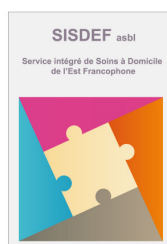


Présentation des SISD francophones

Note de l'Inter-SISD

Novembre 2013

Sur sa zone de soins, le SISD est une plate-forme d'information, de soutien, de concertation ainsi que d'échanges entre les différents acteurs des soins et de l'aide du secteur ambulatoire. Il veille à développer une collaboration plus efficace entre les différentes lignes de soins (stimulation du réseau multidisciplinaire).



Groupement Pluraliste Liégeois
des Services et Soins à Domicile
ASBL - 477.703.521
SISD de Liège-Huy-Waremme

Table des matières

I. Définitions	3
A. Zones de soins	3
B. SISD : Service Intégré de Soins à Domicile	4
C. Inter-SISD.....	4
II. Missions	5
III. Historique et composition	5
A. Historique	5
B. Composition.....	6
IV. Organisation des soins et aide au domicile, et place des SISD	7
A. Niveau 1 : la pratique.....	7
B. Niveau 2 : local – lieu de la concertation multidisciplinaire autour du patient	8
1. Définitions.....	8
2. Missions	8
C. Niveau 3 : zonal.....	9
D. D'autres organismes sur la même zone de soins	10
1. Les plateformes et équipes de soins palliatifs	10
2. Les plateformes de concertation en santé mentale	11
3. Les Centres Locaux de Promotion de la Santé	12
4. Les projets Réseaux Multidisciplinaires Locaux (RML)	12
5. Les projets Soins psychiatriques pour personnes séjournant à domicile (SPAD).....	14
6. Les projets Psy107.....	15
V. Exemples d'actions réalisées par/en partenariat avec les SISD	16
A. La concertation multidisciplinaire (patient en perte d'autonomie physique).....	16
B. La concertation autour du patient psychiatrique	17
C. Participation à des projets fédéraux.....	19
1. Formes alternatives de soins (« Protocole 3 ») :	19
2. Projets pilotes : RML, Psy107 et SPAD	19
3. Collaboration avec CIPIQ-S.....	19
4. Démarche RAI : Resident Assessment Instrument (2006-2009).....	20
5. Projets thérapeutiques en santé mentale (2007 – 2012).....	20
D. Participation à des projets régionaux ou locaux.....	20
1. Recensement des professionnels d'aide et de soins.....	20
2. Création de cahiers de liaison ou de communication au domicile	20
3. Liaison Hôpital - Domicile.....	20
4. Formations à destination des prestataires de soins ou d'aide:.....	21
5. Conférences, informations à destination du grand public :.....	21
6. Projet « Neuropathies Diabétiques »	21
7. Dépistage des symptômes d'alerte précoce de la maladie d'Alzheimer	22
8. Assuétudes.....	22
9. Projet pilote : Accueil Familial des Aînés	22
10. Recherches et études diverses.....	22
11. Divers	23
E. Implication dans des groupes de travail	23
1. Les réunions et GT Inter SISD	23
2. GT coordination.....	23
3. Groupes de travail AWIPH	23
4. Autres implications	24
F. Tableau récapitulatif des participations	24
VI. Financement	26
VII. Conclusion	26

I. Définitions

A. Zones de soins

Les zones de soins sont des ensembles de communes définis par l'arrêté du gouvernement wallon du 18 décembre 2003.

13 zones de soins ont été prévues en Région Wallonne :

- **Zone 01 Mouscron - Tournai – Ath** : Antoing, Ath, Beloeil, Bernissart, Brugelette, Brunehaut, Celles, Chièvres, Comines-Warneton, Ellezelles, Estaimpuis, Flobecq, Fransnes-lez-Anvaing, Lessines, Leuze-en-Hainaut, Mont-de-l'Enclus, Mouscron, Pecq, Péruwelz, Rumes, Silly, Tournai.
- **Zone 02 La Louvière** : Binche, Braine-le-Comte, Chapelle-lez-Herlaimont, Ecaussinnes, Enghien, Erquelines, Estinnes, La Louvière, Le Roeulx, Manage, Merbes-le-Château, Morlanwelz, Seneffe, Soignies.
- **Zone 03 Brabant wallon** : Beauvechain, Braine-l'Alleud, Braine-le-Château, Chastre, Chaumont-Gistoux, Court-Saint-Etienne, Genappe, Grez-Doiceau, Hélécinne, Incourt, Ittre, Jodoigne, La Hulpe, Lasne, Mont-Saint-Guibert, Nivelles, Orp-Jauche, Ottignies-Louvain la Neuve, Perwez, Ramillies, Rebecq, Rixensart, Tubize, Villers-la-Ville, Walhain, Waterloo, Wavre.
- **Zone 04 Huy – Waremme** : Amay, Anthistes, Berloz, Braives, Burdinne, Clavier, Crisnée, Donceel, Engis, Faimés, Ferrières, Fexhe-le-Haut-Clocher, Geer, Hamoir, Hannut, Héron, Huy, Lincent, Marchin, Modave, Nandrin, Oreye, Ouffet, Remicourt, Saint-Georges-sur-Meuse, Tinlot, Verlaine, Villers-le-Bouillet, Wanze, Waremme, Wasseiges.
- **Zone 05 Liège** : Ans, Awans, Aywaille, Bassenge, Beyne-Heusay, Blégny, Chaudfontaine, Comblain-au-Pont, Dalhem, Esneux, Flémalle, Fléron, Grace-Hollogne, Herstal, Juprelle, Liège, Neupré, Oupeye, Saint-Nicolas, Seraing, Soumagne, Sprimont, Trooz, Visé.
- **Zone 06 Verviers** : Aubel, Baelen, Dison, Herve, Jalhay, Liernieux, Limbourg, Malmedy, Olne, Pepinster, Plombières, Spa, Stavelot, Stoumont, Theux, Thimister-Clermont, Trois-Ponts, Verviers, Waimes, Welkenraedt.
- **Zone 07 Mons** : Boussu, Colfontaine, Dour, Frameries, Hensies, Honnelles, Jurbise, Lens, Mons, Quaregnon, Quevy, Quiévrain, Saint-Ghislain.
- **Zone 08 Charleroi** : Aiseau-Présles, Anderlues, Charleroi, Châtelet, Courcelles, Farciennes, Fleurus, Fontaine-l'Évêque, Gerpinnes, Ham-sur-Heure-Nalinnes, Les Bons Villers, Lobbes, Montigny-le-Tilleul, Pont-à-Celles, Thuin, Walcourt.
- **Zone 09 Namur** : Andenne, Assesse, Eghezée, Fernelmont, Floreffe, Fosses-la-Ville, Gembloux, Gesves, Jemeppe-sur-Sambre, La Bruyère, Mettet, Namur, Ohey, Profondeville, Sambreville, Sombreffe.
- **Zone 10 Dinant** : Anhéé, Beauraing, Bièvre, Ciney, Dinant, Gedinne, Hamois, Hastière, Havelange, Houyet, Onhaye, Rochefort, Somme-Leuze, Vresse-Sur-Semois, Yvoir.
- **Zone 11 Philippeville** : Beaumont, Cerfontaine, Chimay, Couvin, Doische, Florennes, Froidchapelle, Momignies, Philippeville, Sivry-Rance, Viroinval.
- **Zone 12 Nord – Luxembourg** : Bastogne, Bertogne, Bertrix, Bouillon, Daverdisse, Durbuy, Erezée, Fauvillers, Gouvy, Herbeumont, Hotton, Houffalize, La Roche-en-Ardenne, Léglise, Libin, Libramont-Chevigny, Manhay, Marche-en-Famenne, Nassogne, Neufchâteau, Paliseul, Rendeux, Sainte-Ode, Saint-Hubert, Tellin, Tenneville, Vaux-sur-Sûre, Vielsalm, Wellin.
- **Zone 13 Sud – Luxembourg** : Arlon, Attert, Aubange, Chiny, Etalle, Florenville, Habay, Martelange, Meix-devant-Virton, Messancy, Musson, Rouvroy, Saint-Léger, Tintigny, Virton.

