



RAPPORT D'ACTIVITES SPECIFIQUE

2021

Rapport d'évaluation Année 1

**Concertations Cliniques
Multidisciplinaires en
présence du patient**

**Renforcer et élargir l'accès au
dispositif dans la Région de
Bruxelles-Capitale**

Table des matières

RESUME	2
Préparation à la mise en œuvre (janvier à août 2021)	2
Conclusions de la mise en œuvre de la phase 1 (Septembre – Décembre 2021) :	3
Prochaines étapes pour la concertation clinique multidisciplinaire	4
Objectifs et résultats attendus du projet pilote.....	5
Contexte et objectifs	5
Rappel des résultats attendus du projet pilote.....	5
Structure de gouvernance et plan d’approche pour le projet.....	7
Préparation à la mise en œuvre des CMD’s.....	9
GT1 Méthodologie.....	9
GT2 Inclusions Patients.....	11
GT3 : Pool d’organisateur de CMD.....	13
GT4 Cadre juridique et financier.....	18
Première phase de mise en œuvre.....	22
Résultats quantitatifs	22
Evaluation qualitative	22
Réflexions sur le cadre financier et la gestion administrative par les organisateurs de concertation	27
Utilisation du budget.....	28
Prochaines étapes	29
Annexes	30

RESUME

Le projet pilote démarré en début 2021 entend renforcer l'accès à la concertation clinique multidisciplinaire (ci-après dénommé CMD), en présence du patient, en Région Bruxelloise. Le dispositif est actuellement proposé dans l'accompagnement de nombreuses situations en Santé Mentale et ses conditions de mise en œuvre permettent difficilement une accessibilité maximale à Bruxelles. Notons que la demande de subside réalisée en 2020 indiquait un besoin de financement pour 3 années de projet pilote. La première année préparant le cadre pour la mise en œuvre des CMD.

Préparation à la mise en œuvre (janvier à août 2021)

Les activités du projet pilote se sont concentrées sur différentes thématiques pour préparer la mise en œuvre :

- Proposer une gouvernance du projet légère qui organise des retours auprès de nombreux organes de décision déjà existants plutôt que créer un nouvel organe de pilotage du projet. Celle-ci inclut les demandeurs du subside (Santé mentale, Brusano, Huis voor gezondheid) et a été élargie au fil du projet à d'autres domaines d'activités concernés (Précarité, Pathologies Complexes et Chroniques, Personnes âgées, ...).
- Identification des principes de base méthodologiques de la CMD : Un groupe de travail participatif regroupant différents acteurs réalisant aujourd'hui des concertations a permis de réaliser un guide méthodologique pour la réalisation de CMD's, ainsi que d'en définir les principes de base dans le cadre du projet pilote.
 - o 2 rôles importants sont identifiés pour réaliser les CMD, incarnés par 2 personnes différentes :
 - L'organisation de cette réunion par un « organisateur de concertation » qui n'est pas impliqué dans la situation qui fait l'objet de la concertation.
 - La désignation d'un « référent du plan de soins » qui assurera le suivi du plan de soins entre les rencontres.
 - o 3 activités importantes sont soulignées :
 - La prise en compte des **objectifs du patient** dans la préparation à la CMD
 - La réalisation d'un **sociogramme** afin d'identifier le réseau de soutien autour de l'utilisateur
 - La rédaction d'un **plan de services et de soins individualisé (PSI)** qui détermine notamment le rôle de chacun en rapport avec les objectifs mis en avant par la personne concernée.
- Favoriser l'inclusion élargie des patients dans le dispositif : Après avoir identifié les **critères d'inclusion élargis** avec un groupe de travail, nous avons contacté différentes associations dans les domaines d'activité de la précarité, des assuétudes, des pathologies chroniques, des situations complexes, de l'accompagnement des aînés, ... Ceci nous a permis d'inclure **12 patients** qui devraient bénéficier du dispositif.

- Identifier un pool d'organisateur de concertation et les accompagner dans la mise en œuvre des CMD's :
 - o Après avoir bien clarifié les activités de l'organisateur de concertation et du référent du plan de soin, et au moyen de rencontres variées, nous avons identifié un pool de **6 organisateurs de concertation**, ayant des expériences diverses, pour organiser les CMD's dans le cadre du projet pilote.
 - o Pour accompagner les organisateurs dans la mise en œuvre, un **coaching personnalisé** leur a été proposé, ainsi que des **interventions mensuelles** et le développement d'une **formation**.

- Approfondir le cadre juridique et financier actuel du dispositif :
 - o Après examen de l'arrêté royal du 27/03/2012 et les conditions de mise en œuvre du multi-disciplinaire overleg (MDO), nous avons pris en compte les difficultés de mise en œuvre après discussions avec des associations les ayant éprouvées.
 - o La partie la plus précarisée de la population bruxelloise est souvent exclue par les conditions d'accès ; les acteurs de terrain sont souvent obligés de contourner cette limite via des financements alternatifs.
 - o Le cadre financier de base du projet pilote prévoit une rétribution au forfait pour tous les intervenants social et santé impliqués, avec une attention particulière à l'évitement des doubles financements.
 - o La notion de secret professionnel partagé, son rôle et son application dans ce contexte nécessite une mise à plat : les interprétations diverses par les différents acteurs font parfois obstacle au travail en réseau et à sa multidisciplinarité.

Conclusions de la mise en œuvre de la phase 1 (Septembre – Décembre 2021) :

Lors des différentes rencontres, la CMD n'est pas toujours comprise d'emblée et un temps doit être pris pour expliquer les principes du dispositif. Après ce travail de clarification réalisé, la CMD a été perçue comme un réel besoin pour différentes personnes et toute une série d'intervenants à Bruxelles. Douze patients ont été inclus dans le dispositif à ce jour et ont été référés chacun à un organisateur de concertation. Ce travail d'identification des patients a été soigneusement accompagné, afin d'une part de nous assurer que la situation nécessitait réellement une CMD, et d'autre part, de garantir une représentativité des situations complexes bruxelloises. L'orientation vers le dispositif a été faite par des acteurs actifs dans les secteurs des pathologies chroniques et des personnes âgées, de la santé mentale, de la précarité, des assuétudes, ainsi que par des maisons médicales et des associations de représentants de patient. Il est plus difficile de catégoriser les patients selon la problématique à l'origine de la demande, vu la complexité des situations cibles elle-même. Cela dit, les profils inclus présentent un éventail assez large : précarité extrême (sans-abrisme et personnes sans papiers), barrière linguistique, assuétudes, public justiciable, santé mentale, perte d'autonomie et maladie neurologique, phases de transition dans une procédure de relogement, suivi complexe au domicile...

Nous avons également constaté que face à ces nombreuses demandes d'accompagnement, il n'était pas toujours aisé d'identifier les organisateurs de concertation qui constituent le pool actuel dans le cadre du projet pilote. Mais au fil du temps, l'information circule et deux personnes se sont déjà proposées d'agrandir le pool l'année prochaine.

Brusano a joué un rôle important dans l'identification des patients, l'identification des organisateurs de concertation et de soutien ainsi que dans le financement des acteurs du projet pilote. Dans la phase suivante du projet, il sera important de proposer un mécanisme d'attribution des cas afin de pérenniser son fonctionnement opérationnel.

Lors du coaching et des interventions, différents points d'attention généraux ont été soulignés :

- *La posture professionnelle* que doivent prendre les organisateurs de concertation, qui ne doit pas être fournisseur de solutions mais renforcer la concertation entre les intervenants. La question de la neutralité vis-à-vis de la situation a aussi été évoquée comme une position complexe à garder avec le temps. La relation de confiance qui doit se nouer avec le référent du plan de soin a été soulignée.
- *La prise en compte du vécu des professionnels* : Les difficultés liées à la préparation, l'organisation et le suivi d'une concertation génèrent, chez les professionnels, un ensemble d'émotions qui peuvent entraver le processus. Il peut s'agir d'énervement ou de frustration lorsque le patient met le système en échec alors qu'il est demandeur d'aide et que tout un réseau a été mis en place.
- *Le choix des patients* : Le « type » de patients pour lesquels il est possible d'organiser une concertation est également une donnée importante à intégrer. En effet, les situations de soins complexes rencontrées impliquent les dimensions physique, psychique et sociale de la personne. Jusqu'où le patient peut-il être réellement « acteur » dans le processus compte tenu de ses capacités ?

Les coachings et les différentes interventions prévues en 2022 permettront de continuer l'analyse critique de la méthodologie. Cette dernière sera également alimentée par la poursuite des concertations en cours et les nouveaux cas inclus dans le projet.

Prochaines étapes pour la concertation clinique multidisciplinaire

Nous estimons nécessaire de proposer une continuité en 2022 à ce qui a été réalisé. D'une part, quelques patients bénéficient actuellement du dispositif CMD dans le cadre du projet pilote et il convient de continuer leur accompagnement. D'autre part, nous estimons devoir inclure de nouveaux patients pour pouvoir continuer les réflexions sur la méthodologie lors du coaching et des interventions. Ceci nécessitera d'augmenter le pool actuel d'organismes de concertation et d'approfondir la réflexion sur un fonctionnement centralisé ou décentralisé de celui-ci. Nous estimons aussi important de mener des interventions et communautés de pratiques avec d'autres acteurs réalisant aussi des concertations cliniques en dehors du projet pilote, afin de croiser les regards. Nous envisageons également de lier la réflexion sur le rôle de l'organisateur de concertation à celui du case manager et du référent de proximité (autres fonctions importantes testées dans d'autres projets pilotes à Bruxelles). L'analyse qualitative des concertations menées sera approfondie au moyen d'enquêtes auprès des patients et des partenaires « inclusion ». Notre objectif final étant de proposer un modèle de fonctionnement au niveau bruxellois. Les personnes qui vivent les situations de précarité les plus lourdes constituent une partie non négligeable du besoin dans notre région. La possibilité de financer et de rendre accessible la CMD aux bruxellois hors affiliation à un organisme assureur est un enjeu fondamental. Un cadre de gestion et de partage du secret professionnel, adapté au dispositif, doit être défini ; dans le respect de la loi et de la centralité du patient. Ce cadre devra faciliter la dynamique ouverte et constructive que la CMD vise à soutenir au sein du réseau.

Objectifs et résultats attendus du projet pilote

Contexte et objectifs

Actuellement, le dispositif de concertation clinique multidisciplinaire (CMD) en présence du patient est mis en œuvre pour certains publics et certaines problématiques, notamment en santé mentale. Il n'est hélas pas accessible pour tous les bruxellois en ayant besoin. L'objectif du projet pilote est d'étendre l'accès au dispositif en expérimentant un nouveau modèle d'organisation et de mise à disposition de la concertation multidisciplinaire, adapté aux besoins des bruxellois ainsi qu'à la situation socio-économique particulière de la Région.

Il vise également à contribuer à définir les éléments du cadre réglementaire qui permettraient de financer tous les acteurs participant à la concertation multidisciplinaire.

Il s'agit d'implémenter un modèle ayant pour objectif d'/de :

- Offrir aux Bruxellois qui en ont besoin l'accès à une concertation multidisciplinaire efficace et de qualité ;
- Décloisonner les secteurs, favoriser l'intersectorialité et les soins intégrés centrés sur les patients, sortir des silos ;
- Soutenir les professionnels, les sortir de l'isolement, prévenir l'épuisement professionnel (burn-out).

Les différents documents constituant la demande de subside sont les suivants :

- 06.2019 : [Fiche à l'attention de Iriscare pour établir un cadre juridique et financier pour la concertation multidisciplinaire en région bruxelloise](#)
- 02.2020 : [Demande de subventions facultatives](#)
- 10.2020 : [Complément à la demande de subvention](#)
- 11.2020 : [Octroi du subside par Arrêté du Collège réuni COCOM](#)

Rappel des résultats attendus du projet pilote

- **Résultat 1** : Mise en place d'un comité de pilotage multidisciplinaire opérationnel et définition du cadre méthodologique
- **Résultat 2** :
 - Mise en place d'un dispositif concret d'organisation des concertations multidisciplinaires
 - Identification du profil et d'un pool d'organiseurs de concertation
 - Formation de ces organisateurs
 - Dispositif de gestion des demandes et de mise en contact des demandeurs avec les organisateurs
 - Organisation d'un système de rétribution des participants aux concertations

- **Résultat 3 :**
 - 30 concertations multidisciplinaires (5 à 30 patients inclus)
 - Plan de communication auprès des professionnels santé/social
 - Lien avec des fonctions d'appui « micro » déjà existantes pour identifier la plus-value et préciser leur articulation (ex : case manager Protocole 3, référent de proximité, référent hospitalier, éducateur en diabétologie...)
 - Adaptation du cadre organisationnel en fonction des premiers retours

- **Résultat 4 :** Mise en place d'une « communauté de pratique » pour les organisateurs de concertation
 - Organisation des rencontres, animation et modération
 - Analyse et suivi de la documentation méthodologique
 - Identification des méthodologies et des outils adéquats pour la mise en œuvre de la communauté de pratique et développement des plans de formation

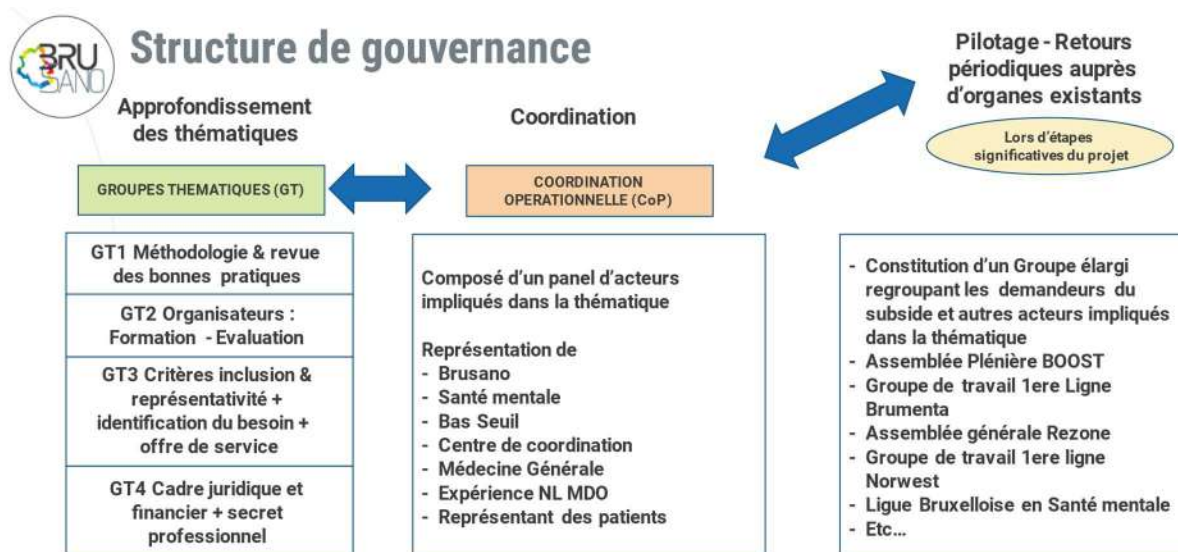
- **Résultat 5 :** Mise en place d'un dispositif de suivi et d'évaluation des concertations (indicateurs, modalités...)
 - Définition des indicateurs et réalisation des outils d'évaluation
 - Mise en place d'une boucle de communication spécifique à l'évaluation

- **Résultat 6 :** Définition d'un modèle structurel de financement intégré
 - Analyse de l'évaluation au regard des autres pratiques prometteuses dans le domaine
 - Transposition à la réalité bruxelloise
 - Analyse du juste coût
 - Prise en compte des risques de double financement pour certaines situations spécifiques (patient en MM au forfait, en SP, en MRS...)
 - Rédaction d'une recommandation à l'attention des autorités compétentes

Structure de gouvernance et plan d'approche pour le projet

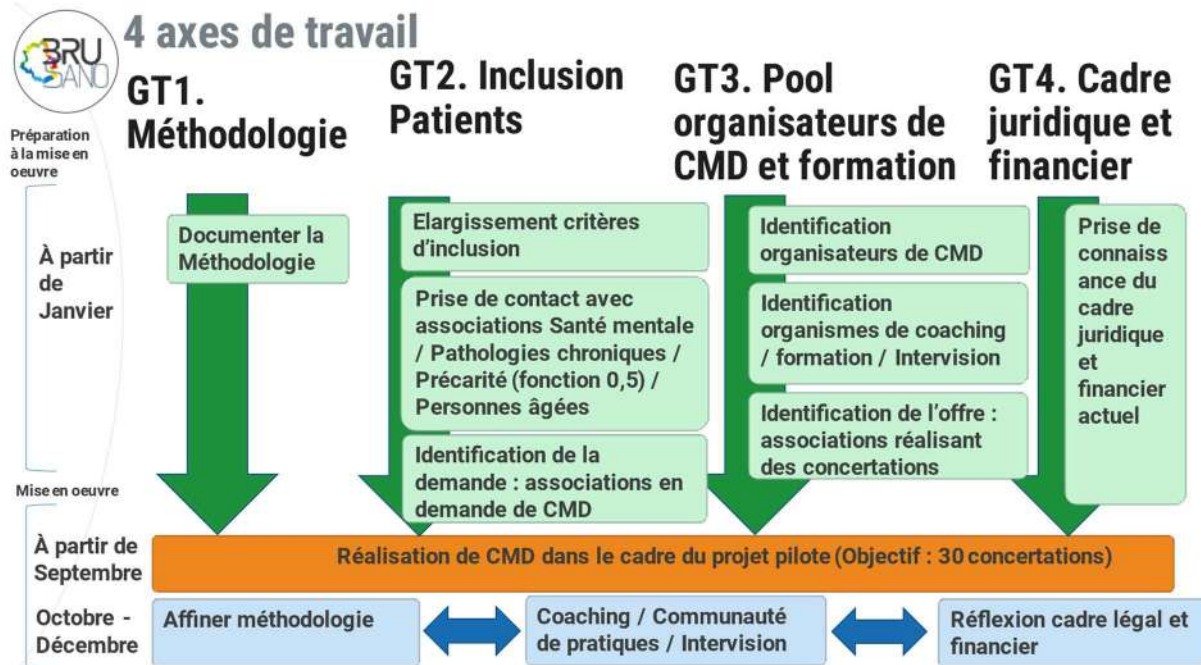
Le subside a été octroyé pour le projet pilote en décembre 2020, le projet a donc pu réellement démarrer en janvier 2021. Conformément aux éléments proposés dans la demande de subside, il s'agit ici d'une première phase du projet pilote qui doit s'étendre sur plusieurs années pour ancrer le dispositif de manière pérenne.

