



RAPPORT D'ACTIVITES 2023

SISD



Service Intégré de Soins
à Domicile Carolo - ASBL

Président : Dr Pierre Bets > Directeur : Mr Claude Decuyper > Adjointe à la direction : Mme Christelle Demat

TABLE DES MATIERES

A.	INTRODUCTION	4
B.	NOS ACTIVITES	5
	MISSIONS.....	5
	REUNIONS DE CONCERTATION.....	6
1.	2.1. REUNION DE CONCERTATION MULTIDISCIPLINAIRE AUTOUR DU PATIENT EN PERTE D'AUTONOMIE PHYSIQUE6	
2.	A) CASE-LOAD	6
	B) BUTS.....	11
	C) PRE-REQUIS	11
	D) EN PRATIQUE	12
	E) FINANCEMENT.....	12
	F) AVANTAGES DE LA CONCERTATION	13
	2.2. REUNION DE CONCERTATION AUTOUR DU PATIENT PSYCHIATRIQUE	13
	A) CASE-LOAD	13
	B) FONCTIONS CONCERNEES PAR LA REMUNERATION	14
	C) EN PRATIQUE	14
	D) FINANCEMENT.....	15
	SANTÉ MENTALE.....	16
3.	3.1. EQUIPES MOBILES.....	16
	A) ADULTES : PSY 107 – RESEAU MOSAÏQUE	16
	B) ENFANTS – ADOLESCENTS : TANDEM'O – RHESEAU.....	18
	C) EN CONCLUSION	19
	3.2. PSYCHOLOGUES DE 1 ^{ERE} LIGNE.....	20
	A) RÉSEAU ADULTES	21
	B) RÉSEAU ENFANTS - ADOLESCENTS	22
	3.3. SERVICE DE SOINS PSYCHIATRIQUES D'AIDE ET DE SOINS A DOMICILE	22
	A) IHP LE REGAIN	23
	B) ACGHP, ASSOCIATION CAROLOREGIONNE DE GESTION DES IHP « LE SPAD ».....	23
4.	C) COLLABORATION DU SISDCAROLO AVEC L'ACGHP ET LE REGAIN	23
	3.4. PLATE-FORME DE CONCERTATION EN SANTÉ MENTALE DES REGIONS DU CENTRE ET DE CHARLEROI	24
	FORMES ALTERNATIVES DE SOINS ET DE SOUTIEN AUX SOINS AUX PERSONNES AGEES FRAGILES	24
5.	4.1. 1 ^{ER} APPEL A PROJETS.....	24
	4.2. 2 ^{EME} APPEL A PROJETS.....	25
	4.3. 3 ^{EME} APPEL A PROJETS.....	26
	4.4. PROJETS LOCAUX.....	26
	« PATIENTS, SOIGNANTS, AIDANTS UNE RELATION INTEGREE » (CSD DE LA LOUVIERE).....	26
	TRAJETS DE SOINS (TDS) ET RESEAU LOCAL MULTIDISCIPLINAIRE (RLM).....	27
6.	5.1. LES TRAJETS DE SOINS POUR MALADIES CHRONIQUES	27
7.	5.2. LE TRAJET DE SOINS EN DIABETOLOGIE.....	27
	5.3. LE TRAJET DE SOINS EN INSUFFISANCE RENALE CHRONIQUE	27
	5.4. LE PRE-TRAJET DE SOINS DIABETE.....	28
	5.5. PROJETS PILOTES RESEAUX LOCAUX MULTIDISCIPLINAIRES (RLM)	29
	CELLULE PREVENTION SANTE.....	31
	CERCLES LOCAUX PROFESSIONNELS	33
	7.1. ASSOCIATION LOCALE DE DIETETICIENS DE CHARLEROI (CEDIC)	33
	7.2. ASSOCIATION LOCALE DE PSYCHOLOGUES DE CHARLEROI.....	33
	7.3. ASSOCIATION LOCALE DE KINESITHERAPEUTES (AKC)	34

	7.4.	AUTRES CERCLES LOCAUX PROFESSIONNELS	34
	A)	FEDERATION DES ASSOCIATIONS DE GENERALISTES DE CHARLEROI (FAGC).....	34
	B)	CERCLE REGIONAL ET PLURALISTE INFIRMIER CAROLO (CREPIC).....	34
	C)	UNION ROYALE PHARMACEUTIQUE DE CHARLEROI (URPC).....	35
		COMITE TECHNIQUE – CENTRES DE COORDINATION DE SOINS ET AIDE A DOMICILE	36
		PROXISANTE, LES ASSISES DE LA PREMIERE LIGNE D'AIDE ET DE SOINS.....	37
		SENSIBILISATION – INFORMATION – FORMATION	39
		PARTICIPATION A DES JOURNEES ET SALONS SANTE.....	40
	11.1.	JOURNEE DE LA SANTE A COURCELLES	40
8.	11.2.	SENSIBILISATION AU DIABETE ET AUX MALADIES CHRONIQUES A COURCELLES.....	41
9.	11.3.	PARTICIPATION AU SALON DES SENIORS D'ANDERLUES.....	44
10.		CHARLEROI VILLE SANTE.....	45
11.		PLANS DE COHESION SOCIALE (PCS).....	48
		INTER-SISD FRANCOPHONES	49
12.		PLATEFORME DE PREMIERE LIGNE DE SOINS WALLONNE (PPLW).....	51
13.		RENCONTRES LOCALES MULTIDISCIPLINAIRES – RAMPE 2.3	52
14.		HOSPITALISATION A DOMICILE (HAD) : CHIMIOThERAPIE ET ANTIBIOTHERAPIE A DOMICILE.....	54
15.	17.1.	« ESCHAP-O » = « EQUIPE DE SOINS ET DE CONFORT A L'HOPITAL ET AU DOMICILE DU PATIENT -	
16.		ONCOLOGIQUE ».....	54
17.	A)	OBJECTIFS	54
	B)	PATIENTS-CIBLES	54
	17.2.	ANTIBIOTHERAPIE (ANTIBIHOME)	55
	A)	OBJECTIFS	55
	B)	PATIENTS-CIBLES	55
	17.3.	FORMATION DES INFIRMIERS SUR LA CHIMIOThERAPIE ET ANTIBIOTHERAPIE A DOMICILE	55
18.		LUTTE CONTRE LA PANDEMIE COVID-19	56
	18.1.	VACCINATION.....	56
19.	18.2.	OSTA CAROLO – EQUIPE MOBILE DE LUTTE CONTRE LES EPIDEMIES	56
		RESEAU SANTE WALLON (RSW).....	58
	19.1.	PROJET PILOTE RESEAU SANTE WALLON 2.0	58
	19.2.	APPLICATION MOBILE MYRSW	59
	C.	SITE WEB.....	60
1.	D.	PAGE FACEBOOK	61
2.			
3.	E.	NOTRE FONCTIONNEMENT	62
		ZONE DE SOINS	62
		CADRE LEGISLATIF	64
		COMPOSITION.....	65
	F.	TABLE DES ILLUSTRATIONS	66
	G.	ANNEXES.....	67

A. INTRODUCTION

Plate-forme de concertation et de soutien pour l'ensemble des prestataires de soins ambulatoires

Sur leur zone de soins, les SISD sont des plates-formes d'information, de soutien, de concertation ainsi que d'échanges entre les différents acteurs des soins et de l'aide du secteur ambulatoire. Ils veillent à développer une collaboration plus efficace entre les différentes lignes de soins (stimulation du réseau multidisciplinaire).

Leur objectif principal est donc d'assurer la qualité et la cohérence dans la prise en charge à domicile de personnes en perte d'autonomie physique, notamment par l'organisation de réunions de concertation multidisciplinaire.

Leur rôle est aussi d'optimiser la collaboration entre les acteurs de la 1^{ère} ligne et d'organiser des séances d'informations/sensibilisation/formation pour les professionnels.

Ils s'investissent et soutiennent également des projets fédéraux, régionaux ou locorégionaux.

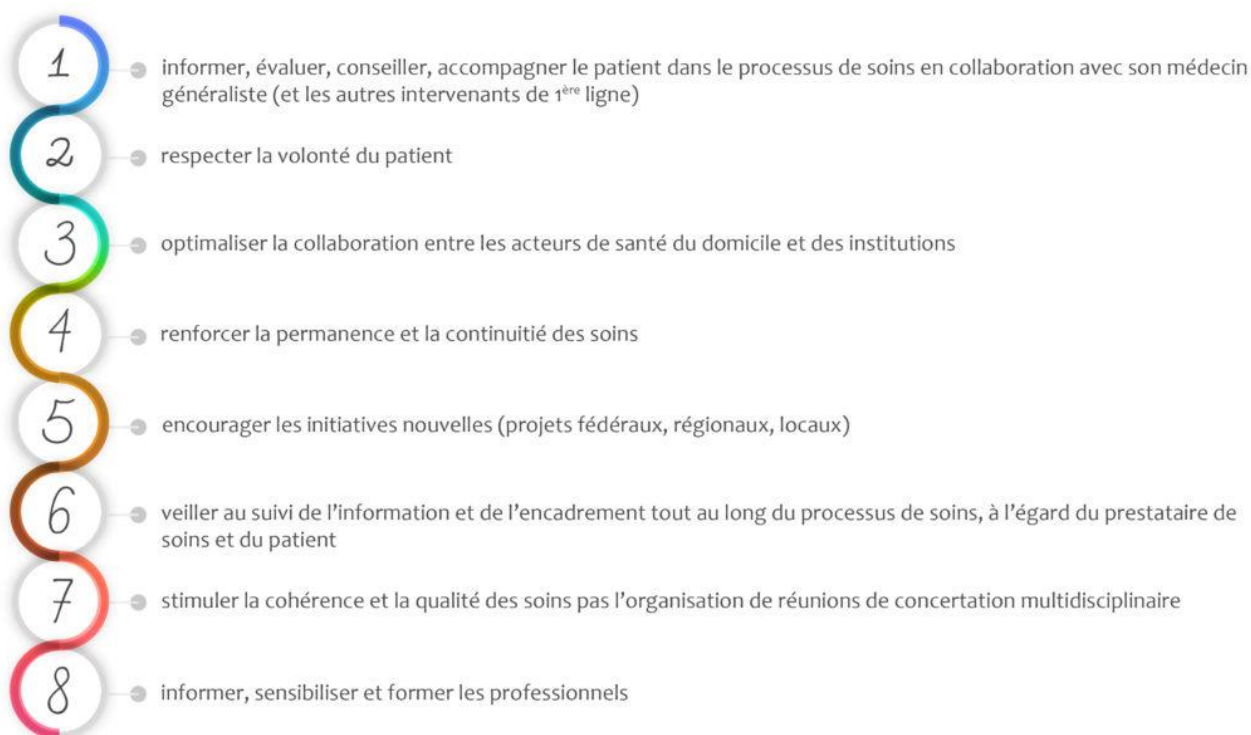
Ils sont composés au minimum de représentants des médecins généralistes, des infirmier(ère)s et de structures de coordination.

B. NOS ACTIVITES

Missions

Dans une zone de soins donnée, le SISD renforce l'ensemble des soins à domicile en optimisant la pluridisciplinarité, l'inter-sectorialité, la relation entre l'inter et l'extramuros. Le SISD est aussi catalyseur et promoteur d'initiatives.

1. Le SISD réunit toutes les forces de ses membres pour établir une stratégie globale qui permette de proposer aux patients les meilleurs soins et services à domicile.



Outre les missions susmentionnées, le SISDCarolo s'investit également dans **des projets de santé publique** :

- « Lutte contre le COVID-19 »
- « Médiateurs santé interculturels »
- « Cellule prévention santé »
- « Charleroi ville santé »
- « Réseau Local Multidisciplinaire en soutien aux trajets de soins pour maladies chroniques »
- « Concertation autour du patient psychiatrique »
- « Optimisation des retours à domicile »
- « Santé mentale »
- « Hospitalisation A Domicile – HAD »
- « Réanimation cardiopulmonaire »
- ...

Réunions de concertation

2.1. Réunion de concertation multidisciplinaire autour du patient en perte d'autonomie physique

2. a) Case-load

En 2023, le SISDCarolo a enregistré **68 réunions de concertation multidisciplinaire autour du patient en perte d'autonomie physique.**

Le SISDCarolo collabore avec les 4 centres de coordination de sa zone de soins pour l'organisation de réunions de concertation.

FIGURE 1 : ÉVOLUTION DU NOMBRE DE RÉUNIONS DE CONCERTATION DE 2004 À 2023

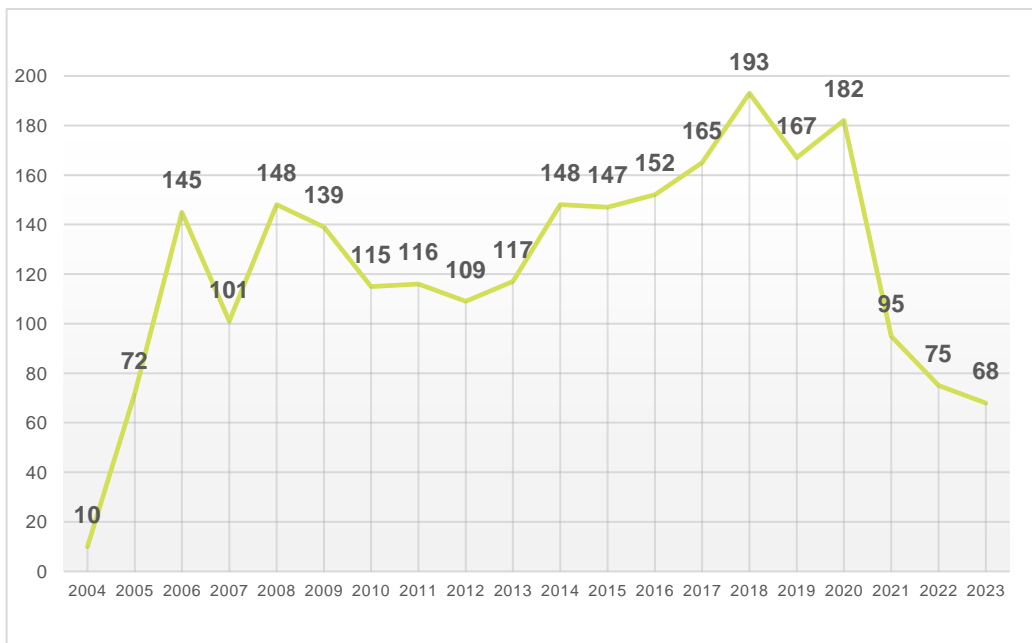


FIGURE 2 : PARTICIPATION DES PRESTATAIRES DE SOINS ET D'AIDE

MG = médecin généraliste, AS = assistant social, AF = aide-familiale, GM = garde-malade, SP = soins palliatifs

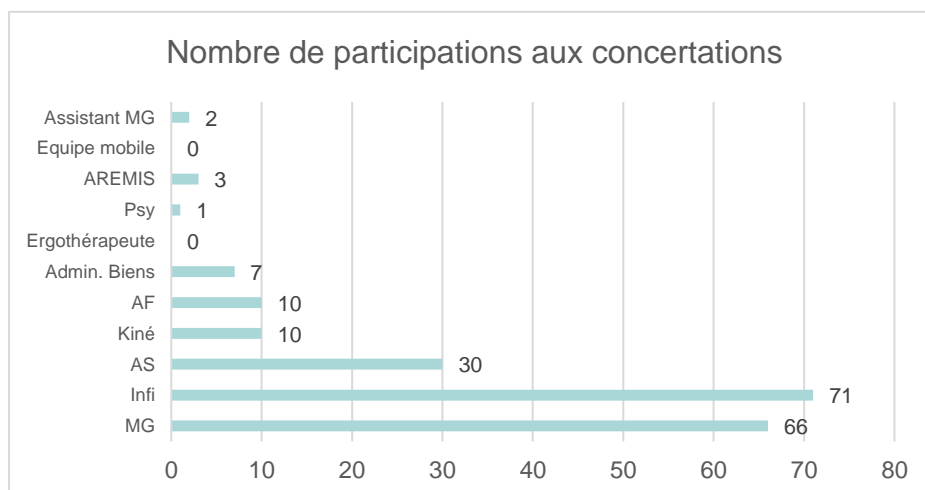


FIGURE 3 : NOMBRE DE PRESTATAIRES DIFFÉRENTS AYANT PARTICIPÉ AUX RÉUNIONS DE CONCERTATION 2022 - 2023

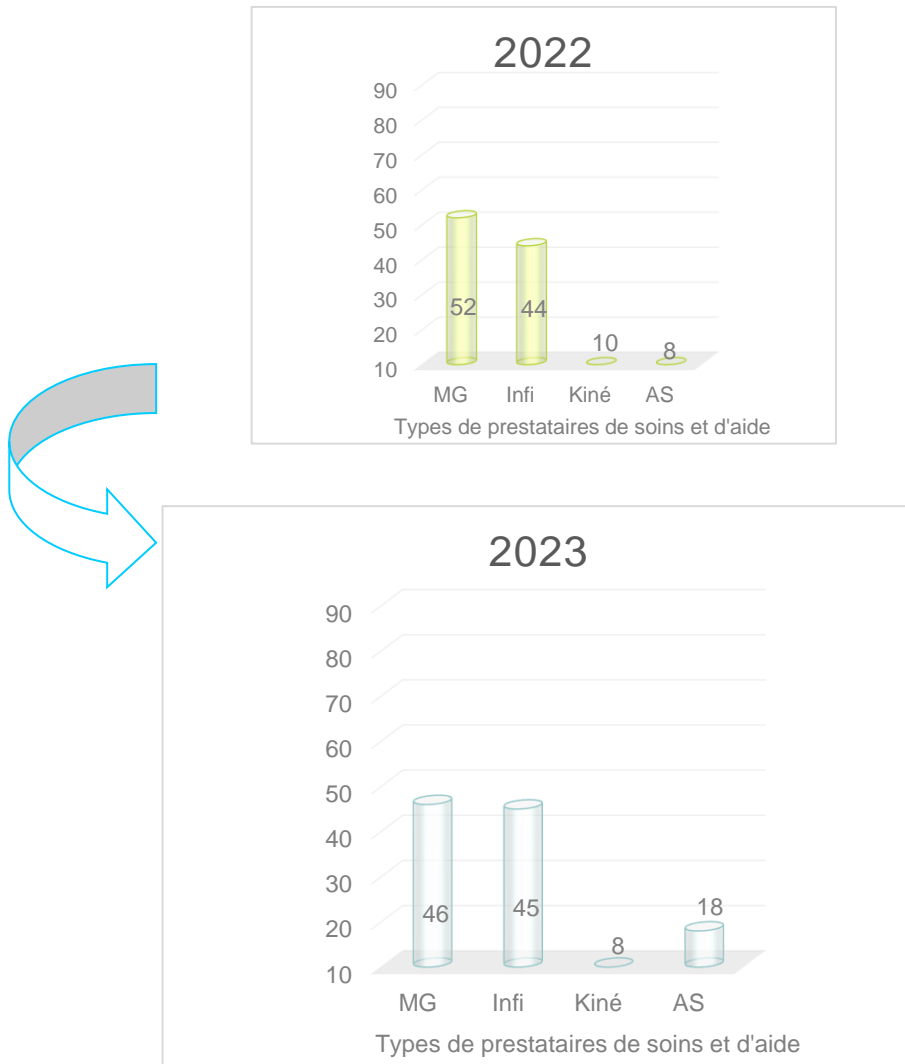


FIGURE 4 : NOMBRE DE RÉUNIONS DE CONCERTATION PAR RÉGION REPRÉSENTÉE PAR UNE ASSOCIATION 2022 – 2023

2023

Zone de soins FAGC - SISDCarolo - SCSAD

Nombre de concertations par Association de médecins Généralistes 2023



2022

Zone de soins FAGC - SISDCarolo - SCSAD

Nombre de concertations par Association de médecins Généralistes 2022



FIGURE 5 : NOMBRE DE RÉUNIONS DE CONCERTATION PAR ASSOCIATION DE MÉDECINS GÉNÉRALISTES 2021 – 2022

Association	2023	2022
Association des Médecins Généralistes de Frasnes-lez-Gosselies – Rêves - Les Bons Villers	0 =	0
Association des Médecins Généralistes de Couillet - Loverval	12 ↑	10
Association des Médecins Généralistes de Courcelles, Roux, Souvret et Trazegnies	7 ↑	5
Association des Médecins Généralistes de Dampremy, Lodelinsart et Marchienne Docherie	0 =	0
Association des Médecins Généralistes de Fontaine l'Evêque – Forchies – Lernes - Goutroux	1 =	1
Association des Médecins Généralistes de Gozée - Thuillies	2 ↓	5
Association des Médecins Généralistes de Marcinelle - Mont/s/Marchienne	7 ↓	8
Association des Médecins Généralistes de Montignies/s/Sambre	1 ↓	2
Association des Médecins Généralistes de Ransart - Heppignies	0 ↓	1
Association des Médecins Généralistes de Thuin - Lobbes	1 ↓	6
Association des Médecins Généralistes d'Anderlues	0 ↓	1
Association des Médecins Généralistes de Charleroi-Ville	9 ↑	2
Association des Médecins Généralistes de Gerpennes	2 ↓	3
Association des Médecins Généralistes d'Ham/s/Heure	2 ↑	1
Association des Médecins Généralistes de Gosselies - Thiméon - Viesville	0 ↓	1
Association des Médecins Généralistes de Walcourt	0 =	0
Association des Omnipraticiens de Châtelineau	2 =	2
Association des Omnipraticiens de Jumet	2 =	2
Association des Médecins Généralistes de Farciennes - Aiseau	3 ↑	1
Association des Médecins Généralistes de Fleurus - Baulet	1 =	1
Généralistes de Bouffioulx, Châtelet et Presles	1 ↑	0
Groupement des généralistes de Gilly	0 ↓	1
Association des Médecins Généralistes de Luttre - Pont-à-Celles - Gouy-Lez-Piéton – Obaix -	0 ↓	1
Association des Médecins Généralistes de Marchienne-au-Pont - Montigny-Le-Tilleul -	15 ↓	21

FIGURE 6 : LIEUX DES RÉUNIONS DE CONCERTATION

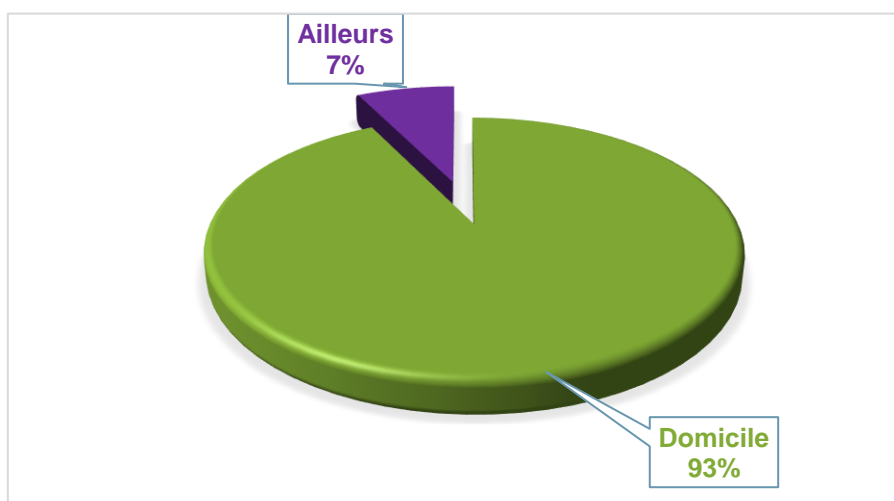
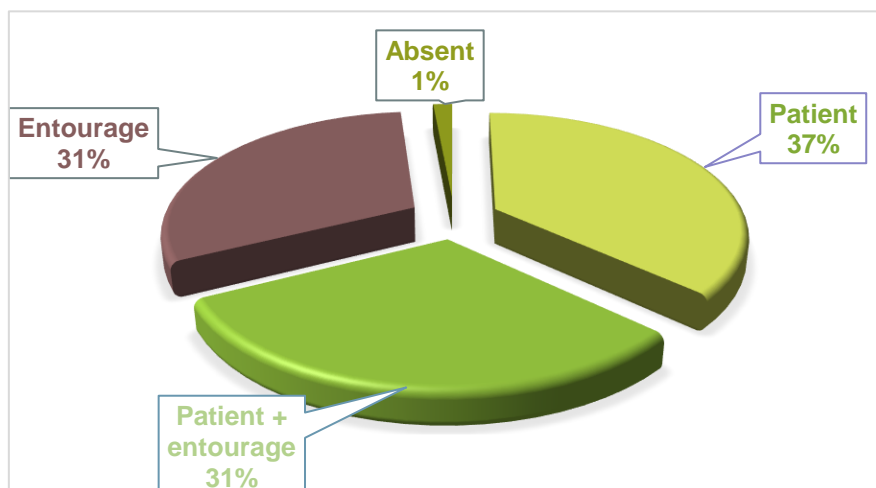


FIGURE 7 : PRESENCE DU PATIENT ET DE SON ENTOURAGE



b) Buts

- Etablir le bilan fonctionnel des activités de la vie quotidienne du patient
- Conclure et suivre un plan de soins
- Répartir les tâches entre les différents prestataires de soins et d'aide

L'évaluation est réalisée sur base d'un instrument d'évaluation qui permet de déterminer les possibilités pour la personne de maintenir son autonomie et les besoins de soutien pertinents à cet effet pour garantir une vie à domicile dans les meilleures conditions possibles.

En ce qui concerne le SISDCarolo, c'est **l'instrument d'évaluation BELRAI** qui est complété lors de chaque réunion de concertation et intégré au plan de soins¹.

c) Pré-requis

Pour qu'une réunion de concertation soit validée, elle doit répondre à certains critères établis dans l'Arrêté Royal du 16 novembre 2005 et l'Arrêté Ministériel du 18 novembre 2005 :

- **Le patient ou son représentant marque son accord** sur l'évaluation, les participants à cette concertation, le partage des informations entre prestataires concernés et a le droit d'être présent.
- **Le médecin fournit une déclaration** certifiant que le patient séjourne au domicile ou est admis dans une institution où un retour à domicile est prévu dans les 8 jours et pour lequel on suppose qu'il restera encore au moins 1 mois à domicile avec une diminution d'autonomie physique.
- **3 prestataires de soins au moins sont présents** dont **obligatoirement : le médecin généraliste et l'infirmier(ère)** (si le patient reçoit des soins infirmiers au domicile).

La concertation pour un même patient ne peut être prise en compte **qu'1 x/an**.

¹ Voir annexe : dossier de concertation - plan de soins perte d'autonomie physique

d) En pratique

2 REUNION DE CONCERTATION MULTIDISCIPLINAIRE

Reconnue et financée par l'INAMI (AR 14/05/2003)

DEMANDEUR DE LA CONCERTATION

- ✓ Tout intervenant professionnel
- ✓ Le patient, sa famille ou son entourage

OBJECTIFS

Déterminer :

- ✓ les possibilités pour la personne de maintenir son autonomie
- ✓ les besoins de soutien pour garantir une vie à domicile dans les meilleures conditions possibles

En :

- » évaluant l'autonomie du patient
- » élaborant le plan de soins et son suivi
- » répartissant les tâches entre les prestataires

LIEU

- ✓ Au domicile du patient
- ✓ A l'hôpital
- ✓ Au centre de coordination
- ✓ Au cabinet du médecin généraliste
- ✓ ...

PARTICIPANTS

- ✓ Le SISD (représenté par un centre de coordination)
- ✓ Les prestataires de soins (médecin généraliste, infirmier, kiné, pharmacien, paramédicaux...)
- ✓ Les prestataires d'aide (assistant social, ergothérapeute, psychologue, aide-familiale...)
- ✓ Le patient, sa famille, son entourage
- ✓ ...

PUBLIC-CIBLE

- ✓ Patients en perte d'autonomie physique et/ou situation complexe
- ✓ Patients en état végétatif persistant (EVP) ou en état pauci-relationnel (EPR) à conditions particulières

- » patient séjournant à domicile
- OU
- » patient hospitalisé dont le retour à domicile est prévu endéans les 8 jours
- ET
- » maintien à domicile supposé d'au moins 1 mois avec une diminution de l'autonomie physique

PROGRAMMATION DE LA CONCERTATION

- ✓ Le demandeur contacte le centre de coordination
- ✓ Le coordinateur organise la concertation, centralise les informations, complète le plan de soins (formulaire type) en concertation avec tous les participants et le transmet au SISD

- ✓ Le SISD valide/enregistre le plan de soins et facture mensuellement la participation des prestataires de soins à la mutuelle du patient
- ✓ La mutuelle rémunère directement les prestataires de soins présents

56,90€ par prestataire de soins présent si la concertation a lieu **au domicile**
42,68€ si ailleurs (index 2023)

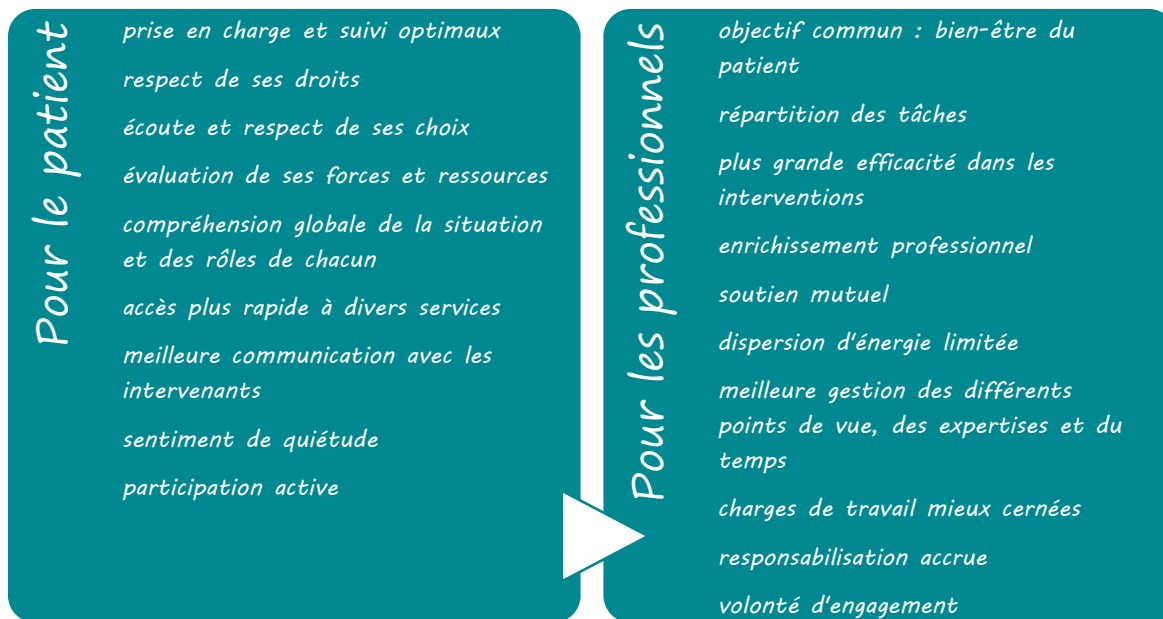
e) Financement

- Facturation de la concertation maximum 1x/an/patient
- Pour maximum 4 participants/concertation

Intervention forfaitaire 2023	Montant
Enregistrement et facturation par concertation SISD	17,80€
Participation concertation à domicile	56,90€
Participation concertation ailleurs	42,68€

Remarque : toutes les actions réalisées (réception et versement des paiements, envoi lettre, envoi demande de facture...) sont encodées dans un fichier propre à chaque dossier jusqu'à la clôture de celui-ci.

f) Avantages de la concertation



2.2. Réunion de concertation autour du patient psychiatrique

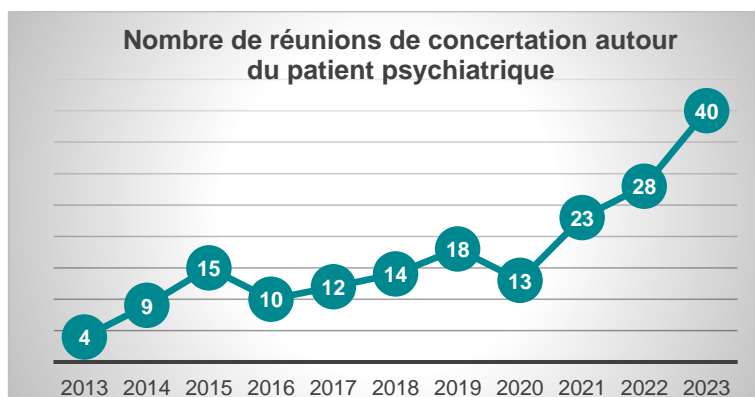
La législation sur le financement (INAMI) de la concertation autour du patient psychiatrique a donné suite à la création d'un groupe de travail composé de représentants de la 1^{ère} ligne (SISD, médecins généralistes, infirmiers...) et de la **santé mentale** (plate-forme, SPAD, hôpitaux...) de la zone de soins carolo.

Le groupe de travail piloté par le SISD a rédigé un **dossier de concertation commun**² et est mis à jour annuellement ou lors d'un changement de législation.

Depuis janvier 2019, cette matière est transférée à l'AVIQ.

a) Case-load

FIGURE 8 : NOMBRE DE RÉUNIONS DE CONCERTATION AUTOUR DU PATIENT PSYCHIATRIQUE DE 2013 À 2023



² Voir annexe : dossier de concertation autour du patient psychiatrique

Les professionnels sont sensibilisés chaque année sur l'existence de ce financement.