Une seule zone de soins est définie sur la Région de Bruxelles-Capitale. Celle-ci est couverte par 3 SISD :

- le SISD francophone, nommé « SISD-Bruxelles »
- le SISD néerlandophone, nommé « Brussel Overleg Thuiszorg »
- le SISD bicommunautaire, nommé « Conectar »

B. SISD : Service Intégré de Soins à Domicile

Dans l'arrêté royal du 8 juillet 2002, le SISD est défini comme « *l'institution de soins de santé qui, dans une zone de soins, renforce l'ensemble des soins aux patients entre autres par l'organisation pratique et l'encadrement des prestations fournies dans le cadre des soins à domicile, qui requièrent l'intervention des praticiens professionnels appartenant à différentes disciplines* ».

Chaque SISD est :

- agréé par
 - la Wallonie (un seul SISD est agréé par zone de soins)
 - ou, à Bruxelles, par la CoCoF, la CoCoM ou la Vlaamse Gemeenschap.
- subsidié par l'INAMI.

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.

L'objectif commun à tous les SISD est de réunir les forces de leurs membres pour établir une stratégie globale qui permette de proposer aux patients les meilleurs soins et services à domicile.

C. Inter-SISD

A une échelle plus large que leur zone de soins, les SISD francophones désirent se rencontrer régulièrement pour :

- Partager les informations reçues, les expériences et les bonnes pratiques ainsi que les difficultés rencontrées et les manières de résoudre les problèmes.
- Pouvoir prendre des positions communes vis-à-vis des autorités. Tant que possible, dégager un point de vue commun entre les SISD francophones et appuyer cet avis, ensemble et avec force, vis-à-vis des pouvoirs publics.

Les SISD francophones suivants sont invités aux rencontres Inter-SISD :

- SISD Wallonie Picarde (Tournai) : www.sisdwapi.be
- SISD RCS (Région Centre et Soignies) : www.sisdrcs.be
- ECCOSSAD (SISD du Brabant Wallon) : www.eccossad.be
- GLS (SISD Liège-Huy-Waremme) : www.gls-sisd.be
- SISDEF (SISD de l'Est francophone) : www.sisdef.be
- SISD Carolo (SISD de Charleroi) : www.sisdcarolo.be
- SISD de la Province du Luxembourg : www.sisdlux.be
- SISD-Bruxelles (Cocof) : www.sisd-bruxelles.be

- SISD-Bicommunautaire Conectar (Cocom)

II. Missions

Pour améliorer la qualité et la cohérence de la prise en charge des patients à domicile, le SISD a pour missions de (arrêtés royaux du 8 juillet 2002 et du 27 mars 2012) :

- **Veiller au suivi de l'information et de l'encadrement** tout au long du processus de soins, aussi bien à l'égard du prestataire de soins, qu'à l'égard du patient;
- **Stimuler la collaboration entre ses membres**;
- **Promouvoir la concertation pluridisciplinaire** : organisation pratique et soutien des prestataires de soins, enregistrement et facturation des prestations;
- **Promouvoir et organiser la concertation autour du patient psychiatrique** ;
- **Optimiser la collaboration** avec les institutions de soins de santé de la zone (intra et extra-muros);
- **Soutenir de nouvelles initiatives** en participant à des projets pilotes fédéraux, régionaux ou locaux (réseau multidisciplinaire local, psychiatrie ...).

Perspectives & propositions d'évolution (Inter-SISD) :

Rôle de représentation du secteur ambulatoire multidisciplinaire

Dans le cadre de ses missions, le SISD doit être reconnu dans sa zone de soins comme un interlocuteur représentant le secteur ambulatoire à un niveau de plate-forme :

- auprès des institutions de soins (hôpitaux, MRPA-MRS, centres de convalescence,...),
- auprès des pouvoirs locaux compétents sur sa zone.

Le SISD doit être informé et peut-être impliqué, dans toute initiative locale multidisciplinaire et tout projet pilote du secteur ambulatoire (RML, psychiatrie, formes alternatives de soins...). La nature et l'étendue de ce soutien sont à définir avec les pouvoirs publics compétents et les acteurs de terrain, en fonction des moyens et compétences dont disposeront les SISD.

L'ensemble des SISD francophones devrait être consulté par les pouvoirs publics compétents pour tout dossier relevant des missions des SISD. Ils devraient au préalable être consultés pour tout projet législatif concernant leur secteur.

III. Historique et composition

A. Historique

Dans un premier temps, des projets pilotes SISD ont été créés en 2001, subventionnés par le SPW (Mons, Tournai, Charleroi, Liège).

Ensuite, sous l'impulsion de l'arrêté royal du 8 juillet 2002 (et de la législation qui a suivi entre 2002 et 2008), des SISD ont été créés progressivement en Région Wallonne et à Bruxelles. Ces asbl se sont construites à l'initiative de médecins généralistes, de centres de coordination de soins et d'aide à domicile, ainsi que d'autres prestataires de soins et d'aide ambulatoire, de mutuelles, ... (voir aussi les membres des SISD ci-dessous).

Les SISD suivants ont été créés dans les zones de soins correspondantes :

SISD	Zone de Soins	Création
SISD Wallonie Picarde	Zone 01 : Mouscron-Tournai – Ath	2002
SISD RCS	Zone 02 : La Louvière et Soignies	2004
ECCOSSAD	Zone 03 : Brabant	2004
GLS	Zone 04 : Huy-Waremme Zone 05 : Liège	2002
SISDEF	Zone 06 : Verviers	2005
SISD Carolo	Zone 08 : Charleroi	2002
SISD Luxembourg	Zone 12 : Nord-Luxembourg Zone 13 : Sud-Luxembourg	2006
SISD-Bruxelles (Cocof)	Bruxelles capitale	2010 (relance)
CONNECTAR (Cocom)	Bruxelles capitale	2008

Il n'existe pas (encore) de SISD dans les zones de soins francophones suivantes :

- Zone 07 Mons
- Zone 09 Namur
- Zone 10 Dinant
- Zone 11 Philippeville

Perspectives & propositions d'évolution (Inter-SISD) :

Il est **indispensable** que toutes les zones de soins wallonnes soient couvertes par un SISD, pour les raisons suivantes:

- législation : il faut actuellement prévoir dans chaque texte une différenciation entre les zones couvertes par les SISD, et les zones non couvertes,
- crédibilité accrue de la Région Wallonne et de la Région Bruxelloise concernant les développements dans le domaine des soins de santé ambulatoires.

B. Composition

Le SISD est un regroupement d'associations locales de prestataires de soins et d'aide du secteur ambulatoire présentes sur la zone pour laquelle le SISD est agréé.

Les SISD sont toujours composés au minimum, comme le prévoit la législation, de représentants :

- des médecins généralistes,
- des infirmiers et infirmières à domicile
- de centres de coordination de soins et d'aide à domicile.

De nombreux autres acteurs des soins de première ligne et de l'aide à domicile sont aussi représentés en fonction des spécificités du réseau local.

Par exemple :

- kinésithérapeutes,
- pharmaciens,
- services d'aide aux familles,
- services de soins palliatifs,
- services de santé mentale,
- associations de santé intégrées (maisons médicales),

- des institutions de soins (hôpitaux, maisons de repos),
- mutualités,
- CPAS,
- communes,
- ...

Tous ces prestataires ou institutions ne sont pas représentés dans chaque SISD.

Une répartition équilibrée entre les représentants des indépendants et des institutions fait l'unanimité au sein des SISD. Par ailleurs, nous constatons qu'à ce jour, la majorité des SISD a jugé opportun de confier la présidence à un médecin généraliste mandaté par un cercle.

IV. Organisation des soins et aide au domicile, et place des SISD

En région Bruxelloise, l'organisation des soins et de l'aide au domicile est régie, en plus de l'arrêté royal de 2002, par le décret Cocof du 5 mars 2009 relatif à l'offre de services ambulatoires dans les domaines de l'action sociale, de la famille et de la santé.

Cette réglementation ne sera pas détaillée ici.

