

**Convention entre le Comité de l'assurance soins de santé  
de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité et  
l'Agence wallonne de la santé, de la protection sociale, du handicap et des  
familles (Agence pour une vie de qualité ou AVIQ)  
relative à la mise en œuvre du programme de soins intégrés « Soins et  
accompagnement des femmes enceintes, des enfants et de la famille qui les  
entoure pendant les premiers 1000 jours»**

Vu la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, notamment l'article 56, § 2, premier alinéa, 3°.

Vu l'arrêté royal du 29 mars 2024 fixant les conditions dans lesquelles le Comité de l'assurance de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité peut conclure des conventions en vue de permettre la réalisation de programmes de soins intégrés,

Vu le décret du 3 décembre 2015 relatif à l'Agence wallonne de la santé, de la protection sociale, du handicap et des familles,

il est convenu ce qui suit, entre :

d'une part,

le Comité de l'assurance soins de santé, institué auprès du Service des soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, représenté par le fonctionnaire dirigeant du Service des soins de santé de l'INAMI, monsieur Mickaël Daubie,

ci-après dénommé « l'INAMI »,  
adresse : Avenue Galilée 5/1 – 1210 Bruxelles  
e-mail: [integratedcare@health.fgov.be](mailto:integratedcare@health.fgov.be)

et d'autre part,

le Conseil général de l'AVIQ, représenté par Madame Françoise LANNOY, Administratrice générale de l'Agence wallonne de la santé, de la protection sociale, du handicap et des familles,

adresse : rue de la Rivelaine, 21 – 6061 Charleroi  
n° BCE : «0646.877.855»,

en qualité de contractant,

ci-après dénommée « AVIQ »

## Préambule

Le 8 novembre 2023, la CIM Santé publique a approuvé un protocole d'accord sur le [Plan interfédéral pour les soins intégrés](#). Avec ce plan, les différents ministres de la santé et du bien-être visent à créer une politique durable et mieux coordonnée pour la réalisation des soins intégrés dans notre pays. La coopération à différents niveaux constitue la base de la réalisation des soins intégrés. Ce plan a été présenté au Comité de l'assurance le 13 novembre 2023 (note CSS 2023/316).

L'un des objectifs de ce protocole d'accord est de construire et implémenter ensemble un certain nombre de programmes conjoints de soins intégrés, dans le cadre desquels et en vue de l'organisation et d'un cofinancement, des conventions peuvent être conclues avec le Comité de l'assurance.

L'autorité fédérale et les entités fédérées prévoient, en concertation avec les parties prenantes concernées, un déploiement efficace, coordonné et effectif des ressources qui renforce l'aide et les soins intégrés, à partir d'une approche plus coordonnée et par le biais de formes de financement qui encouragent l'aide et les soins intégrés. Chaque gouvernement contribue et chaque autorité déploie les ressources nécessaires en se basant sur ses propres compétences. Pour la mise en œuvre de ce plan, un cofinancement est convenu entre l'autorité fédérale et chaque entité fédérée. Le cofinancement comprend deux parties :

- Partie 1 : prestations et autres missions dans le cadre de l'aide et des soins coordonnés au niveau micro, conformément à l'asymétrie convenue.
- Partie 2 : missions au niveau méso, conformément à l'asymétrie convenue pour faciliter les actes/ prestations des professionnels de soins et de l'aide dans le cadre des soins coordonnés (partie 1).

Leur utilisation concrète est définie dans des accords bilatéraux entre le Comité de l'assurance de l'INAMI et les personnes juridiques mentionnées dans l'arrêté royal du 29 mars 2024.

En ce qui concerne les groupes cibles visés par les programmes, il est convenu d'accorder la priorité :

- aux femmes enceintes et leurs enfants lors des premiers 1000 jours (dès la conception) ainsi qu'à la famille qui les entoure ;
- aux personnes vulnérables ;
- aux enfants et les adolescents dans le cadre de la prévention et de la prise en charge de l'obésité.

Cette convention règle pour le premier groupe cible prioritaire, d'une part, un certain nombre de modalités relatives à l'organisation et au financement ainsi que les engagements de la partie contractante avec le Comité d'assurance et, d'autre part, définit également les différentes contributions par l'assurance maladie aux coûts des prestations et des activités qui peuvent être fournies en plus des prestations déjà existantes (par exemple, dans la nomenclature des soins de santé), pour ce qui concerne le territoire de langue française, en Wallonie.

L'ensemble du cadre dans lequel ces prestations peuvent être mises en œuvre et facturées est décrit dans le programme en annexe "Soins et accompagnement des femmes enceintes, des enfants et de la famille qui les entoure pendant les premiers 1000 jours".

Dans l'intervalle, le 24 avril 2024, le Parlement wallon a adopté le décret relatif à l'organisation de la première ligne de soins et d'accompagnement, lequel institue des organisations locorégionales de santé qui succéderont aux services intégrés de soins à domicile ; ces structures constituent le niveau méso évoqué dans la présente convention.

Inhoud

<b>Préambule</b> .....	2
<b>I. Objet</b> .....	4
<b>II. Données administratives</b> .....	4
<b>III. Le programme « Soins et accompagnement des femmes enceintes, des enfants et de la famille qui les entoure pendant les premiers 1000 jours »</b> .....	4
<b>IV. Le groupe cible</b> .....	4
<b>V. Les engagements de l'AVIQ</b> .....	5
<b>VI. Les engagements de l'INAMI</b> .....	6
<b>VII. Enregistrement et circuits des données</b> .....	6
<b>VIII. Le comité d'accompagnement du programme</b> .....	7
<b>IX. Les interventions à charge de l'INAMI et le budget maximal disponible à cet effet</b> .....	7
<b>X. Les interventions à charge de l'AVIQ et le budget maximal disponible à cet effet</b> .....	4
<b>XI. Dispositions spécifiques pour la mise en œuvre de soins intégrés par les structures méso</b> 5	
<b>XII. Interventions personnelles, suppléments à charge du bénéficiaire</b> .....	6
<b>XIII. La durée, les modalités de modification, de résiliation de la convention</b> .....	6
<b>XIV. Annexes</b> .....	6
<b>XV. Tribunaux compétents</b> .....	6
<b>ANNEXES</b> .....	7
<b>Annexe 1. Données administratives du contractant</b> .....	7
<b>Annexe 2. Description détaillée du programme</b> .....	8

## I. Objet

### Article 1<sup>er</sup>.

D'une part, la présente convention règle les modalités d'organisation du programme de soins intégrés « Soins et accompagnement des femmes enceintes, des enfants et de la famille qui les entoure lors de premiers 1000 jours ».

D'autre part, cette convention règle le cofinancement pour des prestations et d'autres activités incluses dans ce programme. Dans le contexte du cofinancement, une distinction est faite entre :

- Des prestations et d'autres activités qui sont couvertes par la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 et qui s'ajoutent aux prestations pour lesquelles il existe déjà une intervention financière dans le cadre du régime d'assurance maladie, et
- des prestations et d'autres activités relevant de la compétence de l'entité fédérée concernée.

Cette convention règle les droits et obligations de l'INAMI et de l'AVIQ. L'AVIQ s'engage à opérationnaliser les modalités d'organisation en collaboration avec l'Office de la Naissance et de l'Enfance (ONE).

La présente convention entre en vigueur le 1er juin 2024 et prend fin le 31 décembre 2028.

## II. Données administratives

**Art. 2.** Les données administratives de l'AVIQ figurent à l'annexe 1. Elles sont adaptées par l'INAMI sur simple demande du contractant. Si les données administratives du contractant sont modifiées, le fonctionnaire dirigeant du Service de soins de santé peut adapter la convention afin de la mettre en conformité avec les nouvelles données.

## III. Le programme « Soins et accompagnement des femmes enceintes, des enfants et de la famille qui les entoure pendant les premiers 1000 jours »

**Art. 3.** Le cadre et la description détaillée du programme se trouvent à l'annexe 2 de la présente convention selon le contenu suivant :

- I. les objectifs du programme,
- II. le groupe cible du programme,
- III. la description de la manière dont le niveau méso soutient ou facilite la mise en œuvre du programme,
- IV. les activités du programme,
- V. les modalités de financement,
- VI. la planification du programme : description et planning de l'implémentation,
- VII. le cadre commun pour le monitoring et l'évaluation.

## IV. Le groupe cible

**Art. 4.** Les personnes à qui ce programme est destiné sont (conformément à la description du point II du programme en annexe) :

- Toutes les femmes enceintes ; dans une première phase le groupe cible des femmes enceintes est limité – après le dépistage universel – aux femmes présentant une vulnérabilité psychosociale et répondant aux conditions visées au point II du programme en annexe. Dans une phase ultérieure, ce groupe cible pourra être élargi par le biais d'un avenant à la présente convention.

- Parents (futurs) y compris parents solo ou autres personnes exerçant des responsabilités parentales.
- Enfants depuis la conception jusqu'à l'âge de 2 ans inclus.

Seules les personnes résidant sur le territoire belge ou les personnes résidant à l'étranger mais qui sont assurées en Belgique, peuvent être incluses dans ce programme.