Le SISD Carolo a réalisé un aide-mémoire pour les professionnels³.

b) Fonctions concernées par la rémunération⁴

- **Personne de référence** : relation thérapeutique ou relation d'aide directe avec le patient.
 - ➔ Dispensateur de soins de santé, psychologue clinicien, travailleur social ou orthopédagogue.
Pour les enfants et adolescents : il peut s'agir de membres du personnel de services et d'institutions agréés qui dispensent une aide professionnelle.
- **Organisation et coordination** des réunions de concertation : SISD ou initiative d'Habitation Protégée (IHP) ou hôpital. Une convention avec un centre de coordination est autorisée.
Tout comme les concertations « classiques », ce sont les centres de coordination qui organisent et coordonnent la réunion sur la zone de soins carolo.
- **Participants à la concertation**
- **Administration et facturation** : SISD

c) En pratique

3 REUNION DE CONCERTATION AUTOUR DU PATIENT PSYCHIATRIQUE (CAPP)

(cfr. AR 27/03/2012 modif. 18/06/2014)

OBJECTIFS

- ✓ Répondre aux demandes et offrir des soins sur mesure
- ✓ Elaborer le plan d'accompagnement et son suivi
- ✓ Répartir les tâches entre prestataires de soins et d'aide

LIEU

- ✓ Domicile du patient ou ailleurs

PARTICIPANTS AUTOUR DU PATIENT

- ✓ Organisateur de la concertation (centre de coordination)
- ✓ Personne de référence (relation thérapeutique ou relation d'aide directe avec le patient)
- ✓ Autres participants (professionnels de la santé mentale et de la 1ère ligne, services d'aide aux personnes, patient et ses aidants proches)
- ✓ SISD

DEMANDEUR DE LA CONCERTATION

- ✓ Toute personne concernée avec accord du patient » **via les centres de coordination**

PRE-REQUIS

- ✓ Etablir un plan d'accompagnement
 - » Données d'identification du patient et des professionnels de soins et d'aide
 - » Concertation : date, présences, localisation, date de la concertation suivante, personne de référence, identification de l'organisateur et coordinateur de la concertation, données confirmant public-cible
 - » Données importantes pour la suite de l'aide et des soins
 - » Objectifs généraux pour le patient
 - » Description des tâches convenues, activités de soins et responsabilités pour tous les intervenants y compris le patient et/ou sa famille
 - » Le plan définit au moins 3 tâches dont au moins 1 pour un dispensateur de soins ou d'aide de la santé mentale
 - » Planification d'une 2ème concertation dans les 12 mois suivant la 1ère

PUBLIC-CIBLE

- ✓ Problématique psychiatrique, de nature répétitive (ou potentiellement) et considérée comme sérieuse au vu de l'intensité et/ou de la fréquence des symptômes
- ✓ Présence de comorbidité (= outre le diagnostic principal, au moins un trouble psychiatrique)
- ✓ 3 prestataires de soins ou d'aide min. d'accord pour établir un plan d'accompagnement de 12 mois min.
- ✓ Contact préalable avec les soins de santé mentale au moins 1 des conditions suivantes :
Pendant au moins 14j et au + tard 1 an auparavant :
 - » Soit admission dans hôpital psy, service psy hôpital général ou service K
 - » Soit prise en charge par équipe mobile 107
 - » Soit prise en charge par projet outreach pour enfants et ado
 - » Soit admission dans d'autres services hospitaliers avec consultation psychiatre
 - » Soit prise en charge par un SPAD depuis une IHP

Spécificités pour les adultes

- » Soit prise en charge pendant 1 an par un psychiatre ou un centre de santé mentale

Spécificités pour les enfants et adolescents

- » Accompagnement de min. 6 mois dans un service de santé mentale au + tard 1 an auparavant
- » Ou une inscription par la police, le parquet ou le juge de la jeunesse au + tard 1 mois auparavant
- » Ou prise en charge pendant 6 mois par un pédopsychiatre ou un centre de santé mentale

- ✓ Aptitude limitées ou absentes dans min. 3 domaines :
Par exemple: autonomie de base / en matière de logement / au sein de la collectivité, langue et communication, adaptation sociale, travail, connaissances scolaires, motricité, comportement personnel adapté, école...
- ✓ Sont exclus : personnes en maison de soins psychiatriques, patients pris en charge par un projet thérapeutique FOR-K sauf exception AR. Diagnostic principal composé uniquement ou d'une combinaison exclusive des pathologies suivantes : démence, autres troubles cognitifs avec causes médicales vasculaires ou traumatiques, épilepsie, retard mental, troubles neurologiques

FINANCEMENT

- ✓ Minimum 3 types différents de dispensateurs de soins et d'aide dont au moins : 1 professionnel de la santé mentale et 1 de la 1ère ligne ou service d'aide aux personnes (médecin généraliste invité, pas obligatoire)
- ✓ 3x/année/patient (5x pour les enfants et adolescents)
- ✓ Pour maximum 4 dispensateurs de soins

✓ 56,90€ / prestataire de soins présent (domicile) et 42,68€ (ailleurs)
 ✓ Personne de référence 119,21€
 ✓ Organisateur 258,76€ (1ère concertation) et 174,61€ pour les suivantes
 ✓ 2 forfaits max pour les autres dispensateurs d'aide et de soins 56,90€ (domicile) et 42,68€ (ailleurs)
(Index 2023)
Facturation mensuelle par le SISD à la mutuelle du patient

³ Voir annexe : dépliant procédure réunion de concertation autour du patient psychiatrique pour professionnels

⁴ Voir annexe : dépliant « personne de référence », « patient »

d) Financement

- Facturation de la concertation maximum 3x/an/patient adulte (5x/an/enfants-adolescents)
- Pour maximum 4 participants/concertation

Intervention forfaitaire 2023	Montant
Enregistrement et facturation par concertation SISD	17,80€
Personne de référence par concertation	119,21€
Coordination pour la 1ère concertation	258,76€
Coordination pour les concertations suivantes	174,61€
Participation concertation à domicile	56,90€
Participation concertation ailleurs	42,68€
Forfait financement autres dispensateurs d'aide et de soins via SISD	56,90€ ou 42,68€ x 2 max.

Implication du SISD carolo

- ▶ Création d'outils de concertation communs
- ▶ Coordination administrative de la concertation pour les patients en perte d'autonomie physique et de la concertation autour du patient psychiatrique : vérification, enregistrement et facturation à la mutuelle + rétrocession aux participants
- ▶ Rédaction du rapport annuel pour l'AVIQ

Santé mentale

Depuis 2010, la réforme belge des soins de santé mentale est mise en œuvre dans tout le pays.



3.1. Equipes mobiles

a) ADULTES : psy 107 – Réseau Mosaïque

Les équipes mobiles

La réforme des soins en santé mentale instaurée par le SPF Santé a été construite dans l'optique de la mise en place d'une nouvelle offre de soins. Celle-ci est basée sur l'optimisation des ressources, par l'approche de travail en réseau. Au sein du Réseau Mosaïque, les Equipes Mobiles Hainaut-Est (Charleroi et la Botte du Hainaut) se sont créées en octobre 2017, venant ainsi compléter l'offre existant depuis 2013 sur la Région du Centre. Ces équipes mobiles ont été créées grâce à un partenariat entre le GHdC (qui a gelé 15 lits) et l'hôpital Vincent Van Gogh (30 lits gelés) en collaboration avec la Clinique Notre-Dame de Grâce à Gosselies et le Centre de Santé des Fagnes de Chimay.

Objectif : sortir la santé mentale des murs de l'hôpital en transformant une partie de l'offre de soins résidentielle en une offre communautaire.

Une partie des moyens hospitaliers est réaffectée aux équipes mobiles. Ces nouvelles équipes ont pour mission le traitement, à domicile, de problèmes psychiatriques aigus ou chroniques.

Pour que ces équipes mobiles ne soient pas juste un service supplémentaire, à côté de tout ce qui existe déjà sur le terrain, l'ambition est d'intégrer cette nouvelle offre dans les dispositifs existants et de les coordonner.

Le modèle élaboré vise à mettre sur pied une offre « globale et intégrée », l'idée étant que, sur un territoire, toute personne qui a un problème de santé mentale doit pouvoir recevoir la ou les réponse(s) en lien avec ses besoins et sa demande.

Composition : chacun des projets est doté d'un coordinateur, d'équipes mobiles, d'un ensemble d'acteurs actifs dans la santé mentale, et d'autres issus d'autres secteurs (le logement, les loisirs ou encore l'emploi).

L'Equipe Mobile de Crise Hainaut-Est (2A)

L'équipe mobile de crise propose « un accompagnement intensif multidisciplinaire dans le milieu de vie de l'utilisateur, pour toute personne de plus de 16 ans, présentant des difficultés psychiques suite à une **situation de crise** ».

La crise a été définie par l'équipe comme « un moment aigu de rupture dans l'équilibre intrapsychique et/ou interpersonnel, auquel l'utilisateur ne peut faire face sans une aide professionnelle et qui le met à mal ».

Celle-ci nécessite une intervention rapide mais non urgente.

Comblant le manque d'accès aux soins

L'équipe mobile de crise intervient principalement pour des personnes ayant peu ou pas accès aux soins (situation de précarité tant financière que psychique, difficulté pour la personne de s'adresser aux structures de soins ou encore un épuisement du réseau face à certains usagers).

Dans une perspective de continuité des soins, l'équipe mobile peut être interpellée quand une hospitalisation n'est pas souhaitée, n'est pas réalisable, quand celle-ci est interrompue de façon imprévue, etc. Elle permet le soutien et l'accompagnement de l'utilisateur, par une équipe pluridisciplinaire, au sein de la communauté.

La complémentarité avant tout

L'équipe mobile fait partie d'un réseau déjà existant et prend soin de ne pas s'y substituer. Elle complète le travail du médecin traitant, du psychiatre traitant, des hôpitaux, des services sociaux, des familles, du réseau primaire et secondaire de l'utilisateur. Elle peut également mettre en place ce réseau pour l'utilisateur qui n'en bénéficie pas encore.

Mise en oeuvre pratique

L'équipe mobile assure un accompagnement uniquement dans le milieu de vie (domicile, rue, partenaire du réseau...) 7 jours sur 7, de 8 h à 20 h en semaine et de 9 h à 17 h les week-ends et jours fériés. Elle assure un suivi intensif avec un schéma dégressif des visites au cours du suivi.

La première demande, par téléphone peut être faite par :

- l'utilisateur lui-même
- un proche ou un membre de la famille
- un professionnel

La demande est analysée et une réponse est donnée dans un délai de 24 à 48 heures maximum.

L'accompagnement se fait en concertation avec le médecin traitant ou le psychiatre traitant. Les visites sont réalisées en binôme. Le psychiatre de l'équipe participe aux visites à domicile. Il ne prescrit cependant pas de médication et ne se substitue pas au réseau médical de l'utilisateur. Si l'équipe n'est pas habilitée à suivre la situation, elle réoriente l'utilisateur vers une structure ou un intervenant plus adapté. L'accompagnement est de **30 jours maximum** et un relais est fait en fin de suivi vers le demandeur.

Les missions générales définies par le SPF pour les équipes 2A sont :

- ▶ Initier, restaurer ou maintenir des soins ;
- ▶ Prévenir les rechutes ;
- ▶ Favoriser l'insertion dans la communauté ;
- ▶ Rétablir ou créer le lien avec les partenaires du réseau ;
- ▶ S'appuyer sur les ressources du patient et des proches.

Numéros de téléphone pour joindre les équipes :

2A Equipe mobile de crise : **071/92 74 71**
 2B Equipe d'accompagnement : **071/92 74 77**

L'Equipe Mobile chronique (2B)

Les équipes mobiles 2B Hainaut-Est ont pour mission d'accompagner, pour une **longue durée**, les personnes atteintes de troubles psychiatriques ou de souffrance psychique stabilisés.

Cet accompagnement se fait dans les différents lieux de vie de l'utilisateur dans les limites du territoire. Dans un esprit de réhabilitation bio-psycho-sociale humaniste, où l'utilisateur est le premier acteur de son projet, il s'agit de le

soutenir dans son processus de rétablissement, de l'accompagner dans sa réflexion et son quotidien, de renforcer, valider, créer un réseau avec et autour de lui, de développer ses ressources et compétences et aussi de faciliter sa présence et son retour en tant que citoyen dans la communauté.

Cet accompagnement gratuit pour une période pouvant s'étaler **sur deux ans** se concrétise par des **visites du lundi au vendredi de 8h à 18h**.

La première étape est la candidature, le plus souvent formulée par l'utilisateur ou par toute personne en relation avec ce dernier (service de psychiatrie, médecin généraliste...), moyennant son accord. Après analyse de la demande par la psychiatre de l'équipe mobile, une réponse sera transmise dans un délai de trois jours ouvrables afin de fixer un premier rendez-vous avec l'utilisateur et si possible le tiers demandeur. Par la suite, la décision d'accompagnement sera communiquée après la réunion pluridisciplinaire hebdomadaire.

Au début de l'accompagnement, une période d'exploration de deux à trois mois, permet de créer du lien avec l'utilisateur et d'appréhender les situations à problème, les atouts et les difficultés de l'utilisateur. Par la suite un plan d'accompagnement est rédigé conjointement par l'utilisateur et la personne référente pour l'équipe. Travailler avec le réseau de l'utilisateur est une évidence, l'équipe mobile ne se substituant pas à ce réseau qui pourra perdurer au-delà de notre accompagnement temporaire. D'autre part aucun acte technique paramédical n'est posé par l'équipe mobile.



Site : <https://www.reseaupartenaires107.be/>

b) Enfants – Adolescents : Tandem'O – Rhéseau

Tandemo et Tandemo+ sont deux équipes mobiles issues de la Nouvelle Politique de santé mentale pour enfants et adolescents, soit RHESEAU. Elles interviennent à Charleroi ainsi que sur l'ensemble de la province du Hainaut.

TANDEM'O (SOINS DE CRISE)

L'équipe mobile de crise (Tandem'O) a pour mission de soutenir des situations de crise en santé mentale. Elle offre une intervention rapide et intensive dans le milieu de vie des jeunes ou tout autre endroit pertinent.

L'équipe a défini la notion de crise comme étant une rupture récente et brutale de l'équilibre d'un ou des système(s) dans le(s)quel(s) évolue le jeune. Celle-ci peut se manifester par l'apparition/l'aggravation de comportements et/ou de symptômes tels que : fugues, isolement, difficultés scolaires, auto/hétéro-agressivité, tentative de suicide, passage à l'acte, mise en danger, appels à l'aide, troubles d'ordre sexuel, troubles alimentaires, etc.

Elle peut être déclenchée par un événement récent ou la réactivation d'un trauma mais aussi sans éléments déclencheurs identifiés chez le jeune ou dans son entourage. Son origine peut être traumatique, psychopathologique ou psychosociale. L'intervention se base sur le postulat que la crise peut être considérée comme étant un moment levier permettant au jeune ainsi qu'à son système d'évoluer vers un nouvel équilibre.

Pour qui ? Jeunes, parents, professionnels

Demande : La demande peut être introduite par un jeune, un parent ou un professionnel du réseau du jeune et se fait par téléphone au service la Boussole du lundi au vendredi de 9h30 à 12h30.

Durée de l'accompagnement : 3 semaines d'exploration et 8 semaines d'intervention

Accueil des demandes & orientation : la Boussole : [065/31.83.12](tel:065318312) (tapez 1)

Chef d'équipe : Christophe Cucciniello – 0472/46.33.70 – christophe.cucciniello@rheseau.be

Site web : <https://www.reseaumosaique.be/>

TANDEM'O + (SOINS DE LONGUE DURÉE)

L'équipe mobile de soins de longue durée Tandem'O+ s'adresse prioritairement à des familles ne sachant pas se mobiliser vers les structures d'aides et de soins traditionnels.

L'équipe mobile a pour mission d'offrir des soins de longue durée et de contribuer à développer une collaboration intensive en réseau.

Pour qui ? jeunes (0-23 ans), parents, professionnels

Demande : la demande d'intervention doit être introduite auprès du service d'accueil et d'orientation des demandes « La Boussole », du lundi au vendredi de 9h30 à 12h (possibilité de laisser un message sur le répondeur).


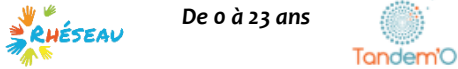
Durée de l'accompagnement : **maximum 18 mois**, dont une phase exploratoire de 3 mois

Accueil des demandes & orientation : la Boussole : [065/31.83.12](tel:065318312) (tapez 1)

Cheffe d'équipe : Magali Crispeels – 0474/84.42.80 – magali.crispeels@rheseau.be

Site web : <https://www.rheseau.be/>

c) En conclusion

A partir de 16 ans		De 0 à 23 ans	
			
Equipe mobile de crise 2A	Equipe mobile 2B	Equipe mobile de soins de crise Tandem'O	Equipe mobile de soins de longue durée Tandem'O+
<ul style="list-style-type: none"> ⇒ accompagnement intensif, multidisciplinaire dans le milieu de vie de l'utilisateur ⇒ facilitateur ⇒ intervention maximale de 30 jours <p>Public-cible :</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ + de 16 ans ⇒ difficultés psychiques en situation de crise 	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ accompagnement à plus long terme chez des personnes avec une problématique psychiatrique ⇒ équipe pluridisciplinaire : assistantes sociales, ergothérapeutes, infirmiers, psychiatre et psychologues ⇒ intervention maximale de 2 ans <p>Public-cible :</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ + de 16 ans ⇒ problématique psychiatrique stabilisée 	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ en complémentarité du réseau existant, ou non, autour du jeune et de sa famille ⇒ intervention maximale de 4 semaines <p>Public-cible :</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ 0-23 ans ⇒ difficultés d'accessibilité aux soins ⇒ en rupture d'équilibre à la suite d'un événement récent et/ou une modification de leur environnement ⇒ intensification des symptômes après une période de stabilité ⇒ risque d'aggravation de la situation avec une potentialité de changement ⇒ risque d'une rupture du lien du fait de l'épuisement du système ⇒ écartement du milieu momentanément via une hospitalisation (time-out) nécessitant un travail de lien avec ce milieu 	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ intervention maximale de 6 mois <p>Public-cible :</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ 0-23 ans ⇒ familles n'accédant pas à l'offre des services ou qui ne parvient pas à maintenir un suivi régulier avec ces services

3.2. Psychologues de 1^{ère} ligne

Point de départ

Les soins psychologiques de 1^{ère} ligne proposent des interventions de courte durée et/ou de faible intensité qui permettent de maintenir ou de retrouver un bien-être psychologique satisfaisant.

Les médecins généralistes et les psychiatres peuvent renvoyer les patients présentant certains troubles psychiques vers un psychologue clinicien ou un orthopédaogogue clinicien pour un traitement psychologique de première ligne pour un **maximum de 8 séances par an remboursées**.

Deux types de soutien psychologique sont prévus dans cette offre:

- **les soins psychologiques de première ligne** : les psychologues inscrits dans ces soins proposent une aide précoce et préventive.
- **les soins psychologiques spécialisés** : il s'agit de consultations thérapeutiques réalisées dans un processus de soins.

Les consultations peuvent prendre plusieurs formes selon le besoin:

- consultation individuelle
- intervention de groupe
- déplacement au domicile ou chez un partenaire
- consultations en ligne

En 2019, une aide supplémentaire avait été développée et permettait de bénéficier de séances de soins psychologiques par des psychologues ou des orthopédaogogues conventionnés avec l'INAMI.

Le dispositif des soins psychologiques intégrés dans la première ligne a pour but d'améliorer l'accessibilité aux soins de santé mentale pour tout un chacun. Ce dispositif est un projet mené par le SPF et déployé par les réseaux de soins de santé mentale.

Les premiers psychologues de première ligne ont fait leur apparition en 2019 afin de renforcer l'accessibilité aux soins de santé mentale à la population belge. Dans un premier temps, une prescription médicale était obligatoire pour avoir accès à ces séances de soins.

En 2020, la pandémie de COVID-19 voit le jour et fait apparaître des besoins en santé mentale qui étaient alors inconnus auparavant. Un protocole d'accord entre tous les gouvernements a ainsi été approuvé en novembre 2020 pour renforcer l'offre de soins de santé mentale en particulier pour les groupes cibles vulnérables les plus touchés par la pandémie de COVID-19.

Depuis le 1^{er} janvier 2022

Nouvelle convention entre les psychologues et l'INAMI à travers les réseaux de soins en santé mentale :

- les psychologues conventionnés sont prescripteurs de leurs soins → le patient n'a plus besoin de prescription médicale, le patient prend directement contact avec le psychologue !
- accessibilité aux enfants/adolescents (0-23 ans, voir www.rheseau.be) et à des personnes adultes (à partir de 15 ans) confrontés à des difficultés psychiques, à des prix très abordables, grâce à une intervention de l'INAMI.

Depuis le 1^{er} février 2024, les séances avec un psychologue ou un orthopédaogogue conventionné sont **gratuites** pour les patients âgés entre 15 et 23 ans.

Comment fonctionne le remboursement ?

Une convention conclue entre le Comité de l'assurance de l'INAMI et les 20 réseaux de santé mentale organise le remboursement.

Chaque réseau :

- couvre une zone d'activité bien déterminée
- a conclu une convention avec un certain nombre de psychologues et d'orthopédagogues cliniciens de la zone d'activité du réseau.

Seuls ces psychologues et ces orthopédagogues peuvent effectuer les séances remboursables.

Quel est le contenu des séances ?

Le traitement consiste en soins de première ligne. Il comprend une série d'entretiens individuels.

C'est surtout au cours de la 1^{ère} séance que le diagnostic des troubles psychiques du patient est posé. Cette séance peut durer 60 minutes.

Les séances suivantes durent 45 minutes. Elles comprennent des soins de psychologie généraux, un traitement orienté solution, de l'auto-assistance accompagnée, de la psychoéducation ou des interventions visant à accroître l'autonomie.

Si le patient nécessite un accompagnement plus intensif et de plus longue durée, le praticien peut également l'orienter vers un autre dispensateur de soins (qui ne réalise pas de séances de première ligne et qui travaille, ou non, à un tarif avantageux).

Quels patients peuvent bénéficier de ces séances ?

Pour pouvoir être remboursé, le patient doit :

- 2 catégories d'âge :
 - Réseau « enfants et adolescents » jusque 23 ans inclus (www.rheseau.be)
 - Réseau « adultes », dès 15 ans (www.reseaumosaique.be)
- et souffrir d'un problème psychique modérément sévère d'anxiété, de dépression ou de consommation d'alcool qui peut être suffisamment traité grâce à un nombre limité de séances de psychologie de première ligne

De combien de séances le patient peut-il bénéficier ?

8 séances au maximum sont remboursables par patient et par année civile

Quel coût cela représente-t-il pour le patient ?

1 séance = 11 € (patient sans régime préférentiel) ou 4€ (patient avec un régime préférentiel).

1 liste des psychologues de 1^{ère} ligne est disponible sur le site web de l'INAMI.

+ d'informations : <https://www.inami.fgov.be/fr/themes/soins-de-sante-cout-et-remboursement/les-prestations-de-sante-que-vous-rembourse-votre-mutualite/soins-de-sante-mentale/vos-soins-psychologiques-de-1re-ligne-ou-specialises-rembourses-via-les-reseaux-de-sante-mentale>

a) Réseau adultes

- Véronique D'Hooghe, coordinatrice, Réseau Partenaires 107; mail: coordination@reseaupartenaires107.be, GSM : 0479/767164

Télécharger la liste des psychologues conventionnés Mosaïque : <https://www.reseaupartenaires107.be/trouver-un-psychologue/>

+ d'informations sur Mosaïque : <https://www.reseaupartenaires107.be/home-product-landing-1/psychologues-premiere-ligne-2/>



b) Réseau enfants - adolescents

- **Hainaut ouest** : Alexandra Deryter, coordinatrice locale : alexandra.deryter@rheseau.be – 0471/44.73.31
- **Hainaut est** :
Julie Edzémé, coordinatrice locale : julie.edzeme@rheseau.be – 0478/50.84.23
Sarah Salamone, collaboratrice administrative : sarah.salamone@rheseau.be

Télécharger la liste des psychologues conventionnés RHESEAU : https://www.rheseau.be/wp-content/uploads/2023/10/Liste-des-psys_10_2023.xlsx

+ d'informations sur le Rhéseau : <https://www.rheseau.be/nos-dispositifs/soins-psychologiques-de-premiere-ligne-sppi/>

3.3. Service de soins Psychiatriques d'Aide et de soins à Domicile

Un SPAD, c'est un Service de soins Psychiatriques d'Aide et de soins à Domicile.

Ce service, **gratuit**, permet à des **personnes souffrant de pathologie psychiatrique**, de rester à domicile, en réduisant les risques d'hospitalisation, grâce à un accompagnement direct par une équipe pluridisciplinaire ou via la coordination d'interventions de différents professionnels de l'aide et du soin auprès de l'utilisateur.

Ce service s'adresse également aux **professionnels de première ligne** confrontés à des problématiques liées à la santé mentale au sein de leur public cible.

↳ Objectifs

- assurer la continuité et la cohérence des soins
- favoriser l'accessibilité aux soins (connaissance du réseau)
- coordonner les soins (bâtir un réseau)
- jouer le rôle de fonction « signal »

↳ Finalités

- la promotion de la dimension psychiatrique dans les soins pour personnes adultes séjournant à domicile ou en voie de l'intégrer
- le soutien de la continuité des soins tant qu'elle s'avère nécessaire
- l'évitement de la création d'un circuit parallèle de soins pour les personnes souffrant de troubles psychiatriques en utilisant les compétences des professionnels déjà en place

↳ Critères d'admission

- diagnostic: trouble psychiatrique (prise en charge « complexe »)
- minimum 18 ans
- adhésion du patient
- territoire : grand Charleroi, Thudinie et la Botte du Hainaut

↳ Critères d'exclusion

- trouble primaire de toxicomanie
- personnalités psychopathiques
- troubles neurologiques, démence, Alzheimer
- urgences

↳ Travail réalisé avec les professionnels

- sensibilisation : afin de se faire connaître auprès des services d'aides et de soins
- coaching/supervision

- formations : adaptées aux groupes cibles, pour les intervenants de première ligne hors santé mentale (aides familiales, infirmiers, aides ménagères, assistants sociaux ...) avec des thématiques diverses (schizophrénie, troubles anxieux, addictions ...) et ce dans le but de démystifier la maladie mentale, de donner des outils pour aborder le patient psychiatrique et ainsi partager le réseau et/ou les personnes ressources afin de faire face à toute situation.

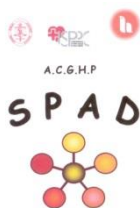
a) IHP Le Regain



La structure d'hébergement et d'accompagnement "IHP le Regain" voit le jour dans un mouvement de désinstitutionnalisation volontaire de la psychiatrie. Elle est actuellement administrée au sein d'une association [GHdC- RMPAC](#) et subventionnée par l'[AVIQ](#).

+ d'informations : www.leregainasbl.org

b) ACGHP, Association Carolorégienne de Gestion des IHP « Le SPAD »



+ d'informations : <https://www.sisdcarolo.be/wp-content/uploads/2021/11/spad.pdf>

c) Collaboration du SISDCarolo avec l'ACGHP et le Regain

Un SPAD "**soins psychiatriques à domicile**", mission spécifique d'une initiative d'habitation protégée, doit collaborer avec au moins un Service Intégré de Soins à Domicile.

Ainsi, le SISDCarolo a conclu une convention de collaboration l'IHP le Regain asbl et l'IHP ACGHP afin de mettre sur pied une plate-forme de concertation dont le but est de soigner et traiter au mieux les personnes souffrant de troubles psychiatriques en :

- *centralisant les questions et problèmes vécus sur le terrain par toute personne confrontée aux troubles psychiatriques*
- *s'informant réciproquement des potentialités, des réalisations de chacun dans le souci de mieux aider le patient, d'échanger les informations nécessaires à la meilleure prise en charge possible des patients séjournant à domicile*
- *élaborant de nouvelles réponses, en recherchant et en construisant des solutions concrètes aux problèmes d'organisation des soins pour les personnes vivant à domicile*
- *relayant les besoins non satisfaits vers les pouvoirs subsidiant*
- *organisant des échanges d'informations avec le public, la population, relatifs aux soins psychiatriques*

3.4. Plate-forme de concertation en santé mentale des régions du centre et de Charleroi



La Plate-forme de Concertation en Santé Mentale des Régions du Centre et de Charleroi (PFRCC) est une association financée et agréée par la Région wallonne dont les membres sont les institutions et services de soins de santé mentale de son territoire. Son objectif est de soutenir le travail en collaboration des structures de soin entre elles ainsi qu'avec leurs partenaires d'autres secteurs. La finalité de ces collaborations est l'amélioration des prises en charge des usagers, ainsi que de l'accessibilité aux soins de santé mentale.

La **Plate-Forme de Concertation en Santé Mentale des Régions du Centre et de Charleroi** est une asbl créée en 2004, fruit de la fusion des Plates-Formes de Charleroi et du Centre qui existaient depuis 1992. Elle dessert un territoire élargi autour de Charleroi et de La Louvière ainsi qu'une partie de la botte du Hainaut.

Les missions des Plates-Formes de Concertation en Santé Mentale étaient définies sur une base fédérale par des arrêtés royaux. Toutefois, régionalisées depuis 2015, elles voient enfin en 2024 leurs missions inscrites dans un décret wallon dont le projet a été adopté par le parlement wallon le 10.01.2024, lequel entrera en vigueur dans le courant de l'année 2024.

En attendant l'entrée en vigueur du nouveau décret, les missions sont les suivantes :

- mener une concertation sur les besoins en matière d'équipements psychiatriques sur son territoire.
- mener une concertation sur la répartition des tâches et la complémentarité en ce qui concerne l'offre des services, les activités et les groupes cibles, afin de mieux répondre aux besoins de la population et d'améliorer le niveau qualitatif des soins de santé mentale intégrés.
- mener une concertation sur la collaboration possible et la répartition des tâches en ce qui concerne les soins de santé mentale intégrés.
- le cas échéant, de mener une concertation avec d'autres associations d'institutions et de services psychiatriques.
- collaborer à une collecte de données et à leur exploitation dans le cadre d'une étude nationale des besoins en matière de soins en santé mentale.
- mener une concertation sur la politique à suivre concernant l'admission, la sortie et le transfert ainsi que la coordination de la politique médicale et psychosociale.
- disposer d'un service de médiation.
- Au sein de la concertation de chaque association sont entre autres pris en considération les troubles liés aux substances et les problèmes d'assuétudes. A cette fin, l'association facilite la collaboration et la concertation entre les institutions de soins de santé mentale et les institutions de soins pertinentes pour les personnes présentant un trouble lié aux substances et/ou lié aux assuétudes.

La plate-forme organise des réunions ponctuelles et des groupes de travail permanents. Divers thèmes et invités sont mis à l'honneur. Le SISDCarolo fait partie de toutes les commissions ci-dessous.

- 4.
- *Commission Jeunesse*
 - *Commission Santé mentale et vieillissement*

+ d'informations : <https://www.pfrcc.be/>

Formes alternatives de soins et de soutien aux soins aux personnes âgées fragiles

4.1. 1^{er} appel à projets

Avenant 3 au 3^{ème} protocole d'accord relatif aux personnes âgées.

☞ offrir des solutions de soins alternatives aux MRS/MRPA à un coût journalier qui ne dépasse pas celui de l'hébergement en MRS (environ 65,69€/jour).

☞ les objectifs généraux sont :

- Reporter au maximum l'admission dans une structure résidentielle
- Garantir la continuité des soins et stimuler la collaboration
- Décentraliser les soins vers la société

66 projets sélectionnés. Prolongation pour certains en 2015.

☞ 6 types d'activités :

- des soins de nuits, à domicile ou en institution
- des activités d'ergothérapie
- des activités de soutien psycho-social
- des activités dans des centres d'accueil de jour, permettant le répit de l'aidant proche
- des activités de case-management, en association ou non avec d'autres interventions innovantes
- des activités autres, telles que des habitats alternatifs, des projets de répit spécifiques, d'assistance organisationnelle à la délivrance de médicaments, etc.

4.2. 2^{ème} appel à projets

Avenant 7 au 3^{ème} protocole d'accord relatif aux personnes âgées.

- l'utilisation du BelRAI comme instrument de soin est obligatoire et constitue un critère de sélection
- passage du développement d'une offre de soin complémentaire et souvent isolée à une prise en charge intégrée, multidisciplinaire et coordonnée et qui inclut une dimension innovante
- intégration d'une fonction de « case-management »
- renforcement du lien avec le médecin généraliste
- présence d'une coordination des services d'aide et de soins
- pas de critère de coût/journée d'institutionnalisation évitée mais bien une capacité de prise en charge minimale : le nombre de patients pris en charge simultanément est d'au moins 25
- 10 projets sélectionnés en Wallonie

☞ 3 types de projets privilégiés dans le secteur des soins à domicile :

Implication du SISD carolo

- Membre du comité de l'assurance
 - participation aux réunions INAMI
- Création d'un groupe de travail composé de représentants de la 1^{ère} ligne et de la santé mentale
 - Organisation et participation aux réunions
 - Réalisation d'outils
 - Information auprès des professionnels
- Organisation de sensibilisations, formations destinées aux professionnels : participation aux réunions préparatoires, rédaction et envoi des invitations, préparation des documents nécessaires, réservation de locaux, soutien logistique ...
- Participation aux réunions des commissions de la plate-forme de concertation en santé mentale de Charleroi
- Mise en place de la « concertation autour du patient psychiatrique » et création d'outils
- Coordinateur administratif de la concertation autour du patient psychiatrique

- insertion d'un psychologue ou d'un ergothérapeute dans les services de soins infirmiers à domicile
- instauration d'une garde itinérante à domicile
- soutien aux soins infirmiers pour les personnes âgées en attente d'une entrée en maison de repos ou rentrées à domicile après un court séjour

Les projets du 2^{ème} appel se sont terminés au 31/03/2019

Un 3^{ème} appel à projets a pris effet au 1/04/2019

4.3. 3^{ème} appel à projets

Le 17 décembre 2018, le Comité de l'assurance a approuvé la nouvelle convention permettant à partir du 1/4/2019 la facturation des prestations **case management, suivi psychologique et ergothérapeutique**.

4.4. Projets locaux

« Patients, soignants, aidants une relation intégrée » (CSD de La Louvière)

La CSD a lancé le projet le 1er septembre 2014 sur la région de Charleroi et était existant sur le Centre et Soignies depuis 2010.

Il a pris sa place dans l'environnement des soins à domicile et est devenu un acteur incontournable. Les collaborations avec les hôpitaux, des médecins, services sociaux sont grandissantes.

En avril 2019, le service a dû s'adapter au niveau fonctionnement que l'INAMI a imposé, à savoir, des prestations facturées à l'acte par unité (une unité = 30min) en ne dépassant pas un certain nombre d'unité par patient. Les projets du Centre, Soignies et Charleroi ont fusionné pour pouvoir couvrir l'entièreté des zones 02 et 08.

Avec le plan de soins intégrés interfédéral, proximité, le service devra s'adapter d'ici fin de 2024 mais actuellement les missions et l'objectif restent inchangés par rapport.

↳ Missions de l'équipe (3 psychologues, 2 ergothérapeutes, 1 case manager infirmière)

- Repérer les difficultés et la souffrance des aidants informels et les soutenir
- Mettre en œuvre avec le réseau psychomédicosocial un « mécanisme de veille » lorsque le plan d'aide et de soins n'est pas ou est incomplètement activé et/ou accepté

↳ Objectif du projet

Compléter l'offre de services par une intervention de soutien humain et personnalisé grâce à une équipe qui intervient auprès des personnes âgées fragilisées dans un contexte d'aide informelle en difficulté.

