

VLAAMSE OVERHEID

[C – 2014/35448]

14 MAART 2014. — Besluit van de Vlaamse Regering met betrekking tot de erkenning en de subsidiëring van ondersteuningsteams

De Vlaamse Regering,

Gelet op de bijzondere wet van 8 augustus 1980 tot hervorming der instellingen, artikel 20 en artikel 87, § 1;

Gelet op het decreet van 17 oktober 2003 betreffende de kwaliteit van gezondheids- en welzijnsvoorzieningen, artikel 3, § 3, artikel 5, § 1, § 2 en § 3 en artikel 6, § 1;

Gelet op het decreet van 7 maart 2008 inzake bijzondere jeugdbijstand, artikel 52/1, ingevoegd bij artikel 97 van het decreet van 12 juli 2013 betreffende de integrale jeugdhulp;

Gelet op het decreet van 12 juli 2013 betreffende de integrale jeugdhulp, artikel 78;

Gelet op het advies van de Inspecteur van Financiën van 22 november 2013;

Gelet op het akkoord van de Vlaamse minister, bevoegd voor de begroting, gegeven op 24 januari 2014;

Gelet op het advies 55.196/3 van de Raad van State, gegeven op 27 februari 2014, met toepassing van artikel 84, § 1, eerste lid, 2°, van de wetten op de Raad van State, gecoördineerd op 12 januari 1973;

Gelet op het overleg met de sector, in uitvoering van artikel 6, § 3 van het decreet van 17 oktober 2003 betreffende de kwaliteit van gezondheids- en welzijnsvoorzieningen;

Op voorstel van de Vlaamse minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin;

Na beraadslaging,

Besluit :

HOOFDSTUK 1. — *Definities*

Artikel 1. In dit besluit wordt verstaan onder:

1° agentschap: het intern verzelfstandigd agentschap Jongerenwelzijn, opgericht bij artikel 2 van het besluit van de Vlaamse Regering van 24 oktober 2008 tot uitvoering van het decreet van 7 maart 2008 inzake bijzondere jeugdbijstand en het kaderdecreet Bestuurlijk Beleid van 18 juli 2003;

2° decreet van 17 oktober 2003: het decreet van 17 oktober 2003 betreffende de kwaliteit van de gezondheids- en welzijnsvoorzieningen van 17 oktober 2003;

3° erkende voorzieningen: de voorzieningen die erkend zijn conform de bepalingen van dit besluit;

4° inrichtende macht: een rechtspersoon zonder winstoogmerk onder de verantwoordelijkheid waarvan een erkende voorziening functioneert;

5° minister: de Vlaamse minister, bevoegd voor de bijstand aan personen;

6° ondersteuningsteam: het team van interculturele bemiddelaars ter ondersteuning van de hulp- en dienstverlening aan minderjarigen en hun context, waarbij elementen van interculturele of levensbeschouwelijke diversiteit een rol spelen.

HOOFDSTUK 2. — *De ondersteuningsteams**Afdeling 1. — Algemene beginselen*

Art. 2. Per provincie en in het Brusselse Hoofdstedelijke Gewest kan maximaal één ondersteuningsteam worden erkend en gesubsidieerd.

Het werkgebied van een ondersteuningsteam kan een of meer provincies en het Brusselse Hoofdstedelijke Gewest omvatten.

Afdeling 2. — Opdrachten en taken

Art. 3. Een ondersteuningsteam stelt zich tot doel voor minderjarigen en hun context, waarbij elementen van interculturele of levensbeschouwelijke diversiteit een rol spelen, ondersteuning te organiseren voor de hulp- en dienstverlening die door de toegangspoort, de gemandateerde voorzieningen en de sociale diensten voor gerechtelijke jeugdbijstand wordt ingeschakeld of georganiseerd.

Art. 4. § 1. De opdrachten van het ondersteuningsteam bestaan uit:

1° ondersteuning door een consult te verzorgen;

2° deskundigheidsbevordering door middel van coaching of vorming.

§ 2. Het consult, vermeld in paragraaf 1, 1°, kan participatief of adviserend zijn. Een participatief consult bestaat uit een overleg met de aanmelder, een verkennend, herkaderend of een bemiddelingsgesprek met de aanmelder, met de jongere en zijn context.

Een adviserend consult houdt een vraagverheldering of doorverwijzing en advies in functie van de aangemelde vraag in.

§ 3. De coaching, vermeld in paragraaf 1, 2°, betreft coaching in een dossier door middel van een grondige dossierbespreking, in voorkomend geval met deelname aan een case of netwerkoverleg, en teamcoaching door supervisie.

Afdeling 3. — Erkenningsvoorwaarden

Art. 5. Om erkend te worden en te blijven, moet een ondersteuningsteam aan de volgende algemene erkenningsvoorwaarden voldoen:

1° het werkt onder de verantwoordelijkheid van een inrichtende macht;

2° de personeelsleden zijn van goed zedelijk gedrag en hun gezondheidstoestand houdt geen gevaar in voor de minderjarigen met wie ze in contact komen;

3° naast de wettelijk verplichte verzekeringen is een verzekering afgesloten voor de burgerlijke aansprakelijkheid van het ondersteuningsteam en van de personen die er deel van uitmaken;

4° de voorziening beschikt over een geschreven referentiekader voor grensoverschrijdend gedrag ten aanzien van de gebruikers. De organisatie hanteert een procedure voor preventie van, detectie van en gepast reageren op grensoverschrijdend gedrag ten aanzien van de gebruikers. In die procedure is een registratiesysteem met geanonimiseerde gegevens opgenomen. Grensoverschrijdend gedrag ten aanzien van gebruikers wordt onverwijld gemeld aan de administratie.

Art. 6. Een ondersteuningsteam moet bovendien voldoen aan de volgende bijzondere erkenningsvoorwaarden:

1° het ondersteuningscentrum staat onder leiding van een coördinator;

2° de coördinator heeft kennis van en inzicht in migratiemechanismen en diversiteit in de samenleving;

3° de coördinator heeft ervaring in het opzetten en uitbouwen van samenwerkingsverbanden binnen de jeugdhulp om de hulp- en dienstverlening aan minderjarigen en hun context, waarbij elementen van interculturele of levensbeschouwelijke diversiteit een rol spelen, te optimaliseren;

4° de coördinator kan een team van interculturele bemiddelaars aansturen en motiveren;

5° de coördinator heeft kennis van de integrale jeugdhulp.

Een ondersteuningsteam beschikt over voldoende en deskundig personeel met basisvaardigheden in het omgaan met diversiteit en interculturaliteit.

Het aantal participatieve consultcontacten als vermeld in artikel 4, § 2, bedraagt per ondersteuningsteam minimaal honderd op jaarbasis.

Art. 7. Een ondersteuningsteam neemt deel aan netwerken binnen de jeugdhulpverlening die een breed aanbod rond interculturele bemiddeling en jeugdhulp realiseren.

Art. 8. Een erkenning wordt verleend voor een periode van zes jaar, telkens verlengbaar met zes jaar.

Art. 9. Een ondersteuningsteam heeft een kwaliteitsbeleid als vermeld in artikel 5, § 1, van het decreet van 17 oktober 2003, dat minimaal de volgende elementen bevat:

1° missie van de organisatie;

2° visie van de organisatie;

3° waarden;

4° de te creëren maatschappelijke meerwaarde, alsook de strategische doelstellingen om die meerwaarde te realiseren;

5° omschrijving van de volgende aandachtsgebieden:

a) kwaliteitszorg;

b) inputgebieden;

1) leiderschap;

2) personeelsbeleid;

3) beleid en strategie;

4) middelen en partnerschappen;

c) kernprocessen;

d) outputgebieden;

1) gebruikersresultaten;

2) medewerkersresultaten;

3) samenlevingsresultaten.

Met toepassing van artikel 5, § 1, van het decreet van 17 oktober 2003 heeft het ondersteuningsteam in zijn kwaliteitsbeleid aandacht voor:

1° gelijke kansen, op het gebied van toegankelijkheid, diversiteit en non-discriminatie;

2° goed bestuur, in het bijzonder wat de diversiteit in samenstelling, de deskundigheid, de opdrachten en de verantwoordelijkheden van de bestuursorganen betreft.

Art. 10. Het ondersteuningsteam beschikt over een kwaliteitsmanagementsysteem als vermeld in artikel 5, § 2, van het decreet van 17 oktober 2003, dat minimaal de organisatorische structuur, de bevoegdheden, de verantwoordelijkheden, de processen en de procedures, in het bijzonder van de aandachtsgebieden, vermeld in artikel 9, eerste lid, 5°, van dit besluit, bevat.

Art. 11. Met behoud van de toepassing van artikel 5, § 3, van het decreet van 17 oktober 2003 evalueert het ondersteuningsteam systematisch zijn werking en minimaal de aandachtsgebieden kwaliteitszorg, kernprocessen en outputgebieden, vermeld in artikel 9, eerste lid, 5°, van dit besluit, op basis van het schema opgenomen in bijlage 2, die bij dit besluit is gevoegd.

Op basis van de zelfevaluatie, vermeld in het eerste lid, formuleert het ondersteuningsteam verbeteracties die betrekking kunnen hebben op alle elementen van kwaliteitsbeleid, vermeld in artikel 9 van dit besluit.

Art. 12. Met behoud van de toepassing van artikel 6 van het decreet van 17 oktober 2003 beschikt het ondersteuningsteam over een borgend kwaliteitshandboek dat de volgende elementen bevat:

1° het kwaliteitsbeleid, vermeld in artikel 9 van dit besluit;

2° het kwaliteitsmanagementsysteem, vermeld in artikel 10 van dit besluit;

3° de zelfevaluatie en verbeteracties, vermeld in artikel 11 van dit besluit.

Het kwaliteitshandboek, vermeld in het eerste lid, is gebruiksvriendelijk en toegankelijk en wordt door alle leden van het ondersteuningsteam gedragen.

HOOFDSTUK 3. — *Erkenningsprocedure en toezicht op de naleving van de erkenningsvoorwaarden**Afdeling 1. — Procedure voor het verlenen of het verlengen van een erkenning*

Art. 13. Een aanvrager kan alleen een erkenning of een verlenging van een erkenning verkrijgen als:

- 1° hij daarvoor een ontvankelijke aanvraag heeft ingediend;
- 2° de aanvraag past binnen de begrotingskredieten;
- 3° hij voldoet aan de erkenningsvoorwaarden van dit besluit.

Art. 14. § 1. Om ontvankelijk te zijn, moet de aanvraag tot erkenning of tot verlenging ervan:

- 1° ingediend worden met een aangetekende brief of tegen afgifte van ontvangstbewijs;
- 2° gericht zijn aan het agentschap;
- 3° gedaan worden met het daarvoor bestemde aanvraagformulier;
- 4° ingediend worden binnen de vastgelegde termijn;
- 5° de volgende gegevens bevatten:
 - a) de identiteits- en contactgegevens van de aanvrager: adres, telefoon- en faxnummer, e-mailadres;
 - b) de naam, de rechtsvorm met, in voorkomend geval, het ondernemingsnummer en de volgende contactgegevens van de inrichtende macht: adres, telefoon- en faxnummer, e-mailadres;
 - c) de statuten;
 - d) de specifieke, duidelijk omschreven beslissing die wordt aangevraagd;
 - e) de stukken en gegevens waaruit blijkt dat voldaan is aan de voorwaarden die verbonden zijn aan de gevraagde beslissing;
 - f) de datum en handtekening.