## V. Les engagements de l'AVIQ

**Art. 5.** L'AVIQ s'engage à :

- prendre les mesures réglementaires nécessaires dans le cadre de ses compétences pour pouvoir mettre en œuvre le programme dès la date d'entrée en vigueur de cette convention.
- mettre à disposition et à affecter les moyens prévus dans le cadre du cofinancement, tels que décrits dans le programme en annexe et/ou comme décrit dans la présente convention.
- faire des accords sur la communication en concertation avec l'INAMI, en particulier sur la communication aux acteurs pertinents propre à la compétence de l'entité concernée (acteurs du bien-être). Cette communication visera à partager les informations nécessaires à l'implémentation et la mise en œuvre des activités du programme. Sont concernées par ce point également la formation (faciliter) et la sensibilisation au programme, ainsi que de la communication au groupe cible.
- en application du point VII du programme : évaluer le programme en concertation avec l'INAMI et d'autres partenaires identifiés d'un commun accord. A cette fin, l'AVIQ met à disposition toutes les informations susceptibles d'étayer cette évaluation.
- faire des accords avec son niveau méso responsable, en l'occurrence les « SISD » jusqu'à la création des « OLS », visés au point III du programme, sur les éléments suivants et de veiller à leur mise en œuvre:
  - la composition et la gouvernance du niveau méso, qui devrait viser une intégration à la fois horizontale et verticale
  - le management de l'intégration : sensibiliser et soutenir les prestataires de soins et de l'aide dans leur région afin que le groupe cible visé puisse recevoir les soins et l'accompagnement prévus par le programme, y compris une politique de promotion de la santé et de prévention ainsi que la promotion et la réalisation de la continuité des soins
  - sur base des données dont il disposera à partir de l'outil de facturation fédéral d'une part et des données mises à disposition par l'AVIQ d'autre part :
    - Assurer le suivi de la mise en œuvre et de l'exécution du programme dans leur région
    - S'investir dans la gestion de la santé de la population et aligner l'offre aux besoins de la population
  - la volonté d'augmenter l'application du programme et la qualité des soins et de l'aide par le biais des interventions ou par la collaboration avec d'autres niveaux méso et de développer davantage les compétences de base en matière de soins intégrés
  - soutenir le niveau méso quand le niveau méso n'est pas en mesure d'apporter une solution à une question ou à un problème particulier
  - l'utilisation et la justification du cofinancement visé aux articles 9 et 14
  - la contribution du niveau méso à l'évaluation des résultats des programmes.
- en collaboration avec l'administration de l'INAMI et la cellule interadministrative (CIA), soutenir le comité d'accompagnement comme mentionné dans l'article 8 qui assurera le suivi global de ce programme et apporter ses propres expériences et données afin que ce programme puisse être encore amélioré ou étendu.
- organiser des flux de données tels que prévu à l'article 7.
- informer régulièrement l'INAMI et le comité d'accompagnement des dépenses et du nombre des prestations et d'autres activités qu'il a pris en charge.
- collaborer étroitement avec l'INAMI pour l'accompagnement du niveau méso responsable de l'implémentation des programmes de soins intégrés comme décrit à l'art 16.
- collaborer avec l'Office de la Naissance et de l'Enfance
  - en orientant les personnes concernées vers ses professionnels et services dédiés à la prise en charge et à l'accompagnement des femmes enceintes et des enfants visés par la présente convention conformément à ses compétences,

- en lui affectant les moyens qui lui reviennent sur la base de la présente convention pour les interventions de ses professionnels ou services,
- en l'associant pour toute mesure de communication, en ce compris pour la formation et la sensibilisation au programme ou la promotion de la santé,
- en l'invitant au comité d'accompagnement mentionné à l'article 8,
- en partageant les données et informations, notamment en termes d'évaluation du programme mais aussi de dépenses et de prestations et d'activités.

## VI. Les engagements de l'INAMI

**Art. 6.** L'INAMI s'engage à :

- a) mettre à disposition et à affecter des moyens pour le remboursement des prestations et d'autres activités décrites dans le programme et prévues dans la présente convention.
- b) faire des accords sur la communication en concertation avec l'AVIQ, en particulier sur la communication aux acteurs fédéraux (prestataires de soins). Cette communication concerne les informations nécessaires qui permettront l'implémentation et la mise en œuvre des activités du programme. Sont concernés par ce point également de formation et la sensibilisation au programme, ainsi que de la communication au groupe cible.
- c) en application du point VII du programme : évaluer le programme en concertation avec l'AVIQ et d'autres partenaires identifiés d'un commun accord. À cette fin, l'INAMI met à disposition toutes les informations susceptibles d'étayer cette évaluation.
- d) faciliter la mise en place d'un comité d'accompagnement, comme mentionné dans l'article 8. Ce comité d'accompagnement est responsable du suivi global de ce programme afin de l'améliorer et de l'étendre à l'ensemble du groupe cible (toutes les femmes enceintes).
- e) mettre à disposition un outil de facturation permettant d'attester et de rémunérer les acteurs pour des prestations à charge de l'INAMI. Cela se fera par l'intermédiaire de l'ASBL IM selon, d'une part, les dispositions de l'article 9 et 10 et, d'autre part, les instructions à déterminer par le Comité de l'assurance.
- f) en collaboration avec l'AVIQ, soutenir le comité d'accompagnement comme mentionné dans l'article 8 qui assurera le suivi global de ce programme et apporter ses propres expériences et données afin que ce programme puisse être encore amélioré ou étendu.
- g) informer régulièrement l'AVIQ et le comité d'accompagnement des dépenses et du nombre des prestations et d'autres activités qu'il a pris en charge.
- h) collaborer étroitement avec l'AVIQ pour l'accompagnement du niveau méso responsable de l'implémentation des programmes de soins intégrés comme décrit à l'art 16.

## VII. Enregistrement et circuits des données

**Art. 7. §1.** Les parties s'engagent à organiser l'enregistrement des données et les flux de données de manière à ce que tous les acteurs concernés, y compris l'AVIQ et l'INAMI, puissent enregistrer, partager ou recevoir les données requises en fonction des missions et responsabilités spécifiques de chaque partie et conformément aux exigences du GDPR, aux principes convenus dans le protocole d'accord du 20 octobre 2022 concernant eSanté.

§2. Les circuits de données sont organisés de manière à ce que, dans les différentes applications, toutes les données pertinentes puissent être collectées et traitées au profit des personnes visées par le programme, des prestataires de soins, des acteurs de l'aide sociale, des structures du niveau méso, de l'AVIQ, de l'INAMI ou d'autres organismes dans la mesure où ils ont un besoin légitime de faire appel à ces données, et ce en vue de la mise en œuvre, du financement, du suivi et de l'évaluation des programmes. La mesure dans laquelle la personne et/ou l'aidant proche a accès aux données s'il assume le rôle de coordinateur des soins et de l'aide sociale est examinée.

§3. L'intégration maximale des applications dans les environnements numériques de travail des différents acteurs concernés est ainsi recherchée, y compris l'intégration de l'outil Born in Belgium. Etant donné que l'élaboration de ces circuits de données nécessite une consultation technique et juridique, l'enregistrement et l'échange de données seront développés étape par étape, en commençant dans un premier temps par l'enregistrement du dépistage et de l'activité par les acteurs dans l'outil Born in Belgium et des activités à charge de l'INAMI dans l'application de la plateforme IM.

§4. Les parties s'engagent à poursuivre les discussions sur la mise en œuvre de cet article au sein d'un groupe de travail technique et juridique et à prévoir sa mise en œuvre dans un avenant à la présente convention.

## VIII. Le comité d'accompagnement du programme

**Art. 8 § 1.** Un comité d'accompagnement est créé dans le cadre du suivi de la convention et de l'implémentation du programme.

§ 2. Le comité d'accompagnement est composé par des représentants désignés par le Comité de l'assurance et par des représentants désignés par l'AVIQ. Plus spécifiquement cela concerne des représentants des prestataires de soins et de l'aide (acteurs des niveaux de compétences), des organismes assureurs, des organisations de patients et des familles, des administrations et toute personne utile à l'atteinte des objectifs désignée de commun accord entre les parties.

§ 3. Des experts scientifiques ou ayant une expertise ad hoc dans le cadre de ce programme peuvent être invités à participer aux réunions de ce comité d'accompagnement.

§ 4. Le comité d'accompagnement du programme a pour mission de suivre intensivement les dispositions de la convention et l'implémentation du programme conformément aux descriptions détaillées dans le programme en annexe.

§ 5. Les contractants peuvent convenir de confier cette mission à une autre plateforme qui pourrait être créée à cet effet dans le cadre des soins intégrés et qui assurera l'accompagnement de plusieurs programmes ou projets transversaux.

## IX. Les interventions à charge de l'INAMI et le budget maximal disponible à cet effet

**Art. 9.** L'intervention financière octroyée par l'INAMI couvre deux types d'activités :

a) Des missions du **niveau méso**

Dans le cadre de l'implémentation de ce programme et d'autres programmes interfédéraux, des missions au niveau méso sont réalisées conformément aux engagements du protocole d'accord du 8 novembre 2023. Les missions spécifiques dans le cadre de ce programme sont décrites au point III du programme : "Description de la manière dont le niveau méso soutient ou facilite la mise en œuvre du programme".

En vue de l'exécution de l'accord 8 et en relation avec les accords 5 et 6 du protocole d'accord du 8 novembre 2023, les parties conviennent d'utiliser au maximum l'expertise et l'expérience accumulées par les Partenariats Soins Intégrés pour soutenir, depuis le niveau méso, la mise en œuvre de ce programme interfédéral, des programmes suivants et d'initiatives ultérieures dans le cadre du Plan Interfédéral Soins Intégrés.

Les Partenariats de Soins Intégrés ont accumulé ces dernières années une expertise considérable dans des compétences qui seront essentielles pour soutenir la mise en œuvre des programmes

interfédéraux tels que la gestion de la population, la gestion du changement, ... (voir les 10 missions incluses dans le protocole d'accord).

En vue de la mise en œuvre de ce programme, des futurs programmes et de l'attribution permettant la mise à disposition de ressources financières associées au niveau méso, les parties contractantes définissent les modalités et les orientations pratiques suivantes :

- Il s'agit du cofinancement des missions à prendre en charge par les acteurs à convenir au niveau méso comme stipulé dans le protocole d'accord (cf. 10 missions) et ce en fonction des programmes interfédéraux dans le cadre du Plan Interfédéral des Soins Intégrés. Les ressources financières investies par l'INAMI jusqu'à la fin de 2024 dans le cadre des Partenariats Soins Intégrés peuvent être investies à partir du 1er janvier 2025 en tant que contribution fédérale à cet égard. Les Partenariats de Soins Intégrés sont également mobilisés dès 2024. Des modalités nécessaires sont également convenues à cet égard.
- Ce financement par l'INAMI est en tout cas complémentaire au financement prévu par l'entité fédérée concernée pour certaines missions au niveau méso relevant de sa compétence dans le système de financement appliqué ou à appliquer par l'entité fédérée.
- En ce qui concerne les acteurs au niveau méso en Wallonie, les Services de soins intégrés à domicile (SISD) puis les Organisations locales de Santé (OLS) qui leur succéderont, sont désignés conformément au protocole d'accord.
- L'utilisation des ressources doit couvrir l'ensemble du territoire de l'entité fédérée.  
Pour l'exécution des missions spécifiques dans le cadre de ce programme et des suivants, l'entité fédérée concernée conclut des conventions supplémentaires avec la structure méso concernée - dans le respect de sa réglementation et de ses cadres de financement en vigueur. La description des missions, les modalités d'exécution ainsi que les accords concernant la communication et le suivi sont convenus préalablement avec l'INAMI et doivent être approuvés par le Comité de l'Assurance. Seulement après cette approbation, les ressources correspondantes seront mises à disposition de la structure méso concernée par l'entité fédérée conformément aux accords décrits aux articles 9 et 10 de cette convention.
- La convention supplémentaire avec la structure méso doit contenir les principes énoncés à l'article 16.

b) Des **prestations** spécifiques pour les soins coordonnés au **niveau micro**

Dans le même cadre d'implémentation du programme, certaines prestations spécifiques peuvent être couvertes par une intervention de l'INAMI. Le contenu de ces prestations et les modalités d'intervention sont décrits dans point IV du programme : « Les activités du programme » (voir annexe 2).

