouvernement.

Le nouveau texte instaure une obligation, dans chaque service de santé mentale, d'organiser une concertation pluridisciplinaire.

Cette concertation pluridisciplinaire est le lieu d'une double discussion :

- une discussion sur les bénéficiaires, dont l'objectif est de définir la prise en charge la plus adéquate, efficace et pertinente ;
- une discussion sur les demandes d'intervention en vue de leur apporter une réponse.

La concertation pluridisciplinaire réunit en principe l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire.

Elle est prévue chaque semaine et doit être organisée même en l'absence d'un ou plusieurs membres de l'équipe pluridisciplinaire. Le texte donne donc la primauté au caractère hebdomadaire de la concertation pluridisciplinaire par rapport à la présence de tous les membres de l'équipe pluridisciplinaire. L'objectif prioritaire est donc l'organisation de cette concertation pluridisciplinaire.

Article 172.

L'article 546 du Code wallon de l'action sociale et de la santé imposait l'attribution d'une fonction de liaison à un membre du personnel. Cet article est abrogé.

Si la fonction de liaison existe bien dans certains services de santé mentale, elle est absente dans la plupart de ceux-ci, puisque les missions dévolues à cette fonction de liaison sont assumées par l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire, et non par une personne déterminée. On constate que l'absence de la fonction de liaison ne préjudicie en rien aux bénéficiaires, de sorte qu'imposer l'attribution d'une fonction de liaison n'a plus de sens.

Une disposition transitoire est toutefois prévue pour les services de santé mentale qui ont attribué une fonction de liaison.

Article 173.

L'article 547 du Code wallon de l'action sociale et de la santé est relatif à la concertation pluridisciplinaire trimestrielle.

Cet article est modifié pour regrouper sous deux items les objectifs de cette concertation pluridisciplinaire trimestrielle :

- l'évaluation des projets et actions du service de santé mentale ;
- l'échange de pratiques et l'intervision.

Les autres modifications à l'article 547 sont de pure forme et n'appellent pas de commentaire particulier.

Article 174.

L'article 548 du Code wallon de l'action sociale et de la santé est partiellement réécrit pour plus de clarté. Il est également adapté à la nouvelle terminologie.

Article 175.

L'article 549 du Code wallon de l'action sociale et de la santé régit la réorientation des demandeurs. Cette réorientation étant désormais intégrée dans l'article 544 (voir article 177 supra), l'article 549 n'a plus de raison d'être, et est en conséquence abrogé.

Article 176.

L'intitulé du point D de la sous-section 1ère de la section 2 du chapitre II du titre II du livre VI de la 2e partie du Code wallon de l'action sociale et de la santé est modifié.

Les activités visées sous ce point ne sont pas des activités accessoires à la mission des services de santé mentale. Il s'agit d'autres activités, qui ne doivent d'ailleurs pas être systématiquement assurées par les services de santé mentale. Ces activités sont désormais qualifiées de « complémentaires ».

Article 177.

L'article 550 du Code wallon de l'action sociale et de la santé est totalement réécrit.

Les activités complémentaires doivent être en lien avec la mission du service de santé mentale. Ces activités sont au nombre de trois :

- les expertises ;
- l'organisation d'activités au profit d'autres professionnels ;
- l'organisation d'activités au profit d'un public cible.

Ces activités complémentaires ne doivent pas devenir l'activité principale d'un service de santé mentale. C'est la raison pour laquelle elles sont, à l'exception de la dernière, limitées dans le temps. L'absence de limitation dans le temps pour la dernière activité complémentaire est due au fait que cette activité est susceptible de profiter aux bénéficiaires pris en charge par le service de santé mentale.

Enfin, il est permis aux services de santé mentale d'exercer des activités qui lui seraient confiées par la Communauté française, à condition que cette dernière en assure le financement.

Article 178.

L'article 551 du Code wallon de l'action sociale et de la santé n'apporte aucun élément par rapport au nouvel article 550. Il est donc abrogé.

Article 179.

L'intitulé du point E de la sous-section 1ère de la section 2 du chapitre II du titre II du livre VI de la 2e partie du Code wallon de l'action sociale et de la santé est complété afin de correspondre au contenu de l'ensemble des articles repris sous ce point.

Article 180.

Cette disposition réorganise le travail en réseau, et modifie complètement en ce sens l'article 552 du Code wallon de l'action sociale et de la santé.

Désormais, le texte instaure un principe de collaboration avec les réseaux, et charge l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire de veiller à l'adéquation entre cette collaboration et les intérêts des bénéficiaires. Des délégations au Gouvernement sont prévues pour organiser cette collaboration avec les réseaux.

Le nouveau texte instaure également un principe de collaboration avec l'entourage du bénéficiaire, ses proches et les professionnels de soins, dès lors que cette collaboration présente un intérêt pour la prise en charge de ce bénéficiaire.

Article 181.

L'article 553 du Code wallon de l'action sociale et de la santé prévoyait un principe de participation aux concertations organisées par les autorités publiques et les services privés.

Cette notion de « services privés » étant particulièrement floue, l'article est modifié en vue d'énumérer les services concernés. Il s'agit en l'occurrence des centres de référence en santé mentale,

des centres de référence spécifiques, des plateformes de concertation en santé mentale et des réseaux.

Une délégation est également accordée au Gouvernement pour mettre en œuvre cet article 553.

Article 182.

Cette disposition modifie l'article 554 du Code wallon de l'action sociale et de la santé.

Le texte actuel charge le Gouvernement de définir des priorités en matière de concertation institutionnelle, en tenant compte de l'évolution institutionnelle. Cette mention faisait alors référence aux réseaux organisés sur la base de l'article 107 régissant le financement des hôpitaux, qui lors de l'élaboration du cadre décretaal en 2009, étaient naissants.

Désormais, il est accordé une liberté aux services de santé mentale dans le choix des concertations institutionnelles auxquelles ils participent. La délégation au Gouvernement se limite désormais à définir des objectifs minimaux de concertation institutionnelle.

La concertation institutionnelle est définie à l'article 539/1 du Code wallon de l'action sociale et de la santé (voir article 160 supra) comme étant un cadre ou une collaboration entre des institutions, mis en place indépendamment d'une prise en charge d'un bénéficiaire, destiné à permettre à des professionnels de travailler ensemble, dans l'intérêt de la réponse aux besoins et des prises en charge de bénéficiaires.

Article 183.

L'article 555 du Code wallon de l'action sociale et de la santé prévoyait la possibilité pour un service de santé mentale de disposer de plusieurs équipes pluridisciplinaires.

L'article 54 supprime cette possibilité et consacre l'unicité de l'équipe pluridisciplinaire. En d'autres termes, un service de santé mentale n'a qu'une seule équipe pluridisciplinaire. Ce changement est de nature à favoriser le dialogue entre l'ensemble du personnel du service de santé mentale, puisqu'il participe désormais au complet à la même concertation pluridisciplinaire. L'objectif est d'améliorer la qualité et l'efficacité du service de santé mentale, dans l'intérêt des bénéficiaires.

Lorsque le service de santé mentale dispose de plusieurs sièges, l'équipe pluridisciplinaire est répartie entre ces sièges, ce qui ne préjudicie en rien à son unicité.

Article 184.

Cette disposition apporte un certain nombre de modifications à l'article 556 du Code wallon de l'action sociale et de la santé.

Le rôle respectif de la direction administrative et de la direction thérapeutique n'était pas clair. Il est désormais prévu un paragraphe 1^{er}/1 qui confie conjointement à ces deux directions l'encadrement de l'équipe pluridisciplinaire.

Au paragraphe 2, la liste des domaines pour lesquels une fonction complémentaire peut être accordée est supprimée. Une délégation est désormais accordée au Gouvernement pour déterminer cette liste. L'objectif du changement est de faciliter l'adaptation de cette liste à l'évolution des connaissances et des méthodes utilisées en santé mentale.

Un nouveau paragraphe 3 permet désormais à l'équipe pluridisciplinaire de s'adjoindre les services de pairs-aidants. Le pair-aidant est défini à l'article 539/1 (voir article 160 supra) comme étant une personne qui est ou a été atteinte de difficultés psychologiques ou de troubles psychiatriques et qui,

sur la base de cette expérience et d'une formation spécifique destinée aux pairs-aidants en santé mentale ou assuétudes, fournit une aide dans le service.

Il est prévu que le pair-aidant ne soit pas rémunéré et agisse en tant que volontaire.

Un paragraphe 4 rappelle que les diverses fonctions doivent être exercées dans les règles de l'art, sous la responsabilité de la direction administrative et de la direction thérapeutique.

Enfin, d'autres modifications de terminologie sont apportées à l'article 556. Ces modifications n'appellent pas de commentaire particulier.

Article 185.

L'article 557 du Code wallon de l'action sociale et de la santé est réécrit pour plus de clarté. Il est désormais divisé en deux alinéas :

- un premier alinéa consacré aux diplômes et titres requis ;
- un second alinéa consacré aux obligations de formation continuée.

La seule nouveauté consiste à permettre au Gouvernement d'exiger, s'il l'estime nécessaire, une expérience utile.

Article 186.

L'article 558 du Code wallon de l'action sociale et de la santé est réécrit pour plus de clarté, sans modification quant au fond, à l'exception du dernier alinéa, qui est ici supprimé, car lié à l'agrément.

L'article est également complété par un paragraphe 2, qui impose le remplacement de tout membre du personnel partant dans les six mois de son départ. Il s'agit là d'une obligation de moyens, le Gouvernement étant chargé de déterminer les modalités de dérogation à cette règle.

Article 187.

L'alinéa 2 de l'article 559 du Code wallon de l'action sociale et de la santé est abrogé.

Le secret professionnel prévu par cet aliéna est en effet transféré dans un nouvel article 568/1 (voir article 200 infra) pour le mettre davantage en exergue.

Article 188.

L'article 560 du Code wallon de l'action sociale et de la santé définit les tâches spécifiques du directeur administratif.

Cet article est modifié essentiellement pour des raisons de terminologie et de lisibilité. Ces modifications n'appellent pas de commentaire particulier.

Au paragraphe 1^{er}, alinéa 1^{er}, la référence au règlement de travail est supprimée, étant donné que la législation relative au règlement de travail est une compétence fédérale ; il appartient donc à l'Etat fédéral d'édicter les dispositions nécessaires pour assurer le respect de ce règlement de travail.

Une délégation est désormais accordée au Gouvernement pour lui permettre de confier d'autres tâches au directeur administratif.

Enfin, il est prévu une incompatibilité entre la fonction de directeur administratif et celle de directeur thérapeutique. Ces fonctions doivent donc être exercées par des personnes différentes.

Article 189.

L'article 561 du Code wallon de l'action sociale et de la santé définit les tâches spécifiques du directeur thérapeutique.

Cet article est réécrit pour plus de lisibilité, avec quelques nouveautés.

Tout d'abord, la fonction de directeur thérapeutique est désormais réservée à un médecin psychiatre ou pédopsychiatre, ce qui place la fonction en adéquation avec la mission du service de santé mentale.

Ensuite une tâche nouvelle est confiée au directeur thérapeutique : s'assurer de la bonne information des médecins généralistes ou autres professionnels de santé référés par les bénéficiaires.

Une délégation est désormais accordée au Gouvernement pour lui permettre de confier d'autres tâches au directeur thérapeutique.

Enfin, l'incompatibilité entre la fonction de directeur administratif et celle de directeur thérapeutique, prévue à l'article 560, est rappelée.

Article 190.

Dans le Code wallon de l'action sociale et de la santé, un nouvel article 561/1 établit le principe d'une bonne collaboration entre le directeur administratif et le directeur thérapeutique.