↳ En quelques chiffres

Nombre de bénéficiaires en 2023 : 319 242 (242 en 2022)

Nombre d'unité supports + séances en 2023

Psychologue : 5460 unités

Ergothérapeute : 2042 unités

Case-manager : 698 unités et 77 modules initiaux

Trajets de soins (TDS) et Réseau Local Multidisciplinaire (RLM)

5.1. Les trajets de soins pour maladies chroniques

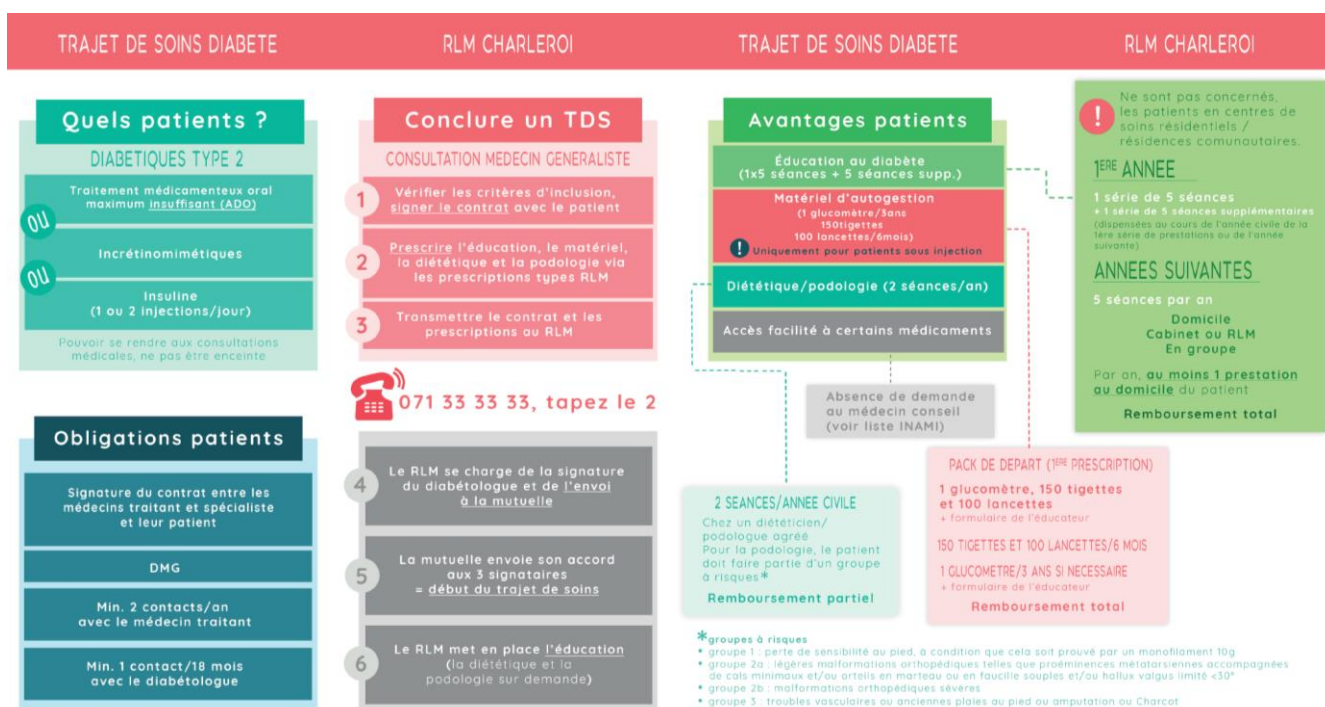
5. Le trajet de soins est une prise en charge structurée des soins pour les patients atteints d'une affection chronique. Il organise et coordonne la prise en charge, le traitement et le suivi sur base d'un contrat trajet de soins (renouvelé automatiquement si respect des obligations) précisant les modalités de la collaboration entre le médecin généraliste, le médecin spécialiste et le patient⁵.

L'INAMI finance les trajets de soins pour l'insuffisance rénale depuis le 1^{er} juin 2009 et pour le diabète type 2 depuis le 1^{er} septembre 2009. Un financement est également prévu pour la création de structures de soutien à la médecine générale : les Réseaux locaux multidisciplinaires (RLM) = AVIQ depuis 2017.

Le médecin généraliste joue le rôle de coordinateur, soutenu par le médecin spécialiste.

5.2. Le trajet de soins en diabétologie

Le patient répondant aux critères d'inclusion peut bénéficier d'une prise en charge multidisciplinaire (médecin généraliste, diabétologue, infirmier – éducateur en diabétologie, diététicien, podologue) afin d'éviter des complications graves liées à son diabète.



5.3. Le trajet de soins en insuffisance rénale chronique

Le patient répondant aux critères d'inclusion peut bénéficier d'une prise en charge multidisciplinaire (médecin généraliste, néphrologue, diététicien).

⁵ Voir annexe : contrats types "trajet de soins"

TRAJET DE SOINS INSUFFISANCE RENALE
RLM CHARLEROI
TRAJET DE SOINS INSUFFISANCE RENALE

Quels patients ?

INSUFFISANTS RENAUUX CHRONIQUES

À partir d'un stade sévère (GFR<45), défini à 2 reprises par une analyse sanguine

ET/OU

Une protéinurie de plus d'1 gr/jour, définie à 2 reprises par une analyse d'urine

Avoir + de 18 ans
Ne pas être dialysé ni transplanté

Conclusion d'un TDS

CONSULTATION MEDECIN GENERALISTE

- Vérifier les critères d'inclusion, signer le contrat avec le patient
- Prescrire le tensiomètre et la diététique via les prescriptions types RLM
- Transmettre le contrat et les prescriptions au RLM

Avantages patients

- 1 tensiomètre
- Diététique (2 à 4 séances/an)
- Accès facilité à certains médicaments
- Absence de demande au médecin conseil (voir liste INAMI)

071/33 33 33, tapez le 2

Obligations patients

- Signature du contrat entre les médecins généraliste et spécialiste et leur patient
- DMG
- Min. 2 contacts/an avec le médecin généraliste
- Min. 1 contact/18 mois avec le néphrologue

- Le RLM se charge de la signature du néphrologue et de l'envoi à la mutuelle
- La mutuelle envoie son accord aux 3 signataires = début du trajet de soins
- Le RLM fournit la prescription pour le tensiomètre au patient ainsi qu'une liste de diététiciens agréés

2 à 4 SÉANCES/ANNÉE CIVILE

Chez un diététicien agréé

max : 2/an pour le stade 3B
3/an pour le stade 4
4/an pour le stade 5*

Remboursement partiel

1 TENSIOMÈTRE
Remboursement total

* Stades

- stade 3B : insuffisance rénale modérée (GFR entre 30 et 44 ml/min/1,73m²)
- stade 4 : insuffisance rénale sévère (GFR entre 15 et 29ml/min/1,73m²)
- stade 5 : insuffisance rénale terminale (GFR < 15ml/min/1,73m²)

5.4. Le pré-trajet de soins diabète

Depuis le 1er février 2016, le passeport diabète est remplacé par le « Suivi d'un patient diabétique de type 2 » = pré-trajet de soins, initié par le médecin généraliste.

Il a pour but de mieux encadrer **tous les patients atteints d'un diabète** qui ne suivent ni un trajet de soins, ni un programme mis en place par un centre spécialisé conventionné.

Qu'est-ce que le pré trajet ?

Depuis le 1^{er} février 2016, le passeport diabète est remplacé par le pré trajet « Suivi d'un patient diabétique de type 2 ».

Il a pour but de mieux encadrer les patients diabétiques de type 2.

Pour quels patients ?

- Diabétiques type 2
- Ne suivant ni un trajet de soins ni une convention diabète

Rôles du MG

- Identifier et enregistrer les patients concernés
- Gérer le DMG du patient
- Enregistrer leurs données cliniques et biologiques dans le DMG, comme décrit dans le **protocole de soins**
- Offrir des soins basés sur les recommandations de bonne pratique evidence based (EBM)
- Examiner avec ces patients les **objectifs individuels**, et les noter dans leur DMG
- Soutenir la collaboration multidisciplinaire
- Prescrire la diététique, podologie et l'éducation pour les patients du groupe-cible

A. DIAGNOSTIC (codé et enregistré dans la rubrique des maladies actives)	Temps max. écoulé depuis le dernier enregistrement
B. SUIVI	
a) Mode de vie	
Arrêt du tabagisme	
Alimentation	
Activité physique	
b) Clinique	
BMI	6 mois
TA	15 mois
Evaluation du risque de plaie aux pieds	
c) Analyses	
HbA1c	6mois
HbA1c	15 mois
Bilan lipidique	
Cholestérol - HDL	
Cholestérol - LDL	
Triglycérides	
Créatinine sérique	15 mois
Microalbuminurie	15 mois
d) Consultations spécialisées	
Demande d'examen ophtalmologique	15 mois
C. FIXATION DES OBJECTIFS AVEC LE PATIENT	

Comment conclure un pré trajet ?

- Le médecin généraliste, gestionnaire du DMG, utilise le n° de nomenclature 102852
- A renouveler chaque année

Avantages patients

POUR TOUS

Diététique
max. 2 séances/an

Podologie
si groupe à risque max. 2 séances/an

Remboursement partiel chez un professionnel agréé

POUR UN CERTAIN GROUPE-CIBLE

Education

Conditions*
ET

- âge 15-69 ans
- risque cardiovasculaire :
 - IMC > 30
 - Hypertension artérielle

*Ne sont pas concernés : les patients admis ou séjournant dans une résidence collective

Sur prescription du médecin généraliste mentionnant « pré trajet »

"Pour l'éducation : 1 prescription par discipline concernée et par type de séance (individuelle ou en groupe).

Votre patient contacte ensuite le professionnel de son choix.

max. 4 séances/an

SEANCE INDIVIDUELLE (30 min) max. 2 séances/jour

SEANCE DE GROUPE (2h) max. 1 séance/jour max. 10 participants

Remboursement total (tiers payant applicable)

QUI	SUJET	EDUCATION INDIVIDUELLE 30 MIN.	EDUCATION EN GROUPE 2H	LIEU**
EDUCATEUR EN DIABETOLOGIE	Informations au sujet de la maladie et du mode de vie			Son cabinet Cabinet MG Local RLM
DIETETICIEN	Education diététique sur l'alimentation équilibrée et adaptée à son diabète			Son cabinet Cabinet MG Local RLM
PHARMACIEN	Incitation à l'observance thérapeutique			Local pharmacien Cabinet MG Local RLM
INFIRMIER	Visite de suivi / soutien de l'outogestion		X	Domicile
KINESITHERAPEUTE	Incitation à l'activité physique	X		

**Pas de remboursement si les séances sont dispensées dans une salle de fitness, dans un centre de jour pour personnes âgées ou dans un centre de soins de jour

A partir du 1^{er} janvier 2024, le pré trajet de soins sera remplacé par le trajet de démarrage diabète accessible à tous les patients diabétiques type 2.

Etant donné que les RLM n'ont pas été sollicités pour soutenir les médecins généralistes et donc qu'aucun subside supplémentaire n'est prévu, le comité de pilotage du RLM carolo s'est réuni afin de prendre une position.

Il faut tenir compte des moyens humains et financiers à notre disposition pour pouvoir prendre des décisions adaptées à nos possibilités et ne pas surcharger notre équipe administrative sans financement supplémentaire.

Décision du comité de pilotage :

- **Information écrite** : réalisation d'un dépliant, site internet, mailing informatif à tous les professionnels concernés, mise à disposition d'outils en ligne
- **Permanence téléphonique** : uniquement pour orienter les professionnels
- **Formations continues** pour les professionnels non porteurs de la qualification professionnelle d'éducateur mais pouvant prêter dans le cadre du TDD (2h obligatoires par an)
- **Mise à disposition des coordonnées des professionnels** ayant manifesté leur intérêt pour réaliser des séances d'éducation dans le cadre du TDD : infirmiers éducateurs en diabétologie, infirmiers, diététiciens, pharmaciens, kinésithérapeutes.

5.5. Projets pilotes Réseaux Locaux Multidisciplinaires (RLM)

L'INAMI a lancé un appel à projets en 2009 pour la création de RLM afin de soutenir administrativement les médecins généralistes dans la mise en place des trajets de soins maladies chroniques (diabète type 2 et insuffisance rénale chronique). En 2017, cette matière a été transférée à l'AVIQ.

Les cercles de médecine générale et les SISD forment le point d'ancrage du financement des projets pilotes dont l'objectif est de soutenir les acteurs dans leur collaboration et leur interaction via :

- la récolte, la mise à jour et la diffusion de l'information
- le soutien et la facilitation des initiatives locales
- le soutien et la facilitation de la communication, du partenariat et de la concertation locale
- le rassemblement de l'information sur le fonctionnement du réseau

Le cercle de médecine générale de Charleroi (FAGC), le SISD carolo et le centre de coordination SCSAD ont créé un consortium pour mettre en place un réseau local multidisciplinaire (= RLM) sur la zone de soins de Charleroi depuis le 1^{er} octobre 2009.



Depuis 2009, le RLM carolo a pris en charge :

- 8459 patients diabétiques
- 549 patients insuffisants rénaux chroniques
- 1462 nouveaux TDS diabète et 48 TDS IRC en 2023

Ses rôles principaux :

- **Informateur** : pour tous les acteurs concernés par les trajets de soins (permanence téléphonique au 071/33.33.33, actualités, réunions conférences, réponses aux éventuelles questions ...)
- **Facilitateur** : stimulation de la collaboration et des partenariats, transmission des informations, mise en place d'outils de communication...
- **Soutien administratif et logistique pour les médecins généralistes** : des secrétaires de réseau les rencontrent et les soutiennent dans la conclusion et le suivi du trajet de soins de A à Z.

+ d'informations : www.rlmcharleroi.be

Implication du SISD carolo

- Promoteur du RLM de la zone de soins de Charleroi
- Réunions (avec les partenaires, les promoteurs d'autres RLM, l'AVIQ)
 - *préparation et participation*
 - *rédaction et envoi des invitations et procès-verbaux*
- Correspondance avec l'AVIQ
- Rapport d'activités : préparation, rédaction et envoi à l'AVIQ
- Comptabilité : transmission des documents comptables au trésorier
- Promotion du projet
 - *création d'outils de communication (dépliants, procédures, mémo, carnet patient ...)*
 - *diffusion de l'information aux prestataires concernés (par courrier ou mail)*
 - *organisation de séances d'information pour les professionnels*
 - *participation aux salons de la santé*
 - *mise en place d'actions (cfr. Plan d'actions pluriannuel)*
 - *organisation et participation à des groupes de travail thématiques*
- Gestion des secrétaires de réseau
 - *recrutement*
 - *organisation de réunions d'équipe*
 - *gestion quotidienne du RLM*
 - *supervision des missions des secrétaires de réseau*
 - *rencontre régulière avec la FAGC : état des lieux des activités et de la gestion quotidienne*
 - *soutien et formation*
- Gestion des locaux et du matériel

Cellule prévention santé

Suite à la dissolution de l'asbl Carolo Prévention Santé le 4 juin 2012, le SISDCarolo a été choisi afin d'assurer la continuité et a donc créé une « Cellule Prévention Santé » en son sein début 2013.

Axe prioritaire : cardio-pulmonaire

6. → Mise en place de sensibilisations/formations sur l'utilisation du défibrillateur externe automatique et la réanimation cardiopulmonaire.

Depuis 2016, une collaboration avec les 3 centres hospitaliers de la zone de soins a été mise en place (GHDC, ISPPC, CNDG). Les demandes de formations « tout public » sont donc ventilées sur les 3 hôpitaux.

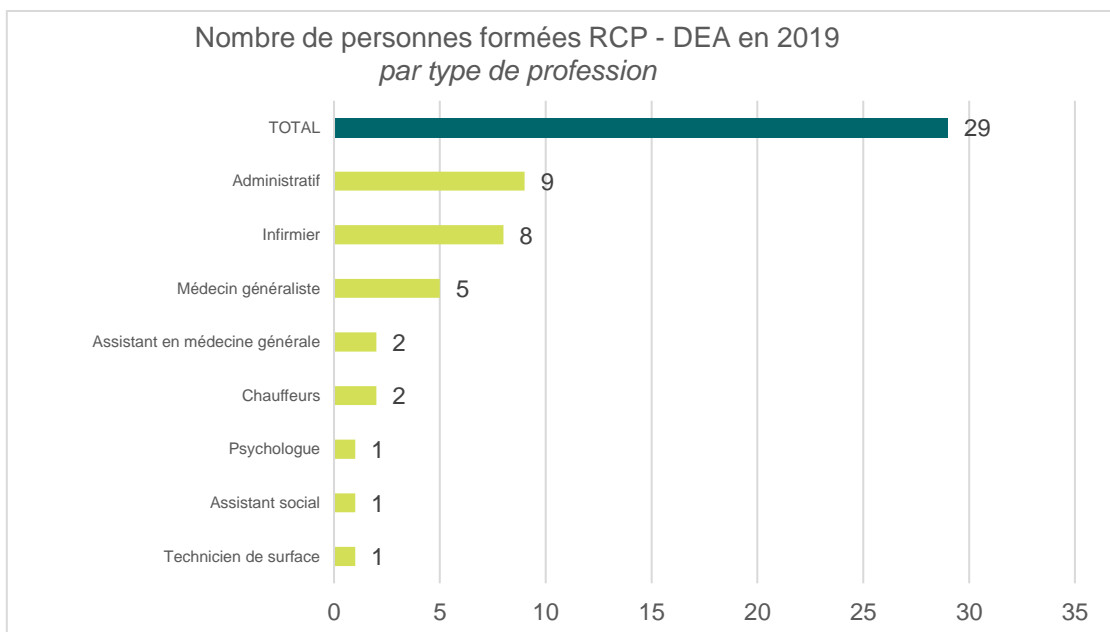
Depuis 2018, 2 types d'actions ont été définis :

- Sensibilisation du tout public en 3h avec remise d'une attestation de participation
- Formation d'instructeurs reconnus par le BRC (Conseil Belge de Réanimation ou Belgian Resuscitation Council)

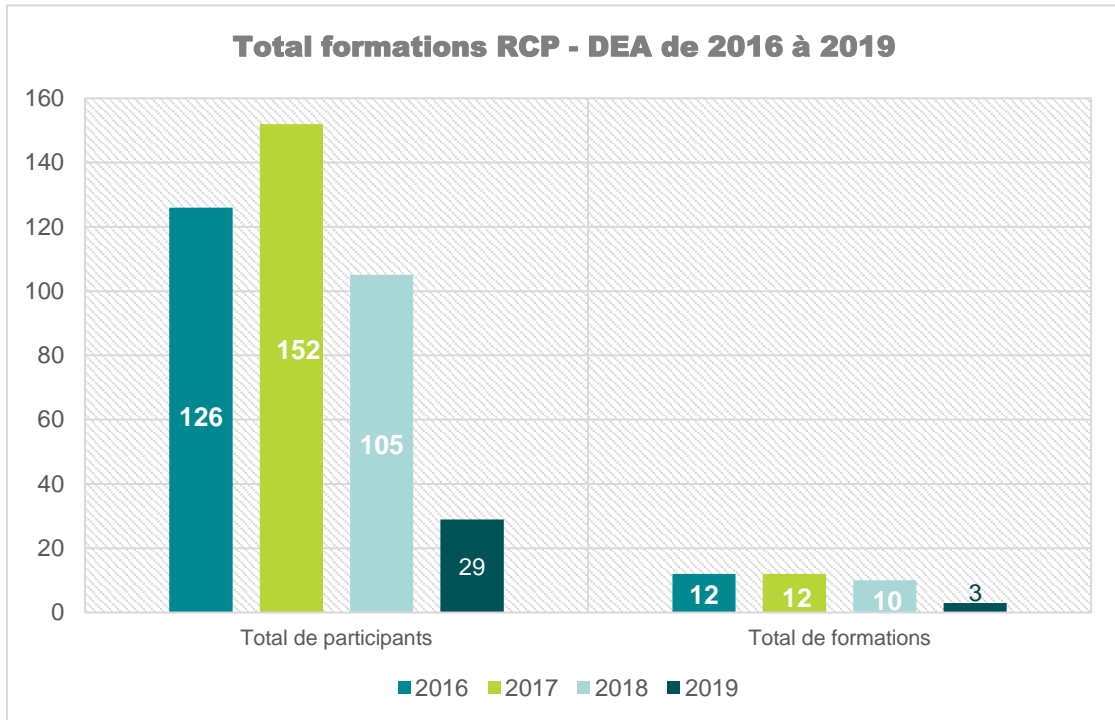
Depuis septembre 2019 : le SISD est reconnu « organisateur » par le BRC.

Depuis 2023, le SISD propose un seul type de formation au grand public en collaboration avec les instructeurs locaux. Elle se déroule en 4h et est reconnue par le BRC. La mise en place de cette nouvelle formule n'a pu aboutir en 2022 à cause de la situation sanitaire liée au COVID-19.

FIGURE 9 : NOMBRE DE PERSONNES FORMEES RCP - DEA 2019



IGURE 10 : TOTAL FORMATIONS RCP - DEA DE 2016 A 2019



Implication du SISD carolo

- Organisateur BRC
 - organisation et logistique des formations RCP - DEA
- Mise en place d'une pyramide de formateurs locaux

Cercles locaux professionnels

Le SISD Carolo soutient la mise en place de cercles professionnels locaux.

Ceux-ci sont nécessaires à la création de cadastres de professionnels actifs sur la zone de soins.

Un financement particulier devrait être proposé aux SISD pour le soutien à la création et la mise en place de ces cercles et cadastres avec une implication active des professionnels.

7.



La crise sanitaire COVID – 19 a mis en avant l'intérêt et l'importance de l'existence de cercles professionnels locaux soutenus par le SISD Carolo.

L'organisation carolo a permis de faire face à la crise et de s'unir pour mettre en place le testing et la vaccination dans des conditions optimales.

Des collaborations déjà existantes ont pu évoluer et de nouveaux partenariats se sont mis en place.

7.1. Association locale de diététiciens de Charleroi (CEDIC)

Suite à la dissolution de l'ADIC (Association des Diététiciens Indépendants de Charleroi) dont le but principal était d'améliorer la santé publique par le biais de la diététique et d'éviter l'isolement des diététiciens indépendants, le SISD a souhaité redynamiser les diététiciens de la zone de soins en réfléchissant à la mise en place d'une nouvelle association locale.

En 2016, une quinzaine de diététiciens ont manifesté leur intérêt et ont participé à plusieurs rencontres. Celles-ci ont abouti à différentes réflexions : définition des objectifs de l'association, besoins du terrain, réalisation d'un répertoire de diététiciens carolo, création d'une charte, moyens de communication, statut (asbl ou association de fait), page Facebook...

Depuis 2017, les rencontres se sont poursuivies et ont donné lieu à la création du nouveau Cercle de Diététiciens Carolo (CeDiC).



7.2. Association locale de psychologues de Charleroi

Une démarche similaire à celle pour les diététiciens a été réalisée pour les psychologues répertoriés sur la zone de soins carolo.

Une première rencontre a eu lieu en janvier 2017 afin de définir les besoins du terrain et les objectifs d'une future association locale.

Depuis 2018, plusieurs rencontres ont eu lieu et un répertoire a été créé afin de lister les spécialités de chaque psychologue membre de l'association.

Le cercle des psychologues a par la suite participé à différents GLEM de la région de Charleroi afin de rencontrer les médecins traitants de la région et optimiser la collaboration. Une présentation a été réalisée et diffusée lors de ces glems afin de sensibiliser les médecins au travail des psychologues et ouvrir le dialogue sur les peurs et appréhensions de chacun.

Le cercle des psychologues est également très actif et représenté au sein du projet fédéral des psychologues de première ligne en collaboration avec le réseau Mosaïque.

Le cercle collabore aussi avec la KUL sur le projet de la prise en charge des douleurs lombalgiques et radiculaires selon les recommandations de la KCE. Un des membres est dans le comité de supervision du projet, il présente des conférences et anime des ateliers entre GLEM-GLEK (kinés) et psychologues dans la région.

Le cercle collabore également avec l'AEMTC qui s'occupe de l'organisation des formations universitaires francophones sur la psychothérapie et développe de nombreux colloques scientifiques.

7.3. Association locale de kinésithérapeutes (AKC)

Fin 2018, 3 kinés ont publié les statuts de la nouvelle association carolo : AKC (Association des Kinésithérapeutes de Charleroi).

L'association participera, autant que possible, aux activités de promotion de la santé organisée au niveau local par les autres professionnels de la santé afin de favoriser la multidisciplinarité.

Elle intégrera le SISD local afin de promouvoir l'action des kinésithérapeutes dans les prises en charge en 1^{ère} ligne.

En 2020, des jeunes kinés ont manifesté leur intérêt afin de relancer activement l'AKC. Des rencontres ont eu lieu et continueront en 2024 avec l'appui du SISD.

7.4. Autres cercles locaux professionnels

D'autres cercles sont en place sur la zone de soins carolo depuis de nombreuses années et fonctionnent de manière autonome.

a) Fédération des Associations de Généralistes de Charleroi (FAGC)

La Fédération des Associations des médecins Généralistes de Charleroi, la FAGC ASBL, représente les médecins généralistes (environ 430) qui travaillent dans la zone de soins de la région carolorégienne.



Depuis une trentaine d'années, la FAGC soutient les soins de santé de première ligne sur la région de Charleroi et en particulier le travail des médecins généralistes.

La FAGC est à la base de nombreuses initiatives :

- L'organisation de la garde de médecine générale lors des nuits et week-ends avec notamment la création de 4 postes de garde de médecine générale sur sa zone de soins.
- La mise en place d'un numéro unique, le 071/33.33.33, grâce auquel les citoyens peuvent faire appel aux médecins généralistes de garde de même qu'aux autres professionnels de la santé.
- Depuis 2020, la FAGC est active dans la lutte contre le covid-19 : elle est mandatée pour la gestion des centres de testing et de vaccination.

La FAGC travaille pour tous car au-delà de ses missions de représentation de la médecine générale, elle s'implique dans toutes les actions de santé locales et régionales visant à répondre aux besoins médicaux de la population carolorégienne.

+ d'informations : www.fagc.be

b) Cercle Régional et Pluraliste Infirmier Carolo (CREPIC)

Le CREPIC a été initié par le Service de coordination des soins à domicile de la Ville de Charleroi qui a invité les services salariés infirmiers (CPAS ex-Ville de Charleroi et ASD ex-la Croix Jaune et Blanche) et les associations d'infirmières indépendantes qui pour les premières existent depuis 1988 (comme l'Association des Infirmières Indépendantes de Marcinelle-Mont/s/Marchienne (AIIMM), l'Association des Infirmières Indépendantes de Jumet, l'Association des Infirmières Indépendantes d'Ham/s/Heure-Nalennes (AIHN), l'Association des Infirmières Indépendantes de Châtelet-Châtelineau-Bouffioulx (AIIGC) et l'Association des Infirmières Indépendantes de Ransart/Heppignies).



L'idée était de calquer leur développement sur celui de la FAGC.

Sous l'impulsion de l'ASBL Coordination des Soins à Domicile de la Ville de Charleroi (et plus particulièrement Mr Claude DECUYPER), outil mis à la disposition des professionnels de la Santé et géré par eux, d'autres associations locales se sont développées dans le même esprit pour assurer la représentativité locale des infirmières et organiser la garde population de leur secteur via le 071/33.33.33.

Le Cercle Régional et Pluraliste Infirmier Carolo est passé au Moniteur Belge en juillet 2019. Ce fut **le premier cercle infirmier à voir le jour en Wallonie**. Il s'agissait d'une évolution de la Commission d'éthique pluraliste infirmière Carolo.

La pandémie a révélé **l'importance de ces cercles** et sous cette impulsion, le CRePIC a reçu une **reconnaissance fédérale** en devenant le Consortium du Hainaut Oriental.

+ d'informations : www.crepic.be

c) Union Royale Pharmaceutique de Charleroi (URPC)

La Société est fondée le 20 août 1846. À cette date, il n'y a que trois pharmaciens à Charleroi.

En 1899, suite à la proposition de la Fédération belge des Sociétés pharmaceutiques, l'union est transformée en Union professionnelle reconnue. Vingt ans plus tard, en 1919, une société coopérative appelée « Sambria » voit le jour sur l'initiative de la Société : il s'agit d'un syndicat d'achats, dont le but est de grouper et d'acheter en commun les produits nécessaires.



En 1996, l'Union a fêté ses 150 ans et devient l'Union Royale Pharmaceutique de Charleroi.

+ d'informations : www.urpc.be

Implication du SISD carolo

- Recensement des professionnels locaux
- Organisation de rencontres monodisciplinaires et multidisciplinaires
- Soutien logistique dans la création des nouveaux cercles locaux
- Contacts réguliers avec les différents cercles

Comité technique – centres de coordination de soins et aide à domicile

Depuis sa création, le SISDCarolo a mis en place un comité technique composé de coordinateurs représentant chaque centre de coordination⁶ de sa zone de soins :

- 8.
- Coordination des Soins à Domicile de la Ville de Charleroi asbl (SCSAD)
 - Coordination Aide et Soins à Domicile Hainaut oriental asbl (CASD)
 - Centrale de Services à Domicile asbl (CSD)
 - Centre de COordination de soins et SErvices à Domicile Indépendant asbl (COSEDI)

Les rencontres trimestrielles entre coordinateurs des différents centres ont pour **but** :

- création d'un dossier de concertation commun
- état des lieux des divers projets en cours tant au niveau du SISD que des centres de coordination
- mise en place d'actions communes
- échange d'expériences
- analyse du fonctionnement des soins et de l'aide à domicile de la zone et optimalisation
- réalisation d'un bilan des réunions de concertation organisées
- ...

Implication du SISD carolo

- Organisation de rencontres trimestrielles
- Information/formation sur l'actualité en matière de soins et de l'aide à domicile
- Réalisation d'outils de communication (dossier de concertation, procédures concertations...)

⁶ Voir annexe : « qu'est-ce qu'un centre de coordination ? »

Proxisanté, les assises de la première ligne d'aide et de soins

9.



Proxisanté est un projet participatif depuis le début des réflexions. La phase dite des «Assises de la première ligne» a permis d'identifier des problématiques, des pistes de solutions et des balises pour la future législation qui encadre l'organisation de la première ligne d'accompagnement et de soins.

L'objectif de Proxisanté est de proposer une réforme de la première ligne d'aide et de soins pour l'optimiser ([retrouvez toutes les informations sur aviq.be/proxisante](https://www.aviq.be/proxisante)). L'AVIQ a joué un rôle majeur dans ce processus participatif initié de longue date.

Il s'agit d'un des dossiers majeurs de législature en matière de santé en Wallonie, un de ceux qui visent, à terme, à proposer davantage d'aide et de soins de santé de proximité et de qualité à la population mais aussi à mieux organiser l'offre et les services de soins pour les travailleuses et travailleurs du secteur de la santé de première ligne.

Médecins généralistes, infirmier.e.s et aides à domicile, dentistes, kinésithérapeutes, psychologues, assistants sociaux, pharmaciens, mais aussi tous les professionnels travaillant dans les maisons de repos, la santé mentale, l'accompagnement des personnes en situation de handicap, soit quelques 75.000 professionnels de ces secteurs, sont ainsi concernés.

A l'initiative de la Vice-Présidente, Ministre de la Santé, Christie Morreale, en étroite collaboration avec l'AVIQ (Agence pour une Vie de Qualité), le projet « Proxisanté », a entamé sa première étape en 2022 par le biais d'un **questionnaire en ligne**. Les avis des soignant.e.s de terrain et des représentants des patients ont été recensés afin de définir, avec eux et sur base de leurs expériences et besoins, les fondations des futures réformes législatives en matière de soins de santé.

Objectif ? Récolter, durant environ un mois, une première analyse concernant la manière dont ils travaillent et les orientations qu'ils et elles souhaiteraient voir se développer dans le futur. Six axes ont été définis dans ce questionnaire, qui a adapté ses questions aux différents métiers concernés : gouvernance, financement, maillage territorial, offres de service, communication et articulation entre les secteurs, e-santé.

Depuis mars 2023, la phase de « Création des réseaux loco-régionaux » met en place et organise les groupes de travail qui visent à la concertation de différentes parties prenantes autour de thématiques qui les concernent. L'objectif de cette étape est d'aboutir à un décret et à des arrêtés d'exécution concrétisant l'approche d'une vision commune au sein de la première ligne, une articulation de tous les secteurs concernés, ainsi que le soutien à l'ensemble des acteurs de la première ligne qui œuvrent pour la santé.

Proxisanté s'attache donc à réfléchir à la nouvelle organisation de l'accompagnement et des soins sur le territoire wallon de langue française.

5 objectifs

- améliorer l'expérience et les résultats des patients
- améliorer l'état de santé de la population
- améliorer le bien-être des professionnels de la santé et du social en leur permettant d'effectuer leur travail de manière correcte et durable
- améliorer l'efficacité du système en utilisant les ressources disponibles pour offrir plus de 'valeur' aux personnes et aux communautés
- favoriser la justice sociale et l'inclusion en portant une attention particulière aux personnes les plus vulnérables

La réalisation de ces 5 objectifs passe par la construction d'un système et des services de santé intégrés. Il est nécessaire d'adopter une gouvernance commune pour coordonner les interdépendances entre professionnels afin qu'ils puissent coopérer à la réalisation d'un projet collectif.

→ les Organisations Loco-régionales de Santé (OLS)

5 groupes de travail

- Territorialisation
- Instances et gouvernance
- Articulation 1ère – 2ème ligne
- IWPL

Pour garder leurs agréments, 10 organismes subsidiés par l'AVIQ devront être affiliés à l'OLS.

Les OLS devraient être en place pour le 1^{er} janvier 2025.

La structure du SISD sera donc complètement revue afin de répondre aux attentes de la réforme.

Implication du SISD carolo

- Participation aux GT Proxisanté, participation à la rédaction des textes
- Réflexion commune avec tous les SISD wallons

Sensibilisation – information – formation

10.



Depuis plusieurs années, le SISDCarolo collabore avec la FAGC et le CREPIC pour organiser des séances de sensibilisation/information/formation sur différents thèmes et destinées à tous les acteurs de 1ère ligne (médecins généralistes, infirmières, kinés, assistants sociaux, aides-familiales ...).

Un agenda sera programmé en 2024.