Dans la circulaire de la Région Wallonne du 22 avril 2004, « *la répartition des tâches entre les opérateurs de soins de première ligne est répartie sur 3 niveaux :*

- Un **premier niveau (la pratique)** concerne les contacts entre le patient et le prestataire de soins. (...)
- Un **deuxième niveau (local)** est défini comme le lieu de la concertation multidisciplinaire, lorsqu'elle s'avère nécessaire, entre les différents acteurs autour du patient. (...)
- Un **troisième niveau (zonal)** regroupe l'ensemble des acteurs sur une zone géographique définie. Il s'articule avec les différents services et structures existant sur le terrain, y compris avec un ou plusieurs hôpitaux de la zone concernée. »

A. Niveau 1 : la pratique

C'est le niveau où l'on trouve tous les dispensateurs d'aide ou de soins, qu'ils soient professionnels ou non, exerçant leur activité dans le but de favoriser le maintien de la personne à domicile.

Citons en particulier :

- Les médecins généralistes
- Les praticiens de l'art infirmier : infirmiers et infirmières, aides-soignants.
- Les pharmaciens
- Les kinésithérapeutes
- Les paramédicaux: diététiciens, podologues, logopèdes, ergothérapeutes ...
- Les psychologues
- Les services d'aide : aides-familiales, services sociaux, garde à domicile ...
- Les services de prêt de matériel, télévigilance, repas à domicile, transport de personnes ...
- Les aidants-proches

Cette liste n'est pas exhaustive.

Notons la grande diversité de ces dispensateurs d'aide ou de soins :

- au niveau des professions,
- au niveau des statuts (indépendants, salariés, bénévoles),
- au niveau des relations hiérarchiques (certains travaillent en équipe sous la responsabilité d'un chef hiérarchique, d'autres en association entre pairs, d'autres encore totalement indépendamment).

Leur manière de se faire représenter est aussi variable d'une profession à l'autre et d'une zone de soins à l'autre (et même d'un prestataire à l'autre): les associations professionnelles sont parfois locales, parfois régionales ou fédérales.

B. Niveau 2 : local – lieu de la concertation multidisciplinaire autour du patient

C'est le niveau où se situe le centre de coordination de soins et de services à domicile, qu'il soit ou non agréé par la Région Wallonne.

1. Définitions

La coordination a été définie par différents niveaux de pouvoir. Nous présentons ici d'abord la définition fédérale et ensuite la définition prévue par la Région Wallonne.

1- Définition fédérale

« La coordination des soins est **l'organisation intentionnelle des activités de soins** au patient entre deux prestataires ou plus (y inclus le patient) impliqués dans les soins au patient pour faciliter leur dispensation appropriée. Les organisations de soins impliquent l'association du personnel et des autres ressources nécessaires pour mener à bien toutes les activités de soins requises pour le patient, et prend souvent la forme **d'échanges d'informations** entre les participations responsables des différents aspects des soins ».

2- Définition régionale (extraite du Code Wallon de l'Action Sociale et de la Santé – CWASS)

« La coordination des soins et de l'aide à domicile est le **processus conjoint d'analyse de la situation et de prise de décision** qui permet à des professionnels de partager leurs connaissances et leurs compétences pour les mettre au service des bénéficiaires afin de planifier et de réaliser ensemble un projet d'accompagnement, d'aide et de soins à domicile. »

2. Missions

Les missions des centres de coordination de soins et d'aide à domicile sont les suivantes:

- Informer et orienter quant aux possibilités de soins et aides à domicile
 - par un recensement de toutes les potentialités et des partenaires de santé du territoire,
 - par une information éclairée et impartiale au patient
 - Soit pour une information simple
 - Soit pour un maintien et encadrement à domicile
- Assister tout bénéficiaire souhaitant rester dans son lieu de vie ou réintégrer celui-ci, avec pour objectifs la continuité et la qualité du maintien à domicile, par les actions suivantes :
 - analyser la situation avec le bénéficiaire ou son représentant
 - élaborer un plan d'intervention
 - planifier les interventions
 - évaluer périodiquement (au moins 1x/ an) la situation du bénéficiaire
- Préserver la situation du bénéficiaire, en stimulant son autonomie.
- Intervenir comme médiateur dans l'intérêt du bénéficiaire.
- Effectuer la concertation multidisciplinaire (SISD), lorsqu'elle s'avère nécessaire.

- Assister le bénéficiaire et son entourage dans les choix en vue d'une institutionnalisation.

Chaque centre de coordination se doit de respecter les principes suivants :

- Collaboration avec le médecin généraliste, dans le respect de son rôle de coordinateur des soins.
- Respect du libre choix du bénéficiaire ou de son représentant concernant le recours à d'autres services ou prestataires
- Intervention garantie sur l'ensemble du territoire
- Continuité et qualité de la coordination garantie: permanence téléphonique 24 h/24, 7jours/7.

C. Niveau 3 : zonal

C'est le niveau où se situe le service intégré de soins à domicile, rassemblement de l'ensemble des acteurs du premier et du deuxième niveau sur une zone de soins déterminée.

Le rôle du SISD au niveau zonal est défini par ses missions (voir point II). Des exemples concrets d'activités seront donnés au point V.

Perspectives & propositions d'évolution (Inter-SISD):

Le rôle des SISD à ce niveau pourrait être étendu, par exemple :

Pour les thématiques transversales pluridisciplinaires, en fonction de ses priorités et s'il l'estime utile, **le SISD peut être chargé de l'organisation au niveau local :**

- de formations multidisciplinaires ;
- du soutien :
 - aux médecins généralistes dans le rôle de coordinateur des soins ;
 - aux métiers de la santé :
 - pharmaciens
 - praticiens de l'art infirmier
 - kinésithérapeutes
 - paramédicaux : psychologues, logopèdes ...
 - services sociaux et d'aide : aide-familiales, assistants sociaux, aide ménagères, garde-malades ...
 - aux centres de coordination de soins et d'aide à domicile ;
 - aux associations locales de prestataires du secteur ambulatoire qui le souhaitent ;
 - aux pouvoirs locaux qui le souhaitent afin d'accompagner le développement et la mise en œuvre de leurs projets relatifs à la santé.

En fonction des ressources disponibles, le SISD peut remplir **la fonction de centre d'études** pour les thématiques relevant de la première ligne de soins, dans ses dimensions pluridisciplinaires. Les études peuvent être réalisées tant de sa propre initiative que pour le compte de tiers, en collaboration avec l'ensemble du secteur.

D. D'autres organismes sur la même zone de soins

D'autres plateformes, institutions ou projets pilotes sont actifs dans la même zone de soins que le SISD. Nous en présentons ici quelques-uns, en mentionnant le type de relation qu'ils ont avec le SISD (synergies possibles et divergences).

Perspectives & propositions d'évolution (Inter-SISD):

Le rôle des SISD à ce niveau pourrait être renforcé :

Favoriser les échanges en **permettant aux représentants des différentes plates-formes actives sur la zone de soins** (plate-forme de soins en santé mentale, plate-forme de soins palliatifs, CLPS...) **de se rencontrer** au sein du SISD qui aurait un rôle fédérateur.

Cette initiative permettrait

- une meilleure articulation avec et entre elles,
- un partage des ressources,
- de jeter des ponts et de créer des synergies entre les secteurs,
- d'améliorer et de concerter les contacts avec la première ligne (le public cible commun),

afin d'optimiser la prise en charge globale du patient et d'avoir une politique globale de santé à l'échelle d'une zone de soins.

1. Les plateformes et équipes de soins palliatifs

Les plateformes (informations provenant de www.soinspalliatifs.be)

Les plates-formes en soins palliatifs sont des lieux de concertation dont l'objectif central est de promouvoir la culture palliative dans les soins prodigués aux personnes en fin de vie. Ces associations (composée des institutions hospitalières, des MR-MRS et de tous les prestataires concernés par la fin de vie sur la zone de soins) visent l'information, la sensibilisation de la population et la formation des professionnels et des volontaires.

Les missions viennent tant du Pouvoir Fédéral que des entités fédérées. Elles visent l'information, la sensibilisation et la formation des professionnels et des volontaires. Les Plates-formes jouent donc un rôle primordial de relais non seulement avec les différents acteurs de terrain, mais également avec la Fédération Wallonne des Soins Palliatifs.