Comme représenté dans la figure ci-dessous, nous avons élaboré une structure de gouvernance légère qui organise des retours auprès de nombreux organes de décision déjà existants plutôt que créer un nouvel organe de pilotage du projet. Nous notons néanmoins que nous avons démarré le projet par une discussion sur les opportunités de celui-ci auprès des demandeurs du subside en mars 2021, qui était essentiellement composé d'acteurs de la santé mentale. Nous avons ensuite élargi ce groupe à tout acteur impliqué dans la thématique (pathologique chroniques, secteur des aînés, secteur de la précarité et du bas seuil).



NB : Les résultats attendus dans les différents groupes thématiques et les détails des personnes présentes dans les organes existants sont repris en **annexe 1** à ce document.

Le plan d'approche et les étapes de réalisation du projet sont les suivantes :



Préparation à la mise en œuvre des CMD's (Janvier à Août 2021)

Les réalisations des différents groupes de travail sont les suivantes :

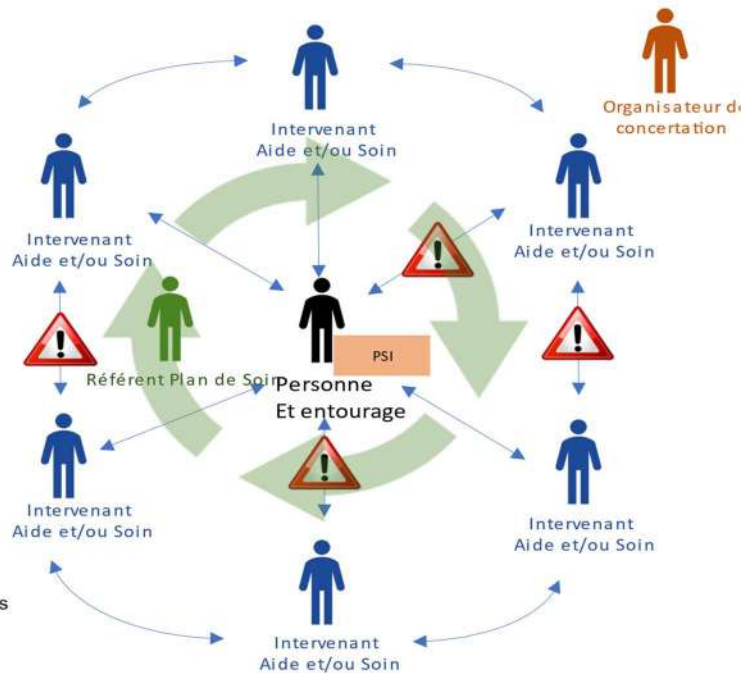
GT1 Méthodologie

Un groupe de travail participatif regroupant différents acteurs de la santé mentale a permis de réaliser un guide méthodologique pour la réalisation de CMD's, ainsi que d'en définir les principes de base dans le cadre du projet pilote (la méthodologie complète est disponible en **annexe 2**). Le guide méthodologique évoque aussi certains outils suggérés lors de la préparation ou de la réalisation des CMD's.

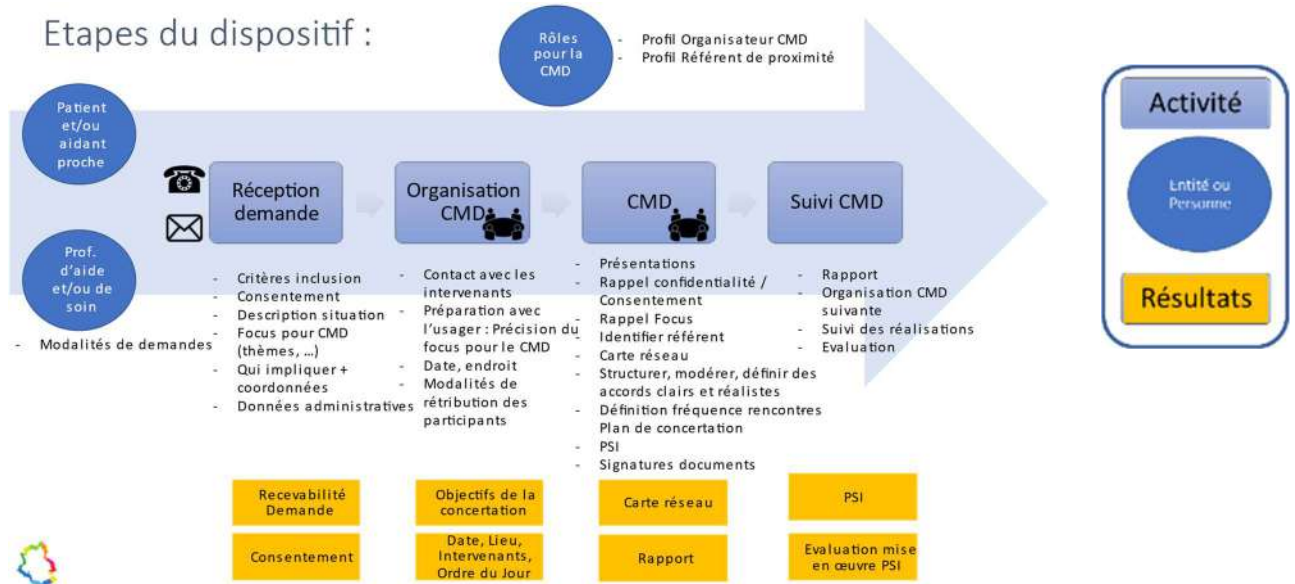
Les principes de bases en sont les suivants :

Principes de base

1. Lorsque nécessaire, en lien avec le réseau autour de l'usager : **Concertations** entre intervenants d'aide et de soins, **en présence du patient et à partir des objectifs du patient**, plusieurs fois par an.
2. 2 rôles importants :
 - L'organisation de cette réunion par un « **organisateur de concertation** » qui n'est pas impliqué dans la situation qui fait l'objet de la concertation.
 - La désignation d'un « **référént du plan de soins** » qui assurera le suivi du plan de soins entre les rencontres.
3. La réalisation d'un **sociogramme** afin d'identifier le réseau autour de l'usager et rédaction d'un **plan de services et de soins individualisé (PSI)** qui détermine notamment le rôle de chacun en rapport avec les objectifs mis en avant par la personne concernée.
4. Le **financement** des acteurs clef de cette concertation : l'organisateur de concertation, le coordinateur et les autres intervenants professionnels qui ne bénéficient pas d'un autre financement pour la concertation.



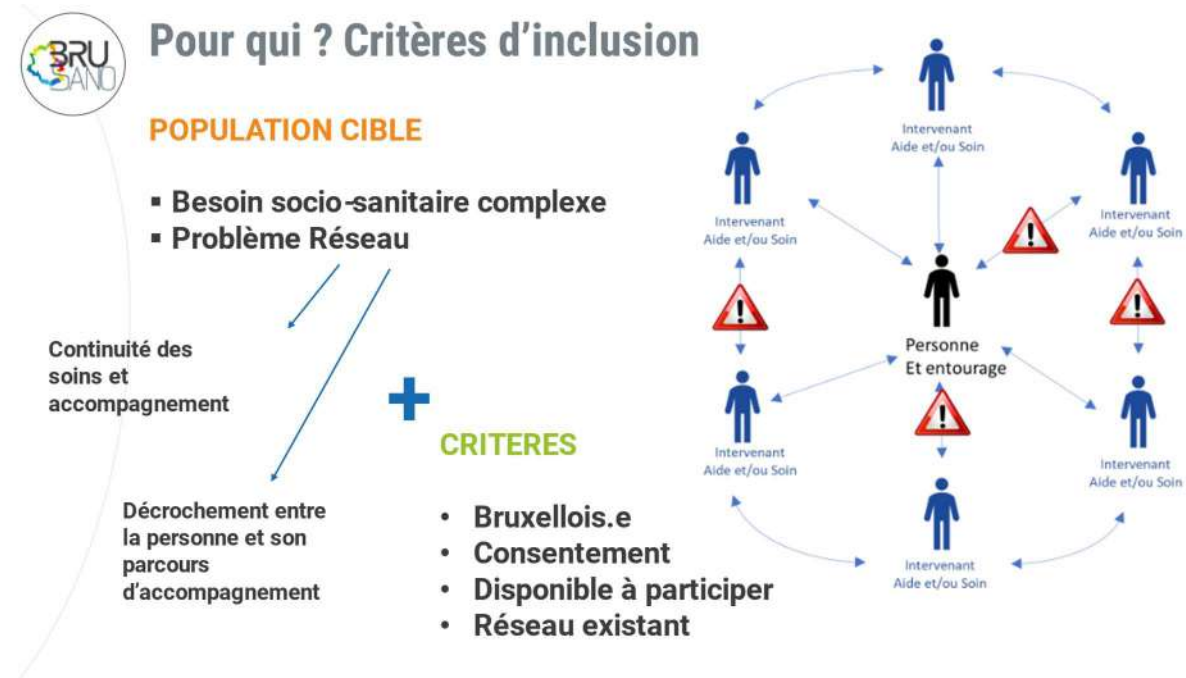
Nous avons donc utilisé cette méthodologie pour construire le socle du dispositif de CMD.



GT2 Inclusions Patients

Définition des critères d'inclusion élargis

Nous avons également organisé un groupe de travail participatif regroupant différents acteurs pour favoriser une inclusion élargie des patients dans le dispositif. Une attention particulière a été apportée à ce que le point de vue de chaque secteur d'intervention soit pris en compte dans l'identification des critères d'inclusion : précarité, accompagnement des personnes âgées, santé mentale et pathologies complexes et chroniques. Ce groupe de travail a mené à l'établissement d'un document clarifiant les critères d'inclusion au dispositif dans la phase pilote. Ce document est repris en **annexe 3**. Une synthèse de ces critères est la suivante :



Explication :

- **Décrochement entre le système des priorités de la personne et le parcours d'accompagnement / thérapeutique en cours :**
 - Non-compliance
 - Non-confiance entre la personne et un ou plusieurs acteurs
 - Barrière linguistique/culturelle
 - Conflit entre besoins sociales et sanitaires
- **Problème de continuité des soins et des accompagnements.** Il s'agit des personnes :
 - en rupture de soins
 - en phase de transition problématique :
 - qui vivent un moment dans leur parcours où elles sont prêtes à passer à quelque chose de plus stable, mais pour lesquelles leur réseau peine à les accompagner ;
 - qui vivent des facteurs déstabilisants pour « faire face » et pour lesquelles il est nécessaire de renforcer ou d'adapter le réseau afin de prévenir une situation de crise ;

- entourées d'un réseau de soins et d'accompagnements dysfonctionnel :
 - manque d'un acteur qui assure le processus de communication, d'échange et d'ajustement des différents acteurs et qui veille à l'harmonisation du plan d'intervention
 - manque de confiance entre les acteurs du réseau
 - réseau complexe ou en situation de crise. La personne fait des demandes multiples et tourne dans les dispositifs de soin ; la personne épuise le réseau en augmentant le risque de rechute/aggravation de sa condition
 - confrontées à un changement abrupt des personnes de référence
 - etc...
- **Autres critères :**
- *Vivant sur le territoire de Bruxelles* (même en statut irrégulier, pourvu que l'horizon temporel de la permanence sur le territoire soit compatible avec la mise en place du dispositif).
 - *Consentement* (oral ou écrit) à la mise en place du dispositif autour de sa situation.
 - *Disponible à participer* aux séances de CMD et/ou à *déléguer* une personne de confiance (professionnelle ou pas) qui le représente.
 - Avec un *réseau existant* (au moins 2 professionnels + aidants, proches) même si incomplet, dont les acteurs peuvent être identifiés, et qui inclut *idéalement une personne de confiance* qui peut aider à l'analyse de la situation et faciliter le lien entre le bénéficiaire et le dispositif.



Exemples de bénéficiaires

- **Santé mentale**
- **Pathologie chronique, complexe**
- **Aînés**
- **Bas seuil / Précarité**
 - Sans domicile fixe
 - Séjour irrégulier / migrant
 - Sortie d'hospitalisation
 - Justiciable
 - Usagers de drogues
 - Travailleur.se du sexe
- **Enfants / maternité**
- ...

- *Pas de limites d'âge*
- *Pas de barrière linguistique → recours à médiateur/interprète*
- *Pas de lien avec statut assurabilité*

Identification des patients potentiels pour le dispositif pilote

Après avoir établi les critères d'inclusion, nous avons pris contact avec différentes organisations pour identifier des patients potentiels pour le dispositif, nous appellerons ces organisations des « **partenaires inclusion** » dans le cadre du projet. La liste de ces organisations est reprise en **annexe 4**. Une convention a été établie avec les différents partenaires inclusion désirant inclure un patient dans le dispositif.

En phase pilote, nous avons réalisé une analyse approfondie des cas avant de les intégrer dans le dispositif pilote afin d'assurer une bonne représentativité des types de cas inclus dans le dispositif au regard des problématiques bruxelloises : pathologies chroniques, santé mentale, précarité, aînés, assuétudes, etc ...

Une **fiche de recevabilité** a été établie permettant de s'assurer que les différents critères d'inclusion étaient bien respectés et l'anonymat de la personne concernée était préservé lors des discussions entre le partenaire inclusion et Brusano. Cette fiche est reprise en **annexe 5**.

Difficultés dans l'identification des partenaires Inclusion

Les difficultés suivantes peuvent être soulignées :

- Les besoins de certaines associations sont orientés vers l'organisation administrative et pratique de la concertation. Or, les tâches de l'organisateur de concertations sont bien plus complexes (voir 4.3.1).
- La discussion nécessaire dans le cadre du projet pilote pour évaluer le besoin de concertation des patients proposés par les partenaires inclusion prend du temps. Brusano s'est fort impliqué dans cette phase afin de s'assurer de prendre en compte un panel représentatif des besoins des bruxellois dans le projet pilote.

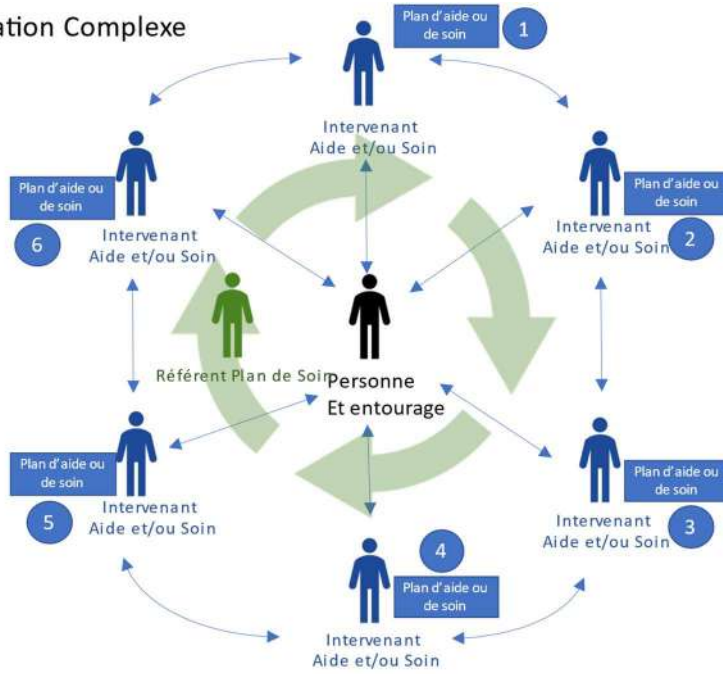
GT3 : Pool d'organisateur de CMD

Le profil et l'activité de l'« organisateur de concertation » et du « référent du plan de soin »

Sur base de la réflexion méthodologique réalisée au GT1, nous soulignons le **rôle primordial de l'organisateur de concertation et du référent réseau**, et leur complémentarité. Lors de nos rencontres avec les différentes associations qui réalisent actuellement des concertations, l'importance du travail **en duo** de ces 2 personnes a très souvent été mise en avant : l'organisateur de concertation, n'ayant aucun lien clinique avec le patient, prend une position « externe, ou « neutre » à la situation. Le référent du plan de soin, ayant déjà un lien avec le patient, occupe une position davantage « interne » à la situation.

Rôle du référent du plan de soin

Situation Complexe



RÔLE DU REFERENT PLAN DE SOIN

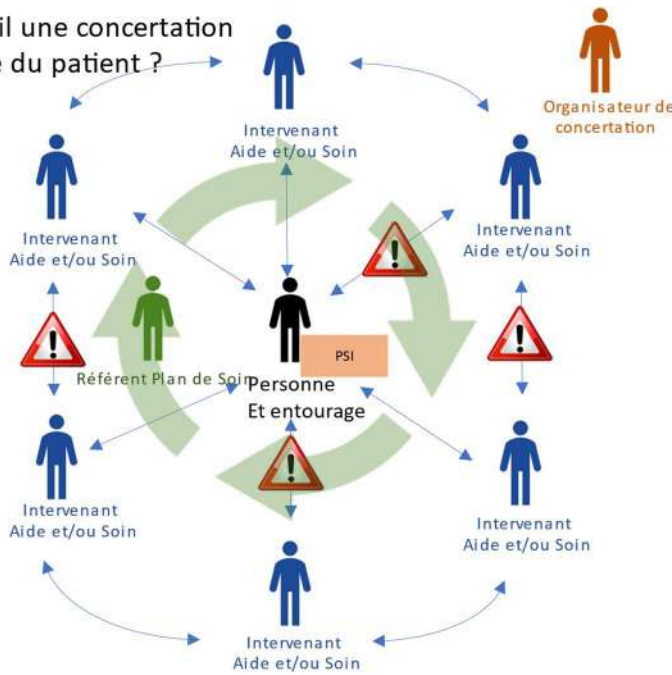
- **Présent** dans le réseau d'aide et de soins de la personne
- Connaissance **contexte médico-psycho-social**
- **Planification et coordination** des soins
- **Evaluation de qualité des soins** et qualité de la **continuité** des soins

COORDINATION

Plan Soins	L	M	M	J	V	S	D
1	X						
2		X					
3				X			

Rôle de l'organisateur de concertation

Quand faut-il une concertation en présence du patient ?



