



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
	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
	C) COLLABORATION DU SISDCAROLO AVEC L'ACGHP ET LE REGAIN	23
4.	3.4. PLATE-FORME DE CONCERTATION EN SANTÉ MENTALE DES REGIONS DU CENTRE ET DE CHARLEROI	23
	TRAJETS DE SOINS (TDS) ET RESEAU LOCAL MULTIDISCIPLINAIRE (RLM).....	24
	4.1. LES TRAJETS DE SOINS POUR MALADIES CHRONIQUES	24
	4.2. LE TRAJET DE SOINS EN DIABETOLOGIE.....	25
5.	4.3. LE TRAJET DE SOINS EN INSUFFISANCE RENALE CHRONIQUE	25
6.	4.4. LE TRAJET DE DEMARRAGE DIABETE (TDD)	26
	4.5. PROJETS PILOTES RESEAUX LOCAUX MULTIDISCIPLINAIRES (RLM)	27
	CELLULE PREVENTION SANTÉ.....	30
	CERCLES LOCAUX PROFESSIONNELS	31
	6.1. ASSOCIATION LOCALE DE DIETETICIENS DE CHARLEROI (CEDIC)	31
	6.2. ASSOCIATION LOCALE DE PSYCHOLOGUES DE CHARLEROI	31
7.	6.3. ASSOCIATION LOCALE DE KINESITHERAPEUTES (GLEK CHARLEROI)	31
8.	6.4. AUTRES CERCLES LOCAUX PROFESSIONNELS	32
9.	A) FEDERATION DES ASSOCIATIONS DE GENERALISTES DE CHARLEROI (FAGC).....	32
10.	B) CERCLE REGIONAL ET PLURALISTE INFIRMIER CAROLO (CREPIC).....	32
	C) UNION ROYALE PHARMACEUTIQUE DE CHARLEROI (URPC)	33
	COMITE TECHNIQUE – CENTRES DE COORDINATION DE SOINS ET AIDE A DOMICILE	34
	PROXISANTE, LES ASSISES DE LA PREMIERE LIGNE D'AIDE ET DE SOINS.....	35
	SENSIBILISATION – INFORMATION – FORMATION	37
	PARTICIPATION A DES JOURNEES ET SALONS SANTÉ.....	38

	10.1.	SENSIBILISATION AU DIABETE ET AUX MALADIES CHRONIQUES A COURCELLES.....	38
	10.2.	AUTRES PARTICIPATIONS	39
		CHARLEROI VILLE SANTE.....	40
		PLANS DE COHESION SOCIALE (PCS).....	41
		INTER-SISD FRANCOPHONES	42
		PLATEFORME DE PREMIERE LIGNE DE SOINS WALLONNE (PPLW).....	44
		RENCONTRES LOCALES MULTIDISCIPLINAIRES – RAMPE 2.3	47
		LIAISON HOPITAL – DOMICILE	49
11.	16.1.	HOSPITALISATION A DOMICILE (HAD) : CHIMIOTHERAPIE ET ANTIBIOTHERAPIE A DOMICILE	49
12.		A) « ESCHAP-O » = « EQUIPE DE SOINS ET DE CONFORT A L'HOPITAL ET AU DOMICILE DU PATIENT -	
13.		ONCOLOGIQUE » A L'INITIATIVE DU GRAND HOPITAL DE CHARLEROI (GHDC).....	49
14.		B) ANTIBIOTHERAPIE (ANTIBIHOME)	50
15.		C) FORMATION DES INFIRMIERS SUR LA CHIMIOTHERAPIE ET ANTIBIOTHERAPIE A DOMICILE	51
16.	16.2.	CELLULE DE COORDINATION DES SOINS TRANSMURAUX – GHDC/CNDG (Réseau Hospitalier Charleroi Métropole).....	51
		LUTTE CONTRE LA PANDEMIE COVID-19	52
	17.1.	GESTION DE LA CRISE COVID	52
	17.2.	OSTA CAROLO – EQUIPE MOBILE DE LUTTE CONTRE LES EPIDEMIES	53
17.		RESEAU SANTE WALLON (RSW)	54
	18.1.	PROJET PILOTE RESEAU SANTE WALLON 2.0	54
18.	18.2.	APPLICATION MOBILE MYRSW	55
	18.3.	LE RSW EN QUELQUES CHIFFRES	55
	C.	SITE WEB.....	58
	D.	PAGE FACEBOOK	59
	E.	NOTRE FONCTIONNEMENT	60
1.		ZONE DE SOINS	60
2.		CADRE LEGISLATIF	62
3.		COMPOSITION.....	63
	F.	TABLE DES ILLUSTRATIONS	64
	G.	ANNEXES.....	65

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.

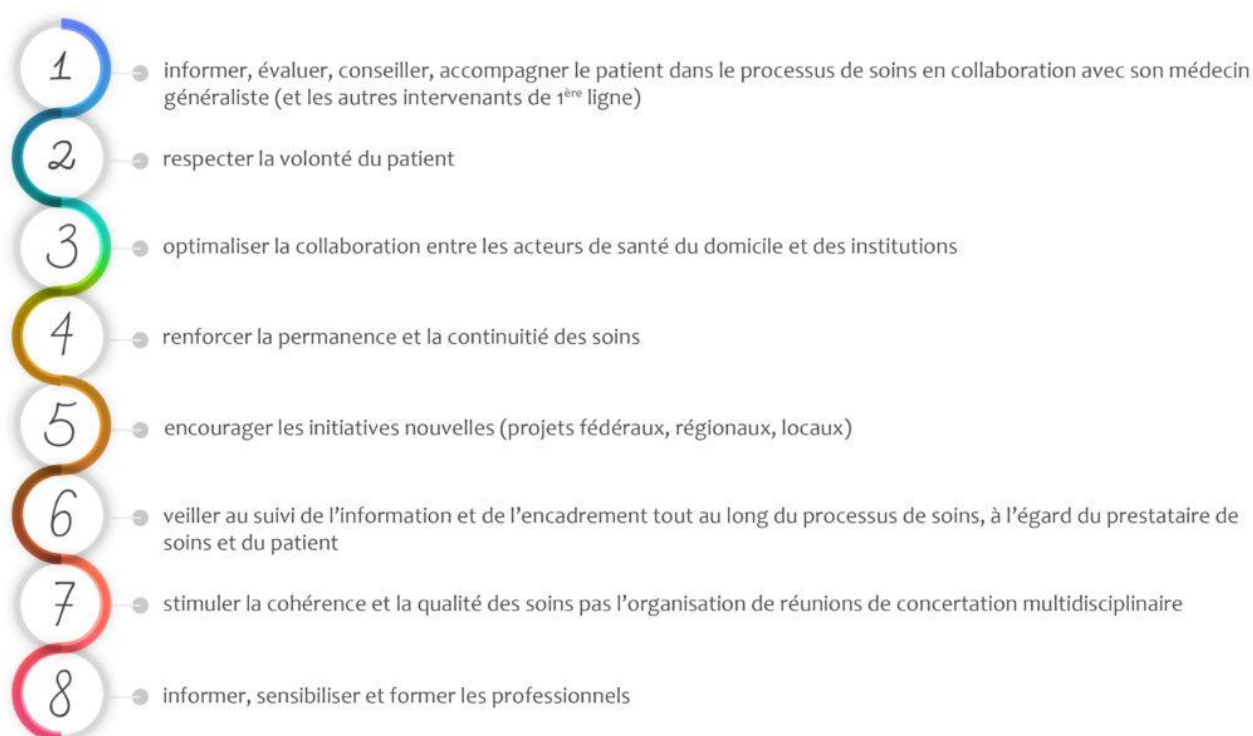
Ils sont composés au minimum de représentants des médecins généralistes, des infirmier(ère)s et de structures de coordination.

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** :

- « Hospitalisation A Domicile – HAD »
- « Cellule prévention santé »
- « Réseau Local Multidisciplinaire en soutien aux trajets de soins pour maladies chroniques »
- « Enregistrement des réunions de concertation autour du patient »
- « Optimisation des retours à domicile »
- « Santé mentale »
- « Charleroi ville santé »
- ...

Réunions de concertation

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

2. a) Case-load

En 2024, le SISDCarolo a enregistré **63 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 2024