§ 2. Als de aanvraag onontvankelijk is, meldt het agentschap dat aan de aanvrager met een aangetekende zending binnen een termijn van dertig kalenderdagen na de ontvangst van de aanvraag.

In die brief wordt de reden van de niet-ontvankelijkheid vermeld.

§ 3. Als de aanvraag ontvankelijk is, onderzoekt het agentschap het dossier en gaat het na of de aanvraag voldoet aan de voorwaarden die eraan verbonden zijn.

De beslissing wordt met een aangetekende zending bekend gemaakt aan de aanvrager binnen een termijn van drie maanden na de ontvangst van de aanvraag.

§ 4. De oorspronkelijke beslissing waarvan een verlenging is aangevraagd, wordt van rechtswege voorlopig verlengd tot het bevoegde agentschap een beslissing heeft genomen als een verlengingsaanvraag wordt ingediend die aan de ontvankelijkheidsvoorwaarden voldoet.

Art. 15. De aanvrager wordt binnen de termijn van drie maanden na de ontvangst van de ontvankelijke aanvraag door het agentschap met een aangetekende zending op de hoogte gebracht van het voornemen tot weigering van de aanvraag.

Die beslissing vermeldt:

- 1° de mogelijkheid om een gemotiveerd bezwaarschrift in te dienen;
- 2° de bezwaarprocedure.

Art. 16. § 1. Als de aanvrager een bezwaarschrift indient, wordt de bezwaarprocedure doorlopen en wordt nadien een beslissing genomen.

Binnen dertig kalenderdagen na het doorlopen van de bezwaarprocedure of na het verstrijken van de termijn waarbinnen de bezwaarprocedure doorlopen moet worden, wordt de beslissing met een aangetekende zending aan de aanvrager betekend.

§ 2. Als na een weigeringsbeslissing een nieuwe aanvraag wordt ingediend, moet worden aangetoond dat de reden waarop de voorafgaande weigering was gebaseerd, niet langer bestaat.

§ 3. Het agentschap bezorgt het bezwaarschrift binnen vijftien dagen na de ontvangst ervan aan het secretariaat van de Adviescommissie voor Voorzieningen van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin en (Kandidaat-)pleegzorgers, samen met het volledige administratieve dossier en de eventuele verweermiddelen. Het bezwaarschrift wordt behandeld volgens de regels die zijn vastgesteld bij of ter uitvoering van hoofdstuk III van het decreet van 7 december 2007 houdende de oprichting van de Strategische Adviesraad voor het Vlaamse Welzijns-, Gezondheids- en Gezinsbeleid en van een Adviescommissie voor Voorzieningen van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin en (Kandidaat-)pleegzorgers.

Afdeling 2. — Procedure voor het intrekken van een erkenning

Art. 17. Als een ondersteuningsteam niet langer voldoet aan een of meer erkenningsvoorwaarden, maant het agentschap, voorafgaand aan de beslissing tot intrekking, de inrichtende macht ertoe aan zich binnen een termijn van acht dagen tot zes maanden naar die voorwaarden te schikken.

De inrichtende macht wordt aangemaand met een aangetekende zending. Die aanmaning vermeldt:

- 1° de aanmaning;
- 2° de voorwaarden die niet worden nageleefd;
- 3° de regularisatietermijn waarbinnen aan de (geschonden) voorwaarden moet worden voldaan;
- 4° in voorkomend geval de begeleidende maatregelen die het agentschap tijdens de regularisatieperiode oplegt;
- 5° de juridische gevolgen van het blijvend niet-voldoen aan de voorwaarden;
- 6° de mogelijkheid om te reageren met een aangetekende brief of tegen afgifte van ontvangstbewijs.

Art. 18. § 1. Als ondanks de aanmaning het ondersteuningsteam de erkenningsvoorwaarden niet naleeft, kan het agentschap de erkenning intrekken.

Het agentschap betekent bij een beslissing tot intrekking van de erkenning het voornemen van die beslissing aan de betreffende inrichtende macht. Dat gebeurt met een aangetekende zending binnen een termijn van drie maanden na het aflopen van de regularisatietermijn, vermeld in de aanmaning.

De voorgenomen beslissing vermeldt:

- 1° de voorgenomen beslissing;
- 2° de termijn waarbinnen de beslissing definitief wordt;
- 3° de voorwaarden die moeten worden vervuld om de sanctie op te heffen;
- 4° de mogelijkheid een gemotiveerd bezwaarschrift in te dienen;
- 5° het verloop van de bezwaarprocedure.

§ 2. Het eventueel geformuleerde bezwaarschrift tegen het voornemen tot beslissing is alleen ontvankelijk als het binnen dertig kalenderdagen na de ontvangst van het voornemen tot beslissing met een aangetekende zending is verzonden of is afgegeven tegen ontvangstmelding.

Art. 19. Als de inrichtende macht geen bezwaarschrift indient binnen dertig kalenderdagen na de ontvangst van het voornemen tot beslissing, wordt na het verstrijken van die termijn binnen vijftien kalenderdagen de beslissing van het agentschap met een aangetekende zending aan het ondersteuningsteam bezorgd.

Als het ondersteuningsteam binnen dertig kalenderdagen na de ontvangst van het voornemen bezwaar heeft ingediend, wordt de beslissing genomen na het doorlopen van de bezwaarprocedure. Binnen dertig kalenderdagen na het doorlopen van de bezwaarprocedure of na het verstrijken van de termijn van de bezwaarprocedure wordt de beslissing met een aangetekende zending bekendgemaakt aan de inrichtende macht.

De beslissing tot intrekking van de erkenning vermeldt:

- 1° de beslissing;
- 2° de inwerkingtreding van de beslissing;
- 3° de voorwaarden die moeten worden vervuld om de sanctie op te heffen;
- 4° conform artikel 25 van het decreet van 26 maart 2004 betreffende de openbaarheid van bestuur, de mogelijkheid om beroep in te stellen bij de Raad van State;
- 5° het beroep, vermeld in punt 4°, wordt bij ter post aangetekende brief ingediend binnen de 60 dagen vanaf de kennisgeving van de in punt 1° vermelde beslissing, als vermeld in artikel 19 van de wetten op de Raad van State, gecoördineerd op 12 januari 1973.

Afdeling 3. — Toezicht op de naleving van de erkenningsvoorwaarden

Art. 20. Personeelsleden van het agentschap Zorginspectie oefenen ter plaatse of op stukken toezicht uit op de naleving van de erkenningsvoorwaarden door de ondersteuningsteams.

De ondersteuningsteams verlenen hun medewerking aan de uitoefening van het toezicht. Ze bezorgen aan de personeelsleden, vermeld in het eerste lid, op hun eenvoudig verzoek, de stukken die verband houden met de erkenningsaanvraag of met de erkenning. De Zorginspectie kan het dossier van een minderjarige uitsluitend ter plaatse inzien.

Art. 21. Uiterlijk vijf jaar na het verlenen van de erkenning evalueert het agentschap de werking van elk ondersteuningsteam.

Op basis van die evaluatie rapporteert het ondersteuningsteam jaarlijks over zijn werking en zijn kwaliteitsbeleid aan het agentschap. Het agentschap zal daarvoor, in overleg met de ondersteuningsteams, nadere richtlijnen opstellen.

Art. 22. Het agentschap bespreekt het resultaat van de evaluatie, vermeld in artikel 21, met het betrokken ondersteuningsteam. Het agentschap kan tijdens dat gesprek doelstellingen opleggen aan het ondersteuningsteam. Het team behaalt die doelstellingen binnen de termijn die het agentschap oplegt.

HOOFDSTUK 4. — Subsidiëring

Art. 23. Voor de uitvoering van hun opdrachten ontvangen de ondersteuningsteams een forfaitaire subsidie als vermeld in bijlage 1, die bij dit besluit is gevoegd.

Minimaal 70 % van de subsidie, vermeld in het eerste lid, wordt aangewend voor personeelskosten.

Art. 24. De subsidie, vermeld in artikel 23, wordt in maandelijks voorschotten uitgekeerd. Het bedrag van het maandelijks voorschot wordt berekend op een twaalfde van 90 % van de jaarlijkse subsidie. Het saldo wordt uitbetaald in het eerste kwartaal van het volgende jaar nadat de nodige boekhoudelementen zijn voorgelegd.

De personeelskosten die voortvloeien uit de toepassing van het koninklijk besluit van 3 mei 2007 tot regeling van het stelsel van werkloosheid met bedrijfstoeslag, worden gesubsidieerd aan de hand van een aparte verantwoording.

Art. 25. De ondersteuningsteams kunnen op de volgende wijze reserves opbouwen met de subsidies, vermeld in dit besluit:

- 1° de reserves worden aangewend om de specifieke hulp- en dienstverlening, vermeld in dit besluit, te kunnen realiseren;

2° maximaal 20 % van de jaarlijkse subsidiebedragen, vermeld in dit besluit, kan als reserve overgedragen worden naar het volgende kalenderjaar;

3° de gecumuleerde reserve, opgebouwd uit de jaarlijkse subsidiebedragen, vermeld in punt 2°, is maximaal 50 % van de jaarlijkse subsidiebedragen, vermeld in punt 2°;

4° als de maxima, vermeld in punt 2° en 3°, overschreden worden, wordt het overschreden bedrag teruggestort aan het agentschap, tenzij de organisator een aanwendingsplan of aanzuiveringsplan heeft dat voldoet aan een aantal criteria, waaronder de goedkeuring van de Inspectie van Financiën van de Vlaamse overheid.

De minister bepaalt de modaliteiten waaraan het aanwendingsplan of aanzuiveringsplan moet voldoen.

Art. 26. Voor de uitbetaling van de subsidies dienen de ondersteuningsteams een aangifte in, overeenkomstig het model en binnen de termijnen, vastgesteld door de minister.

Daarbij worden de bewijsstukken gevoegd die de uitgaven staven waarvoor subsidies worden verleend.

De personeelskosten worden bewezen door stortingen bij een organisatie van sociale zekerheid of bij een pensioenkas, aangevuld met de werkgeversattesten, of op de wijze die de minister bepaalt.

Art. 27. Personeelsleden van de Vlaamse Gemeenschap die ter beschikking gesteld zijn van het fonds, houden toezicht op de boekhouding van de ondersteuningsteams en op de aanwending van de subsidies.

Ze kunnen onder meer op stukken of ter plaatse kennis nemen van alle toestandsopgaven, comptabiliteitsbescheiden en andere bewijsstukken. Ze kunnen hun onderzoeken zelfs uitbreiden tot buiten het jaarlijkse kader van het lopende beheer.

In het eerste lid wordt verstaan onder fonds: het intern verzelfstandigd agentschap met rechtspersoonlijkheid Fonds Jongerenwelzijn, opgericht bij artikel 54 van het decreet van 7 maart 2008 inzake bijzondere jeugdbijstand.

HOOFDSTUK 5. — Slotbepalingen

Art. 28. Dit besluit heeft uitwerking met ingang van 1 maart 2014.