**Art. 10.** Les interventions suivantes sont dues :

- a) Pour les missions de niveau méso : sur une base annuelle, un montant maximum de 927.898 € est prévu à cet effet. Les modalités seront définies dans un accord entre les administrations parties à la présente convention.
- b) En ce qui concerne les prestations spécifiques pour les soins coordonnés au niveau micro, les interventions suivantes à charge de l'INAMI sont dues :



**Tableau 1. Interventions financières de l'INAMI pour les soins coordonnés au niveau micro dans le cadre du programme**

Prestation	Groupe cible <sup>1</sup>	Prestataires qui peuvent attester dans le cadre de l'assurance maladie <sup>2</sup>	Tarif	Pseudocode	Fréquence et durée des prestations <sup>3</sup>
Dépistage de vulnérabilités psychosociales chez les femmes enceintes via l'outil BIB	Toutes les femmes enceintes	Les prestataires dans le cadre de l'assurance maladie	22.55 €		1 fois par épisode de grossesse
Conseil prénatal personnalisée (CPP)	Scénario A Scénario B	- Médecin généraliste - Sage-femmes - Gynécologue	48,78 € / séance		Maximum 2 fois pendant la période prénatale
Coordination de soins et de l'aide	Scénario B	- Les prestataires dans le cadre de l'assurance maladie - Personnes correspondant au profil de compétences décrit dans le protocole d'accord du 8 novembre 2023	720 € Forfait / période de 12 mois		Maximum 1 fois par période de 12 mois ; Maximum 3 fois au cours du programme
Concertation multidisciplinaire	Scénario B	Les prestataires dans le cadre de l'assurance maladie	15 € /15 minutes / participant - max 4 x 15 minutes (1 heure) par période de 12 mois - max 16 x 15/prestataire en prenant en charge au max. 4 prestataires AMI par concertation)		Maximum 3 fois pendant la durée de programme

<sup>1</sup> Voir tableau scénarios d'inclusion dans le programme – point IV (annexe 2)

<sup>2</sup> Ce tableau ne répertorie que les prestataires de soins de santé qui ont une mission dans le cadre de l'assurance obligatoire pour les soins de santé. Il est possible que ces prestations soient également fournies par d'autres professionnels, mais en dehors du remboursement de l'INAMI.

<sup>3</sup> S'il s'agit d'une personne du groupe cible qui a recours à ces soins en dehors de l'entité fédérée à laquelle s'applique le présente convention ou si cette personne se déplace au cours de la période de 1 000 jours et fait appel à d'autres prestataires de soins : ces fréquences et durées sont exprimées pour la période de 1 000 jours, quel que soit le lieu où ces services ont été dispensés.

Les règles et conditions de facturation suivantes sont appliquées pour obtenir une intervention financière de l'INAMI :

- **Dépistage de vulnérabilités psychosociales via l'outil BiB**
  - À attester par celui qui termine le screening.
  - Il est obligatoire que la personne chargée du dépistage ait reçu une formation Born in Belgium.
  - Le remboursement est dû lorsque 14/15 indicateurs sont complétés dans l'outil Born in Belgium.
  - Il y a un consentement éclairé.
  - Fenêtre d'application : début de la grossesse jusqu'à 7 jours après la naissance de l'enfant.
  - Cumulable avec les prestations existantes dans la nomenclature.
  - Les résultats du screening doivent être disponibles pour l'équipe d'aide et de soins et se trouvent dans le dossier du patient digital chez le prestataire.
  - La date d'exécution de la prestation correspond à la date à laquelle le dépistage a été effectué et l'indication du scénario est disponible.
  - La date du dépistage est la date de début du programme.
  
- **Conseil prénatal personnalisée (CPP)**
  - À attester par le prestataire de soins qui fait le conseil.
  - Les CPP sont exécutées soit par un professionnel de santé (sage-femme, médecin généraliste ou un gynécologue) soit par les PEP's de l'ONE. Il est souhaité que ce soit de préférence une sage-femme indépendante qui réalise le CPP. Résultat de screening est le scénario A = au moins 1 des 8 indicateurs de vulnérabilité (problèmes financiers, problèmes de santé mentale, problèmes de logement, manque de soutien social/isolément social, consommation de substances psychoactives, obstacles à la communication, victime de violence ou pas de statuts de résident légal) identifiée chez la femme enceinte ou Scénario B = à partir de 2 des 8 indicateurs positifs.  
L'exception suivante s'applique ici : en cas de présence manifeste de facteurs de risque, mais en l'absence de résultats disponibles lors du dépistage BiB (le dépistage BiB ne peut être réalisé (dans son intégralité) en raison du refus de la femme enceinte), l'entretien CPP peut exceptionnellement encore être attesté.
  - Cumulable avec les prestations existantes dans la nomenclature.
  - Le rapport du CPP est disponible dans le dossier digital du patient chez le prestataire pour l'équipe d'accompagnement et de soins.
  - La date d'exécution de la prestation correspond au jour où le conseil a eu lieu.
  
- **Coordination de soins et de l'aide**
  - À attester en vue du remboursement par l'INAMI de la coordination de soins et de l'aide par le prestataire de soins qui fait la coordination.
  - Un seul coordinateur d'aide et de soins peut être désigné par femme enceinte, qu'il s'agisse d'un prestataire de soins rémunéré par l'INAMI ou d'un acteur de l'aide sociale rémunéré par l'entité fédérée.
  - Peut être attestée dès que l'équipe d'accompagnement et de soins a été constituée et que le plan d'aide et de soins a été créé et que les deux documents ont été conservés dans l'outils BiB et transférées de l'outil BiB (numériquement) et stockées dans le dossier du coordinateur de l'aide et de soins. Seulement possible dans scénario B = au moins 2 des 8 indicateurs de vulnérabilités identifiées chez la femme enceinte.  
L'exception suivante s'applique ici : en cas de présence manifeste de facteurs de risque, mais en l'absence de résultats disponibles lors du dépistage BiB (le dépistage BiB ne peut être réalisé (dans son intégralité) en raison du refus de la

femme enceinte), la coordination de l'aide et de soins peut exceptionnellement encore être attesté.

- Lors d'une interruption de grossesse ou du décès de l'enfant, un montant forfaitaire légitimement facturé n'est pas récupéré quel que soit le temps écoulé au cours des 12 mois qui ont suivi la facturation. Ceci afin de permettre de continuer le suivi.
  - Si l'enfant est décédé, la facturation du forfait est possible jusqu'à 12 mois après le décès de l'enfant.
  - Le plan de soins et d'accompagnement ainsi que les actions menées dans le cadre de la coordination des soins et d'accompagnement peuvent être consultés dans la plateforme BiB et dans le dossier du coordinateur de l'aide et de soins.
  - La date de début de la prestation correspond au jour où la femme enceinte donne son consentement à la personne en tant que coordinateur des soins et de l'accompagnement.
  - La date de début pour les périodes de 12 mois suivantes est déterminée par le coordinateur de l'aide et des soins en fonction du moment du prolongement. Ces dates sont toujours comprises dans la période de 1 000 jours.
  - Le prestataire de soins qui se charge de la coordination des soins et de l'aide le fait dans un système où il est professionnellement actif et adapté au lieu de résidence ou des services de soins de la femme enceinte/mère vulnérable. Un seul système de coordination de soins et de l'aide d'une entité fédérée constitutif peut être utilisé par patient.
- **La concertation multidisciplinaire**
- À attester par le coordinateur de soins qu'il soit un prestataire de l'INAMI ou un acteur de l'aide.
  - Un forfait par participant et par an est fourni.  
Le coordinateur de l'aide et de soins atteste et enregistre les numéros INAMI des prestataires de soins impliqués. Le paiement des prestataires de soins concernés est effectué par l'ASBL IM.
  - La concertation multidisciplinaire peut être attestée pour un maximum de quatre concertations de quinze minutes par période de 12 mois par prestataire (à raison de 15 euros par quart d'heure, max. 16 x 15 euros). Les participants peuvent varier au cours de l'année et il est possible de facturer plusieurs fois les quinze minutes par jour si, par exemple, une consultation d'une heure est souhaitable.  
Seulement possible si scénario B = au moins 2 des 8 indicateurs de vulnérabilités identifiées chez la femme enceinte.  
L'exception suivante s'applique ici : en cas de présence manifeste de facteurs de risque, mais en l'absence de résultats disponibles lors du dépistage BiB (le dépistage BiB ne peut être réalisé (dans son intégralité) en raison du refus de la femme enceinte), la concertation multidisciplinaire peut exceptionnellement encore être attesté.
  - La présence de la femme enceinte (ou de la personne désigné par celle-ci) et du coordinateur de soins est obligatoire.
  - Au moins un prestataire dans le cadre de l'assurance maladie (INAMI) participe, au moins quatre prestataires au total.
  - La facturation n'est possible que pour la période pour laquelle un montant forfaitaire de coordination des soins s'applique.
  - Les conclusions de cette concertation peuvent être consultés dans la plateforme BiB et sont reprises dans le dossier digital du coordinateur de l'aide et des soins.
- c) Les montants repris dans le tableau ci-dessus sont des tarifs pour 2024. Ces montants seront indexés annuellement au 1er janvier à partir de 2025 selon le schéma d'indexation relatif à l'indice santé lissé déterminé en vertu de l'article 207bis de la loi sur l'assurance obligatoire de santé et d'indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

**Art 11.** Si une femme dépendante du trajet de 1 000 jours retombe enceinte pendant la période, la période initiale à compter de la date de conception est prolongée de 1 000 jours. Dans ce cas, dans les mêmes conditions qu'aux articles 9 et 10 :

- a) Le dépistage de la vulnérabilité psychosociale chez les femmes enceintes au moyen de l'outil BIB sera répété et remboursé.
- b) La consultation de conseil prénatale personnalisée (CPP) sera remboursée au maximum 2 fois.
- c) La coordination des soins et de l'aide pendant la période en cours sera remboursée au maximum une fois par période de 12 mois.
- d) La concertation multidisciplinaire pendant la période de 12 mois est remboursée au maximum 3 fois.

**Art 12. § 1.** Les interventions financières pour les coûts liés aux missions du niveau méso visées à l'article 10, point a), peuvent être versées par l'INAMI via la plateforme de l'ASBL IM à l'AVIQ sur la base d'une facture semestrielle contenant la justification des coûts imputés.