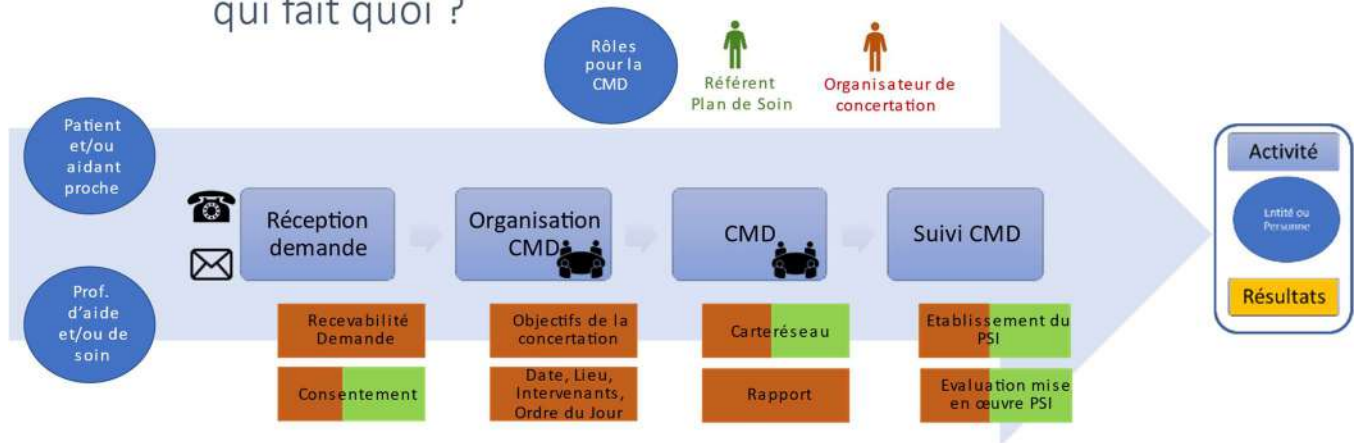
RÔLE DE L'ORGANISATEUR DE CONCERTATION

- **En dehors** du réseau du patient
- Connaissance **contexte médico-psycho-social** (neutralité)
- Analyse approfondie des **besoins, ressources et souhaits du patient** et de son entourage
- Réaliser un **sociogramme**
- Organise et modère la concertation pour qu'elle mène à la réalisation d'un **plan de services et de soins individualisé (PSI)**
- Rédige un **rapport de la concertation**
- Attention : L'évaluation de la mise en œuvre du PSI est réalisé par le référent Plan de Soins !

PSI

- Prise en compte des plan d'aide et de soins des différents intervenants et **concertation pour proposer un plan d'aide et de soin concerté** (en collaboration avec le référent du plan de soin)

Etapes du dispositif : qui fait quoi ?



Compétences de l'organisateur de concertation

Compétences :

- Modération de groupe afin que chaque acteur puisse s'exprimer en pondérant les effets d'imposition de compétences
- Ecoute active, empathie
- Gestion de conflits
- Organisation
- Savoir convaincre et motiver les différents intervenants présents à la concertation
- Etc

Formation :

- Formation Psychosociale et/ou de soins
- Atouts : formation en santé mentale, coaching, systémique, PNL, ...

Points d'attention :

- Il s'agit d'une personne en position tierce et neutre par rapport à la situation, qui joue un rôle de facilitateur et d'organisateur pour la concertation.
- Pas de lien clinique avec le patient. Par contre, une attention particulière doit être portée à la création d'un lien de confiance dès la première rencontre, lors de la définition des objectifs pour la concertation.



Identifier des organisateurs de concertation

Nous avons pris contact avec différentes personnes et associations pour identifier des organisateurs potentiels de CMD (voir liste en **annexe 4**). Différentes sessions d'information au rôle d'organisateur de concertation en juillet 2021 ont été organisées, ce qui nous a permis de sensibiliser à ce rôle et identifier différents organisateurs.

Quarante-huit personnes ont été invitées : ces personnes sont aussi impliquées de près ou de loin dans d'autres activités, telles que :

- les Communautés de pratiques sur la fonction de référent de proximité,
- le protocole 3 pour favoriser un maintien à domicile des personnes âgées
- les éducateurs en diabétologie,
- Zoom Senior,
- les personnes qui avaient été formées à cette activité dans le cadre d'une formation à « l'organisation de concertation cliniques » organisée par Rezone en février 2019 (5 jours de formations donnés par Martine Massart aussi active au sein de Hermes Plus et de Dyonisos).

Quatorze personnes ont répondu présent aux trois séances d'information organisées, et après celles-ci six personnes se sont engagées à prendre ce rôle. Une convention a été signée avec chaque organisateur de concertation impliqué dans le projet. Nous disposons donc actuellement d'un **pool de six organisateurs de concertation** avec des profils et expériences variés (voir **annexe 6** pour une liste détaillée des organisateurs de concertation)

- Différentes compétences et rôles : assistant social, intervenant psy, ergothérapeute, infirmière indépendante spécialisée en santé communautaire, éducatrice en diabétologie, Relais Action Quartier, Centre de coordination
- Différentes expertises : santé mentale, aînés, précarité, pathologies chroniques et complexes
- Possibilité de réaliser les concertations en Néerlandais et en Français

Notons que certains organisateurs de concertations agissent dans le cadre du projet en tant qu'indépendant, ou au nom de leur association.

Difficultés émises par les acteurs de terrain lors de l'identification des organisateurs de concertation

Certaines personnes qui ont été contactées ont énoncé des craintes quant à ce rôle, en voici un résumé :

Des craintes en termes de compétences et d'expérience :

- Crainte de ne pas avoir suffisamment d'expérience pour se sentir **légitime** d'organiser une concertation avec des professionnels et/ou des aidant beaucoup plus expérimentés, en présence d'un bénéficiaire qu'il ne connaît pas bien.
- Ce qui est également complexe c'est la **modération**, l'animation de ce genre de rencontre, qui demande une certaine confiance en soi pour distribuer la parole, gérer la dynamique de groupe, les conflits, garder la volonté du patient au centre, créer une véritable plus-value ... Des choses qu'on peut facilement lire et comprendre en théorie mais qui peuvent être bien moins évidentes en réalité avec les particularités de chacun.

D'autres réserves quant aux éventuels doubles financements et au renfort structurel :

- Chaque association est subsidiée et engagée pour répondre aux missions décrites dans son ordonnance. Cumuler d'autres missions avec des finances complémentaires semble délicat pour certains, notamment quand la concertation, au-delà des spécificités

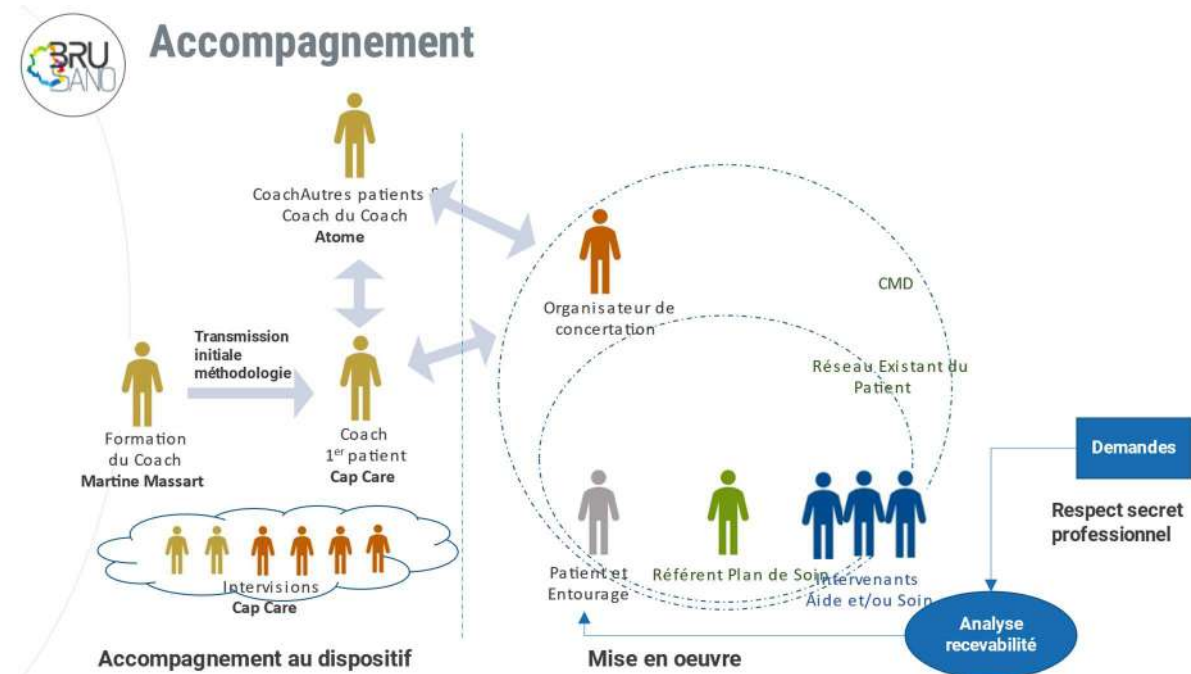
méthodologiques, rentre dans les missions de l'association. Le secteur associatif se sentant sous pression, il ne semble pas tenable de cumuler de nouveaux défis, même si les objectifs sont pertinents, pour des équipes qui demandent par ailleurs au Pouvoir Subsidiant d'être renforcées structurellement.

Enfin, des craintes relatives à la charge de travail :

- Crainte que l'accompagnement demandé représente une charge de travail trop importante, face au financement qui est prévu dans le projet pilote (voir 4.4.3 : cadre financier).
- Crainte aussi de réaliser du travail non financé vu qu'au final les prestations sont uniquement prises en charge au moment de la concertation, or, il n'est pas impossible que le travail préparatoire et la première rencontre avec le patient pour préparer la concertation mène au constat que la concertation n'est pas absolument nécessaire.

Accompagner les organisateurs de concertation dans la réalisation de CMD

Afin de garantir la qualité des CMD's réalisées, nous nous sommes inspirés de l'expérience des MDO's (Multidisciplinair Overleg) en Communauté Flamande et avons prévu un accompagnement « sur le terrain » sous forme de coaching et d'intervisions pour les organisateurs de concertation.



Après appel d'offre, nous avons identifié des **coachs pour les organisateurs de concertation**. L'organisation qui a été choisie en juillet 2021 est Cap Care, qui réalise déjà de l'accompagnement et du coaching dans le secteur de la santé mentale et a travaillé avec Brumenta à l'établissement d'un PSI (plan de services et de soins individualisés). Chaque organisateur de concertation dispose de 3 séances de coaching individuel pour l'organisation de sa première concertation (avant la rencontre avec le patient, avant la concertation, après la concertation). Afin de nous assurer d'une bonne compréhension de la méthodologie par Cap care, nous avons organisé des réunions de transmission d'information entre Martine Massart,

qui avait réalisé la formation pour les organisateurs de concertation avec Rezone en 2019, et Cap care (Plus de détail sur le profil des accompagnants de Cap Care en **annexe 7**).

Dès que la première concertation est réalisée, nous avons conclu un accord avec le service Atome, dont une des missions est d'organiser des CMD's en santé mentale, pour qu'ils soient disponibles pour soutenir les organisateurs de concertation.

Un autre soutien mis en place est l'organisation **d'intervisions** entre les différents organisateurs de concertation afin de partager les bonnes pratiques en discutant de cas concrets, tout en préservant l'anonymat requis par la déontologie. Deux interventions ont été organisées en novembre et décembre 2021.

Développer une formation pour les organisateurs de concertation

Nous avons également confié à Cap Care la mission de développer des **modules de formation** pour les organisateurs de concertation. L'objectif est de développer le contenu des formations en 2021 et de dispenser celles-ci en 2022. Les modules de formations développés sont synthétisés en **annexe 8**.

Offre et demande pour les concertations cliniques à Bruxelles

Lors de nos rencontres avec les différentes associations, pour l'identification des organisateurs de concertations ou pour l'inclusion de patient, nous avons pu identifier un réel besoin pour ce dispositif et une offre existante pour ce type de service actuellement à Bruxelles (voir liste en **annexe 4**). Nous comptons réaliser une analyse plus exhaustive de l'offre et de la demande en 2022, comparant notamment les cadre de fonctionnement pour la mise en œuvre des concertations.

GT4 Cadre juridique et financier

Arrêté Royal 27/03/2012

Le cadre juridique sur lequel nous nous sommes basés est l'arrêté royal du 27 mars 2012 qui organise le financement, l'organisation et la coordination de la concertation autour du patient psychiatrique.

Lors de nos discussions avec les antennes de santé mentale à Bruxelles, nous avons compris que les critères d'inclusion pour les patients repris dans cet arrêté rendaient la mise en œuvre des CMD's complexe en santé mentale. Les principaux arguments évoqués étaient les suivants :

- Critères trop exhaustifs (ex : Le projet thérapeutique Hermes évoque que seul un tiers des patients qu'ils accompagnent entrent dans les critères définis dans l'arrêté)
- Tous les patients qui doivent bénéficier d'une CMD n'ont pas toujours fait un passage dans un hôpital psychiatrique comme repris dans les critères.
- Malgré leur problématique psychiatrique, les usagers ne consultent pas spécialement un psychiatre.

Nous en avons conclu qu'un enjeu du projet est aussi de renforcer l'accès au dispositif en santé mentale.

Multidisciplinair Overleg (MDO)

Nous avons également pris en compte la réglementation flamande des multi-disciplinair overleg (MDO). Celle-ci comporte aussi quelques facteurs qui en délimitent l'accès, que nous avons choisi d'élargir dans cette phase pilote du projet :

- La concertation est destinée à un patient à domicile ou qui devra être à son domicile dans les 8 jours : notre objectif étant de renforcer l'accès au dispositif pour les personnes les plus précaires également (notamment des personnes sans abri), nous n'avons pas repris ce critère.
- Minimum trois disciplines différentes présentes et nécessité de la présence d'un médecin généraliste ou du psychiatre à la concertation : nous n'avons pas repris ce critère vu d'une part, la difficulté des médecins généralistes de se rendre disponible pour participer au CMD vu leur charge de travail, et d'autre part, qu'un MG n'est pas toujours présent dans le réseau et que son absence ne contraindrait pas, en soi, la mise en place d'une concertation.
- Une seule concertation financée par an pour un patient : l'expérience en santé mentale montre qu'une seule concertation est rarement suffisante pour atteindre les résultats attendus.
- Maximum quatre personnes sont financées dans la concertation : les expériences actuelles montrent également qu'il est compliqué de limiter à la présence de quatre intervenants.

Le cadre de mise en œuvre des MDO's prévoit également la possibilité de réalisation de CMD's online pour certains intervenants ne pouvant être présent à domicile. Nous retenons cette possibilité comme une opportunité pour le projet, afin de faciliter la planification de la rencontre.

Cadre financier de base

Le cadre financier pris comme base pour les frais de rétribution des acteurs est le forfait prévu dans le financement des concertations en santé mentale de l'inami.

- Organisateur de concertation (1ere concertation) : 216,39 euros
- Organisateur de concertation (concertations suivantes) : 142,02 euros
- Référent Plan de soin : 99,68 euros
- Intervenant Social Santé présent à la concertation : 47,59 euros

Nous avons également réalisé une brève estimation de la charge de travail au début du projet afin d'en donner une vue plus claire à l'organisateur de concertation :

- Par personne accompagnée : **estimation minimaliste**
 - o 2-4 heures de préparation (y compris rencontre patient préliminaire)
 - o 1 heures de concertation
 - o 1,5 heures pour le rapport
 - o **TOTAL de 4 à 6 heures de travail pour le premier patient**

Il s'agit ici d'une estimation minimaliste, lors de nos discussions avec les différentes organisations réalisant actuellement des concertations, nous nous rendons compte que le volume de travail est parfois beaucoup plus important.

D'autre part, nous avons comparé avec un autre mécanisme de financement à l'acte, celui du case manager (CM) dans le protocole 3 financé par l'INAMI qui est financé 25 euros par demi-heure dans son travail. Nous sommes bien sûr conscients que les activités réalisées par ces 2 rôles sont sensiblement différentes.

Quelques points d'attention pour cette comparaison :

- Dès l'inclusion, le CM du P3 peut facturer son temps de préparation à la rencontre avec le patient en prestation « support ».
- Le CM du P3 n'est pas tenu d'écrire un rapport après la rencontre avec le patient.
- Le CM du P3 (ainsi que les autres prestataires) reçoit un forfait de 127,28 € pour un module initial permettant l'inclusion du patient (estimé à 2h de temps).

Actions au sein du module initial (extraites de la Convention Inami pour les projets P3) :

- Le recueil de l'information pertinente auprès du bénéficiaire, de son aidant, de ses dispensateurs de soins, des éventuels coordinateur de soins et référent hospitalier..., en ce compris les preuves qu'il répond à la définition des bénéficiaires pour les prestations souhaitées, ainsi que l'information issue du dossier patient et des outils informatiques appropriés, tels que les formulaires et échelles de toutes les sections du BelRAI HC, et l'information contenue dans le ou les plans de soins préalablement établis.
- Les actes préparatoires à la réalisation des prestations prévues par la convention, en faveur d'un bénéficiaire répondant aux conditions de l'article 1).
- L'explication et le remplissage du formulaire de consentement éclairé, par lequel le bénéficiaire et son aidant donnent leur accord pour l'utilisation de leurs données personnelles anonymisées, dans la procédure d'évaluation visée au point 8.3. Les prestations prévues par la présente convention ne peuvent donner lieu à une intervention de l'assurance que si le bénéficiaire et le cas échéant son aidant donnent leur accord et complètent le formulaire de consentement éclairé.