Sur le terrain, chaque plate-forme dispose d'une équipe composée d'un(e) ou plusieurs coordinateur(trice)(s) et d'un(e) psychologue.

- Au niveau de la coordination : le travail s'articule autour des missions précitées en fonction des spécificités locales et des demandes de terrain.
- Au niveau des psychologues : le travail consiste à la mise en place de lieux de parole à destination des équipes soignantes de première ligne (essentiellement MR/MRS). Ils (elles) participent aux projets spécifiques des plates-formes répondant à la réalité locale.

Les équipes de soutien de seconde ligne

Une équipe de soutien est une équipe pluridisciplinaire, spécialisée en soins palliatifs. Elle intervient au domicile du patient (ainsi qu'en MR-MRS ou tout autre établissement résidentiel), en seconde ligne. Elle suggère des pistes quant à la gestion de la douleur et à la qualité de vie, et peut apporter un soutien psychologique au patient, à son entourage et aux soignants.

Sur certains territoires, la plate-forme et l'équipe de soutien ne forment qu'une seule asbl. Ailleurs, plate-forme et équipe de soutien sont deux asbl distinctes, mais ont des liens de collaboration.

Relations avec les SISD

De manière générale, les plateformes de soins palliatifs et les SISD travaillent en bonne entente. Des projets communs peuvent avoir lieu. Parfois, des SISD sont membres de la Plate-forme de Soins Palliatifs, ou à contrario la Plate-forme de Soins Palliatifs est membre du SISD.

Synergies possibles avec les SISD :

- Une partie du public cible est partagé : les professionnels de la première ligne pour les 2 institutions,
- Stimulation du lien entre la première et la seconde ligne de soins,
- Espace de concertation entre les différents prestataires,
- Formations.

Spécificités par rapport au SISD :

- Réseau construit autour des soins palliatifs uniquement.
- Les zones d'activités peuvent être différentes entre le SISD et la plateforme de soins palliatifs.

2. Les plateformes de concertation en santé mentale

La plateforme de concertation en santé mentale a pour but de :

- mener une concertation sur les besoins en matière d'équipements psychiatriques dans la région où sont situées les institutions et services membres de l'association,
- mener une concertation sur la répartition des tâches et la complémentarité en ce qui concerne l'offre de 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,
- mener une concertation sur la collaboration possible et la répartition des tâches (en ce qui concerne les soins de santé mentale intégrés),
- mener, le cas échéant, une concertation avec d'autres associations d'institutions et de services psychiatriques
- collaborer à une collecte de données et à l'exploitation de celles-ci, dans le cadre d'une étude nationale des besoins en matière des soins de 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, sans préjudice des dispositions légales et réglementaires en vigueur.

Chaque plateforme de santé mentale agréée doit, de plus, disposer d'une fonction de médiation comme visé à l'article 11 de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient.

Au moins une institution ou service psychiatrique suivant doivent faire partie de la plateforme :

- les hôpitaux généraux qui disposent d'un service hospitalier psychiatrique agréé,
- les hôpitaux psychiatriques,
- les maisons de soins psychiatriques,
- les services ou centres de soins de santé mentale,
- les pouvoirs organisateurs des initiatives des habitations protégées,
- les équipements disposant d'une convention INAMI qui ont pour mission d'organiser une offre spécifique dans le cadre des soins de santé mentale.

Relations avec les SISD

De manière générale, les plateformes de concertation en santé mentale et les SISD travaillent en bonne entente. Des projets communs peuvent avoir lieu. Parfois, des SISD sont membres de la Plate-forme de Concertation en Santé Mentale, ou à contrario la Plate-forme de Concertation en Santé Mentale est membre du SISD.

Synergies possibles avec les SISD :

- Stimulation du lien entre la première et la seconde ligne de soins,
- Espace de concertation entre les différents prestataires,
- Formation.

Spécificités par rapport au SISD:

- Réseau construit autour des soins de santé mentale uniquement.
- Les zones d'activités peuvent être différentes entre le SISD et la plateforme de concertation en santé mentale.

3. Les Centres Locaux de Promotion de la Santé

La mission des CLPS est le développement de la promotion de la santé à l'échelon local. Ils sont une ressource pour les acteurs intervenant sur leur territoire et proposent :

- de l'accompagnement de projets,
- des concertations intersectorielles,
- du soutien au travail en réseaux,
- des formations,
- et de la guidance documentaire.

Ils s'adaptent aux réalités locales (contexte urbain/rural, problématiques de santé, publics vulnérables, environnement associatif et institutionnel, réseaux existants...) et aux besoins des acteurs de terrain. Les CLPS font le lien entre les projets locaux et les stratégies et priorités de travail définies par la Communauté française en matière de promotion de la santé (programme quinquennal et plan opérationnels).

Les CLPS ont au moins pour membres :

- la Province (ou le pouvoir public qui assume ses compétences dans la Région de Bruxelles-Capitale)
- deux représentants des services ou Centres compétents en matière de Promotion de la santé à l'école,
- un représentant de l'Office de la Naissance et de l'Enfance.

Relations avec les SISD

De manière générale, les CLPS et les SISD travaillent en bonne entente. Si des projets communs peuvent avoir lieu, il n'y a pas ou peu de relation formelle entre les 2 institutions.

Synergies possibles avec les SISD :

- Soutien du réseau de professionnels de la santé sur la zone de soins et en particulier le public cible commun : les professionnels de la première ligne pour les 2 institutions

Divergences avec les SISD :

- Réseau construit autour de la prévention en santé uniquement.
- Les zones d'activités peuvent être différentes entre le SISD et le CLPS.

4. Les projets Réseaux Multidisciplinaires Locaux (RML)

Les RML - Réseaux Multidisciplinaires Locaux (ou RLM – Réseaux Locaux Multidisciplinaires) sont des projets pilotes créés à l'initiative des Cercles de médecine générale en 2009 pour soutenir les trajets de soins. Nous détaillons donc ci-dessous ce nouveau concept de soins partagés.

Les trajets de soins pour maladies chroniques

Un trajet de soins est une prise en charge structurée des soins pour les patients atteints d'une affection chronique. Le trajet de soins (TDS) organise et coordonne la prise en charge, le traitement et

le suivi sur base d'un contrat trajet de soins (4 ans) précisant les modalités de la collaboration entre le médecin généraliste, le médecin spécialiste et le patient.

Le médecin généraliste joue le rôle de coordinateur et il est soutenu par le médecin spécialiste. D'autres prestataires de soins participent au trajet de soins, même s'ils ne signent pas le contrat. Le réseau multidisciplinaire local est ainsi constitué de médecins, infirmiers (éducateurs), podologues, diététiciens, pharmaciens, ...

A l'heure actuelle, il existe des trajets de soins pour l'insuffisance rénale (1er juin 2009) et diabète type 2 (1er septembre 2009).

Pour le patient, le trajet de soins implique des engagements (visites régulières chez le généraliste et le spécialiste, ...) et lui procure des avantages tant sur le plan de la gestion de sa maladie (meilleure compréhension en vue de limiter les complications, ...) que sur le plan financier (meilleurs remboursements).

Le médecin généraliste peut mieux suivre son patient et coordonner les soins avec le soutien du médecin spécialiste (il « garde la main »). Il a la possibilité de faire appel au réseau local de prestataires pour collaborer à la prise en charge de son patient. Financièrement, cette charge de travail est valorisée par un forfait annuel.

Pour **le médecin spécialiste**, le trajet de soins implique une meilleure collaboration avec le réseau de soins du patient. Il a un rôle de soutien vis-à-vis des acteurs de première ligne. La prise en charge multidisciplinaire apporte un meilleur suivi et donc une amélioration de la qualité des soins du patient en milieu extra hospitalier. Financièrement, la charge de travail supplémentaire est valorisée par un forfait annuel.

Projets pilotes réseaux locaux multidisciplinaires

La collaboration entre prestataires de soins est un des piliers fondamentaux du système des trajets de soins. Cette collaboration s'inscrit en particulier entre le médecin généraliste et le médecin spécialiste mais aussi avec les autres prestataires.