§ 2. Les interventions financières pour les prestations spécifiques visées à l'article 10, b) seront rémunérées sur base des dispositions suivantes :

- a) Dans les cas des scénarios A ou B, la notification de la date de début de la période de 1 000 jours dans l'application web de l'ASBL IM est communiquée par le prestataire de soins de santé attestant le dépistage de la vulnérabilité psychosociale chez les femmes enceintes au moyen de l'outil BIB.
- b) Les prestations sont attestées comme stipulé dans le tableau de l'article 10. L'attestation est effectuée dans l'application web mise à disposition par l'ASBL IM, au plus tard le 5 du troisième mois suivant le mois auquel elles se rapportent. Passé ce délai, les prestations ne peuvent plus être facturées ni remboursées.
- c) Les indemnités sont également dues dans le cas d'une femme enceinte résidente sur le territoire belge qui n'est pas affiliée à un organisme assureur.
- d) Une fois que les données sont communiquées dans l'application de l'ASBL IM, elles sont synchronisées avec l'organisme assureur auquel la femme enceinte est affiliée. De cette manière, tous les droits et obligations découlant de la loi SSI peuvent être respectés et mis en œuvre.
- e) Le paiement des prestations aux prestataires de soins est effectué sur le numéro de compte communiqué par ces derniers dans la demande de l'ASBL IM. Sur la base des données attestées/facturées au plus tard le 5 du mois et compte tenu des interventions visées dans la présente convention, l'ASBL IM verse le montant correspondant au prestataire de soins concerné au plus tard le 21 du mois.

**Art 13.** Le budget pour les prestations spécifiques visées à l'article 10, b) est estimé sur base des volumes des prestations et en tenant compte de la population concernée au sein du territoire de l'AVIQ.

Wallonie			
Prestation/ Activité	Nombre de personnes	Honoraire	Coût total
Screening BiB (75%)*	26.753	22,55	603.285,79 €
Conseil prénatal personnalisée (39,5 %) (max 2 en prénatal - moyenne 1,5)	10.568	48,78 €	773.226,44 €
Coordination ** (12,8%)	1.712	720,00 €	1.232.789,76 €

Concertation multidisciplinaire (12,8%)	3.424	240,00 € ***	821.859,84 €
<b>Total</b>			<b>3.431.161,83 €</b>

\* 75 % de la population totale des femmes enceintes font l'objet d'un dépistage

\*\* 50% à charge de l'INAMI

\*\*\* 240 € par période de 12 mois pour les concertations multidisciplinaires, le tarif étant de 15 € / participant / 15 minutes avec un maximum de 16 x 15€

## X. Les interventions à charge de l'AVIQ et le budget maximal disponible à cet effet

**Art. 14.** L'intervention financière apportée par l'AVIQ dans le cadre du programme couvre deux types d'activités :

a) Des missions du **niveau méso**

Dans le cadre de l'implémentation de ce programme et d'autres programmes interfédéraux, des missions au niveau méso sont réalisées conformément aux engagements du protocole d'accord du 8 novembre 2023. Les missions spécifiques dans le cadre de ce programme sont décrites au point III du programme : "Description de la manière dont le niveau méso soutient ou facilite la mise en œuvre du programme".

Le financement de l'AVIQ est complémentaire au financement également fourni par l'INAMI à cette fin pour les missions relevant de sa compétence.

En exécution de l'accord 8 et en relation avec les accords 5 et 6 du protocole d'accord du 8 novembre 2023, les parties conviennent d'utiliser au maximum l'expertise et l'expérience accumulées par les Partenariats Soins Intégrés pour soutenir, depuis le niveau méso, la mise en œuvre de ce programme interfédéral et des programmes suivants et initiatives ultérieurs dans le cadre du Plan Interfédéral Soins Intégrés.

Comme décrit à l'article 5, les missions du niveau méso en Wallonie, sont confiées aux Services intégrés de soins à domicile (SISD) puis aux Organisations Locales de Santé (OLS) qui leur succéderont. Des engagements spécifiques pour offrir, dans le cadre des moyens financiers attribués, le soutien méso nécessaire à la mise en œuvre de ce programme interfédéral et des programmes suivants et initiatives ultérieurs dans le cadre du Plan Interfédéral Soins Intégrés sont décrits à l'article 16.

b) Des **prestations** spécifiques pour les soins coordonnés **au niveau micro**.

Dans le même cadre d'implémentation du programme, certaines prestations spécifiques peuvent être couvertes par l'AVIQ. Le contenu de ces prestations spécifiques et les modalités d'intervention sont décrits dans le programme (annexe 2).

**Art. 15.** Les budgets suivants sont mis à disposition par l'AVIQ dans le cadre du programme :

a) Pour les missions de niveau méso :

L'AVIQ prévoit dans le cadre de la mise en œuvre du niveau méso (OLS) un investissement financier à concurrence de 6.1 Mios/an.

Le financement de l'AVIQ est complémentaire au financement prévu par l'INAMI pour les missions relevant de sa compétence. Les moyens financiers investis spécifiquement dans le cadre de l'implémentation des programmes de soins intégrés est de minimum 2.033.333 euros /an.

Un rapport financier contenant l'allocation spécifique des moyens financiers est soumis à l'INAMI (semestriellement) afin qu'il soit possible de vérifier les moyens investis pour le soutien de l'implémentation des programmes.

b) En ce qui concerne les prestations spécifiques au programme :

Ces activités seront dans certains cas réalisées par du personnel au sein d'une organisation subventionnée par l'AVIQ ou par l'ONE. La participation de l'ONE au trajet et donc aux obligations de fournir des données sur leurs activités est conditionnée à la conclusion d'un accord de collaboration entre l'AVIQ et l'ONE. La contribution budgétaire dans le cadre des prestations spécifiques du programme sera mesurée par les compteurs disponibles via la plateforme IM.

c) Les lignes budgétaires ci-dessous (liste non exhaustive) pourront également contribuer à l'implémentation du programme :

- Services d'aides aux familles et aux aînés,
- Centres de planning familial,
- Centres de Coordination des Soins et de l'Aide à Domicile.

Le coût estimé pour ces trois lignes budgétaires s'élève à 5.990.400 euros /an.

## XI. Dispositions spécifiques pour la mise en œuvre de soins intégrés par les structures méso

**Art. 16.** Lors de la conclusion d'un accord supplémentaire avec les structures méso par l'entité fédérée, les principes suivants doivent être pris en compte :

- L'attribution de droits pour les ressources au profit du niveau méso commence au plus tôt le 1er janvier 2025.
- Avant que l'attribution de droits puisse commencer dans la pratique à la date convenue, une liste détaillée de ce qui sera concrètement réalisé avec les ressources utilisées pour une période d'un an, divisée en un plan approximatif par trimestre, est dressée. Cela part des 10 missions au niveau méso convenues dans le protocole d'accord.
- Une sélection/remplissage réalisable est convenu pour l'année à venir. L'identification, la sélection et le remplissage des missions se font en concertation avec les acteurs concernés, à savoir les 2 parties contractantes de cet accord, et les acteurs potentiels concernés au niveau méso de l'entité fédérée qui joueront probablement un rôle (par exemple, OLS, le partenariat de soins intégrés de la zone, l'ONE...).
- Si lors de cette énumération il apparaît que pour la réalisation des missions, une capacité supplémentaire est nécessaire, et que l'on souhaite donc utiliser les ressources pour le recrutement (temporaire ou non) de profils et/ou l'achat/l'externalisation d'expertise externe, des accords sont conclus sur les profils nécessaires et la gestion de leur exécution.
- Une fois l'année en cours et donc la création de droits pour les ressources au niveau méso en cours, l'entité fédérée fournit un aperçu trimestriel ou semestriel de l'avancement et du statut des missions exécutées par les structures méso relevant de sa compétence.
- Les parties contractantes déterminent entre elles les éléments de ce rapport et conviennent éventuellement de qui peut fournir quelles données, par exemple : statut par rapport à ce qui a été convenu au début de la période, les ressources déjà engagées pour cela, ce qui reste à réaliser avec le budget restant pour l'année en cours, quelles missions prévues pour la période convenue ne seront pas (ou ne seront plus) exécutées avec explications correspondantes, etc. La manière dont cet aperçu est fourni est également convenu entre les parties, par exemple : travailler avec un moment de discussion périodique oral avec les parties contractantes, complété par un rapport écrit succinct fourni par la partie contractante recevant les ressources contenant les éléments convenus plus haut.

## XII. Interventions personnelles, suppléments à charge du bénéficiaire

**Art. 15 § 1er.** Pour les prestations spécifiques incluses dans le tableau de l'article 9, b) aucune intervention personnelle, aucun supplément ni aucune autre cotisation ne peuvent être demandés.

**§ 2.** Les modalités d'information vers les personnes par rapport aux prestations et missions sont décrites dans le programme en annexe 2.

## XIII. La durée, les modalités de modification, de résiliation de la convention

**Art. 17.** La présente convention entre en vigueur le 01/06/2024 et prend fin le 31 décembre 2028.

**Art 18. §1.** Des modifications de la convention peuvent être nécessaires à la suite de l'évaluation du programme (modalités déterminées dans point VII du programme). Le comité d'accompagnement du programme peut, sur base de cette évaluation, proposer des modifications du contenu du programme sous la forme d'un avenant au Comité de l'assurance.

**§ 2.** Chaque contractant peut à tout moment mettre fin à la convention. Le cas échéant, la convention prend fin le 1<sup>er</sup> jour du sixième mois qui suit la notification écrite de la dénonciation. Le cas échéant, le contractant est tenu d'informer tous les acteurs concernés par l'implémentation du programme y compris les personnes incluses dans le programme.

## XIV. Annexes

**Art. 19.** A cette convention sont annexées :

- les données administratives du contractant
- la description détaillée du programme.

## XV. Tribunaux compétents

**Art. 20.** Seul le tribunal de Bruxelles est compétent pour régler tout litige entre les parties concernées par la présente convention.

Fait à Bruxelles, le ..... 2024 et signé électroniquement par

Pour l'AVIQ,

Pour le Comité de l'assurance,

L'Administratrice générale,  
Françoise LANNOY

Le Fonctionnaire dirigeant,  
Mickaël DAUBIE,  
Directeur général.