Ce nouvel article leur confie également des tâches conjointes :

- veiller à la continuité, à l'efficacité et à la qualité des missions ;
- s'assurer de la rapidité des réponses à apporter aux demandes d'intervention.

Une délégation est accordée au Gouvernement pour lui permettre de confier d'autres tâches conjointement au directeur administratif et au directeur thérapeutique.

Article 191.

L'article 562 du Code wallon de l'action sociale et de la santé est totalement remplacé. Il contient désormais une délégation au Gouvernement pour déterminer le nombre d'équivalents temps plein subventionnés accordés pour la fonction de directeur administratif.

L'ancienne disposition précisait ce qu'il fallait entendre par équivalent temps plein. Il apparaît que cette précision appartient au Gouvernement, eu égard aux délégations désormais contenues dans les articles 562 et suivants.

Article 192.

L'article 563 du Code wallon de l'action sociale et de la santé est totalement remplacé. Il contient désormais une délégation au Gouvernement pour déterminer le nombre d'équivalents temps plein subventionnés accordés pour les fonctions d'accueil ou de secrétariat.

Confier cette fixation au Gouvernement plutôt que la fixer dans le décret permet d'accorder davantage de souplesse dans l'évolution du personnel des services de santé mentale.

Article 193.

L'article 564 du Code wallon de l'action sociale et de la santé est totalement remplacé. Il contient désormais une délégation au Gouvernement pour déterminer le nombre d'équivalents temps plein subventionnés accordés pour la fonction sociale.

Il est toutefois précisé dans le décret que cette fonction sociale est exercée soit par un assistant social, soit par un infirmier spécialisé dans les matières sociales ou en santé communautaire.

Une dérogation est prévue pour les éducateurs A1 ou les assistants en psychologie qui exercent la fonction sociale au 1^{er} janvier 2023, afin de leur permettre de poursuivre l'exercice de la fonction sociale. En revanche, après cette date, il ne sera plus possible de confier cette fonction sociale à un nouvel éducateur A1 ou à un nouvel assistant en psychologie.

Article 194.

L'article 565 du Code wallon de l'action sociale et de la santé est totalement remplacé. Il contient désormais une délégation au Gouvernement pour déterminer le nombre d'équivalents temps plein subventionnés accordés pour la fonction psychologique.

Il est toutefois précisé dans le décret que cette fonction psychologique ne peut être exercée que par un psychologue clinicien.

Une dérogation est prévue pour les psychologues non cliniciens qui exercent la fonction psychologique au 1^{er} janvier 2023, afin de leur permettre de poursuivre l'exercice de cette fonction psychologique. En revanche, après cette date, il ne sera plus possible de confier cette fonction psychologique à un nouveau psychologue non clinicien.

Article 195.

L'article 566 du Code wallon de l'action sociale et de la santé est totalement remplacé. Il contient désormais une délégation au Gouvernement pour déterminer le nombre d'équivalents temps plein subventionnés accordés pour la fonction psychiatrique.

Il est toutefois précisé dans le décret que cette fonction psychiatrique ne peut être exercée que par un psychiatre ou pédopsychiatre.

Ce psychiatre ou pédopsychiatre peut, si nécessaire, être un indépendant lié au service de santé mentale par une convention de collaboration.

Le nouvel article 566 délègue également au Gouvernement le soin de déterminer le nombre d'heures du cadre subventionné attribué à la fonction de directeur thérapeutique.

Article 196.

L'article 567 du Code wallon de l'action sociale et de la santé est totalement remplacé. Il contient désormais une délégation au Gouvernement pour déterminer le nombre d'équivalents temps plein subventionnés accordés pour les fonctions complémentaires.

L'ancien article 567 ne présentait aucune utilité, car il faisait double emploi avec l'article 580 du Code wallon de l'action sociale et de la santé.

Article 197.

Cette disposition intègre un article 567/1 dans le Code wallon de l'action sociale et de la santé.

Ce nouvel article édicte des exigences spécifiques en matière de personnel lorsqu'une offre spécifique est organisée à destination des enfants et adolescents.

Ces exigences spécifiques n'appellent pas de commentaire particulier.

Article 198.

L'article 568 du Code wallon de l'action sociale et de la santé est réécrit pour plus de lisibilité, sans modification quant au fond.

Toutefois, la limitation de la participation de l'indépendant aux frais de gestion, contenue dans le dernier alinéa de l'ancien texte, est supprimée. Le Gouvernement pourra édicter une telle limitation, et la faire évoluer en fonction des circonstances, via la délégation qui lui est accordée.

Article 199.

Cet article crée dans la sous-section 1ère de la section 2 du chapitre II du titre II du livre VI de la 2e partie du Code wallon de l'action sociale et de la santé un point G/1 consacré au secret professionnel.

Il s'agit de mettre en exergue cette obligation fondamentale pour les droits du bénéficiaire, qui était auparavant reprise dans l'article 559 du Code wallon de l'action sociale et de la santé (voir article 195 ci-dessus).

Article 200.

Cette disposition insère dans le Code wallon de l'action sociale et de la santé un nouvel article 568/1 relatif au secret professionnel.

Ce secret professionnel s'impose non seulement aux membres de l'équipe pluridisciplinaire, mais également au pouvoir organisateur, aux pairs-aidants et aux membres du réseau.

La violation du secret professionnel est érigée en infraction pénale, sanctionnée conformément à l'article 458 du Code pénal.

Ce nouvel article 568/1 constitue une garantie de protection des données contenues dans le dossier individuel visé à l'article 570 du Code wallon de l'action sociale et de la santé (voir article 76 infra).

Article 201.

Cette disposition modifie l'intitulé du point H de la sous-section 1ère de la section 2 du chapitre II du titre II du livre VI de la 2e partie du Code wallon de l'action sociale et de la santé, afin de l'adapter à la nouvelle terminologie.

Article 202.

Cet article modifie l'intitulé du sous-point 1 du point H de la sous-section 1ère de la section 2 du chapitre II du titre II du livre VI de la 2e partie du Code wallon de l'action sociale et de la santé, afin d'établir une correspondance entre cet intitulé et le nouveau contenu de l'article 569 (voir article 211 infra).

Article 203.

Dans sa version actuelle, l'article 569 du Code wallon de l'action sociale et de la santé contient une définition de l'utilisateur. Comme indiqué dans l'exposé des motifs, cette notion d'utilisateur disparaît et est remplacée par celle de bénéficiaire. Le bénéficiaire est défini à l'article 539/1 du Code wallon de l'action sociale et de la santé (voir article 160 supra), de sorte que la définition présente dans l'article 569 disparaît purement et simplement.

L'article 569 établit également un principe de libre-choix du bénéficiaire. Ce principe est maintenu et complété, en parallélisme avec l'article 6 de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient.

Le champ d'application de cette loi du 22 août 2002, tel que défini en ses articles 2 et 3, la rend applicable à certains membres de l'équipe pluridisciplinaire, notamment ceux exerçant la fonction

psychiatrique. En revanche, elle ne s'applique pas à d'autres fonctions, comme la fonction sociale. Afin d'assurer une application uniforme de cette loi par l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire, il est indispensable de la reprendre en tant que disposition décrétable, ce qu'avait d'ailleurs bien compris le législateur régional en 2009. Les modifications actuelles, contenues dans les articles 74 et suivants du présent projet, ont donc pour objectifs d'intégrer les modifications apportées par le législateur fédéral à la loi du 22 août 2002, et non encore incluses dans le Code wallon de l'action sociale et de la santé.

L'article 569 du Code wallon de l'action sociale et de la santé est également complété pour y intégrer les principes de droit à des prestations de qualité et d'interdiction des discriminations. Le libellé du texte est directement inspiré de l'article 5 de la loi du 22 août 2002, avec, pour ce qui concerne les discriminations, une référence explicite à la notion de discrimination telle qu'elle a été définie par le législateur régional dans le décret du 6 novembre 2008 relatif à la lutte contre certaines formes de discrimination.

Article 204.

Cette disposition modifie l'intitulé du sous-point 2 du point H de la sous-section 1ère de la section 2 du chapitre II du titre II du livre VI de la 2e partie du Code wallon de l'action sociale et de la santé, afin de l'adapter à la nouvelle terminologie.

Article 205.

L'article 570 du Code wallon de l'action sociale et de la santé régit le dossier individuel du bénéficiaire. Ce dossier individuel est fondamental d'une part parce qu'il est indispensable pour une prise en charge et un suivi efficace des bénéficiaires, d'autre part parce qu'il est le réceptacle de toutes les données à caractère personnel des bénéficiaires traitées par le service de santé mentale.

Une modification de cet article est indispensable afin de le mettre en conformité avec le règlement (UE) n° 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, et abrogeant la directive 95/46/CE (règlement général sur la protection des données).

Le texte initial prévoyait que le dossier individuel contenait les données médicales, sociales et administratives utiles à la prise en charge et à la continuité des soins. Il est proposé de restreindre cette collecte aux seules données médicales, sociales et administratives nécessaires, adéquate et pertinentes pour la prise en charge et la continuité des soins. Cette modification vise à placer le dossier individuel en conformité avec le principe de minimisation des données personnelles conservées et traitées contenu dans le règlement général sur la protection des données et préconisé par l'Autorité de protection des données. Il appartient aux membres de l'équipe pluridisciplinaire de procéder à l'analyse des données récoltées afin de décider si elles sont nécessaires, adéquates et pertinentes, et doivent dès lors être conservées dans le dossier individuel, ou si, au contraire, elles ne présentent pas ces caractéristiques et doivent être immédiatement effacées.

Afin de guider les membres de l'équipe pluridisciplinaire dans cette analyse, l'article 570 énumère désormais la liste des données qui doivent être reprises dans le dossier individuel. Cette liste est issue de celle établie par le législateur fédéral pour le dossier du patient (voir article 33 de la loi du 22 avril 2019 relative à la qualité de la pratique des soins). Le dossier individuel prévu par le Code wallon de l'action sociale et de la santé correspond au dossier du patient prévu par le législateur fédéral, avec toutefois quelques éléments supplémentaires, eu égard au fait que le dossier individuel est alimenté par l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire, et pas uniquement par les prestataires de soins au sens

de la législation fédérale. Vu cette correspondance, il est exclu de ne pas reprendre dans le dossier individuel des éléments repris dans le dossier du patient par le législateur fédéral.

La première donnée concerne l'identification du patient, pour laquelle ont été reprises les données exigées par le législateur fédéral. Il y a été ajouté le prénom, puisque celui-ci est indispensable pour individualiser le bénéficiaire par rapport aux membres de sa famille.

La seconde donnée est l'identification du médecin généraliste du bénéficiaire, exigée par le législateur fédéral. Il y est ajouté l'identification du médecin ou autre professionnel de santé référencé par le patient, étant donné qu'il dispose de ce droit en vertu de l'article 548 du Code wallon de l'action sociale et de la santé.

La troisième donnée est l'identification des membres de l'équipe pluridisciplinaire qui interviennent dans la prise en charge du bénéficiaire. Cela comprend l'identification du professionnel de santé en charge, telle que prévue par le législateur fédéral.

La quatrième donnée est l'identification des membres du réseau. Cette donnée n'est pas exigée par le législateur fédéral, le réseau étant propre au service de santé mentale. Il est toutefois essentiel de l'introduire dans le dossier individuel, car le réseau est amené à intervenir durant tout le processus de prise en charge du bénéficiaire ; ne pas inclure ces données reviendrait donc à devoir en permanence reconstituer un nouveau réseau, ce qui serait préjudiciable au bénéficiaire.

La cinquième donnée reprend le motif de la demande ou la problématique au moment de la demande d'intervention. Cela correspond au motif de contact et à la problématique au moment de la consultation, exigés par le législateur fédéral. Les termes sont ici un peu différents, conformes à la terminologie utilisée dans le Code wallon de l'action sociale et de la santé.