Art. 29. De Vlaamse minister, bevoegd voor de bijstand aan personen, is belast met de uitvoering van dit besluit.
Brussel, 14 maart 2014.

De minister-president van de Vlaamse Regering,
K. PEETERS

De Vlaamse minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin,
J. VANDEURZEN

Bijlage bij het besluit van de Vlaamse Regering van 14 maart 2014
met betrekking tot de erkenning en de subsidiëring van ondersteuningsteams.

Bijlage 1. Forfaitaire subsidies als vermeld in artikel 23, eerste lid

De ondersteuningsteams ontvangen voor het geheel van hun werking een forfaitaire subsidie.

De subsidie voor de ondersteuningsteams bedraagt jaarlijks 758.000 euro. Dat bedrag wordt toegekend als volgt:

voor de werking in de provincie	bedrag in euro
Antwerpen	242.000
Limburg	198.000
Oost-Vlaanderen	81.000
West-Vlaanderen	81.000
Vlaams-Brabant en Brussels-Hoofdstedelijk Gewest	156.000
totaal Vlaanderen	758.000

De subsidie van het ondersteuningsteam wordt vermeerderd met een supplement van 1,8 % van het basisbedrag voor elk jaar dat de gemiddelde anciënniteit van alle personeelsleden de basisanciënniteit van vijf jaar overschrijdt. Die anciënniteit wordt berekend op 1 januari van het betreffende jaar en afgerond op 1 decimaal.

De voormelde bedragen zijn gekoppeld aan de spilindex die van kracht was op 1 maart 2014.

Gezien om gevoegd te worden bij het besluit van de Vlaamse Regering van 14 maart 2014 met betrekking tot de erkenning en de subsidiëring van ondersteuningsteams.

Brussel, 14 maart 2014.

De minister-president van de Vlaamse Regering,
K. PEETERS

De Vlaamse minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin,
J. VANDEURZEN

Bijlage bij het besluit van de Vlaamse Regering van 14 maart 2014 met betrekking tot de erkenning en de subsidiëring van ondersteuningsteams.
 Bijlage 2. Schema als vermeld in artikel 11, eerste lid
 Schema over de zelfevaluatie van de ondersteuningsteams

<u>groei-niveaus (0-5)</u>	samenlevingsresultaten: waardering van de strategische partners	samenlevingsresultaten: maatschappelijke opdracht en maatschappelijke tendensen
0	De organisatie gaat de waardering van de strategische partners niet na.	De organisatie gaat niet na wat haar maatschappelijke opdracht is. De organisatie gaat niet na welke maatschappelijke tendensen een impact hebben op het welzijn van de gebruiker en op de werking van de organisatie.
1	De organisatie gaat ad hoc de waardering van de strategische partners na.	De organisatie gaat ad hoc na of haar maatschappelijke opdracht nog actueel ingevuld is. De organisatie speelt ad hoc in op maatschappelijke tendensen die impact hebben op het welzijn van de gebruiker en op de werking van de organisatie.
2	De organisatie neemt initiatief om de waardering van de strategische partners na te gaan.	De organisatie neemt initiatief om haar maatschappelijke opdracht te actualiseren. De organisatie neemt initiatief om in te spelen op de maatschappelijke tendensen en de impact op het welzijn van de gebruiker en op de werking van de organisatie.
3	De organisatie verzamelt en analyseert systematisch gegevens over de waardering. De organisatie communiceert de analyse van de gegevens over de waardering aan de strategische partners.	De organisatie actualiseert systematisch haar maatschappelijke opdracht en houdt systematisch rekening met maatschappelijke tendensen en de impact op het welzijn van de gebruiker en op de werking van de organisatie. De organisatie communiceert maatschappelijke tendensen die impact hebben op het welzijn van de gebruiker en op de werking van de organisatie, aan de overheid en aan andere betrokkenen.
4	Vanuit de analyse van de gegevens over de waardering zet de organisatie systematisch acties op rond de inputgebieden en de kernprocessen. De organisatie linkt de gegevens over de waardering aan de resultaten van andere thema's, waardoor een gefundeerde interpretatie van de gegevens geformuleerd kan worden.	Vanuit de actualisatie van de maatschappelijke opdracht, rekening houdend met maatschappelijke tendensen en de impact op het welzijn van de gebruiker en op de werking van de organisatie, zet de organisatie systematisch acties op rond de inputgebieden en de kernprocessen. De organisatie linkt de actualisatie van de maatschappelijke opdracht, rekening houdend met maatschappelijke tendensen en de impact op het welzijn van de gebruiker en op de werking van de organisatie, aan de resultaten van andere thema's, waardoor een gefundeerde interpretatie van de gegevens geformuleerd kan worden. De organisatie stemt de werking van de bestuursorganen af op de realisatie van de maatschappelijke opdracht.
5	De organisatie neemt initiatief en zet samen met strategische partners acties op om de waardering en de samenwerking te verbeteren. De samenwerkingsacties staan model voor andere organisaties.	De organisatie neemt acties om, samen met andere betrokkenen, vanuit haar maatschappelijke opdracht, proactief en constructief maatschappelijke tendensen te beïnvloeden. De organisatie staat model voor andere organisaties inzake de implementatie van maatschappelijke tendensen en nieuwe evoluties in de eigen werking.

<u>groot-niveaus (0-5)</u>	<u>kwaliiteitszorg: organisatie en visie</u>	<u>kwaliiteitszorg: betrokkenheid</u>	<u>kwaliiteitszorg: methodieken en instrumenten</u>	<u>kwaliiteitszorg: verbetertraject</u>
0	De organisatie heeft geen visie op kwaliiteitszorg. De organisatie onderneemt geen acties om te komen tot een adequate kwaliiteitszorg.	Binnen de organisatie is er geen betrokkenheid op het vlak van kwaliiteitszorg. De organisatie onderneemt geen acties om de betrokkenheid te vergroten.	De organisatie hanteert geen methodieken noch instrumenten voor de kwaliiteitszorg.	De organisatie formuleert geen verbetertrajecten.
1	Er is structureel overleg over de kwaliiteitszorg van de organisatie. De organisatie heeft een basiskennis van de basisprincipes en van de modellen van integrale kwaliiteitszorg.	De organisatie betreft de directie en de medewerkers op ad-hocbasis bij het beleid.	De organisatie hanteert alleen ad-hoc methodieken en instrumenten voor de kwaliiteitszorg.	De organisatie formuleert ad-hoc verbetertrajecten.
2	De organisatie heeft een of meer personeelsleden die kwaliiteitszorg als eindverantwoordelijkheid in hun takenpakket hebben. De organisatie heeft een visie op integrale kwaliiteitszorg. Integrale kwaliiteitszorg beslaat minimaal de volgende domeinen van de organisatie: leiderschap, personeelsbeleid, beleid en strategie, middelen en partnerschappen, kernprocessen, gebruikers-, medewerkers- en samenlevingsresultaten.	De organisatie betreft de medewerkers bij het beleid. De organisatie betreft de bestuursorganen bij het beleid.	De organisatie beschikt over een kwaliiteitshandboek waarin een kwaliiteitsbeleid is opgenomen. De organisatie beschikt over een methodiek of instrument voor zelfevaluatie.	De organisatie ontwikkelt SMART-geformuleerde verbetertrajecten. De organisatie informeert de medewerkers over de verbetertrajecten.
3	Kwaliiteitszorg is geïntegreerd in de dagelijkse werking van alle activiteitscentra van de organisatie. Alle elementen van kwaliiteitszorg zijn op elkaar afgestemd en vormen een geheel.	Alle functiegroepen participeren in de kwaliiteitszorg. De organisatie bepaalt op een doordachte wijze waar de gebruiker bij de kwaliiteitszorg betrokken wordt. De organisatie bepaalt op een doordachte wijze waar de externe partners (verwijzers, andere hulpverleners...) bij de kwaliiteitszorg betrokken worden.	Het kwaliiteitshandboek is gebruiksvriendelijk en bevat alle elementen, vermeld in artikel 5, §4, van het decreet van 17 oktober 2003. Alle functiegroepen passen het kwaliiteitshandboek toe. De zelfevaluatie gebeurt op een vooraf vastgelegde en gestandaardiseerde manier, waarin de PDCA-cyclus duidelijk aanwezig is en waarin minimaal de volgende domeinen van de organisatie aan bod komen: leiderschap, personeelsbeleid, beleid en strategie, middelen en partnerschappen, kernprocessen, gebruikers-, medewerkers- en samenlevingsresultaten.	De verbetertrajecten zijn SMART gedefinieerd en dusdanig opgesteld dat de PDCA-cyclus herkenbaar is. De organisatie stelt verantwoordelijken aan voor de uitvoering en de voortgang per verbetertraject. De organisatie overloopt systematisch minimaal de volgende domeinen van een organisatie (leiderschap, personeelsbeleid, beleid en strategie, middelen en partnerschappen, kernprocessen, gebruikers-, medewerkers- en samenlevingsresultaten) bij het bepalen van verbetertrajecten binnen het jaar- of meerjarenplan van de organisatie. De organisatie communiceert de resultaten van de verbetertrajecten aan de betrokkenen.

4	De organisatie evalueert systematisch de kwaliteitszorg en stuurt ze bij.	De organisatie evalueert systematisch de wijze waarop de externe partners en de gebruikers betrokken worden bij het beleid en stuurt die bij.	De organisatie evalueert systematisch de ingezette methodiek of het instrument voor de zelfevaluatie en stuurt die methodiek of dat instrument bij.	De organisatie voert de verbetertrajecten conform de planning uit, evalueert ze en stuurt ze bij.
	De organisatie legt minimaal de gebruikers-, medewerkers- en samenlevingsresultaten samen in een synthese, die de basis vormt om prioritaire verbetertrajecten te bepalen.		De organisatie evalueert systematisch het kwaliteitshandboek en stuurt het bij.	De organisatie implementeert de resultaten van de verbetertrajecten in de werking van de organisatie en legt ze samen met andere beleidsrelevante informatie.
				De organisatie neemt de resultaten van de verbetertrajecten op in het kwaliteitshandboek.
5	De organisatie benchmarkt haar kwaliteitszorg en zelfevaluatie.	De organisatie maakt de manier waarop de betrokkenen betrokken worden bij het beleid actief kenbaar.	De organisatie onderneemt actief initiatieven voor kennisdeling van de gebruikte methodieken en instrumenten.	De organisatie communiceert actief over de verbetertrajecten en de resultaten ervan.
	De organisatie heeft een kwaliteitscertificaat.		De organisatie vergelijkt haar methodieken en instrumenten nationaal en internationaal.	
	De organisatie maakt haar kwaliteitszorg en zelfevaluatie actief kenbaar.		De methodieken en instrumenten zijn gecertificeerd of wetenschappelijk onderbouwd.	