## **ANNEXES**

### **Annexe 1. Données administratives du contractant**

1. Identification du contractant
2. Le contractant, mandaté par l'entité fédérée, chargé de conclure la convention avec l'Inami:

Nom de la personne juridique : Agence wallonne de la santé, de la protection sociale, du handicap et des familles

Numéro BCE : 0646.877.855

Adresse: rue de la Rivelaïne, 21 6061 CHARLEROI

Courriel : [info@aviq.be](mailto:info@aviq.be)

Compte bancaire :

Nom : AVIQ

IBAN : BE40 0910 2136 2863

BIC : GKCCBEBB

Personne représentant cette personne juridique :

Nom et prénom : LANNOY Françoise

Fonction : Administratrice générale

SOUS RESERVE DE SIGNATURE



## **Annexe 2. Description détaillée du programme**

### Soins et accompagnement des femmes enceintes, des et de la famille qui les entoure enfants lors de premiers 1000 jours

<i>Contexte</i> .....	<b>9</b>
<i>Principes du programme</i> .....	<b>10</b>
<i>Contenu du programme</i> .....	<b>10</b>
I. Objectifs du programme.....	<b>10</b>
II. Groupe cible du programme.....	<b>11</b>
III. Description de la manière dont le niveau méso soutient ou facilite la mise en œuvre du programme.....	<b>12</b>
IV. Activités du programme .....	<b>14</b>
1. Période prénatale : dès la conception à la naissance .....	<b>1</b>
a. Orientation vers le screening .....	<b>1</b>
c. Conseils prénatal personnalisé (CPP).....	<b>3</b>
d. Coordination des soins et de l'accompagnement .....	<b>5</b>
e. Concertation multidisciplinaire .....	<b>7</b>
f. Soutien universel au(x) futur(s) parent(s) .....	<b>8</b>
g. Accompagnement spécifique .....	<b>9</b>
2. Période postnatale : dès la naissance au 6 semaines après la naissance .....	<b>9</b>
a. Soins transmuraux.....	<b>10</b>
c. La coordination des soins et de l'accompagnement .....	<b>11</b>
e. Soins et soutien universels pour le(s) parent(s) et l'enfant .....	<b>11</b>
f. Soutien spécifique.....	<b>12</b>
g. Détection des vulnérabilités .....	<b>12</b>
3. Période de la petite enfance : de 6 semaines après la naissance à 2 ans .....	<b>12</b>
a. La coordination des soins et de l'accompagnement .....	<b>13</b>
b. La concertation multidisciplinaire.....	<b>13</b>
c. Soins et soutien universels de l'enfant et de la famille.....	<b>13</b>
d. Soutien spécifique.....	<b>14</b>
e. Détection des vulnérabilités .....	<b>14</b>
V. Modalités de financement.....	<b>14</b>
a. Le circuit de financement .....	<b>14</b>
b. Les budgets disponibles dans le cadre du programme .....	<b>15</b>
VI. Planification du programme: description et planification de l'implémentation .....	<b>16</b>
VII. Cadre commun pour le suivi et l'évaluation. ....	<b>17</b>
<i>Annexes</i> .....	<i>Erreur ! Signet non défini.</i>

## Contexte

Ce programme interfédéral se concentre sur les soins et l'accompagnement des femmes enceintes, aux enfants et aux familles pendant « les 1 000 premiers jours ». Les 1 000 premiers jours couvrent la période allant de la conception à l'âge de 2 ans inclus de l'enfant. Toutefois, ce programme définit cette période de 1000 jours de manière moins stricte et l'étend au maximum jusqu'au troisième anniversaire de l'enfant, c'est-à-dire jusqu'à ce qu'il entre potentiellement dans le système éducatif.

Les 1 000 premiers jours constituent une phase cruciale de la vie d'une personne. Cette phase a un impact considérable sur la santé, la croissance, le développement et la qualité de vie de l'enfant<sup>4</sup>. C'est une période où le cerveau, le corps et le système immunitaire se développent de manière significative. Cela rend également le corps et le cerveau très vulnérables à ce moment-là. Toutes sortes de facteurs externes peuvent avoir un impact positif mais aussi négatif sur le développement de l'enfant. Par conséquent, investir dans un bon départ pendant cette période peut rapporter beaucoup.

Dans des rapports récents, le Centre fédéral d'expertise (KCE) a mis en évidence un certain nombre de problèmes dans l'organisation des soins prénatals et postnatals en Belgique<sup>5, 6</sup>. Il en ressort que les soins et l'accompagnement ne sont pas toujours adaptés aux besoins des femmes enceintes, des enfants et des familles. Certaines femmes enceintes reçoivent peu ou pas de soins prénatals, ou reçoivent ces soins à un stade trop tardif. Le risque de recevoir un suivi prénatal inadéquat ou inexistant est plus élevé en particulier chez les femmes présentant une vulnérabilité psychosociale. Même avec un suivi médical adéquat, les vulnérabilités psychosociales peuvent hypothéquer le développement de l'enfant (à naître). Par conséquent, il est nécessaire de détecter rapidement les femmes présentant des vulnérabilités psychosociales pour permettre, le plus tôt possible, un soutien et un suivi optimaux. En outre, l'organisation des soins postnatals en Belgique présente actuellement des lacunes. Après l'accouchement et le séjour à l'hôpital (pour la plupart des accouchements), il peut y avoir un « vide de soins » dans la première semaine suivant la naissance, qui est pourtant une période très importante. Il est nécessaire de mettre en place un programme holistique pour donner à chaque enfant à naître et né le meilleur départ possible en fournissant des soins intégrés à la mère, à l'enfant et à la famille pendant la période définie ci-dessus.

Le protocole d'accord du 8 novembre 2023 conclu entre l'autorité fédérale et les entités fédérées mentionne les soins périnataux comme l'un des trois domaines prioritaires pour lesquels un programme interfédéral sera développé, le programme s'intitule « Soins et accompagnement des femmes enceintes, des enfants et de la famille qui les entoure lors de premiers 1000 jours ». Le programme couvre les soins aux femmes enceintes, aux enfants et aux familles, et s'étend de la conception à l'âge de 2 ans inclus ou jusqu'à ce qu'il soit possible pour l'enfant d'entrer dans le système éducatif.

**L'objectif de ce programme interfédéral est d'assurer un accès effectif des femmes enceintes vulnérables aux soins et à l'accompagnement pendant les 1000 premiers jours. Les soins fournis sont intégrés, continus et adaptés aux besoins (selon le principe de l'universalisme proportionné) de la femme enceinte, de l'enfant et de la famille, ce qui nécessite une forte interaction et collaboration**

---

<sup>4</sup> Brines J, Rigourd V, Billeaud C. The First 1000 Days of Infant. Healthcare (Basel). 2022.

<sup>5</sup> Benahmed N. Naar een geïntegreerd prenataal zorgpad voor laag risico zwangerschappen – Synthese. Health Services Research (HSR). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2019. KCE Reports 326As.

<sup>6</sup> Benahmed N. De organisatie van de zorg na een bevalling – Synthese. Health Services Research (HSR). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2014. KCE Reports 232As.

**entre les professionnels des soins et de l'accompagnement impliqués, d'une part, et avec la famille, d'autre part.**

## Principes du programme

Ce programme de soins intégrés a été élaboré en tenant compte du modèle de l'OMS, « WHO framework on integrated people centred health services », c'est à dire en tenant compte du fait que les personnes/le groupe cible font partie d'un environnement local, un quartier et une famille. Les activités dans le cadre de l'aide et des soins qui sont proposées aux personnes se veulent intégrées, c'est-à-dire elles sont réalisées de façon concertée et cohérente tout en tenant compte des besoins individuels de la personne. De plus, ces activités sont « centrées sur la personne » et « centrées sur ses objectifs de vie ».

Ce programme de soins intégrés a été élaboré en tenant compte des recommandations du KCE qui concernent le sujet. Celles-ci ont été utilisées pour définir les activités qui sont incluses dans le programme.

En outre le programme suit les principes suivants:

- Les activités du programme font partie d'un ensemble cohérent qui est mis en place sur base d'une identification de la population (la population locale du territoire d'une part et le groupe cible spécifique du programme d'autre part).
- Le programme se veut dynamique et évolutif, l'idée est de démarrer avec un set d'activités de base (certaines déjà existantes et d'autres nouvelles) qui sera adapté sur la base des expériences de l'implémentation et de l'évaluation du programme.
- La description des activités du programme est générique (base transversale) avec des spécificités par entité fédérée, surtout dans le cadre de l'implémentation. L'objectif est d'avoir un programme commun avec des composantes de base qui seront implémentées sur base des réalités locales.

## Contenu du programme

### I. Objectifs du programme

L'objectif de ce programme interfédéral est d'assurer un accès effectif des femmes enceintes vulnérables aux soins et à l'accompagnement pendant les 1000 premiers jours. Les soins fournis sont intégrés, continus et adaptés aux besoins de la femme enceinte, de l'enfant et de la famille, ce qui nécessite une forte interaction et collaboration entre les professionnels des soins et de l'accompagnement impliqués, d'une part, et la famille dans son contexte informel, d'autre part.

Les objectifs du programme sont basés sur le « 5AIM ». Le programme comprend des objectifs spécifiques formulés en fonction du groupe cible et des activités proposées :

- Promouvoir et soutenir la santé de la mère, de l'enfant et de sa famille
- Assurer la continuité des soins et du bien-être par une transition harmonieuse entre les périodes prénatale, postnatale et de la petite enfance, de sorte que les 1000 premiers jours soient vécus comme un processus continu de soins et d'accompagnement
- Fournir des soins intégrés de haute qualité et orientés sur les objectifs de la personne, adaptés aux besoins spécifiques du/des parent(s) ou tuteurs responsables, et des enfants (à naître), de la conception à l'âge de 2 ans inclus.
- Améliorer l'accessibilité grâce à une détection maximale et précoce des femmes enceintes (vulnérables) et des familles (vulnérables) et offrir, des soins et un soutien, précoces.

- Prévenir les difficultés et les complications précoces
- Prévenir les besoins de soins et d'aide non satisfaits
- Éviter la surconsommation et la duplication des soins et d'accompagnement prénatals et postnatals
- Fournir les informations et le soutien dans l'acquisition de compétences aux parents pour une grossesse et le développement de l'enfant en bonne santé
- Fournir des soins et un soutien qualitatif de l'enfant jusqu'à l'âge de 2 ans inclus, dans le but de maximiser son développement et ses chances.
- Améliorer le bien-être au travail des professionnels de l'accompagnement et des soins en assurant une bonne coordination, une bonne coopération et une bonne communication (numérique) au sein de l'équipe interdisciplinaire, composée en fonction de la femme/famille (vulnérable).

Des objectifs plus spécifiques ont également été formulés pour chaque activité du programme (voir partie IV).

## II. Groupe cible du programme

Les groupes cibles suivants peuvent bénéficier de ce programme :

- Toutes les femmes enceintes, en mettant l'accent sur les femmes présentant une vulnérabilité psychosociale
- (Futur(s)) parent(s) ou tuteurs
- Enfants (à naître) depuis la conception jusqu'à l'âge de 2 ans inclus

Dans le cadre de ce programme, un dépistage universel des vulnérabilités psychosociales sera effectué chez toutes les femmes enceintes. À cette fin, la plateforme Born in Belgium Professionals (BiB) est utilisée. Le dépistage est effectué de préférence dès le début de la grossesse mais, le cas échéant, au plus tard 7 jours après l'accouchement.