La sixième donnée reprend les antécédents personnels et familiaux du bénéficiaire. Il s'agit d'une exigence du législateur fédéral, néanmoins très utile pour la prise en charge du bénéficiaire.

La septième donnée reprend les résultats d'examens. Il s'agit d'une exigence du législateur fédéral. Le texte précise toutefois que ces examens doivent être utiles à la prise en charge du bénéficiaire. Le rôle du dossier individuel n'est effectivement pas de centraliser tous les examens médicaux qu'aurait pu passer un bénéficiaire, ce rôle est dévolu au dossier du patient tenu par son médecin généraliste. C'est la raison pour laquelle cette donnée est minimisée à ce qui est utile à la prise en charge du bénéficiaire.

La huitième donnée reprend les notes pertinentes des entretiens avec le bénéficiaire, d'autres professionnels des soins de santé ou des tiers. Le législateur fédéral évoque pour sa part un compte-rendu. Le terme « notes pertinentes » a été retenu afin de ne pas imposer aux membres de l'équipe pluridisciplinaire une surcharge de travail qu'imposerait la rédaction de comptes-rendus après chaque entretien, la prise de note lors de cet entretien suffit.

La neuvième donnée reprend les attestations, rapports ou avis reçus du bénéficiaire ou de tiers. Cette donnée correspond également à une exigence du législateur fédéral.

La dixième donnée reprend les objectifs de santé et les déclarations d'expression de la volonté reçues du bénéficiaire. Cette donnée, requise par le législateur fédéral, présente une utilité certaine, puisqu'elle permet de cadrer la prise en charge du bénéficiaire.

La onzième donnée est le diagnostic. Cette donnée correspond également à une exigence du législateur fédéral. Elle conditionne bien évidemment le contenu de la prise en charge du bénéficiaire.

La douzième donnée correspond à la caractérisation du bénéficiaire, telle qu'exigée par le législateur fédéral. Cette caractérisation justifie la prise en charge par le service de santé mentale, puisqu'elle démontre que le bénéficiaire ne nécessite pas un suivi en milieu hospitalier.

La treizième donnée reprend un aperçu chronologique des soins et prestations dispensés. Il s'agit d'une exigence du législateur fédéral pour les soins, à laquelle ont été ajoutées les prestations, puisque le service de santé mentale ne se limite pas à prodiguer des soins au sens de la législation fédérale.

La quatorzième donnée reprend l'évolution de la pathologie. Ce terme de « pathologie » a été préféré au terme « affection » prévu par le législateur fédéral, car il correspond mieux au domaine de la santé mentale. Le terme « affection » fait en effet davantage référence à un agent pathogène externe, alors que les problèmes de santé mentale sont, le plus souvent, issus d'éléments intrinsèques à la personne, sans intervention d'agents pathogènes externes à celle-ci.

La quinzième donnée reprend les renvois vers d'autres professionnels des soins de santé, services ou tiers. Cette exigence du législateur fédéral est indispensable pour assurer la complétude de la prise en charge du bénéficiaire.

La seizième donnée reprend les médicaments, en ce compris le schéma de médication. C'est également une exigence du législateur fédéral, indispensable au suivi du bénéficiaire dès lors que son traitement implique la prise de médicaments.

La dix-septième donnée reprend les complications ou comorbidités qui nécessitent un traitement complémentaire. Cette exigence du législateur fédéral est très importante pour le service de santé mentale, puisqu'elle a un impact direct sur le réaménagement de la prise en charge du bénéficiaire.

La dix-huitième donnée est la mention qu'en application des articles 573, § 2, et 574, §3, des informations ont été communiquées, avec l'accord du bénéficiaire, à une personne de confiance ou au bénéficiaire en présence d'une personne de confiance et l'identité de cette personne de confiance. Cette mention, exigée également par le législateur fédéral, est l'indication de l'exercice par le bénéficiaire d'un droit qui lui est reconnu tant par le Code wallon de l'action sociale de la santé que par la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient.

La dix-neuvième donnée est la demande expresse du bénéficiaire de ne pas lui fournir d'informations en application des articles 573, § 3, et 574, §3. La reprise de cette demande dans le dossier individuel, exigée également par le législateur fédéral, est l'indication de l'exercice par le bénéficiaire d'un droit qui lui est reconnu tant par le Code wallon de l'action sociale de la santé que par la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient.

La vingtième donnée est la motivation du fait de ne pas divulguer des informations au bénéficiaire en application de l'article 573, § 4. Cette motivation, exigée également par le législateur fédéral, justifie le fait qu'il n'est pas satisfait à l'exercice par le bénéficiaire d'un droit qui lui est reconnu tant par le Code wallon de l'action sociale de la santé que par la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient.

La vingt-et-unième donnée est la demande du bénéficiaire en application du paragraphe 3 de se faire assister par une personne de confiance désignée par lui ou d'exercer son droit de consultation par l'entremise de celle-ci ainsi que l'identité de cette personne de confiance. La reprise de cette demande dans le dossier individuel, exigée également par le législateur fédéral, est l'indication de l'exercice par le bénéficiaire d'un droit qui lui est reconnu tant par le Code wallon de l'action sociale de la santé que par la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient.

La vingt-deuxième donnée est la motivation du rejet total ou partiel de la demande d'un représentant du bénéficiaire visant à obtenir la consultation ou une copie du dossier du bénéficiaire en application de l'article 579, § 1^{er}. Cette motivation, exigée également par le législateur fédéral, justifie le fait qu'il n'est pas satisfait à l'exercice par le représentant du bénéficiaire d'un droit qui lui est reconnu tant par le Code wallon de l'action sociale de la santé que par la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient.

La vingt-troisième donnée est la motivation de la dérogation à la décision prise par un représentant du bénéficiaire en application de l'article 579, § 2. Cette motivation, exigée également par le législateur fédéral, justifie le fait qu'il est dérogé à l'exercice par le représentant du bénéficiaire d'un droit qui lui est reconnu tant par le Code wallon de l'action sociale de la santé que par la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient.

La vingt-quatrième donnée est le tarif appliqué au bénéficiaire. Le service de santé mentale est amené à appliquer certains tarifs déterminés par le Gouvernement. Ces tarifs sont différenciés en fonction de la situation financière des bénéficiaires. L'indication du tarif dans le dossier individuel a pour objectif d'appliquer à chaque bénéficiaire le bon tarif, et d'éviter les erreurs de facturation. L'insertion de cette donnée dans le dossier individuel évite la création d'une base de données séparée, contenant des données à caractère personnel, pour la facturation.

Enfin, la vingt-cinquième et dernière donnée reprend les données socio-épidémiologiques reprises à l'article 585 du Code wallon de l'action sociale et de la santé (voir article 225 infra). Il s'agit de données que le service de santé mentale collecte de façon individualisée auprès de chaque bénéficiaire, et transmet de façon anonymisée à l'Agence. Etant donné qu'il s'agit de données personnelles dans le chef du service de santé mentale, il est préférable de les insérer dans le dossier individuel plutôt que de les conserver de manière séparée. L'objectif est d'éviter l'éparpillement des données personnelles relatives à un bénéficiaire.

L'article 570 du Code wallon de l'action sociale et de la santé est également modifié en ce qui concerne la durée de conservation du dossier individuel. Le dossier individuel correspondant au dossier du patient prévu par le législateur fédéral, il est indispensable d'aligner la durée de conservation du dossier individuel sur celle retenue par le législateur fédéral pour le dossier du patient. Le délai de conservation est donc de minimum 30 ans après le dernier contact et de maximum 50 ans après ce dernier contact, par analogie avec l'article 35 de la loi du 22 avril 2019 précitée.

L'article 570 § 3 du Code wallon de l'action sociale et de la santé, relatif au droit de consultation par le bénéficiaire de son dossier individuel, correspond à l'article 9 § 2 de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient. Cette disposition a été modifiée par les lois du 13 décembre 2006 et du 30 octobre 2018, cette dernière pour mettre le texte en conformité avec le règlement général sur la protection des données. Ces modifications n'avaient pas été transcrites dans l'article 570 du Code wallon de l'action sociale et de la santé ; l'omission est désormais réparée.

Enfin, l'article 570 du Code wallon de l'action sociale et de la santé fait l'objet d'adaptations mineures de terminologie.

Article 206.

Cette disposition insère un nouvel article 570/1 dans le Code wallon de l'action sociale et de la santé. Cet article rappelle l'obligation pour le service de santé mentale de se conformer au règlement général sur la protection des données.

Il n'est pas nécessaire a priori de rappeler cette obligation, puisque ledit règlement s'impose par lui-même, mais cette inclusion dans le Code wallon de l'action sociale et de la santé permet à l'Agence d'obtenir copie du protocole de protection des données élaboré par le service de santé mentale. Il ne s'agit pas pour l'Agence de se substituer aux autorités compétentes en matière de protection des données, mais de s'assurer simplement que le service de santé mentale se conforme formellement à ses obligations en matière de protection des données personnelles.

Article 207.

Cette disposition modifie l'intitulé du sous-point 3 du point H de la sous-section 1ère de la section 2 du chapitre II du titre II du livre VI de la 2e partie du Code wallon de l'action sociale et de la santé, afin de l'adapter à la nouvelle terminologie.

Article 208.

L'article 571 du Code wallon de l'action sociale et de la santé est réécrit et complété. Il accorde à tout demandeur et à tout bénéficiaire le droit d'obtenir un certain nombre d'informations sur le service de santé mentale. L'énumération de ces informations à communiquer n'appelle pas de commentaire particulier.

Une délégation est prévue au Gouvernement pour lui permettre de préciser les informations communiquées, et d'en ajouter d'autres le cas échéant.

La pluridisciplinarité étant une caractéristique essentielle du service de santé mentale, le texte prévoit également, dans le chef du bénéficiaire, une présomption d'acceptation de ce caractère pluridisciplinaire.

Article 209.

L'article 572 du Code wallon de l'action sociale et de la santé est remplacé afin d'affirmer au profit du bénéficiaire un droit à la continuité des soins et à une évaluation régulière du processus thérapeutique.

Les modalités de cette évaluation doivent être reprises dans le projet de service.

Article 210.

Cette disposition modifie l'article 573 du Code wallon de l'action sociale et de la santé, afin de l'adapter à la nouvelle terminologie.

Article 211.

Cette disposition modifie l'article 574 du Code wallon de l'action sociale et de la santé, afin de l'adapter à la nouvelle terminologie.

Article 212.

La loi du 10 avril 2014 portant des dispositions diverses en matière de santé, a introduit dans la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient un article 8/1 qui impose au professionnel de santé d'informer le patient de sa couverture d'assurance.

Cette disposition est désormais transcrite dans le Code wallon de l'action sociale et de la santé sous un article 574/1, qui fait donc obligation au service de santé mentale d'informer le bénéficiaire de sa couverture d'assurance.

Article 213.

La loi du 10 avril 2014 portant des dispositions diverses en matière de santé, a introduit dans la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient un article 8/2 qui impose au professionnel de santé d'informer le patient de son statut d'autorisation à exercer ou d'enregistrement.

Cette disposition est désormais transcrite dans le Code wallon de l'action sociale et de la santé sous un article 574/2, qui fait donc obligation au service de santé mentale d'informer le bénéficiaire de son agrément, et aux membres de l'équipe pluridisciplinaire de leur statut d'autorisation à exercer ou d'enregistrement.

Article 214.

Cette disposition modifie l'article 575 du Code wallon de l'action sociale et de la santé, afin de l'adapter à la nouvelle terminologie.

Article 215.

L'article 11 de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient permet au patient d'introduire une plainte auprès d'un médiateur.