groei-niveaus (0-5)	kernprocessen: onthaal van de gebruiker	kernprocessen: doelstellingen en handelingsplan	kernprocessen: afsluiting en nazorg	kernprocessen: pedagogisch profiel	kernprocessen: gebruikersdossier
0	Er is geen procedure voor onthaal.	Er is geen procedure voor de doelstellingen en het handelingsplan.	Er is geen procedure voor afsluiting en nazorg.	Er is geen pedagogisch profiel.	Er zijn geen procedures voor het beheer en de uitwisseling van gebruikersdossiers.
1	De organisatie bepaalt ad hoc een werkwijze.	De organisatie bepaalt ad hoc een werkwijze.	De organisatie bepaalt ad hoc een werkwijze.	De medewerkers stemmen hun visie op de hulpverlening en de uitvoering ervan ad hoc af.	De organisatie beheert ad hoc de gebruikersdossiers.
2	Er is een procedure voor onthaal.	Er is een procedure voor de doelstellingen en het handelingsplan.	Er is een procedure voor afsluiting en nazorg.	Er is een pedagogische visie.	Er zijn procedures voor het beheer en de uitwisseling van gebruikersdossiers.
3	De organisatie stelt de procedure op met inspraak van de proceseigenaars. De procedure is geëxpliciteerd met duidelijke verantwoordelijke(n), doelstellingen, instrumenten en werkwijzen.	De organisatie stelt de procedure op met inspraak van de proceseigenaars. De procedure is geëxpliciteerd met duidelijke verantwoordelijke(n), doelstellingen en instrumenten.	De organisatie stelt de procedure op met inspraak van de proceseigenaars. De procedure is geëxpliciteerd met duidelijke verantwoordelijke(n), doelstellingen en instrumenten.	De organisatie documenteert de visie op hulpverlening aan de hand van onderbouwde referentiekaders met handvatten voor de hulpverleners. De organisatie heeft een duidelijke visie op en afspraken over de essentiële aspecten van de hulpverlening.	De organisatie stelt de procedures op met inspraak van de proceseigenaars. De procedures voor het beheer en de uitwisseling van gebruikersdossiers zijn geëxpliciteerd volgens de wettelijke bepalingen met duidelijke afspraken over het beheer en de toegankelijkheid (intern en extern) van de dossiers.
	De organisatie communiceert de procedure.	De organisatie documenteert en communiceert de procedure.	De organisatie documenteert en communiceert de procedure.	Alle betrokkenen passen de visie en de afspraken toe.	De organisatie documenteert en communiceert de procedures.
	Alle medewerkers passen de procedure toe.	Alle medewerkers passen de procedure toe.	Alle medewerkers passen de procedure toe.	De gebruiker heeft inspraak in en participeert in alle aspecten van zijn hulpverleningstraject. De hulpverlening maakt voor elke gebruiker samenwerkingsafspraken met het externe hulpverleningsnetwerk. De hulpverlening betreft het directe sociale netwerk actief bij het hulpverleningstraject van de gebruiker.	Alle medewerkers passen de procedures toe.
4	De organisatie evalueert systematisch de procedure en stuurt die bij. De evaluatie gebeurt met inspraak van de gebruikers en de interne partners.	De organisatie evalueert systematisch de procedure en stuurt die bij. De evaluatie gebeurt met inspraak van de gebruikers en de interne partners.	De organisatie evalueert systematisch de procedure en stuurt die bij. De evaluatie gebeurt met inspraak van de gebruikers en de interne partners.	De organisatie evalueert systematisch de visie op hulpverlening en de afspraken daarover en stuurt die bij. De evaluatie gebeurt met inspraak van de gebruikers.	De organisatie evalueert systematisch de procedures en stuurt die bij. De evaluatie gebeurt met inspraak van de gebruikers en de interne partners.

5	De organisatie communiceert de procedure systematisch extern.	De organisatie communiceert de procedure systematisch extern.	De organisatie communiceert de procedure systematisch extern. De organisatie evalueert systematisch de procedure met inspraak van externe partners.	De organisatie communiceert de procedure systematisch extern. De organisatie evalueert systematisch de procedure met inspraak van externe partners.	De organisatie krijgt vorm vanuit minimaal de gebruikers-, medewerkers- en samenlevingsresultaten. Een onafhankelijke externe evalueert de visie op hulpverlening en de afspraken daarover. De organisatie communiceert die resultaten en stuurt de visie, de afspraken en de uitvoering bij. De organisatie stelt de visie op hulpverlening en de afspraken daarover als model voor andere organisaties.	De organisatie communiceert de procedure systematisch extern. De organisatie evalueert systematisch de procedure met inspraak van externe partners.	De organisatie communiceert de procedure systematisch extern. De organisatie evalueert systematisch de procedure met inspraak van externe partners.
	De organisatie communiceert de procedure systematisch extern.	De organisatie communiceert de procedure systematisch extern.	De organisatie evalueert systematisch de procedure met inspraak van externe partners.	De organisatie evalueert systematisch de procedure met inspraak van externe partners.	De organisatie stelt de visie op hulpverlening en de afspraken daarover als model voor andere organisaties.	De organisatie communiceert de procedure systematisch extern.	De organisatie evalueert systematisch de procedure met inspraak van externe partners.
	De organisatie communiceert de procedure systematisch extern.	De organisatie communiceert de procedure systematisch extern.	De organisatie evalueert systematisch de procedure met inspraak van externe partners.	De organisatie evalueert systematisch de procedure met inspraak van externe partners.	De organisatie stelt de visie op hulpverlening en de afspraken daarover als model voor andere organisaties.	De organisatie communiceert de procedure systematisch extern.	De organisatie evalueert systematisch de procedure met inspraak van externe partners.

groot-niveaus (0-5)	gebruikersresultaten: klachtenbehandeling	gebruikersresultaten: gebruikerstevredenheid → over hulpverleningsprocessen, over hulpuitvoering, over inspraak en participatie	gebruikersresultaten: effect van de hulpverlening
0	De organisatie heeft geen klachtenbehandeling.	De organisatie gaat de gebruikerstevredenheid niet na.	De organisatie gaat het effect van de hulpverlening voor de gebruikers niet na.
1	De organisatie bepaalt ad hoc een werkwijze voor de klachtenbehandeling.	De organisatie gaat ad hoc de gebruikerstevredenheid na.	De organisatie gaat ad hoc de effecten van de hulpverlening na.
2	De organisatie heeft een klachtenprocedure.	De organisatie hanteert een of enkele methodieken of instrumenten om de gebruikerstevredenheid na te gaan.	De organisatie hanteert een of enkele methodieken of instrumenten om het effect van de hulpverlening te meten.
3	De organisatie stelt de klachtenprocedure op met inspraak van de proceseigenaars.	De organisatie heeft een duidelijke procedure of afspraken om de gebruikerstevredenheid te meten.	De organisatie heeft SMART- indicatoren geformuleerd om het effect van de hulpverlening na te gaan.
	De klachtenprocedure is geëxpliciteerd met een duidelijk stappenplan en tijdspad, aangewezen verantwoordelijken, doelgerichtheid en terugkoppeling naar de gebruiker die de klacht heeft ingediend.	De organisatie gebruikt systematisch een methodiek die afgestemd is op de doelgroep(en) om de gebruikerstevredenheid te meten, waarbij, ze minimaal de hulpverleningsprocessen, de hulpuitvoering, de inspraak en de participatie bevrucht.	De organisatie gebruikt systematisch de eigen en de sectorale gegevens uit een uniform registratiesysteem om de effecten en processen van de hulpverlening in kaart te brengen.
	De organisatie communiceert de klachtenprocedure.	De organisatie gebruikt de gegevens van de tevredenheidsmeting als input voor de beleidsvoering van de organisatie.	De organisatie participeert in wetenschappelijk onderzoek.
	Alle betrokkenen passen de klachtenprocedure toe.	De organisatie gebruikt de gegevens van de tevredenheidsmeting om de communicatie en de samenwerking met gebruikers te verbeteren.	
	De organisatie bundelt systematisch de klachten van gebruikers en bespreekt ze tijdens (beleids)overleg.		
4	De organisatie evalueert systematisch de klachtenprocedure en stuurt die bij.	De organisatie evalueert systematisch de instrumenten om de gebruikerstevredenheid te meten, en stuurt ze bij.	De organisatie evalueert systematisch de gehanteerde indicatoren en instrumenten om de effecten van de hulpverlening te meten en stuurt ze bij.
	De evaluatie gebeurt met inspraak van de gebruikers en medewerkers.	De evaluatie gebeurt met inspraak van de gebruikers.	De organisatie gebruikt de aanbevelingen van wetenschappelijk onderzoek om de hulpverlening te optimaliseren.
	Vanuit de gegevens van de klachtenprocedure zet de organisatie systematisch acties op rond de inputgebieden en de kernprocessen.	Vanuit de gegevens van de tevredenheidsmeting zet de organisatie systematisch acties op rond de inputgebieden en de kernprocessen.	De organisatie gebruikt haar eigen gegevens en de sectorale gegevens uit een uniform registratiesysteem om systematisch acties op te zetten rond de inputgebieden en de kernprocessen.
	De organisatie linkt de gegevens van de klachtenprocedure aan de resultaten van andere thema's, waardoor een gefundeerde interpretatie van de gegevens geformuleerd kan worden.	De organisatie linkt de gegevens van de tevredenheidsmeting aan de resultaten van andere thema's, waardoor een gefundeerde interpretatie van de gegevens geformuleerd kan worden.	De organisatie linkt de resultaten van de effectmeting aan de resultaten van andere thema's, waardoor een gefundeerde interpretatie van de gegevens geformuleerd kan worden.
5	De organisatie communiceert de klachtenprocedure systematisch extern.	Een onafhankelijke externe evalueert de tevredenheidsmeting. De organisatie communiceert die resultaten en stuurt de tevredenheidsmeting bij.	De organisatie gebruikt systematisch haar eigen gegevens en de sectorregistratiegegevens om te benchmarken.
	De organisatie evalueert systematisch de klachtenprocedure	De tevredenheidsmeting is wetenschappelijk onderbouwd.	De organisatie gebruikt systematisch haar eigen gegevens en de

				sectorregistratiegegevens om te benchmarken. De organisatie staat model voor andere organisaties inzake het meten van de effectiviteit van de hulpverlening.
met inspraak van externe partners. De klachtenprocedure staat model voor andere organisaties.	De organisatie stelt de tevredenheidsmeting als model voor andere organisaties.			
	De organisatie publiceert de resultaten van de tevredenheidsmeting.			De organisatie publiceert de resultaten van de hulpverlening, de registratiegegevens en de resultaten van het wetenschappelijk onderzoek.