La Commission Nationale Médico-Mutualiste souhaite soutenir les acteurs actuels dans leur collaboration et leur interaction au moyen d'un stimulant financier. Elle a donc proposé dans une première phase de financer des **projets pilotes "réseau multidisciplinaire local"**.

Le(s) cercle(s) de médecine générale forme(nt) le point d'ancrage des projets pilotes. Il(s) s'engage(nt) :

- **à la récolte, la mise à jour et la diffusion de l'information** relative à la dispense des soins et relative aux prestataires de soins et organisations qui collaborent au niveau local aux trajets de soins (exemple : dresser la carte de tous les partenaires) ;
- **au soutien et à la facilitation des initiatives locales** relatives à la dispense d'information aux prestataires et aux patients avec un trajet de soins (exemple : échange de "good practices" et des expériences entre prestataires, information sur les services proposés au niveau local) ;
- **au soutien et à la facilitation de la communication, du partenariat et de la concertation locale** entre les prestataires qui collaborent à un trajet de soins (exemples : enregistrement et saisie des situations à problèmes dans l'optique d'une qualité de soins optimale) ;
- **au rassemblement de l'information sur le fonctionnement du réseau.**

Au sein de chaque RLM, un ou des **promoteurs de trajet de soins** ont été engagés pour réaliser les points d'actions mentionnés ci-dessus.

Relations avec les SISD

Tous les SISD sont informés de la création d'un Réseau Multidisciplinaire Local dans leur zone de soins et sont invités par les Cercles de médecine générale à y collaborer.

Les modalités de collaboration entre les RML et les SISD peuvent varier en fonction des réalités locales.

Par exemple, les SISD et RML collaborent sur des projets spécifiques tels que le RLR (Réseau Local Respi, autour de la BPCO), la prise en charge des neuropathies liées au diabète, ...

Pour plus d'information : voir le document Inter-RLM qui décrit plus en détail leur fonctionnement, les perspectives d'avenir et l'intérêt de la prise en charge multidisciplinaire locale.

Synergies possibles avec les SISD :

- Une partie du public cible est partagé : les professionnels de la première ligne pour les 2 institutions
- Stimulation du lien entre la première et la seconde ligne de soins,
- Stimulation d'un réseau multidisciplinaire sur la zone de soins,

Spécificités par rapport au SISD :

- Le RML est construit autour du soin uniquement (les prestations d'aide ne sont pas concernées),
- Structure d'appui plaçant l'accent sur l'interaction multidisciplinaire autour de certaines maladies et/ou groupe cible.
- Les zones d'activités peuvent être différentes entre le SISD et le RLM.

5. Les projets Soins psychiatriques pour personnes séjournant à domicile (SPAD)

Le Ministère Fédéral a lancé un projet pilote "soins psychiatriques pour personnes séjournant à domicile " en décembre 2001, avec pour objectifs :

- renforcer la collaboration entre les soins à domicile réguliers et les soins de santé mentale afin de prévenir la création d'un circuit parallèle pour les patients psychiatriques à côté des soins à domicile réguliers,
- sensibiliser les soins à domicile réguliers,
- coordonner les soins pour les patients psychiatriques,
- assurer la fonction de coaching des services de soins à domicile.

Relations avec les SISD

Un projet "soins psychiatriques à domicile" (SPAD) doit collaborer avec au moins un Service Intégré de Soins à Domicile. Parfois, le SPAD est membre du SISD.

Synergies possibles avec les SISD :

- Une partie du public cible est partagé : les professionnels de la première ligne pour les 2 institutions
- Stimulation du lien entre la première et la seconde ligne de soins,
- Espace de concertation entre les différents prestataires.

Spécificités par rapport au SISD:

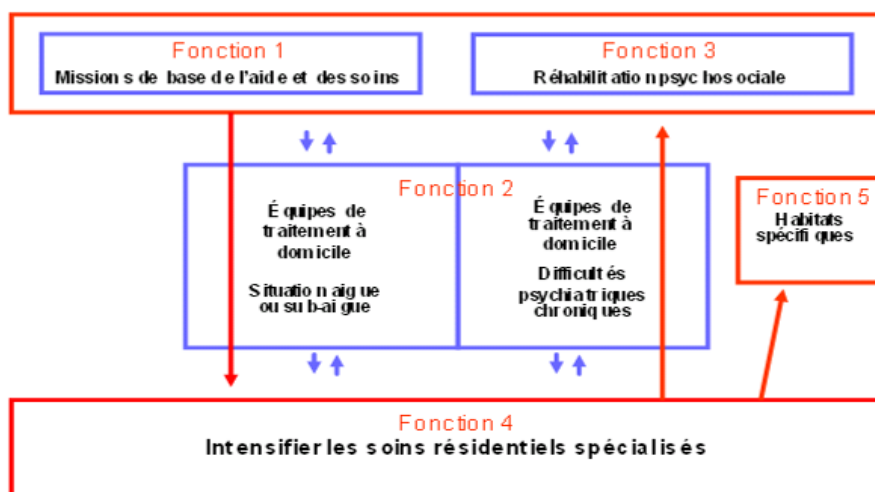
- Réseau construit autour des soins de santé mentale uniquement.
- Limitation aux patients adultes
- Les zones d'activités peuvent être différentes entre le SISD et le SPAD

6. Les projets Psy107

Un projet « psy107 » a pour but de mettre en place de meilleurs soins en santé mentale par la réalisation de circuits et réseaux de soins. Ces projets permettent d'utiliser les financements préalablement utilisés pour des « lits hospitaliers psychiatriques » pour des projets ambulatoires.

Les projets psy107 s'articulent autour de 5 fonctions clés :

- 1- **Missions de base de l'aide et des soins** (en collaboration avec les prestataires de première ligne) : Activités en matière de prévention et de promotion des soins en santé mentale, détection précoce, dépistage et établissement du diagnostic,
- 2- **Equipes mobiles** : Équipes ambulatoires de traitement intensif, aussi bien pour les problèmes de soins en santé mentale aigus que chroniques,
- 3- **Réhabilitation psycho-sociale** : Équipes de réhabilitation travaillant à la réinsertion et à l'inclusion sociale,
- 4- **Soins résidentiels spécialisés** : Unités intensives de traitement résidentiel, aussi bien pour les problèmes de Soins en Santé Mentale aigus que chroniques, lorsqu'une hospitalisation s'avère indispensable,
- 5- **Habitat spécifique** : Formules résidentielles spécifiques permettant l'offre de soins lorsque l'organisation des soins nécessaires à domicile ou en milieu substitutif du domicile est impossible.



Relations avec les SISD

Lorsqu'un projet lié à l'application de l' « article 107 » est mis en place dans sa zone de soins, le SISD est informé et/ou impliqué (aide administrative, relais des informations aux partenaires, ...). Plusieurs SISD participent au Comité de Pilotage du projet107.

Synergies possibles avec les SISD :

- Une partie du public cible est partagé : les professionnels de la première ligne pour les 2 institutions
- Stimulation du lien entre la première et la seconde ligne de soins,
- Stimulation d'un réseau multidisciplinaire sur la zone de soins,
- Promotion des concertations autour des patients psychiatriques.

Spécificités par rapport au SISD :

- Réseau construit autour des soins de santé mentale uniquement.
- Limitation à la tranche d'âge 16-65 ans.
- Les zones d'activités peuvent être différentes entre le SISD et le psy107

V. Exemples d'actions réalisées par/en partenariat avec les SISD

Pour remplir leurs missions, les SISD participent à des projets fédéraux (SPF Santé Publique ou INAMI), à des projets régionaux ou locaux et sont impliqués localement dans divers groupes de travail et asbl. En fonction des besoins et des choix locaux, les SISD s'impliquent différemment dans les activités (voir le tableau récapitulatif des participations).

A. La concertation multidisciplinaire (patient en perte d'autonomie physique)

Une des missions du SISD est de promouvoir la concertation multidisciplinaire.

Le but de la concertation multidisciplinaire est de déterminer les possibilités pour la personne de maintenir son autonomie et les besoins de soutien pour garantir une vie à domicile dans les meilleures conditions possibles, afin d'assurer des soins à domicile sur mesure et une meilleure continuité des soins (symétrie d'information entre prestataires et patients).