Cette possibilité n'avait jusqu'à présent pas été prévue par la Code wallon de l'action sociale et de la santé. Il convient néanmoins d'accorder aux bénéficiaires les mêmes possibilités que celles accordées par la loi du 22 août 2002 aux patients. C'est pourquoi un nouvel article 575/1 est introduit dans le Code wallon de l'action sociale et de la santé.

Cette nouvelle disposition permet désormais aux bénéficiaires de déposer une plainte auprès d'une fonction de médiation. La description du rôle de cette fonction de médiation est identique à celle reprise dans l'article 11 de la loi du 22 août 2002.

Une délégation est accordée au Gouvernement pour organiser cette fonction de médiation.

Article 216.

Cette disposition modifie l'article 576 du Code wallon de l'action sociale et de la santé, afin de l'adapter à la nouvelle terminologie.

Article 217.

L'article 577 du Code wallon de l'action sociale et de la santé détermine l'exercice des droits du bénéficiaire lorsque celui-ci est placé sous statut de minorité prolongée ou d'interdiction.

Ces statuts de minorité prolongée et d'interdiction ont été supprimés par la loi du 17 mars 2013 réformant les régimes d'incapacité et instaurant un nouveau statut de protection conforme à la dignité humaine. Les dispositions transitoires de cette loi prévoyaient un délai de cinq ans pour adapter la situation des personnes concernées aux nouvelles dispositions en matière de protection des personnes.

Dès lors, l'article 577 du Code wallon de l'action sociale et de la santé n'a plus de raison d'être et doit être abrogé.

La situation des personnes protégées au sens de la loi du 17 mars 2013 est abordée à l'article 578 du Code wallon de l'action sociale et de la santé (voir article 218 infra).

Article 218.

L'article 578 du Code wallon de l'action sociale et de la santé aborde la question de la représentation du bénéficiaire dans l'exercice de ses droits lorsque ce bénéficiaire n'est pas en mesure d'exercer ses droits lui-même.

L'article est complété par un §1^{er}/1, qui prévoit la représentation du bénéficiaire personne protégée par son administrateur de la personne. Il s'agit de mettre ce texte en conformité avec le statut des personnes protégées, introduit dans le Code civil par la loi du 17 mars 2013 réformant les régimes d'incapacité et instaurant un nouveau statut de protection conforme à la dignité humaine.

Les autres modifications apportées à l'article 578 consistent à adapter le texte à la nouvelle terminologie, et à supprimer les références à l'article 577, celui-ci étant abrogé (voir article 217 supra).

Article 219.

Cette disposition modifie l'article 579 du Code wallon de l'action sociale et de la santé, afin de l'adapter à la nouvelle terminologie et de supprimer les références à l'article 577, celui-ci étant abrogé (voir article 217 supra).

Article 220.

L'article 580 du Code wallon de l'action sociale et de la santé est modifié par l'introduction d'une possibilité pour le Gouvernement d'instaurer un tarif réduit entre le tarif normal et la gratuité. Il s'agit d'envisager une situation médiane où le tarif normal est excessif, eu égard aux ressources financières du bénéficiaire, et où la gratuité serait également excessive eu égard à ces mêmes ressources.

Il est également prévu que les modalités du tarif réduit ou de la gratuité sont déterminées par le Gouvernement, et plus par un règlement interne au service de santé mentale. Cette délégation au Gouvernement a pour objectif d'assurer une uniformité des mesures, et un traitement identique de tous les bénéficiaires, quel que soit le service de santé mentale qui les prends en charge.

Article 221.

L'article 581 du Code wallon de l'action sociale et de la santé est modifié pour éviter toute ambiguïté quant à son interprétation ; la volonté a toujours été d'éviter les dépassements de tarif, et pas d'imposer un tarif maximal.

Article 222.

L'article 582 du Code wallon de l'action sociale et de la santé est complété afin d'organiser l'information personnelle du demandeur sur les tarifs qui lui seront appliqués.

Cette information personnelle est importante : le demandeur doit savoir à quoi il s'engage sur le plan financier avant le début de la prise en charge.

Une délégation est accordée au Gouvernement pour déterminer les modalités de cette information.

Article 223.

L'article 583 du Code wallon de l'action sociale et de la santé concerne le conseil d'avis.

La composition de ce conseil d'avis est modifiée afin d'y introduire de manière obligatoire le directeur administratif et le directeur financier. Afin d'éviter un conseil d'avis pléthorique, la représentation du pouvoir organisateur et celle de l'équipe pluridisciplinaire sont chacune ramenées à deux personnes.

Plusieurs délégations au Gouvernement sont accordées de manière à lui permettre d'adopter les mesures d'exécution nécessaires au fonctionnement du conseil d'avis.

Enfin, il est prévu que le conseil d'avis est convoqué par son président, soit d'initiative, soit sur demande d'une catégorie de membres.

Article 224.

Outre quelques modifications de terminologie, l'article 584 du Code wallon de l'action sociale et de la santé est complété pour préciser que le conseil d'avis n'est pas le lieu de la concertation sociale telle que prévue par la législation sociale.

Le recrutement des médecins et des membres de l'équipe pluridisciplinaire est retiré de la compétence du conseil d'avis. Il s'agit effectivement de décisions qui relèvent exclusivement du pouvoir organisateur agissant en tant qu'employeur.

Une délégation est accordée au Gouvernement pour lui permettre de réglementer la concertation organisée par le conseil d'avis.

Article 225.

L'article 585 du Code wallon de l'action sociale et de la santé traite de la collecte des données socio-épidémiologiques.

S'agissant, dans le chef du service de santé mentale, d'un traitement de données à caractère personnel, cet article est totalement réécrit.

Il est précisé que les données socio-épidémiologiques sont récoltées par le service de santé mentale, directement auprès du bénéficiaire, au début de la prise en charge.

Cette collecte obéit à deux finalités :

- une finalité propre au service de santé mentale : établir le profil des bénéficiaires en vue d'orienter le projet de service ;
- une finalité de l'Agence : la recherche et l'analyse socio-épidémiologique.

Cette seconde finalité est réalisée sur la base de données anonymisées. Néanmoins, les données nécessaires à cette finalité sont recueillies par le service de santé mentale directement auprès du bénéficiaire, et donc constituent dans son chef un traitement de données à caractère personnel.

La liste des données socio-épidémiologiques utiles à l'Agence figurait dans le Code réglementaire wallon de l'action sociale et de la santé. Cette liste est ramenée dans le décret, afin de se conformer aux exigences du Règlement général sur la protection des données. Il n'est pas nécessaire ici de détailler la pertinence de chaque donnée, puisque toutes, une fois anonymisées, sont nécessaires à la réalisation par l'Agence de recherches et d'analyses socio-épidémiologiques. C'est ce traitement anonymisé qui justifie la collecte de ces données.

Les données récoltées par le service de santé mentale sont envoyées de manière anonymisées à l'Agence. Il est prévu que l'envoi se réalise par voie électronique, de façon groupée, une fois par an.

L'Agence, sur base de ces données, procède aux recherches et analyses socio-épidémiologiques, et communique les résultats de celles-ci au service de santé mentale.

Les recherches et analyses sont également publiées selon les modalités arrêtées par le Gouvernement.

Les données non anonymisées sont conservées par le service de santé mentale et insérées dans le dossier individuel du bénéficiaire concerné. L'objectif de cette intégration est de concentrer dans un

seul dossier toutes les données personnelles concernant un bénéficiaire. Les mesures relatives à ce dossier individuel sont détaillées à l'article 570 (voir article 76 supra).

Article 226.

L'article 586 du Code wallon de l'action sociale et de la santé, relatif à la localisation du service de santé mentale, est réécrit pour plus de lisibilité.

Article 227.

L'article 587 du Code wallon de l'action sociale et de la santé décrit les exigences relatives aux sièges et antennes du service de santé mentale. Plusieurs modifications y sont apportées.

Tout d'abord, le texte est adapté pour tenir compte du fait qu'un service de santé mentale n'a plus qu'une seule équipe pluridisciplinaire.

Ensuite le texte est modifié afin d'assurer l'accessibilité des sièges des services de santé mentale aux personnes à mobilité réduite.

L'accessibilité aux personnes à mobilité réduite est définie à l'article 539/1 (voir article 160 supra). Cette exigence est susceptible de poser des difficultés pour certains services de santé mentale, les sièges actuellement occupés pouvant ne pas être accessibles aux personnes à mobilité réduite. Deux options sont possibles :

- Soit les sièges occupés lors de l'entrée en vigueur du présent décret sont accessibles aux personnes à mobilité réduite ;
- Soit les sièges occupés lors de l'entrée en vigueur du présent décret ne sont pas accessibles aux personnes à mobilité réduite ;

En ce dernier cas, il y a une dispense temporaire de l'obligation d'avoir des sièges accessibles aux personnes à mobilité réduite. Cette dispense est accordée jusqu'au moment où, soit des travaux de transformation sont accomplis dans l'immeuble, soit le service de santé mentale déménage son siège dans de nouveaux locaux. Il y a donc une obligation de prévoir une accessibilité aux personnes à mobilité réduite en cas de travaux ou de déménagement. Des exceptions restent possibles uniquement sur base des normes urbanistiques.

En outre, lorsqu'une dispense est invoquée, le service de santé mentale a l'obligation de proposer aux personnes à mobilité réduite des solutions alternatives afin que ces personnes puissent également bénéficier des services du service de santé mentale comme si elles étaient valides. L'objectif de cette exigence est d'assurer un accès pour tous aux services de santé mentale, et de bannir toute discrimination envers les personnes à mobilité réduite.

Il est également interdit à un service de santé mentale qui dispose de locaux accessibles aux personnes à mobilité réduite de déplacer ses activités vers des locaux non accessibles.

L'objectif de la disposition est qu'à terme, tous les services de santé mentale disposent de locaux accessibles aux personnes à mobilité réduite.

Article 228.

L'article 588 du Code wallon de l'action sociale et de la santé est modifié pour plus de précision.

La première modification est une clarification qui ne nécessite aucun commentaire particulier.

La seconde modification vise à clarifier ce qu'il faut entendre par structure résidentielle. Il s'agit uniquement d'une structure résidentielle collective. L'objectif est d'éviter que le service de santé mentale n'intègre une maison de repos, un internat, etc...

Une nouvelle interdiction est ajoutée : le service de santé mentale ne peut installer son siège dans une institution hospitalière. Cette interdiction est liée à la nature même du service de santé mentale : il s'agit d'un service ambulatoire. Lui permettre de s'installer dans le même bâtiment qu'une institution hospitalière lui enlèverait cette qualité, même s'il restait juridiquement une entité distincte de l'hôpital.

Article 229.

L'article 229 insère un nouvel article 588/1 dans le Code wallon de l'action sociale et de la santé.

Cette nouvelle disposition interdit au service de santé mentale de mettre ses locaux à disposition d'un prestataire de soins indépendant, lorsque celui-ci agit en dehors du cadre d'une convention de collaboration.

L'objectif de cette disposition est d'éviter toute confusion entre un service de santé mentale, et un prestataire de soins indépendant, et de maintenir pleinement le caractère pluridisciplinaire du service de santé mentale.

Article 230.

L'article 590 impose aux services de santé mentale les heures d'ouverture qu'il spécifie. La crise sanitaire a démontré qu'imposer certaines heures d'ouverture par décret n'offre pas la souplesse nécessaire à l'adaptabilité des horaires aux circonstances du moment. C'est pourquoi les exigences en matière d'heures d'ouverture sont supprimées.

Une délégation est prévue pour permettre au Gouvernement de fixer des heures d'ouverture, mais également pour adopter les modalités de l'organisation de consultations à distance.

Article 231.