Born in Belgium Professionals s'inscrit dans le projet du livre blanc visant à améliorer l'accès aux soins de santé en Belgique. Dans le cadre du chapitre « Investir dans la prévention et la promotion de la santé » au sein du livre blanc sur l'accessibilité des soins de santé, l'INAMI a organisé une table ronde autour des femmes enceintes vulnérables à Bruxelles (déc 2017). Suite à cela, l'INAMI a mis en place une convention (article 56 de la loi sur l'assurance obligatoire des soins et des prestations médicales, note du Comité des assurances : CGV 2018/363) qui avait pour objectif de lancer le projet Born in Brussels. Depuis 2021, le champ d'application a été étendu à la Flandre et à la Wallonie et le projet s'appelle Born in Belgium Professionals.

La plateforme BiB est utilisée pour détecter des indicateurs de vulnérabilité psychosociales chez les femmes enceintes. La plateforme BiB permet de mesurer des indicateurs de vulnérabilité : le niveau d'éducation, le pays de naissance, le statut de la résidence, la profession de la femme, la profession du partenaire, la situation financière, la situation de logement, la communication, le soutien social, l'anxiété, la dépression, les antécédents psychologiques, la violence, la consommation de médicaments et la consommation de substances psychoactives. Sur base des travaux réalisés dans le cadre du projet Born in Belgium Professionals, un groupe de travail constitué par le Centre fédéral d'expertise (KCE) a formulé les critères d'inclusion suivants pour un programme de soins pré- et postnataux destiné aux femmes enceintes vulnérables et leurs familles :

- Problèmes financiers
- Problèmes de santé mentale

- Problèmes de logement
- Manque de soutien social/isolement social
- Consommation de substances psychoactives
- Obstacles à la communication
- Victime de violence
- Pas de statut de résident légal

La **phase initiale** - après le dépistage universel - se concentre sur les femmes enceintes présentant une vulnérabilité psychosociale, identifiée à l'aide de la plateforme BiB. Après avoir évalué chaque femme enceinte à l'aide de la plateforme BiB, les femmes enceintes chez lesquelles au moins un des 8 indicateurs de vulnérabilité précédents (les 8 critères d'inclusion recommandés par le KCE) a été identifié, peuvent être incluses dans le programme, avec leur enfant (à naître) et leur famille. En fonction du nombre et de la nature des indicateurs, les soins dispensés dans le cadre du programme seront adaptés aux besoins de la femme enceinte (voir ci-dessous, tableau 1).

À un **stade ultérieur**, on pourra explorer comment, dès le septième jour après l'accouchement, les vulnérabilités peuvent être identifiées par le biais d'un dépistage afin de permettre une inclusion ultérieure dans le programme. À ce moment-là, l'enfant est né et les préoccupations, par exemple, dans la relation parent-enfant sont également un critère à prendre en compte. De cette manière, l'objectif est de couvrir l'ensemble de la période des 1000 premiers jours, quel que soit le moment du dépistage initial.

L'**objectif final** est d'élargir le groupe cible à toutes les femmes (enceintes) ou mères, à tous les enfants et à toutes les familles pendant toute la période (de la conception à l'âge de 2 ans inclus de l'enfant), afin d'offrir des soins holistiques et un soutien sur mesure, par le biais de ce programme, y compris à ceux qui ne sont pas psychosocialement vulnérables.

### III. Description de la manière dont le niveau méso soutient ou facilite la mise en œuvre du programme.

Le programme demande une collaboration structurelle entre et au sein de structures à trois niveaux : le niveau macro, méso et micro. Ces trois niveaux sont définis comme suit :

- Macro: Le gouvernement fédéral et les entités fédérées
- Méso: organisation /structure à spécifier par l'entité fédérée dans le programme.
- Micro: Les professionnels de la santé et de l'accompagnement au niveau local.

Le niveau méso a des missions et des responsabilités spécifiques concernant la mise en œuvre et le suivi du programme.

Conformément à l'accord 5 du Plan interfédéral de soins intégrés, un niveau méso est désigné et fonctionne selon les principes suivants :

- Le niveau méso facilite la collaboration entre et au sein des structures sur 3 niveaux : le niveau micro, méso et macro. Bien que certaines tâches et responsabilités se situent au niveau méso, il fonctionne sous la politique du niveau macro responsable. Il y a donc une interaction continue entre les deux niveaux pour travailler ensemble afin de faciliter les soins intégrés au niveau micro.

- Le niveau méso a un mandat clair pour effectuer certaines missions en fonction de la réalisation et de la stimulation des soins intégrés sur le terrain, en l'occurrence dans le cadre des programmes soins intégrés il s'agit de :
  - Gestion de la santé de la population
  - Aligner l'offre sur les besoins de la population, y compris la gestion proactive de la capacité de soins
  - Développer une politique de promotion et de prévention de la santé
  - Développer les compétences de base des soins intégrés
  - Autonomisation ou empowerment de la personne, soutien de l'aidant proche et du réseau informel
  - Stimuler / réaliser la continuité des soins
  - Faciliter le support digital
  - Pour les programmes communs convenus, déterminer le déploiement et suivi des ressources pour la fourniture d'accompagnement et de soins, toujours basée sur les besoins de la population
  - Gestion du changement
  - Gestion de l'innovation
- Le niveau méso comprend des acteurs pertinents pour l'intégration horizontale et verticale et établit une gouvernance appropriée afin d'assumer son rôle visant à stimuler et faciliter dans le but d'encourager le travail interdisciplinaire et intersectoriel. Les partenaires précis sont déterminés par entité fédérée.

En pratique, l'implémentation du programme nécessite entre autres le déploiement des ressources humaines consacrées à la mise en œuvre des missions citées ci-dessus et décrites plus largement dans le protocole d'accord de 8 novembre 2023.

L'implémentation soutenue par le niveau méso permet:

- D'assurer l'opérationnalisation du cadre théorique décrit dans le programme
- D'organiser des rencontres entre prestataires du réseau ou des structures méso impliqués dans la mise en œuvre du programme
- De promouvoir la culture de soins intégrés par différents biais, notamment l'organisation de formations (en collaboration avec des partenaires ad hoc) qui permettent également la mise en œuvre du programme de soins intégrés.
- De mettre en œuvre la gestion de la santé de la population en faisant le lien avec la structure méso afin de garder un lien cohérent avec d'autres activités mises en œuvre au sein du territoire.
- De réaliser le suivi opérationnel des activités et consolider les données afin de rapporter l'avancement de l'implémentation. Le niveau méso permet de déterminer dans quelle mesure les activités du programme répondent aux besoins de soins et d'accompagnement du groupe cible.
- De réaliser l'évaluation du programme
- De recueillir le vécu du terrain, les problématiques de l'implémentation, l'objectif étant de les analyser, de répondre aux questions ou d'adapter le travail pour clarifier et fluidifier l'implémentation des activités. Le niveau méso permet au terrain de formuler ses besoins et facilite l'identification des solutions.
- D'organiser/ de faciliter la mise en place des groupes de travail et de discussion sur base des thématiques définies par les acteurs du terrain et dans le cadre de l'implémentation du programme.

### Pour la Wallonie:

*Le niveau macro est coordonné par l'AVIQ (l'Agence wallonne pour une vie de qualité) en tant qu'administration ayant la santé dans ses compétences. Cette coordination assure le lien avec le niveau méso ainsi que la collaboration avec les autres entités fédérées sur le territoire de la langue française pour l'accompagnement, les soins et le social.*

*Le niveau méso est assuré par les Services de soins intégrés à domicile (SISD) en attendant la création des Organisations locorégionales de santé (OLS). Le financement du niveau méso est décrit dans la convention.*

*Le niveau micro est composé de tous les acteurs identifiés dans le schéma en annexe.*

#### IV. Activités du programme

Ce programme propose des soins et de l'accompagnement supplémentaires, qui vont s'ajouter au suivi clinique et aux soins et soutien psychosociaux standard. Ces deux éléments au cours des 1000 premiers jours sont cruciaux et devraient suivre les directives les plus récentes. Le suivi clinique n'est pas l'objet central du programme mais l'ambition est d'améliorer l'accès au suivi clinique régulier par le biais de ce programme afin de garantir l'entrée rapide et adaptée dans le circuit des soins (par exemple en supprimant les obstacles financiers, en agissant sur l'assurabilité de la femme enceinte). Un suivi clinique ainsi que des soins et un soutien psychosocial sont nécessaires pour donner à l'enfant (à naître) des chances optimales de prendre un bon départ.

Par le biais d'un aperçu complet des activités, l'objectif est de stimuler l'interaction, la cohésion entre les activités de « soins » et de « l'accompagnement » des personnes afin de briser les silos.

Au sein de ce programme, nous faisons la distinction entre trois périodes :

1. Période prénatale : dès la conception à la naissance
2. Période postnatale : dès la naissance aux 6 semaines après la naissance
3. Période de la petite enfance : de 6 semaines après la naissance à l'âge de 2 ans inclus

Toutefois, ces trois phases s'enchaînent sans heurts et exigent un processus continu de soins et d'accompagnement. Pour chacune de ces périodes, le contenu est décrit ci-dessous et les principaux domaines et activités de soins et d'accompagnements sont définis, sur la base des différentes études et recommandations du KCE<sup>7</sup>. Avant que l'enfant n'atteigne l'âge de 3 ans, un travail est effectué en vue de la fin du programme, c'est-à-dire que la transition vers un suivi structurel de l'enfant lors de son entrée dans l'enseignement est préparée.

L'aperçu complet des activités du programme est présenté à la figure 1.

Comme indiqué ci-dessus, le programme sera conçu sur la base des indicateurs de vulnérabilité identifiés à l'aide de la plateforme BiB. Si l'un des 8 critères d'inclusion est détecté chez la femme enceinte, elle sera incluse dans le programme. En fonction du nombre d'indicateurs positifs, la femme entrera dans un scénario différent, selon le principe de l'universalisme proportionné. Ainsi, les soins

<sup>7</sup> KCE. Pre- and postnatal care for vulnerable women/families: a proposition of inclusion criteria – working paper for use by the NIHDI transversal working group. 2022 Benahmed Nadia, Lefèvre Mélanie, Christiaens Wendy, Devos Carl, Stordeur Sabine. Vers un parcours prénatal intégré pour les grossesses à bas risque. Health Services Research (HSR). Bruxelles. Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). 2019. KCE Reports 326B.

et l'accompagnement seront adaptés aux besoins de la femme, de l'enfant et de la famille. Le tableau 1 présente différents scénarios dans le cadre du programme. La plateforme BiB et l'outil plan d'actions<sup>8</sup> soutiennent le lancement des activités de soins et de l'accompagnement nécessaires dans le cadre de ce programme.

Ce tableau a été élaboré sur la base des recommandations du KCE<sup>4</sup>.