groei-niveaus (0-5)	<u>medewerkersresultaten: personeelstevredenheid</u>	<u>medewerkersresultaten: indicatoren en kengetallen (objectieve personeelsgegevens)</u>
0	De organisatie gaat de personeelstevredenheid niet na.	De organisatie houdt geen personeelskengetallen bij.
1	De organisatie gaat ad hoc de personeelstevredenheid na.	De organisatie houdt ad hoc personeelskengetallen bij.
2	De organisatie hanteert een of meer methodieken of instrumenten om de personeelstevredenheid na te gaan.	De organisatie geeft een aanzet tot het systematisch bijhouden van een aantal personeelskengetallen.
3	De organisatie heeft een duidelijke procedure voor of duidelijke afspraken over het meten van de personeelstevredenheid. De organisatie meet systematisch de personeelstevredenheid, waarbij ze alle thema's systematisch bevroegt. De organisatie voert een duidelijk beleid om signalen en input van medewerkers op te vangen, en communiceert daarover. De organisatie bundelt systematisch signalen en input van medewerkers en bespreekt ze op (beleids)overleg. De organisatie gebruikt de gegevens van de tevredenheidsmeting als input voor de beleidsvoering van de organisatie.	De organisatie bepaalt de personeelskengetallen op een doordachte wijze. De organisatie houdt de verschillende personeelskengetallen systematisch bij en bespreekt ze systematisch op (beleids)overleg.
4	De organisatie evalueert systematisch het beleid rond de personeelstevredenheid en rond het omgaan met signalen en input van medewerkers en stuurt het bij. De evaluatie gebeurt met inspraak van de medewerkers. Op basis van de gegevens van de tevredenheidsmeting en de signalen en de input van medewerkers zet de organisatie systematisch acties op rond de inputgebieden en de kernprocessen. De organisatie linkt de gegevens van de tevredenheidsmeting en de signalen en de input van medewerkers aan de resultaten van andere thema's, waardoor een gefundeerde interpretatie van de gegevens geformuleerd kan worden.	De organisatie evalueert systematisch de personeelskengetallen en stuurt ze bij. Vanuit de gegevens van de personeelskengetallen zet de organisatie systematisch acties op rond de inputgebieden en de kernprocessen. De organisatie linkt de resultaten van de personeelskengetallen aan de resultaten van de andere thema's, waardoor een gefundeerde interpretatie van de gegevens geformuleerd kan worden.
5	Een onafhankelijke externe evalueert de tevredenheidsmeting. De organisatie communiceert de resultaten en stuurt de tevredenheidsmeting bij. De tevredenheidsmeting is wetenschappelijk onderbouwd. De organisatie stelt de tevredenheidsmeting als model voor andere organisaties.	Een onafhankelijke externe evalueert de wijze waarop de personeelskengetallen worden verzameld, en de resultaten ervan. De organisatie communiceert de resultaten van die evaluatie en stuurt ze bij. De organisatie gebruikt systematisch de personeelskengetallen om te benchmarken. De organisatie stelt de personeelskengetallen als model voor andere organisaties.

Gezien om gevoegd te worden bij het besluit van de Vlaamse Regering van 14 maart 2014 met betrekking tot de erkenning en de subsidiëring van ondersteuningsteams.
Brussel, 14 maart 2014

De minister-president van de Vlaamse Regering,
Kris PEETERS
De Vlaamse minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin,
Jo VANDEURZEN

TRADUCTION

AUTORITE FLAMANDE

[C - 2014/35448]

14 MARS 2014. — Arrêté du Gouvernement flamand relatif à l'agrément et au subventionnement d'équipes d'appui

Le Gouvernement flamand,

Vu la loi spéciale du 8 août 1980 de réformes institutionnelles, notamment les articles 20 et 87, § 1^{er} ;

Vu le décret du 17 octobre 2003 relatif à la qualité des structures de soins de santé et d'aide sociale, notamment l'article 3, § 3, et l'article 5, § 1^{er}, § 2 et § 3, et l'article 6, § 1^{er} ;

Vu le décret du 7 mars 2008 relatif à l'assistance spéciale à la jeunesse, notamment l'article 52/1, inséré par l'article 97 du décret du 12 juillet 2013 relatif à l'aide intégrale à la jeunesse ;

Vu le décret du 12 juillet 2013 relatif à l'aide intégrale à la jeunesse, notamment l'article 78 ;

Vu l'avis de l'Inspection des Finances, donné le 22 novembre 2013 ;

Vu l'accord du Ministre flamand chargé du budget, donné le 24 janvier 2014 ;

Vu l'avis 55.196/3 du Conseil d'Etat, donné le 27 février 2014, en application de l'article 84, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, 2^o, des lois sur le Conseil d'Etat, coordonnées le 12 janvier 1973 ;

Vu la concertation avec le secteur, en exécution de l'article 6, § 3, du décret du 17 octobre 2003 relatif à la qualité des structures de soins de santé et d'aide sociale ;

Sur la proposition du Ministre flamand du Bien-être, de la Santé publique et de la Famille ;

Après délibération,

Arrête :

CHAPITRE 1^{er}. — *Définitions*

Article 1^{er}. Dans le présent arrêté, on entend par :

1^o agence : l'agence autonomisée interne « Jongerenwelzijn » (Aide sociale aux Jeunes), créée par l'article 2 de l'arrêté du Gouvernement flamand du 24 octobre 2008 portant exécution du décret du 7 mars 2008 relatif à l'assistance spéciale à la jeunesse et du décret cadre Politique administrative du 18 juillet 2003 ;

2^o décret du 17 octobre 2003 : le décret du 17 octobre 2003 relatif à la qualité des établissements de santé et d'aide sociale ;

3^o structures agréées : les structures qui sont agréées conformément aux dispositions du présent arrêté ;

4^o pouvoir organisateur : une personne morale sans but lucratif sous la responsabilité de laquelle fonctionne une structure agréée ;

5^o Ministre : le Ministre flamand chargé de l'assistance aux personnes ;

6^o équipe d'appui : l'équipe de médiateurs interculturels à l'appui de l'aide et des services aux mineurs et leur contexte, où des éléments de diversité interculturelle ou philosophique jouent un rôle.

CHAPITRE 2. — *Les équipes d'appui*

Section 1^{re}. — Principes généraux

Art. 2. Par province et dans la Région de Bruxelles-Capitale, une seule équipe d'appui au maximum peut être agréée et subventionnée.

Le ressort d'une équipe d'appui peut contenir une ou plusieurs provinces et la Région de Bruxelles-Capitale.

Section 2. — Missions et tâches

Art. 3. Une équipe d'appui a pour objectif d'organiser, pour des mineurs et leur contexte, où des éléments de diversité interculturelle ou philosophique jouent un rôle, un appui à l'aide et aux services qui sont mobilisés ou organisés par la porte d'entrée, les structures mandatées et les services sociaux d'assistance judiciaire à la jeunesse.

Art. 4. § 1^{er}. Les missions de l'équipe d'appui comprennent :

1^o le soutien en organisant une consultation ;

2^o la promotion de l'expertise au moyen de coaching ou de formation.

§ 2. La consultation, visée au paragraphe 1^{er}, 1^o, peut être participative ou consultative. Une consultation participative se compose d'une concertation avec le notifiant, un entretien d'exploration, de recadrement ou de médiation avec le notifiant, avec le jeune et son contexte.

Une consultation consultative comprend un éclaircissement de la demande ou le renvoi et des conseils en fonction de la demande notifiée.

§ 3. Le coaching, visé au paragraphe 1^{er}, 2^o, concerne le coaching dans un dossier au moyen d'une discussion approfondie du dossier, le cas échéant avec la participation à un cas ou concertation de réseau, et le coaching d'équipe par la supervision.

Section 3. — Conditions d'agrément

Art. 5. Pour être agréée et le rester, une équipe d'appui doit remplir les conditions d'agrément générales suivantes :

1^o elle opère sous la responsabilité d'un pouvoir organisateur ;

2^o les membres du personnel sont de bonne vie et mœurs et leur état de santé ne comporte aucun risque pour les mineurs avec lesquels ils entrent en contact ;

3^o outre les assurances légalement obligatoires, une assurance responsabilité civile est conclue pour l'équipe d'appui et les personnes qui en font partie ;

4° la structure dispose d'un cadre de référence écrit pour le comportement illicite à l'égard des usagers. L'organisation adopte une procédure de prévention et de détection de, et de réaction appropriée au comportement illicite à l'égard des usagers. Cette procédure prévoit un système d'enregistrement avec des données anonymisées. Le comportement illicite à l'égard des usagers est notifié sans délai à l'administration.

Art. 6. Une équipe d'appui doit en outre répondre aux conditions d'agrément particulières suivantes :

1° l'équipe d'appui est dirigée par un coordinateur ;

2° le coordinateur dispose de la connaissance et de la compréhension des mécanismes de migration et de la diversité dans la société ;

3° le coordinateur dispose de l'expérience concernant l'établissement et le développement de partenariats au sein de l'aide à la jeunesse pour optimiser l'aide et les services aux mineurs et leur contexte, où des éléments de diversité interculturelle ou philosophique jouent un rôle ;

4° le coordinateur sait diriger et motiver une équipe de médiateurs interculturels ;

5° le coordinateur est au courant de l'aide intégrale à la jeunesse.

Une équipe d'appui dispose de suffisamment de personnel expert avec des compétences de base pour gérer la diversité et l'interculturalité.

Le nombre de contacts de consultation participatifs, tels que visés à l'article 4, § 2, s'élève à au moins cent par équipe d'appui sur une base annuelle.

Art. 7. Une équipe d'appui participe à des réseaux au sein de l'aide à la jeunesse qui réalisent une offre vaste de médiation et d'aide à la jeunesse interculturelles.

Art. 8. Un agrément est octroyé pour une période de six ans, qui peut chaque fois être prolongée de six ans.

Art. 9. Une équipe d'appui dispose d'une politique de qualité, telle que visée à l'article 5, § 1^{er}, du décret du 17 octobre 2003, qui comprend au moins les éléments suivants :

1° la mission de l'organisation ;

2° la vision de l'organisation ;

3° des valeurs ;

4° la plus-value sociale à créer, ainsi que les objectifs stratégiques pour réaliser cette plus-value ;

5° une description des centres d'intérêt suivants :

a) gestion de la qualité ;

b) domaines d'entrée ;

1) direction ;

2) gestion du personnel ;

3) politique et stratégie ;

4) moyens et partenariats ;

c) processus clés ;

d) domaines de sortie ;

1) résultats pour les usagers ;

2) résultats pour les collaborateurs ;

3) résultats pour la société.

En application de l'article 5, § 1^{er}, du décret du 17 octobre 2003, la politique de l'équipe d'appui porte attention :

1° à l'égalité des chances, au niveau de l'accessibilité, de la diversité et de la non-discrimination ;

2° à la bonne gouvernance, en particulier en ce qui concerne la diversité de la composition, de l'expertise, des missions et des responsabilités des organes de gestion.

Art. 10. L'équipe d'appui dispose d'un système de gestion de la qualité, tel que visé à l'article 5, § 2, du décret du 17 octobre 2003, qui comprend au moins la structure organisationnelle, les compétences, les responsabilités, les processus et les procédures, en particulier des centres d'intérêt, visés à l'article 9, alinéa premier, 5°, du présent arrêté.

Art. 11. Sans préjudice de l'application de l'article 5, § 3, du décret du 17 octobre 2003, l'équipe d'appui évalue systématiquement son fonctionnement et au moins les centres d'intérêt de la gestion de la qualité, des processus clés et des domaines de sortie, visés à l'article 9, alinéa premier, 5°, du présent arrêté, sur la base du schéma repris en annexe 2, jointe au présent arrêté.

Sur la base de l'auto-évaluation, visée à l'alinéa premier, l'équipe d'appui formule des actions d'amélioration qui peuvent avoir trait à tous les éléments de la politique de qualité, visée à l'article 9 du présent arrêté.

Art. 12. Sans préjudice de l'application de l'article 6 du décret du 17 octobre 2003, l'équipe d'appui dispose d'un manuel de garantie de la qualité, comprenant les éléments suivants :

- 1° la politique de qualité, visée à l'article 9 du présent arrêté ;
- 2° le système de gestion de la qualité, visé à l'article 10 du présent arrêté ;
- 3° l'auto-évaluation et les actions d'amélioration, visées à l'article 11 du présent arrêté.