L'article 591, relatif à la comptabilité des services de santé mentale, est remodelé.

Etant donné que les modalités de subventionnement sont déléguées au Gouvernement (voir article 244 infra), la détermination des exigences comptables imposées aux services de santé mentale est également déléguée au Gouvernement. Ces exigences doivent en effet être en adéquation avec les modalités du subventionnement.

Le Gouvernement, dans la détermination des exigences comptables, doit toutefois tenir compte du fait que les services de santé mentale sont également soumis à d'autres obligations comptables, imposées par le Code des sociétés et des associations, et par ses arrêtés d'exécution.

Article 232.

L'article 592 du Code wallon de l'action sociale et de la santé, relatif aux initiatives spécifiques, est complété.

Il s'agit de préciser que les actions menées par les services de santé mentale dans le cadre de l'accord de coopération du 8 octobre 1998 relatif à la guidance et au traitement des auteurs d'infractions à caractère sexuel sont, pour l'application du Code wallon de l'action sociale et de la santé, considérées comme des initiatives spécifiques.

Article 233.

L'article 593 du Code wallon de l'action sociale et de la santé, relatif aux initiatives spécifiques, est modifié pour plus de clarté.

L'alinéa 3 de cet article est abrogé, car il est totalement identique à l'alinéa 2.

Article 234.

A l'article 594 du Code wallon de l'action sociale et de la santé, l'encadrement du club thérapeutique par la direction administrative et la direction thérapeutique est reporté à l'alinéa 1^{er} ; l'alinéa 2 est dès lors abrogé.

L'alinéa 3 du même article 594 est aussi abrogé, car il impose des obligations en matière de personnel et d'accueil qui manquent de souplesse. Une délégation est accordée au Gouvernement pour déterminer les modalités d'organisation d'un club thérapeutique.

Article 235.

L'article 595 du Code wallon de l'action sociale et de la santé, relatif aux clubs thérapeutiques, est modifié pour plus de clarté.

Article 236.

La territorialisation des activités des services de santé mentale, telle qu'elle résulte de la rédaction de l'article 596 du Code wallon de l'action sociale et de la santé, est en contradiction avec le principe du libre choix du service de santé mentale consacré à l'article 569 du Code wallon de l'action sociale et de la santé (voir article 203 supra). En effet, imposer au service de santé mentale de prendre en charge exclusivement des bénéficiaires domiciliés dans une zone déterminée revient à restreindre le libre-choix du bénéficiaire, puisque celui-ci ne pourrait plus exercer son choix qu'à l'intérieur d'une zone déterminée autour de son domicile.

Un bénéficiaire peut avoir aussi intérêt à choisir un service de santé mentale éloigné de son domicile, pour diverses raisons. A titre d'exemple, un bénéficiaire dont le lieu de travail est éloigné de son domicile pourrait avoir plus de facilité, pour des raisons d'horaires, à se rendre dans un service de santé mentale proche de son lieu de travail.

L'article 596 du Code wallon de l'action sociale et de la santé est dès lors abrogé. Cette abrogation ne doit pas être interprétée comme une absence totale de territorialisation de la programmation, les services de santé mentale seront, bien entendu, répartis sur l'ensemble du territoire wallon de manière à répondre aux besoins la population, et donc, sur la base d'un territoire d'influence, mais ce territoire ne doit pas être interprété comme exclusif. En outre, vu l'évolution de ces besoins dans le temps, il importe de laisser au Gouvernement la possibilité d'adopter et d'adapter sa programmation selon les critères qu'il estime les plus adéquats pour répondre à ces besoins.

Article 237.

La suppression de la territorialisation des activités ne signifie pas qu'il ne faut pas veiller à une répartition harmonieuse des services de santé mentale sur l'ensemble du territoire de la région de langue française. Cette répartition harmonieuse est l'objet de l'article 597 du Code wallon de l'action sociale et de la santé.

Toutefois, ce n'est pas au moment de l'agrément que le Gouvernement doit veiller à cette répartition harmonieuse, mais en amont, au moment où il établit sa programmation. L'article 597 du Code wallon de l'action sociale et de la santé est modifié en ce sens.

Article 238.

L'article 598 du Code wallon de l'action sociale et de la santé délègue au Gouvernement le soin de préciser les modalités et la procédure d'octroi de l'agrément. Le texte est réécrit pour mieux circonscrire la délégation, en insistant sur le fait que le Gouvernement, dans l'exécution de cette délégation, doit se conformer aux dispositions des articles 599 à 602 du Code wallon de l'action sociale et de la santé (voir articles 239 à 242 infra).

Article 239.

L'article 599 du Code wallon de l'action sociale et de la santé est modifié, en son alinéa 1^{er}, pour une question de vocabulaire : ce n'est pas une qualité qui est agréée, mais bien l'initiative spécifique ou le club thérapeutique lui-même.

Le renvoi à l'application par analogie des articles 600 à 602 du Code wallon de l'action sociale et de la santé n'a plus lieu d'être étant donné que ces articles sont complétés par des dispositions spécifiques relatives à l'agrément d'une initiative spécifique ou d'un club thérapeutique (voir articles 240 à 242 infra). L'alinéa 3 de l'article 599 du Code wallon de l'action sociale et de la santé est donc abrogé.

Article 240.

Les articles 600 à 602 du Code wallon de l'action sociale et de la santé, relatifs à l'agrément des services de santé mentale, sont complètement revus.

Les conditions d'agrément, initialement prévues à l'article 601 du Code wallon de l'action sociale et de la santé, sont désormais reprises à l'article 600 de ce Code. Le texte initial n'énumérait pas l'ensemble des conditions à remplir pour obtenir l'agrément ; il se limitait à demander un engagement relatif aux normes visées aux articles 542 et suivants. Il s'agit là d'une formulation particulièrement obscure, qui ouvre la porte à des litiges en cas de refus d'agrément ou, ultérieurement, de procédure de retrait d'agrément.

Désormais, l'article 600 du Code wallon de l'action sociale et de la santé énumère en son paragraphe 1^{er}, de manière limitative, l'ensemble des conditions d'agrément que doit remplir un service de santé mentale pour obtenir son agrément.

Plusieurs de ces conditions consistent en un engagement. Il s'agit de situations relatives à des obligations imposées au service de santé mentale qui ne peuvent être respectées que si le service de santé mentale fonctionne. Au moment de sa demande d'agrément, le service de santé mentale ne fonctionne pas encore, de sorte qu'il lui serait impossible de démontrer qu'il respecte bien ces conditions. Le service de santé mentale, pour obtenir son agrément, s'engage dès lors à remplir ces conditions. La vérification du respect des engagements pris, et donc du respect des conditions elles-mêmes, s'opère a posteriori lors du contrôle du service de santé mentale.

La première condition d'agrément précise les formes juridiques que doivent adopter les services de santé mentale, à savoir des personnes morales de droit public et des personnes morales de droit privé, mais sans but lucratif. L'objectif d'un service de santé mentale, dès lors qu'il est subventionné, ne doit jamais être de distribuer des dividendes à ses membres. Il est également prévu la possibilité d'agréer des associations mixtes, pour autant que les membres du secteur public y soient majoritaires.

Trois conditions sont relatives au projet de service. Pour être agréé, le service de santé mentale doit présenter un premier projet de service. Il doit s'engager également à rédiger un nouveau projet de service au plus tard tous les cinq ans, et à mettre en œuvre son projet de service.

En matière d'accueil des demandeurs ou des bénéficiaires, le service de santé mentale doit s'engager à enregistrer toutes les demandes qu'il reçoit et la suite qui leur a été donnée, et à conclure au moins une convention avec une institution hospitalière pour les situations d'urgence en dehors des heures d'ouverture du service de santé mentale.

Le service de santé mentale doit également s'engager à organiser les concertations pluridisciplinaires prévues et à collaborer avec les réseaux. C'est la transcription sous forme d'engagement d'un élément essentiel de la définition du service de santé mentale, la pluridisciplinarité.

Le service de santé mentale doit également s'engager à disposer d'une équipe pluridisciplinaire conforme au décret. Cette condition est formulée sous la forme d'un engagement pour des raisons de droit social. Si le personnel était engagé avant l'agrément, il n'aurait pas le droit d'exercer les tâches qui lui sont dévolues tant que l'agrément n'est pas accordé, et il devrait être licencié si l'agrément venait à être refusé. Il est donc préférable que le personnel destiné à composer l'équipe pluridisciplinaire soit engagé après l'octroi de l'agrément, le service de santé mentale ayant un délai de six mois pour constituer son équipe.

Le service de santé mentale doit également s'engager à tenir un dossier individuel pour chaque bénéficiaire, à rédiger un protocole de protection des données personnelles, et à respecter les droits accordés par le Code wallon de l'action sociale et de la santé aux bénéficiaires.

Le service de santé mentale s'engage également à se conformer aux tarifs élaborés par le Gouvernement.

Le service de santé mentale s'engage à installer un conseil d'avis.

Le service de santé mentale s'engage à récolter les données socio-épidémiologiques et à les transmettre à l'Agence sous forme anonymisée.

Le service de santé mentale, lorsqu'il demande l'agrément, doit, pour chaque siège, disposer de locaux conformes à la législation.

Le service de santé mentale s'engage à se conformer aux exigences édictées par le Gouvernement en matière d'heures d'ouverture.

L'agrément ne peut être accordé au service de santé mentale que s'il s'inscrit dans la programmation établie par le Gouvernement ou son délégué. L'objectif de cette condition d'agrément est d'assurer une répartition harmonieuse des services de santé mentale sur le territoire de la région de langue française.

Enfin, le service de santé mentale doit s'engager à respecter des règles déontologiques, dont l'établissement est confié au Gouvernement.

Une délégation est accordée au Gouvernement pour exiger, si nécessaire, des conditions d'agrément supplémentaires.

Le paragraphe 2 énumère les conditions d'agrément pour une initiative spécifique.

Il est tout d'abord exigé que le service de santé mentale qui souhaite faire agréer une initiative spécifique soit lui-même agréé depuis au moins six mois. Cette exigence vise à ce que le service de santé mentale soit pleinement fonctionnel avant d'envisager la création d'une initiative spécifique.

La seconde condition consiste à fournir un descriptif de l'initiative spécifique pour laquelle l'agrément est demandé.

Une délégation est accordée au Gouvernement pour exiger, si nécessaire, des conditions d'agrément supplémentaires.

Le paragraphe 3 énumère les conditions d'agrément pour un club thérapeutique.

Il est tout d'abord exigé que le service de santé mentale qui souhaite faire agréer un club thérapeutique soit lui-même agréé depuis au moins six mois. Cette exigence vise à ce que le service de santé mentale soit pleinement fonctionnel avant d'envisager la création d'un club thérapeutique.

La seconde condition consiste à fournir un descriptif du club thérapeutique pour lequel l'agrément est demandé.

Une délégation est accordée au Gouvernement pour exiger, si nécessaire, des conditions d'agrément supplémentaires.

Article 241.

L'article 241 introduit un nouvel article 601 dans le Code wallon de l'action sociale et de la santé pour édicter des conditions minimales applicables à la procédure d'agrément.

Il est tout d'abord prévu que la demande d'agrément doit être introduite par le pouvoir organisateur du service de santé mentale, auprès du Gouvernement ou de son délégué.

Il est ensuite prévu que la demande d'agrément doit comprendre un formulaire reprenant le numéro d'entreprise du service de santé mentale, et l'ensemble des engagements prévus dans les conditions d'agrément (voir article 240 supra). L'utilisation de ce formulaire permet de s'assurer que les engagements de tous les candidats à l'agrément soient identiques.

L'agrément est accordé pour une durée indéterminée par le Gouvernement ou son délégué.

Article 242.