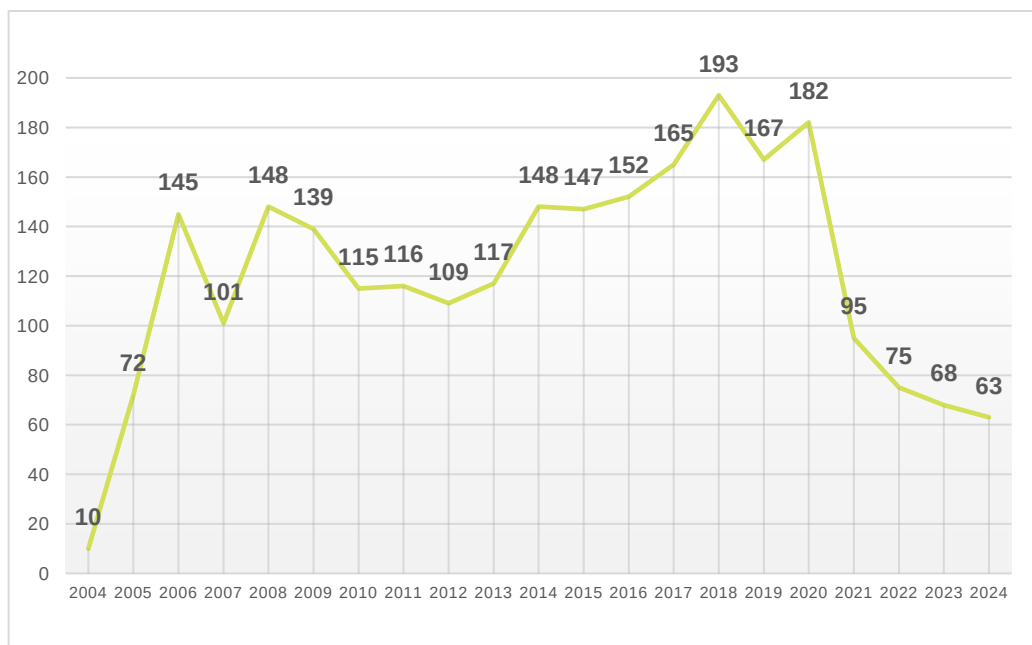


FIGURE 2 : PARTICIPATION DES PRESTATAIRES DE SOINS ET D'AIDE

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

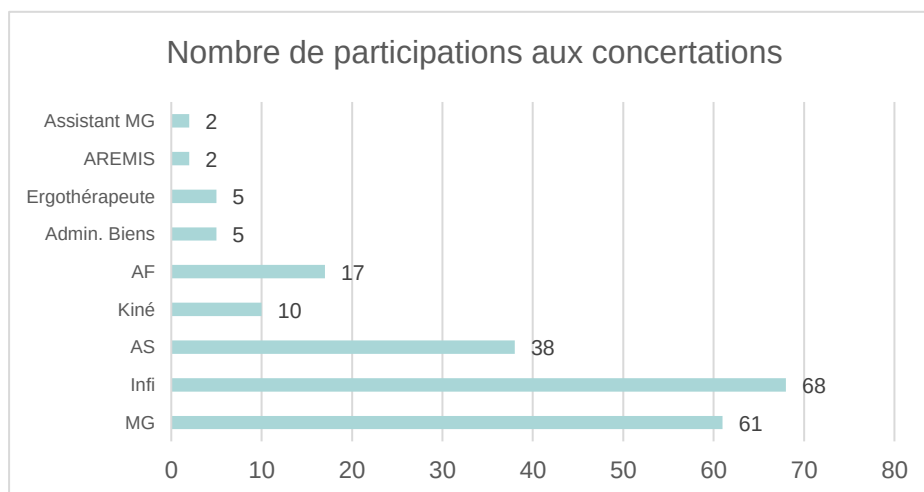


FIGURE 3 : NOMBRE DE PRESTATAIRES DIFFÉRENTS AYANT PARTICIPÉ AUX RÉUNIONS DE CONCERTATION 2023 - 2024

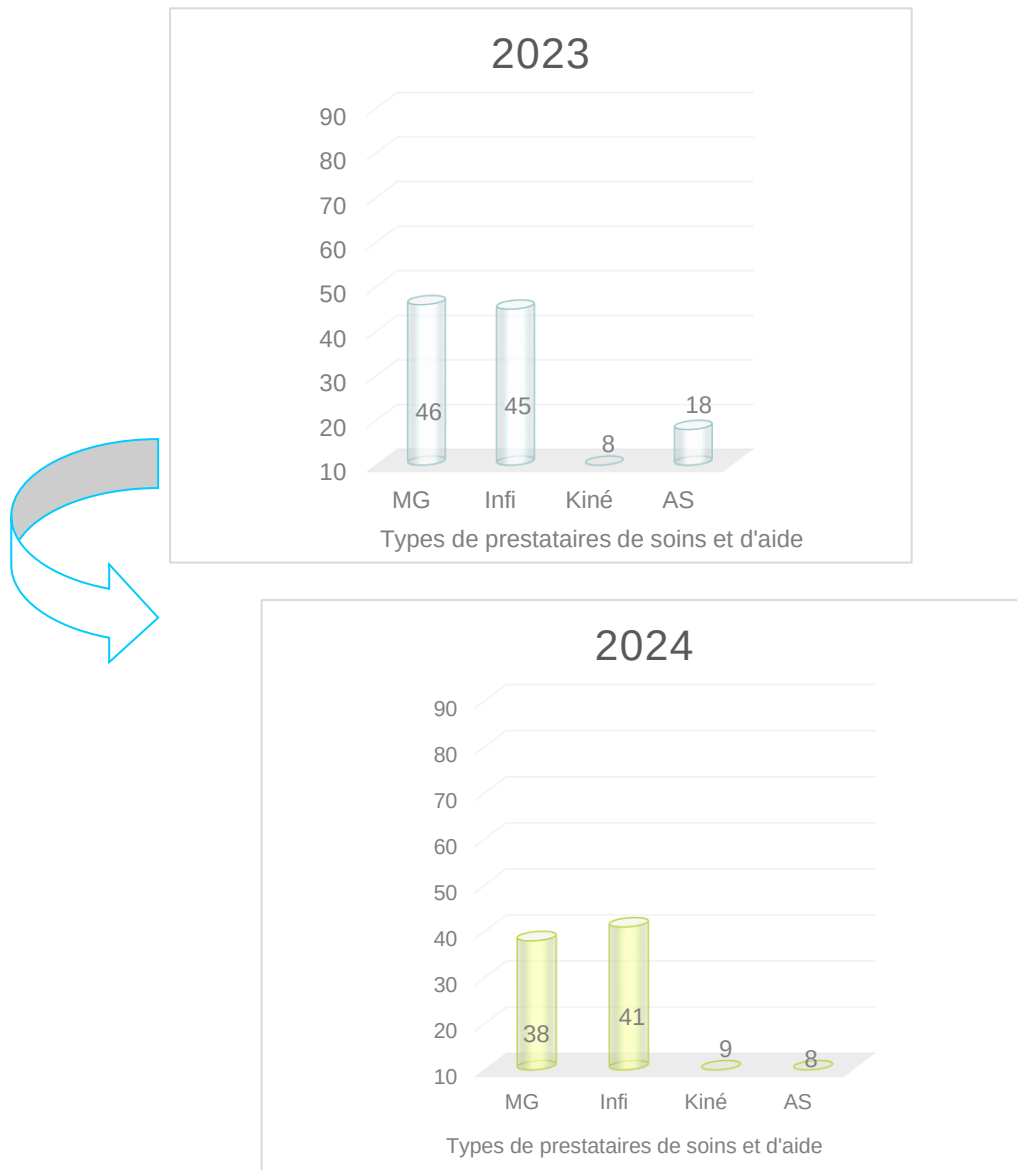


FIGURE 4 : NOMBRE DE RÉUNIONS DE CONCERTATION PAR RÉGION REPRÉSENTÉE PAR UNE ASSOCIATION 2023 – 2024

2024

Zone de soins FAGC - SISDCarolo - SCSAD

Nombre de concertations par Association de médecins Généralistes 2024



The map displays the following communes and their population sizes (indicated by numbers on the map):

- BUZET (1)
- REVES (1)
- FRASNES-LEZ-GOSSELIES (1)
- VILLERS-PERWIN (1)
- LIBERCHIES (1)
- MELLET (1)
- WAYAUX (1)
- WANGENIES (1)
- FLEURUS (1)
- LAMBUSART (1)
- WANFERCEE-BAULET (1)
- ROUX (1)
- JUMET (2)
- LODELINSART (1)
- GILLY (1)
- PIRONCHAMPS (2)
- ROSELIES (3)
- AISEAU (3)
- CHATELINEAU (2)
- PONT-DE-LOUP (1)
- CHATELET (1)
- BOUFFIOLX (1)
- COUILLET (12)
- LOVERVAL (1)
- ACOZ (2)
- JONCRET (2)
- VILLERS-POTERIE (2)
- GERPINNES (2)
- HYMIEE (2)
- FROMIEE (2)
- TARCIENNE (2)
- SOMZEE (2)
- LANEFEE (2)
- FRAIRE (2)
- YVES-GOMEZEE (2)
- WALCOURT (2)
- VOGENEE (2)
- CASTILLON (2)
- FONTENELLE (2)
- ROGNEE (2)
- PRY (2)
- CHASTRES (2)
- CLERMONT (2)
- DONSTIENNES (2)
- THUILLIES (2)
- THUIN (2)
- LOBBES (2)
- BIENNE-LEZ-HAPPART (2)
- SARS-LA-BUISSIERE (2)
- BIERCEE (2)
- BIESME-SOUS-THUIN (2)
- LEERS-ET-FOSTEAU (2)
- RAGNIES (2)
- GOZEE (2)
- MARBAIX (2)
- HAM-SUR-HEURE (2)
- COUR-SUR-HEURE (2)
- BERZEE (2)
- THY-LE-CHATEAU (2)
- GOURDINNE (2)
- LANEFEE (2)
- FRAIRE (2)
- YVES-GOMEZEE (2)
- WALCOURT (2)
- VOGENEE (2)
- CASTILLON (2)
- FONTENELLE (2)
- ROGNEE (2)
- PRY (2)
- CHASTRES (2)
- CLERMONT (2)
- DONSTIENNES (2)
- THUILLIES (2)
- THUIN (2)
- LOBBES (2)
- BIENNE-LEZ-HAPPART (2)
- SARS-LA-BUISSIERE (2)
- BIERCEE (2)
- BIESME-SOUS-THUIN (2)
- LEERS-ET-FOSTEAU (2)
- RAGNIES (2)
- GOZEE (2)
- MARBAIX (2)
- HAM-SUR-HEURE (2)
- COUR-SUR-HEURE (2)
- BERZEE (2)
- THY-LE-CHATEAU (2)
- GOURDINNE (2)
- LANEFEE (2)
- FRAIRE (2)
- YVES-GOMEZEE (2)
- WALCOURT (2)
- VOGENEE (2)
- CASTILLON (2)
- FONTENELLE (2)
- ROGNEE (2)
- PRY (2)
- CHASTRES (2)
- CLERMONT (2)
- DONSTIENNES (2)
- THUILLIES (2)
- THUIN (2)
- LOBBES (2)
- BIENNE-LEZ-HAPPART (2)
- SARS-LA-BUISSIERE (2)
- BIERCEE (2)
- BIESME-SOUS-THUIN (2)
- LEERS-ET-FOSTEAU (2)
- RAGNIES (2)
- GOZEE (2)
- MARBAIX (2)
- HAM-SUR-HEURE (2)
- COUR-SUR-HEURE (2)
- BERZEE (2)
- THY-LE-CHATEAU (2)
- GOURDINNE (2)
- LANEFEE (2)
- FRAIRE (2)
- YVES-GOMEZEE (2)
- WALCOURT (2)
- VOGENEE (2)
- CASTILLON (2)
- FONTENELLE (2)
- ROGNEE (2)
- PRY (2)
- CHASTRES (2)
- CLERMONT (2)
- DONSTIENNES (2)
- THUILLIES (2)
- THUIN (2)
- LOBBES (2)
- BIENNE-LEZ-HAPPART (2)
- SARS-LA-BUISSIERE (2)
- BIERCEE (2)
- BIESME-SOUS-THUIN (2)
- LEERS-ET-FOSTEAU (2)
- RAGNIES (2)
- GOZEE (2)
- MARBAIX (2)
- HAM-SUR-HEURE (2)
- COUR-SUR-HEURE (2)
- BERZEE (2)
- THY-LE-CHATEAU (2)
- GOURDINNE (2)
- LANEFEE (2)
- FRAIRE (2)
- YVES-GOMEZEE (2)
- WALCOURT (2)
- VOGENEE (2)
- CASTILLON (2)
- FONTENELLE (2)
- ROGNEE (2)
- PRY (2)
- CHASTRES (2)
- CLERMONT (2)
- DONSTIENNES (2)
- THUILLIES (2)
- THUIN (2)
- LOBBES (2)
- BIENNE-LEZ-HAPPART (2)
- SARS-LA-BUISSIERE (2)
- BIERCEE (2)
- BIESME-SOUS-THUIN (2)
- LEERS-ET-FOSTEAU (2)
- RAGNIES (2)
- GOZEE (2)
- MARBAIX (2)
- HAM-SUR-HEURE (2)
- COUR-SUR-HEURE (2)
- BERZEE (2)
- THY-LE-CHATEAU (2)
- GOURDINNE (2)
- LANEFEE (2)
- FRAIRE (2)
- YVES-GOMEZEE (2)
- WALCOURT (2)
- VOGENEE (2)
- CASTILLON (2)
- FONTENELLE (2)
- ROGNEE (2)
- PRY (2)
- CHASTRES (2)
- CLERMONT (2)
- DONSTIENNES (2)
- THUILLIES (2)
- THUIN (2)
- LOBBES (2)
- BIENNE-LEZ-HAPPART (2)
- SARS-LA-BUISSIERE (2)
- BIERCEE (2)
- BIESME-SOUS-THUIN (2)
- LEERS-ET-FOSTEAU (2)
- RAGNIES (2)
- GOZEE (2)
- MARBAIX (2)
- HAM-SUR-HEURE (2)
- COUR-SUR-HEURE (2)
- BERZEE (2)
- THY-LE-CHATEAU (2)
- GOURDINNE (2)
- LANEFEE (2)
- FRAIRE (2)
- YVES-GOMEZEE (2)
- WALCOURT (2)
- VOGENEE (2)
- CASTILLON (2)
- FONTENELLE (2)
- ROGNEE (2)
- PRY (2)
- CHASTRES (2)
- CLERMONT (2)
- DONSTIENNES (2)
- THUILLIES (2)
- THUIN (2)
- LOBBES (2)
- BIENNE-LEZ-HAPPART (2)
- SARS-LA-BUISSIERE (2)
- BIERCEE (2)
- BIESME-SOUS-THUIN (2)
- LEERS-ET-FOSTEAU (2)
- RAGNIES (2)
- GOZEE (2)
- MARBAIX (2)
- HAM-SUR-HEURE (2)
- COUR-SUR-HEURE (2)
- BERZEE (2)
- THY-LE-CHATEAU (2)
- GOURDINNE (2)
- LANEFEE (2)
- FRAIRE (2)
- YVES-GOMEZEE (2)
- WALCOURT (2)
- VOGENEE (2)
- CASTILLON (2)
- FONTENELLE (2)
- ROGNEE (2)
- PRY (2)
- CHASTRES (2)
- CLERMONT (2)
- DONSTIENNES (2)
- THUILLIES (2)
- THUIN (2)
- LOBBES (2)
- BIENNE-LEZ-HAPPART (2)
- SARS-LA-BUISSIERE (2)
- BIERCEE (2)
- BIESME-SOUS-THUIN (2)
- LEERS-ET-FOSTEAU (2)
- RAGNIES (2)
- GOZEE (2)
- MARBAIX (2)
- HAM-SUR-HEURE (2)
- COUR-SUR-HEURE (2)
- BERZEE (2)
- THY-LE-CHATEAU (2)
- GOURDINNE (2)
- LANEFEE (2)
- FRAIRE (2)
- YVES-GOMEZEE (2)
- WALCOURT (2)
- VOGENEE (2)
- CASTILLON (2)
- FONTENELLE (2)
- ROGNEE (2)
- PRY (2)
- CHASTRES (2)
- CLERMONT (2)
- DONSTIENNES (2)
- THUILLIES (2)
- THUIN (2)
- LOBBES (2)
- BIENNE-LEZ-HAPPART (2)
- SARS-LA-BUISSIERE (2)
- BIERCEE (2)
- BIESME-SOUS-THUIN (2)
- LEERS-ET-FOSTEAU (2)
- RAGNIES (2)
- GOZEE (2)
- MARBAIX (2)
- HAM-SUR-HEURE (2)
- COUR-SUR-HEURE (2)
- BERZEE (2)
- THY-LE-CHATEAU (2)
- GOURDINNE (2)
- LANEFEE (2)
- FRAIRE (2)
- YVES-GOMEZEE (2)
- WALCOURT (2)
- VOGENEE (2)
- CASTILLON (2)
- FONTENELLE (2)
- ROGNEE (2)
- PRY (2)
- CHASTRES (2)
- CLERMONT (2)
- DONSTIENNES (2)
- THUILLIES (2)
- THUIN (2)
- LOBBES (2)
- BIENNE-LEZ-HAPPART (2)
- SARS-LA-BUISSIERE (2)
- BIERCEE (2)
- BIESME-SOUS-THUIN (2)
- LEERS-ET-FOSTEAU (2)
- RAGNIES (2)
- GOZEE (2)
- MARBAIX (2)
- HAM-SUR-HEURE (2)
- COUR-SUR-HEURE (2)
- BERZEE (2)
- THY-LE-CHATEAU (2)
- GOURDINNE (2)
- LANEFEE (2)
- FRAIRE (2)
- YVES-GOMEZEE (2)
- WALCOURT (2)
- VOGENEE (2)
- CASTILLON (2)
- FONTENELLE (2)
- ROGNEE (2)
- PRY (2)
- CHASTRES (2)
- CLERMONT (2)
- DONSTIENNES (2)
- THUILLIES