Participation à des journées et salons santé

11.1. Journée de la santé à Courcelles

11 L'Echevinat de la santé de Courcelles a sollicité le RLM de Charleroi et le SISD Carolo pour collaborer à l'organisation de sa journée santé

Quand ? mercredi 5 avril 2023 de 9h à 16h

Pour qui ? tout public (adultes et enfants)

Thème : alimentation saine et simple -> fun, pratique, santé

- 6 ateliers culinaires : fabriquer sa collation saine ou son lunch sain/boîte à tartine (enfants et adultes) avec deux diététiciennes (ingrédients basiques et peu coûteux)
- 4 marches d'orientation avec un kiné : dans le parc communal + arrêts avec thématiques (bienfaits de l'activité physique, risque sédentarité, bien respirer, l'activité comme un médicament)
- Game Truck : animé par l'Observatoire de la Santé du Hainaut (OSH)
- bar à boissons saines (soupe et boissons fraîches non alcoolisées) par le RLM et l'Echevinat de la santé
- stands d'information SISD - RLM

Courcelles

LE 05 AVRIL 2023

JOURNÉE DE LA Santé

A L'HÔTEL DE VILLE DE COURCELLES
SUR LE THÈME DE L'ALIMENTATION

de 9h à 16h

- Présence de professionnels de la santé (diététicien, kinésithérapeute, etc ...)
- Divers ateliers et animations (collation saine, lunch sain, boîte à tartine, "Antigaspi", accommoder les restes, lecture des étiquettes alimentaires, etc ...)
- Présence du game truck "manger, bouger, respirer"
- Exposition sur les fruits et légumes de saisons
- Marche d'orientation dans le parc communal
- Bar de boissons saines et bar à fruits

à 19h

Conférence participative "les habitudes alimentaires"

Sur inscription uniquement

ACCÈS GRATUIT

RÉSERVATION SOUHAITÉE PAR MAIL À SANTE@COURCELLES.BE OU PAR TEL. AU 071/466.824 (UNIQUEMENT DU LUNDI AU JEUDI DE 08H30 À 16H)

Courcelles

LE 05 AVRIL 2023

JOURNÉE DE LA Santé

SUR LE THÈME DE L'ALIMENTATION
SUR LE PARKING DE L'ADMINISTRATION COMMUNALE
DE 9H À 13H ET DE 13H À 16H
GRATUIT

ACTIVITÉ GAME TRUCK "MANGER BOUGER RESPIRER"

Le Game Truck est un outil d'animation itinérant. L'intérieur de ce semi-remorque propose différentes expériences ludiques sur le thème de l'activité physique. Tout le monde peut y participer jeunes ou moins jeunes.

MANGER BOUGER RESPIRER



Caroline Taquin, Députée-Bourgmestre
Aurore Goossens, Échevin de la Santé
Le Collège communal



Caroline Taquin, Députée-Bourgmestre
Aurore Goossens, Échevin de la Santé
Le Collège communal





11.2. Sensibilisation au diabète et aux maladies chroniques à Courcelles

A l'occasion de la journée mondiale du diabète, la Ville de Courcelles a sollicité à nouveau le RLM de Charleroi et le SISD Carolo afin d'organiser une sensibilisation aux facteurs de risque de maladies chroniques pour la population courcelloise.

Quand : mercredi 8/11 de 8h30 à 16h

Public-cible : tout venant (adultes et enfants)

Equipe multidisciplinaire : secrétaires du RLM/SISD, infirmiers éducateurs en diabétologie, diététiciens, tabacologues, kiné.

Programme : organisation d'un parcours santé avec la collaboration de professionnels de la santé :

- Mesure de la tension artérielle et de la glycémie par des infirmiers (ayant une expertise en diabétologie)
- Calcul du BMI et conseils diététiques par des diététiciens (+ équivalences en sucres pour les enfants)
- Conseils en matière de tabagisme par des tabacologues

- Jeu didactique « train du diabète » par un infirmier ayant une expertise en diabétologie
- Exercices physiques et conseils par un kiné

En 2023, il a été décidé de ne plus calculer le cholestérol car le matériel est trop coûteux pour un résultat peu interprétable.

Le risque cardiovasculaire à 10 ans n'a plus été calculé non plus car il était plus intéressant de recevoir les conseils et interprétations de chaque professionnel présent.

Taux de participation : 43 parcours santé réalisés auprès du public adulte (âge moyen 53,4 ans) et 23 auprès des enfants (âge moyen 8 ans) (résultats en annexe)

Transmission des résultats : les résultats ont été remis en version papier aux participants et transmis aux médecins traitants avec leur accord. Une enquête de satisfaction a également été envoyée aux médecins concernés afin d'évaluer l'impact de notre action.

Courcelles
**JOURNÉE DE SENSIBILISATION AU
DIABÈTE ET AUX RISQUES
CARDIOVASCULAIRES**

Un parcours santé
accessible à tous et gratuit !

**MERCREDI 08 NOVEMBRE 2023
DE 8H30 A 12H ET DE 13H A 16H**
A L'ADMINISTRATION COMMUNALE DE COURCELLES

Conseils sur l'activité physique
Tension artérielle
Parcours didactique et ludique
Conseils alimentaires
Tabagisme
BMI*
*Body Mass Index - Indice de Masse Corporelle
Taux de sucre dans le sang
Glycémie
Rythme cardiaque

INFO: 071/466.824 OU SANTE@COURCELLES.BE

Avec le soutien de la Wallonie
Pour une commune
égale et
solidaire

Caroline Taquin, Députée-Bourgmestre
Aurore Goossens, Echevin de la santé
Le Collège communal

RLM
SISD
Courcelles



Train du diabète

Conseils Kiné

Tabac

Conseils Diététiques

Conseils infirmiers

Conseils Santé

Courcelles le 8 novembre 2023

11.3. Participation au salon des seniors d'Anderlues

Le RLM de Charleroi et le SISD Carolo ont été invités à tenir un stand d'informations au 3^{ème} salon des seniors à Anderlues le samedi 7 octobre de 11h à 17h.

Public-cible : seniors



Charleroi ville santé

Le projet « Villes-Santé » est une initiative de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) datant de 1986.

Le but est d'associer les villes à la politique de « Santé pour tous » de l'OMS et de s'appuyer sur elles pour la mettre en oeuvre au niveau local.

12 Cette recherche de la « Santé pour tous » est mise en valeur par la Promotion de la Santé définie dans la charte d'OTTAWA (promulguée lors de la Conférence Mondiale pour la Promotion de la Santé - Ottawa 1986). La charte d'Aalborg et l'Agenda 21, issus du sommet de Rio en 1992, sont venus enrichir la démarche.

On définit une Ville-Santé comme une ville qui :

- améliore constamment la qualité de son environnement;
- favorise le développement d'une communauté solidaire et qui participe à la vie de la cité;
- agit en faveur de la santé de tous et réduit les inégalités;
- développe une économie diversifiée et innovante;
- donne à chacun les moyens d'avoir accès à la culture et de réaliser son potentiel de créativité.



1 groupe de pilotage se réunit mensuellement.

Rôles : être le lien entre le projet et la Ville : proposer un plan d'action annuel et l'évaluer ainsi qu'en assurer l'exécution et la coordination en impliquant différents secteurs. C'est lui qui porte la responsabilité finale pour la coordination, le contrôle et la prise de décision.

Composition : 15 à 25 membres qui permettent des liens politiques efficaces et une représentativité des partenaires potentiels. Coordonné par le Service Santé de la Ville.

Axes développés en 2021

- Promotion de la santé pour tous (axe prévention Covid et vaccination)
- Alimentation de qualité (Green Deal)
- Accès aux soins de santé
- Charleroi, ville sans T (Plan de gestion du tabac)
- Charleroi se mobilise contre le SIDA
- Maison de Qualité de vie (réseautage des réseaux carolos)
- Information/sensibilisation (Newsletter, mailing list)

Chaque axe développe une ou plusieurs actions tout au long de l'année afin de suivre la planification des actions programmées et répondre aux mieux aux besoins de terrain.

L'opérationnalisation de ce plan est réalisée par groupe de travail spécifique réunissant divers acteurs de terrain selon la thématique développée.

En 2023, le SISD Carolo a tenu un stand d'information au colloque « **Accès aux soins de santé de proximité : Menaces et opportunités** » organisé par Charleroi Ville santé le **samedi 18 novembre de 9h à 14h au CEME**.

Public-cible : professionnels du para-médico-psycho-social

INSCRIPTION OBLIGATOIRE AVANT LE 9/11
à Villesante@charleroi.be ou au 071/86.70.03
Nombre de places limité












C

COLLOQUE

ACCÈS AUX SOINS DE SANTÉ DE PROXIMITÉ :

MENACES ET OPPORTUNITÉS

ANALYSES ET PROPOSITIONS
DES PROFESSIONNEL-LE-S CAROLOS

18/11/2023 DE 9H À 14H

CEME

RUE DES FRANÇAIS 147 - 6020 DAMPREY

A l'attention des professionnel-le-s
du (para) médico-psycho-social

Accréditation demandée en éthique et économie pour les médecins
et les pharmaciens-ne-s ou attestation de présence

Editeur: Rue de Charleroi - 1080 de 1016 - Place Fédérale 2-12 - 6000 Charleroi

PROGRAMME

8h30 Accueil café
« Modérateur de la journée Dr Pierre Baldewyns »

9h00 **INTRODUCTION**
Paul Magnette, Bourgmestre de Charleroi

TÉMOIGNAGES
Travail de terrain des facilitateur-trice-s en santé carolos (vidéo)

ANALYSE DES PROFESSIONNEL-LE-S CAROLOS
«Freins, espoirs et perspectives du terrain»
Dr Anne-Pascal Henry, Médecin généraliste .
Résultats des enquêtes et des ateliers intersectoriels.

9h45 **MESURES ET PERSPECTIVES POLITIQUES**
«Les suites de l'enquête Proxisanté»
Christie Morreale, Vice-Présidente du Gouvernement, Ministre de l'Emploi, de la Formation, de la Santé, de l'Action sociale et de l'Economie sociale, de l'Egalité des chances
«Le New Deal»
Franck Vandenbroucke, Vice-Premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique
Questions/réponses
Pause café

10h45 **ANALYSE ET PERSPECTIVES DES EXPERTS**
L'état de santé des Carolos
Dr Christian Massot, Responsable du secteur Système d'Information en Santé de l'Observatoire de la Santé du Hainaut
Les systèmes intégrés de soins centrés sur les soins primaires: une réponse aux enjeux actuels et à venir?
Professeur Jean Macq, Professeur à la Faculté de santé publique et à l'Institut de Recherche Santé et Société (UCL)
L'adaptation des missions des professionnelLe.s de santé en cas de pénurie de professionnelLe.s .
Professeur Yves Coppieters Médecin de santé publique spécialisé en épidémiologie (ULB)
Questions/réponses

12h30 **CONCLUSIONS**
L'accès aux Soins de Santé à Charleroi: et maintenant?
Docteur Pierre Baldewyns, médecin généraliste et Conseiller à la direction Prévention et Promotion de la santé de la mutualité Solidaris
Clôture du colloque
Alicia Monard, Echevine de la Santé, de l'Egalité des Chances et de la Personne en Situation de Handicap

13h Lunch et Réseautage

Implication du SISD carolo

- **Membre du groupe de pilotage : participation aux réunions mensuelles**
- **Soutien à la mise en place de certaines actions**
- **Pilote du groupe de travail "soins de santé - accès et mieux-être"**
 - organisation et participation aux réunions : invitations, préparation, PV
 - soutien logistique
 - mise en place d'actions

Plans de cohésion sociale (PCS)

Dans un contexte de précarisation et d'exclusion croissantes, le Plan de cohésion sociale permet de coordonner et développer un ensemble d'initiatives au sein des communes.

13. En créant le PCS, une Entité Communale veut garantir l'accès aux soins médicaux, à l'emploi, au logement, à la culture, à la formation pour tous les citoyens dans une société solidaire et respectueuse de l'environnement.

Le Plan de cohésion sociale (PCS) promeut 6 droits fondamentaux par le biais du développement social des quartiers et de la lutte contre toutes les formes de précarité, de pauvreté et d'insécurité au sens le droit à un revenu digne :

- droit à la protection de la santé et à l'aide sociale et médicale
- droit à un logement décent et à un environnement sain
- droit au travail
- droit à la formation
- droit à l'épanouissement culturel et social

4 axes d'actions :

- l'insertion socioprofessionnelle
- l'accès à un logement décent
- l'accès à la santé et le traitement des addictions
- le retissage des liens sociaux, intergénérationnels et interculturels

Le SISDCarolo s'est proposé en collaboration avec le RLM et parfois, à la demande du SCSAD Ville de Charleroi aux différents Salons (Santé et Bien-être) et notamment sur les entités de Courcelles, Charleroi, Farciennes, Gerpinnes, Ham/Heure-Nalennes, Fontaine-l'Évêque, Châtelet... Des conférences ont déjà été initiées.

Le SISD Carolo a été désigné, en soutien à la coordinatrice Charleroi Ville Santé, pour participer aux rencontres de la commission « Santé et addictions » du plan de cohésion sociale de Charleroi.

L'objectif était de rassembler les intervenants du secteur de la santé de proximité et de définir ensemble un état des besoins des bénéficiaires pour le futur, de déterminer les atouts, les faiblesses, les orientations ainsi que les pistes de solutions à moyen terme pouvant améliorer la Cohésion Sociale de Charleroi.

La richesse des débats permettra de faire l'état des lieux des différentes situations et d'envisager des futurs développements d'actions dans le cadre du nouveau Plan de Cohésion Sociale 2014-2019, subventionné par la Région Wallonne ainsi qu'une vision partagée du secteur de la santé de proximité.

En 2016, le SISDCarolo a essayé de renforcer sa visibilité avec les entités de sa zone de soins en proposant des entrevues avec les dirigeants communaux.

Il est là pour initier des actions destinées à améliorer la concertation multidisciplinaire locale entre les métiers du domicile et les acteurs politiques en matière de santé et de social.

Implication du SISD carolo

- **Membre de la commission « Santé et addictions »**
 - participation aux réunions
 - participation aux salons de la santé

Inter-SISD francophones



14 Depuis quelques années déjà, les SISD francophones organisent des rencontres « informelles » à fréquence régulière (Présidents, secrétaires/coordinatrices).

Le SISD Carolo est un des moteurs de cette dynamique depuis son origine et participe à **toutes les réunions**.

Ces réunions inter-SISD ont pour buts :

- d'échanger des bonnes pratiques
- d'adopter des positions communes
- de défendre et valoriser les droits et intérêts des SISD
- de créer une note commune à l'attention des politiques (disponible sur www.sisdcarolo.be)
- ...

Elles réunissent les **10 SISD francophones** des zones suivantes : Brabant Wallon, Cœur du Hainaut, Charleroi, Liège, Luxembourg, Namur Ouest, Namur Meuse, Dinant, Verviers, Wallonie Picarde.



Suite au transfert de compétences vers l'AVIQ en 2019, l'Inter-SISD francophone a mis à jour sa note commune décrivant les missions des SISD (en pratique). Celle-ci a été présentée lors de différentes rencontres avec les cabinets ministériels et l'AVIQ.

L'Inter-SISD responsables a mis en stand-by la finalisation des statuts de la future asbl en attendant les textes de la réforme des soins Proxisanté.

L'Inter-SISD est représenté dans les différents groupes de travail Proxisanté et se concerta régulièrement afin de commenter les projets de textes travaillés en GT.

Recensement des 5 priorités de l'Inter-SISD

A la demande de la PPLW, qui a pour objectif de définir une vision commune de l'organisation d'une première ligne plus efficiente en Wallonie sur base d'un large consensus et d'éclairer les décideurs politiques dans les décisions à prendre pour relever les défis actuels et futurs en matière de santé.

A sa demande, l'Inter-SISD a donc listé ses 5 priorités :

1. **Identification et soutien de tous les prestataires de santé de 1ère ligne**
 - Ils doivent adhérer à une association professionnelle locale reconnue par l'AVIQ (selon les modalités prévues) dont le financement serait mixte : **subside AVIQ et cotisation des membres**
 - Le SISD doit solliciter ces associations locales à créer et tenir à jour des cadastres de professionnels actifs
 - Le SISD doit être fédérateur
2. **Développement d'un outil de communication digital entre professionnels de la santé**
 - Financement du SISD en tant que projet pilote pour la création ET la pérennisation de l'outil (application à télécharger)
 - Partenariat avec le RSW
 - Les échanges doivent se faire via les moyens sécurisés existants
3. **Remodelage des réunions de concertation et élargissement du public-cible**
 - Ouvrir à différents profils de patients selon leur degré d'autonomie calculé sur base d'une échelle d'évaluation validée
 - Critères de financement adaptés
 - Financement plusieurs fois par an en fonction du degré d'autonomie du patient afin d'assurer un suivi et pas un one shot
4. **Implication du SISD en tant que partenaire obligatoire et acteur de tous les projets fédéraux et régionaux dans lesquels la 1ère ligne est impliquée**
 - Son rôle doit être réel et financé
 - Un financement des projets doit être prévu
 - La prise en charge des patients entre la 1^{ère} ligne et la 2^{ème} ligne doit être organisée avec l'équipe soignante et le patient au centre
5. **Revalorisation du subside des SISD**

Les SISD sont actuellement subsidiés par l'AVIQ, à hauteur de 0.21€/an et par habitant de la zone de soins. Les concertations multidisciplinaires et les concertations autour des patients psychiatriques sont financées à l'acte (montant très faible accordé aux SISD pour les prestations administratives).

En pratique, ce financement ne permet pas de remplir les missions telles qu'elles sont demandées.

Le calcul du financement annuel des SISD devrait répondre à trois critères :

- Assurer au minimum l'emploi d'un ETP gradué/bachelier par tranche d'ancienneté
- Frais de fonctionnement de 7500€ par personne engagée
- Un forfait/habitant majoré de 0.15€ en zone rurale
- Financement supplémentaire pour tout projet ou toute implication supplémentaire

Implication du SISD carolo

- Participation et/ou organisation des réunions Inter-SISD
- Représentant (past-président SISD carolo) de l'Inter-SISD lors des réunions de la PPLW
- Recensement des 5 priorités Inter-SISD pour la PPLW
- Réalisation d'un projet de statuts pour la future asbl
- Réalisation de supports graphiques (logo, capsules vidéos...)

Plateforme de Première Ligne de soins Wallonne (PPLW)

Cette plateforme a été constituée en 2016 (asbl fin 2018), suite aux nouveaux enjeux résultant du transfert de compétences dans le cadre de la 6^{ème} réforme de l'Etat.

- 15 Elle se réunit 1x/mois pour réfléchir à **l'organisation du système de santé pour la première ligne en Wallonie**. Elle est constituée de 2 types d'acteurs : les représentants des différents métiers de 1^{ère} ligne à travers leurs organisations professionnelles, et des structures multidisciplinaires dans lesquelles les médecins généralistes sont impliqués : *médecins généralistes, infirmiers, kinésithérapeutes, pharmaciens, dentistes, sages-femmes, ergothérapeutes, fédération des centres de coordination des soins ACCOORD, fédération des maisons médicales, Inter-RML, Inter-SISD*

Cette composition est appelée à s'élargir encore à d'autres métiers tels que les psychologues, les diététiciens...

Pour la PPLW, la réforme doit se fonder sur les grands principes suivants

- Construire un système à partir du local
- Privilégier une approche transversale, holistique : médical, social et santé mentale doivent être mieux intégrés
- Partir de l'existant pour le renforcer
- Associer les acteurs concernés
- Préserver la diversité
- Neutralité
- L'organisation territoriale ne peut servir de prétexte pour réduire le libre choix du patient
- L'organisation des métiers de la 1^{ère} ligne autour du patient doit se faire de manière décroisée
- Une meilleure connaissance du profil de compétences de chacune des professions de la 1^{ère} ligne
- ...

Objectifs poursuivis

- Faciliter l'accès aux soins de 1^{ère} ligne pour les usagers et réduire le recours inapproprié à la 2^{ème}
- Soutenir les professionnels de terrain par une meilleure connaissance des ressources locales et une organisation de la concertation autour du patient
- Mutualiser les moyens des structures de réseau thématiques pour rendre le système plus efficient
- Mieux identifier les besoins locaux et l'offre existante
- Impliquer les usagers, premiers concernés, les acteurs sociaux et les pouvoirs publics locaux dans la santé
- Renforcer la communication et le dialogue 1^{ère} ligne/hôpital (qualité des soins)
- Décroiser la santé
- Augmenter la part des ressources allouées à la prévention
- ...

En 2020, les membres de la PPLW ont été invités à transmettre les 5 priorités de leur profession qui devraient servir de base pour la réforme de la 1^{ère} ligne – Proxisanté.

En 2023, la PPLW participe aux différents groupes de travail Proxisanté.

Implication du SISD carolo

- **Représentation de l'Inter-SISD au sein de la PPLW (par le Directeur du SISD carolo)**
 - participation aux réunions mensuelles
 - contribution au développement et à la mise en place d'actions
 - relai avec l'Inter-SISD
 - centralisation des 5 priorités de l'Inter-SISD

Rencontres locales multidisciplinaires – RAMPE 2.3

Depuis 3 ans, le SISD Carolo met l'accent sur la communication en mettant autour de la table les professionnels de 1^{ère} ligne d'une même zone (médecins généralistes, pharmaciens, infirmiers, kinés, diététiciens, psychologues ...).

16 Ces rencontres ont lieu en partenariat avec le projet RAMPE (Réseau d'Aide en Médecine Palliative Extra-muros)⁷, lancé par la SSMG en 1998.

Ce projet visait au départ deux objectifs :

- Assurer une formation et un accompagnement en soins palliatifs aux médecins généralistes
- Permettre des soins palliatifs à domicile grâce à des médecins généralistes qui garantissent une qualité de fin de vie aux patients qui le désirent

En fin 2013, la SSMG a décidé de relancer le projet en élargissant les soins palliatifs aux soins continus et en favorisant le maintien de la personne âgée en perte d'autonomie à domicile tout en formant à l'interdisciplinarité.

En 2017

- 2 séances plénières : près de **200 professionnels de la 1^{ère} ligne carolo**
Les centres de coordination ont présenté **4 cas cliniques de maintien à domicile**
- 1 rencontre locale

En 2018

- 1 rencontre plénière sur le thème « **les métiers de 1^{ère} ligne et l'e-santé** »
Chaque métier y a présenté ses obligations et implications relatives à la communication informatique ainsi que sa collaboration avec le Réseau Santé Wallon

En 2019

- 1 rencontre locale (Jumet) sur le thème « **communiquer aujourd'hui pour demain** »
36 participants ont pu échanger leurs besoins/difficultés en matière de communication (6 médecins généralistes, 10 infirmiers, 16 kinés, 2 pharmaciens, 2 SISD)

En 2020, 2021 et 2022



Aucune rencontre n'a pu être organisée vu la situation liée à la crise COVID-19.

En 2023

- 1 rencontre plénière a eu lieu sur le thème « **vieillir et prévenir – quels besoins, quelles envies ? Etre en bonne santé, un devoir citoyen** »
18 participants : 13 médecins généralistes, 1 gériatre, 4 infirmiers,
La 2^{ème} partie de cette rencontre est prévue début 2024.

⁷ Voir annexe : RAMPE 2.3.

VIEILLIR ET PREVENIR

*Quels besoins, quelles
envies?*

**ETRE EN BONNE SANTE,
UN DEVOIR CITOYEN?**

CENTRE DE BIOÉTHIQUE UNAMUR

**CLAIRE
ROMMELAERE**

JURISTE GÉRONTOLOGUE
UNAMUR ET LE BIEN VIEILLIR ASBL

**CAROLINE
GUFFENS**

30/11/2023 DE 20H30 À 22H30

Lieu : Société de Médecine de Charleroi
rue du Parc 45, 6000 Charleroi

ACCREDITATION DEMANDÉE ET ATTESTATION DE PRÉSENCE

INSCRIPTION
VIA GOOGLE FORM
071/33.13.23
CONTACT@SISDCAROLO.BE



SCAN ME



PARTIE 1

UN PROJET RAMPE-ÂGE 2.3

AVEC LE SOUTIEN DE



Implication du SISD carolo

- **Organisation des rencontres multidisciplinaires :**
 - recensement des professionnels de 1ère ligne par région
 - invitation
 - logistique
 - participation
- **Communication avec la SSMG – projet RAMPE**

Hospitalisation à Domicile (HAD) : chimiothérapie et antibiothérapie à domicile

17.1.1. « ESCHAP-O » = « Equipe de Soins et de confort à l'Hôpital et Au domicile du Patient - Oncologique »

à l'initiative du Grand Hôpital de Charleroi (GHDC)

Depuis le 9/10/2014, le SISD Carolo a réuni régulièrement les représentants des associations de métiers de 1ère ligne et le Grand Hôpital de Charleroi (GHDC) dans le cadre de la mise en place d'un projet d'hospitalisation à domicile ciblé sur le patient atteint d'un cancer.

Une réflexion commune a permis la mise en place d'une méthodologie de collaboration entre les soins ambulatoires et l'hôpital.

Le projet « ESCHAP-O » vise une approche intégrée des patients atteints d'un cancer dans le but de maintenir l'autonomie et la qualité de vie du patient et de ses proches dans son milieu de vie le plus longtemps possible en renforçant une collaboration structurée et dynamique entre l'hôpital et la première ligne.

Le médecin traitant garde son rôle central dans la prise en charge en restant informé et donnant son consentement pour chaque intervention mise en œuvre.

a) Objectifs

- déplacer une partie des soins actuellement réalisés à l'hôpital (thérapie ciblée, chimiothérapie)
- diminuer la durée d'hospitalisation
- éviter des hospitalisations et réhospitalisations par une approche à domicile plus coordonnée et globale
- faciliter la communication multidisciplinaire entre les soignants du domicile et les soignants hospitaliers
- uniformiser l'approche de prise en charge (globale mais aussi individualisée pour chaque patient)
- améliorer confort et qualité de vie pour le patient et son entourage.

b) Patients-cibles

- **Certaines chimiothérapies**

A l'heure actuelle, tous les traitements ne peuvent être administrés au domicile des patients. Raison pour laquelle les traitements rencontrés au domicile ont peu d'effets secondaires lors de l'administration

- **Certains patients**

Les patients hospitalisés pour une antibiothérapie, pour la mise en place d'une alimentation entérale ou parentérale ou simplement pour une complication liée à une fragilité réversible

- **Le patient dit « fragile »**

Fatigue importante, altération de l'état général, difficultés pour les activités quotidiennes (alimentation, entretien ménager...), changement sur le plan psychologique...

De multiples rencontres ont permis de mettre en place une méthodologie de travail basée sur la concertation/collaboration entre les structures hospitalières et ambulatoires.

En 2021, 87 patients distincts ont été suivis (94 en 2020). **En moyenne, 42 patients** sont suivis par mois (45 en 2020).

Les raisons de la sortie du projet sont :

- progression de la maladie
- intolérance au traitement
- décès

17.2. Antibiothérapie (AntibiHome)

a) Objectifs

Prise en charge interdisciplinaire permettant de poursuivre ce traitement à domicile dans des conditions optimales.

b) Patients-cibles

- Certains patients qui nécessitent un traitement antibiotique par voie intraveineuse, sans alternative orale.
- Evaluation interdisciplinaire de la faisabilité, information et accord du médecin traitant puis du patient.

En 2021, 35 patients distincts ont été suivis (20 en 2020). **En moyenne, 21 jours** de traitement ont été réalisés au domicile des patients par les équipes de première ligne (20 en 2020).



Le Covid-19 a eu un impact dans le nombre de patients suivis en Antibiothérapie à domicile.

17.3. Formation des infirmiers sur la chimiothérapie et antibiothérapie à domicile

Depuis 2017, le SISD Carolo organise des formations chimiothérapie et antibiothérapie à domicile pour les infirmiers de la zone de soins carolo en collaboration avec le GHDC.

Celles-ci se déroulent en 2 modules de 3h. Le but de ces formations est d'informer sur les projets d'HAD initiés dans la région et de former les équipes de première ligne à la réalisation du soin de la chambre implantable et/ou du PICC-MID Line.

- **En 2017, 3 formations : 83 infirmiers à domicile ont été formés** (2 n'ont suivi qu'1 des 2 modules et n'ont donc pas pu signer la convention avec le GHDC).
- **En 2018, 4 formations : 91 infirmiers à domicile ont été formés** (19 n'ont suivi qu'1 des 2 modules et n'ont donc pas pu signer la convention avec le GHDC).
- **En 2019, 3 formations : 69 infirmiers à domicile ont été formés** (11 n'ont suivi qu'1 des 2 modules et n'ont donc pas pu signer la convention avec le GHDC).
- **En 2022**, considérant que la majorité des infirmiers a suivi la formation, la méthodologie sera adaptée et proposée sous forme d'information accompagnée d'un e-learning en collaboration avec le GHDC et l'ISPPC.

En 2023, plusieurs échanges ont lieu avec les 3 hôpitaux pour la mise en place de l'HAD. Une procédure commune devrait voir le jour en 2024.

Lutte contre la pandémie COVID-19

Le SISD Carolo, en partenariat avec la FAGC et le CREPIC, a mis en place une stratégie de lutte contre le COVID à Charleroi

18.1. Vaccination

En 2023, le SISD a épaulé le consortium infirmier et le cercle de médecins généralistes (FAGC) par son appui **organisationnel et administratif** :

- Recensement des infirmiers vaccinateurs
- Gestion complète des plannings vaccinateurs et élaboration de la procédure
- Gestion des emails liés à la vaccination

18.2. OSTA Carolo – équipe mobile de lutte contre les épidémies



Dès 2020, la FAGC a répondu à l'appel à projets pour la constitution d'équipes mobiles de lutte contre les épidémies ou Outbreak Support Team ambulatoires (OSTA). Le porteur de projet doit être un cercle de médecine générale agréé. Celui-ci peut s'associer à un Service Intégré de Soins à Domicile et un Centre de Coordination des Soins et de l'Aide à Domicile. La

FAGC a fait le choix de s'associer au SISD Carolo et au SCSAD pour répondre à cette exigence. Il était évident pour le SISD d'impliquer également le CLPS (Centre Local de Promotion de la Santé Charleroi-Thuin) qui a répondu favorablement à la démarche entreprise.

En 2020, un premier arrêté ministériel a balisé les missions pour une année. Celui-ci a été reconduit en 2021 ainsi qu'en 2022. Un travail s'effectue afin de pérenniser le projet dans le cadre d'un plan pluriannuel. En effet, en 2023, l'Osta carolo a répondu à l'appel à candidatures en vue de l'agrément Centre d'opérationnalisation en médecine préventive relatif au programme de médecine préventive Outbreak support team.

L'équipe de direction et administrative du SISD Carolo est impliquée de manière opérationnelle dans l'OSTA Carolo.

L'OSTA carolo est donc née le 1/09/2020*. Il s'agit d'une équipe mobile soumis au secret professionnel composée de :

- Médecins généralistes (dont Dr Pierre Bets, Président SISD Carolo)
- Infirmiers (dont Claude Decuyper, Directeur SISD Carolo)
- Support administratif (dont Julie Pouleur, Employée administrative SISD Carolo) → fin 31/12/2023

Le territoire de l'OSTA comprend la zone de soins (o8), identique à celle du SISD Carolo mais en y ajoutant la botte du Hainaut.

Objectifs :

En collaboration avec la Cellule de Surveillance des Maladies Infectieuses de l'AVIQ, la première ligne de soins et les structures existantes, lutter contre les épidémies et l'amélioration de la qualité des soins.

Apporter aide et soutien dans les collectivités et dans les communautés locales pour guider efficacement les mesures de prévention et de gestion des épidémies, celle de la CoViD-19 (SARS-CoV-2 alias « coronavirus ») mais aussi pour toute maladie infectieuse, avec prise en compte particulière des publics les plus fragiles et en s'adaptant aux réalités de terrain.

Ils se basent sur les recommandations et les actualités émises par Sciensano, l'ONE et l'AVIQ.

Les missions sont triples :

- **L'apport d'une expertise épidémiologique pour l'identification, l'investigation et la surveillance des clusters, en lien avec la Cellule de Surveillance des maladies infectieuses de l'AVIQ (SURVMI):** l'équipe est encore intervenue dans certains clusters covid mais également pour des clusters gale dans des MR/MRS, des collectivités de l'enfance ou de sans-abrisme. Elle a également effectué des visites préventives dans les MR/MRS de sa zone. Expertise en collaboration avec les autres OST sur plusieurs thématiques exemple : TIAC(toxi-infection alimentaire collective), PIU, vaccination, gale-streptocoque, fiches portes hygiène ...
- **Les actions de sensibilisation et de formation :** en 2023, la recherche-action grippe s'est terminée avec la collaboration de 3 MRS et du Dr Carton Dounia. Des sensibilisations sur la gale, l'hygiène, la vaccination et la tuberculose de la population ukrainienne, le lavage des mains ont été mises en place sur le terrain. L'équipe a alimenté la newsletter de la FAGC en présentant plusieurs informations importantes concernant par exemple les maladies à déclaration obligatoire. L'OSTA a également animé un séminaire pour les assistants en médecine générale sur ce sujet et prochainement des Glems.
- **La coordination avec les acteurs de terrain et les différents niveaux de pouvoir (communaux, régionaux, provinciaux) :** poursuite des partenariats déjà effectués l'année précédente (Charleroi Ville Santé, CLPS, PSE...) consolidés par une convention de collaboration pour certains (maison d'accueil, CPAS de Charleroi...), participation au colloque « La multirésistance : première cause de décès dans le monde en 2050 » de l'AVIQ, colloque « Accès aux soins de santé de proximité » de Charleroi Ville Santé, collaboration plus importante avec les HOST (Hospital Outbreak Support Team) par exemple brochures, groupes de travail, séminaire...

+ d'informations : www.ostacarolo.be

Réseau Santé Wallon (RSW)⁸

19.1. Projet pilote Réseau Santé Wallon 2.0

19 Pour rappel, le SISD Carolo fait partie du comité de pilotage du RSW et est impliqué depuis plusieurs années dans le projet pilote du Réseau Santé Wallon 2.0 dont les objectifs principaux sont l'encodage d'une équipe soignante et le partage de documents médicaux via une plate-forme sécurisée.

Le caractère novateur du projet a permis l'accès à des professionnels de soins non médecins (infirmiers, diététiciens, podologues).

Ces derniers ont désormais accès aux **rapports de leur discipline** (ex. un infirmier peut consulter les rapports infirmiers hospitaliers...), peuvent publier leurs propres rapports et une **note dans le journal**.