L'article 242 introduit un nouvel article 602 dans le Code wallon de l'action sociale et de la santé pour imposer un certain formalisme dans l'arrêté d'agrément.

Cette disposition n'appelle pas de commentaire particulier.

Article 243.

Il est fait obligation au service de santé mentale d'indiquer dans toutes ses communications qu'il est reconnu et subventionné par la Région wallonne.

Cette obligation vise à éviter que des organismes ne s'intitulent « service de santé mentale » sans qu'aucun contrôle n'ait pu être effectué quant à leur compétence et leur capacité à remplir correctement la mission dévolue par le Code wallon de l'action sociale et de la santé aux services de santé mentale.

Article 244.

L'article 244 remplace intégralement l'article 603 du Code wallon de l'action sociale et de la santé relatif au financement.

Les services de santé mentale reconnus bénéficient d'un subventionnement. Ce subventionnement est destiné à leur permettre de faire face à leurs frais de personnel et leurs frais de fonctionnement.

Les modalités de calcul de ce subventionnement sont déléguées au Gouvernement. Cette délégation est de nature à permettre une affectation la meilleure possible des crédits budgétaires alloués par le Parlement pour la santé mentale.

L'octroi d'un subventionnement est limité aux crédits budgétaires disponibles, ce qui permet au Parlement de conserver la pleine maîtrise du budget qu'il décide d'allouer à la santé mentale.

Articles 245 à 248.

Les modalités d'octroi et de calcul d'un subventionnement étant totalement déléguées au Gouvernement wallon, les articles 604 à 607 du Code wallon de l'action sociale et de la santé sont abrogés.

Article 249.

La fonction de liaison prévue à l'article 546 du Code wallon de l'action sociale et de la santé a été supprimée (voir article 172 supra). Cette fonction de liaison bénéficiait d'une subvention, définie à l'article 608 du Code wallon de l'action sociale et de la santé.

Afin de ne pas préjudicier les services de santé mentale qui ont créé cette fonction de liaison et les personnes qui exercent cette fonction, l'article 608 du Code wallon de l'action sociale est modifié pour maintenir en faveur de ces services de santé mentale un subventionnement spécifique pour la fonction de liaison, tant que la personne qui exerce cette fonction continue à l'exercer. Lorsque cette personne cesse d'exercer la fonction de liaison, le paiement de la subvention cesse.

Cette disposition « de sauvegarde » ne peut être invoquée que pour des personnes engagées pour la fonction de liaison avant le 1^{er} janvier 2023.

Articles 250 et 251.

Les modalités d'octroi et de calcul d'un subventionnement étant totalement déléguées au Gouvernement wallon, les articles 609 et 611 du Code wallon de l'action sociale et de la santé sont abrogés.

Article 252.

L'article 612 du Code wallon de l'action sociale et de la santé traite de l'évaluation et du contrôle. Il est totalement réécrit afin de bien distinguer l'évaluation du contrôle.

Le paragraphe 1^{er} concerne l'évaluation des activités du service de santé mentale. Les modalités de cette évaluation sont confiées au Gouvernement. Il est toutefois précisé que cette évaluation doit s'effectuer de manière participative, en partenariat entre le service de santé mentale et l'Agence. Cette évaluation est périodique ; il appartiendra au Gouvernement de préciser cette périodicité en fonction des besoins ou des nécessités.

Le paragraphe 2 évoque de son côté le contrôle. Ce contrôle porte aussi bien sur les aspects administratifs que sur les aspects financiers. Ce contrôle est effectué par les membres du personnel de l'Agence désignés à cette fin. Ces membres du personnel se voient reconnaître certains pouvoirs

d'investigations nécessaires à l'exercice de leur mission. Une délégation est donnée au Gouvernement pour préciser les limites et modalités d'exercice de ces pouvoirs d'investigations.

Une protection particulière est accordée aux données à caractère personnel. Il est demandé au service de santé mentale d'anonymiser pour autant que possible ces données. De même, les membres du personnel de l'Agence en charge du contrôle veillent à ne demander des données à caractère personnel que si celles-ci sont nécessaires, adéquates et pertinentes à l'objectif de contrôle du service de santé mentale.

Le dossier individuel bénéficie également d'une protection particulière :

- consultation par des membres du personnel spécifiquement désignés à cette fin ;
- consultation uniquement si elle est nécessaire, adéquate et proportionnelle à l'objectif du contrôle du service de santé mentale ;
- interdiction absolue de la consultation de certaines données relatives à l'état et l'évolution du bénéficiaire ;
- interdiction absolue de consulter la fiche de renseignement destinée à la communication des données socio-épidémiologiques.

Cette dernière interdiction se justifie par le fait que les données socio-épidémiologiques sont envoyées de façon anonymisées à l'Agence. Permettre à des membres du personnel de l'Agence de consulter ces données dans le dossier individuel reviendrait à contourner cette anonymisation (voir article 225 supra).

Enfin, la consultation de données relatives à l'état de santé d'un demandeur ou bénéficiaire ne peut être effectuée que par un membre du personnel de l'Agence spécifiquement désigné à cette fin.

Une délégation est donnée au Gouvernement pour déterminer les modalités de contrôle, en insistant sur la nécessité de respecter le principe du contradictoire, pour utiliser la terminologie proposée par le Conseil d'Etat.

Article 253.

Vu la délégation accordée au Gouvernement par l'article 612 du Code wallon de l'action sociale et de la santé (voir article 252 supra), l'article 613 lui accordant une délégation pour déterminer des indices d'évaluation n'a plus de raison d'être. Il est donc abrogé.

Article 254.

L'article 615 du Code wallon de l'action sociale et de la santé délègue au Gouvernement le soin de déterminer les procédures de suspension et de retrait de l'agrément.

La sanction de la suspension de l'agrément est supprimée, car elle est totalement inefficace et génère des effets pervers par rapport à l'objectif poursuivi, amener le service de santé mentale à se conformer aux conditions d'agrément.

En effet, avec la suspension d'agrément, le service de santé mentale ne peut plus exercer temporairement ses activités. Cette interdiction temporaire le place dans l'impossibilité de démontrer qu'il respecte désormais ses obligations. A titre d'exemple, si on suspend l'agrément d'un service de santé mentale pour application de tarifs excessif, il lui sera impossible de démontrer qu'il respectera désormais les tarifs imposés, puisqu'il n'aura plus de prestations à facturer.

La suspension de l'agrément est également susceptible de provoquer un préjudice grave aux bénéficiaires. Ceux-ci doivent en effet se réorienter temporairement vers un autre service de santé

mentale, pour revenir dans leur service de santé mentale initial après la levée de la suspension. Cette situation crée pour eux une parenthèse dans le suivi de la prise en charge, qui peut être lourde de conséquences pour leur évolution.

Pour ces raisons, la suspension de l'agrément est supprimée et ne peut plus être infligée comme sanction. La seule sanction possible reste le retrait d'agrément, qui, certes peut porter préjudice aux bénéficiaires, mais qui est définitive. Afin de restreindre au maximum les effets négatifs pour les bénéficiaires d'un retrait d'agrément, il est fait obligation au Gouvernement de prévoir une procédure spécifique de réorientation de ces bénéficiaires.

Article 255.

L'article 616 du Code wallon de l'action sociale et de la santé concerne également les sanctions. Pour les mêmes raisons que celles évoquées dans les explications relatives à l'article 254, les références à la suspension de l'agrément sont supprimées.

L'article est également aménagé sur les conséquences d'un retrait d'agrément. Désormais, un service de santé mentale qui s'est vu retirer son agrément ne peut demander un nouvel agrément pendant un délai d'un an à compter de ce retrait. L'objectif de cette disposition est d'assurer une pleine effectivité au retrait d'agrément.

Article 256.

A l'article 617 du Code wallon de l'action sociale et de la santé, les références à la suspension de l'agrément sont supprimées (voir article 254 supra).

De même, les alinéas visant à sanctionner un service de santé mentale ayant une mauvaise évaluation sont supprimés. L'objectif d'une évaluation n'est en effet pas d'aboutir à une sanction, mais d'améliorer les pratiques (voir article 252 supra). Seul un contrôle peut, le cas échéant, déboucher sur une sanction.

Article 257.

Cette disposition n'appelle pas de commentaire particulier.

Article 258.

Jusqu'à présent, les fédérations de services de santé mentale ne bénéficiaient d'aucune reconnaissance ni d'aucun agrément, contrairement à d'autres fédérations actives dans le secteur de la santé. L'article 258 vise à remédier à cette lacune.

Désormais, les fédérations pourront être agréées pour une durée de cinq ans, renouvelable. L'agrément implique évidemment certaines obligations de la part des fédérations, raison pour laquelle les missions qui leur sont dévolues sont énumérées.

Article 259.

Une délégation est accordée au Gouvernement pour accorder une subvention aux fédérations. L'objectif de cette subvention est de permettre aux fédérations d'exercer les missions qui leurs sont désormais conférées (voir art. 258 supra).

Article 260.

L'article 623 du Code wallon de l'action sociale et de la santé fait l'objet de quelques corrections techniques, pour davantage de clarté.

Article 261.

L'Agence étant plus à même que le Gouvernement d'assurer la publicité du cadastre de l'offre, cette mission lui est directement confiée. L'article 624 du Code wallon de l'action sociale et de la santé est modifié en ce sens.

Articles 262 à 266.

Les articles 708 à 712 du Code wallon de l'action sociale et de la santé contiennent des dispositions transitoires anciennes, devenues obsolètes. Ces articles sont donc abrogés.

Section 7. Modifications relatives aux plates-formes de concertation en santé mentale.

Article 267.

La seule disposition du Code wallon de l'action sociale et de la santé relative aux plates-formes de concertation en santé mentale était l'article 418.

Etant donné que le présent décret prévoit l'intégration d'un chapitre entier consacré aux plates-formes de concertation en santé mentale dans le Code wallon de l'action sociale et de la santé (voir article 268 infra), cet article 418 n'a plus de sens et doit être abrogé.

Article 268.

Les plates-formes de concertation en santé mentale bénéficient actuellement d'une base légale minimale, l'article 10 de la loi coordonnée du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux et autres établissements de soins, et l'article 418 du Code wallon de l'action sociale et de la santé. Toutes les autres dispositions les concernant sont de nature réglementaire, et adoptées sur la base de cet article 10.

L'objectif du présent décret est d'assurer aux plates-formes de concertation en santé mentale une base décrétales plus étoffée, et d'encadrer davantage les délégations accordées au Gouvernement pour adopter les mesures d'exécution. Dans cette optique, un certain nombre de dispositions réglementaires actuellement applicables aux plates-formes de concertation en santé mentale sont intégrées dans la base décrétales, de sorte qu'elles ne pourront désormais plus être modifiées que par décret.

L'intégration des plates-formes de concertation en santé mentale dans le présent décret entraîne un certain nombre de modifications quant aux règles qui leur sont applicables. Elles jouent désormais un rôle accru dans la politique wallonne de santé mentale. Ce rôle est détaillé dans les explications relatives aux divers articles du présent chapitre.

Les dispositions décrétales relatives aux plates-formes de concertation en santé mentale sont insérées dans le Code wallon de l'action sociale et de la santé sous un chapitre IV.

Ce positionnement vise à souligner le fait que les plates-formes de concertation en santé mentale n'apportent pas directement des soins de santé mentale aux personnes, mais constituent un outil de coordination de l'ensemble de l'offre de soins.

Article 269.

Cette disposition n'appelle pas de commentaire particulier.

Article 270.

Il s'agit d'une disposition introductive qui induit plusieurs principes :

- des missions spécifiques sont attribuées aux plates-formes de concertation en santé mentale ;
- les plates-formes de santé mentale bénéficient d'un agrément accordé par le Gouvernement ou son délégué ;
- les plates-formes de concertation en santé mentale bénéficient d'un subventionnement, pour autant qu'il y ait des crédits disponibles.