Tableau 1. Scénarios du programme 'Soins et accompagnement des femmes enceintes, des enfants et de la famille qui les entoure lors de premiers 1000 jours'

Scénarios	Indicateurs de vulnérabilité	Activités(s) de soins et d'accompagnement
<b>Période prénatale</b>		
<p>➔ Principe de base : Fourniture d'informations et/ou orientation vers un professionnel des soins ou d'accompagnement ou vers un organisme compétent (par exemple, le CPAS, avec l'appui de la plateforme BiB et de l'outil de plan d'action) et suivi par le professionnel de soins ou de l'accompagnement qui a effectué le dépistage.</p>		
Scénario A	Minimum 1 indicateur positif sur 8 critères d'inclusion	Soins et soutien universels au(x) futur(s) parent(s) + Soutien spécifique (adapté aux besoins de soins et d'accompagnement spécifiques sur la base d'indicateur(s) identifié(s)) + <b>Maximum 2 consultations de conseil prénatal personnalisé (remboursable)</b>
Scénario B	A partir de 2 indicateurs positifs sur 8 critères d'inclusion	Scénario A + Possibilité de la <b>coordination des soins et de l'accompagnement (remboursable)</b> + Possibilité de concertation multidisciplinaire
<b>Période postnatale</b>		
<p>➔ Principe de base : poursuite des soins et de l'accompagnement mis en place pendant la période prénatale, avec réévaluation périodique. Détection des vulnérabilités avec un outil/des outils à déterminer est souhaitable en cas de modification des besoins<sup>9</sup>. Cela peut conduire à un ajustement des soins et de l'accompagnement mis en place pendant la période prénatale.</p>		
Scénario A	Minimum 1 indicateur positif sur 8 critères d'inclusion	Soins et soutien universels au(x) parent(s) <b>et à l'enfant</b> + Soutien spécifique au(x) <b>parent(s) et à l'enfant</b> (adapté aux besoins de soins et d'accompagnement spécifiques)
Scénario B	A partir de 2 indicateurs positifs sur 8 critères d'inclusion	Scénario A + Poursuite de la coordination des soins et de l'accompagnement (remboursable) ou, le cas échéant, l'initier

<sup>8</sup> L'outil plan d'action de la plateforme BiB : c'est une fonctionnalité qui propose aux professionnels qui l'utilisent des **parcours de soins intégrés**, adaptés à la situation de la femme. Ces parcours de soins proposent des références, des procédures et des informations sur certains sujets.

<sup>9</sup> Pour être inclus dans le programme, le dépistage doit être effectué au plus tard 7 jours après l'accouchement. La plateforme BiB a été développée pour le dépistage des vulnérabilités psychosociales chez les femmes enceintes. Elle n'est donc pas adaptée au dépistage pendant la période postnatale ou la période de la petite enfance. Par conséquent, l'outil BiB ne sera pas utilisé pendant cette période. Dans une phase ultérieure, il sera exploré comment inclure dans le programme personnes présentant des vulnérabilités identifiées après le septième jour après l'accouchement.



		+ Possibilité de <b>concertation multidisciplinaire</b>
<b>Période de la petite enfance</b>		
➔ Principe de base : poursuite des soins et de l'accompagnement mis en place pendant la période postnatale, avec réévaluation périodique. Détection des vulnérabilités avec un outil/des outils à déterminer est souhaitable en cas de modification des besoins <sup>5</sup> . Cela peut conduire à un ajustement des soins et de l'accompagnement mis en place pendant la période postnatale.		
Scénario A	Minimum 1 indicateur positif sur 8 critères d'inclusion	Soins et soutien universels de l'enfant et sa famille + Soutien spécifique du petit enfant et de la famille (adapté aux besoins de soins et d'accompagnement spécifiques)
Scénario B	A partir de 2 indicateurs positifs sur 8 critères d'inclusion	Scénario A + Poursuite de la coordination des soins et de l'accompagnement (remboursable), ou, le cas échéant, l'initier + Possibilité de concertation multidisciplinaire

SOUS RESERVE DE SIGNA

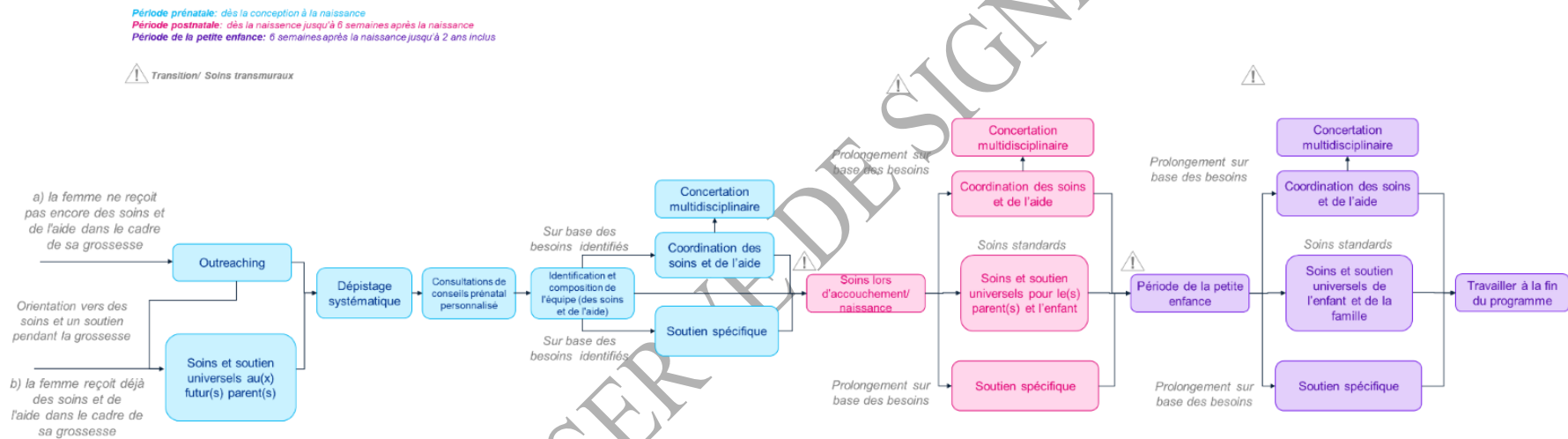


Figure 1. Aperçu générique du programme « Soins et soutien aux femmes enceintes, aux enfants et à leur famille pendant les 1 000 premiers jours ».

## 1. Période prénatale : dès la conception à la naissance

La période prénatale démarre avec la conception, la période se prolonge jusqu'à la naissance.

Au cours de la période prénatale, des domaines clés de soins/activités sont identifiés dans la liste ci-dessous. Ces activités se rajoutent et gravitent autour du suivi clinique et soins et soutien psychosociaux<sup>10</sup> standard (y compris le suivi des grossesses à risque) qui lui n'est pas modifié.

- a) Orientation vers le screening
- b) Dépistage systématique (Born in Belgium Professionals)
- c) Consultations de conseil prénatal personnalisés (CPP)
- d) Coordination des soins et de l'accompagnement
- e) Concertation multidisciplinaire
- f) Soins et soutien universels au(x) futur(s) parent(s)
- g) Soutien spécifique

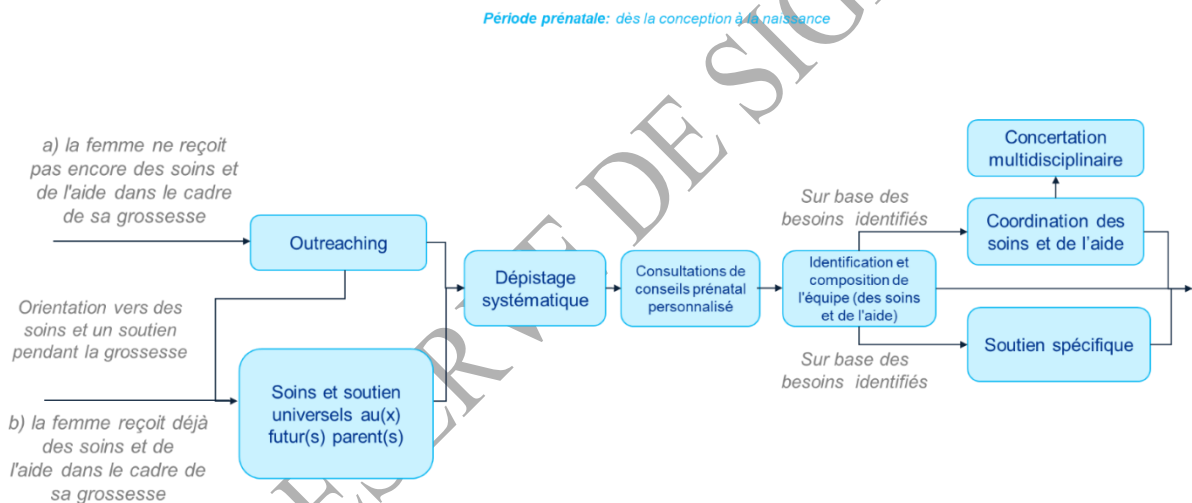


Figure 2. Aperçu de la période prénatale

Pour chaque activité, une description générique est d'abord donnée. Dans une certaine mesure, une asymétrie entre les entités fédérées est possible, cet aspect est précisé ci-dessous.

### a. Orientation vers le screening

Les femmes enceintes qui n'ont pas (encore) été dépistées à l'accompagnement de la plateforme BiB sont orientées vers un professionnel des soins ou de l'accompagnement approprié afin qu'un suivi clinique régulier puisse être mis en place et qu'un dépistage de la vulnérabilité puisse être effectué le plus tôt possible au cours de la période de grossesse.

<sup>10</sup> Le suivi Clinique et les soins et soutien psychosociaux standards sont réalisés sur base de plus récentes (evidence-based) guidelines.

Lorsqu'une femme enceinte n'ayant pas encore fait l'objet d'un dépistage est identifiée, une demande de dépistage doit être enregistrée. Cet enregistrement est fondamental car, suite à ce dernier, une notification est envoyée aux acteurs potentiels pour qu'ils puissent réaliser le dépistage.

Deux activités permettent de mieux cibler l'orientation des femmes enceintes vers le dépistage afin de maximiser l'accès aux femmes enceintes vulnérables à un stade précoce de la grossesse.

- **Sensibilisation:**

Le programme fait l'objet d'une large publicité dans la région. Une vaste campagne de communication et de sensibilisation est mise en œuvre pour informer tous les professionnels des soins et de l'accompagnement sur le programme et les possibilités d'orientation vers le dépistage. La campagne de communication se concentrera sur l'orientation vers un suivi clinique régulier et sur les éventuels signaux de vulnérabilité chez les femmes enceintes. De cette manière, plusieurs portes d'entrée vers le programme sont créées.