Les infirmiers peuvent également consulter :

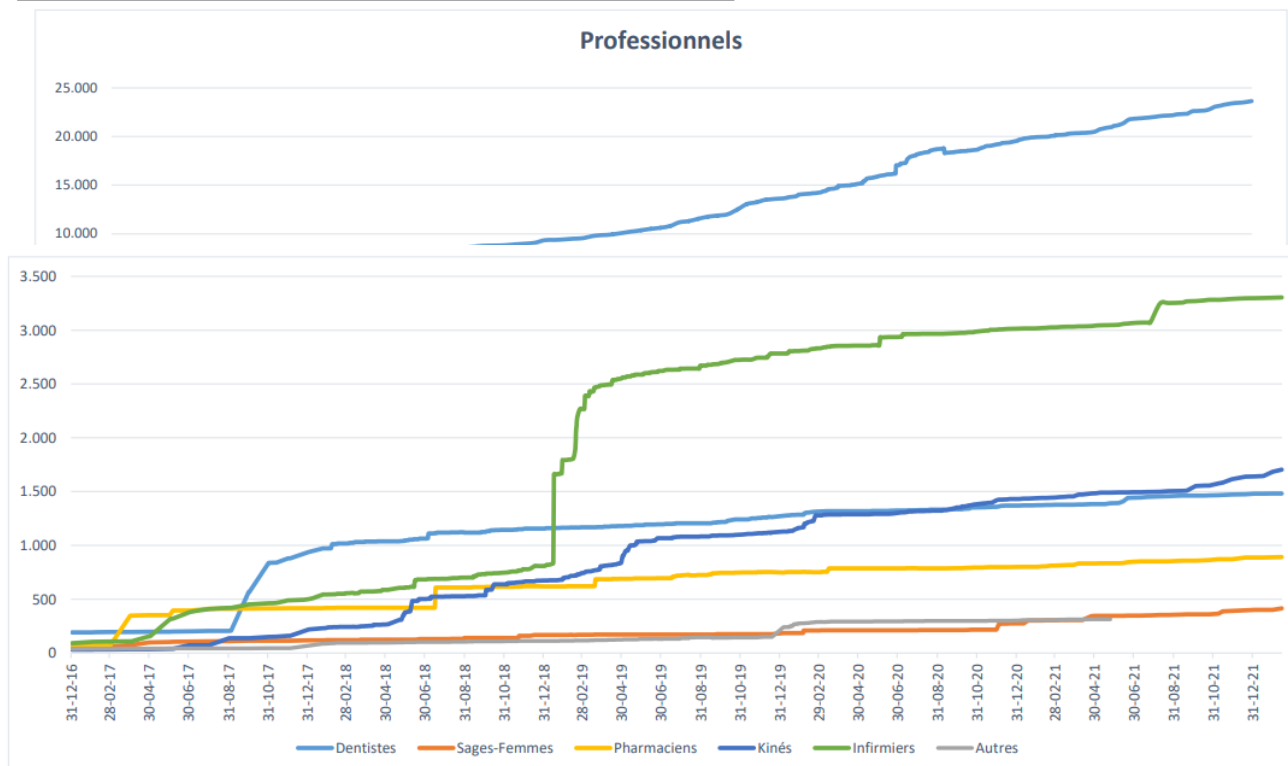
- le résumé du SUMEHR publié par le médecin traitant (schéma de médication, allergies, vaccins)
- les données de trajet de soins
- les mesures de télémonitoring

Depuis 2019, les **infirmiers éducateurs en diabétologie** peuvent également accéder :

- aux rapports de médecine interne (diabétologie)
- aux rapports de laboratoire

En 2021, le comité de pilotage RSW a réfléchi à l'élargissement des accès pour les infirmiers dans des situations de prise en charge « lourde ».

Nombre de professionnels inscrits :	23.644
--	---------------



⁸ Voir annexe : statistiques détaillées RSW

Tests RSW 2.0

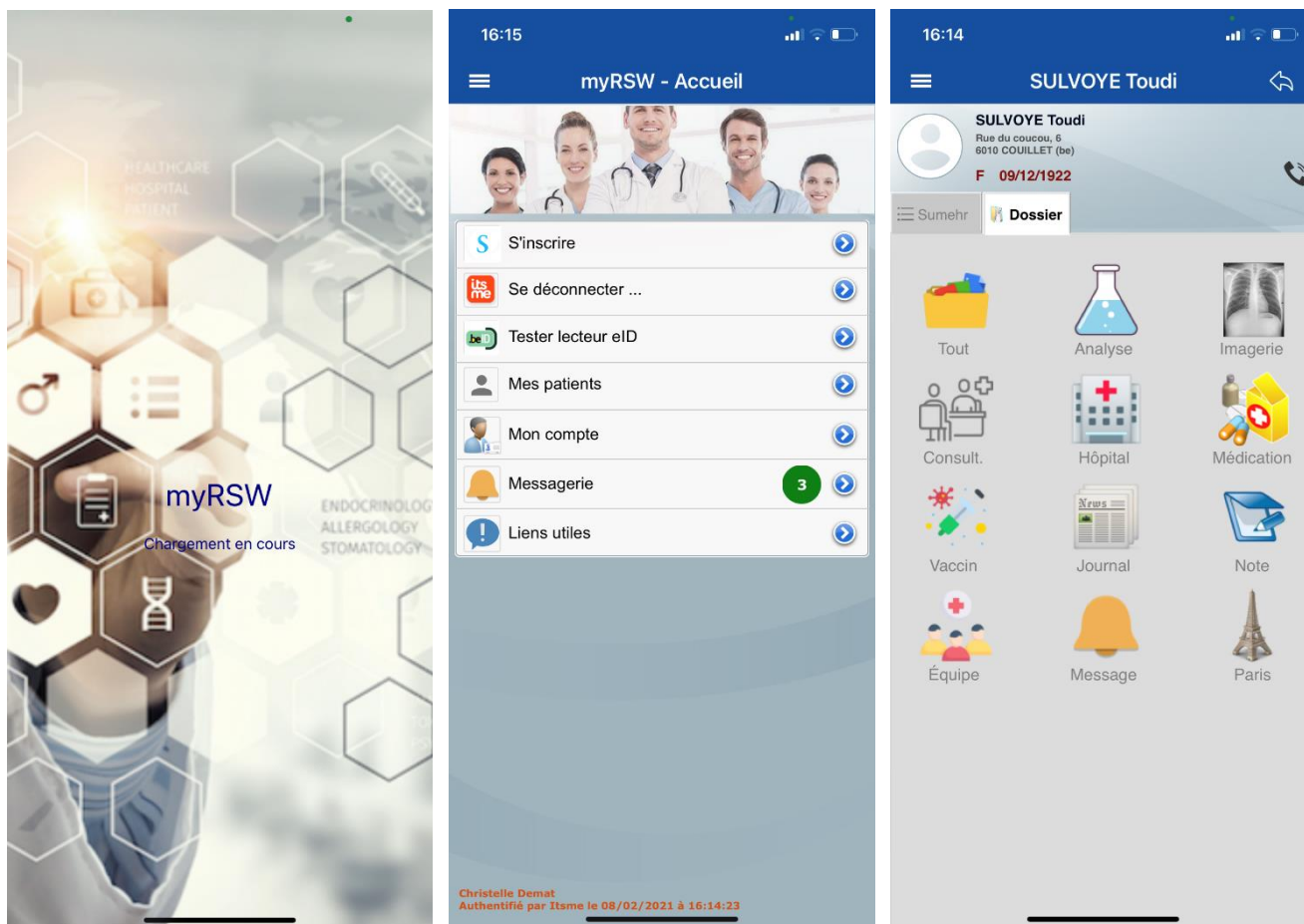
Depuis juin 2019, le SISD et le RLM carolo testent la **version 2.0** du portail RSW.

Ils ont constitué 8 binômes médecins généralistes – infirmiers afin de réaliser des tests sur des patients communs.

Nouvelles fonctionnalités (ou améliorées) : journal multidisciplinaire partagé, schéma de médication partagé, SUMEHRS, rétinopathie, trajet de soins, équipe soignante...

Un « étiquetage » des informations partagées est maintenant possible et permet de créer des filtres de recherche afin de trouver plus facilement une information dans le dossier du patient.

Les tests ont été concluants et ont permis d'apporter des pistes d'amélioration avant sa mise en production.



19.2. Application mobile MyRSW

Depuis le mois d'août 2020, le SISD Carolo a intégré le comité de pilotage du RSW.

Il est également partenaire actif du projet pilote pour l'application mobile multidisciplinaire MyRSW.

Celle-ci est en cours de développement et de test afin de faciliter l'accès aux données médicales des patients à partir d'un smartphone ou d'une tablette.

Une de ses fonctionnalités novatrices est le service de messagerie instantanée sécurisée.

Le SISD a constitué un groupe de testeurs de professions différentes (médecin généraliste, infirmier, kiné, psychologue, diététicien...)

La diffusion de l'application à plus large échelle débutera après la phase test.

C. SITE WEB

Le site est disponible depuis début janvier 2007 à l'adresse suivante : www.sisdcarolo.be

Afin d'offrir plus d'ergonomie et d'interactivité, le site web s'est vu repensé dans son entièreté en collaboration avec un webmaster en 2022.

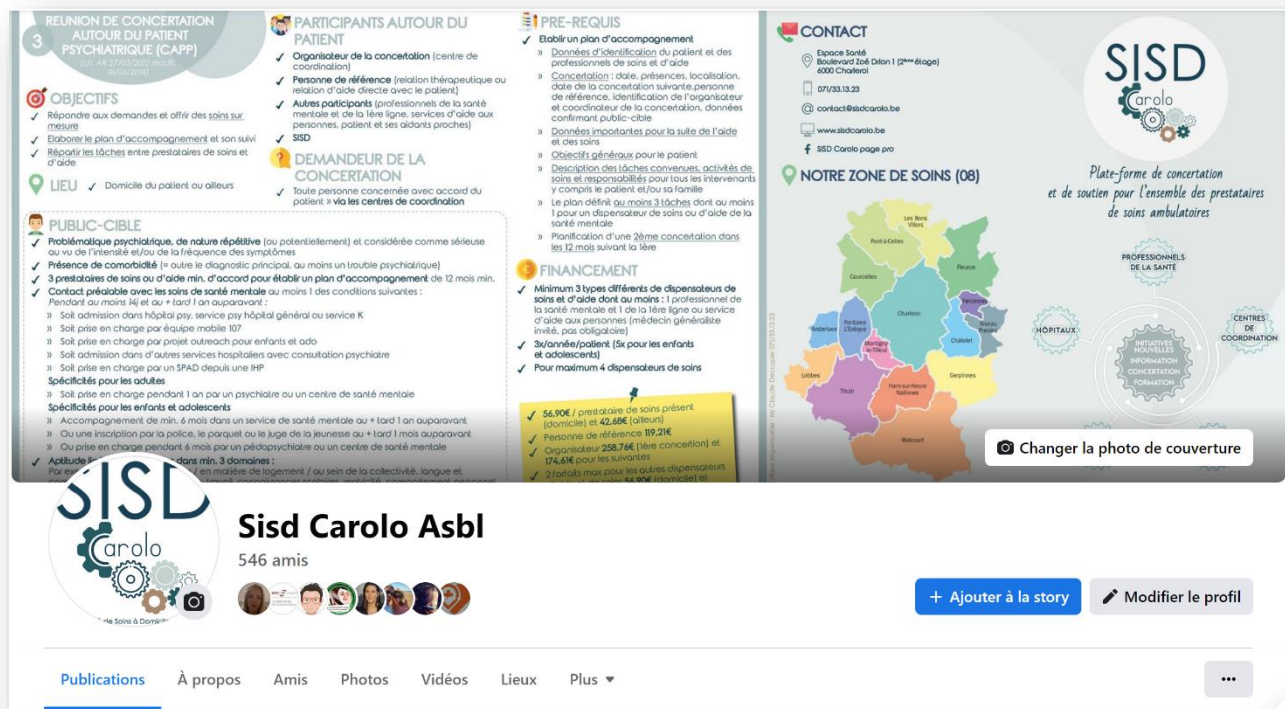
Un cadastre digital des professionnels de 1ère ligne devait être développé et intégré au site web mais son coût et sa faisabilité ne l'ont pas permis.

Les rubriques principales sont :

- *accueil*
- *qui sommes-nous ?*
- *composition*
- *législation*
- *missions*
- *concertation*
- *projets autres SISD*
- *centres de coordination*
- *info/actualités*
- *liens*
- *agenda*
- *photos*
- *contact*



D. PAGE FACEBOOK



Afin d'améliorer la visibilité et dynamiser les événements organisés par le SISD ou ses partenaires, une page Facebook professionnelle a été créée le 20 novembre 2014.

Elle est uniquement dédiée à informer les professionnels (du secteur de la santé et de l'aide) sur les conférences, formations, colloques organisés.

Cette information continuera également à être transmise par e-mail.

Actuellement, **712 amis Facebook** et **509 abonnés à la page professionnelle**. Il s'agit essentiellement de professionnels de la santé et de travailleurs sociaux.

E. NOTRE FONCTIONNEMENT⁹

Zone de soins

Le SISDCarolo exerce ses différentes missions sur la **zone de soins o8** s'étalant sur les communes reprises dans le tableau ci-dessous.

1.

Commune	Population au 1/1/2019	Population au 1/1/2020	Population 1/1/2021	Population 1/1/2022	Population 1/1/2023
Aiseau-Presles	10.743	10.739	10.790	10.900	10.903
Anderlues	12.261	12.362	12.429	12.498	12.601
Charleroi	202.267	202.746	201.837	202.421	203.785
Châtelet	35.903	35.668	35.567	35.527	35.512
Courcelles	31.299	31.197	31.053	31.418	31.299
Farciennes	11.316	11.255	11.251	11.233	11.335
Fleurus	22.918	23.056	22.975	22.923	22.832
Fontaine-l'Evêque	17.806	17.838	17.959	17.999	18.041
Gerpennes	12.716	12.808	12.735	12.771	12.831
Les Bons Villers	9.451	9.467	9.463	9.510	13.811
Lobbes	5.832	5.818	5.861	5.867	9.540
Montigny-le-Tilleul	10.112	10.132	10.130	10.125	5.919
Pont-à-Celles	17.371	17.251	17.337	17.449	10.116
Ham-sur-Heure-Nalinnes	13.623	13.621	13.655	13.725	17.549
Thuin	14.702	14.703	14.787	14.907	14.922
Walcourt	18.430	18.407	18.355	18.429	18.398
Zone de soins carolo o8	446.750	447.068	446.184	447.432	449.394
Belgique	11.431.406	11.492.641	11.521.238	11.584.008	11.697.557

Source : <https://bestat.economie.fgov.be/bestat/crosstable.xhtml?view=c85d8545-ce8a-444b-908d-9fb278d672ea>

⁹ Voir annexe : dépliant SISD Carolo

Zone de soins FAGC - SISDCarolo - SCSAD



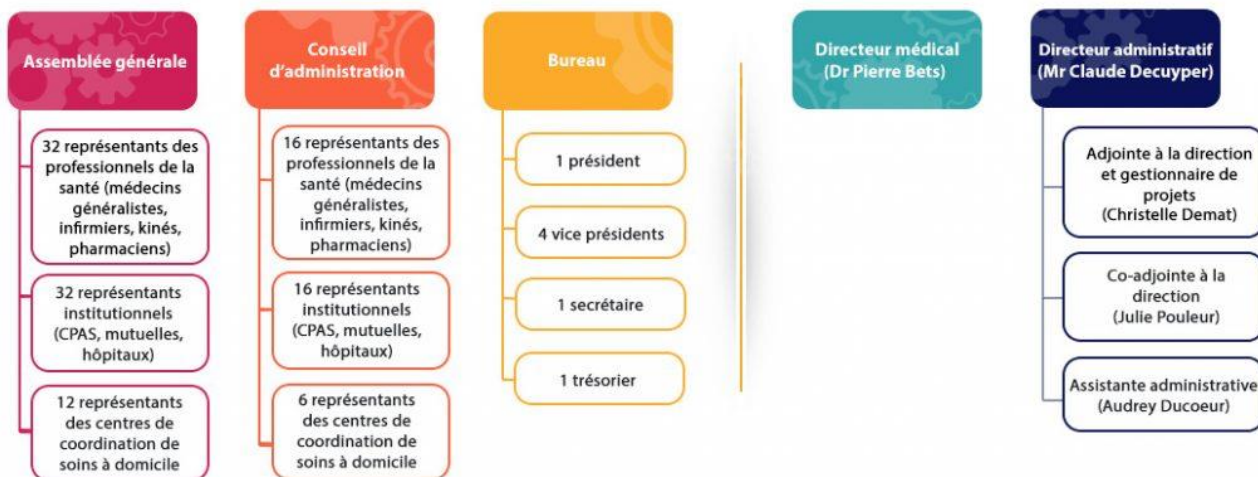
Cadre législatif

- 2.
- Circulaire SISD 2018/01 : reprise du financement par l'AVIQ au 1er janvier 2019 : modalités de transition
 - Arrêté royal du 12/06/2013 modifiant l'arrêté royal du 15 décembre 2009 fixant les conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités accorde un financement aux services intégrés de soins à domicile
 - Circulaire 2013/1 de janvier 2012 adressée aux Services Intégrés de Soins à Domicile : indexation des interventions à partir du 1^{er} janvier 2013.
 - Arrêté royal du 15/12/2009 fixant les conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités accorde un financement aux services intégrés de soins à domicile.
 - Circulaire 2009/1 du 10/12/2008 adressée aux Services Intégrés de Soins à Domicile : indexation des interventions à partir du 1^{er} janvier 2009.
 - Règlement du 6/11/2006 modifiant le règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.
 - Arrêté ministériel du 24/10/2006 modifiant l'arrêté ministériel du 18 novembre 2005 fixant le montant et les conditions dans lesquelles une intervention peut être accordée pour les prestations définies à l'article 34, alinéa 1er, 13°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.
 - Arrêté royal du 22/10/2006 modifiant l'arrêté royal du 14 mai 2003 déterminant les prestations définies à l'article 34, alinéa 1^{er}, 13° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.
 - Arrêté royal du 22/10/2006 fixant les conditions dans lesquelles le comité de l'assurance peut conclure des conventions en application de l'article 56, §2, alinéa 1er, 3°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, pour le financement des projets thérapeutiques en matière de soins de santé mentale.
 - Arrêté ministériel du 18/11/2005 fixant le montant et les conditions dans lesquelles une intervention peut être accordée pour les prestations définies à l'article 34, alinéa 1er, 13°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.
 - Arrêté royal du 16/11/2005 modifiant l'arrêté royal du 14 Mai 2003 fixant les conditions dans lesquelles une intervention peut être accordée pour les prestations définies à l'article 34,13° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.
 - Arrêté royal du 14/05/2003 fixant les conditions dans lesquelles une intervention peut être accordée pour les prestations définies à l'article 34,13° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.
 - Arrêté ministériel du 17/07/2002 fixant les critères de programmation des services intégrés de soins à domicile.
 - Arrêté royal du 8/07/2002 fixant les normes pour l'agrément spécial des services intégrés de soins à domicile.

Remarque : ces textes peuvent être consultés sur le site web du SISD : www.sisdcarolo.be ou www.ejustice.just.fgov.be/cgi/welcome.pl ou <https://www.aviq.be/transfert-INAMI.html>

Composition

Chargé de la gestion journalière : Mr Claude Decuyper



Permanence

Le secrétariat est ouvert du lundi au vendredi de 8h30 à 17h (jusque 15h le vendredi)

Tâches

Outre les tâches de secrétariat général, l'équipe administrative répartit son temps de travail comme suit :

- Recensement des prestataires et services de soins ambulatoires + tenue à jour des listings
- Organisation et participation aux réunions / formations / informations destinées aux prestataires de soins ambulatoires
- Réalisation du rapport d'activités annuel
- Comptabilité : gestion des paiements, préparation du rapport financier et de la demande de subside, dépôt des comptes annuels au greffe du tribunal, facturation et suivi des réunions de concertation...
- Promotion du SISDCarolo : création et mise à jour du site web www.sisdcarolo.be, réalisation de divers supports (affiches, PowerPoint, dépliants ...), présentation de l'asbl lors de conférences, colloques, sensibilisations ...
- Mise en place et suivi des projets fédéraux et locaux (Cfr. en fin de chaque rubrique "projet")
- Gestion/promotion du RLM
- Support administratif de l'OSTA Carolo
- Support administratif du RLM
- Support logistique de la vaccination/consortium infirmier
- ...

F. TABLE DES ILLUSTRATIONS

FIGURE 1 : ÉVOLUTION DU NOMBRE DE RÉUNIONS DE CONCERTATION DE 2004 À 2022	6
FIGURE 2 : PARTICIPATION DES PRESTATAIRES DE SOINS ET D'AIDE	6
FIGURE 3 : NOMBRE DE PRESTATAIRES DIFFÉRENTS AYANT PARTICIPÉ AUX RÉUNIONS DE CONCERTATION 2021 - 2022.	7
FIGURE 4 : NOMBRE DE RÉUNIONS DE CONCERTATION PAR RÉGION REPRÉSENTÉE PAR UNE ASSOCIATION 2021 – 2022	8
FIGURE 5 : NOMBRE DE RÉUNIONS DE CONCERTATION PAR ASSOCIATION DE MÉDECINS GÉNÉRALISTES 2021 – 2022.....	9
FIGURE 6 : LIEUX DES RÉUNIONS DE CONCERTATION	10
FIGURE 7 : PRESENCE DU PATIENT ET DE SON ENTOURAGE	10
FIGURE 8 : NOMBRE DE RÉUNIONS DE CONCERTATION AUTOUR DU PATIENT PSYCHIATRIQUE DE 2013 À 2022	13
FIGURE 9 : NOMBRE DE PERSONNES FORMEES RCP - DEA 2019.....	31
FIGURE 10 : TOTAL FORMATIONS RCP - DEA DE 2016 À 2019.....	32

G.ANNEXES

(1) Dossier de concertation – plan de soins perte d'autonomie physique



Service Intégré de Soins à Domicile Carolo asbl

boulevard Zoé Drion 1 (2^{ème} étage)

6000 CHARLEROI

Dossier de concertation

dans le cadre de la concertation multidisciplinaire autour du patient en perte d'autonomie physique

- Version du 23/12/2019 -

DONNÉES D'IDENTIFICATION DU PATIENT (compléter ou apposer une vignette organisme assureur)

NOM - Prénom :

Adresse :

Date de naissance :

N° d'inscription organisme assureur :

Ou collez ici la vignette mutuelle

Pour mémoire, le service intégré de soins à domicile organise et valide la concertation. **Pour que le SISD puisse facturer vos honoraires de concertation, il est impératif de fournir conformément à l'Arrêté Royal du 16 novembre 2005 modifiant celui du 14 mai 2003 :**

1. Une déclaration du médecin généraliste certifiant que le patient séjourne à domicile ou est admis dans une institution où un retour à domicile est planifié dans un délai de 8 jours et pour laquelle on suppose qu'il restera encore au moins un mois à domicile avec une diminution d'autonomie physique comme décrit dans la définition donnée à l'article 1^{er}, 8^o de l'Arrêté Royal susmentionné.
2. L'accord du patient ou de son représentant pour la tenue de cette réunion.
3. Une copie du rapport d'évaluation mentionnant les noms du patient et des dispensateurs de soins ou d'aide concernés, signé par ces dispensateurs de soins ou d'aide.
4. Le plan de soins élaboré sur base de la grille RAI (Residence Assessment Instrument) avec au minimum :
 - les soins programmés du patient,
 - le bilan fonctionnel des activités de la vie quotidienne et des activités instrumentales de la vie quotidienne,
 - le bilan du réseau de soins formel et informel,
 - le bilan de l'environnement et de son adaptation éventuelle,
 - la répartition des tâches entre dispensateurs de soins et dispensateurs d'aide,
 - la signature et l'identification de la personne qui rédige le plan de soins.

DOSSIER N° ... /2020

Tél. : 071/33.13.23

Fax : 071/32.53.12

e-mail : sisdcarolo@skynet.be

site web : www.sisdcarolo.be



N° entreprise : 862763827

N° INAMI : 947.026.82.002

IBAN : BE96 1325 0143 7905

BIC : BNAGBEBB

Banque : Nagelmackers

Partie 1 : accord du patient

Déclaration du patient (ou son représentant)

- Je,
.....*
(nom du patient ou nom et adresse du représentant) déclare marquer mon accord sur les participants dans la concertation.

Si le patient ou une personne de son entourage qu'il a désignée ne désire pas être présent, le patient (ou son représentant) doit signer la déclaration suivante :

- Je,
.....*
déclare que ma présence ou celle d'une personne désignée par moi n'est pas nécessaire à la concertation multidisciplinaire susmentionnée.

Date : .. / .. /

Signature :

Partie 2 : attestation du médecin généraliste

Déclaration du médecin généraliste

Je soussigné(e),, docteur en médecine, certifie par la présente que Mme, Mr **séjourne à domicile ou** est admis(e) dans une institution où un **retour à domicile** est planifié **dans un délai de 8 jours** et pour lequel(laquelle) on suppose qu'il(elle) **restera encore au moins 1 mois à domicile** avec une diminution d'autonomie physique.

Faite à, le

Signature et cachet

Partie 3 : plan de soins

InterRAI-HC

InterRAI soins à domicile (HC)

(coder l'état durant les 3 derniers jours, sauf autre indication)

SECTION A : INFORMATIONS D'IDENTIFICATION

1) NOM

2 premières lettres du nom / - / - / 1^{ère} lettre du prénom / - /

2) SEXE

1. Masculin 2. Féminin

3) DATE DE NAISSANCE

Jour - mois - année

		-			-				
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

4) ETAT MATRIMONIAL

1. Jamais marié/e
2. Marié/e
3. Vivant maritalement
4. Veuf/ve
5. Séparé/e
6. Divorcé/e

5) N° D'IDENTIFICATION DE LA PERSONNE

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

6) IDENTIFICATION DU SERVICE (en clair)

7) SOURCES DE PAIEMENT

(à qui la facture est-elle adressée ?)

0. Non 1. Oui

- a. Client
- b. Famille
- c. Assurance maladie
- d. Aide sociale
- e. APA (F)
- f. Autre

8) RAISON DE L'EVALUATION

1. Evaluation initiale
2. Réévaluation de routine
3. Evaluation de retour - ex. retour de l'hôpital
4. Réévaluation pour changement significatif de l'état de santé
5. Evaluation de sortie, couvre les 3 derniers jours du service
6. Suivi de la sortie du service (ne remplir que les sections S et T)
7. Autre (par ex. : recherche)

9) DATE DE REFERENCE POUR L'EVALUATION

Jour - mois - année

		-			-				
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

10) BUTS DES SOINS DECLARES PAR LA PERSONNE

Entrer le but principal dans les cases ci-dessous

--

11) CODE POSTAL DU LIEU DE RESIDENCE HABITUEL

--	--	--	--	--	--

12) LIEU DE VIE AU MOMENT DE L'EVALUATION

1. Habitation privée/appartement/chambre louée
2. Résidence service ou établissement d'hébergement ou foyer logement
3. Maison de santé mentale - par ex. petite unité de vie psychiatrique
4. Petite unité pour personnes handicapées physiques
5. Etablissement pour personnes handicapées mentales
6. Unité ou hôpital psychiatrique
7. Sans domicile fixe
8. Etablissement de soins de longue durée
9. Hôpital/service de rééducation
10. Unité de soins palliatifs
11. Unité/hôpital de soins aigus
12. Etablissement carcéral
13. Autre, précisez

13) CONDITIONS DE VIE

a. Vit

1. Seul
2. Avec époux/compagnon uniquement
3. Avec époux/compagnon et autre(s)
4. Avec enfant mais sans conjoint
5. Avec parents
6. Avec frère ou sœur
7. Avec d'autres membres de la famille
8. Avec d'autres sans parenté

b. Par rapport à il y a 3 mois (ou depuis la dernière évaluation) la personne vit maintenant avec quelqu'un de nouveau - ex. : a déménagé chez une autre personne ou une autre personne a emménagé

0. Non 1. Oui

c. La personne, ou l'aidant principal, estime qu'elle serait mieux si elle vivait ailleurs

0. Non 1. Oui

14) TEMPS DEPUIS LA DERNIERE HOSPITALISATION

Coder l'épisode le plus récent au cours des 90 DERNIERS JOURS.

0. Pas d'hospitalisation au cours des 3 derniers mois
1. Entre 31 et 90 jours
2. Entre 15 et 30 jours
3. Entre 8 et 14 jours
4. Durant la dernière semaine
5. Est hospitalisé actuellement

SECTION B : ADMISSION ET HISTORIQUE INITIAL

1. DATE DE DEBUT DE SERVICE

Jour – mois - année

-

2. +

3. LANGUE USUELLE

1. Français 2. Si non, précisez :

4. HISTOIRE RESIDENTIELLE DANS LES 5 ANNEES PRECEDENTES

Coder pour tout établissement où a vécu la personne durant les 5 années précédant la date où le service commence (item B1)

0. Non 1. Oui

- a. Etablissement de soins de longue durée
Par ex. : EHPAD, service de long séjour hospitalier
- b. Etablissement médico-social d'hébergement ou foyer logement
- c. Etablissement de santé mentale
Par ex. : foyer pour malades mentaux
- d. Hôpital / ou unité psychiatrique
- e. Etablissement pour handicapés mentaux

SECTION C : COGNITION

1. FACULTES COGNITIVES POUR LES DECISIONS COURANTES

Décisions concernant les tâches de la vie quotidienne – par ex. quand se lever ou prendre les repas, quels vêtements porter ou quelles activités à faire

- 0. Indépendant - décisions logiques et raisonnables
- 1. Indépendance relative - quelques difficultés seulement dans les situations nouvelles
- 2. Déficience minime – dans des situations particulières, décisions de faible qualité ou dangereuses, a besoin d'indications et de supervision
- 3. Déficience modérée - décisions presque toujours pauvres ou risquées, ayant nécessité indications/surveillance en permanence
- 4. Déficience sévère - ne prend pratiquement jamais de décisions
- 5. Pas de conscience décelable (passez à la section E)

2. MEMOIRE CAPACITE DE SE SOUVENIR

Coder le rappel de ce qui a été appris ou su

0. Mémoire OK 1. Problème de mémoire

- a. Mémoire à court terme OK - semble se rappeler après 5 minutes
- b. Mémoire procédurale OK - peut accomplir toutes ou la plupart des étapes séquentielles de tâches complexes sans stimulation
- c. Mémoire de situation OK - reconnaît A LA FOIS les visages/noms des soignants fréquemment rencontrés ET connaît la situation des lieux régulièrement visités (chambre, salle à manger)

3. FLUCTUATIONS DE LA PENSEE OU DE L'ETAT DE CONSCIENCE

(Note : une évaluation précise demande un entretien avec le personnel et la famille qui ont une connaissance directe du comportement du client pendant cette période)

- 0. Comportement pas observé
- 1. Comportement observé, mais compatible avec le fonctionnement habituel
- 2. Comportement observé durant les 3 derniers jours ET qui diffère de l'habituel (par ex. comportement nouveau ou détérioration par rapport à il y a quelques semaines)

- a. Facilement distrait
Par ex. : difficulté de concentration, dévie de son sujet
- b. Episodes de discours incohérent
Par ex. discours dénué de sens ou hors de propos, sautant d'un sujet à l'autre, sans suite logique
- c. Fonction mentale variant en cours de journée
Par ex. : tantôt mieux, tantôt pire
- d. Pas d'audition

4. BRUSQUE CHANGEMENT DANS L'ETAT MENTAL DE LA PERSONNE PAR RAPPORT A L'ETAT HABITUEL

Ex. agitation motrice, léthargie, difficulté à rester éveillé, perception altérée de l'environnement

0. Non 1. Oui

5. CHANGEMENT DES FACULTES POUR PRENDRE LES DECISIONS QUE 90 JOURS AUPARAVANT (OU DEPUIS LA DERNIERE EVALUATION)

- 0. Améliorée
- 1. Pas de changement
- 2. Plus déficient
- 3. Incertain

SECTION D : COMMUNICATION ET VISION

1. SE FAIRE COMPRENDRE (expression)

Expression du contenu de l'information – à la fois verbale et non verbale

- 0. Est compris – exprime ses idées sans difficultés
- 1. Est généralement compris – difficultés pour trouver ses mots et aller au bout de sa pensée MAIS si on laisse du temps peu ou pas d'aide requise
- 2. Est souvent compris – difficultés à trouver ses mots, aller au bout de sa pensée ET aide habituellement requise
- 3. Est parfois compris – capacité limitée à l'expression de demandes concrètes
- 4. Rarement ou jamais compris

2. CAPACITE A COMPRENDRE LES AUTRES (compréhension)

Compréhension du contenu d'informations verbales avec prothèse auditive si utilisée

- 0. Comprend – bonne compréhension
- 1. Comprend généralement – manque quelques parties/buts du message MAIS comprend l'essentiel de la conversation sans ou avec peu d'aide

2. **Comprend souvent** – manque quelques parties/buts du message mais avec de l'aide peut souvent comprendre la conversation
3. **Comprend parfois** – répond adéquatement seulement à un message simple et direct
4. **Comprend rarement ou jamais**

3. AUDITION

Capacité à entendre (avec appareil auditif, s'il est habituellement utilisé)

0. **Adéquate** – pas de difficulté dans conversation courante, échange social, écoute de la TV)
1. **Difficulté minimale** – difficulté dans certains environnement
Ex. quand une personne parle doucement ou est à plus de 2 mètres
2. **Difficulté moyenne** – problème pour entendre une conversation normale, requiert un environnement calme pour bien entendre
3. **Difficulté sévère** – difficulté dans toutes les situations
Ex. l'interlocuteur doit élever le ton ou parler très lentement ou la personne rapporte que toutes les paroles sont marmonnées
4. **Pas d'audition**

4. VISION

Capacité de voir, dans une lumière adéquate et avec lunettes ou d'autres moyens auxiliaires, si utilisés

0.
1. **Adéquate** – distingue les détails, y compris les caractères ordinaires des journaux/livres
2. **Difficulté minimale** – lit les gros caractères mais non les caractères ordinaires des journaux/livres
3. **Difficulté moyenne** – vision limitée, ne lit pas les titres des journaux mais reconnaît les objets
4. **Difficulté sévère** – identification des objets en question mais semble suivre les objets des yeux, ne voit que les lumières, les couleurs, les formes
5. **Pas de vision**

SECTION E : HUMEUR ET COMPORTEMENT

1. MANIFESTATIONS D'HUMEUR DEPRESSIVE ANXIEUSE OU TRISTE DURANT LES 3 DERNIERS JOURS

Quelle qu'en soit la cause (note : demandez à la personne)

Coder les indicateurs observés chaque fois que possible

0. **Non présents**
 1. **Présents mais non observés durant les 3 derniers jours**
 2. **Manifestés 1-2 jours des 3 jours**
 3. **Manifestés chacun des 3 jours**
-
- a. **Emet des expressions négatives**
Par ex. : « rien ne compte, il vaudrait mieux être mort, à quoi ça sert, regrette d'avoir vécu si longtemps, laissez-moi mourir »
 - b. **Perpétuelle colère envers soi-même ou envers les autres**

Par ex. : facilement dérangé, colère envers les soins reçus

- c. **Expression (incluant des non verbales) de craintes paraissant non fondées**
Par ex. : peur d'être abandonné, d'être laissé seul, d'être avec les autres ou crainte intense
- d. **Plaintes somatiques répétées**
Par ex. : cherche de façon persistante un avis médical, concerné de façon obsessionnelle par les fonctions corporelles
- e. **Plaintes anxieuses/inquiétudes (ne concernant pas la santé)**
Par ex. : demande constamment de l'attention/réassurance concernant les horaires, repas, lavage du linge, vêtements, relations avec autrui
- f. **Visage exprimant tristesse, douleur ou inquiétude**
Par ex. : front soucieux, constamment sombre
- g. **Larmes et pleurs fréquents**
- h. **Expressions récurrentes que quelque chose de terrible va arriver**
Par ex. : croit qu'il va mourir, avoir une crise cardiaque
- i. **Retrait des activités intéressantes**
Par ex. : activités jusqu'ici appréciées ou à être avec sa famille/ses amis
- j. **Rapports sociaux réduits**
- k. **Expressions (y compris non verbales) de manque de plaisir dans la vie**
Par ex. : « je ne prends plus plaisir à rien », anhédonie

2. ITEMS D'HUMEUR RAPPORTES SPONTANEMENT

0. **Pas dans les 3 derniers jours**
1. **Pas durant les 3 derniers jours mais se sent souvent ainsi**
2. **1-2 jours des 3 derniers jours**
3. **Se sent ainsi chacun des 3 derniers jours**
4. **La personne ne pourrait (ne voudrait) répondre**

Demandez « avec quelle fréquence vous êtes-vous senti durant les 3 derniers jours ».