Ces principes sont développés dans la suite du décret.

Les plates-formes de concertation en santé mentale comprennent parmi leurs membres des hôpitaux (voir article 274 infra). Ces hôpitaux relèvent pour partie de la compétence régionale en matière d'agrément, mais restent également soumis à la législation fédérale pour ce qui concerne leurs normes organiques et, pour certains d'entre eux, lorsqu'ils sont universitaires, à la législation de la Communauté française. Dès lors, afin d'éviter tout conflit de compétence, il est expressément précisé que les dispositions régionales relatives aux plates-formes de concertation en santé mentale s'appliquent sans préjudice des compétences fédérales et communautaires. En d'autres termes, le texte régional relatif aux plates-formes de concertation en santé mentale ne pourrait être invoqué pour déroger à des dispositions fédérales et communautaires, et le Gouvernement, dans ses mesures d'exécution, doit être attentif à ne pas empiéter sur les compétences fédérales ou communautaires.

Article 271.

Cette disposition, qui fournit les définitions applicables au chapitre IV, n'appelle pas de commentaire particulier.

Article 272.

Cette disposition n'appelle pas de commentaire particulier.

Article 273.

Cette disposition définit les différentes missions attribuées aux plates-formes de concertation en santé mentale.

Ces missions traduisent le rôle central désormais dévolu aux plates-formes de concertation en santé mentale dans la mise en œuvre du plan stratégique pour la santé mentale (voir section 1 supra) et de la politique wallonne de santé mentale.

La première mission consiste à identifier l'offre et les besoins de soins en santé mentale. IL s'agit là d'une mission essentielle, car elle va fournir des informations indispensables à l'élaboration du plan stratégique pour la santé mentale.

La seconde et la troisième mission sont liées : elles ont pour objectif d'apporter à la population des soins de santé mentale de qualité. Dans cette optique, les plates-formes de concertation en santé mentale doivent soutenir l'amélioration des pratiques de santé mentale et favoriser le partage des pratiques entre les divers acteurs des soins en santé mentale. Pour assurer une meilleure réalisation de ces missions, l'adhésion à au moins une plate-forme de concertation en santé mentale est devenue une condition d'agrément pour chacun des acteurs concernés.

Les plates-formes de concertation en santé mentale deviennent aussi des institutions clefs pour le plan stratégique pour la santé mentale. Elles reçoivent en effet pour mission de contribuer à l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation de ce plan. Elles deviennent dès lors le lieu de concertation privilégié entre tous les acteurs des soins en santé mentale pour tout ce qui concerne ce plan stratégique pour la santé mentale.

L'intégration des dispositions relatives aux droits du patient dans les dispositifs décrets propres à chaque institution de soins en santé mentale a ouvert la possibilité pour les personnes qui reçoivent ces soins de déposer une plainte auprès d'un service de médiation. Les plates-formes de concertation en santé mentale sont chargées d'organiser cette médiation pour l'ensemble du secteur.

Enfin, les plates-formes de concertation en santé mentale reçoivent la mission spécifique de participer, sur leur territoire au développement des réseaux en santé mentale et des réseaux d'aides et de soins en assuétudes.

Une délégation est accordée au Gouvernement pour préciser ces missions et déterminer leurs modalités d'exécution, ainsi que pour prévoir, le cas échéant, des missions supplémentaires.

Article 274.

L'article 274 traduit les missions dévolues aux plates-formes de concertation en santé mentale en actions concrètes.

La première de ces actions consiste à organiser une concertation avec les centres locaux de promotion de la santé. Cette concertation est nécessaire afin d'articuler la promotion de la santé et les soins en santé mentale. Le développement de la santé mentale ne peut se concevoir sans une action en amont, au niveau de la promotion de la santé mentale, y compris la prévention. La santé d'une personne constitue en effet un tout, et il serait illusoire de s'imaginer qu'il est possible de dissocier complètement la santé mentale et la santé en général. Il est en effet incontestable, et nombre d'études scientifiques l'ont démontré, que la santé mentale a un impact non négligeable sur la santé en général, qu'une bonne santé mentale joue un rôle déterminant dans le processus de guérison d'un problème de santé « physique », et qu'un problème de santé mentale peut induire des problèmes de santé « physique ». Dès lors, imaginer un plan de promotion de la santé sans y inclure la dimension de la santé mentale n'aurait absolument aucun sens, puisqu'une telle démarche occulterait un pan entier de la santé, et un facteur essentiel pour la santé de la population.

La seconde action est la suite logique de la première mission dévolue aux plates-formes de concertation en santé mentale, puisqu'elle consiste à assurer la visibilité de l'offre et des besoins de soins en santé mentale.

Les actions suivantes s'inscrivent simultanément dans plusieurs missions, puisque leur but est de permettre non seulement l'échange de bonnes pratiques, l'amélioration des soins de santé mentale, mais également l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation du plan stratégique pour la santé mentale. A cet égard, les plates-formes de concertation en santé mentale assurent un rôle d'interface entre les autorités publiques et leurs membres.

Une délégation est accordée au Gouvernement pour préciser les différentes actions et prévoir d'autres actions.

Article 275.

Il est prévu que les plates-formes de concertation en santé mentale se réunissent au sein d'un comité de concertation. Les objectifs de ce comité de concertation sont développés dans le texte et n'appellent pas de commentaires particuliers.

Il est prévu que l'Agence puisse être associée aux travaux de ce comité de concertation, raison pour laquelle elle doit être informée de la tenue des réunions.

Article 276.

Cette disposition n'appelle pas de commentaire particulier.

Article 277.

Les plates-formes de concertation en santé mentale regroupent diverses institutions de soins en santé mentale (voir article 278 infra). Ces institutions proviennent tant du secteur public que du secteur privé. Il est dès lors exigé que les plates-formes de concertation en santé mentale adoptent la forme d'une ASBL, seule forme juridique adaptée à leur composition.

Article 278.

L'article 278 énumère les catégories d'institutions susceptibles d'être membres d'une plate-forme de concertation en santé mentale.

Les plates-formes de concertation en santé mentale étant organisées sur une base territoriale, il est exigé des diverses institutions qu'elles adhèrent à une plate-forme de concertation en santé mentale compétente pour le territoire sur lequel elles exercent leurs activités.

Afin de permettre aux plates-formes de concertation en santé mentale d'accomplir pleinement leurs missions, il est important qu'elles ne regroupent pas exclusivement une seule catégorie d'institutions. C'est pourquoi il est exigé qu'elles comprennent au moins une institution de chacune des catégories.

Il y a toutefois une volonté de ne pas laisser les hôpitaux prendre le contrôle des plates-formes de concertation en santé mentale. C'est pourquoi il est prévu que chaque plate-forme de concertation en santé mentale doit comprendre, à concurrence d'au moins 55%, des institutions autres que les hôpitaux.

Si une plate-forme de concertation en santé mentale ne compte pas, parmi ces membres, d'institution appartenant à une des catégories, elle doit conclure une convention de collaboration avec une de ces institutions. Le texte précise « si possible », ce qui signifie que la plate-forme de concertation en santé mentale doit effectuer toutes les démarches pour conclure une telle convention, mais qu'on ne peut lui reprocher un refus de la part des institutions sollicitées. Une délégation est accordée au gouvernement pour déterminer le contenu de ces conventions.

Il est également permis aux plates-formes de concertation en santé mentale de compter parmi leurs membres d'autres acteurs de soins en santé mentale. Il convient de souligner qu'il ne s'agit pas d'une obligation, mais bien d'une possibilité offerte aux plates-formes de concertation en santé mentale. Le Gouvernement est chargé de lister ces acteurs.

Enfin, les relations entre la plate-forme de concertation en santé mentale et ses membres est formalisée par une convention. Le contenu de celle-ci est déterminé par le Gouvernement. Chaque convention doit en outre être approuvée par le Gouvernement ou son délégué.

Article 279.

Les centres de référence en santé mentale et les centres de référence spécifiques n'ont pas pour vocation de devenir membres des plates-formes de concertation en santé mentale. En effet la qualité de membre leur ferait perdre juridiquement l'indépendance nécessaire à leurs activités.

Néanmoins il convient de mettre en place des liens entre d'une part les centres de référence en santé mentale et les centres de référence spécifique, d'autre part les plates-formes de concertation en santé mentale. Ce lien se matérialise sous la forme de conventions de collaboration approuvées par le Gouvernement ou son délégué.

Une délégation est donnée au Gouvernement pour déterminer le contenu de ces conventions.

Article 280.

Cette disposition n'appelle pas de commentaire particulier.

Article 281.

Il convient d'éviter un développement anarchique des plates-formes de concertation en santé mentale, celui-ci n'étant pas de nature à garantir des missions et actions de qualité.

C'est pourquoi il est confié au Gouvernement le soin d'établir une programmation des plates-formes de concertation en santé mentale assortie du territoire dévolu à chacune d'entre elles.

Cette programmation est périodique. Le Gouvernement détermine périodicité de sa programmation. Cette exigence de périodicité vise à permettre une révision de la programmation en fonction de l'évolution de l'offre et des besoins de soins en santé mentale.

Article 282.

Cet article énumère, de manière limitative, l'ensemble des conditions d'agrément que doit remplir une plate-forme de concertation en santé mentale pour obtenir son agrément.

Plusieurs de ces conditions consistent en un engagement. Il s'agit de situations relatives à des obligations imposées à la plate-forme de concertation en santé mentale qui ne peuvent être respectées que si la plate-forme de concertation en santé mentale fonctionne. Au moment de sa demande d'agrément, la plate-forme de concertation en santé mentale ne fonctionne pas encore, de sorte qu'il lui serait impossible de démontrer qu'elle respecte bien ces conditions. La plate-forme de concertation en santé mentale, pour obtenir son agrément, s'engage dès lors à remplir ces conditions. La vérification du respect des engagements pris, et donc du respect des conditions elles-mêmes, s'opère a posteriori lors du contrôle de la plate-forme de concertation en santé mentale.

La première condition d'agrément précise la forme juridique que doit adopter la plate-forme de concertation en santé mentale, à savoir l'ASBL.

La seconde et la troisième condition consistent en l'engagement d'une part d'exercer les missions attribuées aux plates-formes de concertation en santé mentale, d'autre part de réaliser les actions prévues. Cette exigence est indispensable pour éviter qu'une plate-forme de concertation en santé mentale ne dévie de ses missions et actions vers d'autres missions et actions, mêmes liées à la santé mentale.

En matière de partenariat, la plate-forme de concertation en santé mentale doit comprendre au minimum un membre de chacune des catégories d'institutions visées à l'article 679/6 du Code wallon de l'action sociale et de la santé (voir article 278 supra) ou doit s'engager à conclure des conventions de collaboration avec ces institutions. Elle doit également s'engager à conclure la convention prévue avec chacun de ses membres, ainsi qu'à conclure des conventions de collaboration avec les centres de référence en santé mentale et avec les centres de référence spécifique.

Une autre condition est l'engagement à élaborer un plan d'actions sur cinq ans. Ce plan d'action doit s'inscrire dans les objectifs et actions du plan stratégique pour la santé mentale

L'agrément ne peut être accordé à la plate-forme de concertation en santé mentale que si elle s'inscrit dans la programmation établie par le Gouvernement ou son délégué. L'objectif de cette condition

d'agrément est d'assurer une répartition harmonieuse des plates-formes de concertation en santé mentale sur le territoire de la région de langue française.

Enfin, il est prévu l'obligation pour la plate-forme de concertation en santé mentale de se conformer aux règles déontologiques arrêtées par le Gouvernement, à l'instar de ce qui est prévu pour les autres institutions de santé mentale agréées.