Notons que le consentement éclairé finalement n'est plus demandé tel quel. Mais il est demandé que le projet soit bien expliqué au départ du projet auprès du patient et de son aidant. »



Secret professionnel partagé

Le travail de collaboration et de concertation entre intervenants d'aide et de soins, issus de multiples services, complique le respect du secret professionnel. Celui-ci étant un élément de base de l'éthique professionnelle et ciment de la confiance entre soignant et soigné, une attention particulière y est portée dans le cadre du projet, notamment dans l'analyse de la recevabilité de la demande, où l'anonymat est préservé, ou dans les phases du consentement avec le patient et lors de l'écriture du rapport de concertation. Une brochure intéressante réalisée par la ligue des droits de l'homme traite de ce sujet : [ldh_secret_professionnel.pdf \(liguedh.be\)](https://www.liguedh.be/ldh_secret_professionnel.pdf)

Première phase de mise en œuvre (Septembre – décembre 2021)

L'objectif du projet pilote est de réaliser un certain nombre de CMD's afin d'en tester la méthodologie et voir si les principes de base doivent être remis en question ou adaptés suite à la mise en œuvre de concertations pour un public plus large que dans le cadre juridique et opérationnel actuel.

Résultats quantitatifs

	Total (#personnes)	# par secteur d'intervention						
		précarité	ainés	santé mentale	assuétudes	pathologies chroniques	maison médicale	hôpital
Nombre d'organisateur de concertation dans le pool	6	1	1	1		1	1	
Nombre de patients inclus dans le dispositif	Total (#patients)							
Demandes d'inclusion :	12	3	2	2	4	4	2	1
Inclusions acceptées		Raison non inclusion : situation ne nécessite pas ou plus de concertation / patient hors de 8 Bruxelles / doutes quant au réel consentement du patient à la concertation						
Nombre de concertations réalisées	2							
Volume de travail pour la concertation	Total (#heures)							
Durée moyenne préparation à la concertation (y compris la rencontre avec le patient et/ou le référent de la demande)	4h30							
Durée moyenne de la concertation	1h45							
Nombre de concertations nécessitant un interprète	2							
Nombre d'intervenants moyen à la concertation	4							
Nombre de concertations nécessitant un interprète	2							
Accompagnement des organisateurs de concertation								
Nombre de séances de coaching	5							
Nombre d'intervisions	2							

Evaluation qualitative

Analyse de la recevabilité des demandes

Lors des différentes rencontres avec les potentiels partenaires pour l'inclusion, la CMD n'est pas toujours comprise d'emblée et un temps doit être pris pour expliquer les principes du dispositif. Après ce travail de clarification réalisé, la CMD a été perçue comme un réel besoin pour différentes personnes et toute une série d'intervenants à Bruxelles. Douze patients ont été inclus dans le dispositif à ce jour et ont été référés chacun à un organisateur de concertation. Ce travail d'identification des patients a été soigneusement accompagné, afin de nous assurer que la situation nécessitait réellement une CMD, mais aussi pour garantir une représentativité des situations complexes bruxelloises. Les différentes situations accompagnées sont résumées en annexe 9.

Lors de l'analyse de recevabilité des demandes, et après approfondissement avec les demandeurs, quatre cas n'ont pas pu être faire l'objet de CMD pour les raisons suivantes :

- Les choses évoluant, quelques demandes n'avaient plus de raison d'être au moment de l'attribution d'un organisateur de concertation ;
- Difficulté parfois d'identifier le réel besoin de concertation lors de la prise de contact entre l'organisateur et le patient avec son entourage ;
- Doute quant au réel consentement du patient à la concertation ;
- Un patient résidait en dehors de Bruxelles.

Nous notons également que pour deux patients inclus et après discussion entre l'organisateur de concertation, le demandeur de la CMD et le patient, il est apparu que la concertation n'était pas le dispositif requis pour la situation demandée.

L'attribution des cas aux organisateurs de concertation

Nous avons également constaté que face à ces nombreuses demandes d'accompagnement, il n'était pas toujours aisé de référer celle-ci à un des organisateurs de concertation constituant le pool d'organisateur développé actuellement. Mais au fil du temps, l'information circule et deux personnes se sont déjà proposées d'agrandir le pool l'année prochaine.

Brusano a joué un rôle important dans l'identification des patients, l'identification des organisateurs de concertation et de soutien et le financement des acteurs dans le cadre du projet pilote. Il sera important de proposer un mécanisme de réception et d'attribution des cas dans la phase ultérieure du projet, afin de pérenniser son fonctionnement opérationnel.

Points d'attentions par étapes de la CMD

Lors des séances de coaching et lors des interventions, les points d'attention suivants, par étapes du processus, ont été soulignés :

1. Modalités et réception de la demande

a. Les enjeux relevés

- Identifier qui est demandeur de quoi
- Déterminer si la demande entre bien dans le cadre d'une concertation, en d'autres termes, si la concertation est la réponse la plus adaptée à la demande
- Question de la réorientation si la concertation n'est pas indiquée

b. Les difficultés rencontrées par l'organisateur

- Rester extérieur à ce qui se joue dans la relation entre le demandeur, le patient et son réseau
- Bien clarifier son rôle
- L'organisateur n'a pas la légitimité ou les outils pour réorienter une concertation pas indiquée

c. Les leviers

- Création d'une check-list concernant les points à aborder lors de de la réception de la demande et permettant de questionner la plus-value de la concertation
- Identifier le référent du plan de soin et l'inclure dans le processus au plus vite

2. Organisation de la CMD : Contact avec les intervenants

a. Les enjeux relevés

- S'assurer que la concertation apporte une plus-value.
- Identifier les participants sur base du réseau tel que perçu par le patient.
- Poser un cadre clair aux participants concernant la concertation (objectifs, déroulé, méthode de travail...), clarifier quelles attentes sortent du cadre (et donner des autres orientations ?).
- Expliciter ce que les intervenants attendent de la concertation afin de s'assurer qu'il s'agit du processus approprié au vu de la situation vécue par le patient.
- Construire un lien de confiance avec le demandeur et/ou le référent plan de soin pour qu'un binôme se noue pour faciliter le déroulement de la concertation et l'atteinte des résultats.

b. Les difficultés rencontrées par l'organisateur

- Pression temporelle de la part de plusieurs participants (aller vite pour répondre vite aux besoins du patient tels qu'ils les perçoivent).

c. Les leviers

- Amener les participants à rester attentifs au rythme du patient.

3. Organisation de la CMD : Préparation de la concertation avec le patient

a. Les enjeux relevés

- S'assurer que la concertation apporte une plus-value.
- Construire une relation de confiance avec le patient dans un timing limité.
- Faire émerger des objectifs clairs à partir des besoins identifiés.
- Identifier le réseau du patient à partir de sa perception de celui-ci.
- Obtenir le consentement du patient.
- Utiliser des outils formalisés (sociogramme, PSI...).

b. Les difficultés rencontrées par l'organisateur

- Trouver le bon moment pour rencontrer le patient, (si possible seul sans le référent plan de soin).
- Difficulté de concentration chez le patient.
- S'adapter au rythme du patient.
- Canaliser le récit du patient pour l'amener aux priorités à aborder en concertation.
- Disposer d'un dans un laps de temps très court (généralement un entretien) pour répondre aux différents enjeux évoqués.

c. Les leviers

- Utiliser des outils formalisés (sociogramme) tout en évitant trop de formalisme qui pourrait faire peur au patient. Et s'assurer que l'outil utilisé puisse être complété lors de la concertation (sociogramme intégré dans le PSI)
- Se former aux techniques d'entretiens

- S'appuyer sur le référent plan de soins, même si absent à la rencontre avec le patient (binôme évoqué précédemment)

4. Animation de la concertation

a. Les enjeux relevés

- Rester centré sur les objectifs du patient.
- Arriver à définir des objectifs réalistes.
- Maintenir l'implication du patient durant la rencontre.
- Mettre tout le monde au travail autour d'objectifs suffisamment partagés et centrés sur le patient.

b. Les difficultés rencontrées par l'organisateur

- Tenir son rôle au milieu des intervenants dont les objectifs divergent.
- Gérer les conflits qui émergent entre les professionnels et le patient (et parfois entre intervenants, ex : social versus santé).
- Pas de référent plan de soins identifié au moment de la concertation.
- Poursuivre la concertation alors que le patient se referme sur lui-même.

c. Les leviers

- Utiliser des outils d'animation formalisés (PSI, objectifs SMART, tableau visuel...).
- Préparer la rencontre.
- S'appuyer sur le référent plan de soins.
- Rappeler en début de rencontre les objectifs de celle-ci, son déroulement, les attendus vis-à-vis des participants.
- Se former aux techniques de conduite de réunion de concertation.

5. Suivi de la concertation

a. Les enjeux relevés

- La rédaction du plan d'actions (qui fait quoi comment pour quand).

b. Les difficultés rencontrées par l'organisateur

- Rester dans la formalisation et utiliser les outils existants tels que le PSI.

c. Les leviers

- Utiliser le PSI.
- Clarifier la complémentarité de rôle entre l'organisateur et le référent plan de soins.

Le coaching et les interventions

Lors des séances de coaching et lors des interventions, les points d'attention généraux suivants ont été soulignés :

1. Le vécu des professionnels

Il existe un risque de confusion, pour l'ensemble des intervenants, concernant les différences entre un réunion de services, une réunion de coordination entre services, une réunion de concertation.

Les difficultés liées à la préparation, l'organisation et le suivi d'une concertation génère, chez les professionnels, un ensemble d'émotions qui peuvent entraver le processus. Il peut s'agir d'énervernement ou de frustration lorsque le patient met le système en échec alors qu'il est demandeur d'aide et que tout un réseau a été mis en place. Encore s'agit-il de bien comprendre les raisons qui amènent un patient à « mettre en échec » le système ; cela implique de questionner la façon dont le travail est réalisé avec le patient en vue de permettre à la concertation d'atteindre ses objectifs.

Il peut aussi s'agir d'épuisement, du sentiment de se perdre pour aider quelqu'un qui ne veut pas d'aide. Ici aussi, la motivation à aider autrui est à questionner car derrière la volonté d'aider existe le risque de vouloir imposer à l'autre ses idées, convictions, objectifs...

Le risque de rupture est évoqué à plusieurs reprises ; la rupture du lien au patient, condition sine qua non pour imaginer une concertation.

2. La posture professionnelle

Le sentiment d'urgence peut aussi, paradoxalement, freiner la concertation ; en effet, les professionnels sont amenés à vouloir aller vite car la situation du patient est telle qu'il faut trouver rapidement des solutions ; or, le rythme est important ; le temps est nécessaire pour construire la relation de confiance avec le patient et de l'espace doit être laissé aux objectifs, aux doutes, aux errements du patient ; si le professionnel a en tête toutes les solutions, quelle place reste-t-il aux solutions du patient ?

Cette dernière question renvoie à l'enjeu que représente la posture professionnelle adoptée vis-à-vis du patient.

Cette posture est ambivalente pour l'organisateur car il doit concilier son métier de soignant et ce rôle spécifique ; cela implique une tension entre le souhait d'aider le patient (avancer voire proposer des solutions de soins) et une position plus en retrait (faciliter l'organisation de la concertation). Selon que l'organisateur tend plus vers un pôle ou vers l'autre, cela impacte différemment le processus de concertation.

3. Le choix des patients

Le « type » de patients pour lesquels il est possible d'organiser une concertation est également une donnée importante à intégrer. En effet, les situations de soins complexes rencontrées impliquent les dimensions physique, psychique et sociale de la personne. Jusqu'où le patient peut-il être réellement « acteur » dans le processus dépend fortement de ses capacités ; si celles-ci sont fortement amoindries, le risque est de tomber dans une démarche qui ne relève plus de la concertation mais bien de la coordination de soins en présence de professionnels qui ressentent l'urgence d'agir mais qui, avec toute leur bonne volonté, agissent à la place du patient et ce, dans un processus qui est censé mettre les besoins et les objectifs de ce dernier au centre des débats.

4. Les outils

Il est nécessaire de proposer des outils concrets et faciles d'emploi, pour stimuler une mise en œuvre uniforme et de qualité de la méthodologie.

Toute la difficulté est de proposer de tels outils sans paraître trop cadrant ou rigide quant à leur utilisation. Dans un tel cas, les organisateurs de concertation se sentent restreints dans leurs possibilités d'actions et ont le sentiment de perdre en autonomie dans leur pratique professionnelle.

Il s'agit donc, dans un premier temps, de leur proposer un outil évolutif, qui va être expérimenté et adapté en fonction des besoins des organisateurs et des réalités de terrain.

Réflexions sur le cadre financier et la gestion administrative par les organisateurs de concertation

Un outil a été créé et mis à disposition des organisateurs de concertation pour mesurer les résultats quantitatifs du projet et faciliter la facturation par les partenaires (**annexe 10**).

Nous ne disposons pas à ce stade d'éléments suffisants pour évaluer le cadre de base du financement du projet pilote, cela devra être réalisé en 2022 avec davantage d'informations sur les concertations réalisées. Si cela s'avère être nécessaire et justifié, nous envisageons d'adapter ces montants après motivation auprès du pouvoir subsidiant. L'objectif poursuivi étant de rétribuer correctement les acteurs en fonction du temps passé à la préparation et la réalisation des concertations.

Bien que, encore une fois, une analyse plus approfondie du sujet soit nécessaire, la possibilité de financer et de rendre accessible la CMD aux bruxellois hors affiliation à un organisme assureur est un enjeu fondamental. Les personnes qui vivent les situations de précarité les plus lourdes constituent une partie non négligeable du besoin dans notre région.

Utilisation du budget

Catégories de dépenses	Montants
Frais de personnel	20.233,47 €
Frais de fonctionnement, dont :	8.174,16 €
Coaching organisateurs	5.005,30 €
Frais de développement de la formation organisateurs	1.815,00 €
Rétribution organisateurs (certaines factures n'ont pu être rentrées dans le temps impartis pour la remise du rapport).	470,39 €

Le budget octroyé n'a pas été dépensé dans sa totalité. Les éléments suivants viennent expliquer cette sous-utilisation :

- Le temps nécessaire à l'engagement du personnel : confirmation du subside en décembre 2020 et engagement des frais de personnel à partir de la fin du mois de février 2021 ;
- Avant la mise en place des concertations en tant que telles et l'engagement des dépenses liées aux prestations des organisateurs et des participants, une phase de développement du projet et de ses balises a été nécessaire.

Prochaines étapes

Après discussion en comité de pilotage, les prochaines étapes pour le projet pilote ont été identifiées : (voir demande de subside « 2022_Demande subside facultatif_Concertation multidisciplinaire » envoyé à la Cocom le 15/12/2021):

- Continuer et ancrer la gouvernance interdisciplinaire du projet
- Continuer l'accompagnement des patients 2021
- Continuer l'inclusion de patients et la réalisation de CMD : 90 concertations maximum en 2022 (30 nouveaux patients en 2022 + 2 concertations de suivi)
 - S'assurer de prise en compte de la diversité des besoins bruxellois dans l'inclusion en phase pilote.
- Réaliser une évaluation qualitative de la mise en œuvre des CMD's
 - Enquête auprès des partenaires inclusion
 - Enquête auprès des patients
 - Pour les organisateurs de concertation : tenir compte des remarques émises lors des intervisions et des communautés de pratiques
- Elargir le pool d'organiseurs de concertation en phase pilote
 - Proposer un coaching aux nouveaux organisateurs de concertation
 - Continuer les intervisions, évoluer vers des communautés de pratiques
 - Organiser la formation développée en 2021
- Analyse de la demande à Bruxelles / Identification de l'offre actuelle
 - Approfondir la réflexion sur la complémentarité avec d'autres fonctions : case management / référent de proximité
- Proposer un modèle de fonctionnement pour le mettre en œuvre au niveau bruxellois
 - Inclusion représentative des besoins des bruxellois
 - Avantages et inconvénients d'un système centralisé ou décentralisé
 - A quel moment activer / stopper le dispositif CMD ?
 - Mise en place d'un cadre de financement adapté sur base du retour d'expérience de 2021 et début 2022

Annexes

- Annexe 1 : Liste des présences aux différents organes de gouvernance : Les détails des personnes présentes aux réunions thématiques et retours périodiques auprès des organes existants
- Annexe 2 : guide Méthodologique
- Annexe 3 : Critères d'inclusion
- Annexe 4 Liste des partenaires contactés
 - Pour partenaires inclusions
 - Et organisateurs de concertation
- Annexe 5 : fiche recevabilité
- Annexe 6 : liste des organisateurs de concertation
- Annexe 7 : Profil des accompagnants Cap Care
- Annexe 8 : Synthèse des contenus des modules de formation
- Annexe 9 : Vignette explicative des demandes d'inclusion
- Annexe 10 : Outil pour faciliter la mesure des résultats et la facturation des partenaires

Type de partenaires	Nom	organisation	Info : Groupe demandeur de subside	COPIL 09/02	Comité opérationnel (24/03)	GT1 Méthodo (29/04)	GT3 Inclusion (06/05)	COPIL Next Steps (05/10)	
Brusano	Nicolas CLAUS	Brusano	1	1	1	1	1	1	
	Alfredo	Brusano	1	1	1	1	1	1	
	Gaétane THIRION	Brusano	1			1		1	
sant mentale demandeurs du subside - déjà envoyé	Maguelone	Brusano	1			1			
	François Wyngaerden	Rezone	1	1	1	1			
	Gaétane THIRION	brusano	1	1					
	Luc DETAVERNIER	pfscm	1	1				1	
	Youri Caels	Psy107	1	1				1	
	Mazlum kara	Rivagesdenzaet	1			1		1	
	sylvie.detaille@norwest.be	Norwest	1			1		1	
	Philippe Blondiau	pfscm	1	1					
	Annick@huisvoorgezondheid.be	hvg	1						
	Kathleen Coppens	Bru-stars	1						
	Christophe Herman	Psy107	1	1					
	Patrick Janssens	Hermes Plus	1	1		1		1	
	Dorrit Moortgat	hvg	1		1	1			
	Amélie Lecomte	Bxl est	1	1		1			
	laurent vanderbeque	Bxl est	1						
	sarah walravens	atome				1			
	ambre buldo	atome					1	1	
	Florence Crochelet		1						
	ilse.wauters@hermesplus.be	Hermes Plus	1					1	
	o.b@pfscm-opgg.be	pfscm	1	1					
Comité opérationnel	Hendrik Jan Stals	MDO			1	1			
	Thuiszorgcentrum								
	Julie Gosuin	FAMGB			1				
	Aurélie Ladrière	CSD			1				
	Dominique Rosenbergh	LUSS			1				
	François Poncin	SamPas			1				
	Eric Husson	Lama					1		
	Stéphane Heymans	CSD					1		
	Vincent Carrière	CPAS Ville Bxl					1	1	
	Maud	Samu Social					1		
Intéressés fonction O.5	Michel Roland	Lama					1		
	Annick Delepinne	expert du vécu						1	
	Bosman Catherine	CHU Saint-Pierre							
	Ryckmans Pierre	Infirmiers de rue						1	
	Clapuyt Vincent	MASS de Bruxelles						1	
	Christophe Barbut	CMG/FAMGB/MdM							
	Lanckmans Ingrid	Kind en Gezin							
	Nguessan Mélissa	Samusocial							
		Coordination de l'Action Sociale de Schaerbeek							
	Salazar Celia	(CASS) / CPAS 1030							
	Noémie Grailet	MdM							
	Amélie Deprez	MdM							
	Partenaires inclusion	Marilyn Magerotte	MM Enseignement						
		Dalila Ben Mohamed	CSM Antonin Artaud						
		Christophe Henrion	L'ambulatoire Forest						
Violeta Mejia		L'ambulatoire Forest							
Aude Jacqmin		L'ambulatoire Forest							
Amélie Deprez		CASO MdM							
Pierre Ryckmans		IDR							
Benedicte Leloup		WGC De Brug							
Catherine Ballant		Soins chez Soi						1	
Sylvie Veydt		Coordination soins palliatifs						1	

ANNEXE 2 : GUIDE METHODOLOGIQUE

1. Contexte et Objectif du document

Contexte :

Projet Pilote subsidié Cocom 2021 qui vise à expérimenter un modèle d'organisation et de mise à disposition de la concertation multidisciplinaire, adapté aux besoins des bruxellois ainsi qu'à la situation socio-économique particulière de la Région. Le modèle est inspiré de pratiques déjà existantes, notamment dans le secteur de la santé mentale.