FIGURE 5 : NOMBRE DE RÉUNIONS DE CONCERTATION PAR ASSOCIATION DE MÉDECINS GÉNÉRALISTES 2023 – 2024

Association	2023	2024
Association des Médecins Généralistes de Frasnes-lez-Gosselies – Rêves - Les Bons Villers	0	0 =
Association des Médecins Généralistes de Couillet - Loverval	12	13 ↑
Association des Médecins Généralistes de Courcelles, Roux, Souvret et Trazegnies	7	3 ↓
Association des Médecins Généralistes de Dampremy, Lodelinsart et Marchienne Docherie	0	1 ↑
Association des Médecins Généralistes de Fontaine l'Evêque – Forchies – Leernes - Goutroux	1	4 ↑
Association des Médecins Généralistes de Gozée - Thuillies	2	6 ↑
Association des Médecins Généralistes de Marcinelle - Mont/s/Marchienne	7	9 ↑
Association des Médecins Généralistes de Montignies/s/Sambre	1	0 ↓
Association des Médecins Généralistes de Ransart - Heppignies	0	0 =
Association des Médecins Généralistes de Thuin - Lobbes	1	1 =
Association des Médecins Généralistes d'Anderlues	0	0 =
Association des Médecins Généralistes de Charleroi-Ville	9	2 ↓
Association des Médecins Généralistes de Gerpinnes	2	1 ↓
Association des Médecins Généralistes d'Ham/s/Heure	2	0 ↓
Association des Médecins Généralistes de Gosselies - Thiméon - Viesville	0	1 ↑
Association des Médecins Généralistes de Walcourt	0	0 =
Association des Omnipraticiens de Châtelaineau	2	4 ↑
Association des Omnipraticiens de Jumet	2	4 ↑
Association des Médecins Généralistes de Farciennes - Aiseau	3	0 ↓
Association des Médecins Généralistes de Fleurus - Baulet	1	0 ↓
Généralistes de Bouffioulx, Châtelet et Presles	1	0 ↓
Groupe des généralistes de Gilly	0	3 ↑
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 - Landelies	15	10 ↓

FIGURE 6 : LIEUX DES RÉUNIONS DE CONCERTATION

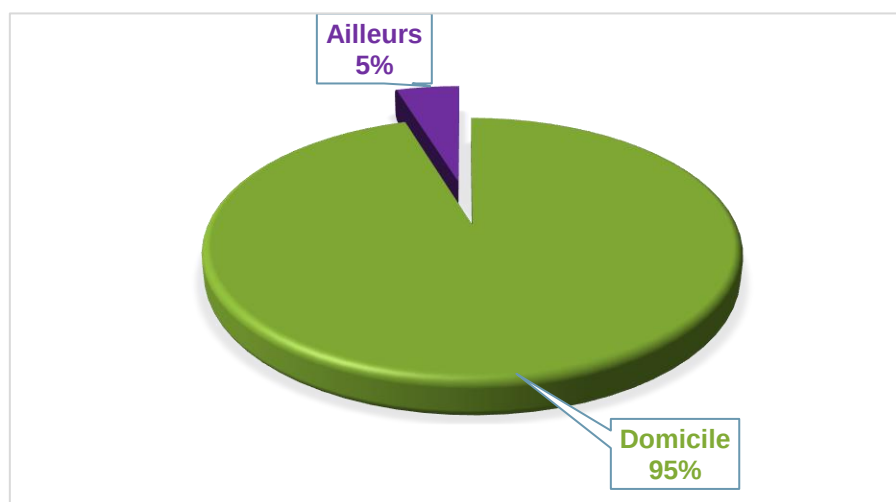
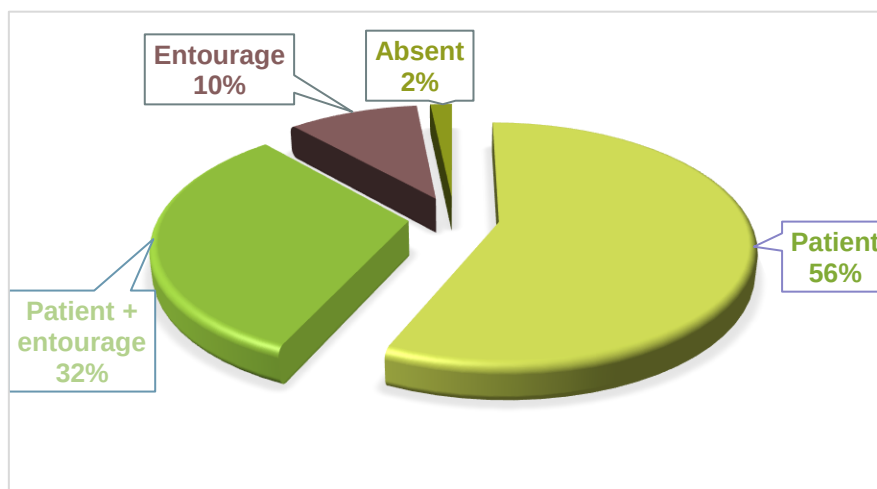
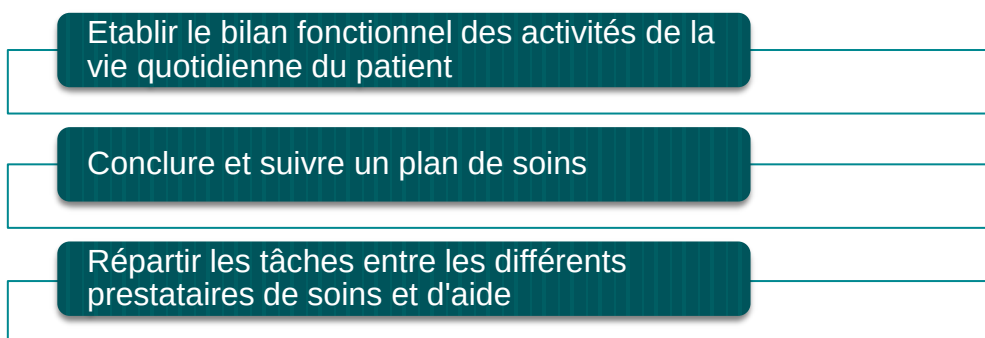


FIGURE 7 : PRESENCE DU PATIENT ET DE SON ENTOURAGE



b) Buts



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)



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 pouci-relationnel (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, paramédicaux...)
- ✓ Les prestataires d'aide (assistant 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 :
 - » 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

60,27€ par prestataire de soins présent si la concertation a lieu **au domicile**
45,21€ si ailleurs (Index 2024)

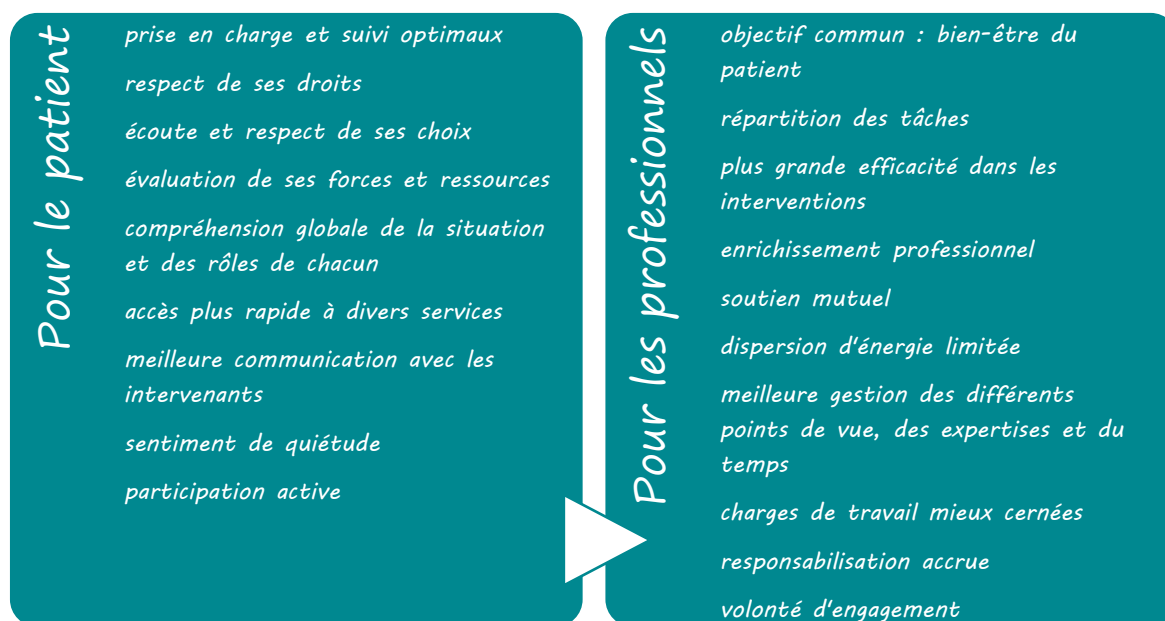
e) Financement

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

Intervention forfaitaire 2024	Montant
Enregistrement et facturation par concertation SISD	18.86€
Participation concertation à domicile	60.27€
Participation concertation ailleurs	45.21€

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

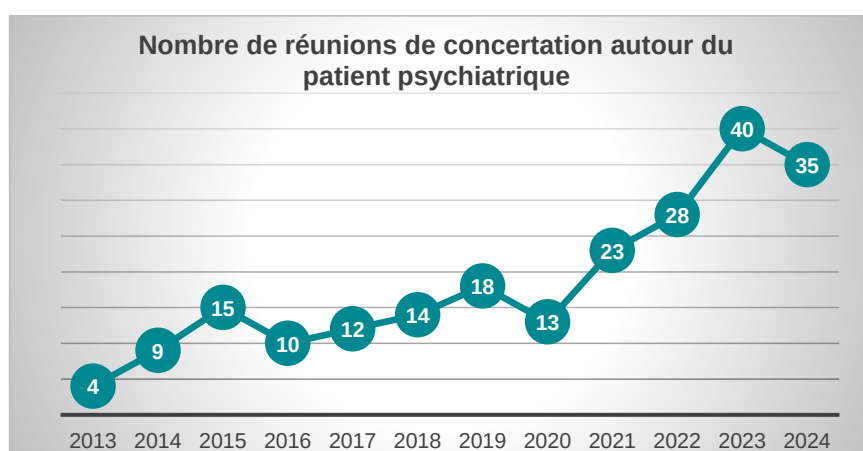
La législation sur le financement (INAMI) de la concertation autour du patient psychiatrique a donné suite à la création d'un groupe de travail composé de représentants de la **1^{ère} ligne** (SISD, médecins généralistes, infirmiers...) et de la **santé mentale** (plate-forme, SPAD, hôpitaux...) de 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 2024



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)

SCAN ME

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 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 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**

- ✓ 60,27€ / prestataire de soins présent (domicile) et 45,21€ (ailleurs)
- ✓ Personne de référence 126,25€
- ✓ Organisateur 274,05€ (1ère concertation) et 184,94€ pour les suivantes
- ✓ 2 forfaits max pour les autres dispensateurs d'aide et de soins 60,27€ (domicile) et 45,21€ (ailleurs) (Index 2024)

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	18,86€
Personne de référence par concertation	126,25€
Coordination pour la 1ère concertation	274,05€
Coordination pour les concertations suivantes	184,94€
Participation concertation à domicile	60,27€
Participation concertation ailleurs	45,21€
Forfait financement autres dispensateurs d'aide et de soins via SISD	60,27€ ou 45,21€ 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.

Comblar 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 évènement 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.reseamosaique.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).

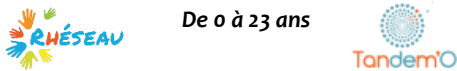
Durée de l'accompagnement : **maximum 18 mois**, dont une phase exploratoire de 3 mois

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+
⇒ accompagnement intensif, multidisciplinaire dans le milieu de vie de l'utilisateur ⇒ facilitateur ⇒ intervention maximale de 30 jours Public-cible : ⇒ + de 16 ans ⇒ difficultés psychiques en situation de crise	⇒ 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 Public-cible : ⇒ + de 16 ans ⇒ problématique psychiatrique stabilisée	⇒ en complémentarité du réseau existant, ou non, autour du jeune et de sa famille ⇒ intervention maximale de 4 semaines Public-cible : ⇒ 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	⇒ intervention maximale de 6 mois Public-cible : ⇒ 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 orthopédaogues 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 » jusqu'à 23 ans inclus (www.rheseau.be)
 - Réseau « adultes », dès 15 ans (www.reseaumosaïque.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

Comment ça marche ?

Mise en ligne du site <https://psyhainaut.be/>, qui est le fruit d'une collaboration entre les 3 réseaux de soins en santé mentale de la Province du Hainaut : le réseau Partenaires 107, le réseau Mosaïque et RHESEAU.

Le but de ce site est de répertorier, en un seul et même endroit, les psychologues et les orthopédagogues conventionnés de la Province du Hainaut afin de permettre aux bénéficiaires et professionnels de les trouver en un seul clic. Y sont également répertoriés les différents groupes organisés par les psychologues/orthopédagogues.

1. **Trouver un psychologue** : utilisez la carte et la liste des psychologues pour faire votre choix grâce aux critères de recherche.
2. **Prendre rendez-vous** : téléphonez au psychologue de votre choix pour prendre rendez-vous et précisez que vous venez dans le cadre de PsyHainaut.
3. **Rencontrer** : présentez-vous au RDV avec votre carte d'identité. La première séance est gratuite.

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

- Moins de 24 ans : gratuité
- A partir de 24 ans :

- Première séance individuelle : gratuité (par période de 12 mois)
- Pour les séances suivantes : 11 euros par séance individuelle (4 euros si vous avez droit à une intervention majorée)
- 2,50 euros par séance de groupe

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.

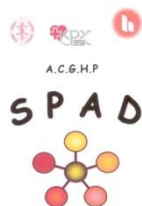
a) IHP Le Regain



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.

- Commission Jeunesse
- Commission Santé mentale et vieillissement

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

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

4.1. Les trajets de soins pour maladies chroniques

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.