Une délégation au Gouvernement est prévue pour lui permettre de préciser les conditions d'agrément, et d'ajouter, s'il l'estime nécessaire, une ou plusieurs conditions supplémentaires.

Article 283.

La procédure d'agrément des plates-formes de concertation en santé mentale est initiée par un appel à candidature publié au Moniteur belge. Cette publication est destinée à assurer la publicité de la procédure.

Une délégation au Gouvernement est prévue pour déterminer l'ensemble de la procédure d'agrément, outre cette publication au Moniteur belge. L'objectif de cette délégation est de permettre une meilleure adaptabilité de la procédure en fonction des difficultés rencontrées lors des divers processus d'agrément.

Il est toutefois prévu que la demande d'agrément doit comprendre un formulaire reprenant le numéro d'entreprise de la plate-forme de concertation en santé mentale, et l'ensemble des engagements prévus dans les conditions d'agrément (voir supra article 278). L'utilisation de ce formulaire permet de s'assurer que les engagements de tous les candidats à l'agrément soient identiques.

L'agrément d'une plate-forme de concertation en santé mentale a une durée illimitée. L'objectif de cette durée illimitée est d'assurer la stabilité des plates-formes de concertation en santé mentale vis-à-vis de leurs membres, et d'éviter que ceux-ci ne doivent périodiquement revoir leur affiliation à une plate-forme de concertation en santé mentale.

Article 284.

Il est fait obligation à la plate-forme de concertation en santé mentale d'indiquer dans toutes ses communications qu'elle est agréée et subventionnée par la Région wallonne.

Cette obligation vise à éviter que des organismes ne s'intitulent « plate-forme de concertation en santé mentale » sans qu'aucun contrôle n'ait pu être effectué quant à leur compétence et leur capacité à remplir correctement les missions dévolues par le présent décret aux plates-formes de concertation en santé mentale.

Article 285.

Cette disposition n'appelle pas de commentaire particulier.

Article 286.

Les plates-formes de concertation en santé mentale agréées bénéficient d'un subventionnement. Ce subventionnement est destiné à leur permettre de faire face à leurs frais de personnels et leurs frais de fonctionnement.

Les modalités de calcul de ce subventionnement sont déléguées au Gouvernement. Cette délégation est de nature à permettre une affectation la meilleure possible des crédits budgétaires alloués par le Parlement pour la santé mentale.

L'octroi d'un subventionnement est limité aux crédits budgétaires disponibles, ce qui permet au Parlement de conserver la pleine maîtrise du budget qu'il décide d'allouer à la santé mentale.

Article 287.

L'octroi d'un subventionnement implique l'obligation pour la plate-forme de concertation en santé mentale de tenir une comptabilité adéquate de nature à permettre une vérification de l'utilisation de ce subventionnement.

Etant donné que les modalités de subventionnement sont déléguées au Gouvernement (voir article 283 ci-dessus), la détermination des exigences comptables imposées aux plates-formes de concertation en santé mentale est également déléguée au Gouvernement. Ces exigences doivent en effet être en adéquation avec les modalités du subventionnement.

Le Gouvernement, dans la détermination des exigences comptables, doit toutefois tenir compte du fait que les plates-formes de concertation en santé mentale sont également soumis à d'autres obligations comptables, imposées par le Code des sociétés et des associations, et par ses arrêtés d'exécution.

Article 288.

Cette disposition n'appelle pas de commentaire particulier.

Article 289.

Cet article concerne l'évaluation des activités de la plate-forme de concertation en santé mentale. Les modalités de cette évaluation sont confiées au Gouvernement.

Il est toutefois précisé que cette évaluation doit s'effectuer de manière participative, en partenariat entre la plate-forme de concertation en santé mentale et l'Agence.

Cette évaluation est périodique ; il appartiendra au Gouvernement de préciser cette périodicité en fonction des besoins ou des nécessités.

Article 290.

Cet article évoque le contrôle des plates-formes de concertation en santé mentale. Ce contrôle porte aussi bien sur les aspects administratifs que sur les aspects financiers.

Ce contrôle est effectué par les membres du personnel de l'Agence désignés à cette fin. Ces membres du personnel se voient reconnaître certains pouvoirs d'investigations nécessaires à l'exercice de leur mission. Une délégation est donnée au Gouvernement pour préciser les limites et modalités d'exercice de ces pouvoirs d'investigations.

Une délégation est également donnée au Gouvernement pour déterminer les modalités de contrôle, en insistant sur la nécessité de respecter le principe du contradictoire.

Article 291.

Le retrait de l'agrément des plates-formes de concertation en santé mentale est confié au Gouvernement. Par souci de simplification administrative, le Gouvernement peut déléguer cette tâche, sachant qu'un recours devant le Gouvernement, par l'intermédiaire de la commission d'avis sur les recours, est déjà prévu dans le Code wallon de l'action sociale et de la santé.

Les causes de ce retrait de l'agrément sont clairement précisées : il s'agit du non-respect des dispositions du chapitre du Code wallon de l'action sociale et de la santé consacré aux plates-formes de concertation en santé mentale, et des dispositions adoptées en exécution de ce chapitre.

Afin d'assurer une pleine effectivité au retrait de l'agrément, il est prévu un délai de minimum un an entre le retrait de l'agrément et une nouvelle demande d'agrément.

Une délégation est accordée au Gouvernement pour déterminer la procédure de retrait de l'agrément. Il est précisé que le Gouvernement, dans l'exercice de cette délégation, doit veiller au caractère contradictoire de la procédure. Cela signifie qu'aucun retrait d'agrément ne pourrait être décidé sans permettre au préalable à la plate-forme de concertation en santé mentale concernée de présenter ses moyens de défense.

Les recours contre une décision de retrait de l'agrément sont prévus par ailleurs dans le Code wallon de l'action sociale et de la santé, de sorte qu'il n'est pas nécessaire de prévoir ici un recours spécifique.

Chapitre III. Autres dispositions modificatives.

Article 292.

La législation relative aux maisons de soins psychiatriques étant intégrées par le présent décret dans le Code wallon de l'action sociale et de la santé, il y a lieu de modifier l'article 5 de la loi du 27 juin 1978 modifiant la législation sur les hôpitaux et relative à certaines autres formes de dispensation de soins, afin d'exclure son application aux maisons de soins psychiatriques.

Article 293.

Il existe une incertitude juridique sur l'applicabilité du décret du 15 mars 2018 relatif au bail d'habitation aux initiatives d'habitations protégées. Or, les dispositions de ce décret ne sont pas particulièrement adaptées aux initiatives d'habitations protégées, vu leurs spécificités développées dans le présent décret, notamment le lien entre hébergement et soins.

Pour éviter toute ambiguïté, le décret du 15 mars 2018 relatif au bail d'habitation est modifié afin d'exclure expressément les initiatives d'habitations protégées de son champ d'application.

Article 294.

La législation relative aux initiatives d'habitations protégées étant intégrées par le présent décret dans le Code wallon de l'action sociale et de la santé, il y a lieu de modifier l'article 6 de la loi coordonnée du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux et autres établissements de soins, afin d'exclure son application aux initiatives d'habitations protégées.

Article 295.

La législation relative aux plates-formes de concertation en santé mentale étant intégrées par le présent décret dans le Code wallon de l'action sociale et de la santé, il y a lieu de modifier l'article 10 de la loi coordonnée du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux et autres établissements de soins, afin d'exclure son application aux plates-formes de concertation en santé mentale.

Chapitre IV. Dispositions transitoires et finales.

Article 296.

L'article 296 prévoit une disposition transitoire en faveur des centres de référence en santé mentale déjà reconnus. Leur reconnaissance est assimilée à un agrément au sens du présent décret. Ils

conservent cet agrément jusqu'au 31 décembre de la quatrième année qui suit l'entrée en vigueur du décret. Cette date de fin d'agrément a pour objectif de permettre un agrément pour des années civiles et budgétaires complètes.

Les centres de référence en santé mentale doivent néanmoins se mettre en conformité avec les dispositions du présent décret pour le 31 décembre de la deuxième année qui suit l'entrée en vigueur du décret.

L'octroi de l'agrément repose sur un certain nombre d'engagements formels. Afin d'éviter aux centres de référence en santé mentale déjà agréés de devoir déposer un formulaire d'engagement, il est établi dans leur chef une présomption d'avoir souscrit à l'intégralité de ces engagements.

Article 297.

L'article 297 prévoit une disposition transitoire en faveur des maisons de soins psychiatriques déjà agréées. Elles conservent sans formalité leur agrément. Elles doivent néanmoins se mettre en conformité avec les dispositions du présent décret pour le 31 décembre de la deuxième année qui suit l'entrée en vigueur du décret.

L'octroi de l'agrément repose sur un certain nombre d'engagements formels. Afin d'éviter aux maisons de soins psychiatriques déjà agréés de devoir déposer un formulaire d'engagement, il est établi dans leur chef une présomption d'avoir souscrit à l'intégralité de ces engagements.

Article 298.

L'article 298 prévoit une disposition transitoire en faveur des initiatives d'habitations protégées déjà agréées. Leur agrément à durée déterminée est assimilé à un agrément à durée indéterminée au sens du présent décret.

Les initiatives d'habitations protégées doivent néanmoins se mettre en conformité avec les dispositions du présent décret pour le 31 décembre de la deuxième année qui suit l'entrée en vigueur du décret.

L'octroi de l'agrément repose sur un certain nombre d'engagements formels. Afin d'éviter aux initiatives d'habitations protégées déjà agréées de devoir déposer un formulaire d'engagement, il est établi dans leur chef une présomption d'avoir souscrit à l'intégralité de ces engagements.

Article 299.

L'article 299 prévoit une disposition transitoire en faveur des services de santé mentale déjà agréés. Ils conservent sans formalité leur agrément. Ils doivent néanmoins se mettre en conformité avec les dispositions du présent décret pour le 31 décembre de la deuxième année qui suit l'entrée en vigueur du décret.

L'octroi de l'agrément repose sur un certain nombre d'engagements formels. Afin d'éviter aux services de santé mentale déjà agréés de devoir déposer un formulaire d'engagement, il est établi dans leur chef une présomption d'avoir souscrit à l'intégralité de ces engagements.

Article 300.

L'article 300 prévoit une disposition transitoire en faveur des plates-formes de concertation en santé mentale déjà agréées. Elles conservent sans formalité leur agrément. Elles doivent néanmoins se mettre en conformité avec les dispositions du présent décret pour le 31 décembre de la deuxième année qui suit l'entrée en vigueur du décret.

L'octroi de l'agrément repose sur un certain nombre d'engagements formels. Afin d'éviter aux plateformes de concertation en santé mentale déjà agréées de devoir déposer un formulaire d'engagement, il est établi dans leur chef une présomption d'avoir souscrit à l'intégralité de ces engagements.

Article 301.

Il s'agit ici d'une disposition spécifique destinée à déterminer la date d'élaboration du premier plan stratégique pour la santé mentale.

Article 302.

Les modifications apportées au Code wallon de l'action sociale et de la santé par le présent décret nécessitent l'adoption par le Gouvernement d'un certain nombre de dispositions d'exécution.

Les dispositions d'exécution actuellement prévues dans le Code réglementaire wallon de l'action sociale et de la santé, ou dans d'autres arrêtés, ne sont plus nécessairement conformes aux nouvelles dispositions décrétales.

Afin d'éviter tout vide juridique, qui serait préjudiciable aux institutions visées par le présent décret, il est confié au Gouvernement le soin de déterminer la date d'entrée en vigueur du décret. Cette délégation devrait permettre une entrée en vigueur simultanée du décret et de son arrêté d'exécution.