Il s'agit d'implémenter un dispositif ayant pour objectif d'/de :

- Offrir aux Bruxellois qui en ont besoin l'accès à une concertation multidisciplinaire efficace et de qualité
- Décloisonner les secteurs, favoriser l'intersectorialité et les soins intégrés centrés sur les patients, sortir des silos
- Soutenir les professionnels, les sortir de l'isolement, prévenir l'épuisement professionnel

Objectif de ce document :

- Informatif : Clarifier le dispositif à de nouveaux acteurs impliqués
- Formel : Fixer le cadre général de la méthodologie
- Remarque importante : ce document ne se veut pas exhaustif pour préciser la méthodologie dans tous les détails, pour cela, les différents documents [sources](#) peuvent aussi être consultés.

2. Les principes de base du dispositif

1. Concertations entre intervenants d'aide et de soins, en présence du patient, plusieurs fois par an.
2. L'organisation de cette réunion par un « organisateur de concertation » qui n'est pas impliqué dans la situation qui fait l'objet de la concertation.
3. La réalisation d'une carte réseau afin d'identifier le réseau autour de l'usager et rédaction d'un plan de services et de soins qui détermine notamment le rôle de chacun en rapport avec les objectifs mis en avant par la personne concernée.
4. La désignation d'un « référént de proximité » qui assurera le suivi du plan de soins entre les rencontres.
5. Le financement de plusieurs acteurs clef de cette concertation : l'organisateur de concertation, le référént de proximité et les autres intervenants professionnels qui ne bénéficient pas d'un autre financement pour la concertation.

Document de travail

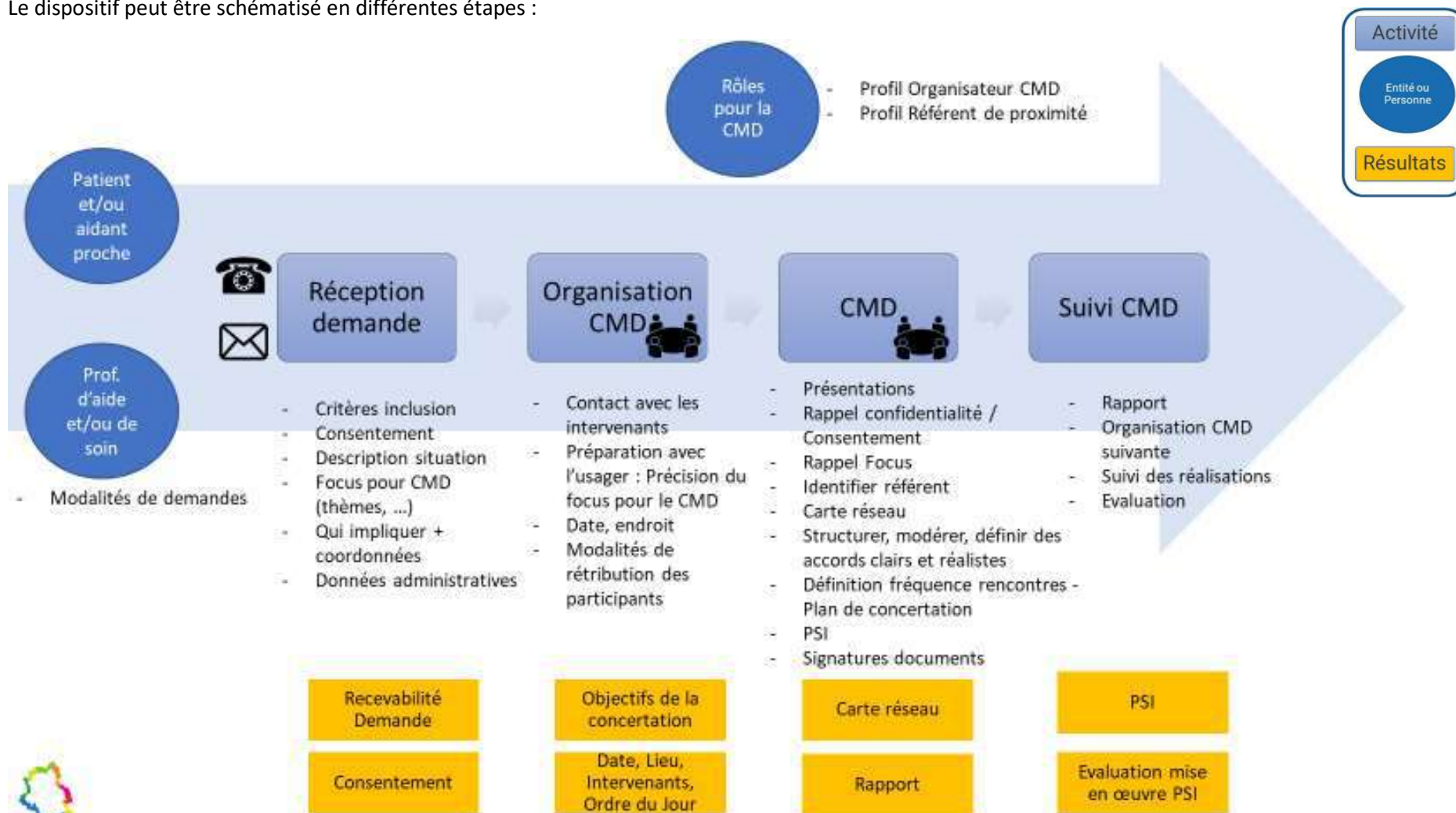
V1 – Mai 2021 Auteur : Nicolas Claus – Brusano

V2 – Juin 2021 Relecture : François Wyngaerden – Rezone

Maguelone Vignes, Alfredo Caprotti – Brusano

3. Vue synthétique du dispositif :

Le dispositif peut être schématisé en différentes étapes :



4. Approfondissement de chaque étape

4.1. Réception de la demande

4.1.1. Description de l'activité :

L'utilisateur, un aidant proche, un prestataire de soins ou un travailleur social impliqué prend la première initiative et contacte l'organisateur de concertation (le mécanisme de référencement des demandes sera explicité ultérieurement).

L'organisateur de la concertation aborde les sujets suivants avec le demandeur (par téléphone et/ou par e-mail) :

- a. Brève description de la situation, du déroulement de la situation à domicile ou dans le lieu de vie
- b. Si le demandeur a expliqué ou expliquera à l'utilisateur le but de la concertation et s'il y consent.
- c. Décider avec l'utilisateur :
 - Quels sont les thèmes de la concertation, les points à l'ordre du jour ?
 - Qui est assis autour de la table ? Quelles sont les coordonnées (nom, organisation, adresse, numéro de téléphone, adresse électronique) ? Les aidants proches doivent-ils être impliqués ?
- e. Après ou pendant la discussion avec l'utilisateur : Collecte des données de base / données administratives pour compléter le plan de soins, en préparation de la concertation (numéro de dossier du plan de soins, vignette mutuelle du patient, ...) ?

L'organisateur de concertation examine la recevabilité de la demande au moyen des critères d'inclusion du patient (voir document séparé à ce sujet).

4.1.2. Points d'attention :

- Il est important aussi d'évaluer les situations pour lesquelles une CMD n'est pas indiquée ou absolument nécessaire (voir critères d'inclusion développés dans un document séparé)
- Une concertation est souvent demandée dans des moments de rupture de réseau ou de transition importants pour l'utilisateur, ou demandée par un intervenant qui se trouve en situation délicate par rapport au suivi d'un usager, il est conseillé d'en tenir compte et d'approfondir ces circonstances.

4.1.3. Outils disponibles (non exhaustif) / requis :

- Fiche de demande de concertation
- **Requis** : Fiche critères d'inclusion du patient (explicité dans un document séparé)

4.2. Organisation de la concertation

4.2.1. Description de l'activité :

- Prise de contact et visite auprès de l'utilisateur afin de préparer la concertation :
 - o Précision et décision sur les objectifs à atteindre avec la concertation
 - o Identification du lieu le plus approprié pour la concertation (idéalement : le domicile ou le lieu de vie de l'utilisateur)
 - o Confirmation du consentement si cela n'a pas déjà été fait lors de la réception de la demande, ainsi que l'accord sur les intervenants qui seront présents.
 - o Premier travail pour identifier le réseau autour de l'utilisateur.
- En fonction de l'accord avec l'utilisateur, prise de contact avec tous les prestataires d'aide et de soins : demander les disponibilités (horaires) et évoquer leur point de vue sur la situation (accords au sujet de tâches, situations problématiques récurrentes, ...). Le premier contact peut être établi avec les soignants dont l'agenda est le plus chargé (par exemple, les médecins).
- Une heure et un lieu sont déterminés et tous les partenaires sont contactés.
- Le cadre de rémunération est explicité aux intervenants (celui-ci est explicité dans un document séparé).
- Ces rendez-vous et les points de l'ordre du jour sont confirmés à l'utilisateur et à tous les partenaires au moyen d'un courriel d'invitation/confirmation.

4.2.2. Points d'attention :

- Consentement : expliquer au bénéficiaire qu'il n'y a pas d'obligations de résultat, que le consentement peut être retiré, que dans ce cas-ci la concertation est en stand-by et peut être réactivée
- Le principe de base est que l'utilisateur doit être présent à la concertation. Dans le cas où il refuse, il convient de le rassurer la personne qu'elle peut à tout moment changer d'avis. Il peut être envisagé aussi de le sensibiliser en présence d'une personne de confiance dans l'entourage du bénéficiaire.
- S'il faut donner des priorités pour les intervenants d'aide et de soins qui doivent être présents, le rôle et le « poids » de chaque intervenant doit être lu sur la base du sociogramme et de l'analyse de la situation
- A ce stade-ci dans le cadre du projet pilote, il n'y a pas d'intervenants d'aide et de soins qui doivent absolument être présents à chaque concertation (ex : médecin traitant).
- Stimuler la présence des aidants proches lorsque nécessaire et s'assurer que leur présence contribue bien à la prise en compte des intérêts de l'utilisateur et à renforcer la confiance.

4.2.3. Outils disponibles (non exhaustif) / requis :

- Répertoire ou carte sociale des professionnels d'aide et de soins actifs dans la zone
- Cadre de rémunération des intervenants
- Carte réseau

4.3. Déroulement de la concertation

4.3.1. Description de l'activité :

- Tour de présentation des intervenants présents, en précisant le rôle et la fonction. Présence indispensable de l'utilisateur à toutes les concertations.
- L'accent mis sur le secret professionnel et le consentement de l'utilisateur qui est présent à la concertation
- L'objectif de la concertation établi au préalable avec l'utilisateur : établir des accords clairs sur les tâches, qui fait quoi, formuler des positions communes (par exemple, le renvoi à l'hôpital), qui est le médiateur des soins, ...
- La carte réseau de l'utilisateur est établie et approfondie (sur base de la préparation faite au préalable par l'organisateur de concertation avec l'utilisateur)
- Au cours de la concertation, on peut s'interroger sur le souhait/nécessité d'organiser fréquemment de telles concertations (annuellement, semestriellement, ... ?). S'il y a un consensus à ce sujet, une date peut être fixée immédiatement.
- La tâche de l'organisateur de la réunion pendant la réunion est : (1) de structurer, (2) de faire la médiation et la négociation et (3) de surveiller le bon déroulement de la réunion, (4) d'enregistrer des accords clairs et réalisables.
- Un « référent de proximité » est identifié parmi les acteurs présents. Il représente les intérêts de l'utilisateur et assure le suivi des accords conclus en veillant à ce qu'ils soient respectés.
- L'organisateur de la concertation est l'administrateur : les accords sont notés ; les documents nécessaires sont signés ; un rapport de la concertation est établi ; les accords éventuels pour la prochaine concertation sont pris.
- NB : Les missions et profils de l'organisateur de concertation et du référent de proximité sont explicités plus loin dans ce document

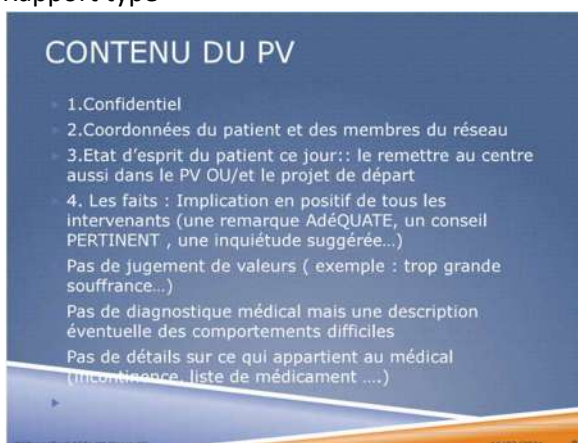
4.3.2. Points d'attention :

- L'ordre du jour est établi au préalable avec l'utilisateur, ainsi que le choix du lieu.
- Lors du consentement, l'organisateur portera une attention particulière au respect du secret professionnel. (voir [source point 7](#))
- Lors de la première concertation, la parole est laissée à l'utilisateur pour qu'il exprime, dans la mesure du possible, la manière dont il définit sa situation et ses objectifs. Une certaine angoisse du patient peut se manifester.
- Si certains soignants ou travailleurs sociaux ne peuvent absolument pas être présents, l'organisateur de la concertation peut leur demander s'ils ont des points à inscrire à l'ordre du jour. L'organisateur de la concertation peut alors inclure ces points dans le rapport.
- Veiller à ce que tous les points de l'ordre du jour soient couverts, à ce que toutes les questions reçoivent une réponse.
- Il est important que chacun ait la possibilité de s'exprimer pendant la concertation.
- Les désaccords entre deux partenaires peuvent être réglés ultérieurement par téléphone ou à un autre moment, et peut être indiqué comme tel en tant que tâche dans le Plan de services et de soin individualisé (PSI, voir plus loin). Cela demande trop de temps pendant la concertation et peut mettre l'utilisateur et les autres acteurs présents dans une position indélicate où il faudrait "choisir son camp".

- Limitations dans le temps et dans l'espace (la consultation doit aboutir à certaines décisions ou accords) et uniquement en présence de l'utilisateur, à moins qu'il n'en soit décidé autrement en raison des problèmes de l'utilisateur (par exemple, lorsque les consultations durent plus longtemps que prévu, on peut demander si cela est possible pour tout le monde ; parler après coup à la porte n'est pas possible et donne l'impression aux usagers et à leur famille qu'on parle derrière leur dos).
- Attention : les physiothérapeutes /pharmaciens ne doivent pas être oubliés lors de l'invitation des partenaires à la CMD.

4.3.3. Outils disponibles (non exhaustif) / requis :

- **Requis** : carte réseau (ex : [Egonet](#) Outil informatisé pour carte réseau)
- Voir formation Martine Massart
- Rapport type



PREMIER ENTRETIEN : OUTILS DE TRAVAIL

1. Outil d'information: Lecture de la présentation
2. Outil de communication: Gestuelle
3. Outil Levier: La Résonance
4. Outil d'échange : Demande exprimée, les premières phrases
5. Outil structurant : mise en place du cadre
6. Outil d'interprétation: Demande implicite, démarche Socratique/Rogérienne ... démarche en spirale
7. Outil de construction :alliance au système de fonctionnement
8. Outil de travail : les objectifs =Plan de soins



4.4. Evaluation et Suivi de la concertation

4.4.1. Description de l'activité :

Après la concertation, le rapport est traduit dans un plan de services et de soins intégré (PSI), indiquant les objectifs à atteindre ainsi que les tâches pour y parvenir précisant avec quel professionnel d'aide et de soins. Le PSI est partagé avec l'utilisateur et tous les professionnels d'aide et de soins concernés et pour lesquels l'utilisateur a précisé son consentement. La date d'une éventuelle concertation ultérieure est également mentionnée ici.

4.4.2. Points d'attention

- Stimuler l'utilisation d'outils électroniques sécurisés pour formaliser le PSI et faciliter son partage
- Possibilité de remobiliser une CMD même si cela n'a plus été nécessaire depuis longtemps.

4.4.3. Outils disponibles (non exhaustif) / requis

- **Requis** : Plan de services et de soins individualisé : PSI

5. Rôles essentiels : l'organisateur de concertation et le référent de proximité

5.1. L'organisateur de concertation :

5.1.1. Rôle et objectif de la fonction

La fonction consiste à organiser les concertations cliniques multidisciplinaires autour d'une situation clinique spécifique, en présence du patient, et en soutien du réseau d'intervenants d'aide et de soins impliqués.