Sur base de l'évaluation de l'autonomie du patient, la concertation multidisciplinaire concrétise :

- La « photo » de l'état du patient, du fonctionnement de son réseau
→ moment pour élaborer un plan de soins et/ou évaluer ce dernier
- La répartition des tâches entre prestataires de soins et dispensateurs d'aide

En pratique

La concertation peut avoir lieu au domicile du patient, à l'hôpital, au centre de coordination, au cabinet du médecin généraliste, ...

Tous les prestataires aidant ou soignant le patient peuvent participer :

- le SISD (souvent représenté par le centre de coordination)
- les prestataires de soins (médecin, infirmier, kiné, dentiste, pharmacien, paramédicaux, ...)
- les prestataires d'aide (assistant social, ergothérapeute, psychologue, aide-familiale...)
- le patient, sa famille, son entourage

Concrètement, comment cela se passe-t-il ?

1. L'intéressé (professionnel, patient, famille ...) demande au centre de coordination ou au SISD d'organiser une réunion de concertation.
2. La coordinatrice ou le SISD organise la concertation, centralise les informations, complète le plan de soins (selon formulaire type) en concertation avec tous les participants et le transmet au SISD.
3. Le SISD valide/enregistre le plan de soins et facture la participation des prestataires de soins à la mutuelle du patient.
4. La mutuelle du patient rémunère directement les prestataires de soins présents.

Le financement n'est dû que si les conditions suivantes sont remplies :

- minimum 3 prestataires de soins présents à la réunion, dont la présence obligatoire du médecin généraliste et de l'infirmier (si le patient reçoit des soins infirmiers au domicile),
- transmission au SISD du plan de soins complété et signé par tous les participants (+ n° INAMI et compte bancaire pour les prestataires de soins).

Facturation de la concertation maximum 1x/an/patient et pour maximum 4 participants/concertation.

Avantages de la concertation pour le bénéficiaire

- Le bénéficiaire est au centre de l'organisation du maintien à domicile, dans le respect des notions de libre choix du/des prestataire(s), de pluralisme et de proximité.
- Compréhension globale de sa situation et des rôles de chacun.
- Meilleure communication avec les intervenants grâce à la pluridisciplinarité.
- Et ce, grâce à un interlocuteur unique : le coordinateur.

Avantages de la concertation pour les professionnels

- Augmentation de la collaboration entre le médecin traitant et tous les intervenants,
- Répartition des tâches entre les intervenants,
- Planification et réalisation d'un projet commun de prise en charge globale de soins et d'aides à domicile
- Partage des compétences dans le respect du secret professionnel
- Soutien mutuel

B. La concertation autour du patient psychiatrique

A la suite des projets thérapeutiques en santé mentale (projets pilotes ayant pris fin le 31 mars 2012), les critères de financement des concertations autour du patient psychiatrique ont été fixés dans l'arrêté royal du 27 mars 2012.

Le but de la concertation autour du patient psychiatrique est de fixer des objectifs communs et répartir les tâches entre les différents participants. Une personne de référence (pour le patient et le réseau) est choisie au cours de la concertation.

Rôles des SISD

Le SISD joue un rôle important dans cette nouvelle réglementation.

Il reçoit la responsabilité de l'organisation de la concertation, qu'il peut déléguer aux centres de coordination de soins et aides à domicile agréés par les autorités compétentes.

Le SISD se voit également attribuer certaines tâches administratives (qu'il ne peut pas déléguer) telles que :

- la surveillance des conditions de facturation des interventions,
- la facturation aux organismes assureurs de la rémunération pour participation à la concertation, pour la personne de référence et pour l'organisateur,
- la rémunération pour les dispensateurs d'aide et de soins et de la personne de référence.

Personne de référence et organisateur

En plus des participants et du SISD, 2 rôles supplémentaires sont prévus dans la concertation autour du patient psychiatrique :

- la personne de référence
- l'organisateur de la concertation

Lors de la concertation, la personne de référence est désignée. Elle doit avoir une relation de soins directe avec le patient : il s'agit d'un dispensateur de soins de santé, psychologue clinicien, travailleur social ou orthopédaogogue.

La personne de référence peut changer pendant le trajet du patient.

Ses responsabilités :

- rédiger le plan d'accompagnement (et en fournir un exemplaire au patient),
- assurer la coordination générale concernant l'exécution et le recadrage du plan d'accompagnement, intervenir lorsque les partenaires ne respectent pas un accord,

- être la personne à contacter par le réseau, prendre l'initiative d'une concertation intermédiaire, régler la continuité le soir, le week-end et les jours de congé.

L'organisation de la concertation est la responsabilité du SISD, qui peut la déléguer aux centres de coordination. (S'il n'y a pas de SISD reconnu sur la zone de soins, cette mission sera attribuée à une Initiative d'Habitation Protégée (IHP) ou un hôpital.)

Les responsabilités de l'organisateur sont :

- délimitation de la demande de soins,
- connaissance de la carte sociale de la zone de soins,
- recensement de tous les exécuteurs de professions de soins de santé et dispensateurs d'aide concernés au niveau du patient,
- planification de la concertation multidisciplinaire et de la conclusion d'accords,
- coordination de l'entretien pendant la concertation,
- formulation des conclusions des participants à la concertation en termes d'accords concrets,
- contrôle de l'établissement du plan d'accompagnement,
- réception de ce plan d'accompagnement par la personne de référence et ensuite transmission au médecin généraliste et à tous les autres dispensateurs de soins ou d'aide,
- suivi administratif par rapport au service ou à l'institution avec lequel une convention a été conclue pour assurer ces missions.

En pratique

La concertation peut avoir lieu au domicile du patient, à l'hôpital, au centre de coordination, au cabinet du médecin généraliste, ...

Tous les prestataires aidant ou soignant le patient peuvent participer :

- le SISD (souvent représenté par le centre de coordination)
- les prestataires de soins (médecin, infirmier, kiné, dentiste, pharmacien, paramédicaux, ...)
- les prestataires d'aide (assistant social, ergothérapeute, psychologue, aide-familiale...)
- le patient, sa famille, son entourage

Le SISD valide/enregistre le plan d'accompagnement et facture la participation des prestataires de soins ou d'aide à la mutuelle du patient.

La mutuelle du patient rémunère directement les prestataires de soins avec numéro INAMI présents. Les rémunérations des autres prestataires (sans numéro INAMI) sont versées au SISD, qui doit ensuite effectuer les versements aux prestataires concernés.

Le financement n'est dû que si les conditions suivantes sont remplies :

- Le patient entre dans le groupe cible,
- Le plan d'accompagnement est complété et transmis au SISD,
- Au moins 3 types différents de dispensateurs de soins de santé ou d'aide sont présents, dont au moins un est issu du secteur des soins de santé mentale et un faisant partie des soins de première ligne,
- Le médecin généraliste est invité (mais pas obligatoire).
- Une deuxième concertation doit être planifiée dans les douze mois qui suivent la première concertation.

Facturation de la concertation maximum 3x/an/patient et pour maximum 4 participants/concertation.

C. Participation à des projets fédéraux

1. Formes alternatives de soins (« Protocole 3 ») :

L'objectif général des projets de formes alternatives de soins et de soutien aux soins en matière de soins aux personnes âgées est de donner aux personnes âgées la possibilité de maintenir au maximum leur autonomie et de vivre indépendantes chez elles. Ils ne doivent pas conduire à un changement de la nomenclature existante

Par formes alternatives de soins on entend :

- formes de **soins résidentiels programmés et non définitifs** (= formes déjà existantes et nouvelles formes se développant comme par exemple les centres de soins de jour, le court-séjour, l'accueil de nuit...)
- formes de **soins à domicile programmés et non résidentiels** (= soutien aux personnes dans les soins qu'elles se prodiguent et soutien aux soins prodigués par l'entourage)

Tous les SISD sont informés des projets « nouvelles initiatives de soins aux personnes âgées » sur leur zone de soins.

Plusieurs SISD collaborent et soutiennent activement ces projets locaux en participant aux réunions du Comité de Pilotage, en diffusant l'information parmi leurs membres, ...