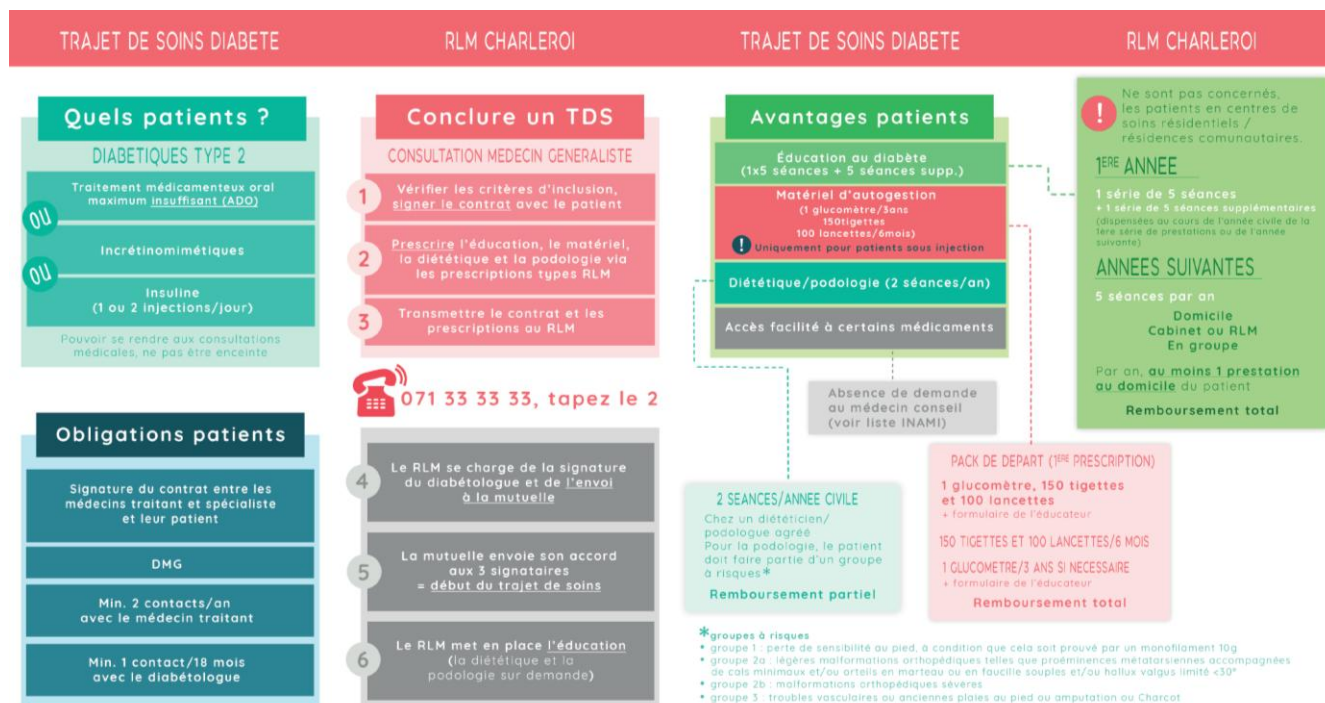
L'INAMI finance les trajets de soins pour l'insuffisance rénale depuis le 1^{er} juin 2009 et pour le diabète type 2 depuis le 1^{er} septembre 2009. Un financement est également prévu pour la création de structures de soutien à la médecine générale : les Réseaux locaux multidisciplinaires (RLM) = AVIQ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

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

⁵ Voir annexe : contrats types "trajet de soins"

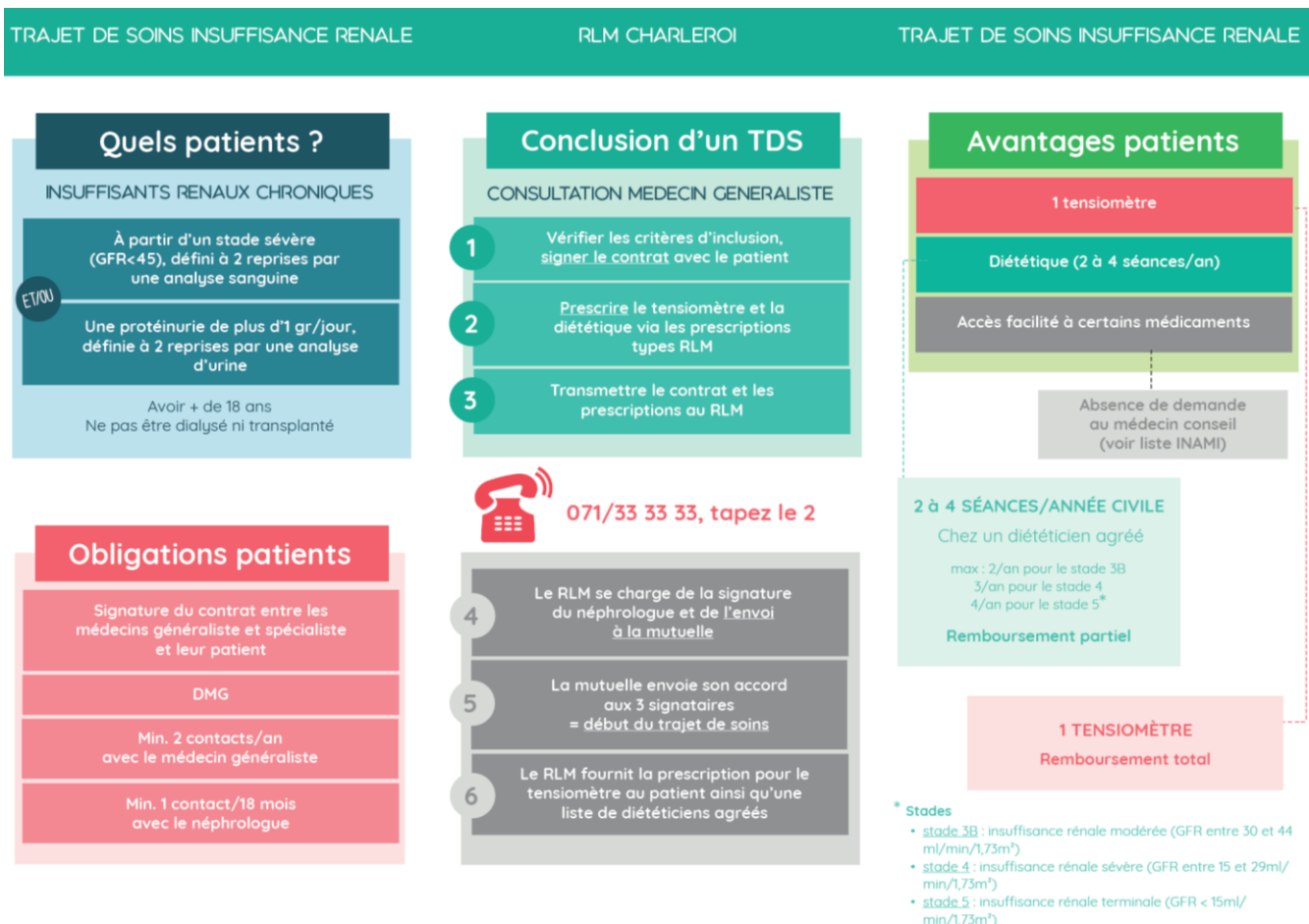
4.2. Le trajet de soins en diabétologie

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.



4.3. 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).



4.4. Le trajet de démarrage diabète (TDD)

Depuis le 1^{er} 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.

Depuis le 1^{er} janvier 2024, le pré trajet de soins est remplacé par le trajet de démarrage diabète accessible à tous les patients diabétiques type 2 dès la pose du diagnostic.

Objectifs :

- Pouvoir bénéficier d'un accompagnement spécifique dès la pose du diagnostic
- Améliorer l'organisation des soins et leur accessibilité grâce à des remboursements élargis
- Offrir un remboursement complet de séances d'éducation au diabète, de séances de diététique, de séances de podologie (lorsqu'il existe un risque podologique accru) et de l'examen buccal annuel
- Encourager les patients à recourir aux soins plus facilement et plus vite

Rôles du RLM :

- 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 prestre 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.

DIFFERENTES PRISES EN CHARGE DU DIABETE				
	TRAJET DE DEMARRAGE DIABETE	EDUCATION ET AUTOGESTION PAR LE MEDECIN TRAITANT	TRAJET DE SOINS	CONVENTION DIABETE
POUR QUI ?	Diabétique type II	Diabétique type II Incrétinominimétiques OU 1 injection d'insuline/1	Diabétique type II ADO insuffisants OU incrétoinsulinomimétiques OU 1 à 2 injections d'insuline/1	Diabétique type I et II 5 injectables ou + OU 2 injections et comorbidité
CONDITIONS	Codé prestation 400374 (pour les maisons médicales au forfait 400396) DMG	Notification au médecin conseil selon le modèle DMG	Contrat tripartite au médecin conseil +18 ans, ne pas être enceinte DMG	Formulaire de demande au médecin conseil + 18 ans DMG
AVEC QUI ?	Médecin généraliste	Médecin généraliste	Médecin généraliste et spécialiste	Médecin spécialiste
OBLIGATIONS PATIENTS	X	X	Médecin généraliste : 2 contacts/an min. Diabétologue : 1 consultation/18 mois min.	Diabétologue : 1 consultation/an Educateur de l'équipe de diabétologie : 2 contacts/an
ACCES FACILE A CERTAINS MEDICAMENTS	V	X	V	V
REMBOURSEMENT CONSULTATIONS GENERALISTE ET SPECIALISTE	X	X	V	X
DUREE	1 an	1 an	Indéterminée Si respect obligations	1 an
EDUCATION	Par un éducateur en diabétologie OU diététicien OU pharmacien OU infirmier OU kiné selon les besoins du patient 4x/an max. 1 séance obligatoire/an d'éducateur en diabétologie	Par le médecin généraliste	Par un infirmier éducateur en diabétologie 15 séances + 5 séances supp. Ensuite : 5 séances max./an	Accompagnement par un infirmier spécialiste en diabète du centre de convention
MATERIEL	X	Max. 1 glucomètre/3 ans 100 lances/an	Patients sous insuline ou insuline Max. 1 glucomètre/3 ans 150 lances 100 lances/6 mois	Quantité variable selon le groupe
DIETETIQUE/PODOLOGIE	2 séances de diététique de 30min max./an 2 séances de podologie de 45min max./an Totallement remboursées	2 séances max./an Partiellement remboursées	2 séances de diététique de 30min max./an 2 séances de podologie de 45min max./an Totallement remboursées	Conseil alimentaire par un diététicien du centre de convention 2 séances de podologie/an Totallement remboursées
DENTISTERIE	Examen buccal préventif 1x/an Totallement remboursé si conventionné	X	Examen buccal préventif 1x/an Totallement remboursé si conventionné	Examen buccal préventif 1x/an Totallement remboursé si conventionné



Scannez ce QR code
Pour plus d'informations sur le trajet de démarrage

Le RLM de Charleroi est un consortium



Avec le soutien de la Région
Wallonie
Fédération Wallonie-Bruxelles
AVIC
Version de janvier 2025 - éditeur responsable RLM Charleroi
rlmcharleroi@skynet.be



TRAJET DE DEMARRAGE
DIABETE

Selon l'AR du 01/01/2024

PROFESSIONNELS

071/33.33.33

Réseau Local Multidisciplinaire de Charleroi

Qu'est-ce que le trajet de démarrage diabète ?

Depuis le 1^{er} janvier 2024, le pré-trajet est remplacé par le Trajet de Démarrage Diabète (TDD).
Il a pour but de mieux répondre aux besoins urgents d'un diagnostic et d'une prise en charge plus précoces des personnes diabétiques de type 2 dès le début de la maladie.

Pour quels patients ?

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

Comment conclure un trajet de démarrage ?

- Le médecin généraliste, gestionnaire du DMG, utilise le n° de nomenclature **400374** (**400396 pour les maisons médicales au forfait**)
- A renouveler chaque année

Rôles du RLM

- Information
- Transmission des coordonnées des éducateurs en diabétologie
- Création d'un cadastre des autres professionnels impliqués dans les TDD

Rôles du MG

- Le médecin généraliste occupe une place centrale dans cet accompagnement :
- Discussion avec le patient sur les objectifs à atteindre
- Enregistrement des objectifs et des données cliniques et biologiques nécessaires dans le dossier médical global (DMG)
- Désignation, en concertation avec le patient et en fonction de ses besoins, des autres dispensateurs de soins (éducateur en diabétologie, infirmier, pharmacien, diététicien, kinésithérapeute) pouvant être consultés pour les prestations d'éducation au diabète
- Prescription et enregistrement de la date des prescriptions et des rapports des autres dispensateurs de soins consultés dans le dossier médical électronique

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 TA Evaluation du risque de plaie aux pieds		6 mois 15 mois
c) Analyses HbA1c Bilan lipidique Cholestérol - HDL Cholestérol - LDL Triglycérides Créatinine sérique Microalbuminurie		6mois 15 mois 15 mois 15 mois
d) Consultations spécialisées Demande d'examen ophtalmologique		15 mois
C. FIXATION DES OBJECTIFS AVEC LE PATIENT		

Avantages patients

POUR TOUS		Education
Remboursement total (suppression du ticket modérateur) Chez un professionnel agréé*		max. 4 séances/an
Diététique max 2 séances de 30min/an (771816)	Podologie si groupe à risque max. 2 séances de 45min/an (77153)	SEANCE INDIVIDUELLE (30 min) max. 2 séances/jour SEANCE DE GROUPE (2h) max. 1 séance/jour max. 10 participants
Dentisterie Examen buccal préventif 1x/an chez un dentiste conventionné (301593-301604)		Condition* : ✓ 1 séance obligatoire par l'éducateur en diabétologie
		Sur prescription du médecin généraliste mentionnant « trajet de démarrage » Votre patient contacte ensuite le professionnel de son choix.