5.1.2. Profil, activités et compétences

Il s'agit d'une personne en position tierce et neutre par rapport à la situation, qui joue un rôle de facilitateur et d'organisateur pour la concertation.

Activités :

- L'organisateur de CMD identifie les objectifs de l'utilisateur avec lui
- Il organise la rencontre avec les différents intervenants
- Il réalise une **carte réseau** avec l'utilisateur afin d'identifier le réseau autour du patient
- Connaissance des acteurs du réseau
- Lors de la séance, il modère la concertation, identifie le « référent de proximité » et, avec le référent de proximité, va tâcher de faire émerger un plan d'action, des modalités de travail en commun, une répartition des rôles et une planification des activités, réellement en adéquation avec les objectifs de l'utilisateur : un réel **plan de services et de soins individualisé (PSI)**.
- Il rédige le **rapport** de la concertation

Compétences :

- Modération de groupe afin que chaque acteur puisse s'exprimer en pondérant les effets d'imposition de compétences
- Ecoute active, empathie
- Gestion de conflits
- Organisation
- Savoir convaincre et motiver les différents intervenants présents à la concertation
- Etc ...

Formation :

- Formation Psychosociale et/ou de soins
- Atouts : formation en santé mentale, coaching, systémique, PNL, ...

5.1.3. Niveau de confiance avec l'utilisateur

Pas de lien clinique avec le patient. Par contre, une attention particulière doit être portée à la création d'un lien de confiance dès la première rencontre, lors de la définition des objectifs pour la concertation.

5.1.4. Points d'attention

- Chaque cas est différent, c'est pourquoi on souligne l'importance d'organiser des interventions entre organisateurs de concertations afin de croiser les expériences.
- Les formations pour cette activité doivent être ponctuées de mises en situation et de jeux de rôles, un coaching peut aussi être proposé pour rafraîchir les compétences des organisateurs et les faire évoluer (par ex : distanciel / présentiel).
- Nécessité de garantir une charge de travail constante pour garder le pool d'organiseurs de concertation actifs et mobilisés

5.2. Le référent de proximité

5.2.1. Rôle et objectif de la fonction dans le cadre de la CMD

- Dans le cadre de la CMD, le référent de proximité est identifié par l'utilisateur, avec l'aide si nécessaire de l'organisateur de concertation. Il arrive souvent qu'il soit déjà identifié par l'utilisateur avant même la demande de mise en place du dispositif de concertation. Il peut aussi être lui-même demandeur d'une concertation pour un usager dont il est référent.
- Il est en charge de l'élaboration et du suivi de la mise en œuvre du plan de service et de soins individualisé
- Il assure la coordination du réseau de soutien d'un usager afin d'atteindre les objectifs établis dans le PSI, tout en étant attentif à conserver une place centrale à l'utilisateur et à son projet.

5.2.2. Profil, activités et compétences

- Il s'agit de la personne qui va établir un PSI cohérent en fonction des objectifs de l'utilisateur et réaliser son suivi avec les différents acteurs du réseau impliqués.

Activités :

- Au cours de la concertation entre les différents professionnels d'aide et de soin, il contribue à l'identification du PSI avec l'utilisateur. D'un côté, l'organisateur de concertation va tâcher de faire émerger un plan d'action en réelle adéquation avec les besoins de l'utilisateur, d'un autre côté le référent de proximité va s'assurer de définir les modalités de travail en commun, la répartition des rôles entre les intervenants et la planification des activités du **PSI**.
- Ensuite, il devra s'employer à « **faire vivre le réseau** » afin que le PSI soit **mis en œuvre et suivi**, conformément aux objectifs de l'utilisateur et restant particulièrement attentif au secret professionnel qui cadre l'échange d'information.

- Compétences : (voir [sources Point 6](#))

- Accueillir, écouter
- Veiller, prévenir, anticiper
- Mettre des limites et passer le relais
- Rôle multifacette et à géométrie variable

- Suivre et évaluer
 - Savoir convaincre et mobiliser les autres intervenants
 - Etc...
- Profession : la fonction de référent de proximité peut être endossée par tout professionnel social santé, mais aussi par les aidants proches.

5.2.3. Niveau de confiance avec l'utilisateur

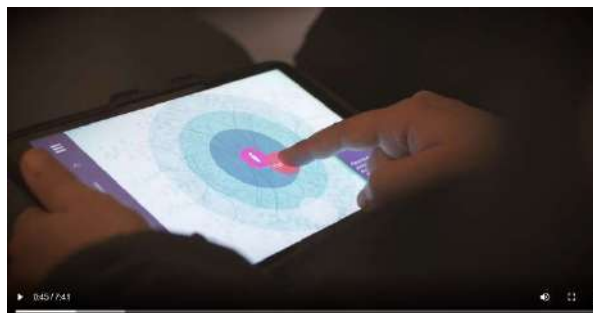
- Le référent peut être désigné par l'utilisateur lui-même, être celui avec lequel il a le meilleur contact ou être la personne qui le connaît le mieux, par exemple parce qu'elle l'accompagne depuis longtemps ou parce qu'elle a des contacts plus réguliers avec lui.
- En fonction des cas, le référent peut d'une part avoir une fonction d'intermédiaire, d'organisateur du réseau de la personne, sans être lui-même impliqué dans l'accompagnement. Ou d'autre part, le référent peut être un intervenant d'aide ou de soin qui assume une part de l'accompagnement défini dans le PSI avec l'utilisateur.

5.2.4. Points d'attention

- En pratique, il n'est pas facile de garder la centralité de l'utilisateur. « En tant que professionnel de prendre distance par rapport à ses propres objectifs et ne pas les imposer à l'utilisateur, même inconsciemment. Comment ne pas amener la personne à embrasser le discours de la médecine à son propos mais l'aider à garder un discours personnel à propos de sa situation ? » (voir source 5). C'est pour cette raison que l'« organisateur » de concertation est une personne différente, afin de garantir cette neutralité.
- Ce référent est le responsable principal de l'accomplissement du PSI, cela ne veut pas dire qu'il assume tout lui-même mais qu'il garde en permanence une vision globale de la situation et de l'accompagnement de l'utilisateur.
- En cas d'organisation de concertation sur un long laps de temps pour un utilisateur, on peut envisager que la fonction de référent de proximité varie au fil du temps
- Cette fonction de « référent de proximité » peut être rapprochée de celle de « **case manager** ».

6. Liste récapitulative des outils requis

- Fiche critères d'inclusion du patient (explicité dans un document séparé)
- Carte réseau - (ex : [Egonet](#) - Outil informatisé pour carte réseau)



- PSI – Plan de services et de soins individualisé – illustration ci-dessous

Mes Besoins, Objectifs ou/et Projets

- Mes Besoins sont (besoin de secours, d'aide, d'être entouré, besoin de soutien, stabilité, ...)
- Mes Objectifs de façon générale (avoir de chez soi, rencontrer d'autres personnes, trouver un logement, trouver une activité, un travail...)
- Quels projets je souhaite développer :
- Ce que je souhaite éviter :

Référent : personne ou service désigné par le propriétaire pour actualiser, transmettre :

🧑 Nom, prénom
 📞 Téléphone
 📍 Adresse
 📍 Lieu

Nom, prénom	Services et/ou rôles	Coordonnées (adresse mail, téléphone)	Je partage mon PSI avec

Acteurs, personnes ressources actives ou potentielles

Pour compléter la liste des personnes ressources, vous pouvez vous aider de la carte réseau Actualisé le : .../.../...

Date : ___ / ___ / ___

Synthèse évolutive

Objectif/Besoin Quoi ?	Étapes et Actions à mener Comment ?	Par / avec Qui ?	Priorité - Quand ?	🚨 Contact urgent
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>

MES limites sont :

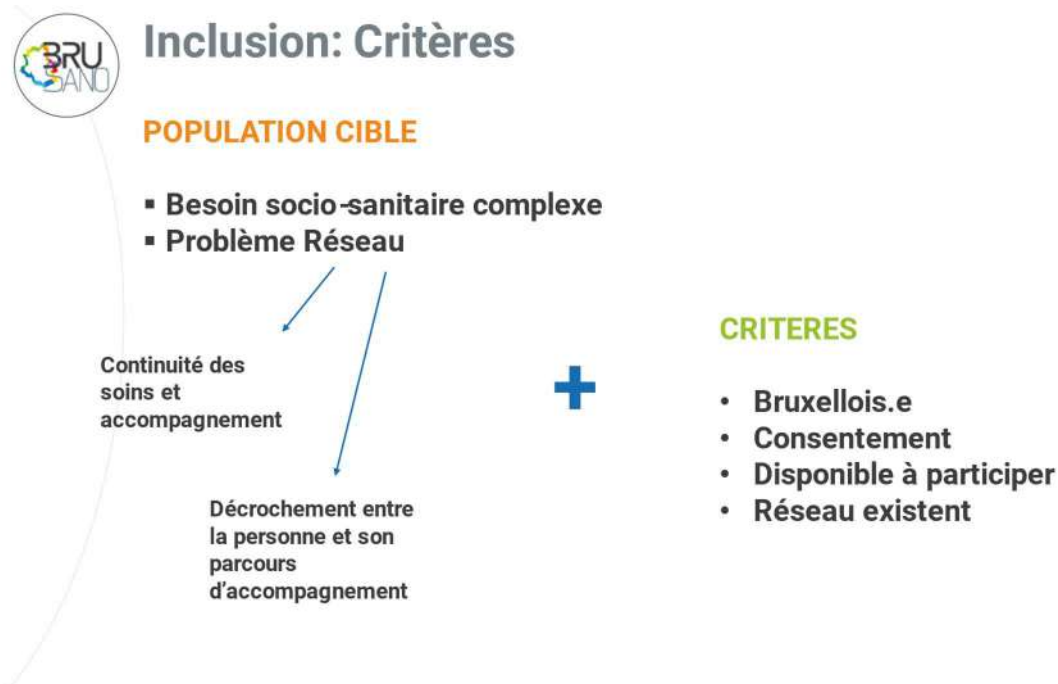
Note complémentaire à la date du :

7. Sources et contributions

1. BOT : Draaiboek MDO – Fev 2018
2. Formation à l'organisation de CMD – 5 jours – donnée par Martine Massart et organisée par Rezone - Fev 2019
3. Présentation PSI – Janvier 2018
4. Carte réseau Egonet : <https://uclouvain.be/fr/instituts-recherche/irss/egonet.html>
5. Le.a coordinateur.trice du réseau de soutien de l'utilisateur, en santé mentale – Dec 2019
6. BOOST : Communauté de pratique des référents de proximité – mai 2019 – Mars 2020
7. Santé mentale : secret professionnel et pratiques de réseau ([lien](#)) – Fev 2016
8. 29/4/2021 Discussion avec acteurs santé mentale qui coordonnent, organisent et/ou réalisent des concertations multi-disciplinaires. Ci-dessous, la liste des présences au groupe de travail.

	Nom	Organisation	Présent	Excusé
1	Francois Wyngaerden	Rezone	1	
2	Laura	Rezone	1	
3	Amélie Lecomte	Bxl Est	1	
4	Sarah Walravens	Atome	1	
5	Ambre Buldo	Atome	1	
6	Dorrit Moortgat	Bruzel	1	
7	Hendrik-Jan Stals	Thuiszorgcentrum Socialistische Mutualiteit van Brabant	1	
8	Sylvie Detaille	Norwest	1	
9	Mazlum Kara	Rivages / Dyonisos	1	
10	Patrick Janssens	Hermes Plus		0
11	Nicolas Claus	Brusano	1	
12	Alfredo Caprotti	Brusano	1	
13	Maguelone Vives	Brusano	1	

Annexe 3 : Critères d'inclusion



1. Population cible

Toute personne qui présente :

- **Un besoin socio-sanitaire complexe** avec un impact multiple (médical / social / psychologique) qui nécessite la prise en charge par un réseau multidisciplinaire d'intervenants.

Et au moins l'un des suivants :

- **Problème de continuité des soins et des accompagnements :**
 - en rupture partielle, ou à risque de rupture de soins
 - en phase de transition problématique
 - personnes qui vivent un moment dans leur parcours où elles sont prêtes à passer à quelque chose de plus stable, mais leur réseau peine à les accompagner
 - qui vivent des facteurs déstabilisants survenus, pour faire face auxquels et prévenir ainsi une situation de crise le réseau nécessite de se renforcer / adapter
 - entourés d'un réseau de soins et d'accompagnements dysfonctionnel

- en manque d'un acteur qui assure le processus de communication, d'échange et d'ajustement des différents acteurs et l'harmonisation du plan d'intervention
- manque de confiance entre les acteurs du réseau
- réseau complexe ou en situation de crise. La personne fait des demandes multiples et tourne dans les dispositifs de soin ; la personne épuise le réseau en augmentant le risque de rechute/aggravation de sa condition
 - confronté à un changement abrupt des personnes de référence
 - ...
- **Décrochement entre le système des priorités de la personne et le parcours d'accompagnement / thérapeutique en cours :**
 - Non-compliance
 - Non-confiance entre la personne et un ou plusieurs acteurs
 - Barrière linguistique/culturelle
 - Conflit entre besoins sociales et sanitaires
 - ...

2. Critères

Tous les suivants :

- Faisant partie de la Population Cible
- Vivant sur le territoire de Bruxelles (même en statut irrégulier, même temporairement)
- Consentement à la mise en place du dispositif autour de sa situation (→ voir note)
- Disponible à participer aux séances de CMD (→ voir note)
- avec un réseau existant, même si incomplet, composé par au moins 2 professionnels plus éventuellement des figures complémentaires (aidants, proches, volontaires...), dont les acteurs peuvent être identifiés. Le réseau doit idéalement inclure une personne avec un lien de confiance avec le bénéficiaire, qui peut aider à l'analyse de la situation, faciliter le lien entre le bénéficiaire et le dispositif et remplir la fonction de référent de proximité. Des situations particulières, où des besoins socio-sanitaires complexes sont suspectés sans pouvoir clairement identifier un réseau, peuvent être amenés à l'attention d'un organisateur de concertation qui fait une évaluation préliminaire pour vérifier si la mise en place d'une concertation est indiquée ou pas.

Exemples de situation / bénéficiaire

- | | |
|-------------------------------|------------------------------|
| • Santé mentale | • Enfants de rue |
| • Sortie d'hospitalisation | • Aînés en perte d'autonomie |
| • Enfants / maternité | • Handicap |
| • Sans domicile fixe | • ... |
| • Pathologie chronique | |
| • Séjour irrégulier / migrant | |
| • Justiciable | |
| • Usagers de drogues | |
| • Travailleur.se du sexe | |

3. Notes

- ❖ **CONSENTEMENT** : Le système de priorités du patient, la prise en compte de ses besoins tel qu'il les exprime dans l'intervention sur le réseau et leur harmonisation dans le plan d'intervention est au cœur de l'approche méthodologique de la CMD : si le patient ne donne pas son accord et ne souhaite pas avoir un rôle dans la définition du plan d'intervention, ce dispositif n'est pas approprié et il faudra s'orienter vers des méthodologies autres, complémentaires. L'expression formalisée et officielle du consentement peut d'ailleurs décourager certaines personnes (notamment dans la grande précarité) et représenter un frein potentiel à l'inclusion. Le consentement peut donc être acquis même oralement, de manière souple, à construire par phases : d'abord au sein de la relation de confiance avec une personne de référence pour le patient, en suite par la première prise de contact entre le modérateur de concertation et le patient, pour aboutir à son réel accord pour la mise en place de la CMD.
- ❖ **PARTICIPATION** aux séances de CMD : La participation directe du patient est la manière privilégiée de garantir l'adhérence du processus aux priorités du patient. Elle est donc à la base de la méthodologie. Au cas où cela pose un frein effectif au consentement elle est de toute façon à encourager par la construction de modalités adaptées (par ex. via la médiation d'une personne avec laquelle le patient a un lien de confiance, qui peut éventuellement accompagner physiquement le patient du lieu de vie à la séance de CMD, ou la séance peut être organisée au sein d'un lieu fréquenté et rassurant pour le patient...): ...)
- ❖ **LIEN DE CONFIANCE** : pour la mise en place d'une CMD deux figures sont nécessaires :
 - *Organisateur de Concertation* (professionnel externe qui agit sur et avec le réseau, structure le processus et modère la concertation d'une perspective « tierce » pour la piloter vers l'aboutissement d'un plan d'intervention) et
 - *Référent de Proximité* (professionnel en lien d'accompagnement et de confiance avec le patient, qui assure et coordonne la réalisation du plan d'intervention)

Le Référent de Proximité alimente sa fonction grâce au lien de confiance (non exclusif) avec le patient, qui peut arriver jusqu'au mandat de le représenter au sein de la concertation (toujours, idéalement, en sa présence). Cette casquette de « *Représentant* » peut toutefois être externalisée à une troisième personne, professionnelle ou pas, si le patient le souhaite et si cela s'avère fonctionnel à l'inclusivité du dispositif.

4. Critères d'arrêt / mise en STAND-BY

L'arrêt ou mise en stand-by est une décision concertée.

Suite à la décision de ne pas prévoir une séance successive, le dispositif reste quand même disponible et rapidement re-activable.

En cas de mise en stand-by / arrêt de la concertation il faut garantir au maximum la continuité des soins et une orientation adéquate du patient.

Critères :

- Le bénéficiaire ne répond plus aux critères d'inclusion : il n'habite plus à, ou devient introuvable sur le territoire de Bruxelles ; il retire son consentement ou souhaite arrêter la CMD ; etc...
- Sortie de la population cible pour une amélioration de la situation (succès de la concertation)
- La concertation déclenche des effets plutôt négatifs pour le patient (par ex. à niveau santé mentale). Si ce n'est pas le patient lui-même à demander qu'on arrête, toute personne impliquée dans la concertation peut « sonner l'alarme » ; l'Organisateur et le Référent évaluent la situation, éventuellement à l'aide d'actions intermédiaires (par ex. une évaluation psychologique), pour adapter le processus ou confirmer la mise en stand-by.
- Le dispositif, après plusieurs séances de concertation et une période de suivi adéquate, n'aboutit à aucune amélioration de la situation qu'en a déterminé la mise en place (un problème de coût-efficacité se pose dans ce cas-ci). L'absence d'avancements est discutée avec le réseau et si aucune solution est envisageable la concertation est mise en stand-by.