Le manuel de la qualité, visé à l'alinéa premier, est convivial et accessible et est porté par toutes les catégories du personnel de l'équipe d'appui.

CHAPITRE 3. — Procédure d'agrément et contrôle du respect des conditions d'agrément

Section 1^{re}. — Procédure d'octroi ou de prolongation d'un agrément

Art. 13. Un demandeur ne peut obtenir un agrément ou une prolongation d'un agrément que si :

- 1° il a introduit une demande recevable à cet effet ;
- 2° la demande s'inscrit dans les crédits budgétaires ;
- 3° il remplit les conditions d'agrément du présent arrêté.

Art. 14. § 1^{er}. Pour être recevable, la demande d'agrément ou de prolongation :

- 1° doit être introduite par lettre recommandée ou remise contre récépissé ;
- 2° doit être adressée à l'agence ;
- 3° doit être faite à l'aide du formulaire de demande destiné à cet effet ;
- 4° doit être introduite dans le délai imposé ;
- 5° doit comporter les données suivantes :
 - a) les données d'identité et de contact du demandeur : adresse, numéro de téléphone et de fax, adresse e-mail ;
 - b) le nom, la forme juridique avec, le cas échéant, le numéro d'entreprise et les coordonnées suivantes du pouvoir organisateur : adresse, numéro de téléphone et de fax, adresse e-mail ;
 - c) les statuts ;
 - d) la décision spécifique et nettement définie qui est demandée ;
 - e) les pièces et données démontrant que les conditions liées à la décision demandée sont remplies ;
 - f) la date et la signature.

§ 2. Lorsque la demande n'est pas recevable, l'agence en informe le demandeur par envoi recommandé dans un délai de trente jours calendaires après la réception de la demande.

Cette lettre mentionne la raison de la non-recevabilité.

§ 3. Si la demande est recevable, l'agence examine le dossier et vérifie si la demande remplit les conditions y afférentes.

La décision est communiquée au demandeur par envoi recommandé dans un délai de trois mois après la réception de la demande.

§ 4. La décision originale dont une prolongation est demandée, est prolongée provisoirement de plein droit jusqu'à ce que l'agence compétente ait pris une décision si une demande de prolongation est introduite qui remplit les conditions de recevabilité.

Art. 15. Dans un délai de trois mois suivant la réception de la demande recevable, le demandeur est informé par l'agence par envoi recommandé de l'intention de refus de la demande.

Cette décision mentionne :

- 1° la possibilité d'introduction d'une réclamation motivée ;
- 2° la procédure de réclamation.

Art. 16. § 1^{er}. Si le demandeur introduit une réclamation, la procédure de réclamation est parcourue, et une décision est ensuite prise.

Dans les trente jours calendaires après avoir parcouru la procédure de réclamation ou après l'expiration du délai dans lequel la procédure de réclamation doit être parcourue, la décision est notifiée au demandeur par un envoi recommandé.

§ 2. Si une nouvelle demande est introduite après une décision de refus, il faut démontrer que le motif sur lequel le refus préalable était basé, n'existe plus.

§ 3. L'agence transmet la réclamation dans les quinze jours après sa réception au secrétariat de la Commission consultative pour les Structures de l'Aide sociale, de la Santé publique et de la Famille et des (Candidats) Accueillants, ensemble avec le dossier administratif complet et les moyens de défense éventuels. La réclamation est traitée conformément aux règles fixées par ou en exécution du chapitre III du décret du 7 décembre 2007 portant création du Conseil consultatif stratégique pour la Politique de l'Aide sociale, de la Santé et de la Famille et d'une Commission consultative pour les Structures de l'Aide sociale, de la Santé publique et de la Famille et des (Candidats-) Accueillants.

Section 2. — Procédure de retrait d'un agrément

Art. 17. Si une équipe d'appui ne répond plus à une ou plusieurs conditions d'agrément, l'agence somme le pouvoir organisateur, préalablement à la décision de retrait, de se conformer à ces conditions dans un délai de huit jours à six mois.

Le pouvoir organisateur est sommé par un envoi recommandé. Cette sommation mentionne :

- 1° la sommation ;
- 2° les conditions qui ne sont pas respectées ;
- 3° le délai de régularisation dans lequel les conditions (violées) doivent être remplies ;
- 4° le cas échéant, les mesures d'accompagnement imposées par l'agence au cours de la période de régularisation ;
- 5° les conséquences juridiques du non-respect permanent des conditions ;
- 6° la possibilité de réagir par une lettre recommandée ou par remise contre récépissé.

Art. 18. § 1^{er}. Si, malgré la sommation, l'équipe d'appui ne respecte pas les conditions d'agrément, l'agence peut retirer l'agrément.

En cas de décision de retrait de l'agrément, l'agence notifie l'intention de cette décision au pouvoir organisateur concerné, par un envoi recommandé dans un délai de trois mois après l'expiration du délai de régularisation, visé à la sommation.

La décision envisagée mentionne :

- 1° la décision envisagée ;
- 2° le délai endéans lequel la décision devient définitive ;
- 3° les conditions qui doivent être remplies afin de lever la sanction ;
- 4° la possibilité d'introduction d'une réclamation motivée ;
- 5° le déroulement de la procédure de réclamation.

§ 2. La réclamation éventuellement formulée contre l'intention de décision n'est recevable que si elle est envoyée par envoi recommandé ou est remise contre récépissé dans les trente jours calendaires après la réception de l'intention de décision.

Art. 19. Si le pouvoir organisateur n'introduit pas de réclamation dans les trente jours calendaires après la réception de l'intention de décision, la décision de l'agence est transmise à l'équipe d'appui par envoi recommandé dans les quinze jours calendaires après l'expiration du délai précité.

Si l'équipe d'appui a introduit une réclamation dans les trente jours calendaires de la réception de l'intention, la décision est prise après avoir parcouru la procédure de réclamation. Dans les trente jours calendaires après avoir parcouru la procédure de réclamation ou après l'expiration du délai de la procédure de réclamation, la décision est notifiée au pouvoir organisateur par un envoi recommandé.

La décision de retrait de l'agrément mentionne :

- 1° la décision ;
- 2° l'entrée en vigueur de la décision ;
- 3° les conditions qui doivent être remplies afin de lever la sanction ;
- 4° conformément à l'article 25 du décret du 26 mars 2004 relative à la publicité de l'administration, la possibilité de recours auprès du Conseil d'Etat ;
- 5° le recours, visé au point 4°, est introduit par lettre recommandée à la poste dans les 60 jours suivant la notification de la décision, visée au point 1°, tel que visé à l'article 19 des lois sur le Conseil d'Etat, coordonnées le 12 janvier 1973.

Section 3. — Contrôle du respect des conditions d'agrément

Art. 20. Des membres du personnel de l'agence « Zorginspectie » (Inspection des Soins) veillent sur place ou sur pièces au respect des conditions d'agrément par les équipes d'appui.

Les équipes d'appui apportent leur collaboration à l'exercice du contrôle. Ils transmettent aux membres du personnel, visés à l'alinéa premier, sur simple demande, les pièces ayant trait à la demande d'agrément ou à l'agrément. La « Zorginspectie » peut consulter le dossier d'un mineur uniquement sur place.

Art. 21. L'agence évalue le fonctionnement de chaque équipe d'appui au plus tard cinq ans après l'octroi de l'agrément.

Sur la base de cette évaluation, l'équipe d'appui fait un compte rendu annuel de son fonctionnement et de sa politique de qualité à l'attention de l'agence. L'agence établira des directives plus détaillées à cet effet, en concertation avec les équipes d'appui.

Art. 22. L'agence discute du résultat de l'évaluation, visée à l'article 21, avec l'équipe d'appui concernée. Au cours de cet entretien, l'agence peut imposer des objectifs à l'équipe d'appui. L'équipe atteint ces objectifs endéans le délai imposé par l'agence.

CHAPITRE 4. — Subventionnement

Art. 23. Pour l'exécution de leurs missions, les équipes d'appui reçoivent une subvention forfaitaire telle que visée à l'annexe 1, jointe au présent arrêté.

Au minimum 70 % de la subvention, visée à l'alinéa premier, est affectée aux frais de personnel.

Art. 24. La subvention, visée à l'article 23, est payée en avances mensuelles. Le montant de l'avance mensuelle est calculé à un douzième de 90 % de la subvention annuelle. Le solde est payé dans le premier trimestre de l'année suivante, après la présentation des éléments comptables nécessaires.

Les frais de personnel découlant de l'application de l'arrêté royal du 3 mai 2007 fixant le régime de chômage avec complément d'entreprise sont subventionnés à l'aide d'une justification séparée.

Art. 25. Les équipes d'appui peuvent constituer des réserves à partir des subventions, visées dans le présent arrêté, selon les modalités suivantes :

1° les réserves sont utilisées dans le but de réaliser l'aide et les services spécifiques, visés au présent arrêté ;

2° au maximum 20 % des montants annuels des subventions, visés dans le présent arrêté, peut être transféré comme réserve à l'année calendaire suivante ;

3° la réserve cumulée, constituée à partir des montants annuels des subventions, visés au point 2°, est d'au maximum 50 % des montants annuels des subventions, visés au point 2° ;

4° lorsque les maxima, visés aux points 2° et 3°, sont dépassés, le montant en excès est remboursé à l'agence, à moins que l'organisateur n'ait un plan d'utilisation ou un plan d'apurement qui répond à un certain nombre de critères, dont l'approbation par l'Inspection des Finances de l'Autorité flamande en est un.

Le Ministre arrête les modalités auxquelles le plan d'utilisation ou le plan d'apurement doivent répondre.

Art. 26. Pour le paiement des subventions, les équipes d'appui introduisent une déclaration conformément au modèle et dans les délais fixés par le Ministre.

La déclaration est accompagnée des pièces justificatives justifiant les dépenses pour lesquelles des subventions sont octroyées.

Les frais de personnel sont prouvés par des versements auprès d'une organisation de sécurité sociale ou d'une caisse de pensions, complétés par les attestations d'employeurs, ou selon les modalités fixées par le Ministre.

Art. 27. Des membres du personnel de la Communauté flamande qui sont mis à la disposition du fonds, assurent le contrôle de la comptabilité des équipes d'appui et de l'affectation des subventions.

Ils peuvent entre autres prendre connaissance, sur pièces ou sur place, de tous états de la situation, documents de la comptabilité et autres pièces justificatives. Ils peuvent même étendre leurs recherches au-delà du cadre annuel de la gestion en cours.

Dans l'alinéa premier, on entend par fonds : l'agence autonomisée interne dotée de la personnalité juridique « Fonds Jongerenwelzijn » (Fonds d'Aide sociale aux jeunes), établie par l'article 54 du décret du 7 mars 2008 relatif à l'assistance spéciale à la jeunesse.

CHAPITRE 5. — Dispositions finales

Art. 28. Le présent arrêté produit ses effets le 1^{er} mars 2014.

Art. 29. Le Ministre flamand ayant l'assistance aux personnes dans ses attributions est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Bruxelles, le 14 mars 2014.