- a. **Avoir peu d'intérêt ou de plaisir pour les choses qui normalement sont agréables ?**
- b. **Anxieux, agité ou mal à l'aise ?**
- c. **Triste, déprimé ou sans espoir ?**

3. COMPORTEMENT PROBLEMATIQUE

Coder les indicateurs observés durant les 3 derniers jours quelle qu'en soit la cause

0. **Non présents**
1. **Présents mais non manifestés durant les 3 derniers jours**
2. **Manifestés 1-2 jours des 3 jours**
3. **Manifestés chacun des 3 jours**

- a. **Déambulation** – se déplace sans buts ni besoins apparents, au mépris de sa sécurité
- b. **Agressivité verbale**
Par ex. : menace, injurie, maudit autrui
- c. **Agressivité physique**
Par ex. : frappe, repousse, griffe, agresse sexuellement autrui
- d. **Comportement socialement inadapté/perturbateur**
Par ex. : émet des sons, des cris, des bruits

perturbateurs, crache, projette de la nourriture ou des selles, amasse des objets, fouille dans les affaires des autres

- e. **S'oppose aux soins de manière agressive**
Par ex. : refuse de prendre ses médicaments, recevoir ses injections, l'aide aux AVQ ou de manger

SECTION F : BIEN-ETRE PSYCHOSOCIAL

1. RELATIONS SOCIALES

(note : demandez chaque fois que possible à la personne)

- 0. Jamais
- 1. Il y a plus de 30 jours
- 2. Il y a 8 à 30 jours
- 3. Il y a 4 à 7 jours
- 4. Durant les 3 derniers jours
- 5. Incapable de déterminer

- a. **Participation à des activités intéressantes de longue date**
- b. **Visite d'une relation sociale de longue date ou d'un membre de la famille**
- c. **Autre contact avec une relation sociale de longue date/un membre de la famille.**
Par ex. : contact téléphonique ou par courrier électronique
- d. **Exprime ouvertement un conflit ou de la colère vis-à-vis de la famille ou des amis**
- e. **A peur d'un membre de la famille ou de l'entourage**
- f. **Négligé, abusé ou maltraité**

2. SOLITUDE

Dit ou indique qu'il se sent seul

- 0. Non 1. Oui

3. CHANGEMENT DANS LES ACTIVITES DURANT LES 90 DERNIERS JOURS (OU DEPUIS LA DERNIERE EVALUATION SI MOINS DE 90 JOURS)

Diminution de la participation dans des activités habituelles sociales, religieuses, de loisirs ou autres.

S'il y a une diminution, souffre de cette situation

- 0. Pas de diminution
- 1. Diminution, n'en souffre pas
- 2. Diminution, en souffre

4. LAPS DE TEMPS PENDANT LA JOURNEE (MATIN ET APRES-MIDI) OU EST SEUL

- 0. Moins d'1 heure
- 1. 1-2 heures
- 2. 3-8 heures
- 3. Plus de 8 heures

5. EVENEMENT STRESSANT DURANT LES 90 DERNIERS JOURS

Capacité éprouver de la colère sévère pour la personne, décès ou maladie sévère d'un proche membre de la famille/ami ; perte de logement ; perte majeure de revenus/capitaux ; victime de vol/agression ; perte du permis de conduire/de la voiture

- 0. Non 1. Oui

Le bilan fonctionnel des activités de la vie quotidienne (AVQ) et des activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ)

Section à remplir obligatoirement

SECTION G : ETAT FONCTIONNEL

1. PERFORMANCE ET CAPACITE POUR LES AIVQ

CODEZ la performance dans les activités habituelles du ménage durant les 3 DERNIERS JOURS.

CODEZ l'aptitude reposant sur la capacité présumée à assurer l'activité de façon aussi indépendante que possible. Cela requiert une certaine « spéculation » de la part de l'évaluateur

- 0. **Indépendant** – sans aide OU préparation supervision, aide, 1-2 fois
- 1. **Aide à la préparation seulement** – article ou aide technique procuré ou placé à proximité 3 fois ou plus
- 2. **Supervision** – surveillance/indication 3 fois ou plus OU surveillance/indication 1 fois ou plus et assistance physique donnée 1-2 fois
- 3. **Assistance limitée** – aide 3 fois ou plus pour la mobilisation des membres – OU – combinaison d'aide pour la mobilisation des membres ET plus d'aide 1 – 2 fois
- 4. **Assistance importante** – aide 3 fois ou plus nécessitant de la force physique par un seul aidant alors que la personne accomplit 50% ou plus des tâches
- 5. **Assistance maximale** – aide 3 fois ou plus nécessitant de la force physique par deux personnes ou plus OU aide nécessitant de la force physique pour plus de 50% des tâches
- 6. **Dépendance totale** – activité entièrement accomplie par d'autres durant l'ensemble de la période
- 7. **L'activité n'a pas été accomplie** durant l'ensemble de la période. (ne pas utiliser ce code lors de l'évaluation du score de la capacité)

- a. **Préparation des repas** – comment les repas sont préparés
Par ex. : planifier les menus, cuire, rassembler les ingrédients, faire la cuisine, préparer les plats et les couverts)
- b. **Ménage courant** – comment le ménage courant est fait
Par ex. : épousseter, ranger, faire la vaisselle, les lits, la lessive)
- c. **Gestion des finances** – comment sont payées les factures, sont équilibrés les comptes et les dépenses de la maison, est suivi le compte de la carte de crédit
- d. **Gestion des médicaments** – comment sont gérés les médicaments
Par ex. : se souvenir de les prendre, ouvrir les flacons, prendre le dosage correct, se faire les injections, appliquer des pommades)
- e. **Usage du téléphone** – comment les appels téléphoniques sont faits ou reçus (avec, si nécessaire, des aides techniques telles que des chiffres agrandis sur le téléphone ou un amplificateur)

| | PERFORMANCE | CAPACITE |
|-------------------------------------|-------------|----------|
| 0. Indépendant | | |
| 1. Aide à la préparation seulement | | |
| 2. Supervision | | |
| 3. Assistance limitée | | |
| 4. Assistance importante | | |
| 5. Assistance maximale | | |
| 6. Dépendance totale | | |
| 7. L'activité n'a pas été accomplie | | |
| a. Préparation des repas | | |
| b. Ménage courant | | |
| c. Gestion des finances | | |
| d. Gestion des médicaments | | |
| e. Usage du téléphone | | |

- f. **Escaliers** – comment est montée ou descendue une pleine volée de marches
Par ex. : 12 – 14 marches
- g. **Faire les courses** – comment se font les achats des aliments ou des articles ménagers
Par ex. : choisir les produits, payer, EXCLUT LES TRANSPORTS
- h. **Transports** – comment voyage-t-il ? par les transports publics (système de navigation, paiement du prix) ou conduit lui-même (comprend sortir de la maison, entrer et sortir du véhicule)

| | |
|--|--|
| | |
| | |
| | |

2. PERFORMANCE POUR LES AVQ

Codez la performance pendant une période de 24 heures, en considérant tous les épisodes de pratique de l'activité durant les 3 DERNIERS JOURS
(Note pour TOUTES LES AVQ si moins de 3 épisodes sur la période de référence de 3 jours, codez l'épisode où la dépendance est la plus élevée)

- 0. **Indépendant** – sans aide, préparation, supervision lors de tout épisode
- 1. **Indépendant, aide à la préparation seulement** – article procuré ou placé à proximité mais aucun épisode avec supervision ou assistance physique
- 2. **Supervision** – surveillance/indication 3 fois ou plus OU surveillance/indication 1 fois ou + et assistance physique donnée 1-2 fois
- 3. **Assistance limitée** – aide 3 fois ou plus pour la mobilisation des membres – OU – combinaison d'aide pour la mobilisation des membres ET plus d'aide 1-2 fois
- 4. **Assistance importante** – aide 3 fois ou plus nécessitant de la force physique par un seul aidant alors que la personne accomplit 50% ou plus des tâches
- 5. **Assistance maximale** – aide 3 fois ou plus nécessitant de la force physique par deux personnes ou plus OU aide nécessitant de la force physique pour plus de 50% des tâches
- 6. **Dépendance totale** – activité entièrement accomplie par d'autres durant l'ensemble de la période
- 7. **L'activité n'a pas été accomplie** durant l'ensemble de la période

- a. **Bain** – comment il prend un bain ou une douche. Comprend qu'il effectue le transfert dans et hors de la baignoire/douche ET comment chaque partie du corps est baignée : bras, jambes, cuisses, poitrine abdomen, région périnéale. EXCLUT LE LAVAGE DU DOS ET DES CHEVEUX
- b. **Hygiène personnelle** – comment il fait pour se laver les dents, se coiffer, se raser, se maquiller, se laver et s'essuyer le visage, les mains. EXCLUT BAIN ET DOUCHE
- c. **S'habiller la partie supérieure du corps** – comment il s'habille et se déshabille (vêtements pour l'extérieur, sous-vêtement), au dessus de la ceinture, y compris les prothèses, les attaches, les pull-overs, les appareillages orthopédiques, etc.

- d. **S'habiller la partie inférieure du corps** – comment il s'habille et se déshabille (vêtements pour l'extérieur, sous-vêtement), au dessus de la ceinture, y compris les prothèses, les ceintures, culottes, jupes, chaussures et attaches.
- e. **Marcher** – comment il marche entre deux points du même étage à l'intérieur
- f. **Locomotion** – comment il se déplace (en marchant ou en fauteuil roulant) entre deux points du même étage. Si en fauteuil roulant, indépendance une fois dans le fauteuil
- g. **Transfert vers et des toilettes** – comment il s'assied sur ou se lève du siège des toilettes ou de la chaise percée
- h. **Utilisation des toilettes** – comment il utilise les toilettes, (ou la chaise percée, le vase, l'urinal), s'essuie après leur utilisation ou un épisode d'incontinence, change ses protections, s'occupe d'une sonde urinaire ou d'une poche de colostomie, ajuste ses vêtements. EXCLUT TRANSFERT SUR OU DES TOILETTES
- i. **Mobilité dans le lit** – comment il se redresse, s'étend, se tourne et s'installe en bonne position lorsqu'il est au lit
- j. **Alimentation** – comment il mange et boit (indépendamment de son habilité), comprend se nourrir par n'importe quel moyen. *Par ex. : nourriture par sonde, par voie parentérale en totalité*

3. DEPLACEMENT/MARCHE

a. Principal mode de déplacement

- 0. Marche, pas de moyen auxiliaire
- 1. Marche, moyen auxiliaire
Par ex. : canne, déambulateur, cadre de marche, poussée du fauteuil roulant
- 2. Fauteuil roulant, fauteuil motorisé (scooter)
- 3. Confiné au lit

b. Temps pour parcourir 4 mètres de marche

(préparez un parcours droit, sans obstacle. La personne doit se tenir debout immobile touchant la ligne de départ)

Puis dites « quand je vous le dirai, commencez à marcher à une allure normale (avec canne/déambulateur si utilisé). Ceci n'est pas un test pour mesurer la vitesse à laquelle vous pouvez marcher. Arrêtez-vous quand je vous le dirai. Est-ce que c'est clair ?
L'évaluateur peut montrer le test

Puis dites « commencez à marcher maintenant ». Déclenchez le chronomètre (ou commencez à compter les secondes) lorsque le premier pas se pose. Terminez de compter quand le pied se pose au-delà de la marque des 4 mètres.

Puis dites « vous pouvez vous arrêter maintenant »

Notez le temps en secondes jusqu'à 30 secondes

- 0. 30 secondes ou plus pour parcourir 4 mètres
- 1. S'est arrêté avant la fin du test
- 2. A refusé de faire le test
- 3. Non testé
Par ex. : ne marche pas seul

c. Distance de marche – distance la plus longue parcourue sans s'asseoir durant les 3 DERNIERS JOURS (avec aide si nécessaire)

1. N'a pas marché
2. Moins de 5 mètres
3. De 5 à 49 mètres
4. De 50 à 99 mètres
5. 100 mètres et plus
6. 1 kilomètre ou plus

d. Distance en fauteuil roulant de manière indépendante – distance la plus longue parcourue de manière indépendante en fauteuil roulant durant les 3 DERNIERS JOURS (inclut l'usage indépendant d'un fauteuil roulant motorisé)

0. Poussé par d'autres
1. Moins de 5 mètres
2. De 5 à 49 mètres
3. De 50 à 99 mètres
4. 100 mètres et plus
5. N'utilise pas de fauteuil roulant

4. NIVEAU D'ACTIVITE

a. Total d'heures d'activité physique/exercice dans les 3 derniers jours.

Par ex. : marche

0. Aucune
1. Moins d'1 heure
2. 1-2 heures
3. 2-4 heures
4. Plus de 4 heures

b. Nombre de jours, durant les 3 derniers jours où le client sort du logement ou de l'immeuble (même pour un court moment)

0. Aucun jour
1. Aucun jour mais le fait habituellement sur une période de 3 jours
2. 1-2 jours
3. 3 jours

5. POTENTIEL D'AMELIORATION DES PERFORMANCES PHYSIQUES

0. Non 1. Oui

a. La personne estime qu'elle est capable d'augmenter ses performances fonctionnelles physiques

b. Les aidants professionnels estiment que la personne est capable d'augmenter ses performances fonctionnelles physiques

6. CHANGEMENT DES PERFORMANCES DANS LES AVQ PAR RAPPORT A IL Y A 3 MOIS (OU DEPUIS LA DERNIERE EVALUATION SI MOINS DE 90 JOURS)

0. Améliorées
1. Pas de changement
2. Plus déficientes
3. Incertain

7. CONDUITE

a. D'une voiture (un véhicule) durant les 90 derniers jours

0. Non 1. Oui

b. Si la personne conduit, l'évaluateur est au courant que quelqu'un lui a suggéré de limiter ou d'arrêter la conduite

0. Non 1. Oui

SECTION H : CONTINENCE

1. CONTINENCE D'URINES

0. **Continent** : contrôle complet. N'UTILISE AUCUN type de sonde ou de moyen pour collecter les urines
1. **Complet contrôle avec sonde** ou stomie durant les 3 derniers jours
2. **Rarement incontinent** – pas incontinent durant les 3 jours mais a des épisodes d'incontinence
3. **Occasionnellement incontinent** – moins que quotidiennement
4. **Fréquemment incontinent** – quotidiennement incontinent avec cependant persistance d'un contrôle
5. **Incontinent** – pas de contrôle
6. **N'est pas survenue** – aucune émission d'urine provenant de la vessie durant les 3 derniers jours

2. MOYENS AUXILIAIRES POUR RECUEILLIR LES URINES (PROTECTION EXCLUE)

0. Non
1. Cathéter avec condom
2. Sonde urinaire à demeure
3. Cystostomie, urétérostomie, nephrostomie

3. CONTINENCE FECALE

0. **Continent** – contrôle complet
1. **Complet contrôle avec une stomie** durant les 3 derniers jours
2. **Rarement continent** – pas incontinent durant les 3 jours mais a des épisodes d'incontinence
3. **Incontinence occasionnelle** – moins que quotidiennement
4. **Fréquemment incontinent** – incontinence quotidienne mais persistance d'un contrôle
5. **Incontinent** – pas de contrôle
6. **Aucune émission de selles durant la période**

4. PROTECTION, SERVIETTE HYGIENIQUE

0. Non 1. Oui

SECTION I : DIAGNOSTICS MEDICAUX

Code des maladies

0. Absente
1. Principal ou principaux diagnostics pour l'épisode de soins actuel
2. Diagnostic présent avec traitement actif

3. Diagnostic présent suivi mais sans traitement actif

1. DIAGNOSTICS MEDICAUX

■ MUSCULO-SQUELETTIQUE

- a. Fracture de hanche durant les 30 derniers jours (ou depuis la dernière évaluation si moins de 30 jours)
- b. Autre fracture durant les 30 derniers jours (ou depuis la dernière évaluation si moins de 30 jours)

■ NEUROLOGIQUE

- c. Maladie d'Alzheimer
- d. Démence autre que maladie d'Alzheimer
- e. Hémiplégie
- f. Sclérose en plaque
- g. Paraplégie
- h. Parkinson
- i. Tétraplégie
- j. Attaque cérébrale/avc

■ CARDIAQUE ET PULMONAIRE

- k. Maladie coronarienne artérioscléreuse
- l. Obstruction bronchopulmonaire chronique
- m. Insuffisance cardiaque

■ PSYCHIATRIQUE

- n. Anxiété
- o. Dépression
- p. Psychose

■ INFECTION

- q. Pneumonie
- r. Infection urinaire durant les 30 derniers jours

■ AUTRE

- s. Cancer
- t. Diabète

2. DIAGNOSTICS MEDICAUX

| Diagnostic | Code maladie | Code 10 ^{ème} CIM |
|------------|--------------|----------------------------|
| a. | | |
| b. | | |
| c. | | |
| d. | | |
| e. | | |
| f. | | |

Ajouter des lignes supplémentaires, si nécessaire, pour d'autres diagnostics de maladies

SECTION J : PROBLEMES DE SANTE

1. CHUTE

- 0. Pas de chute durant les 90 derniers jours
- 1. Pas de chute durant les 30 derniers jours mais chute entre 31 et 90 jours
- 2. Une chute durant les 30 derniers jours
- 3. Deux chutes ou plus durant les 30 derniers jours

2. FREQUENCE D'UN PROBLEME

Coder la présence durant les 3 derniers jours

- 0. Non présent
- 1. Présent mais non manifesté au cours des 3 derniers jours
- 2. Manifesté 1 des 3 derniers jours
- 3. Manifesté 2 des 3 derniers jours
- 4. Manifesté chaque jour

■ D'EQUILIBRE

- a. Difficulté ou impossibilité de passer à la station debout sans aide
- b. Debout, difficulté ou impossibilité de faire demi-tour
- c. Etourdissement
- d. Démarche instable

■ CARDIAQUE ET PULMONAIRE

- e. Douleur thoracique
- f. Difficulté pour tousser ou éliminer les sécrétions aériennes

■ PSYCHIATRIQUE

- g. Processus anormal de la pensée
Par ex. : perte des associations, blocage, fuite des idées, tangentialité, circonstantialité
- h. Idées délirantes – fausses croyances fixes
- i. Hallucinations – fausses perceptions sensorielles

■ NEUROLOGIQUE

- j. Aphasie

■ GASTRO-INTESTINAL

- k. Reflux acide – régurgitation d'acide dans la gorge provenant de l'estomac
- l. Constipation – pas d'émission de selles durant les 3 derniers jours ou difficulté de passage de selles dures
- m. Diarrhée
- n. Vomissements

■ **PROBLEME DE SOMMEIL**

o. Difficulté pour s'endormir, pour rester endormi, réveil plus tôt que souhaité, sommeil agité, ne reposant pas

p. Trop de sommeil – excès de sommeil interférant avec le fonctionnement habituel de la personne

■ **AUTRE**

q. Inhalation de substance étrangère

r. Fièvre

s. Saignement gastro-intestinal/génito-urinaire

t. Hygiène – mauvais hygiène inhabituelle, négligé, échevelé

u. Œdème périphérique

3. DYSPNEE (ESSOUFFLEMENT)

- 0. Absence de symptômes
- 1. Absente au repos mais présente lors d'activités modérées
- 2. Absente au repos mais présente lors des activités habituelles de la vie quotidienne
- 3. Présente au repos

4. FATIGUE

Incapacité à réaliser les activités habituelles de la vie quotidienne.

Par ex. : AVQ

- 0. **Aucune**
- 1. **Minime** – due à une diminution d'énergie mais achève les activités normales de la vie quotidienne
- 2. **Modérée** – due à une diminution d'énergie, incapable d'achever les activités habituelles de la vie quotidienne
- 3. **Sévère** – due à une diminution d'énergie, INCAPABLE DE COMMENCER CERTAINES activités habituelles de la vie quotidienne
- 4. **Incapable de commencer toute activité normale de la vie quotidienne** – du fait d'une diminution d'énergie

5. SYMPTOMES DE DOULEUR

Copyright Inter-RAI 2005 (07)
 (Note – toujours demander à la personne en ce qui concerne la fréquence, l'intensité et le contrôle. Observez la personne et demandez à d'autres qui sont au contact de la personne)

a. **Fréquence** avec laquelle la personne se plaint ou manifeste des signes de douleur (inclut grimaces, serrement de dents, gémissement, retrait lors d'un contact ou d'autres manifestations non verbales suggérant la douleur)

- 0. Pas de douleur
- 1. Présents mas non manifestés durant les 3 derniers jours
- 2. Présents manifestés 1 – 2 des 3 derniers jours
- 3. Douleur manifestée chacun des 3 derniers jours

b. **Intensité maximale de la douleur présentée**

- 0. Pas de douleur
- 1. Légère
- 2. Modérée
- 3. Sévère
- 4. Période où la douleur est atroce ou intolérable

c. **Rythme**

- 0. Pas de douleur
- 1. Unique épisode durant les 3 jours
- 2. Intermittente
- 3. Constante

d. **Poussée aiguë** – période durant les 3 derniers jours où la personne a éprouvé un accès soudain d'aggravation de la douleur

- 0. Non
- 1. Oui

e. **Maîtrise de la douleur** – capacité du traitement actuel à maîtriser la douleur (selon le point de vue de la personne)

- 0. Pas de problème de douleur
- 1. Douleur acceptable pour la personne, pas de traitement ou de changement nécessaire
- 2. Maîtrise adéquate par les thérapeutiques
- 3. Maîtrise quand les prescriptions sont respectées, mais elles ne sont pas toujours suivies
- 4. Prescriptions suivies mais maîtrise incomplète
- 5. Pas de prescriptions antalgiques suivies, douleur non adéquatement maîtrisée

6. INSTABILITE DE PROBLEMES DE SANTE

- 0. Non
- 1. Oui

a. **Problèmes de santé ou maladies rendant instables, l'état cognitif, les AVQ, l'humeur ou le comportement** – fluctuant, précaire ou se détériorant

b. **Vit actuellement une poussée d'un problème de santé récurrent ou chronique**

c. **Maladie en phase terminale** (6 mois ou moins à vivre)

7. PERCEPTION DE LA SANTE

Demandez : « en général, comment apprécieriez-vous votre santé ? »

- 0. Excellente
- 1. Bonne
- 2. Passable
- 3. Mauvaise
- 4. Ne peut (ou ne veut) répondre

8. TABAC ET ALCOOL

a. **Fume du tabac quotidiennement**

- 0. Non
- 1. Pas dans les 3 derniers jours mais est habituellement un fumeur quotidien
- 2. Oui

b. Alcool

1. **Nombre de verres de boissons alcoolisées durant les 7 DERNIERS JOURS** (exemple France)
Codez 0 si aucun
2. **Si au moins un, nombre maximum de verres consommés au cours d'une journée durant les 7 derniers jours**

SECTION K : ETAT NUTRITIONNEL/BUCCO-DENTAIRE

1. POIDS ET TAILLE

Notez (a) la **taille** et le **poids**. Appuyez-vous sur la mesure la plus récente au cours des 30 DERNIERS JOURS

a. Taille (cm) b. Poids (kg)

2. PROBLEMES NUTRITIONNELS

0. Non 1. Oui

- a. Perte de poids de 5% ou plus dans les 30 derniers jours, ou de 10% ou plus dans les 6 derniers mois
- b. Déshydraté
- c. Insuffisance de liquide : moins d'1 litre/jour ou moins de 4 bols de 250 cc
- d. Les éliminations de liquide excèdent les ingestions

3. MODE D'ALIMENTATION

0. **Normal** – avale les aliments de toute consistance
1. **Indépendance modifiée**
Par ex. : petites gorgées de liquide, prend des quantités de nourriture limitées
2. **Requiert des modifications pour avaler les aliments solides** – régimes mixés (par ex. : purée, hachis) ou ne peut qu'ingérer des aliments particuliers
3. **Requiert des modifications pour avaler les aliments liquides**
Par ex. : des liquides épaissis
4. **Ne peut avaler que des purées comme solides ou des liquides épaissis**
5. **Combinaison d'alimentation orale et par sonde**
6. **Alimentation par sonde naso-gastrique seule**
7. **Alimentation par sonde abdominale** (ex. gastrique)
8. **Alimentation parentérale seule** – comprend tous les types de nourriture parentérale – telle la nutrition parentérale totale (NPT)
9. **Activité non accomplie**

4. ETAT DENTAIRE

0. Non 1. Oui

- a. Porteur de dentier (prothèse mobile)
- b. A des dents cassées, fracturées ou altérées
- c. Rapporte des difficultés de mastication
- d. Rapporte avoir la bouche sèche (xérostomie)

SECTION L : ETAT DE LA PEAU ET DES PIEDS

1. STADE LE PLUS SEVERE D'ESCARRE (ULCERE DE PRESSION)

0. Pas d'ulcère de pression
1. Toute zone de rougeur persistante
2. Perte partielle des couches de la peau
3. Cratère profond dans la peau
4. Lésions de la peau exposant le muscle ou l'os
5. Pas de stade quantifiable.
Par ex. : prédominance de débris nécrotiques

2. ANTECEDENT D'ULCERE

0. Non 1. Oui

3. ULCERE AUTRE QUE DE PRESSION

Par ex. : d'origine veineuse, artérielle, mixte, ulcère diabétique au pied

0. Non 1. Oui

4. PROBLEMES CUTANES MAJEURS

Par ex. : brûlures (2^{ème} ou 3^{ème} degré), plaie chirurgicale en cours de guérison

0. Non 1. Oui

5. DECHIRURES CUTANEEES OU COUPURES

Autres que chirurgicales

0. Non 1. Oui

6. AUTRES PROBLEMES DE PEAU

Par ex. : ecchymoses, éruptions, démangeaisons, taches, herpès, intertrigo, eczéma

0. Non 1. Oui

7. PROBLEMES DE PIED

Qui interfèrent avec la démarche.

Par ex. : bunions, orteils en marteau, chevauchement des orteils, douleur, troubles statiques, infection, ulcère

0. Pas de problème de pied
1. Problème de pied pas de limitation de la marche
2. Problème de pied, limite la marche
3. Problème de pied, empêche la marche
4. Problème de pied, ne marche pas pour d'autre raison

SECTION M : MEDICAMENTS

1. LISTE DES MEDICAMENTS

Cfr. Ci-dessous

2. ALLERGIE A UN MEDICAMENT

0. Non 1. Oui

3. OBSERVANT POUR LES MEDICAMENTS PRESCRITS PAR UN MEDECIN

- 0. Toujours observant
- 1. Observant 80% du temps ou plus
- 2. Observant moins de 80% du temps
- 3. Pas de médicament prescrit

SECTION N : TRAITEMENTS ET PROGRAMMES

1. PREVENTION

0. Non 1. Oui

- a. Mesure de la TA durant la DERNIERE ANNEE
- b. Coloscopie durant les 5 DERNIERES ANNEES
- c. Examen dentaire/visite durant la DERNIERE ANNEE
- d. Examen oculaire durant la DERNIERE ANNEE
- e. Examen auditif durant les 2 DERNIERES ANNEES
- f. Vaccin antigrippal durant LA DERNIERE ANNEE
- g. Mammographie ou examen des seins durant les 2 DERNIERES ANNEES (pour les femmes)
- h. Vaccin anti-pneumonique durant les 5 DERNIERES ANNEES

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |

2. TRAITEMENTS ET PROGRAMMES RECUS OU PRESCRITS DURANT LES 3 DERNIERS JOURS (OU DEPUIS LA DERNIERE EVALUATION SI MOINS DE 3 JOURS)

- 0. Non reçu, non prescrit
- 1. Prescrit, pas encore mis en œuvre
- 2. 1-2 des 3 derniers jours
- 3. Quotidien

■ **TRAITEMENTS**

- a. Chimiothérapie
- b. Dialyse
- c. Contrôle d'une infection
Par ex. : quarantaine ou isolement
- d. Médication IV
- e. Oxygénothérapie
- f. Radiothérapie
- g. Aspiration
- h. Soins de trachéotomie
- i. Transfusion
- j. Ventilation ou respiration assistée
- k. Soins de plaie

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |

■ **PROGRAMMES**

- l. Tout programme pour les mictions
- m. Programme de soins palliatifs
- n. Programme de changement de position

| |
|--|
| |
| |
| |

3. SERVICES PROFESSIONNELS

Intensité des soins/thérapies durant les 7 DERNIERS JOURS (ou depuis la dernière évaluation ou depuis l'admission si moins de 7 jours)

Nombre de jours (A)

Total de minutes (B) durant les 7 derniers jours

| | A | B | |
|---|---|---|--|
| a. Aide soignante/auxiliaire de vie | | | |
| b. Infirmière | | | |
| c. Aide ménagère | | | |
| d. Repas à domicile | | | |
| e. Kinésithérapie | | | |
| f. Ergothérapie | | | |
| g. Service pour trouble du langage et de l'audition | | | |
| h. Psychothérapie (par tout professionnel diplômé en santé mentale) | | | |

4. CONTENTION PHYSIQUE

Contention des membres, utilisation de barrières de lit, attaché à sa chaise quand il s'assied.

0. Non 1. Oui

5. RECOURS A L'HOSPITALISATION, AU SERVICE D'URGENCE, VISITES DE MEDECIN

Coder le nombre de fois durant les 90 DERNIERS JOURS (ou depuis la dernière évaluation si moins de 90 jours)

- a. Hospitalisation en service aigu avec au moins une nuit d'hospitalisation
- b. Service d'urgence (sans compter le séjour d'une nuit)
- c. Visite de médecin (ou d'un assistant autorisé ou d'un praticien)

| | |
|--|--|
| | |
| | |
| | |

SECTION O : RESPONSABILITE/DIRECTIVE

1. GARDIEN LEGAL

0. Non 1. Oui

SECTION P : SOUTIENS SOCIAUX

1. AIDANTS PRINCIPAUX

- a. **Relations avec le client**
 - 1. Enfant ou bel enfant
 - 2. Epoux
 - 3. Compagnon/toute personne importante
 - 4. Parent

Aidant
1 2

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

- 5. Frères et sœurs
- 6. Autre membre de la famille
- 7. Ami
- 8. Voisin
- 9. Autre personne – rémunérée ou non (INCLUS EMPLOYEE DE MAISON)
- 0. Pas d'aidant informel

b. Vit avec la personne

- 0. Non
- 1. Oui depuis 6 mois ou moins
- 2. Oui depuis plus de 6 mois
- 3. Pas d'aidant

| | |
|--------------------------|--------------------------|
| Aidant | |
| 1 | 2 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

DOMAINES DE L'AIDE

0. Non 1. Oui

- c. Aides pour les AIVQ
- d. Soins pour les AVQ

| | |
|--------------------------|--------------------------|
| Aidant | |
| 1 | 2 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

2. ETAT DES AIDANTS INFORMELS

0. Non 1. Oui

- a. L'aidant ne peut pas continuer son aide
Par ex. : déclin de sa propre santé
- b. La famille, les amis proches rapportent qu'ils se sentent dépassés par la maladie de la personne
- c. L'aidant principal exprime des sentiments de détresse, de colère ou de dépression

| |
|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |

3. HEURES FOURNIES D'AIDE INFORMELLE ET DE SURVEILLANCE ACTIVE

Pour l'aide aux AIVQ et aux AVQ, reçue durant 3 DERNIERS JOURS indiquer le nombre total d'heures données par la famille, des amis et des voisins (heures arrondies)

| | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
|----------------------|----------------------|----------------------|

4. RELATIONS FAMILIALES FORTES ET APPORTANT UN SOUTIEN

0. Non 1. Oui

SECTION Q : EVALUATION DE L'ENVIRONNEMENT

1. LOGEMENT

Codez tout élément suivant qui rend le logement du client inhabitable ou dangereux (si est temporairement en institution : baser l'évaluation sur une visite à domicile)

0. Non 1. Oui 2. Inconnu, logement non visité

- a. Dégradation du logement
Par ex. : accumulation dangereuse ; éclairage insuffisant ou inexistant dans la salle de séjour, la chambre à coucher, la cuisine, les toilettes, les couloirs ; fuite de tuyaux ; trou dans le sol
- b. Infestation
Par ex. : extrêmement sale, cuisine infestée par des rats, des insectes

c. Chauffage ou climatisation inadéquat

Par ex. : trop froid en hiver, trop chaud en été ; chauffage au bois chez asthmatique

d. Manque de sécurité de la personne

Par ex. : a peur d'être agressée, problème de sécurité pour chercher son courrier ou rendre visite aux voisins, circulation intense dans la rue

e. Accessibilité du logement ou des pièces à l'intérieur du logement limitée

Par ex. : difficulté pour entrer ou sortir du logement ; incapable de monter les escaliers, difficulté pour manœuvrer ; pas de barrières là où c'est nécessaire

2. VIT DANS UN APPARTEMENT OU UNE MAISON AMENAGE ACCESSIBLE AUX PERSONNES HANDICAPEES

0. Non 1. Oui

3. ENVIRONNEMENT EXTERIEUR

0. Non 1. Oui

- a. Possibilité d'une assistance d'urgence
Par ex. : téléphone, système de téléalarme
- b. Accès à l'épicerie sans assistance
- c. Possibilité de délivrance d'épicerie à domicile

| |
|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |

4. DIFFICULTES FINANCIERES

Au cours des 30 derniers jours, afin de réduire son budget, la personne a renoncé à : nourriture, vêtement, abri adéquat ; chauffage - climatisation suffisants ; médicaments prescrits ; aides et soins à domicile, soins médicaux nécessaires.