Annexe 4: Liste des partenaires contactés

1 / 1

Source	Nom	Service	Type de service
Formé à la concertation (M. Massart)	Laura Villafranca	Équipe mobile 107-précarité	Équipe précarité
Formé à la concertation (M. Massart)	Aurélié Vital	Équipe mobile 107-précarité	Équipe précarité
Formé à la concertation (M. Massart)	Ambre Buldo	Atome (Service d'orientation et de concertation)	Service d'orientation et de concertation
Formé à la concertation (M. Massart)	Sarah Walravens	Atome (Service d'orientation et de concertation)	Service d'orientation et de concertation
	Laurent Vanderbeque	Clinique Titeca Clinique Titeca Clinique Titeca Clinique Titeca	Coordinateur des équipes mobiles équipe mobile TELA équipe mobile EOLIA équipe mobile MAYA
Formé à la concertation (M. Massart)	Jana Bongaerts	Centre de santé mentale Antoin Artaud	Service de santé mentale
Formé à la concertation (M. Massart)	Olivia Carlier	Centre de santé mentale Antoin Artaud	Service de santé mentale
Formé à la concertation (M. Massart)	Francoise Schuren	Centre de santé mentale Antoin Artaud	Service de santé mentale
Initiateur du projet	Patrick Janssens	Centre de santé mentale Antoin Artaud	Coordinateur
Formé à la concertation (M. Massart)	Rachida El Azhari	BW Thuis (habitation protégée)	Habitation protégée
Formé à la concertation (M. Massart)	Bénédicte Leloup	WGC De Brug (Maison médicale)	Maison médicale
Formé à la concertation (M. Massart)	Nathalie Philippart	Service de médiation locale, Molenbeek	Service de médiation locale
Formé à la concertation (M. Massart)	Catherine Colson	L'Ilot (Maison d'accueil)	Maison d'accueil
Formé à la concertation (M. Massart)	Elisabeth Maquet	Maison médicale Santé Plurielle	Maison médicale
Formé à la concertation (M. Massart) + Initiateur du projet	François Wyngaerden	Rézone	Réseau Santé
Formé à la concertation (M. Massart)	Alain Rozenberg	Centre Médical Projet Lama	Service assuétudes
Initiateur du projet	Sylvie Detaille		
Initiateur du projet	Amélie Lecomte		
Initiateur du projet	Mazlum Kara		
	Fabienne Ellebecker		case manager
Expérimente la concertation MDO	Dorrit Moortgat		
Expérimente la concertation MDO	Hendrik Jan Stals	Thuiszorgcentrum Socialistische Mutualiteit van Brabant	
Expérience concertation au sens large	Dr Lemaire	Clinique de la concertation	
	Florianne Deboisse	Assistance sociale : Maison médicale Watermael	
Expérience concertation au sens large	GOUGNAUD Solenne	Senior Solidarité	
Expérience concertation au sens large	Stéphane Michel	Senior Solidarité	
Expérience concertation au sens large	Caroline Crasset	ASD	
Expérience concertation au sens large	Aurélié Ladrière	CSD	
Expérience concertation au sens large	Julie Gosuin	MM + FAMGB	
Expérience patient	Dominique Rosenbergh	LUSS	
Expérience patient	Annick Delépine	expert du vécu	
Fonction 0,5	François Poncin	SamPass - assuétude	
Fonction 0,5	Bosman Catherine	CHU Saint-Pierre	Hopital
Fonction 0,5	Roland Michel	Projet LAMA	Service dédié Bas seuil
Fonction 0,5	Ryckmans Pierre	Infirmeries de rue	Service dédié Bas seuil
Fonction 0,5	Clapuyt Vincent	MASS de Bruxelles	Service dédié Bas seuil
Fonction 0,5	Stephane Heymans	CSD	Centre de coordination
Fonction 0,5	Christophe Barbut	CMG/FAMGB/MdM CPAS Bruxelles - centres et Services pour personnes avec handicap	CPAS
Fonction 0,5	Carrière Vincent	avec handicap	CPAS
Fonction 0,5	Lanckmans Ingrid	Kind en Gezin	Santé petite enfance
Fonction 0,5	Santantonio Maud	Samusocial	Service dédié Bas seuil
Fonction 0,5	Nguessan Mélissa	Samusocial	Service dédié Bas seuil
Fonction 0,5	Husson Eric	Projet LAMA Coordination de l'Action Sociale de Schaarbeek (CASS) / CPAS 1030	Service dédié Bas seuil
Fonction 0,5	Salazar Celia	CPAS Bruxelles - centres et Services pour personnes avec handicap	CPAS
Fonction 0,5	Noémie Grailet	MdM	Service dédié Bas seuil
Fonction 0,5	Amélie Deprez	MdM	Service dédié Bas seuil
Boost	Marie Robeets	réf hospi St Jean	
Boost	Sophie Vanhelleputte	Soins à Domicile (SAD - centre de coordination)	
P3	Kevin De France	ergo indépendant - travaille aussi à partenamat infirmiere santé com maison médicale	
Boost	Marilyn Magerotte	enseignement	
Boost / P3	Béatrice Theben		
Fonction 0,5		réseau Bitume	
Expérience concertation au sens large		Interligne	
		Service social des mutuelles	
Fonction 0,5		Athena	
		FDSS	
		Cap Care	
Expérience concertation au sens large		Smes	
		Medikureghem - De Brug	
Expérience concertation au sens large	Sophie Raes	Bru Stars	case manager
Expérience concertation au sens large	Catherine lukaschewitsch	Bru Stars	case manager
Expérience concertation au sens large	Kathleen coppens	Bru Stars	coordinatrice
Expérience concertation au sens large	Béline Noé	Bru Stars	case manager
Contact interne	Anne renders	Born In Brussels	
Contact interne	Flora	Wheels Of Care	
Ainés - Ligue	Sylvie Veydt		
Contact interne	Alain Steygers		
Contact interne	Véronique Morelle		
Fonction 0,5	Yael Abdissi	CASAF/SYNER SANTE - Petits riens	Directeur
Fonction 0,5	Christophe Henrion	L'ambulatorie Forest	Responsable institutionnel
CDP 1030	Naima El Jebari	CDP 1030	
CDP 1030	Pierre Piret		
CDP 1030	Sarah Roland		
CDP 1030	Marie Robeets		
			anime cette Cdp mais aussi à partir de ces permanences des « ruches » qui sont en contact direct avec des personnes âgées fragilisées du quartier brabant
CDP 1030	Sonia	Citisen	
Contact interne	Annick	Pharmacien	
Contact interne	Najim	Pharmacien	
Contact interne	Luc	Pharmacien	
Fonction 0,5	Vinciane Saliez	I.Care	
		PRISME (SPAD Norwest)	
Fonction 0,5		Le pilier	
		MM Jean Jaurès	
		LBSM	
Partenaires inclusion	Catherine Ballant	Soins chez Soi	
Organisateur Concertation	Nathalie Dehaibe	Soins chez Soi	
Organisateur Concertation	Soraya Bajja	Soins chez Soi	
Help Desk	Sonia Van Impe	CPAS Schaarbeek	

Annexe 5 : Fiche recevabilité

DEMANDE INITIALE

Cette phase est ANONYME : BRUSANO ne connaît jamais le nom de la personne concernée ou autre info qui peut l'identifier

Le but est

- *Screening recevabilité de la demande*
- *Premières indications pour Organisateur qui contactera la personne pour confirmer (ou pas) la mise en place du dispositif et préparer la concertation*

Date de la demande initiale :

DEMANDEUR

Nom/prénom :

Organisation :

Lien avec la personne concernée :

Modalités de contact :

Tél/GSM :

e-mail :

autre :

PERSONNE CONCERNEE (anonyme !)

Age :

Lieu de vie :

Commune de résidence :

Description de la situation / raison de la demande

Antécédents de Concertation :

Langue de la concertation / besoin interprète – médiateur :

ANALYSE DE LA RECEVABILITE

Population cible

Besoin complexe avec impact :

- Somatique / Médical
- Psychologique
- Social

Explicitez :

Nécessité de prise en charge par un réseau multidisciplinaire

Analyser particulièrement les facteurs pour lesquels les différents problèmes ne peuvent pas être gérés indépendamment les uns des autres

Explicitez :

Problème de Réseau : (voir fiche « Critères d'inclusion »)

- Continuité des soins /accompagnements
- Décrochement entre priorités de la personne et accompagnement en cours

Explicitez :

CHECK LIST

- Fait partie de la Population Cible Oui Non
- Vivant en Région Bruxelles Capitale Oui Non
(même en statut irrégulier, même temporairement)
- Consentement écrit oral à construire (*annotations...*)
- Disponible à participer à la concertation Oui à discuter (*annotations...*)
- Réseau existant Oui Non à investiguer
(au moins 2 professionnels → rôle ? ex MG, AS...)

STATUT PRISE EN CHARGE A CE STADE

Oui

→ ORGANISATEUR :

Notes pour l'organisateur :

Sous condition (évaluation ultérieure par Organisateur)

Notes :

Non

Annexe 6 : Liste des organisateurs de concertation du pool

	Quelle est votre nom et prénom ?	Quelle est votre formation ?	Quelle est votre fonction actuelle et dans quelle organisation ?	langue pour concertation
1	Boivin Christine	Infirmière graduée spécialisée en santé communautaire et éducatrice en diabetologie	Infirmière indépendante et éducatrice en diabetologie	FR
2	Colson Catherine	Assistante sociale + master en ingénierie et action sociale	L'îlot	FR
3	EL AZHARI Rachida	Ergothérapeute	Coordinatrice IHP Thuis	FR & NL
4	Dehaibe Nathalie	Coordinatrice Sociale	Soins chez Soi	FR
5	Soraya	Coordinatrice Sociale - Soins chez Soi	Soins chez Soi	FR
6	Efratas Valérie	Assistante sociale	RAQ Medikureghem	FR



ANDRÉ HENRY

OBJECTIF *Au service des professionnels de l'accompagnement, des soins et de l'aide aux personnes*

Cap Care propose des services sous-tendus par 4 modèles qui répondent aux besoins actuels des soignants, des patients et de leurs proches ainsi que des institutions.

Ces quatre modèles (Eclaire, Compas, Phare et Ancres) développés par Cap Care, sont le fruit de notre expérience dans le secteur des soins de santé. Nous nous y référons systématiquement à travers l'ensemble de nos activités d'accompagnement, de formation et d'intervention.

EXPERIENCES PROFESSIONNELLES

Création de Cap Care, association au service des professionnels de l'accompagnement, des soins et de l'aide aux personnes, qui propose des activités d'accompagnement, formation et intervention : depuis 2015

Chargé de missions en gestion des ressources humaines pour le CHU UCL Namur : décembre 1999 à décembre 2018

- **Formateur** : conception, organisation et animation de formations dans le domaine des relations humaines : clinical leadership, gestion de l'agressivité et des émotions, travail en équipe, communication interpersonnelle...
- **Coach** pour les infirmiers en chef et cadres de proximité
- **Intervenant** pour les équipes en difficultés : analyses de situations, entretiens individuels ou collectifs, accompagnement des équipes

Formateur pour le Département Fors de l'Henallux : depuis 2012

Médiateur dans le cadre de la législation sur les droits du patient : 2011 à 2015

Professeur de communication à temps partiel pour la Haute Ecole Provinciale de Namur : 1998 à 2000

FORMATION

Université Catholique de Louvain :

Diplôme d'études complémentaires en **sociologie** : 1997

Licence en **communication sociale** : 1996

FORMATIONS COMPLEMENTAIRES

Formation à la posture d'accompagnant évolutif et intégratif- ATANOR

Certificat en gestion de conflits et situations de violence - CDGAI

Diplôme en dynamique de groupes et psychologie sociale- CDGAI

Certificat interuniversitaire en gestion de la formation et du changement dans les organisations - FUNDP / UCL / Sherbroeck

COMPETENCES

Capacité à poser un diagnostic précis relatif au fonctionnement d'un service ou d'un département – Intelligence émotionnelle – Ecoute active – Adaptabilité – Pédagogue – développement de l'intelligence collective

CENTRES D'INTERET

Pratique de la méditation

Pratique de la guitare et du piano



CLAIRE VAN CRAESBEECK

OBJECTIF *Au service des professionnels de l'accompagnement, des soins et de l'aide aux personnes*

Cap Care propose des services sous-tendus par 4 modèles qui répondent aux besoins actuels des soignants, des patients et de leurs proches ainsi que des institutions.

Ces quatre modèles (Eclaire, Compas, Phare et Ancres) développés par Cap Care, sont le fruit de notre expérience dans le secteur des soins de santé. Nous nous y référons systématiquement à travers l'ensemble de nos activités d'accompagnement, de formation et d'intervention.

EXPERIENCES PROFESSIONNELLES

Création de Cap Care qui propose de l'accompagnement, de la formation et de l'intervention au service des professionnels de l'aide aux personnes : 2015

Chargée de projet à l'asbl Similes Wallonie, association de soutien aux proches de personnes atteintes d'un trouble psychique : de 2007 à 2019

- Projet de participation des proches et des usagers en santé mentale à la réflexion et l'organisation des soins dans le cadre de la Réforme des Soins en Santé Mentale en Belgique
- Projets participatifs avec des professionnels, des usagers et des proches (FRB/IGL)
- Élaboration et animation de formations à l'intention des professionnels et des proches de personnes atteintes d'un trouble psychique (modules de psychoéducation)

Psychothérapeute indépendante : depuis 2005

Psychologue à la maison médicale Saint-Léonard : de 2007 à 2015

- Travail de seconde ligne (accompagnement, supervision, création de projets) avec les soignants

Superviseuse au CFEL, école pour éducateurs à Liège : 2006-2007 et 2014-2015

- Travail sur le récit de vie des étudiants en lien avec leur inscription professionnelle

Intervenante à mi-temps dans un espace rencontre enfants-parents à Amay : 2004

Psychologue à l'asbl Sésame, centre pour toxicodépendants et proches à Namur : de 1995 à 2006

- Consultations individuelles, familiales et de couple

Educatrice dans un centre d'autonomie progressive pour adolescentes Bruxelles : 1995

Educatrice de rue bénévole à ICAR Liège. Participation à la création d'un projet théâtral de prévention de la prostitution avec des adolescents : 1993 - 1994

FORMATION

Université Catholique de Louvain :

Licence en **psychologie clinique** : 1992

FORMATIONS COMPLEMENTAIRES

En cours de formation à la psychothérapie sensorimotrice par le Sensorimotor Psychotherapy Institute

Formation à la posture d'accompagnant évolutif et intégratif- ATANOR

Post-formation en systémique - UCL

Master en gestion des émotions – Symbiofi

Ecole de formation théâtrale et vidéo à l'animation socioculturelle - CFA

Formation à l'accompagnement des personnes atteintes du sida - Aide Info Sida

Formation au clown relationnel - Christian Moffaerts, Liège

COMPETENCES

Position méta, prise de recul, vision systémique, écoute active, adaptabilité, créativité dans les processus d'accompagnement

CENTRES D'INTERET

La danse, le mouvement

La littérature et le cinéma

Annexe 8 : Synthèse des contenus des modules de formation

Formation des organisateurs de concertation

1. Les enjeux à travailler en formation :

Les « logistiques » difficiles

Choisir le lieu et le setting, barrière linguistique (outils), autres barrières de communication, difficultés de gestion rdv

Le binôme OC/RPS

Bonne compréhension du rôle de l'OC et du RPS, notamment vis-à-vis du réseau

Identifier la plus-value potentielle de la concertation avant la mise en place

Le « timing » de la concertation (notion d'urgence ou pas, objectifs à étaler sur plusieurs concert /travail réaliste, objectif sur le long term → empowering du réseau ?)

Contact avec les intervenants

- Identifier les participants sur base du réseau tel que perçu par le patient
- Poser un cadre clair aux participants concernant la concertation (objectifs, déroulé, méthode de travail...)

Préparation de la concertation avec le patient

- Construire une relation de confiance avec le patient
- Faire émerger des objectifs clairs à partir des besoins identifiés
- Identifier le réseau du patient à partir de sa perception de celui-ci et en fonction des objectifs
- Obtenir le consentement du patient

Animation de la concertation

- Rester centré sur les objectifs du patient
- Arriver à définir des objectifs réalistes
- Maintenir l'implication du patient durant la rencontre
- Gestion de conflits éventuels entre prestataires à propos de l'accompagnement

Suivi de la concertation

- La rédaction du plan d'actions (qui fait quoi comment pour quand)

2. Les publics visés

2 publics différenciés : personnes ayant déjà organisé une concertation ou non.