Par exemple :

- « La navette » : service d'accompagnement gériatrique à domicile visant à optimiser l'intégration des formules d'hébergement institutionnel temporaires avec les formules d'accompagnement à domicile.
- « Donner du Souffle à la vie » : répit à domicile pour des personnes âgées nécessitant des soins complexes
- « Patient-soignants-aidants : une relation intégrée »
- « Service d'Aide et de soutien psychologique »
- « Le domicile, lieu de vie, lieu de santé »

2. Projets pilotes : RML, Psy107 et SPAD

Ces projets ont été décrits au point IV.D.

Les SISD sont toujours informés de l'existence de ces projets sur leur zone de soins. Certains sont en plus partenaires actifs de ces projets pilotes.

3. Collaboration avec CIPIQ-S

Depuis 2006, la Ministre de la Santé publique L. Onkelinx encourage et apporte son soutien à l'intégration durable de l'**Evidence-Based nursing (E-BN) au sein des soins de santé de première ligne**. Afin d'implémenter cette pratique sur le terrain, la CIPIQ-S, association subsidiée par le Service Public Fédéral de la Santé publique, a reçu pour mission la rédaction et la diffusion de recommandations de bonne pratique (RBP) en étroite collaboration avec les infirmiers en soins à domicile et les médecins généralistes.

À ce jour, la CIPIQ-S a élaboré quatre recommandations.

- o Soins de plaies d'ulcères variqueux en soins à domicile.
- o Rôle infirmier dans la prise en charge, à domicile, de patients adultes souffrant de douleur chronique.
- o Rôle infirmier dans la prévention des escarres à domicile.
- o La prise en charge à domicile des patients adultes diabétiques de type 2 insulino-requérants (en cours de validation).

La CIPIQ-S et les SISD collaborent pour la diffusion de ces recommandations (et des outils pratiques qui les accompagnent) vers les prestataires de première ligne, entre autre par l'organisation de formations communes.

4. Démarche RAI : Resident Assessment Instrument (2006-2009)

Le projet RAI vise à la promotion de l'outil BELRAI pour améliorer la collaboration entre prestataires de soins concernés par des patients âgés et fortement dépendants.

Plusieurs SISD ont participé activement à ce projet.

5. Projets thérapeutiques en santé mentale (2007 – 2012)

Ces projets avaient objectif l'expérimentation des conditions de travail en réseaux et des circuits de soins en santé mentale : soutien administratif, participation active au projet, ...

Plusieurs SISD ont participé activement à ces projets, qui ont abouti aux concertations autour des patients psychiatriques (voir V.B).

D. Participation à des projets régionaux ou locaux

L'implication dans des projets régionaux ou locaux dépend de la dynamique locale et varie donc d'un SISD à l'autre.

1. Recensement des professionnels d'aide et de soins

Afin de mener à bien les différents projets qui occupent les SISD, ceux-ci procèdent au recensement des différents professionnels d'aide et de soins.

Sur cette base, un ou des répertoire(s) papier et/ou informatisé peuvent être réalisés.

2. Création de cahiers de liaison ou de communication au domicile

Pour permettre une meilleure communication entre les intervenants du domicile, des outils du type « cahiers de communication » ont été développés localement.

La conception, la production et la promotion de ces outils communs de communication pour le domicile sont alors pris en charge par les différents SISD.

3. Liaison Hôpital - Domicile

Les SISD ont perçu la nécessité d'améliorer le « passage de témoin » entre les soins en institution hospitalière et les soins au domicile, tant dans la communication d'informations au moment de l'hospitalisation, qu'à la sortie de l'hôpital.

Localement, des initiatives sont prises pour permettre le développement d'outils communs pour favoriser la continuité des soins pour l'ensemble des bénéficiaires des zones de soins. En se centrant sur les besoins et attentes des bénéficiaires, l'objectif est de favoriser d'une manière globale la continuité des soins par le développement de processus de collaboration interdisciplinaire entre l'hôpital, les soins à domicile et les institutions de soins. Par exemple :

- Création de commissions communes entre prestataires du domicile et représentants des hôpitaux (par exemple la CPLCS : Commission Pluridisciplinaire Liégeoise pour la Continuité des Soins)
- Création d'outils tels que
 - fiches de liaison hôpital⇔domicile,
 - répertoires,
 - outil de continuité visant la gestion des médicaments
 - prescription de soins infirmiers,
 - ...
- Organisation de rencontres
 - entre les services sociaux des hôpitaux et les coordinations de soins à domicile,
 - avec les médecins chefs de certains services (gériatrie, psychiatrie ...),
- Organisation de matinées d'informations,
- ...

4. Formations à destination des prestataires de soins ou d'aide:

L'information et la formation sont des domaines importants pour les SISD. Ils participent à la diffusion des offres de formations vers leurs membres, ainsi qu'à l'organisation d'(in)formations.

Ces formations peuvent s'adresser à des publics multidisciplinaires, ou sont spécifiques à une problématique liée à la multidisciplinarité vécue par un seul type de prestataires. Organisées localement, elles s'adaptent aux besoins locaux (moment et durée, problématique spécifique, interactivité, ...).

Par exemple :

- Motiver les médecins généralistes à participer aux réunions de concertation,
- Formation sur les outils multidisciplinaires proposés par le SISD,
- Information sur le BAP (budget d'assistance personnel),
- Prévention des maux de dos pour les services d'aide et de soins à domicile,
- Formation autour de la santé mentale.

5. Conférences, informations à destination du grand public :

Régulièrement, les SISD organisent ou collaborent à des événements à destination du grand public (journées, colloques, conférences). Ils collaborent également à des événements avec d'autres plateformes actives sur la zone de soins (soins palliatifs, santé mentale, CLPS, ...).

Par exemple :

- Samedi Santé : Quand le sport rencontre la santé
- De Katz à RAI : Les échelles de dépendance

6. Projet « Neuropathies Diabétiques »

Plusieurs SISD participent à un projet multidisciplinaire devant aboutir à un dépistage plus précoce des complications du « Pied Diabétique »

Un quart de la population belge souffre de douleurs chroniques, plus de 10% de ces douleurs ont une cause neuropathique et le diabète -qui ne cesse de progresser- en est une des causes majeures. Le projet a pour objectif d'inciter chaque professionnel de la santé concerné à

- être attentif aux douleurs et aux signes précoces de neuropathie chez le patient diabétique,
- et référer le patient au plus vite aux médecins généralistes et aux médecins spécialistes si nécessaire.

Un diagnostic précoce est précieux. Il permet d'offrir des solutions adaptées à chaque patient afin de lui assurer une qualité de vie optimale.

7. Dépistage des symptômes d'alerte précoce de la maladie d'Alzheimer

Participation à des projets locaux avec pour objectif une prise en charge plus rapide des patients atteints de la maladie d'Alzheimer.

Ces projets comportent différents axes :

- à destination des prestataires de soins
- à destination du grand public

Plusieurs SISD collaborent activement à la mise en place de formations et informations pour les prestataires de soins, ainsi qu'à la diffusion du message vers le grand public.

8. Assuétudes

Suite au décret relatif à l'agrément et au subventionnement des réseaux d'aide et de soins et des services spécialisés en assuétudes, les SISD doivent être impliqués dans les réseaux locaux.

Cette implication varie localement depuis la prise de contact et la diffusion d'information jusqu'à un investissement dans les projets proposés par les réseaux assuétudes.

9. Projet pilote : Accueil Familial des Aînés

Ce projet pilote à l'échelle régionale a pour objectif de faire accueillir entre 1 et 3 aînés dans une famille d'accueil. L'encadrement prévoit la recherche de familles et d'aînés, la mise en pratique et le suivi de l'accueil, tant pour la famille que pour l'aîné.

Plusieurs SISD se sont impliqués dans le projet AFA de leur zone de soins (création des procédures et documents, information des prestataires, ...).

10. Recherches et études diverses

Les SISD participent à des degrés divers à différentes études et analyses. En fonction du SISD et de l'étude concernée, les tâches confiées au SISD vont du partage d'expérience à la recherche de prestataires souhaitant participer, jusqu'à la participation active à la recherche et/ou au financement.