Le Ministre-Président du Gouvernement flamand,

K. PEETERS

Le Ministre flamand du Bien-être, de la Santé publique et de la Famille,

J. VANDEURZEN

Annexe à l'arrêté du Gouvernement flamand du 14 mars 2014
relatif à l'agrément et au subventionnement d'équipes d'appui.

Annexe 1^{re}. Subventions forfaitaires telles que visées à l'article 23, alinéa premier

Les équipes d'appui reçoivent une subvention forfaitaire pour l'ensemble de leur fonctionnement.

La subvention pour les équipes d'appui s'élève annuellement à 758.000 euros. Ce montant est accordé comme suit :

pour le fonctionnement dans la province	montant en euros
Anvers	242.000
Limbourg	198.000
Flandre orientale	81.000
Flandre occidentale	81.000
Brabant flamand et Région de Bruxelles-Capitale	156.000
Total Flandre	758. 000

La subvention de l'équipe d'appui est majorée d'un supplément de 1,8 % du montant de base pour chaque année que l'ancienneté moyenne de tous les membres du personnel dépasse l'ancienneté initiale de cinq ans. Cette ancienneté est calculée au 1^{er} janvier de l'année concernée et arrondie à une décimale.

Les montants susvisés sont liés à l'indice pivot en vigueur le 1^{er} mars 2014.

Vu pour être annexé à l'arrêté du Gouvernement flamand du 14 mars 2014 relatif à l'agrément et au subventionnement d'équipes d'appui.

Bruxelles, le 14 mars 2014.

Le Ministre-Président du Gouvernement flamand,

K. PEETERS

Le Ministre flamand du Bien-être, de la Santé publique et de la Famille,

J. VANDEURZEN

Annexe à l'arrêté du Gouvernement flamand du 14 mars 2014 relatif à l'agrément et au subventionnement d'équipes d'appui.
Annexe 2. Schéma tel que visé à l'article 11, alinéa premier
Schéma sur l'auto-évaluation des équipes d'appui

<u>niveaux de croissance (0-5)</u>	résultats pour la société : appréciation des partenaires stratégiques	résultats pour la société : mission sociale et tendances sociétales
0	L'organisation n'examine pas l'appréciation des partenaires stratégiques.	L'organisation n'examine pas quelle est sa mission sociale. L'organisation n'examine pas les tendances sociétales qui ont un impact sur le bien-être de l'utilisateur et sur le fonctionnement de l'organisation.
1	L'organisation examine ad hoc l'appréciation des partenaires stratégiques.	L'organisation examine ad hoc si sa mission sociale est toujours concrétisée de manière actuelle. L'organisation répond ad hoc aux tendances sociétales qui ont un impact sur le bien-être de l'utilisateur et sur le fonctionnement de l'organisation.
2	L'organisation prend l'initiative pour examiner l'appréciation des partenaires stratégiques.	L'organisation prend l'initiative pour actualiser sa mission sociale. L'organisation prend l'initiative pour répondre aux tendances sociétales et à l'impact sur le bien-être de l'utilisateur et sur le fonctionnement de l'organisation.
3	L'organisation collecte et analyse systématiquement des données sur l'appréciation. L'organisation communique l'analyse des données sur l'appréciation aux partenaires stratégiques.	L'organisation actualise systématiquement sa mission sociale et tient systématiquement compte des tendances sociétales et de l'impact sur le bien-être de l'utilisateur et sur le fonctionnement de l'organisation. L'organisation communique les tendances sociétales qui ont un impact sur le bien-être de l'utilisateur et sur le fonctionnement de l'organisation, à l'autorité et aux autres parties concernées.
4	Sur la base de l'analyse des données sur l'appréciation, l'organisation organise systématiquement des actions concernant les domaines d'entrée et les processus clés. L'organisation relie les données sur l'appréciation aux résultats d'autres thèmes, permettant ainsi de formuler une interprétation fondée des données.	Sur la base de l'actualisation de la mission sociale, compte tenu des tendances sociétales et de l'impact sur le bien-être de l'utilisateur et sur le fonctionnement de l'organisation, l'organisation organise systématiquement des actions concernant les domaines d'entrée et les processus clés. L'organisation relie l'actualisation de la mission sociale, compte tenu des tendances sociétales et de l'impact sur le bien-être de l'utilisateur et sur le fonctionnement de l'organisation, aux résultats d'autres thèmes, permettant ainsi de formuler une interprétation fondée des données. L'organisation fait correspondre le fonctionnement des organes administratifs à la réalisation de la mission sociale.
5	L'organisation prend l'initiative et organise, en collaboration avec des partenaires stratégiques, des actions afin d'améliorer l'appréciation et la coopération. Les actions de coopération servent de modèle pour d'autres organisations.	L'organisation organise, conjointement avec d'autres parties concernées, des actions sur la base de sa mission sociale, afin d'influencer les tendances sociétales de manière proactive et constructive. L'organisation sert de modèle pour d'autres organisations en ce qui concerne la mise en œuvre de tendances sociétales et de nouvelles évolutions dans son propre fonctionnement.

niveaux de croissance (0-5)	gestion de la qualité : organisation et vision	gestion de la qualité : participation	gestion de la qualité : méthodologies et instruments	gestion de la qualité : trajet d'amélioration
0	L'organisation n'a pas de vision sur la gestion de la qualité. L'organisation n'entreprind pas d'actions pour obtenir une gestion adéquate de la qualité.	Au sein de l'organisation, il n'y a pas de participation dans le domaine de la gestion de la qualité. L'organisation n'entreprind pas d'actions pour accroître la participation.	L'organisation n'utilise pas de méthodologies, ni d'instruments pour la gestion de la qualité.	L'organisation ne formule pas de trajets d'amélioration.
1	Il y a une concertation structurelle sur la gestion de la qualité de l'organisation. L'organisation a une connaissance de base des principes de base et des modèles de la gestion intégrale de la qualité.	L'organisation associe la direction et les collaborateurs sur une base ad hoc à la politique.	L'organisation utilise uniquement des méthodologies et des instruments ad hoc pour la gestion de la qualité.	L'organisation formule des trajets d'amélioration ad hoc.
2	L'organisation a un ou plusieurs membres du personnel qui ont la gestion de la qualité comme responsabilité finale dans leurs tâches. L'organisation a une vision sur la gestion intégrale de la qualité. La gestion intégrale de la qualité couvre au moins les domaines suivants de l'organisation : leadership, gestion du personnel, politique et stratégie, moyens et partenariats, processus clés, résultats pour les usagers, pour les collaborateurs et pour la société.	L'organisation associe les collaborateurs à la politique. L'organisation associe les organes administratifs à la politique.	L'organisation dispose d'un manuel de qualité comprenant une politique de qualité. L'organisation dispose d'une méthodologie ou d'un instrument pour l'auto-évaluation.	L'organisation développe des trajets d'amélioration formulés de façon SMART. L'organisation informe les collaborateurs sur les trajets d'amélioration.
3	La gestion de la qualité est intégrée dans le fonctionnement quotidien de tous les centres d'activités de l'organisation. Tous les éléments de la gestion de la qualité sont harmonisés et forment un tout.	Tous les groupes de fonctions participent à la gestion de la qualité. L'organisation détermine de manière réfléchie les aspects de la gestion de la qualité auxquels l'usager est associé. L'organisation détermine de manière réfléchie les aspects de la gestion de la qualité auxquels les partenaires externes (instances de renvoi, autres intervenants, ...) sont associés.	Le manuel de qualité est convivial et comprend tous les éléments, visés à l'article 5, § 4, du décret du 17 octobre 2003. Tous les groupes de fonctions appliquent le manuel de qualité. L'auto-évaluation s'effectue d'une manière préalablement établie et standardisée, dans laquelle le cycle PDCA est clairement présent, et où au moins les domaines suivants de l'organisation sont abordés : leadership, gestion du personnel, politique et stratégie, moyens et partenariats, processus clés, résultats pour l'usager, pour les collaborateurs et pour la société.	Les trajets d'amélioration sont définis de manière SMART et sont établis de telle sorte que le cycle PDCA est reconnaissable. L'organisation désigne des responsables pour la réalisation et l'avancement par trajet d'amélioration. L'organisation parcourt systématiquement au moins les domaines suivants d'une organisation (leadership, gestion du personnel, politique et stratégie, moyens et partenariats, processus clés, résultats pour l'usager, pour les collaborateurs et pour la société) lors de la détermination de trajets d'amélioration dans le plan annuel ou pluriannuel de l'organisation. L'organisation communique les résultats des trajets d'amélioration aux parties concernées.

4	L'organisation évalue systématiquement la gestion de la qualité et l'ajuste.	L'organisation évalue systématiquement la manière dont les partenaires externes et les usagers sont associés à la politique et l'ajuste.	L'organisation évalue systématiquement la méthodologie utilisée ou l'instrument utilisé pour l'auto-évaluation et ajuste cette méthodologie ou cet instrument. L'organisation évalue systématiquement le manuel de qualité et l'ajuste.	L'organisation effectue les trajets d'amélioration conformément à la planification, évalue les trajets et les ajuste. L'organisation met en œuvre les résultats des trajets d'amélioration dans le fonctionnement de l'organisation, et les réunit avec d'autres informations pertinentes au niveau de la gestion. L'organisation reprend les résultats des trajets d'amélioration dans le manuel de qualité.
	L'organisation réunit au moins les résultats pour l'usager, pour les collaborateurs et pour la société dans une synthèse, qui constitue la base pour déterminer des trajets d'amélioration prioritaires.			
5	L'organisation établit un benchmark pour sa gestion de la qualité et l'auto-évaluation. L'organisateur dispose d'un certificat de qualité.	L'organisation publie activement la manière dont les parties concernées sont associées à la politique.	L'organisation entreprend activement des initiatives pour le partage des connaissances des méthodologies et instruments utilisés. L'organisation compare ses méthodologies et instruments aux niveaux national et international. Les méthodologies et instruments sont certifiés ou étayés scientifiquement.	L'organisation communique activement sur les trajets d'amélioration et leurs résultats.
	L'organisation publie activement sa gestion de la qualité et son auto-évaluation.			