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	794253	794334	Son cabinet Cabinet MG Local RLM
DIETETICIEN**	Educateur diététique sur l'alimentation équilibrée et adaptée à son diabète	794275	794356	Son cabinet Cabinet MG Local RLM
PHARMACIEN**	Incitation à l'observance thérapeutique	794290	794371	Local pharmacien Cabinet MG Local RLM
INFIRMIER**	Visite de suivi / soutien de l'autogestion	794312	X	Domicile
KINESITHERAPEUTE**	Incitation à l'activité physique	X	794393	

*Infirmier ayant la qualification professionnelle d'éducateur en diabétologie
**requérant une formation de 2h ou moins sur le diabète et/ou l'éducation au diabète
***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

4.5. 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'AVIC.

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 : les chiffres n'ont pas pu être mis à jour pour l'année 2024 vu le problème technique rencontré par le logiciel médical utilisé par le RLM (Medispring)

- 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

5. → 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.

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.

6.



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.

6.1. 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).



6.2. 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.

6.3. Association locale de kinésithérapeutes (GLEK Charleroi)

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 2025 avec l'appui du SISD.

6.4. 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-Nalines (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 :

7.
 - 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 optimisation
- 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

8.



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 \[aviq.be/proxisante\]\(https://www.aviq.be/proxisante\)](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 législation 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

9.



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 1^{ère} ligne (médecins généralistes, infirmières, kinés, assistants sociaux, aides-familiales ...).

Un agenda sera programmé en 2025.

Séance d'information pour les infirmiers : 26/11/24 13h30-16h, 28 participants

VOUS VOULEZ ÊTRE À LA POINTE DE VOTRE PROFESSION ?

VENEZ NOUS REJOINDRE LE 26 NOVEMBRE 2024

DE 13H30 À 16H

NOUS Y DÉBATTONS DES THÈMES SUIVANTS :

- LES ACTUALITÉS POLITIQUES SUR L'ORGANISATION DE LA 1^{ÈRE} LIGNE
- LA NOMENCLATURE << MISE À JOUR >>
- LA DÉFENSE PROFESSIONNELLE ET LA REPRÉSENTATIVITÉ INFIRMIÈRE

INSCRIPTION OBLIGATOIRE VIA LE GOOGLE FORM

Gratuit pour les membres CREPIC (en ordre de cotisation 2024) – NON CREPIC : 20€

À verser sur le compte : BE88 0015 6598 1841 → Communication : « Nom-Prénom-Formation »

Une attestation de formation vous sera remise pour votre portfolio

Contact:
 Karine Dethye – 0475/54.36.02
 CREPIC Asbl
 secretariat.crepic@gmail.com
 Espace Santé (2^{ème} étage) – Boulevard Zoé Drion, 1 – 6000 Charleroi

Participation à des journées et salons santé

10.1. Sensibilisation au diabète et aux maladies chroniques à Courcelles

10.

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 : « 2 demi-journées pour votre santé et votre bien-être » vendredi 22/11/24 13-16h et samedi 23/11/24 8h30-12h

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
- Conseils en matière de tabagisme par des tabacologues
- Exercices physiques et conseils par un kiné
- Ateliers culinaires
- Conseils sur les pieds par un podologue
- Conseils par un kiné

Nouveautés 2024 :

- Présence d'un podologue : expertise et conseils.
- Sur inscription : participation à un atelier culinaire avec une diététicienne le vendredi après-midi et/ou le samedi matin et atelier d'activité physique avec un kiné le vendredi de 15h à 16h

TAUX DE PARTICIPATION

77 parcours santé réalisés auprès du public adulte (âge moyen 55.4 ans)

En 2025, une nouvelle version sera envisagée et élargie sous forme de « salon de la santé »



10.2. Autres participations

- Tenue d'un stand lors de la conférence « D'autres regards sur l'Alzheimer » organisée par Sarah asbl, à l'auditoire De Cooman sur le site de Vésale : 3/10/2024 12h30-18h
- Tenue d'un stand SISD/RLM lors de la journée du diabète le 14 novembre à Humani (sites Marie Curie et Vésale)

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.

11. 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.



Un comité stratégique et de pilotage se réunit 5 à 6 x/an

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.

Les axes développés :

- Communiquer en santé pour tous
- Favoriser l'accès aux soins de santé
- Vers une alimentation de qualité
- Promouvoir la santé de Tous
- Charleroi, Ville Amie Démence
- Charleroi se mobilise contre le SIDA
- Actions en partenariat
- Les publics ciblés le sont selon les actions menées, il peut s'agir des citoyen-ne-s comme des professionnel-le-s tous secteurs confondus

Implication du SISD carolo

- Membre du groupe de pilotage : participation aux réunions mensuelles
- Soutien à la mise en place de certaines actions
- Participation aux salons de la santé/colloques
- A participé à l'évaluation du plan quinquennal 2020-2024
- Pilote du groupe de travail "soins de santé - accès et mieux-être"
 - organisation et participation aux réunions : invitations, préparation, PV

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.

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.

12.

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 assuétudes
- 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-Nalines, 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 assuétude » 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 assuétude »**
 - participation aux réunions
 - participation aux salons de la santé

Inter-SISD francophones



13 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.

14. 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, psychologues, diététiciens...*

Vision globale : être un interlocuteur de référence des pouvoirs publics pour tout sujet concernant la première ligne de soins et d'accompagnement.

Mission générale : coordonner au niveau régional, la concertation multidisciplinaire des acteurs de la première ligne afin de coconstruire des solutions cohérentes avec les pouvoirs publics, en vue de contribuer au quintuple objectif en santé pour les habitants du territoire wallon, à savoir, améliorer :



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 décloisonnée

- 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 pouvoir publics locaux dans la santé
- Renforcer la communication et le dialogue 1^{ère} ligne/hôpital (qualité des soins)
- Décloisonner 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.

La PPLW est également responsable des formations e-santé pour les professionnels de la santé en Wallonie.

Recommandations de la PPLW concernant l'e-santé et les logiciels métiers

8 principes directeurs pour une technologie de confiance en santé.

La PPLW demande de :

- 1) Légiférer de manière à ce que les fournisseurs de logiciels métiers et d'objets connectés soient contraints d'assurer une **interopérabilité** entre eux, en particulier pour ce qui est du partage de données et de l'accès possible par le patient à ses données.
- 2) **Soutenir le développement de logiciels transdisciplinaires labellisés** qui permettent d'assurer des soins de qualité et un échange d'informations optimal entre les acteurs de soins disposant d'un lien thérapeutique avec le patient.
- 3) Mieux soutenir la **formation à l'utilisation de ces outils** dans toutes les professions et pour les personnes nécessitant des soins et de l'accompagnement.
- 4) Garantir l'**accès aux informations pertinentes** pour l'ensemble des professions de santé et pour les personnes nécessitant des soins et de l'accompagnement.

Constats et recommandations

1. Tous les métiers du soin et de l'accompagnement reconnus doivent bénéficier d'un logiciel adapté à leur pratique
2. Garantir la mise en production effective des développements exigés pour la labellisation
3. Création d'une cellule de contrôle e-santé
4. Interopérabilité des outils : trame commune et transférabilité
5. Partage des données plus efficace entre professionnels → Fournir un outil de communication multidisciplinaire incluant le patient, simple et facile d'usage, qui respecte les normes en matière de RGPD et d'éthique
6. Révision du système de primes
7. Formations en multidisciplinarité
8. Prévenir les situations de monopole

Conclusion

La PPLW encourage les autorités et les fournisseurs de logiciels à s'orienter résolument vers une approche favorisant la pluridisciplinarité, l'interopérabilité et l'accessibilité, afin que chaque professionnel de la santé dispose d'un outil performant et intuitif pour accompagner au mieux les patients.

Implication du SISD carolo

- **présidence assurée 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 ...).

15 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 ?** »
Partie 1 : « **être 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.

En 2024

- 1 rencontre plénière a eu lieu sur le thème « **vieillir et prévenir – quels besoins, quelles envies ?** »
Partie 2 : « **mieux vivre chez soi au travers de la collaboration multidisciplinaire** »
32 participants : 7 pharmaciens, 8 MG, 17 autres (infi, psy, coordinatrice soins à domicile...)

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

SISD Carolo
Service Intégré de Soins à Domicile Charleroi - ASBL

SSMG
Société Royale de Médecine Générale

PARTIE 1

UN PROJET RAMPE-ÂGE 2.3
AVEC LE SOUTIEN DE
Fédération Wallonie-Bruxelles
Fédération Wallonie-Bruxelles
Fédération Wallonie-Bruxelles

VIEILLIR ET PRÉVENIR

QUELS BESOINS, QUELLES ENVIES?

MIEUX VIVRE CHEZ SOI AU TRAVERS DE LA COLLABORATION PLURIDISCIPLINAIRE

JEUDI 25 JANVIER 2024
20h30

Lieu : Union Royale Pharmaceutique de Charleroi
rue Auguste Picard 6, 6041 Gosselies

Evaluation des avancées dans le projet Proximité : quelle structuration de la 1ère ligne en région wallonne?

Claude DECUYPER - Coordination des soins à domicile de la Ville de Charleroi et Service Intégré de Soins à Domicile Carolo

Projet AiDiDom : Aide Digitale à Domicile pour les personnes en perte d'autonomie

Sandra SCHNOCK - Chargée de projet AiDiDom
Anne-France JOSSE - Chargée de missions Fédération Accoord

Rendez-vous, vous êtes évalués! ... Icope : évaluer la fragilité avant même qu'il y ait fragilité?

Dr Christophe DUMONT - Gériatre GHDC

SSMG
Société Royale de Médecine Générale

SISD Carolo
Service Intégré de Soins à Domicile Charleroi - ASBL

URPC
Union Royale Pharmaceutique de Charleroi

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

SCAN ME

ACCREDITATION ET ATTESTATION DE PRÉSENCE

PARTIE 2

UN PROJET RAMPE-ÂGE 2.3
AVEC LE SOUTIEN DE
Fédération Wallonie-Bruxelles
Fédération Wallonie-Bruxelles
Fédération Wallonie-Bruxelles

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**

Liaison hôpital – Domicile

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

16. a) « 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.

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.

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.

Durant l'année 2023, la prise en charge en oncologie a été suspendue suite à un manque de personnel. La prise

En 2023, 36 patients distincts ont été suivis en antibiothérapie. En moyenne, 18 jours de traitement ont été réalisés au domicile des patients par les équipes de première ligne.

Les raisons de l'arrêt de la prise en oncologie sont : progression de la maladie, intolérance au traitement, décès.

Reprise de la prise en charge en oncologie en juin 2024 : 452 passages à domicile ont eu lieu (administration de traitements sous cutanés).

b) Antibiothérapie (AntibiHome)

Objectifs

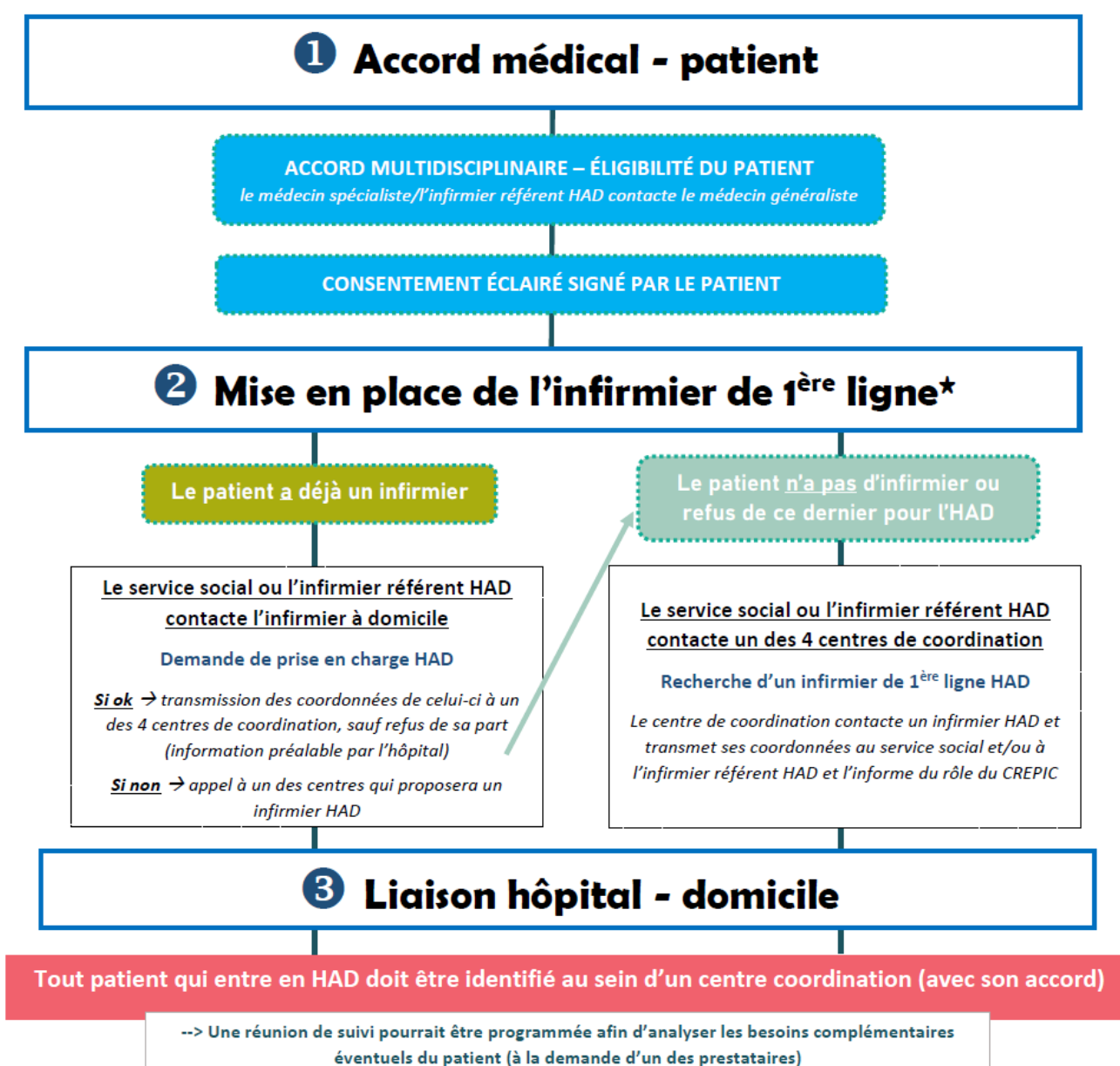
Prise en charge interdisciplinaire permettant de poursuivre ce traitement à domicile dans des conditions optimales.