Par exemple :

- Adéquation entre l'offre, la demande et les besoins en matière d'aide et de soins à domicile
- ULg : « Médicaments à la sortie de l'hôpital »
- Partage d'expérience dans le cadre du projet européen «Grundtvig, time and careers »
- Réseau Santé Wallon et multidisciplinarité
- Etude exploratoire en vue d'une cartographie sanitaire Liège-Huy-Waremme
- Projet de recherche-action : Collaboration entre les lignes de soins.

11. Divers

Chaque SISD participe et soutient d'autres initiatives locales.

Par exemple :

- Participation, soutien et diffusion d'annuaires, de vade-mecum et répertoires de prestataires de soins et d'aides locaux,
- Participation à des projets initiés par des services de prévention locaux :
 - Prévention des chutes
 - Charleroi « Ville-Santé »
 - Relai-Santé à Liège
 - Promotion du DMG+
- Soutien à des projets locaux
 - Alternatives à l'hospitalisation pédiatrique
 - Dépistage précoce des complications neurologiques du diabète à Soignies
 - Soutien aux aidants-proches
 - Mobilité et stationnement des prestataires à Bruxelles

E. Implication dans des groupes de travail

Les SISD s'impliquent activement dans les réseaux locaux :

- Participation à divers Groupes de Travail
- Implication dans des asbl locales
- Participation à des projets divers en collaboration avec d'autres plateformes ou asbl

1. Les réunions et GT Inter SISD

Les SISD francophones se réunissent régulièrement afin de partager les informations et les difficultés rencontrées. Des réflexions et des démarches communes sont menées.

En plus de ces réunions Inter-SISD, il a été convenu entre les coordinatrices/secrétaires des SISD de se rencontrer 2 à 3 fois par an.

2. GT coordination

Différents groupes de travail impliquant les Centres de Coordination ont été créés dans les différents SISD, avec pour objectifs de partager les expériences de terrain et de créer des projets communs.

En pratique :

- participation à la création et à la mise en place des outils de communication multidisciplinaires,
- partage des expériences et des avis concernant le quotidien des acteurs de la coordination :
- la concertation multidisciplinaire (suivi par la recherche de solutions aux problèmes soulevés),
- la mise en place du nouveau décret concernant les CCSSD,
- ...
- communication par le SISD des projets en cours, des formations, ...

3. Groupes de travail AWIPH

Plusieurs SISD s'impliquent dans les groupes de travail et commissions de l'AWIPH :

- Commissions sub-régionales
- Groupe de travail « Maintien à domicile des personnes âgées handicapées »

4. Autres implications

Les SISD s'intègrent dans leur réseau social local en étant membres ou partenaires de différentes asbl locales.

F. Tableau récapitulatif des participations

Le tableau ci-dessous donne une vue d'ensemble de la participation des différents SISD aux activités mentionnées plus haut.

Les différences entre SISD s'expliquent par

- un ancrage local important (et donc des priorités définies localement différemment),
- l'historique de création des SISD, certains étant plus récents que d'autres (l'intégration dans un réseau local est progressive).

	SISDCarolo (Charleroi)	GLS (Liège)	SISD Wallonie Picarde (Tournai)	Eccossad (Brabant Wallon)	RCS (La Louvière et Soignies)	SISDEF (Est Francophone)	SISD du Luxembo urg	Conectar (Bruxelles - cocom)	SISD- Bruxelles (Cocof)
	2002	2002	2002	2004	2004	2005	2006	2008	2010
Concertations multidisciplinaires	X	X	X	X	X	X	X		X
Concertations autour de patient psychiatrique	X	X	X	X	X	X	X		X
Formes alternatives de soins	X	X			X	X	X	X	
Projets RML-TDS	X	X		X	X	X	X		
Projets Psy107		X	X		X	X			
Projets SPAD	X	X	X	X					
Collaboration CIPIQ-S						X	X		
Projet RAI	X	X	X	X	X	X			
Projets thérapeutiques en santé mentale	X		X	X		X			
Recensement prof.	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Cahier de communication (domicile)	X	X		X	X	X	X		
Liaison hôpital - domicile	X	X	X	X	X	X	X		X
Formations (prestataires)	X	X		X	X	X		X	
Conférences, informations (grand public)	X	X		X	X	X	X		X
Neuropathies	X				X	X			
Dépistage Alzheimer	X			X	X				
Assuétudes	X	X		X					
Accueil Familial Aînés		X		X					
Recherches et études		X		X		X			
Inter SISD	X	X	X	X	X	X	X	X	X
GT coordination	X	X	X	X	X	X			
GT AWIPH	X			X					

Perspectives & propositions d'évolution (Inter-SISD):

Le SISD est **un interlocuteur privilégié** auprès des pouvoirs locaux compétents sur sa zone, dans le cadre des missions SISD
Le SISD doit être **impliqué dans toute initiative locale multidisciplinaire** et tout projet pilote du secteur ambulatoire.

VI. Financement

Les SISD sont actuellement subsidiés par le SPF Santé Public (via l'INAMI), à hauteur de 0.19€/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.

Perspectives & propositions d'évolution (Inter-SISD):

Le calcul du subside annuel des SISD pourrait se calquer sur le modèle de financement des RML, modulé en fonction du nombre d'habitants de la zone d'action couverte par le réseau:

- 1,24 EUR (93.000/75.000) par habitant si la zone d'action compte moins de 75.000 habitants
- 93.000 EUR si la zone d'action compte entre 75.000 et 185.999 habitants
- 0,5 EUR par habitant si la zone d'action compte 186.000 habitants ou plus

VII. Conclusion

Sur sa zone de soins, le SISD est **une plate-forme** d'information, de soutien, de concertation ainsi que d'échanges entre les différents acteurs des soins et de l'aide **du secteur ambulatoire**. Il veille à développer une collaboration plus efficace entre les différentes lignes de soins (stimulation du réseau multidisciplinaire).

L'implication concrète de chaque SISD dans divers projets tant fédéraux que régionaux et locaux démontre la nécessité de ces plates-formes. Leur enracinement dans les réseaux locaux leur donne la possibilité de mettre en place des actions de la manière la plus adaptée à la réalité locale.

Dans le futur, toujours en fonction des spécificités locales et concernant les thématiques transversales pluridisciplinaires, le SISD pourrait être chargé de l'organisation au niveau local :

- d'informations et de formations multidisciplinaires ;
- du soutien aux acteurs des soins et aides ambulatoires ;

De plus, en fonction des ressources disponibles, le SISD peut remplir la fonction de centre d'études pour les thématiques relevant de la première ligne de soins, dans ses dimensions pluridisciplinaires.

Représentant du secteur ambulatoire, le SISD est un interlocuteur privilégié dans le cadre de ses missions. Le SISD doit être impliqué dans toute initiative locale multidisciplinaire et tout projet pilote du secteur ambulatoire.

Le SISD pourrait prendre un rôle fédérateur sur sa zone de soins, dans le but de favoriser les échanges en permettant aux représentants des différentes plates-formes actives sur la zone de soins (plate-forme de concertation en santé mentale, plate-forme de soins palliatifs, cercles de médecins généralistes, CLPS...) de se rencontrer. Cette initiative permettrait une meilleure articulation avec et entre elles, un partage des ressources et aussi de jeter des ponts et de créer des synergies entre les secteurs, afin d'optimiser la prise en charge globale du patient.

Au niveau des pouvoirs publics, l'ensemble des SISD francophones devrait être consulté pour tout dossier relevant des missions des SISD. Ils devraient au préalable être consultés pour tout projet législatif concernant leur secteur.

Annexe : Lexique

AWIPH	Agence Wallonne pour l'Intégration de la Personne Handicapée
CLPS	Centre Local de Promotion de la Santé
CWASS	Code Wallon de l'Action Sociale et de la Santé
IHP	Initiative d'Habitation Protégée
MR ou MRPA	Maison de Repos pour Personnes Agées
MRS	Maison de Repos et de Soins
RBP	Recommandation de Bonne Pratique
RML	Réseau Multidisciplinaire Local
SISD	Service Intégré de Soins à Domicile
SPAD	Soins Psychiatriques pour Personnes séjournant à Domicile
SPW	Service Public de Wallonie
TDS	Trajet de Soins