niveaux de croissance (0-5)	processus clés : accueil de l'utilisateur	processus clés : objectifs et plan d'action	processus clés : clôture et suivi	processus clés : profil pédagogique	processus clés : dossier de l'utilisateur
0	Il n'y a pas de procédure d'accueil.	Il n'y a pas de procédure pour les objectifs et le plan d'action.	Il n'y a pas de procédure de clôture et de suivi.	Il n'y a pas de profil pédagogique.	Il n'y a pas de procédures pour la gestion et l'échange de dossiers d'utilisateurs.
1	L'organisation détermine ad hoc une méthode.	L'organisation détermine ad hoc une méthode.	L'organisation détermine ad hoc une méthode.	Les collaborateurs alignent leur vision ad hoc sur l'aide et son exécution.	L'organisation gère ad hoc les dossiers des utilisateurs.
2	Il y a une procédure d'accueil.	Il y a une procédure pour les objectifs et le plan d'action.	Il y a une procédure de clôture et de suivi.	Il y a une vision pédagogique.	Il y a des procédures pour la gestion et l'échange de dossiers d'utilisateurs.
3	L'organisation établit la procédure avec la participation des propriétaires des processus.	L'organisation établit la procédure avec la participation des propriétaires des processus.	L'organisation établit la procédure avec la participation des propriétaires des processus.	L'organisation documente la vision sur l'aide au moyen de cadres de référence étayés contenant des points de références pour les intervenants.	L'organisation établit les procédures avec la participation des propriétaires des processus.
	La procédure est explicitée sous forme de responsable(s), d'objectifs, d'instruments et de méthodes claires.	La procédure est explicitée sous forme de responsable(s), d'objectifs, et d'instruments claires.	La procédure est explicitée sous forme de responsable(s), d'objectifs, et d'instruments claires.	L'organisation a une vision claire et des accords sur les aspects essentiel de l'aide.	Les procédures pour la gestion et l'échange de dossiers d'utilisateurs sont explicitées selon les dispositions légales contenant des accords clairs sur la gestion et l'accessibilité (interne et externe) des dossiers.
	L'organisation communique la procédure.	L'organisation documente et communique la procédure.	L'organisation documente et communique la procédure.	Toutes les parties concernées appliquent la vision et les accords.	L'organisation documente et communique les procédures.
	Tous les collaborateurs appliquent la procédure.	Tous les collaborateurs appliquent la procédure.	Tous les collaborateurs appliquent la procédure.	L'utilisateur participe à tous les aspects de son parcours d'aide.	Tous les collaborateurs appliquent les procédures.
				L'organisation de l'aide conclut des accords de coopération avec le réseau d'aide externe pour chaque utilisateur.	
				L'organisation de l'aide associe le réseau social direct activement au parcours d'aide de l'utilisateur.	
4	L'organisation évalue systématiquement la procédure et l'ajuste.	L'organisation évalue systématiquement la procédure et l'ajuste.	L'organisation évalue systématiquement la procédure et l'ajuste.	L'organisation évalue systématiquement la vision sur l'aide et les accords à ce sujet, et les ajuste.	L'organisation évalue systématiquement les procédures et les ajuste.
	L'évaluation s'effectue avec la participation des utilisateurs et des partenaires internes.	L'évaluation s'effectue avec la participation des utilisateurs et des partenaires internes.	L'évaluation s'effectue avec la participation des utilisateurs et des partenaires internes.	L'évaluation s'effectue avec la participation des utilisateurs.	L'évaluation s'effectue avec la participation des utilisateurs et des partenaires internes.
				L'organisation évalue systématiquement la manière dont la participation des utilisateurs est réalisée, et l'ajuste.	
5	L'organisation communique la procédure systématiquement au niveau externe.	L'organisation communique la procédure systématiquement au niveau externe.	L'organisation communique la procédure systématiquement au niveau externe.	La vision sur l'aide prend forme au minimum sur la base des résultats pour l'utilisateur, pour les collaborateurs et pour la société.	L'organisation communique la procédure systématiquement au niveau externe.

	<p>L'organisation évalue systématiquement la procédure avec la participation de partenaires externes.</p> <p>La procédure sert de modèle pour d'autres organisations.</p>	<p>L'organisation évalue systématiquement la procédure avec la participation de partenaires externes.</p> <p>La procédure sert de modèle pour d'autres organisations.</p>	<p>L'organisation évalue systématiquement la participation de partenaires externes.</p> <p>La procédure sert de modèle pour d'autres organisations.</p>	<p>Un externe indépendant évalue la vision sur l'aide et les accords à ce sujet.</p> <p>L'organisation communique ces résultats et ajuste la vision, les accords et l'exécution.</p> <p>L'organisation met la vision sur l'aide et les accords à ce sujet comme modèle pour d'autres organisations.</p>	<p>L'organisation évalue systématiquement les procédures avec la participation de partenaires externes.</p> <p>Les procédures servent de modèle pour d'autres organisations.</p>
--	---	---	---	---	--

niveaux de croissance (0-5)	résultats pour les usagers : traitement de plaintes	résultats pour les usagers : satisfaction des usagers → sur les processus d'aide, sur la réalisation de l'aide, sur la participation	résultats pour les usagers : effet de l'aide
0	L'organisation n'a pas de traitement de plaintes.	L'organisation ne vérifie pas la satisfaction des usagers.	L'organisation ne vérifie pas l'effet de l'aide pour les usagers.
1	L'organisation détermine ad hoc une méthode pour le traitement de plaintes.	L'organisation vérifie ad hoc la satisfaction des usagers.	L'organisation vérifie ad hoc les effets de l'aide.
2	L'organisateur dispose d'une procédure de traitement de plaintes.	L'organisation utilise une ou plusieurs méthodologies ou instruments pour vérifier la satisfaction des usagers.	L'organisation utilise une ou plusieurs méthodologies ou instruments pour vérifier l'effet de l'aide.
3	L'organisation établit la procédure de traitement de plaintes avec la participation des propriétaires des processus. La procédure de plainte est explicitée avec une feuille de route et un calendrier clairs, des responsables désignés, l'efficacité et la réaction à l'utilisateur qui a introduit la plainte. L'organisation communique la procédure de plainte.	L'organisation dispose d'une procédure ou d'accords clairs pour mesurer la satisfaction des usagers. L'organisation utilise systématiquement une méthodologie qui est alignée sur le(s) groupe(s) cible(s) pour mesurer la satisfaction des usagers, lors de laquelle elle sonde ce(s) groupe(s) au minimum sur les processus d'aide, l'exécution de l'aide et la participation. L'organisation utilise les données du sondage de satisfaction comme contribution à la gestion de l'organisation. L'organisation utilise les données du sondage de satisfaction pour améliorer la communication et la coopération avec les usagers.	L'organisation a formulé des indicateurs SMART pour vérifier l'effet de l'aide. L'organisation utilise systématiquement ses propres données et les données sectorielles provenant d'un système d'enregistrement uniforme pour répertorier les effets et processus de l'aide. L'organisation participe à des recherches scientifiques.
4	L'organisation regroupe systématiquement les plaintes des usagers et les discute lors d'une concertation (de gestion). L'organisation évalue systématiquement la procédure de plainte et l'ajuste. L'évaluation s'effectue avec la participation des usagers et des collaborateurs. Sur la base des données de la procédure de plainte, l'organisation organise systématiquement des actions concernant les domaines d'entrée et les processus clés. L'organisation relie les données de la procédure de plainte aux résultats d'autres thèmes, permettant ainsi de formuler une interprétation fondée des données.	L'organisation évalue systématiquement les instruments pour mesurer la satisfaction des usagers, et les ajuste. L'évaluation s'effectue avec la participation des usagers. Sur la base des données du sondage de satisfaction, l'organisation organise systématiquement des actions concernant les domaines d'entrée et les processus clés. L'organisation relie les données du sondage de satisfaction aux résultats d'autres thèmes, permettant ainsi de formuler une interprétation fondée des données.	L'organisation évalue systématiquement les indicateurs et instruments utilisés pour mesurer les effets de l'aide, et les ajuste. L'organisation utilise les recommandations de la recherche scientifique pour optimiser l'aide. L'organisation utilise ses propres données et les données sectorielles provenant d'un système d'enregistrement uniforme pour organiser systématiquement des actions concernant les domaines d'entrée et les processus clés. L'organisation relie les données du mesurage d'effets aux résultats d'autres thèmes, permettant ainsi de formuler une interprétation fondée des données.
5	L'organisation communique la procédure de plainte systématiquement au niveau externe. L'organisation évalue systématiquement la procédure de plainte avec la participation de partenaires externes.	Un externe indépendant évalue le sondage de satisfaction. L'organisation communique ces résultats et ajuste le sondage de satisfaction. Le sondage de satisfaction est scientifiquement fondé.	L'organisation utilise systématiquement ses propres données et les données sectorielles enregistrées pour le benchmarking. L'organisation utilise systématiquement ses propres données et les données sectorielles enregistrées pour le benchmarking.

	La procédure de plainte sert de modèle pour d'autres organisations.	L'organisation met le sondage de satisfaction comme modèle pour d'autres organisations.	L'organisation sert de modèle pour d'autres organisations concernant le mesurage de l'effectivité de l'aide.
		L'organisation publie les résultats du sondage de satisfaction.	L'organisation publie les résultats de l'aide, les données d'enregistrement et les résultats des recherches scientifiques.

niveaux de croissance (0-5)	résultats pour les collaborateurs : satisfaction du personnel	résultats pour les collaborateurs : indicateurs et indices (données du personnel objectives)
0	L'organisation ne vérifie pas la satisfaction du personnel.	L'organisation ne tient pas d'indices du personnel.
1	L'organisation vérifie ad hoc la satisfaction du personnel.	L'organisation tient ad hoc des indices du personnel.
2	L'organisation utilise une ou plusieurs méthodologies ou instruments pour vérifier la satisfaction du personnel.	L'organisation donne une impulsion à tenir systématiquement un certain nombre d'indices du personnel.
3	L'organisation dispose d'une procédure ou d'accords clairs pour mesurer la satisfaction du personnel. L'organisation mesure systématiquement la satisfaction du personnel, en sondant les membres du personnel systématiquement sur tous les thèmes. L'organisation mène une politique claire pour capter des signaux et la contribution des collaborateurs, et communique à ce sujet. L'organisation regroupe systématiquement les signaux et la contribution des collaborateurs les discute lors d'une concertation (de gestion). L'organisation utilise les données du sondage de satisfaction comme contribution à la gestion de l'organisation.	L'organisation détermine de manière réfléchie les indices du personnel. L'organisation tient systématiquement les différents indices du personnel et les discute systématiquement lors d'une concertation (de gestion).
4	L'organisation évalue systématiquement la politique sur la satisfaction du personnel et sur le traitement des signaux et de la contribution des collaborateurs, et l'ajuste. L'évaluation s'effectue avec la participation des collaborateurs. Sur la base des données du sondage de satisfaction et des signaux et de la contribution des collaborateurs, l'organisation organise systématiquement des actions concernant les domaines d'entrée et les processus clés. L'organisation relie les données du sondage de satisfaction et des signaux et de la contribution des collaborateurs aux résultats d'autres thèmes, permettant ainsi de formuler une interprétation fondée des données.	L'organisation évalue systématiquement les indices du personnel et les ajuste. Sur la base des données des indices du personnel, l'organisation organise systématiquement des actions concernant les domaines d'entrée et les processus clés. L'organisation relie les résultats des indices du personnel aux résultats d'autres thèmes, permettant ainsi de formuler une interprétation fondée des données.
5	Un externe indépendant évalue le sondage de satisfaction. L'organisation communique les résultats et ajuste le sondage de satisfaction.	Un expert indépendant évalue le mode de collecter les indices du personnel, et ses résultats. L'organisation communique les résultats de cette évaluation et les ajuste.

	Le sondage de satisfaction est scientifiquement fondé. L'organisation met le sondage de satisfaction comme modèle pour d'autres organisations.	L'organisation utilise systématiquement les indices du personnel pour le benchmarking. L'organisation met les indices du personnel comme modèle pour d'autres organisations.
--	---	---

Vu pour être annexé à l'arrêté du Gouvernement flamand du 14 mars 2014 relatif à l'agrément et au subventionnement d'équipes d'appui.

Bruxelles, le 14 mars 2014

Le Ministre-Président du Gouvernement flamand,

Kris PEETERS

Le Ministre flamand du Bien-être, de la Santé publique et de la Famille,

Jo VANDEURZEN