Patients-cibles

- Certains patients qui nécessitent un traitement antibiotique par voie intraveineuse, sans alternative orale
= Les patients qui nécessitent de poursuivre une antibiothérapie intraveineuse alors qu'ils sont bien et ne dépendent pas d'autres soins hospitaliers.
- Evaluation interdisciplinaire de la faisabilité, information et accord du médecin traitant puis du patient.

Depuis le 1^{er} juillet 2023, un cadre légal et financier a été fixé (en 2024, 31 patients ont été suivis par le GHDC).

En 2024, le SISD a réuni à multiples reprises les 2 réseaux hospitaliers, le CREPIC, la FAGC et les centres de coordination. Ces rencontres ont abouti à la mise à jour de la **procédure de prise en charge de l'HAD – antibio.**



c) 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'un 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'un 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'un 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 2024, 2 formations picc-mid line ont été organisées par le CREPIC : 53 infirmiers à domicile ont été formés.**

16.2. Cellule de coordination des soins transmuraux – GHDC/CNDG (Réseau Hospitalier Charleroi Métropole)

Objectif : développer une concertation avec les partenaires extrahospitaliers pour améliorer la qualité des soins

- **Identification de l'infirmier à domicile** dans le dossier du patient.
- **Permanence téléphonique** : 071/106190 du lundi au vendredi de 15h à 17h
Double objectif : permettre aux infirmiers à domicile d'entrer en contact avec les équipes qui soignent leurs patients et permettre l'analyse d'événements indésirables rencontrés par la première ligne de soins
- **Formulaire de « contact infirmier à domicile »** accessible via le site internet du RHCM
<https://liaison.rhcm.be>
En complétant ce formulaire, il est possible d'indiquer un commentaire, de poser une question sur la prise en soins ou d'informer sur la situation du patient pour son retour à domicile. Tout comme la permanence téléphonique, le formulaire de contact permet de mettre en évidence des dysfonctionnements pour une amélioration continue. La cellule de coordination des soins transmuraux réceptionne les demandes et les relaie à l'équipe concernée. Son intervention permet la mise en évidence de problèmes récurrents. Il est prévu qu'un retour soit réalisé rapidement (dans les 48h ouvrables de la demande).

Implication du SISD carolo

- Organisation de rencontres entre la première ligne et le secteur hospitalier
- Mise en place de procédures de collaboration

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

17.1. Gestion de la crise COVID

- **Distribution du matériel de protection individuelle**

Le SISD Carolo a apporté son aide logistique dans la distribution du matériel de protection individuelle pour les infirmiers carolo.

Des dons de matériel pour la population défavorisée ont été orientés vers le SISD. Ce dernier l'a redistribué à des associations d'aide aux personnes.

- **Testing**

Durant le premier semestre 2020, l'équipe du SISD Carolo s'est mobilisée afin de mettre en place les 3 centres de dépistage COVID hébergés dans les 3 structures hospitalières de la zone de soins.

- ✓ Mise en place de procédures (+ mises à jour régulières)
- ✓ Engagement et formation du personnel administratif
- ✓ Encadrement des centres et du personnel
- ✓ Création et suivi des plannings hebdomadaires, rappels journaliers des permanences et changements, procédures...
- ✓ Centralisation et dispatching des fiches d'évaluation
- ✓ Support logistique (impressions, affiches...)
- ✓ Réunions de travail

- **Vaccination**

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

- Tâches spécifiques liées à la phase 1A4
 - Création d'une procédure et mise en place des 3 premiers centres de vaccination pour les professionnels de la santé
 - Engagement et encadrement du personnel administratif
 - Création et gestion du logiciel de RDV Doclr
 - Gestion des plannings vaccinateurs via l'outil Beeple
 - Participation à des formations pour la gestion du Beeple avec l'Aviq
 - Création du Beeple
- Généralités (phase 1A4 et 1B)
 - Recensement des infirmiers vaccinateurs
 - Gestion complète des plannings vaccinateurs et élaboration de la procédure
 - Gestion des emails liés à la vaccination
 - Aide à la facturation des prestations vaccinateurs
 - Tenue à jour des coordonnées des personnes souhaitant bénéficier de doses excédentaires
 - Participation à toutes les réunions de travail

17.2. 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 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 soumise au secret professionnel composée de : médecins généralistes, infirmiers, coordinatrices. Le SISD Carolo a mis à disposition un support administratif jusqu'au 31/12/2023, en 2024, occasionnellement, le SISD apporte son soutien au niveau de l'infographie.

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 :

Les OST luttent **contre les maladies infectieuses**, pour assurer la détection précoce et la gestion des clusters, ces **équipes mobiles** pluridisciplinaires (« OST ambulatoires » = Outbreak Support Teams) sont constituées afin d'intervenir dans le cadre des épidémies, au **niveau local** dans les structures d'accueil et d'hébergement mais aussi dans les quartiers ou les communes pour l'ensemble du **territoire wallon**. L'objectif de ces équipes est de renforcer la prévention de maladies infectieuses avec les équipes spécialisées multidisciplinaires. Pour ce faire un partenariat est également créé avec des réseaux hospitaliers (HOST).

Lieux d'intervention de l'Osta Carolo :

Les maisons de repos et maisons de repos et de soins, les communautés religieuses, les centres d'hébergement (sans-abris, handicap...), les CPAS (Espace citoyen), les clubs sportifs...

Pour toute collectivité présente sur le territoire attribué.

+ d'informations : www.ostacarolo.be

Implication du SISD carolo

- Equipe opérationnelle composée de la direction du SISD Carolo
- Support administratif/infographique

Réseau Santé Wallon (RSW)⁸

18.1. Projet pilote Réseau Santé Wallon 2.0

18 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 ».

Tests RSW 2.0

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

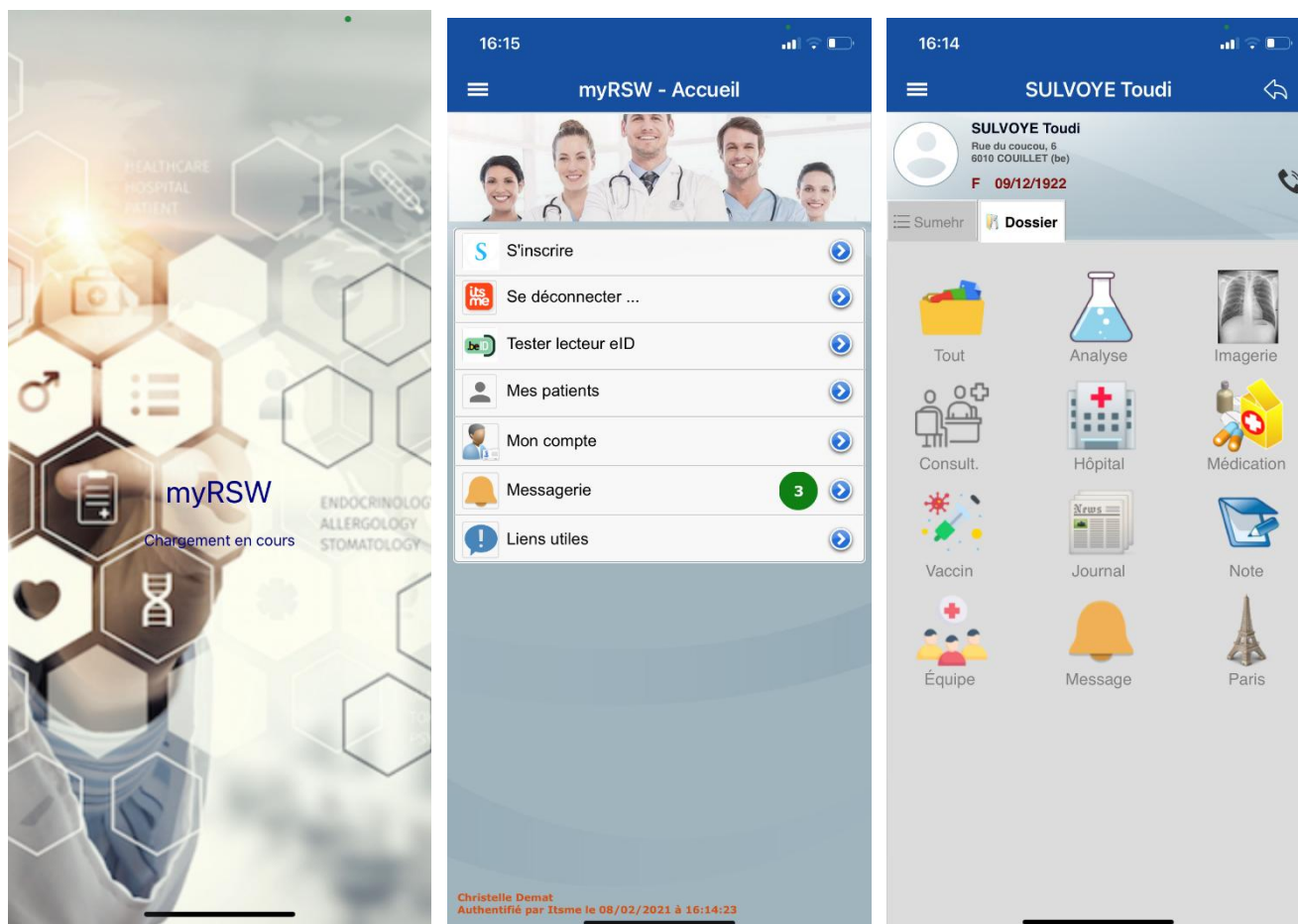
Ils ont constitué 8 binômes médecins généralistes – infirmiers afin de réaliser des tests sur des patients communs.

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.

⁸ Voir annexe : statistiques détaillées RSW



18.2. 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.

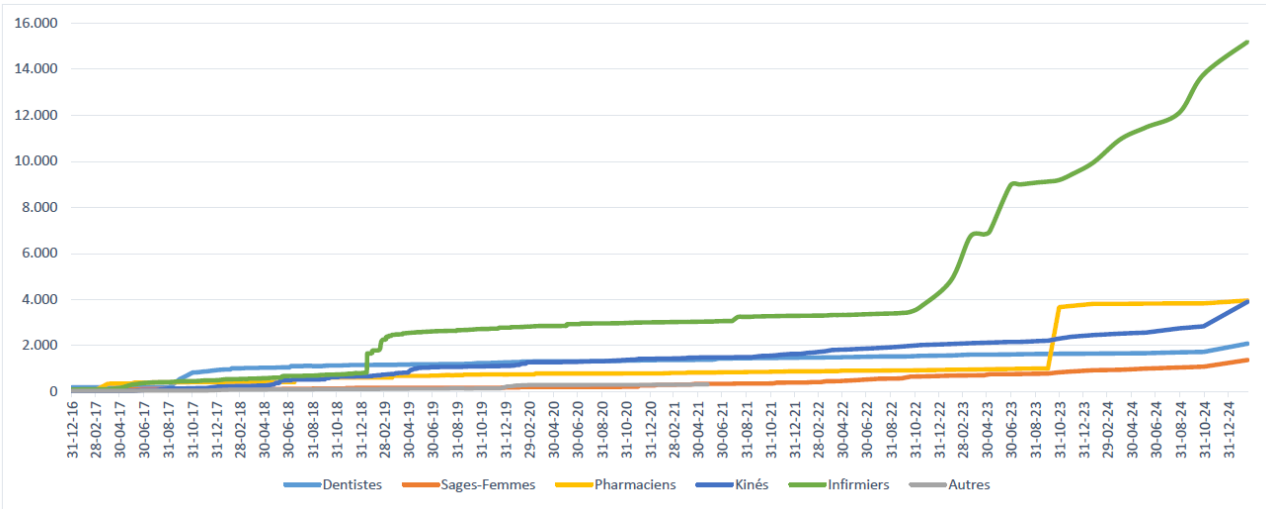
Une de ses fonctionnalités novatrices est le service de messagerie instantanée sécurisée.