Pour les OC en fonction :

- Approfondissement des compétences
- Partage d'expériences et analyse de cas
- Information relative à l'animation d'ateliers Analyses des Pratiques Professionnelles

Pour les nouveaux OC :

- Intégration du processus et de la méthode
- Développement des compétences de base
- Analyse de cas à partir de vignettes cliniques

3. Les modalités pratiques

Nombre de participants par session : 12 maximum

Nombre de sessions : en fonction du nombre d'inscrits

Proposition de formation pour des professionnels n'ayant jamais organisé de concertation :

Module 1 : 1 jour

- Rappel du projet CMD : sa philosophie, ses principes de base, son dispositif et sa méthodologie
- Présentation des différents rôles : OC et référent plan de soins
- Travail autour des représentations des participants concernant la concertation
- Prendre conscience des étapes de la concertation : avant, pendant, après
- La posture professionnelle de l'OC dans le processus de concertation
- Présentation et expérimentation des outils par les participants : carte réseau et PSI

Module 2 : ½ jour

Préparer la concertation avec le patient :

- Apprendre des techniques de gestion émotionnelle : validation et non-jugement
- Apprendre des techniques d'écoute, d'empathie et d'augmentation de la motivation du patient
- Apprendre à formuler des objectifs SMART en lien avec les besoins du patient
- Mise en situation : Simuler un entretien avec un patient
- Identifier les bonnes pratiques
- Travailler la complémentarité des rôles avec le RPS

Contacté et / ou rencontrer les intervenants avant la concertation :

- Travail autour des points d'attention

Module 3 : 1 jour

Animer la concertation :

- Apprendre les techniques d'animation de groupe et de conduite de réunion
- Mise en situation : simuler une concertation

- S'assurer de l'implication du patient et adhésion aux objectifs formulés
- Apprendre à prévenir et gérer les conflits potentiels en cours de concertation
- Identifier les bonnes pratiques

Module 4 : ½ jour

Assurer le suivi de la concertation :

- Faciliter la complémentarité avec le référent plan de soins
- Apprendre à compléter le plan d'actions du PSI durant la réunion
- Prévoir la rencontre suivante

Proposition de formation pour des professionnels ayant déjà organisé une concertation :

Module 1 : 1 jour

- Approfondissement des enjeux liés à la posture professionnelle en tant qu'OC :
 - Auto-évaluation de leur posture sur base du modèle ECLORE et accompagnement dans le développement de leur posture
- Approfondissement de compétences spécifiques au rôle d'organisateur de concertations :
 - À partir de l'expérience des participants en tant qu'OC et en fonction de leurs demandes, cibler et expérimenter les compétences à acquérir

Module 2 : ½ jour

- Partage d'expériences autour des outils utilisés (carte réseau et PSI)
- Identification des pratiques facilitant la collaboration avec le référent plan de soins

Module 3 : ½ jour

- Modélisation du processus CMD (avant, pendant, après) : vers un guide de bonnes pratiques
- Présentation du déroulé relatif à l'animation d'ateliers d'APP

Annexe 9 : Vignettes explicatives des demandes d'inclusion

* * *

Patient 1 : Maladies Chroniques / Hôpital

Patient faisant lui-même la demande d'une CMD. 60 ans, parkinson depuis 2011. Impliqué activement comme Patient Partenaire au sein d'un programme universitaire. Exprime un besoin à ce que différents intervenants hospitaliers et non hospitaliers se rencontrent et que partent de son point de vue dans l'établissement du plan de soin. Au cours de l'approfondissement préparatoire à la concertation l'organisateur estime que la demande réelle se situe à un niveau académique, dans l'objectif d'extrapoler des mesures générales vis-à-vis du dispositif, plutôt que dans le besoin d'accompagnement pour la situation particulière. La concertation est jugée ne pas être nécessaire, ni pouvoir répondre au besoin.

* * *

Patient 2 : Précarité

Patient de nationalité indienne, env. 50 ans. Sans domicile fixe, sans papiers, dort et vit en rue ; barrière linguistique importante. Diabétique, nécessiterait d'un traitement par insuline, impossible en rue ; déjà hospitalisé à plusieurs reprises. Consommation d'alcool (avec notion d'épilepsie sur sevrage), capacités intellectuelles limitées. Connue par plusieurs intervenants professionnels mais peu de réseau social ; une partie de la famille vive en Belgique mais n'est pas une aide concrète. Impasse dans le suivi : ne souhaite pas retourner dans le pays d'origine, peu d'espoir de régularisation (plusieurs démarches déjà essayées, dernière piste bloquée par la non collaboration de son ambassade); peu des possibilités de remise en logement, ou en institution : on trouve des solutions mais il part toujours et, la majorité du temps, dit « aimer sa vie en rue ». Cela rend difficile un suivi médical optimale et sortir de la situation administrative.

* * *

Patient 3 : Précarité

Patiente de nationalité russe, env. 30 ans. Sans domicile fixe, sans papiers, dort et vit en rue ; barrière linguistique. Pronostic vital à court terme pour une cirrhose hépatique très avancée (périodiquement hospitalisée), nécessiterait une greffe de foie mais continue à boire de l'alcool, ni souhaite arrêter. Ne souhaite pas non plus, ou est incapable d'accepter durablement un logement/hébergement, bien que des possibilités en ce sens existent, car elle ne veut pas se séparer du compagnon qui dort en rue avec elle et de la communauté polonaise de la gare ; ceci est un milieu très violent (y compris sexuellement) mais qui constitue pour elle, néanmoins, un repère. Suivi psychologique difficile pour les conditions de vie. Elle est déjà prise en charge par le CPAS, et suivie par un administrateur de biens / avocat spécialisé en droits des étrangers. Réseau très riche mais décrochement important entre ses priorités et l'accompagnement proposé.

* * *

Patient 4 : Maison médicale / pathologie chronique / assuétudes

Patient de env. 60 ans, antécédents de toxicomanie, stable sous traitement substitutif. En rue depuis longtemps, est relogé en 2020 dans un autre quartier, loin de ses repères : il en est éloigné de son réseau, décentré de tous ses habitudes et déraciné. Suivi à niveau logement pas trop efficace : pas de meubles, factures non payées qui s'accumulent dans la boîte à lettres ; monsieur a aussi des difficultés cognitives (perte de mémoire, il perd sa carte bancaire et d'identité...). Sa fille ne s'occupe pas de lui. Il y a quelqu'un qui l'aide pour gérer son argent, mais il n'est pas clair s'il s'agit d'un administrateur des biens légalement mandaté. Le demandeur l'accompagne au-delà de sa mission pour l'aider à suivre correctement le traitement substitutif, vu le risque de perte de compliance médicale. Bien qu'assez capable d'identifier ses priorités et en demande d'aide, le patient est en difficulté à être autonome dans la nouvelle situation, porteuse d'opportunités mais

avec des repères de proximité à reconstruire et nouveaux défis administratifs au quotidien. Réseau large mais insuffisamment structuré pour accompagner la transition : doubles rôles, manque d'un acteur qui à la fois prene la responsabilité de l'accompagnement et en ait le mandat face au patient et au sein du réseau.

* * *

Patient 5 : Assuétudes

Patient d'environ 40 ans, d'origine africaine, vive actuellement en logement social. Aux antécédents, une détention en milieu carcéral où il arrive à se sevrer de son addiction alcoolique. Arrivé en Belgique il y a plusieurs années pour soigner ses problèmes physiques (constipation chronique), pour lesquels il a subi plusieurs interventions chirurgicales (poche intestinale en permanence). La composante hypocondriaque et psychosomatique est difficile à cerner : il se dit victime d'une erreur médicale, fait du shopping médical et demande des avis partout pour chercher reconnaissance et solution (souvent chirurgicale) à ses symptômes. Suivi par un psychiatre, prends un traitement neuroleptique. Assez isolé (sa famille reste dans le pays d'origine) mais avec un réseau d'intervenants social-santé assez nourri autour de lui. Une hospitalisation récente constitue l'occasion pour une sortie sécurisée.

* * *

Patient 6 : Précarité

Belge, env. 40 ans. Vécu en famille jusqu'à 20 ans, il a été en rue, actuellement dans un service d'hébergement non agréé. Problème psychiatrique lourde mais mal définie et pas prise en charge. Paranoïde/ délire structuré, élément psychosomatique-sexuel important et tendance à percevoir le « système » contre lui. Convaincu d'avoir toute une série de pathologies somatiques graves (non objectivables) qu'il guérit avec la masturbation, parfois en public. Tendance à piloter les contacts avec les professionnels hors de leur compétence, à parler des problèmes sociaux avec le médecin et de sa santé avec l'assistant social. Plusieurs hospitalisations en psychiatrie, mais décroche après la sortie. Déjà inclus dans un dispositif de concertation, a un réseau d'accompagnement large mais épuisé. Cependant, monsieur est autonome, capable de gérer son quotidien, de se déplacer, de s'exprimer correctement, d'être ponctuel aux rendez-vous. Sans le refuser a priori, il pense n'avoir pas besoin d'un suivi psychologique ou psychiatrique qu'il voit plutôt comme une étape acceptable pour avoir accès à des droits sociaux (hébergement, travail).

* * *

Patient 7 : Santé mentale / Assuétudes

Patient d'env. 30 ans, d'origine Maghrébine. En Belgique depuis plusieurs années, sans papiers, réseau local plus CPAS et acteurs du secteur assuétudes.

Il y a déjà longtemps, il subit une agression en rue, il y perd sa prothèse oculaire et en reporte un trauma psychologique important. Il est en contact avec un avocat pour se constituer partie civile. Avoir une nouvelle prothèse est pour lui primordiale, mais difficile car hors couverture AMU (à renouveler chaque 3 mois), ainsi que les traitements substitutif et dentaires dont il a besoin. Partiellement en demande donc d'un soutien psychologique et d'un logement ou structure d'hébergement accompagné, mais sa priorité reste liée à des besoins très concrètes et au vécu traumatisant pour lesquels il peine à trouver une réponse adéquate.

* * *

Patient 8 : Aînés / Pathologie Chronique

Personne de env. 55 ans qui souffre de Parkinson, démence légère et trouble de locution, nécessite assistance infirmière (cathéter urinaire en permanence). Vit seul dans son appartement, milieu social défavorisé. Condition de dépendance et perte d'autonomie importante (accordé forfait « C »), pas

suffisamment prise en charge par son entourage familiale, épuisé par la situation ; le réseau professionnel (aide familiale mis en place par le CPAS, assistant social, infirmier à domicile) n'est pas suffisamment outillé par rapport au besoin, où suffisamment engagé (affilié à une mutuelle, le patient a un MG mais est obligé d'être déplacé en chaise roulante pour le consulter). Besoin de plus de continuité dans le contact humain et présence physique d'une personne qui l'aide dans le quotidien, avec une attention à trouver des solutions faisables à niveau financier.

* * *

Patient 9 : Aînés / Santé Mentale

Patiente de 70 ans, double diagnostic santé mentale et santé intellectuelle. Parfois un peu négligente du côté de l'hygiène, madame vit au domicile mais le contrat de bail expire dans un an, nécessaire donc d'envisager une autre solution de logement en temps utile. Le réseau s'est déjà réuni pour se concerter: aides familiales, aide-ménagère, infirmier à domicile, équipe SPAD... : beaucoup d'intervenants engagés qui suivent la personne depuis longtemps, mais difficile d'identifier une figure qui prenne le lead, aussi face, parfois, à des comportements de refus de la part de la patiente. Appel à l'aide pour renforcer le lien et l'alliance thérapeutique avec la patiente.

Annexe 10 : Outil pour faciliter la mesure des résultats et la facturation des partenaires

FACTURATION DES PRESTATIONS REALISEES DANS LE CADRE DU PROJET DES CONCERTATIONS CLINIQUES MULTIDISCIPLINAIRES (CMD)

Informations à destination des organisateurs de concertation

1. Montant des prestations

Le projet pilote est subsidié par la COCOM.

Les montants octroyés dans le cadre de la phase pilote du projet sont les suivants :

Type d'intervenant		Montant par réunion de concertation (en présence du patient)
Organisateur de concertation	1ère concertation	216,39 €
	Concertations suivantes	142,02 €
Réfèrent réseau		99,68 €
Intervenants Aide et Soins présents à la CMD		47,59 €

Remarques importantes :

- Il est important que vous gardiez une vue du temps nécessaire pour réaliser l'organisation de la CMD afin que nous évaluions le plus rapidement possible si ces montants sont suffisants. N'hésitez pas à prendre contact avec Brusano à ce sujet.
- Attention : Les intervenants prennent la responsabilité de vérifier que le montant octroyé n'entre pas en conflit avec d'autres financements éventuels qu'ils perçoivent déjà.
- Si d'autres prestations doivent être remboursées (ex : location d'un local, etc ...), il est important de le faire valider au préalable par Brusano et de l'indiquer dans la ligne « Autres montants » du fichier Excel de suivi annexé à ce document.
- L'organisateur peut bien sûr grouper différentes prestations sur une même facture.

2. Détails à fournir pour la facturation :

Les détails à fournir pour la facturation doivent être intégrés dans l'Excel de suivi et joint à l'envoi de votre facture. Les informations suivantes doivent être complétées (une ligne par prestation) :



1. Nom organisateur de concertation
2. Date de la concertation
3. ID du patient (voir numéro de suivi anonymisé attribué par Brusano)

4. Type de consentement (Ecrit / Oral / Autres - si "Autres" : expliquez en commentaire)
5. Temps passé pour l'organisation de la concertation (y compris la rencontre avec le patient et/ou le référent de la demande) - indiquez votre estimation en nombre d'heures sans tenir compte de la durée de la concertation
6. Durée de la concertation (en heures)
7. Commentaires éventuels (consentement, durée, ...)
8. Montant à rembourser pour la concertation (forfait)
9. Autres montants à facturer (ex : catering, salle, après justification auprès de Brusano)
10. Lieu de la concertation (ex : domicile, salle dédiée, autre ...)
11. Est-ce la première concertation organisée par vous pour ce patient ? (oui / non)
12. Nombre d'intervenants présents
 - a. Quels profils des intervenants présents ? (Veuillez spécifier chaque profil différent)
13. Nombre de personne de l'entourage présents
 - a. Quel lien a l'entourage présent avec le patient ? (Veuillez spécifier chaque lien différent)

3. Fiches de défraiement pour les intervenants présents à la concertation

En annexe au document, vous trouverez une fiche de défraiement pour les intervenants présents à la réunion de concertation. Veuillez utiliser une fiche par intervenant. Si elle n'est pas utilisée, les informations y figurant devront être obligatoirement communiquées pour permettre le paiement des prestations.



**CONCERTATIONS CLINIQUES MULTIDISCIPLINAIRES / MULTIDISCIPLINAIR
KLINISCH OVERLEG:
Prestations réalisées par le REFERENT RESEAU / Diensten verleend door de
NETWERK REFERENTIE**

A envoyer à l'attention de/ Ten behoeve van de vzw BRUSANO asbl
Rue de l'Association - Verenigingstraat , 15 - 1000 BRUXELLES – BRUSSEL
belise.komera@brusano.brussels

<p>STRUCTURE / STRUCTUUR La prestation est à payer à une structure ? De dienst moet worden betaald aan een structuur ?</p> <p>Si oui, indiquer le nom de la structure et son n°d'entreprise / Zo ja, vermeld de naam en het nummer van de structuur.</p>	<p align="center">OUI/JA – NON/NEE</p> <p align="center">.....</p> <p align="center">.....</p>	
<p>NOM / NAAM</p>	<p align="center">.....</p>	
<p>Prénom / Voornaam</p>	<p align="center">.....</p>	
<p>NISS/INSZ (si indépendant/zo zelfstandig)</p>	<p align="center">.....</p>	
<p>Numéro de compte pour le versement / Rekeningnummer voor betaling</p> <p>Au nom de /Op naam van</p>	<p align="center">.....</p> <p align="center">.....</p>	
<p align="center">Patient concerné/ betrokken patiënt :</p> <p align="center">Veuillez indiquer uniquement l'identifiant de référence du patient pour préserver son anonymat / Vermeld alleen de referentie-ID van de patiënt om de anonimiteit te bewaren.</p>		
<p>Nature de l'intervention/Natuur van de interventie</p>	<p>Date/Datum</p>	<p>Montant</p>
<p>Référent réseau/Netwerkreferentie</p>	<p align="center">.....</p>	<p align="center">99,68 €</p>

Fait à Bruxelles, le Gedaan te Brussel, op :

Signature/Handtekening :

Attention / Opmerking : Les intervenants prennent la responsabilité de vérifier que le montant octroyé n'entre pas en conflit avec d'autres financements éventuels qu'ils perçoivent déjà. De belanghebbenden moeten er zelf voor zorgen dat het toegekende bedrag niet in strijd is met andere financieringen die zij eventueel reeds ontvangen.



**CONCERTATIONS CLINIQUES MULTIDISCIPLINAIRES / MULTIDISCIPLINAIR
KLINISCH OVERLEG:
Prestations réalisées par le INTERVENANT AIDE ET SOINS / Diensten verleend
door de HULP-EN ZORGVERLENER**

A envoyer à l'attention de/ Ten behoeve van de vzw BRUSANO asbl
Rue de l'Association - Verenigingstraat , 15 - 1000 BRUXELLES – BRUSSEL
belise.komera@brusano.brussels

<p>STRUCTURE / STRUCTUUR La prestation est à payer à une structure ? De dienst moet worden betaald aan een structuur ?</p> <p>Si oui, indiquer le nom de la structure et son n°d'entreprise / Zo ja, vermeld de naam en het nummer van de structuur.</p>	<p align="center">OUI/JA – NON/NEE</p> <p align="center">.....</p> <p align="center">.....</p>	
<p>NOM / NAAM</p>	<p align="center">.....</p>	
<p>Prénom / Voornaam</p>	<p align="center">.....</p>	
<p>NISS/INSZ (si indépendant/zo zelfstandig)</p>	<p align="center">.....</p>	
<p>Numéro de compte pour le versement / Rekeningnummer voor betaling</p> <p>Au nom de /Op naam van</p>	<p align="center">.....</p> <p align="center">.....</p>	
<p align="center">Patient concerné/ betrokken patiënt :</p> <p align="center">Veuillez indiquer uniquement l'identifiant de référence du patient pour préserver son anonymat / Vermeld alleen de referentie-ID van de patiënt om de anonimiteit te bewaren.</p>		
<p>Nature de l'intervention/Natuur van de interventie</p>	<p>Date/Datum</p>	<p>Montant/Bedrag</p>
<p>Intervenant Aide et Soins/Hulp-en zorgverlener</p>	<p align="center">.....</p>	<p align="center">47,59 €</p>

Fait à Bruxelles, le Gedaan te Brussel, op :

Signature/Handtekening :

<p>Attention / Opmerking : Les intervenants prennent la responsabilité de vérifier que le montant octroyé n'entre pas en conflit avec d'autres financements éventuels qu'ils perçoivent déjà. De belanghebbenden moeten er zelf voor zorgen dat het toegekende bedrag niet in strijd is met andere financieringen die zij eventueel reeds ontvangen.</p>

Ce rapport d'activités spécifique est à lire en complément d'autres documents :

- **Rapport d'activités de Brusano**
- **Plan stratégique - cap 2026**
- **Plan d'action annuel**

À consulter sur [brusano.brussels](https://www.brusano.brussels), rubrique "Publication"



Vers des soins intégrés de proximité
Op weg naar integrale buurtzorg

Helpdesk +32 2 880 29 80
info@brusano.brussels
RPM/RPR : BE0711.719.484

ER/VU : Michel De Volder, rue de l'Association 15 Verenigingstraat, 1000 Bruxelles/Brussel

www.brusano.brussels



COMMISSION COMMUNAUTAIRE COMMUNE
GEMEENSCHAPPELIJKE GEMEENSCHAPSCOMMISSIE