0. Non 1. Oui

SECTION R : PERSPECTIVES DE SORTIE ET ETAT GENERAL

1. AU MOINS UN OBJECTIF DE TRAITEMENT ATTEINT DURANT LES 90 DERNIERS JOURS (OU DEPUIS LA DERNIERE EVALUATION SI MOINS DE 90 JOURS)

0. Non 1. Oui

2. CHANGEMENT SIGNIFICATIF DE L'INDEPENDANCE GENERALE PAR RAPPORT A IL Y A 90 JOURS (ou depuis la dernière évaluation si moins de 90 jours)

- 0. Amélioration : reçoit moins d'aide (passez à la section S)
- 1. Pas de changement (passez à la section S)
- 2. Détérioration : reçoit plus d'aide

**CODEZ LES TROIS ITEMS SUIVANTS EN CAS DE
DETERIORATION DURANT LES 90 DERNIERS JOURS
SINON PASSEZ A LA SECTION S**

**3. NOMBRE D'AVQ PARMIS LES 10 DOMAINES
(D'APRES G2) POUR LESQUELLES LA
PERSONNE ETAIT INDEPENDANTE AVANT LA
DETERIORATION**

**4. NOMBRE D'AIVQ PARMIS LES 8 DOMAINES
(D'APRES G1 CI-DESSUS) POUR LESQUELLES
LA PERSONNE ETAIT INDEPENDANTE AVANT
LA DETERIORATION**

**5. DATE DE DEBUT DE L'ENLEVEMENT OU DU
PROBLEME PRECIPITANT L'AGGRAVATION**

- 0. Durant les 7 derniers jours
- 1. Entre 8 et 14 jours
- 2. Entre 15 et 30 jours
- 3. Entre 31 et 60 jours
- 4. Plus de 60 jours
- 5. Pas de clair événement précipitant

SECTION S : SORTIE

(Note : ne remplir la section R que lors de la sortie)

1. DERNIER JOUR DE LA PRISE EN CHARGE

Jour - mois - année

| | | | | | | | | | |
|--|--|---|--|--|---|--|--|--|--|
| | | - | | | - | | | | |
|--|--|---|--|--|---|--|--|--|--|

2. MODE DE SORTIE

- 1. Habitation privée/appartement/chambre louée
- 2. Résidence service, établissement médico-social d'hébergement ou foyer logement
- 3. Maison de santé mentale
- 4. Petite unité pour personnes handicapées physiques
- 5. Etablissement pour personnes handicapées mentales
- 6. Unité ou hôpital psychiatrique
- 7. Sans domicile fixe
- 8. Etablissement de soins de longue durée
- 9. Hôpital/service de rééducation
- 10. Unité de soins palliatifs
- 11. Unité ou hôpital de soins aigus
- 12. Etablissement carcéral
- 13. Autre
- 14. Décédé

SECTION T : INFORMATION SUR L'EVALUATION

**SIGNATURE DE LA PERSONNE AYANT COORDONNE OU
EFFECTUE L'EVALUATION**

.....

1. Signature (signer sur la ligne ci-dessus)

2. Date où l'évaluation est signée comme achevée

Jour - mois - année

| | | | | | | | | | |
|--|--|---|--|--|---|--|--|--|--|
| | | - | | | - | | | | |
|--|--|---|--|--|---|--|--|--|--|

1. LISTE DES MEDICAMENTS

Lister toutes les prescriptions en cours et tout médicament non prescrit, pris dans les 3 DERNIERS JOURS

(Note : chaque fois que possible utilisez un recueil informatisé, n'entrer à la main que quand c'est absolument nécessaire)

Pour chaque médicament, notez :

- a. **Le nom**
- b. **La dose** – un nombre tel que 0,5 ; 150 ; 300 (note : n'écrivez jamais un zéro après la virgule d'un nombre décimal (x mg). Toujours utiliser un zéro avant la virgule d'une décimale (0, x mg)).
- c. **L'unité.** Codez en utilisant la liste suivante :

| | | |
|-------------------|------------------------------|-----------------|
| Gtte (goutte) | mEq (milléquivalent) | % (pourcentage) |
| Gr (gramme) | mg (milligramme) | Unité |
| L (litre) | ml (millilitre) | Aut (autre) |
| Mcg (microgramme) | As Bucc (aspiration buccale) | |

- d. **Voie d'administration** – codez en utilisant la liste suivante :

| | | |
|----------------------|-------------------|--------------------|
| PO (per os) | SC (sous-cutanée) | NAS (nasale) |
| SL (sublingual) | R (rectale) | TE (tube entéral) |
| IM (intramusculaire) | Top (topique) | ID (intradermique) |
| IV (intraveineuse) | IH (inhalation) | Au (autre) |

- e. **Fréquence.** Codez le nombre de fois où le médicament est pris par jour, semaine ou mois en utilisant la liste ci-dessous

| | | |
|---|-------------------------|-------------------------|
| 1H (toutes les heures) | 3J (3 fois par jour) | 4S (4 fois par semaine) |
| 2H (toutes les 2 heures) | 4J (4 fois par jour) | 5S (5 fois par semaine) |
| 3H (toutes les 3 heures) | 5J (5 fois par jour) | 6S (6 fois par semaine) |
| 4H (toutes les 4 heures) | AJ (tout autre jour) | 1M (mensuel) |
| 6H (toutes les 6 heures) | T3J (tous les 3 jours) | 2M (2 fois par mois) |
| 8H (toutes les 8 heures) | S (hebdomadaire) | Aut (Autre) |
| J (quotidien) | 2S (2 fois par semaine) | |
| 2J (2 fois par jour)
(inclus toutes les 12 heures) | 3S (3 fois par semaine) | |

- f. **Prescrit à la demande (PAD)**

0. Non 1. Oui

- g. **Code ATC informatisé du médicament**

| Nom | Dose | Unité | Voie d'admin. | Fréquence | PAD | Code ATC |
|-----|------|-------|---------------|-----------|-----|----------|
| 1. | | | | | | |
| 2. | | | | | | |
| 3. | | | | | | |
| 4. | | | | | | |
| 5. | | | | | | |
| 6. | | | | | | |
| 7. | | | | | | |
| 8. | | | | | | |
| 9. | | | | | | |
| 10. | | | | | | |

(note : ajouter des lignes supplémentaires pour les autres médicaments pris)

Partie 4 : répartition des tâches entre dispensateurs de soins et dispensateurs d'aide

Soins et répartition des tâches

A remplir obligatoirement

| Prestataires | Situation actuelle | Planification |
|---|--------------------|---------------|
| <p><u>Médecin généraliste ou maison médicale</u></p> <p>Nom, prénom :</p> <p>Adresse :</p> <p>Téléphone :</p> | | |
| <p><u>Services infirmiers ou infirmiers</u></p> <p>Nom, prénom :</p> <p>Adresse :</p> <p>Téléphone :</p> | | |
| <p><u>Kiné</u></p> <p>Nom, prénom :</p> <p>Adresse :</p> <p>Téléphone :</p> | | |
| <p><u>Pharmacien</u></p> <p>Nom, prénom :</p> <p>Adresse :</p> <p>Téléphone :</p> | | |

| Prestataires | Situation actuelle | Planification |
|--|--------------------|---------------|
| <p><u>Service d'aides aux familles</u></p> <p>Nom, prénom :</p> <p>Adresse :</p> <p>Téléphone :</p> <p>Assistant(e) social(e) de référence:</p> | | |
| <p><u>Repas à domicile</u></p> <p>Nom :</p> <p>Adresse :</p> <p>Téléphone :</p> | | |
| <p><u>Services sociaux ou assistants sociaux</u></p> <p>Nom, prénom :</p> <p>Adresse :</p> <p>Téléphone :</p> <p>Assistant(e) social(e) de référence :</p> | | |
| <p><u>Famille</u></p> <p>Nom, prénom :</p> <p>Adresse :</p> <p>Téléphone :</p> | | |

| Prestataires | Situation actuelle | Planification |
|---|--------------------|---------------|
| <p style="text-align: center;"><u>Autres</u></p> <p>Nom, prénom :</p> <p>Adresse :</p> <p>Téléphone :</p> | | |
| <p style="text-align: center;"><u>Autres</u></p> <p>Nom, prénom :</p> <p>Adresse :</p> <p>Téléphone :</p> | | |
| <p style="text-align: center;"><u>Autres</u></p> <p>Nom, prénom :</p> <p>Adresse :</p> <p>Téléphone :</p> | | |
| <p style="text-align: center;"><u>Autres</u></p> <p>Nom, prénom :</p> <p>Adresse :</p> <p>Téléphone :</p> | | |
| <p style="text-align: center;"><u>Autres</u></p> <p>Nom, prénom :</p> <p>Adresse :</p> <p>Téléphone :</p> | | |

Partie 6 : signature et identification des participants à la réunion de concertation

Signature et identification des participants à la réunion de concertation

Date de la réunion : __ / __ / ____

Lieu de la réunion :

Adresse (si ailleurs qu'au domicile) : CP/Localité :

| Discipline | NOM – Prénom | N° INAMI
(si d'application) | N° compte bancaire
<u>lié au n° INAMI</u> | Signature |
|---|--------------|--------------------------------|--|-----------|
| Prestataires de soins | | | | |
| Médecin généraliste
<i>(obligatoire)</i> | | | IBAN :
BIC : | |
| Infirmier(ère)
<i>(obligatoire si soins infirmiers déjà en place)</i> | | | IBAN :
BIC : | |
| | | | IBAN :
BIC : | |
| | | | IBAN :
BIC : | |
| SISD | | | IBAN : BE96 132 5014379 05
BIC : BNAGBEBB | |
| Autres : à préciser | | | | |
| Assistant social | | | | |
| Aide-familiale | | | | |
| Entourage/famille | | | | |
| Patient ou son représentant | | | | |

Par leur signature, les dispensateurs de soins et d'aide participants déclarent qu'ils sont d'accord avec le plan de soins ci-joint.

Réservé au SISD

Date ... / ... /

FACTURE N° ... - ...

NOM-Prénom et signature du responsable du SISD

DOSSIER N° ... /2020

.....

(2) Procédure concertation perte d'autonomie physique – pour les professionnels

1 SERVICE INTEGRE DE SOINS A DOMICILE CAROLO ASBL

NOS MISSIONS

- ✓ Veiller au suivi de l'information
- ✓ Encourager, soutenir et accompagner les initiatives nouvelles (projets)
- ✓ Sensibiliser et soutenir les professionnels
- ✓ Optimiser la collaboration afin de renforcer la prise en charge globale du patient
- ✓ Renforcer la **permanence** et la **continuité** des soins

QUI CONTACTER ?

- ✓ Le **SISD Carolo** pour les informations relatives à ses missions et/ou l'organisation de réunions de concertation multidisciplinaire **071/33.13.23**
- OU
- ✓ Les **centres de coordination** de la zone de soins pour l'organisation de réunions de concertation et/ou la mise en place d'un encadrement à domicile

NOS MEMBRES

- ✓ Les centres de coordination de soins à domicile
- ✓ La Fédération des Associations de Médecins Généralistes de Charleroi (FAGC)
- ✓ Le Cercle Régional et Pluralsite Infirmier Carolo (CREPIC)
- ✓ Les mutuelles
- ✓ L'Association des Kinésithérapeutes de Charleroi (AKC)
- ✓ L'Union Royale Pharmaceutique de Charleroi (URPC)
- ✓ Les CPAS
- ✓ Les institutions hospitalières

2 REUNION DE CONCERTATION MULTIDISCIPLINAIRE

Reconnue et financée par l'INAMI (AR 19/09/2023)

OBJECTIFS

Déterminer :

- ✓ les possibilités pour la personne de maintenir son autonomie
- ✓ les besoins de soutien pour garantir une vie à domicile dans les meilleures conditions possibles

En :

- » évaluant l'autonomie du patient
- » élaborant le plan de soins et son suivi
- » répartissant les tâches entre les prestataires

PUBLIC-CIBLE

- ✓ **Patients en perte d'autonomie physique** et/ou situation complexe
- ✓ **Patients en état végétatif persistant (EVP)** ou en état pauci-relational (EPR) à conditions particulières

DEMANDEUR DE LA CONCERTATION

- ✓ Tout intervenant professionnel
- ✓ Le patient, sa famille ou son entourage

LIEU

- ✓ Au domicile du patient
- ✓ A l'hôpital
- ✓ Au centre de coordination
- ✓ Au cabinet du médecin généraliste
- ✓ ...

PARTICIPANTS

- ✓ Le SISD (représenté par un centre de coordination)
- ✓ Les **prestataires de soins** (médecin généraliste, infirmier, kiné, pharmacien, podologue, etc...)
- ✓ Les **prestataires d'aide** (assistante sociale, ergothérapeute, psychologue, aide-famille...)
- ✓ Le **patient, sa famille, son entourage**
- ✓ ...

FINANCEMENT

- ✓ **1x/année** civile/patient
- ✓ Pour max. 4 prestataires de soins
- ✓ **Présence de minimum 3 prestataires de soins dont obligatoirement :**
 - » médecin généraliste
 - » infirmier (si le patient reçoit des soins infirmiers)
 - » centre de coordination (représentant le SISD)
- ✓ **Transmission au SISD du plan de soins** complété et signé par tous les participants (= N° INAMI et compte bancaire pour les prestataires de soins)

PROGRAMMATION DE LA CONCERTATION

- ✓ Le demandeur contacte le centre de coordination
- ✓ Le coordinateur organise la concertation, centralise les informations, complète le plan de soins (formulaire type) en concertation avec tous les participants et le transmet au SISD
- ✓ Le SISD valide/enregistre le plan de soins et facture mensuellement la participation des prestataires de soins à la mutuelle du patient
- ✓ La mutuelle rémunère directement les prestataires de soins présents

52,55€ par prestataire de soins présent si la concertation a lieu **au domicile**
39,42€ si ailleurs (index 2022)

(3) Dossier de concertation autour du patient psychiatrique



Service Intégré de Soins à Domicile Carolo asbl

boulevard Zoé Drion 1 (2^{ème} étage) - 6000 CHARLEROI

PLAN D'ACCOMPAGNEMENT

Concertation autour du patient psychiatrique (CAPP)

- Version du 06/01/2020 -

Ce plan d'accompagnement est établi dans le cadre de la **concertation autour du patient psychiatrique facturée par le SISD et financée par l'AVIQ.**

Pour rappel, le service intégré de soins à domicile veille au respect des conditions de facturation et facture aux organismes assureurs la rémunération pour participation à la concertation, pour la personne de référence et pour l'organisateur/coordonnateur. Il est donc **impératif de fournir** conformément à l'Arrêté Royal du 27 mars 2012 un plan d'accompagnement comprenant au minimum :

- ✓ **Données d'identification**
 - Données d'identification du patient
 - Coordonnées des dispensateurs de soins de santé et dispensateurs d'aide et aidants informels
 - Liste de numéros de téléphone et adresses e-mail des services pouvant être contactés (à disposition du patient ou de sa famille) et à quels moments + en cas d'hospitalisation urgente + qui est la personne de référence
- ✓ **Données pouvant également servir au SISD dans le cadre de la facturation**
 - Date concertation
 - Présences concertation
 - Lieu (domicile ou ailleurs)
 - Date concertation suivante
 - Données d'identification de la personne de référence
 - Données d'identification de l'organisateur et coordonnateur de la concertation
 - Données desquelles il ressort que le patient satisfait aux critères du groupe cible
- ✓ **Données qui peuvent avoir de l'importance pour la suite de l'aide et des soins**
- ✓ **Objectifs généraux recherchés avec le patient** (les tâches convenues ci-après représentent une activité/un acte pour atteindre ces objectifs)
- ✓ **Description par épisode de soins** (= période entre 2 moments de concertation prévus)
Des tâches convenues, activités de soins et responsabilités tant des dispensateurs de soins de santé, dispensateurs d'aide et aidants informels que du patient lui-même

1

Transmission du plan d'accompagnement

- au médecin généraliste et aux prestataires de soins et d'aide présents via l'organisateur de la concertation
- au patient via la personne de référence

DOSSIER N° P ... /2020

Tél : 071/33.13.23

Fax : 071/32.53.12

e-mail : sisdcarolo@skynet.be

site web : www.sisdcarolo.be



N° entreprise : 862763827

N° INAMI : 947.026.82.002

IBAN : BE96 1325 0143 7905

BIC : BNAGBEBB

Banque : NAGELMACKERS

PARTIE 1 : DONNÉES D'IDENTIFICATION

A. Données d'identification du patient

NOM - Prénom :

Adresse :

Date de naissance :

N° d'inscription organisme assureur :

Date 1ère prise en charge dans le cadre de la CAPP : .. / .. /

Date de clôture VOLONTAIRE de la prise en charge dans le cadre de la CAPP : .. / .. /

OU collez ici la vignette mutuelle

B. Données d'organisation de la concertation

Date concertation : .. / .. / Lieu :

N° concertation/année calendrier : 1 - 2 - 3 (1 an commence à la date de la 1^{ère} concertation)

Date concertation suivante : .. / .. / Lieu :

C. Coordonnées des professionnels de la santé, de l'aide et des aidants informels

Indiquez la FONCTION + CODE

| Coordonnées des professionnels de la santé, de l'aide et des aidants informels | Données importantes pour le suivi
<i>(ex. : historique de la thérapie, les besoins de soins personnels et la situation sociale du patient...)</i> |
|--|--|
| <p style="text-align: center;"><u>Personne de référence</u></p> <p>Service :</p> <p>Nom, prénom :</p> <p>Adresse :</p> <p>Téléphone :</p> <p>E-mail :</p> <p>Disponibilité de contact :</p> | |
| <p style="text-align: center;"><u>Personne à contacter en cas d'hospitalisation d'urgence</u></p> <p>Service :</p> <p>Nom, prénom :</p> <p>Adresse :</p> <p>Téléphone :</p> <p>E-mail :</p> <p>Disponibilité de contact :</p> | |
| <p style="text-align: center;"><u>Centre de coordination de soins et d'aide à domicile</u></p> <p>Service :</p> <p>Nom, prénom :</p> <p>Adresse :</p> <p>Téléphone :</p> <p>E-mail :</p> <p>Disponibilité de contact :</p> | |

| Personne de confiance | |
|--|--|
| Service :
Nom, prénom :
Adresse :
Téléphone :
E-mail :
Disponibilité de contact : | |
| Service :
Nom, prénom :
Adresse :
Téléphone :
E-mail :
Disponibilité de contact : | |
| Service :
Nom, prénom :
Adresse :
Téléphone :
E-mail :
Disponibilité de contact : | |
| Service :
Nom, prénom :
Adresse :
Téléphone :
E-mail :
Disponibilité de contact : | |

Liste des domaines à aborder

1. La motricité

Aptitudes locomotrices, postures, aptitudes de base au niveau locomoteur, la motricité fine, les aptitudes locomotrices, les capacités à effectuer des activités physiques.

2. La langue et la communication

Aspects réceptifs et expressifs, possibilité d'avoir des contacts avec autrui.

3. Adaptation sociale

Connaissance et image de soi, attitude envers autrui, participation à la vie en communauté.

4. Le travail

Motivation, compétences et aptitudes de base, capacité à s'intégrer dans une équipe.

5. Autonomie au sein de la collectivité

Se déplacer, utiliser les moyens de transport, faire des achats, gérer l'argent, respecter les lois et règlements de la société.

6. Comportement personnel adapté

Attitudes ou comportements qui devraient disparaître.

7. Autonomie de base

Se nourrir, se laver, aller aux toilettes, s'habiller.

8. Autonomie en matière de logement

Organisation journalière sur le plan ménager : cuisiner, faire le ménage, laver, repasser, veiller à sa santé, veiller à sa sécurité.

9. Aptitudes intellectuelles

Connaissances élémentaires, lecture, écriture, calcul.

ANNEXES

A conserver par l'organisateur de la concertation

DOSSIER N° P ... / 2020

Annexe 1

1. Données concernant le groupe-cible

A. Contact préalable soins de santé mentale

Le patient a eu un contact préalable avec les soins de santé mentale dans le cadre d'affection psychiatrique qui satisfait à au moins une des conditions suivantes :

- a été hospitalisé pendant au moins 14 jours dans un hôpital psychiatrique, SPHG ou service K, au plus tard un an auparavant
- ou
- a été pris en charge pendant au moins 14 jours par une équipe mobile dans le cadre de l' « Article 107 », au plus tard un an auparavant
- ou
- a été pris en charge pendant au moins 14 jours d'un projet **outreach** pour enfants et adolescents financé par le SPF Santé publique, au plus tard un an auparavant
- ou
- une admission pendant au moins 14 jours dans d'autres services hospitaliers où un psychiatre a été appelé en consultation, au plus tard un an auparavant. Un des numéros de nomenclature suivants a été porté en compte 599443, 599465, 596562, 596584.
- ou
- pour les enfants et adolescents:
 - un accompagnement d'au moins 6 mois dans un service de santé mentale, au plus tard un an auparavant
 - ou une inscription par la police, le parquet ou le juge de la jeunesse au plus tard un mois auparavant
- ou
- une prise en charge pendant au moins 14 jours par une équipe de soins psychiatriques à domicile depuis une initiative d'habitation protégée
- ou
- pour les adultes : une prise en charge pendant un an par un psychiatre ou un centre de soins de santé mentale
- ou
- pour les enfants et adolescents : une prise en charge pendant six mois par un pédopsychiatre ou un centre de soins de santé mentale

10

B. Aptitudes

- ❖ **Pour les enfants et les adolescents** : consécutivement à l'affection psychiatrique, perte de certaines aptitudes ou ne dispose que d'aptitudes limitées dans au moins trois des domaines suivants : autonomie de base, autonomie au sein de la collectivité, la langue et la communication, le fonctionnement au sein de la famille ou le contexte de la famille de substitution, l'adaptation sociale, l'école, la motricité et/ou un comportement personnel adapté.

oui non
- ❖ **Pour les adultes** : consécutivement à l'affection psychiatrique, perte de certaines aptitudes ou ne dispose que d'aptitudes limitées dans au moins trois des domaines suivants : autonomie de base, l'autonomie en matière de logement, l'autonomie au sein de la collectivité, la langue et la communication, l'adaptation sociale, le travail, les connaissances scolaires, la motricité et/ ou un comportement personnel adapté.

oui non

LES PARTICIPANTS À LA CONCERTATION ÉTABLISSENT QUE POUR LE PATIENT UN PLAN D'ACCOMPAGNEMENT D'UNE DURÉE MINIMALE DE 12 MOIS EST NÉCESSAIRE AFIN D'ACCORDER LES SOINS.

Codes nomenclature

- 596562 : honoraires pour le premier examen effectué par le médecin spécialiste en psychiatrie accrédité, avec évaluation et rédaction du dossier de liaison central, pour des bénéficiaires âgés de moins de 16 ans, sur prescription du médecin spécialiste qui exerce la surveillance
- 596584 : honoraires pour l'examen suivant, le traitement et le suivi, effectué par le médecin spécialiste en psychiatrie accrédité, pour des bénéficiaires âgés de moins de 16 ans, sur demande du médecin spécialiste qui exerce la surveillance
- 599443 : honoraires pour le premier examen psychiatrique, effectué au sein du service où séjourne un bénéficiaire hospitalisé, par un médecin spécialiste en psychiatrie sur prescription du médecin qui en a la surveillance, avec dossier de liaison central
- 599465 : honoraires pour l'examen et/ou traitement psychiatrique suivant par un médecin spécialiste en psychiatrie au sein du service où séjourne le patient



2. Données concernant les réunions de concertation

Date de la 1ère concertation : .. /.. /

Participants

| NOM – PRENOM | DISCIPLINE | SIGNATURE | N° INAMI | N° compte bancaire
<small>(si d'application)
lié au n° INAMI</small> | Réservé au SISD |
|--------------|------------|-----------|----------|---|---|
| | | | | IBAN :
BIC : | <input type="checkbox"/> Personne de référence
<input type="checkbox"/> Santé mentale
<input type="checkbox"/> 1 ^{ère} ligne
<input type="checkbox"/> Aidant informel
<input type="checkbox"/> Patient |
| | | | | IBAN :
BIC : | <input type="checkbox"/> Personne de référence
<input type="checkbox"/> Santé mentale
<input type="checkbox"/> 1 ^{ère} ligne
<input type="checkbox"/> Aidant informel
<input type="checkbox"/> Patient |
| | | | | IBAN :
BIC : | <input type="checkbox"/> Personne de référence
<input type="checkbox"/> Santé mentale
<input type="checkbox"/> 1 ^{ère} ligne
<input type="checkbox"/> Aidant informel
<input type="checkbox"/> Patient |
| | | | | IBAN :
BIC : | <input type="checkbox"/> Personne de référence
<input type="checkbox"/> Santé mentale
<input type="checkbox"/> 1 ^{ère} ligne
<input type="checkbox"/> Aidant informel
<input type="checkbox"/> Patient |
| | | | | IBAN :
BIC : | <input type="checkbox"/> Personne de référence
<input type="checkbox"/> Santé mentale
<input type="checkbox"/> 1 ^{ère} ligne
<input type="checkbox"/> Aidant informel
<input type="checkbox"/> Patient |
| | | | | IBAN :
BIC : | <input type="checkbox"/> Personne de référence
<input type="checkbox"/> Santé mentale
<input type="checkbox"/> 1 ^{ère} ligne
<input type="checkbox"/> Aidant informel
<input type="checkbox"/> Patient |
| | | | | IBAN :
BIC : | <input type="checkbox"/> Personne de référence
<input type="checkbox"/> Santé mentale
<input type="checkbox"/> 1 ^{ère} ligne
<input type="checkbox"/> Aidant informel
<input type="checkbox"/> Patient |



Données pratiques

La concertation a eu lieu

- au domicile du patient
- ailleurs

Durée de la concertation :

Suivi :

- pas de concertation
- date de la concertation suivante : .. / .. /

Organisateur

Nom :

Organisation :

Signature :

2^{ème} concertation : date .. / .. /

dans les 12 mois

3^{ème} concertation : date .. / .. /



ANNEXE 2 : déclaration du médecin

Le soussigné,, docteur en médecine, porteur du numéro INAMI

déclare par la présente que pour le patient suivant :

il est question d'une problématique psychiatrique avec un diagnostic principal¹:

DSM IV TR ou DSM V ou ICD 10-CM.....

qui est de nature répétitive ou potentiellement de nature répétitive et qui est considérée comme sérieuse au vu de l'intensité et/ou de la fréquence des symptômes et/ou de la présence de comorbidité avec un diagnostic complémentaire :

DSM IV TR ou DSM V ou ICD 10-CM.....

Date

..... / /

Signature du médecin

13

¹ Exclut comme diagnostic principal : démence, autres troubles cognitifs d'origine médicales vasculaires ou traumatiques, épilepsie, retard mental, troubles neurologiques.

(4) Dépliant procédure concertation autour du patient psychiatrique – pour les professionnels

3 REUNION DE CONCERTATION AUTOUR DU PATIENT PSYCHIATRIQUE (CAPP)

(art. AR 27/03/2012 modifié 18/06/2014)

OBJECTIFS

- ✓ Répondre aux demandes et offrir des soins sur mesure
- ✓ Elaborer le plan d'accompagnement et son suivi
- ✓ Répartir les tâches entre prestataires de soins et d'aide

LIEU

✓ Domicile du patient ou ailleurs

PUBLIC-CIBLE

- ✓ Problématique psychiatrique, de nature répétitive (ou potentiellement) et considérée comme sérieuse au vu de l'intensité et/ou de la fréquence des symptômes
- ✓ Présence de comorbidité (= outre le diagnostic principal, au moins un trouble psychiatrique)
- ✓ 3 prestataires de soins ou d'aide min. d'accord pour établir un plan d'accompagnement de 12 mois min.
- ✓ Contact préalable avec les soins de santé mentale au moins 1 des conditions suivantes :
 - » Soit admission dans hôpital psy, service psy hôpital général ou service K
 - » Soit prise en charge par projet outreach pour enfants et ado
 - » Soit admission dans d'autres services hospitaliers avec consultation psychiatrie
 - » Soit prise en charge par un SPAD depuis une IHP
- Spécificités pour les adultes
 - » Soit prise en charge pendant 1 an par un psychiatre ou un centre de santé mentale
- Spécificités pour les enfants et adolescents
 - » Accompagnement de min. 6 mois dans un service de santé mentale ou + tard 1 an auparavant
 - » Ou une inscription par la police, le parquet ou le juge de la jeunesse au + tard 1 mois auparavant
 - » Ou prise en charge pendant 6 mois par un pédopsychiatre ou un centre de santé mentale
- ✓ Aptitude limitées ou absentes dans min. 3 domaines :
 - Par exemple: autonomie de base / en matière de logement / ou sein de la collectivité, langue et communication, adaptation sociale, travail, connaissances scolaires, maturité, comportement personnel adapté, école...
- ✓ Sont exclus : personnes en maison de soins psychiatriques, patients pris en charge par un projet thérapeutique FOR-K sauf exception AR. Diagnostic principal composé uniquement ou d'une combinaison exclusive des pathologies suivantes : démence, autres troubles cognitifs avec causes médicales vasculaires ou traumatiques, épilepsie, retard mental, troubles neurologiques

PARTICIPANTS AUTOUR DU PATIENT

- ✓ Organisateur de la concertation (centre de coordination)
- ✓ Personne de référence (relation thérapeutique ou relation d'aide directe avec le patient)
- ✓ Autres participants (professionnels de la santé mentale et de la 1ère ligne, services d'aide aux personnes, patient et ses aidants proches)
- ✓ SISD

DEMANDEUR DE LA CONCERTATION

- ✓ Toute personne concernée avec accord du patient » via les centres de coordination

PRE-REQUIS

- ✓ Etablir un plan d'accompagnement
 - » Données d'identification du patient et des professionnels de soins et d'aide
 - » Concertation : date, présences, localisation, date de la concertation suivante, personne de référence, identification de l'organisateur et coordinateur de la concertation, données confirmant public-cible
 - » Données importantes pour la suite de l'aide et des soins
 - » Objectifs généraux pour le patient
 - » Description des tâches convenues, activités de soins et responsabilités pour tous les intervenants y compris le patient et/ou sa famille
 - » Le plan défini au moins 3 tâches dont au moins 1 pour un dispensateur de soins ou d'aide de la santé mentale
 - » Planification d'une 2ème concertation dans les 12 mois suivant la 1ère

FINANCEMENT

- ✓ Minimum 3 types différents de dispensateurs de soins et d'aide dont au moins : 1 professionnel de la santé mentale et 1 de la 1ère ligne ou service d'aide aux personnes (médecin généraliste invité, pas obligatoire)
- ✓ 3€/année/patient (5x pour les enfants et adolescents)
- ✓ Pour maximum 4 dispensateurs de soins

(Index 2022)
Facturation mensuelle par le SISD à la mutuelle du patient.

- ✓ 52,55€ / prestataire de soins présent (domicile) et 39,42€ (ailleurs)
- ✓ Personne de référence 110,09€
- ✓ Organisateur 238,97€ (1ère concertation) et 161,26€ pour les suivantes
- ✓ 2 fois max pour les autres dispensateurs d'aide et de soins 52,55€ (domicile) et 39,42€ (ailleurs)

CONTACT

Espace Santé
Boulevard José Dion 1 (2ème étage)
4000 Charleroi

071/33.13.23
sisdcarolo@skynet.be
www.sisdcarolo.be
SISD Carolo page pro

NOTRE ZONE DE SOINS (08)

Plate-forme de concertation et de soutien pour l'ensemble des prestataires de soins ambulatoires

PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ

HÔPITAUX

INITIATIVES NOUVELLES INFORMATION CONCERTATION FORMATION

CENTRES DE COORDINATION

CPAS

MUTUELLES

N° entreprise : 662763827
N° INAMI : 947.026.82.002
BAN : BE94 1525 0143 7905

Avec le soutien de la Région
Wallonie
Familles santé handicap
ASBL

SERVICE INTEGRE DE SOINS A DOMICILE CAROLO - ASBL

071/33.13.23
www.sisdcarolo.be

(5) Dépliant concertation autour du patient psychiatrique : personne de référence et patient

PLAN D'ACCOMPAGNEMENT

- ➔ Données d'identification du patient et des professionnels de soins et d'aide
- ➔ Concertation : date, présences, localisation, date de la concertation suivante, personne de référence, identification de l'organisateur et coordinateur de la concertation, données confirmant le public-cible
- ➔ Attestation médicale annuelle confirmant que le patient répond aux critères du public-cible
- ➔ Données importantes pour la suite de l'aide et des soins
- ➔ Objectifs généraux pour le patient
- ➔ Description des tâches, activités de soins et responsabilités de chaque personne concernée, y compris le patient et son entourage
- ➔ Définition de minimum 3 tâches dont au moins 1 pour le secteur de la santé mentale
- ➔ Planification d'une 2ème concertation dans les 12 mois suivant la 1ère

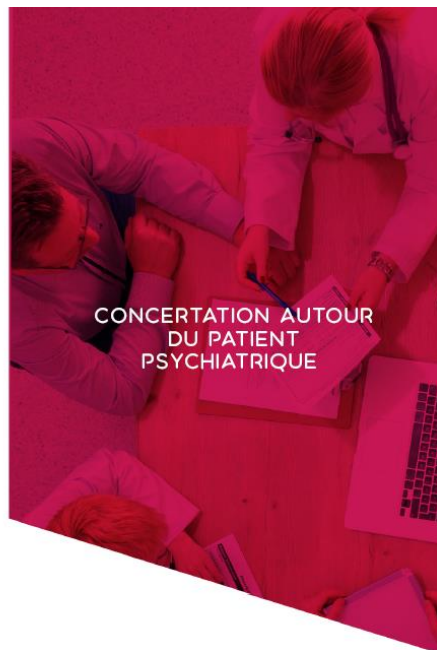
ORGANISATION DE LA CONCERTATION

1 Toute personne concernée peut contacter un des 4 centres de coordination des soins et de l'aide adomicile de la zone du SISD Carolo afin d'organiser une concertation.

2 L'organisateur (coordinateur du centre de coordination), en accord avec le patient, réunit le réseau autour de celui-ci au domicile ou ailleurs.

3 L'organisateur rédige le plan d'accompagnement en concertation avec la personne de référence.

4 La personne de référence remet une copie au patient. L'organisateur remet l'original au SISD et transmet une copie à tous les intervenants.



LE PATIENT

3/05/2019



LA REUNION DE CONCERTATION EN PRATIQUE

A QUOI SERT-ELLE ?

La réunion de concertation vous réunit plusieurs fois par an avec vos différents acteurs de soins et d'aide et éventuellement votre entourage.

Ensemble, vous réfléchissez à la meilleure manière de vous accompagner. Vous mettez en place des objectifs et vous vous sentez soutenu par vos acteurs de soins et d'aide.

Vous êtes au centre de cette réunion et vos droits et choix sont respectés.

Le rôle de chacun est clarifié.

La communication avec vos acteurs de soins et d'aide est améliorée.

Vous choisissez une "personne de référence" pour être votre personne de contact.

QUI PEUT PARTICIPER ?