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

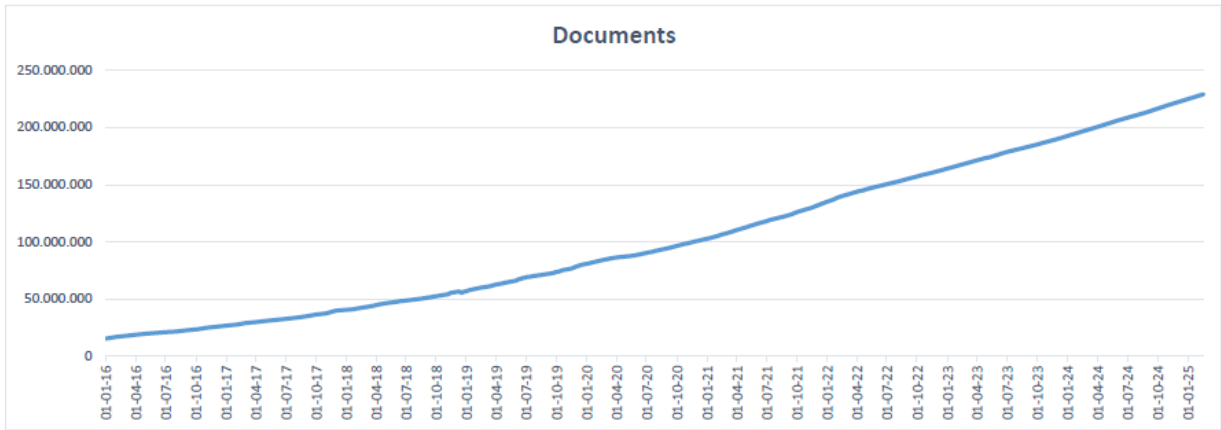
La diffusion de l'application à plus large échelle débutera après la phase test.

18.3. Le RSW en quelques chiffres

Nombre de professionnels inscrits : 48.827



Nombre de documents : 228.980.881 Chiffres des graphes, comprennent les document désactivés



Type de professionnels	Nombre d'inscrits au RSW	Nombre de documents publiés
Aides-soignants	67	1924
Assistants en pharmacie	9	/
Dentistes	2.089	61.692
Diététiciens	711	15.358
Ergothérapeutes	140	16.331
Infirmiers	15.194	1.483.680
Kinésithérapeutes	3.903	131.196
Logopèdes	692	6.268
Médecins	18.787	166.291.167
Pharmaciens	3.961	6.670
Pharmaciens cliniciens	171	24.069.260
Podologues	206	243
Sages-femmes	1.378	164.600

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.

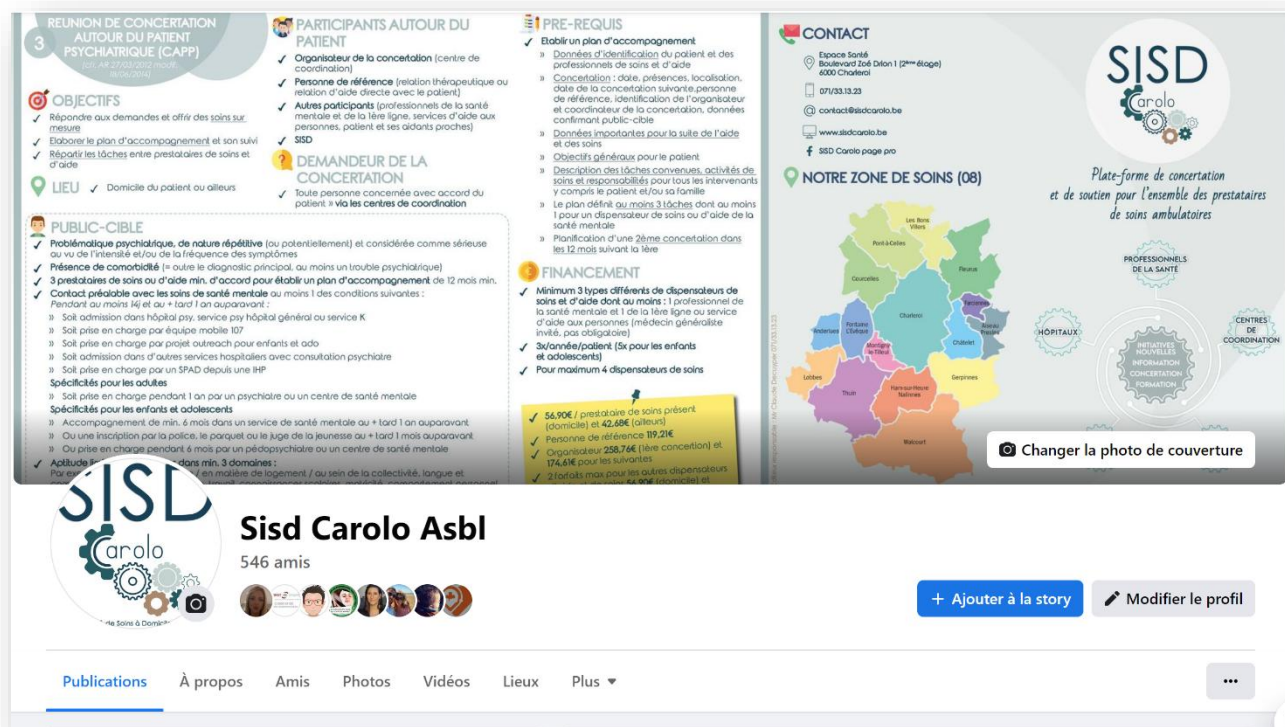
Un cadastre digital des professionnels de 1ère ligne devait être développé et intégré au site web mais son coût et sa faisabilité ne l'ont pas permis.

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, **869 amis Facebook** et **522 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 08** s'étalant sur les communes reprises dans le tableau ci-dessous.

1.

Commune	Population au 1/1/2020	Population au 1/1/2021	Population au 1/1/2022	Population au 1/1/2023	Population au 1/1/2024
Aiseau-Presles	10.739	10.790	10.900	10.903	10.978
Anderlues	12.362	12.429	12.498	12.601	12.809
Charleroi	202.746	201.837	202.421	203.785	204.322
Châtelet	35.668	35.567	35.527	35.512	35.595
Courcelles	31.197	31.053	31.148	31.299	31.337
Farciennes	11.255	11.251	11.233	11.335	11.394
Fleurus	23.056	22.975	22.923	22.832	22.915
Fontaine-l'Évêque	17.838	17.959	17.999	18.041	18.122
Gerpennes	12.808	12.735	12.771	12.831	12.863
Les Bons Villers	9.467	9.463	9.510	9.540	9.586
Lobbès	5.818	5.861	5.867	5.919	5.949
Montigny-le-Tilleul	10.132	10.130	10.125	10.116	10.141
Pont-à-Celles	17.251	17.337	17.449	17.549	17.650
Ham-sur-Heure-Nalinnes	13.621	13.655	13.725	13.811	13.825
Thuin	14.703	14.787	14.907	14.922	14.871
Walcourt	18.407	18.355	18.429	18.398	18.465
Zone de soins carolo 08	447.068	446.184	447.432	449.394	450.822
<i>Belgique</i>	11.492.641	11.521.238	11.584.008	11.697.557	11.763.650

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

⁹ Voir annexe : dépliant SISDC Carolo

Zone de soins FAGC - SISDCarolo - SCSAD



Cadre législatif

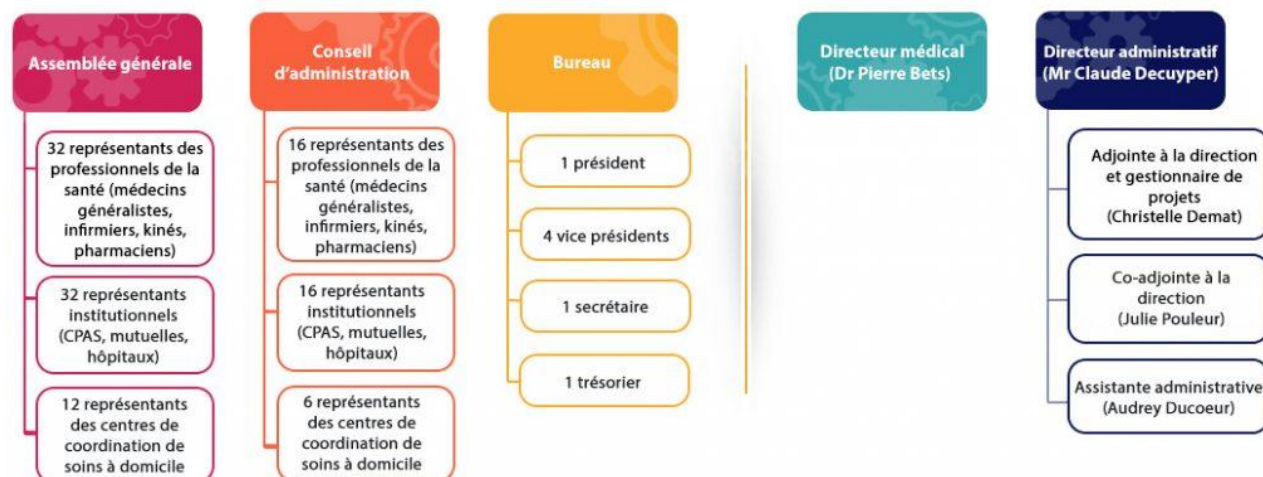
2.

- 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 du RLM
- ...

F. TABLE DES ILLUSTRATIONS

Figure 1 : ÉVOLUTION DU NOMBRE DE RÉUNIONS DE CONCERTATION DE 2004 À 2024	6
Figure 2 : PARTICIPATION DES PRESTATAIRES DE SOINS ET D'AIDE.....	6
FIGURE 3 : NOMBRE DE PRESTATAIRES DIFFÉRENTS AYANT PARTICIPÉ AUX RÉUNIONS DE CONCERTATION 2023 - 2024	7
Figure 4 : NOMBRE DE RÉUNIONS DE CONCERTATION PAR RÉGION REPRÉSENTÉE PAR UNE ASSOCIATION 2023 – 2024	8
Figure 5 : NOMBRE DE RÉUNIONS DE CONCERTATION PAR ASSOCIATION DE MÉDECINS GÉNÉRALISTES 2023 – 2024	10
Figure 6 : LIEUX DES RÉUNIONS DE CONCERTATION	10
Figure 7 : PRESENCE DU PATIENT ET DE SON ENTOURAGE	11
Figure 8 : NOMBRE DE RÉUNIONS DE CONCERTATION AUTOUR DU PATIENT PSYCHIATRIQUE DE 2013 À 2024.....	13

G.ANNEXES

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



DONNÉES D'IDENTIFICATION DU PATIENT

(compléter ou apposer une vignette organisme assureur)

NOM - Prénom	
Adresse	
NISS	
Mutuelle	

Vignette mutuelle

Le plan de soins ci-joint est établi dans le cadre de la **concertation multidisciplinaire facturée par le SISD et financée par l'AVIQ**.

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

- 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° de l'Arrêté Royal susmentionné.
- L'accord du patient ou de son représentant pour la tenue de cette réunion.
- 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.
- 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 DE CONCERTATION

« Patient en perte d'autonomie physique »

PARTIE I : ACCORD DU PATIENT

Déclaration du patient (ou son représentant)

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 :

Nom du patient OU nom et adresse du représentant :	
déclare que ma présence ou celle d'une personne désignée par moi n'est pas nécessaire à la concertation multidisciplinaire susmentionnée.	

Date :	
--------	--

Signature :	
-------------	--

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

1 REUNION DE CONCERTATION AUTOUR DU PATIENT PSYCHIATRIQUE (CAPP)

OBJECTIFS

- Répondre aux demandes et offrir des soins adaptés
- Réviser le plan d'accompagnement et son suivi
- Établir les liens entre professionnels de soins et d'aide

LIEU

- Domicile du patient ou ailleurs

PUBLIC-CIBLE

- Problématique psychiatrique, de nature répétitive (ou potentiellement) et considérée comme sévère ou vu de l'intensité, durée ou de la fréquence des symptômes
- Présence de comorbidité (à l'issue de l'évaluation clinique), ou moins un trouble psychiatrique
- 3 prestataires de soins ou d'aide min. d'accord pour établir un plan d'accompagnement de 12 mois min.

PARTICIPANTS AUTOUR DU PATIENT

- Organisateur de la concertation (carolo 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 ligne, services d'aide aux personnes, parents et/ou aidants proches)
- SISD

DEMANDEUR DE LA CONCERTATION

- Toute personne concernée avec accord du patient
- 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, présence, localisation, cas de la concertation suivante, personne de référence, identification de l'organisateur et coordinateur de la concertation, données complémentaires public-cible
- Données importantes pour la suite de l'aide et des soins
- Collecte préliminaire 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 prestataire de soins ou d'aide de la santé mentale
- Planification d'une 2ème concertation dans les 3 mois suivant la 1ère

FINANCEMENT

- Minimum 3 types différents de prestataires de soins et d'aide dont au moins 1 à domicile de la santé mentale et 1 de la ligne ou service d'aide aux personnes (médico-social généraliste, infirmier, psychologue)
- 3x/année/patient (5x pour les enfants et adolescents)
- Pour maximum 4 dispensateurs de soins

CONTACT

Esplanade Santé
Boulevard 106 Doton 1 (2ème étage)
6000 Châtelet
07/733.13.23
contact@sidcarolo.be
www.sidcarolo.be
SID 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
INITIATIVES MULTISÉCTORIELLES
INFORMATION CONCERTATION
COORDINATION
HOPITAUX
CENTRES DE COORDINATION
CPAS
MUTUELLES

60,27€ par prestataire de soins présent (domicile) et **45,21€** (hôpital)

Personne de référence 124,25€

Organisateur 274,25€ (une concertation) et **184,94€** pour les suivantes

2 hôpitaux max pour les autres dispensateurs d'aide et de soins 60,27€ (domicile) et 45,21€ (hôpital) (hors 2024)

Fonctionnement financé par le SISD à la demande du patient

N° antipanique : 862743627
N° alarme : 021 206 88 002
BLAN : 8694 1325 043 7905

Avec le soutien de la Région
Région wallonne
Service intégré de soins à domicile CAROLO - ASBL

07/733.13.23
www.sidcarolo.be

1 SERVICE INTEGRE DE SOINS A DOMICILE CAROLO ASBL

NOS MISSIONS

- Voir et suivre de l'information
- Encourager, soutenir et accompagner les initiatives nouvelles (projets)
- Sensibiliser et soutenir les professionnels
- Optimiser la collaboration et ne pas négliger 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 07/733.13.23
- Les centres de coordination de la zone de soins pour l'organisation de réunions de concertation et/ou la mise en place d'un accompagnement à domicile

NOS MEMBRES

- Les centres de coordination de soins à domicile
- La Fédération des Associations de Médecins Généralistes de Châtelet (FAGC)
- La Société Royale de Médecine d'Intérieur (SRMI)
- Les mutuelles
- L'Association des Kinésithérapeutes de Châtelet (AKC)
- L'Union Royale Pharmacologique de Châtelet (URPC)
- Les CPAS
- Les instituts hospitaliers

2 REUNION DE CONCERTATION MULTIDISCIPLINAIRE

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 végétal persistant (EVP) ou en état de coma réversible (EVR) à condition polyclinique

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 (présentant pour un centre de coordination)
- Les prestataires de soins (médecin généraliste, infirmier, kinésithérapeute, psychologue, etc.)
- Les prestataires d'aide (assistant social, ergothérapeute, psychologue, aide de famille, etc.)
- 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 (coordonnateur de soins)

Transmission au SISD du plan de soins complété et signé par tous les participants (à l'exception de l'assistant social pour les prestataires en soins)

PROGRAMMATION DE LA CONCERTATION

- Le SISD voit de l'enregistrement le plan de soins et l'assure notamment de la participation des prestataires de soins et de la mise à jour du plan de soins
- Le coordinateur organise la concertation, centralise les informations, complète le plan de soins
- Le SISD assure la concertation avec tous les participants et les familles du SISD

60,27€ par prestataire de soins présent (si la concertation a lieu au domicile) et **45,21€** à l'hôpital (hors 2024)

07/733.13.23
info@sidcarolo.be
www.sidcarolo.be

07/733.13.23
info@sidcarolo.be
www.sidcarolo.be

064/23.88.30 (coordination)
coordination@sidcarolo.be
www.sidcarolo.be

07/733.13.23
www.sidcarolo.be

(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/coordonateur. 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 coordinateur 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 (ex. : historique de la thérapie, les besoins de soins personnels et la situation sociale du patient...)
<u>Personne de référence</u> Service : Nom, prénom : Adresse : Téléphone : E-mail : Disponibilité de contact :	
<u>Personne à contacter en cas d'hospitalisation d'urgence</u> Service : Nom, prénom : Adresse : Téléphone : E-mail : Disponibilité de contact :	
<u>Centre de coordination de soins et d'aide à domicile</u> Service : Nom, prénom : Adresse : Téléphone : E-mail : Disponibilité de contact :	

<u>Personne de confiance</u>	
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.

8

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 ÉTABLISSSENT 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 (si d'application) lié au n° INAMI	Réservé au SISD
				IBAN : BIC :	☐ Personne de référence ☐ Santé mentale ☐ 1 ^{ère} ligne ☐ Aidant informel ☐ Patient
				IBAN : BIC :	☐ Personne de référence ☐ Santé mentale ☐ 1 ^{ère} ligne ☐ Aidant informel ☐ Patient
				IBAN : BIC :	☐ Personne de référence ☐ Santé mentale ☐ 1 ^{ère} ligne ☐ Aidant informel ☐ Patient
				IBAN : BIC :	☐ Personne de référence ☐ Santé mentale ☐ 1 ^{ère} ligne ☐ Aidant informel ☐ Patient
				IBAN : BIC :	☐ Personne de référence ☐ Santé mentale ☐ 1 ^{ère} ligne ☐ Aidant informel ☐ Patient
				IBAN : BIC :	☐ Personne de référence ☐ Santé mentale ☐ 1 ^{ère} ligne ☐ Aidant informel ☐ Patient
				IBAN : BIC :	☐ Personne de référence ☐ Santé mentale ☐ 1 ^{ère} ligne ☐ Aidant informel ☐ 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

13

..... / /

Signature du médecin

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

REUNION DE CONCERTATION AUTOUR DU PATIENT PSYCHIATRIQUE (CAPP)

10-15 personnes maximum
30-45 min

OBJECTIFS

- Répondre aux demandes et offrir des soins adaptés
- Récupérer le plan d'accompagnement et son suivi
- Établir les liens entre professionnels de soins et d'aide

LIEU

- Domicile du patient ou ailleurs

PUBLIC-CIBLE

- Problématique psychiatrique, de nature répétitive (ou potentiellement) et considérée comme sévère ou vu de l'intensité d'abus de la fréquence des symptômes
- Présence de comorbidité (à l'issue de l'évaluation clinique), ou moins un trouble psychiatrique
- 3 prestataires de soins ou d'aide min. d'accord pour établir un plan d'accompagnement de 12 mois min. Pendant au moins 1h et au + tard 1 an auparavant
- Soit admis en charge par service ou hôpital général ou service K
- Soit pris en charge par équipe mobile 127
- Soit pris en charge par accueil out-reach pour enfants et ado
- Soit admis en charge d'autres services hospitaliers avec consultation psychiatrique
- Soit pris en charge par un SPAD depuis une IHP

Spécificités pour les adultes

- Soit pris en charge pendant 1 an par un psychiatrique ou un centre de santé mentale

Spécificités pour les enfants et adolescents

- Accompagnement de min. 6 mois dans un service de santé mentale ou "à tard" 1 an auparavant
- Ou une hospitalisation par la police, le parquet ou le juge de la jeunesse ou "à tard" 1 mois auparavant
- Ou pris en charge pendant 6 mois par un pédo-psychiatre ou un centre de santé mentale

Appréhension ou obtention dans min. 3 domaines :

Par exemple : autonomie de base / en matière de logement / au sein de la collectivité, langue et communication, adaptation sociale, travail, compétences scolaires, médicales, comportement personnel, optique, école...

Sont exclus :

personnes en maison de soins psychiatriques, patients pris en charge par un projet thérapeutique FOKK, soit exceptionnels, diagnostic d'alcool composé uniquement, ou d'une autre cause exclusive des troubles et symptômes, autres troubles cognitifs avec causes médicales vasculaires ou traumatiques, épilepsie, autisme, troubles neurologiques

PARTICIPANTS AUTOUR DU PATIENT

- Organisateur de la concertation (carolo 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 ligne, services d'aide aux personnes, parents et/ou proches)

DEMANDEUR DE LA CONCERTATION

- Toute personne concernée avec accord du patient - 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, présence, localisation, cas de la concertation suivante : personne de référence, identification de l'organisateur et coordinateur de la concertation, données coordonnées public-cible
- Données importantes pour la suite de l'aide et des soins
- Collecte préliminaire 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 prestataire de soins ou d'aide de la santé mentale
- Panification d'une 2ème concertation dans les 3 mois suivant la 1ère

FINANCEMENT

- Minimum 3 types différents de prestataires de soins et d'aide dont au moins 1 à domicile de la santé mentale et 1 de la ligne ou service d'aide aux personnes (intervention générale incl. par obligation)
- 3x/année/patient (5x pour les enfants et adolescents)
- Pour maximum 4 dispensateurs de soins

60,27€ par prestataire de soins présent (domicile) et 45,21€ (hôpital)

Personne de référence 124,25€

Organisateur 274,25€ (une concertation) et 184,94€ pour les suivantes

2 hôpitaux max pour les autres dispensateurs d'aide et de soins 60,27€ (domicile) et 45,21€ (hôpital) (hors 2024)

Fonctionnement par le SISD à la mesure de patient

CONTACT

Espace Santé
Boulevard 106 Dron 1 (2ème étage)
6000 Châtelet
07/733.13.23
contact@sisdcarolo.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

INITIATIVES MULTISÉCTORIELLES INFORMATION CONCERTATION COORDINATION

HOPITALS

CENTRES DE COORDINATION

CPAS

MUTUELLES

N° antipanique : 862743627
N° alarme : 862 026 88 002
BLAN : 8694 1325 043 7905

Avec le soutien de la Région
Fédération des Centres de Santé
ASBL

SERVICE INTEGRE DE SOINS A DOMICILE CAROLO - ASBL
07/733.13.23
www.sisdcarolo.be

SERVICE INTEGRE DE SOINS A DOMICILE CAROLO ASBL

NOS MISSIONS

- Voir ou suivre de l'information
- Encourager, soutenir et accompagner les initiatives nouvelles (projets)
- Sensibiliser et soutenir les professionnels
- Optimiser la collaboration et ne pas 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 07/733.13.23
- Les centres de coordination de la zone de soins pour l'organisation de réunions de concertation autour d'un patient en phase d'un accompagnement à domicile

NOS MEMBRES

- Les centres de coordination de soins à domicile
- La Fédération des Associations de Médecins Généralistes de Châtelet (FAGC)
- La Covette Régionale et Pluridisciplinaire Carolo (CRLPC)
- Les mutuelles
- L'Association des Kinésithérapeutes de Châtelet (AKC)
- L'Union Royale Pharmacologique de Châtelet (URPC)
- Les CPAS
- Les institutions hospitalières

07/733.13.23
info@sisdcarolo.be
www.sisdcarolo.be

07/733.13.23
info@sisdcarolo.be
www.sisdcarolo.be

064/23.88.30 (coordination)
coordination@sisdcarolo.be
www.sisdcarolo.be

07/733.13.23
www.mutuellecarolo.be
www.sisdcarolo.be

REUNION DE CONCERTATION MULTIDISCIPLINAIRE

10-15 personnes maximum
30-45 min

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 végétal persistant (EVP) ou en état de coma réversible (EVR) à conditions particulières

PROGRAMMATION DE LA CONCERTATION

- Le demandeur contacte le centre de coordination
- Le coordinateur organise la concertation, centralise les informations, complète le plan de soins, formule un plan d'accompagnement avec tous les participants et le transmet au SISD
- Le SISD voit de l'enregistrement le plan de soins et formule un rapport sur la participation des prestataires de soins à la réunion de concertation
- Le plan de soins est communiqué à tous les prestataires de soins présents

60,27€ par prestataire de soins présent (à la concertation) et 45,21€ (à domicile) (hors 2024)

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 réhospitalisé à domicile

OU

patient hospitalisé avec le retour à domicile es, prévu endormis les 8 jours

ET

malade à domicile supposé d'au moins 1 mois avec une diminution de l'autonomie physique

PARTICIPANTS

- Le SISD (présentant par un centre de coordination)
- Les prestataires de soins (médecin généraliste, infirmier, kinésithérapeute, pharmacien, psychologue, etc.)
- Les prestataires d'aide (assistant social, ergothérapeute, psychologue, aide de famille, etc.)
- 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 (coordonnateur de soins)
- Transmission au SISD du plan de soins complété et signé par tous les participants (à l'exception de l'assistant social pour les prestataires en soins)

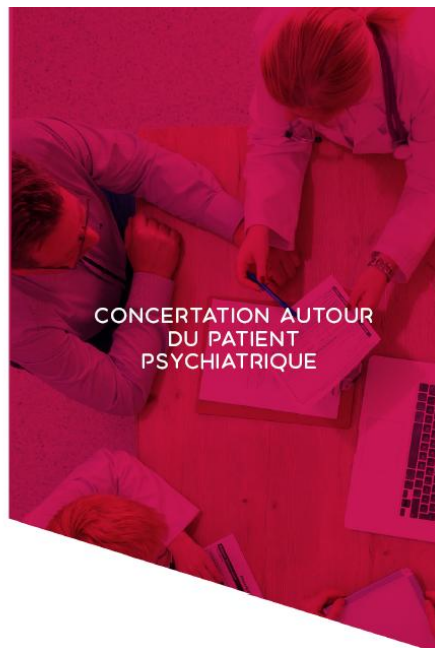
(5) Dépliant concertation autour du patient psychiatrique : personne de référence et patient

PLAN D'ACCOMPAGNEMENT

- ➔ Données d'identification du patient et des professionnels de soins et d'aide
- ➔ Concertation : date, presences, 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 (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.



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 

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'INTERNISTEJ'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 GÉNÉRALISTE**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'examens 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 MUTUALITÉ**

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

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 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_{calc}), 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'élaborer, 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'examens 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 $<45\text{ml/min/1,73m}^2$ selon la formule MDRD simplifiée confirmée au moins 2 x avec un intervalle d'au moins 3 mois et/ou
 - o une protéinurie de $>1\text{g/jour}$ 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.

(10) Dépliant OSTA Carolo

NOTRE ZONE D'ACTION



NOUS CONTACTER

Notre équipe est composée
de médecins généralistes,
infirmières, chargées de missions et
administratives

0471/59.64.51

ostambucarolo@gmail.com

SCAN ME
www.ostacarolo.be

Boulevard Zoé Drion, 1 (2^{ème} étage)
6000 Charleroi



Editeur responsable Dr Jadouille Patrick



ÉQUIPE MOBILE DE LUTTE CONTRE LES ÉPIDÉMIES



Plan wallon de suivi et d'actions (dans les
secteurs santé et action sociale) en cas de
rebond ou de nouvelle épidémie.

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)

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.