En fonction de votre discussion avec l'organisateur

- ➔ Vous et votre entourage/famille
- ➔ L'organisateur
- ➔ La personne de référence
- ➔ Votre réseau professionnel (médecin, infirmier, assistant social, psychologue...)

QUI PEUT DEMANDER LA CONCERTATION ?

- ➔ Toute personne concernée

DEROULEMENT

1. Vous décidez avec l'organisateur d'inviter vos acteurs de soins et d'aide.
2. Vous évaluez votre situation avec les personnes présentes.
3. Ensemble, vous fixez vos objectifs.
4. L'organisateur, en collaboration avec votre personne de référence, rédige votre plan d'accompagnement avec les objectifs et actions à réaliser par chacun, dont vous.
5. A la fin de la réunion, une prochaine date est fixée.
6. Les jours suivants, votre personne de référence vous remet une copie de ce plan d'accompagnement et évalue votre situation.

VOTRE PERSONNE DE REFERENCE

Votre personne de référence est choisie pendant la réunion de concertation et peut changer si nécessaire.

Elle est LA PERSONNE DE CONTACT pour vous, votre entourage ainsi que vos acteurs de soins et d'aide.

Il s'agit d'un professionnel qui a une relation thérapeutique ou d'aide directe avec vous.

LES CENTRES DE COORDINATION DE SOINS ET AIDE A DOMICILE



071/20.01.54



071/25.00.00



064/23.87.70



071/33.11.55

POUR TOUTE DEMANDE DE CONCERTATION OU D'INFORMATIONS

PLAN D'ACCOMPAGNEMENT

Données d'identification du patient et des professionnels de soins et d'aide

Concertation : date, présences, localisation, date de la concertation suivante, personne de référence, identification de l'organisateur et coordinateur de la concertation, données confirmant le public-cible

Attestation médicale annuelle confirmant que le patient répond aux critères du public-cible

Données importantes pour la suite de l'aide et des soins

Objectifs généraux pour le patient

Description des tâches, activités de soins et responsabilités de chaque personne concernée, y compris le patient et son entourage

Définition de minimum 3 tâches dont au moins 1 pour le secteur de la santé mentale

Planification d'une 2ème concertation dans les 12 mois suivant la 1ère

ORGANISATION DE LA CONCERTATION

1 Toute personne concernée peut contacter un des 4 centres de coordination des soins et de l'aide à domicile de la zone du SISD Carolo afin d'organiser une concertation.

2 L'organisateur (coordinatrice du centre de coordination), en accord avec le patient, réunit le réseau autour de celui-ci au domicile ou ailleurs.

3 L'organisateur rédige le plan d'accompagnement en concertation avec la personne de référence.

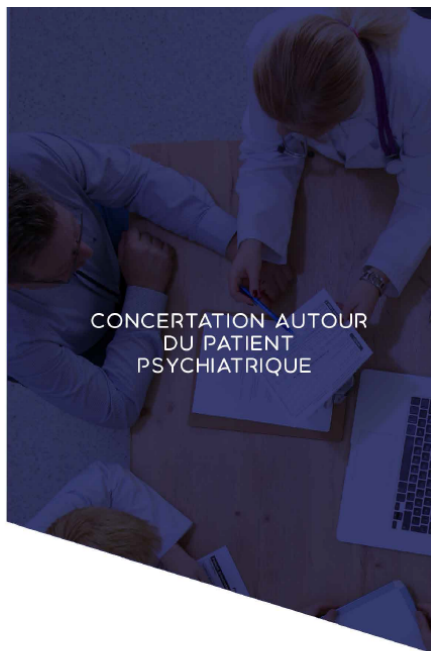
4 La personne de référence remet une copie au patient. L'organisateur remet l'original au SISD et transmet une copie à tous les intervenants.

5 Le SISD facture mensuellement les réunions de concertation auprès d'un organisme assureur.

POUR TOUTE QUESTION :

boulevard Zoé Drion 1 (2ème étage)
6000 CHARLEROI
Téléphone : 071/33.13.23
E-mail : sisdcarolo@skynet.be
Site web : www.sisdcarolo.be

EDITEUR RESPONSABLE : SISD CAROLO ASBL - 071/33.13.23
Avec le soutien de la Région Wallonne AViQ



CONCERTATION AUTOUR DU PATIENT PSYCHIATRIQUE

LA PERSONNE DE REFERENCE



26/05/2019

LA PERSONNE DE REFERENCE

QUI EST LA PERSONNE DE REFERENCE ?

La personne de référence est désignée lors d'une réunion de concertation (elle peut changer pendant le trajet du patient).

Elle travaille en étroite collaboration avec l'organisateur de la réunion de concertation.

Personne de contact pour le patient, sa famille et pour les dispensateurs de soins de santé ou d'aide

PROFIL

- Professionnel de soins de santé
- Psychologue clinicien
- Travailleur social
- Orthopédagogue

Elle doit avoir une relation thérapeutique ou relation d'aide directe avec le patient.

Pour les enfants et adolescents, il peut s'agir également de membres du personnel de services et d'institutions agréés qui dispensent une aide professionnelle.

QUE FAIT LA PERSONNE DE REFERENCE DANS LE CADRE DE LA REUNION DE CONCERTATION ?

- Elle collabore avec la coordinatrice pour la rédaction du plan d'accompagnement.
- Elle remet un exemplaire de ce plan au patient.
- Elle assure la coordination générale du plan d'accompagnement (son exécution et son recadrage si nécessaire).
- Elle intervient lorsque les partenaires ne respectent pas un accord.
- Elle propose une concertation intermédiaire si nécessaire.
- Elle organise la continuité le soir, le week-end et les jours de congé.

QUELS SONT SES HONORAIRES ?

Le SISD s'occupe de la facturation.

Facturation maximum :

- > 3x/an/patient pour les adultes
- > 5x/an/patient pour les enfants et adolescents

La personne de référence perçoit 106.07€ par concertation pour la réalisation de ses missions (index 2019).

LES CENTRES DE COORDINATION DE SOINS ET AIDE A DOMICILE



071/20.01.54



071/25.00.00



064/23.87.70



071/33.11.55

POUR TOUTE DEMANDE DE CONCERTATION OU D'INFORMATIONS

(6) Contrats types TDS

CONTRAT TRAJET DE SOINS DIABÈTE TYPE 2

Vignette mutuelle du patient

ENGAGEMENTS DU PATIENT

NOM DU PATIENT

- Mon médecin généraliste, à qui je demande de transmettre cette demande au médecin-conseil de ma mutuelle, m'a expliqué aujourd'hui les conditions du trajet de soins diabète de type 2.
- J'ai été informé(e) par mon médecin généraliste que les bénéfices et la réussite du trajet de soins dépendent de ma participation active au plan de suivi. Je m'engage à cette fin à définir avec mon médecin généraliste l'organisation pratique de ce plan de suivi.
- Mon médecin généraliste et moi-même avons parlé des objectifs du traitement et de la façon de les atteindre en nous basant sur les informations décrites en page 2 du présent contrat.
- Mon médecin généraliste m'a communiqué qu'il/elle à transmettra à Sciensano les données codées me concernant qui se rapportent à l'âge, au sexe, au poids, à la taille, à la tension artérielle, et aux résultats de certaines analyses sanguines (Hb A1c, cholestérol LDL) à des fins d'évaluation scientifique et dans le respect des dispositions réglementaires relatives à la vie privée.

Date et signature

Je demande à mon médecin généraliste, signataire du présent contrat, de gérer mon dossier médical global : il/elle doit à cette fin en attester les honoraires dans l'année qui suit le début du trajet de soins.

ENGAGEMENTS DE L'ENDOCRINO-DIABÉTOLOGUE / DE L'INTERNISTE

J'accepte de participer au trajet de soins de ce patient, qui appartient au groupe à risque¹, et plus précisément :

- d'encadrer, d'un commun accord avec lui, le médecin généraliste lors de l'élaboration, de l'évaluation et de l'adaptation d'un plan de suivi individuel pour le patient présentant un diabète de type 2 ; ce plan de suivi comprend des objectifs, un suivi planifié, des consultations médicales, des interventions paramédicales et des examens techniques
- de transmettre les rapports de mes consultations et examens techniques au médecin généraliste
- d'entretenir, avec le médecin généraliste, une communication efficace, soit à la demande du médecin généraliste, soit l'occasion d'une transmission des paramètres cliniques ou biologiques.

Nom + Cachet

Date et signature

Numéro de compte sur lequel sont versés les honoraires du trajet de soins

médecin spécialiste : titulaire :

numéro de compte:
numéro BCE

ou

hôpital :

numéro de compte:
numéro BCE:

ENGAGEMENTS DU MEDECIN GENERALISTE

J'accepte de participer au trajet de soins du patient, qui appartient au groupe à risque¹, et plus précisément :

- d'élaborer, d'évaluer et d'adapter, d'un commun accord avec l'endocrinologue-diabétologue, un plan de suivi individuel qui comprend des objectifs, un suivi planifié, des consultations médicales, des interventions paramédicales et des examens techniques pour le patient présentant un diabète de type 2
- de transmettre au médecin spécialiste mes observations et les résultats d'examen utiles au suivi du patient
- dans le cas où le patient ne la reçoit pas via un centre de diabète conventionné, lui prodiguer et entretenir l'éducation nécessaire concernant la maladie, le traitement et le suivi, moi-même ou via l'éducateur au diabète
- d'utiliser le dossier médical du patient
- de transmettre copie du présent contrat dûment complété au médecin-conseil.

Nom + Cachet

Date et signature

Numéro de compte sur lequel sont versés les honoraires du trajet de soins

- médecin généraliste : titulaire :

numéro de compte:
numéro BCE (ev) :

MEDECIN-CONSEIL DE LA MUTUALITE

Je confirme réception du présent contrat conformément à la réglementation portant sur le trajet de soins diabète de type 2, applicable à partir du (date de réception conformément à la demande).....jusqu'au.....

Nom + Cachet

Date et signature

¹ Critères d'inclusion pour un trajet de soins diabète de type 2

- 1 ou 2 injections d'insuline par jour
- contrôle insuffisant sous traitement oral maximal : dans ce cas, une insulinothérapie doit être envisagée

Critères d'exclusion

- grossesse ou souhait de grossesse
- plus de deux injections d'insuline par jour
- diabète de type 1

CONTRAT TRAJET DE SOINS DIABETE (page2)

INFORMATIONS SUR LA PRISE EN CHARGE DU DIABÈTE DE TYPE 2

OBJECTIF GÉNÉRAL

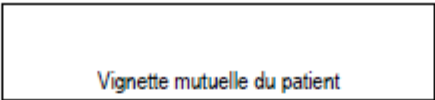
Une bonne prise en charge de votre diabète vous garantit une vie plus saine et plus longue.
Cette prise en charge évite pendant plus longtemps les complications dues à l'obstruction des vaisseaux sanguins.

OBJECTIFS PERSONNELS

Vos objectifs personnels vous guident dans la prise en charge de votre diabète.
En concertation avec votre médecin généraliste, vous établissez, pour votre trajet de soins, un plan de suivi concret qui repose sur les objectifs suivants :

- Avoir un mode de vie sain:
 - bouger régulièrement
 - arrêter de fumer
 - manger sainement
 - contrôler votre poids
- Suivre et, si nécessaire, traiter avec des médicaments:
 - votre glycémie (glucose sanguin) ;
 - votre cholestérol et graisses dans le sang ;
 - votre tension artérielle
 - le risque d'obstruction des vaisseaux sanguins grâce à la prise de médicaments
 - votre surpoids
 - votre tabagisme : arrêter de fumer
- Un examen sanguin : HbA1c ²
- Un contrôle chez votre médecin généraliste pour détecter les complications éventuelles :
 - questionnaire (risque de maladie cardiaque, douleurs nerveuses,...)
 - examen des pieds
 - examen du sang et des urines
- Un examen des yeux chez votre ophtalmologue
- Vaccinations contre la grippe et le pneumocoque ³
- Mieux comprendre votre maladie et votre plan de soins, à l'aide d'éducation au diabète.

CONTRAT TRAJET DE SOINS INSUFFISANCE RENALE CHRONIQUE



ENGAGEMENTS DU PATIENT

NOM DU PATIENT

- Mon médecin généraliste, à qui je demande de transmettre cette demande au médecin-conseil de ma mutualité, m'a expliqué aujourd'hui les conditions du trajet de soins insuffisance rénale chronique ;
- J'ai été informé(e) par mon médecin généraliste que les bénéfices et la réussite du trajet de soins dépendent de ma participation active au plan de suivi. Je m'engage à cette fin à définir avec mon médecin généraliste l'organisation pratique de ce suivi optimal;
- Mon médecin généraliste et moi-même avons parlé des objectifs du traitement et de la façon de les atteindre en nous basant sur les informations décrites en page 2 du présent contrat ;
- Mon médecin généraliste m'a communiqué qu'il/elle à transmettra à Sciensano les données codées me concernant qui se rapportent à l'âge, au sexe, au diagnostic rénal, à la tension artérielle, et aux résultats de certains examens sanguins: (hémoglobine, créatinine, e-GFR.), à des fins d'évaluation scientifique et dans le respect des dispositions réglementaires relatives à la vie privée.

Date et signature

Je demande à mon médecin généraliste, signataire du présent contrat, de gérer mon dossier médical global : il/elle doit à cette fin en attester les honoraires dans l'année qui suit le début du trajet de soins.

ENGAGEMENTS DU NEPHROLOGUE / DE L'INTERNISTE

J'accepte de participer au trajet de soins de ce patient, qui appartient au groupe cible¹, et plus précisément :

- d'encadrer, d'un commun accord avec lui, le médecin généraliste lors de l'élaboration, de l'évaluation et de l'adaptation d'un plan de suivi individuel pour le patient présentant une insuffisance rénale chronique; ce plan comprend des objectifs, un suivi planifié, des consultations médicales, des interventions paramédicales et des examens techniques ;
- de transmettre les rapports de mes consultations et examens techniques au médecin généraliste ;
- d'entretenir, avec le médecin généraliste, une communication efficace, soit à la demande du médecin généraliste, soit à l'occasion d'une transmission des paramètres cliniques ou biologiques.

Nom + Cachet

Date et signature

Numéro de compte en banque pour le paiement des honoraires du trajet de soins

médecin spécialiste : titulaire :

numéro de compte:
numéro BCE

ou

hôpital :

numéro de compte:
numéro BCE:

ENGAGEMENTS DU MEDECIN GENERALISTE

J'accepte de participer au trajet de soins de ce patient, qui appartient au groupe cible¹, et plus précisément :

- d'élaborer, d'évaluer et d'adapter, d'un commun accord avec le néphrologue, un plan de suivi individuel qui comprend des objectifs, un suivi planifié, des consultations médicales, des interventions paramédicales et des examens techniques pour le patient présentant une insuffisance rénale chronique;
- de transmettre au médecin spécialiste mes observations et les résultats d'examen utiles au suivi du patient
- d'utiliser le dossier médical du patient ;
- de transmettre copie du présent contrat dûment complété au médecin-conseil.

Nom + Cachet

Date et signature

Numéro de compte en banque pour le paiement des honoraires du trajet de soins

- médecin généraliste : titulaire :

numéro de compte:
numéro BCE (ev) :

MEDECIN-CONSEIL DE LA MUTUALITE

Je confirme réception du présent contrat conformément à la réglementation portant sur le trajet de soins applicable à partir du (date de réception conformément à la demande)..... jusqu'au.....

Nom + Cachet

Date et signature

¹ Critères d'inclusion pour un trajet de soins insuffisance rénale chronique:

- Avoir une insuffisance rénale chronique définie par
 - o une vitesse de filtration glomérulaire calculée <45ml/min/1,73m² selon la formule MDRD simplifiée confirmée au moins 2 x avec un intervalle d'au moins 3 mois et/ou
 - o une protéinurie de >1g/jour confirmée au moins 2 x avec un intervalle d'au moins 3 mois
- être âgé de plus de 18 ans
- ne pas être en dialyse ni transplanté
- être capable d'un follow up ambulatoire, c.à.d. consulter le néphrologue/interniste dans son cabinet de consultation

CONTRAT TRAJET DE SOINS INSUFFISANCE RENALE (page2)

INFORMATION SUR LA PRISE EN CHARGE DE L'INSUFFISANCE RENALE CHRONIQUE

OBJECTIF GENERAL

Une bonne prise en charge de votre maladie rénale vous garantit une vie plus saine et plus longue. Cette prise en charge peut fortement ralentir l'évolution de votre maladie. Elle permet également de maintenir le plus longtemps possible un fonctionnement « correct » de vos reins et diminue votre risque de maladie cardio-vasculaire.

VOS OBJECTIFS PERSONNELS

Vos objectifs personnels vous guident dans la prise en charge de votre maladie rénale. En concertation avec votre médecin généraliste, vous établissez, pour votre trajet de soins, un plan de suivi concret qui repose sur les objectifs suivants :

- Avoir un mode de vie sain:
 - bouger régulièrement
 - arrêter de fumer
 - manger sainement
 - perdre du poids si nécessaire
 - ne pas utiliser de médicaments (p.ex: antidouleurs) sans avis de votre médecin: ils peuvent être nocifs pour vos reins

- Suivre et, si nécessaire, traiter avec des médicaments :
 - votre glycémie (glucose dans le sang)
 - votre tension artérielle
 - votre cholestérol et graisses dans le sang
 - votre protéinurie: albumine dans l'urine
 - votre anémie
 - l'état de vos os et articulations
 - votre tabagisme: arrêter de fumer
 - un régime adapté avec l'aide d'un diététicien expérimenté
 - prendre les médicaments nécessaires comme prescrits

- Un examen sanguin
Votre spécialiste et votre généraliste déterminent la fréquence des ces examens sanguins.

- Un examen de contrôle: dépistage des complications au niveau d'autres organes

- Vaccinations contre la grippe, l'hépatite et le pneumocoque

(7) Qu'est-ce qu'un centre de coordination ?

Pour rappel, un centre de coordination de soins et services à domicile a pour mission d'assister tout bénéficiaire souhaitant vivre à domicile ou réintégrer celui-ci, avec pour objectifs la continuité et la qualité du maintien au domicile (en collaboration avec le médecin généraliste).

Pour ce faire, il assure lui-même ou par voie de convention une permanence téléphonique 24h/24, 7j/7.



Comment?

par les actions suivantes :

- analyser la situation
- élaborer un plan d'intervention
- planifier les interventions en concertation avec les services et prestataires
- évaluer périodiquement les services mis en place
- préserver la situation du bénéficiaire
- intervenir au titre de médiateur en cas de conflit entre les membres du réseau et le bénéficiaire
- assister et soutenir par son intervention la concertation effectuée dans le cadre du SISD
- assister le bénéficiaire et son entourage lors d'une prise en charge en institution



Le centre de coordination assure, lui-même ou par voie de convention :

- un service de soins infirmiers à domicile
- un service d'aide aux familles agréé par le Gouvernement
- un centre de service social ou tout autre service social à vocation générale
- un service de télé-bio-vigilance

et au moins quatre services parmi les suivants :

- la garde à domicile
- le prêt et le transport de matériel sanitaire
- la distribution de repas à domicile
- l'aménagement ou à l'adaptation des locaux
- la pharmacie
- l'ergothérapie
- un service destiné au soutien de l'entourage
- le transport de personnes, notamment le transport médico-sanitaire visé par le décret du 20 novembre 2008 relatif à l'organisation du transport médico-sanitaire
- un service de santé mentale
- le kinésithérapeute
- une équipe de soins palliatifs



En outre, le centre peut organiser ou collaborer avec d'autres services ou prestataires des activités, parmi lesquels :

- les soins dentaires
- la logopédie
- la pédicurie
- la coiffure

Liste non-exhaustive.

Un nouveau décret relatif à l'agrément des centres de coordination a été publié en 2019

(8) *Projet RAMPE 2.3.*

Historique du premier projet RAMPE

RAMPE (Réseau d'Aide en Médecine Palliative Extra-muros) a été lancé par la SSMG en 1998. Le projet visait deux objectifs :

- Assurer une formation et un accompagnement en soins palliatifs aux médecins généralistes que la formation universitaire n'avait pas prise en compte antérieurement,
- Permettre des soins palliatifs à domicile grâce à des médecins généralistes compétents qui garantissent une qualité de fin de vie aux patients qui le désirent.

Le projet RAMPE a contribué à la réalisation d'un réseau intégrant les divers intervenants des structures locales. La cellule a donc décidé d'organiser une formation initiale longue dans laquelle chaque participant s'engageait à suivre l'entièreté du programme.

Au total, 12 ateliers d'une demi-journée ont été mis sur pied sur base d'une expérience canadienne. Ils s'adressaient à des groupes de 12 à 20 médecins (modèle DDG et GLEM) répartis sur trois ans.

Ces formations proposaient un éclairage éthique, une ouverture à l'interdisciplinarité dans la pratique quotidienne. La collaboration avec une équipe de deuxième ligne a représenté une première expérience et s'avère aujourd'hui être une véritable plus-value dans la qualité des soins.

500 médecins ont été formés dans une dynamique régionale (un responsable par région). Par la suite, un nombre restreint de médecins ont continué le projet RAMPE. A l'heure actuelle, les soins palliatifs s'intègrent dans la formation continue qui associe les soins palliatifs à l'ensemble des compétences nécessaires à la pratique du médecin généraliste. Elle vise à réactualiser les connaissances dans ce domaine (de manière continue par un nombre restreint de groupes).

De plus, suite à la loi sur l'euthanasie de 2002, cette formation permet aux médecins généralistes d'acquérir les connaissances nécessaires aux diverses dimensions contenues dans cette loi (juridique, éthique, relationnelle). Un livre a été réalisé à l'issue du programme de formation « Aux sources de l'instant ». Quatre éditions ont été publiées depuis.

Nouvelle Edition : Rampe-âge 2.3

En fin 2013, la SSMG a décidé de relancer le projet en élargissant les soins palliatifs aux soins continus et en favorisant le maintien de la personne âgée en perte d'autonomie à domicile tout en formant à l'interdisciplinarité.

Rampe-âge 2.3 est un projet fondamentalement interdisciplinaire. En effet, plusieurs partenaires se sont réunis afin de collaborer ensemble : les médecins généralistes, les pharmaciens et les soins infirmiers. Dans chaque région, le partenariat sera favorisé avec les structures qui collaborent de près avec la médecine générale. Par la suite, le projet sera étendu à d'autres partenaires : les kinés, les psychologues, etc.

Concrètement, le déroulement se fera selon deux phases clés :

- **Une phase de sensibilisation.** Cette phase sera organisée dans plusieurs régions par un trio responsable organisateur local reprenant un médecin généraliste, un pharmacien et un infirmier. Le but sera de sensibiliser les participants aux quatre pôles suivants : les soins palliatifs, la fragilité ou perte d'autonomie de la personne âgée, les réseaux et l'interdisciplinarité. Ces formations se feront en rassemblant tous les acteurs de terrain pré-cités dans un auditoire choisi pour chaque région. Les priorités de la phase de sensibilisation sont les suivantes :
 - Resituer le patient (la personne âgée) et tous ses problèmes : nutrition, polymédication, pathologies chroniques
 - Redéfinir les problèmes
 - Développer la notion de soins continus (la développer et l'expliquer)
 - Aborder les soins palliatifs
 - Sensibiliser aux moyens de garder les gens à domicile
 - Sensibiliser à l'interdisciplinarité (qui sera travaillée dans la phase de formation avec la création d'outils)
 - Réaliser un état des lieux au niveau local pour recenser les formations existantes (nommer les structures, dire qu'il y a des formations, etc.) = travail des groupes-pilotes régionaux.
- **Une phase de formation continue** (2015 et plus). Les différents acteurs de terrain, sensibilisés aux objectifs précités (personne âgée, soins continus, interdisciplinarité) pourront s'inscrire à une formation approfondie. Dans chacune des régions (commissions régionales de la SSMG) seront organisées des formations en interdisciplinarité développant les connaissances, le savoir-faire et le savoir-être (jeux de rôle). Ces formations exigeront un investissement plus important (1 à 3 jours). Le programme précis sera déterminé en 2014.

(9) Dépliant SISD Carolo

3 REUNION DE CONCERTATION AUTOUR DU PATIENT PSYCHIATRIQUE (CAPP)

10/04/2023

OBJECTIFS

- Répondre aux demandes et offrir des soins sur mesure
- Élaborer le plan d'accompagnement et son suivi
- Répondre aux tâches entre prestataires de soins et d'aide

LIEU

- Domicile du patient ou ailleurs

PUBLIC-CIBLE

- Problématique psychiatrique, de nature répétitive (ou potentiellement) et considérée comme sérieuse ou de durée prolongée (depuis ou à l'origine des symptômes)
- Présence de comorbidité (= outre la diagnostic principal, au moins un trouble psychiatrique)
- 3 prestataires de soins ou d'aide min. d'accord pour établir un plan d'accompagnement de 12 mois min.
- Contact préalable avec les soins de santé mentale ou moins 1 des conditions suivantes :
 - Soit admission dans hôpital psy, service psy hôpital général ou service K
 - Soit prise en charge par équipe mobile '07
 - Soit prise en charge par projet ou team pour enfants et ado
 - Soit admission dans d'autres services hospitaliers avec consultation psychiatrie
 - Soit prise en charge par un SPAD depuis une IIP
- Soit prise en charge pendant 1 an par un psychiatre ou un centre de santé mentale

Spécificités pour les adultes

Spécificités pour les enfants et adolescents

- Accompagnement de min. 6 mois dans un service de santé mentale ou hors 1 an auparavant
- Ou une inscription par le policier, le parquet ou le juge de la jeunesse ou hors 1 mois auparavant
- Ou prise en charge pendant 6 mois par un pédiopsychiatre ou un centre de santé mentale

Appétite limitée ou absente dans min. 3 domaines :

Par exemple : autonomie de base / en matière de logement / au sein de la collectivité, langue et communication, adaptation sociale, travail, connaissances scolaires, motricité, comportement personnel adéquat, etc.

Sont exclus :

- personnes en maison de soins psychiatriques, patients pris en charge par un projet thérapeutique FOR-K ou un service AR. D'autres modalités peuvent concerner uniquement les troubles du comportement, les troubles de la personnalité, les troubles cognitifs avec causes médicales vasculaires ou traumatiques, l'abus de substances, les troubles mentaux liés aux maladies graves

PARTICIPANTS AUTOUR DU PATIENT

- Organisateur de la concertation (centre de coordination)
- Personne de référence (traitement thérapeutique ou relation d'aide étroite avec le patient)
- Autres participants (professionnels de la santé mentale et de la 1ère ligne, services d'aide aux personnes, patient et ses proches)
- SISD

DEMANDEUR DE LA CONCERTATION

- Toute personne concernée avec accord du patient, à via les centres de coordination

PRE-REQUIS

- Établir un plan d'accompagnement
 - Données d'identification du patient et des professionnels de soins et d'aide
 - Concertation : date, présences, localisation, date de la concertation suivante, personne de référence, identification de l'organisateur et coordinateur de la concertation, données confirmant public-cible
 - Données importantes pour la suite de l'aide et des soins
 - Objectifs généraux pour le patient
 - Description des tâches convenues, activités de soins et responsabilités pour tous les intervenants y compris le patient et/ou sa famille
 - Le plan défini au moins 3 tâches dont au moins 1 pour un prestataire de soins ou d'aide de la santé mentale
 - Planification d'une 2ème concertation dans les 12 mois suivant la 1ère

FINANCEMENT

- Minimum 3 types différents de prestataires de soins et d'aide dont au moins 1 professionnel de la santé mentale et 1 de la 1ère ligne ou service d'aide aux personnes (médecin généraliste inclus, pas obligatoires)
- 3v/année/patient (ix pour les enfants et adolescents)
- Pour maximum 4 prestataires de soins

52.55€ / prestataire de soins présent (domicile) et 39.42€ (ailleurs)

Personne de référence 10,09€

Organisateur 238,97€ (hors concertation) et 161,96€ pour les suivants

2 fois/mois pour les autres prestataires d'aide et de soins 52.55€ (domicile) et 39.42€ (ailleurs)

(Index 2022)

Facturation mensuelle par le SISD à la demande du patient

CONTACT

Espace Santé
Boulevard Des Dion 1 (2ème étage)
6000 Charleroi

071/33.13.23
sisdcarolo@syndet.be
www.sisdcarolo.be
SISD Carolo page pro

NOTRE ZONE DE SOINS (08)

PROFESSIONNELS DE LA SANTE
CENTRES DE COORDINATION
INITIATIVE HOPITALIERE INFORMATION CONCERTATION FORMATION
HOPITALIENS
CPAS
MUTUELLES

Plate-forme de concertation et de soutien pour l'ensemble des prestataires de soins ambulatoires

N° entreprise : 862748207
N° NVAO : 947.026.82.002
IBAN : BE96 1332 0143 7905

Point de contact de la Région
No Contact
071/33.13.23
www.sisdcarolo.be

1 SERVICE INTEGRE DE SOINS A DOMICILE CAROLO ASBL

NOS MISSIONS

- Véhiculer ou suivre de l'information
- Encourager, soutenir et accompagner les initiatives nouvelles (projets)
- Sensibiliser et soutenir les professionnels
- Optimiser la collaboration afin de renforcer la prise en charge globale du patient
- Renforcer la permanence et la continuité des soins

QUI CONTACTER ?

- Le SISD Carolo pour les informations relatives à ses missions et/ou l'organisation de réunions de concertation multidisciplinaire 071/33.13.23
- Les centres de coordination de la zone de soins pour l'organisation de réunions de concertation et/ou la mise en place d'un encadrement à domicile

NOS MEMBRES

- Les centres de concertation de soins à domicile
- La Fédération des Associations de Médecins Généralistes de Charleroi (FAGC)
- Le Cercle Régional et Provincial Infirmier Carolo (CRIPC)
- Les mutuelles
- L'Association des Kinésithérapeutes de Charleroi (AKC)
- L'Union Royale Pharmacologique de Charleroi (URPC)
- Les CPAS
- Les institutions hospitalières

ASSOCIATION ASBL 071.20.01.54
www.hassant.oriental.be
www.fagc.be

CRIPC 071.25.00.00
crs@cripc.be
www.crs.be

URPC 064.23.87.70
064.23.88.58 (coordination)
urpc@urpc.be
www.urpc.be

AKC 071.53.11.55
www.akc.be
www.akc.be

2 REUNION DE CONCERTATION MULTIDISCIPLINAIRE

réunion de concertation (NVAO 158 926 2204)

OBJECTIFS

Déterminer :

- les possibilités pour la personne de maintenir son autonomie
- les besoins de soutien pour garantir une vie à domicile dans les meilleures conditions possibles

En :

- évaluant l'autonomie du patient,
- établissant le plan de soins et son suivi,
- répartissant les tâches entre les prestataires

PUBLIC-CIBLE

- Patients en perte d'autonomie physique et/ou situation complexe
- Patients en état végétal persistant (EVP) ou en état post-coma (EPC) à conditions particulières

DEMANDEUR DE LA CONCERTATION

- Tout intervenant professionnel
- Le patient, sa famille ou son entourage

LIEU

- Au domicile du patient
- A l'hôpital
- Au centre de coordination
- Au cabinet du médecin généraliste
- ...

patient séjournant à domicile
OU
patient hospitalisé dont le retour à domicile est prévu entre les 8 jours

ET

maintien à domicile supprimé d'au moins 1 mois avec une diminution de l'autonomie physique

PARTICIPANTS

- Le SISD (coordonné par un centre de coordination)
- Les prestataires de soins (médecin généraliste, infirmier, kiné, psychologue, paramédical, ...)
- Les prestataires d'aide (assist. social, ergothérapeute, psychologue, aide familiale, ...)
- Le patient, sa famille, son entourage
- ...

FINANCEMENT

- 1x/année civile/patient
- Pour max. 4 prestataires de soins
- Présence de minimum 3 prestataires de soins dont obligatoirement :
 - 1 médecin généraliste
 - 1 infirmier (si le patient reçoit des soins à domicile)
 - 1 centre de coordination (prevention, le SISD)
- Transmission au SISD du plan de soins complété et signé par tous les participants (NVAO) et envoyé électronique aux prestataires de soins

52.55€ par prestataire de soins présent à la concertation à l'au au domicile 39.42€ si ailleurs (index 2022)

PROGRAMMATION DE LA CONCERTATION

- Le SISD valide/renouvelle le plan de soins et facture mensuellement la participation des prestataires de soins à domicile au patient ou mutuelle demandeur directement les prestataires de soins présents
- Le demandeur contacte le centre de coordination
- Le coordinateur organise la concertation, consulte les informaticiens, complète le plan de soins, formule suivi en concertation avec tous les participants et le transmet au SISD

(10) Dépliant OSTA Carolo

NOUS CONTACTER

ostambucarolo@gmail.com

www.ostacarolo.be

Boulevard Zoé Drion, 1
(2ème étage)
6000 Charleroi

071/33.13.23

NOTRE ÉQUIPE

FAGC
Dr Bets Pierre
Dr Jadouille Patrick
Dr Rochet Jean-Stephan

SISD Carolo
Mr Decuyper Claude
Mme Pouleur Julie

Équipe opérationnelle
Mme Dethye Karine
Mme Dhulst Laura
Mme Josse Anne-France
Dr Goderis Geert
Dr Zina Mbiton Joël

ÉQUIPE MOBILE DE LUTTE CONTRE LES ÉPIDÉMIES

Un consortium

FAEC
SISD
Service de Santé et de Soins à Domicile (SSSD)

Wallonie familles santé handicap AViQ

Editeur responsable Dr Jadouille Patrick



L'OSTA CAROLO A POUR MISSION

L'objectif de l'OSTA Carolo est d'apporter **aide et soutien** dans les **collectivités** et dans les **communautés locales** pour guider efficacement les mesures de **prévention** et de **gestion des épidémies** ainsi que pour toute autre **maladie infectieuse**, à déclaration obligatoire ou non.

Nous agissons en collaboration avec la première ligne de soins et les structures existantes.

L'apport d'une expertise épidémiologique pour l'identification, l'investigation et la surveillance des clusters, en lien avec la Cellule de Surveillance des maladies infectieuses de l'AViQ.

Des actions de sensibilisation et de formation destinées à votre personnel et/ou votre public.

La coordination avec les acteurs de terrain et les différents niveaux de pouvoir (communaux, régionaux, provinciaux)

Plan wallon de suivi et d'actions (dans les secteurs santé et action sociale) en cas de rebond ou de nouvelle épidémie.

L'organisation est fondée sur 4 niveaux d'intervention pour une plus grande réactivité et une optimisation de la gestion au niveau local.

Niveau 1 : la médecine générale

Niveau 2 : les OST ambulatoires

Niveau 3 : les OST hospitalières

Niveau 4 : la Cellule de Surveillance des maladies infectieuses

Nous sommes à votre disposition pour toute information complémentaire.