- **Outreaching:**

Le travail de proximité sera effectué dans le but d'atteindre les femmes enceintes vulnérables qui ne consultent pas un professionnel de soins ou de l'accompagnement de leur propre initiative. Le travail de proximité consiste à localiser, identifier et orienter précocement les femmes enceintes vulnérables en dehors d'une structure de soins vers un professionnel de santé pour un suivi clinique régulier et un dépistage (voir point b). Les acteurs chargés de la sensibilisation sont largement informés sur ce programme et formés à l'orientation vers un professionnel de la santé ou de l'action sociale en vue d'un suivi clinique régulier et d'un dépistage.

*Pour la Wallonie :*

*Une collaboration ONE-AVIQ visera à consolider le réseau existant sur le terrain. Le territoire est composé d'un grand nombre de services « Partenaire Enfants-Parents » (PEP's) réalisant une activité d'outreaching. Une information et une sensibilisation sera réalisée auprès des mutuelles, des opérateurs agréés de l'AVIQ (concernés par le trajet de soins), des partenaires régionaux dont le Service Public de Wallonie (SPW) Intérieur et Action sociale (IAS) et les Centres publics d'actions sociales (CPAS). Le secteur de l'aide à la jeunesse AMO (aide en milieu ouvert) est également concerné. Il est attendu du réseau de mettre la femme enceinte en relation avec un acteur des soins (médecin traitant, gynécologue ou sage-femme) de façon à dépister la future mère. En cas de difficultés, ces acteurs pourront se tourner vers les OLS et l'ONE.*

*Au niveau de la communication, une collaboration et un renforcement mutuel entre l'ONE et l'AVIQ permettra d'amener, à tous les acteurs qui ont un rôle à jouer au niveau du programme, les informations utiles.*

*Les prestataires de la première ligne de soins: les sage-femmes indépendantes, les maisons médicales, les médecins généralistes, les infirmiers du domicile, les psychologues de première ligne, les pharmaciens. Les professionnels de santé dans les hôpitaux seront également impliqués.*

*b. Dépistage systématique - Born in Belgium Professionals*

Grâce au dépistage, les vulnérabilités des femmes enceintes sont détectées à un stade précoce, ce qui permet d'offrir des soins et un soutien appropriés. Chaque femme enceinte qui donne son consentement fait l'objet d'un dépistage. Il est préférable d'effectuer le dépistage le plus tôt possible

au cours de la grossesse, de préférence avant la 14<sup>ème</sup> semaine d'aménorrhées. Le dépistage peut être réalisé jusqu'à 7 jours après la naissance de l'enfant. Le dépistage est effectué par un professionnel des soins inclus dans la loi coordonnée relative à l'exercice des professions des soins de santé du 10 mai 2015 ou par un professionnel de l'accompagnement (à préciser par l'entité fédérée).

La plateforme Born in Belgium professionals (BiB) est utilisée pour le dépistage. Cet outil permet de détecter les indicateurs de vulnérabilité psychosociale chez les femmes enceintes. Par le biais d'un questionnaire sur la plateforme BiB, 15 indicateurs de vulnérabilité sont mesurés: le niveau d'éducation, le pays de naissance, le statut de la résidence, la profession de la femme, la profession du partenaire, la situation financière, la situation du logement, la communication, le soutien social, l'anxiété, dépression, antécédents psychologiques, la violence, la consommation de médicaments et la consommation de substances psychoactives.

Avant le dépistage, la femme enceinte doit être informée par le professionnel des soins ou de l'accompagnement sur le dépistage via la plateforme BiB (objectif, méthode, etc.) et son consentement éclairé doit être obtenu. En cas de refus, la femme ne sera pas incluse dans le programme.

Le professionnel des soins ou de l'accompagnement qui effectue le dépistage enregistre les résultats sur la plateforme BiB.

Sur la base des indicateurs de vulnérabilité identifiés, les soins et l'accompagnement dispensés dans le cadre du programme seront adaptés aux besoins individuels de la femme enceinte. Le scénario approprié (voir tableau 1) sera attribué à la femme enceinte dans la plateforme BiB et l'outil de plan d'action.

#### Pour la Wallonie :

*L'activité de screening peut être réalisée par différents professionnels comme les sage-femmes, les médecins généralistes, les gynécologues et les PeP's de l'ONE. Si le screening identifie des vulnérabilités chez la femme enceinte la patiente sera redirigée, selon sa situation, vers les professionnels de santé et d'accompagnement adéquats.*

*Les acteurs sociaux en contact régulier avec les populations les plus fragiles pourront introduire les coordonnées de la future maman et l'inscrire dans le programme BIB.*

*Les hôpitaux seront aussi en premier plan pour réaliser ce screening dans BiB.*

#### *c. Conseils prénatal personnalisé (CPP)*

Sur base des recommandations du KCE, le but des consultations de conseil prénatal personnalisé (CPP) est que toutes les femmes reçoivent des informations orales et écrites appropriées en début de grossesse sur le nombre, le moment et le contenu probables des consultations prénatales et de leur donner la possibilité d'en discuter avec leur sage-femme, leur gynécologue ou leur médecin généraliste, entre autres. Plus particulièrement dans le cadre du programme, dans un premier temps l'objectif sera d'approfondir la discussion - éventuellement dans le cadre d'une visite à domicile - sur les résultats du BiB et trouver des soins et un soutien pour donner suite aux indicateurs de vulnérabilité identifiés. Des visites à domicile peuvent être très utiles car elles permettent de bien comprendre la situation de le(s) future(s) parent(s) ou tuteur(s) (y compris les risques psychosociaux pour la mère et l'enfant). Les consultations CPP doivent répondre au besoin d'information des futurs parents ou tuteurs. Les consultations CPP ne visent pas à remplacer les consultations de suivi clinique mais à les compléter. Une consultation CPP est menée par une sage-femme, gynécologue ou médecin généraliste ou par un professionnel de l'accompagnement si l'entité fédérée le prévoit. Il est

recommandé que d'autres professionnels des soins ou de l'accompagnement soient également présents.

Chaque consultation CPP respecte un contenu structuré précis. Lors des consultations CPP, les conditions appropriées sont créées pour aider au bon déroulement de la grossesse. Cela signifie d'une part que, parallèlement au suivi clinique, l'accent y est mis sur la fourniture de conseils adaptés au mode de vie de la femme enceinte afin de promouvoir une grossesse en bonne santé (e.a. l'information, l'accompagnement et la promotion de la santé concernant supplémentation en acide folique, hygiène alimentaire, abandon du tabac, des drogues récréatives et de l'alcool, les vaccins, la prise de poids, l'utilisation de médicaments, les conditions de travail et les tests de dépistage proposés pendant la grossesse. D'autre part, l'accent est mis sur l'identification et l'approche (du risque) d'une vulnérabilité psychosociale en discutant, plus en détail, des indicateurs de la plateforme BiB. Le besoin de soins et/ou de soutien supplémentaires est évalué et, si nécessaire, des soins et accompagnement supplémentaires sont organisés.

Le prestataire de soins qui mène la consultation CPP doit compléter le dossier du patient et la plateforme BiB à chaque entretien, en indiquant les points d'attentions pour le futur suivi et les actions nécessaires. Les vulnérabilités identifiées ainsi que l'accompagnement et les soins qui sont mis en place doivent également être enregistrés dans la plateforme BiB.

Dans le cadre de ce programme, les femmes enceintes (du scénario A) se voient offrir deux consultations CPP (remboursées) au maximum. La première consultation CPP peut, mais pas nécessairement, avoir lieu consécutif après la présélection. Le nombre de consultations pourrait être augmenté en fonction des besoins de la femme enceinte et la famille, mais un remboursement n'est pas prévu dans ce cas.

Idéalement, la **première consultation CPP** a lieu au cours du premier trimestre et a pour but :

1. si aucun dépistage BiB ou aucun dépistage BiB complet n'a encore eu lieu : discussion et réalisation du dépistage par le biais de la plateforme BiB pour l'identification des vulnérabilités psychosociales
2. d'évaluer / analyser les vulnérabilités psychosociales potentielles à partir des résultats du dépistage BiB et, le cas échéant, de mettre en place des interventions spécifiques (p. ex., pour des problèmes comme la toxicomanie, le bien être mental, la prise de poids anormale) et/ou mettre en place un réseau professionnel et/ou informel élargi ;
3. de fournir aux futurs parents des informations scientifiquement fondées concernant la grossesse ;
4. de permettre aux futurs parents de faire des choix éclairés concernant leur parcours prénatal et le(s) professionnel(s) qu'ils souhaitent y impliquer ;
5. d'informer les futurs parents d'un parcours de soins et d'accompagnement approprié (y compris le suivi clinique nécessaire et la préparation à la naissance et à la parentalité) adapté aux besoins de la femme enceinte, et préparer et soutenir ce parcours.
6. Si nécessaire discuter avec les femmes enceintes de la possibilité de mettre en place une coordination de soins et d'accompagnement et qui est la personne qui assumerait ce rôle;
7. de créer ou de mettre à jour le dossier électronique partagé (dans le cas des prestataires de soins) et démarrer et/ou compléter de la plateforme BiB.

Lors de la **dernière consultation CPP**, qui a lieu au cours du troisième trimestre (entre la semaine 32 et 35), l'accouchement et la période postnatale sont préparés, en tenant compte des préférences et des vulnérabilités identifiées.

Pour les besoins complexes en matière de soins et d'accompagnement, la coordination de soins et d'accompagnement peut être activée via la consultation CPP (Scénario B). Le cas échéant, cette coordination (et le consentement explicite de la femme enceinte pour le lancement du programme et pour la personne qui en assurera la coordination) est enregistrée dans la plateforme BiB et est incluse dans le rapport de la consultation CPP.

#### Pour la Wallonie:

*Les CPP sont exécutées soit par un professionnel de santé (sage-femme, médecin généraliste ou un gynécologue) soit par les PEP's de l'ONE. Il est souhaité que ce soit de préférence une sage-femme indépendante qui réalise la CPP. Durant ces CPP le professionnel qui la réalise s'assure de créer un lien fort avec la femme enceinte de façon à stimuler son adhésion au programme et éviter tout vide de soins.*

*L'ONE, qui réalise déjà ces CPP, utilisera ses propres outils de suivi et transmettra les informations pertinentes et utiles au coordinateur des soins et de l'accompagnement. Dans le cadre de ce programme, il s'agira d'étendre les activités à tout le territoire. Selon la situation, le PEP's pourra référer la femme enceinte vers un SAP (service d'accompagnement périnatal subsidié par l'ONE - ex. : aquarelle, Ulysse, Echoline, ...). Ces services disposent d'une expérience approfondie pour certaines matières (ex. : l'exil, toxicomanie, ...).*

#### *d. Coordination des soins et de l'accompagnement*

La coordination des soins et de l'accompagnement est souvent réalisée de manière non rémunérée. Cela peut être fait par la femme enceinte elle-même ou par un proche ou par un professionnel lorsqu'il effectue les tâches de coordination (qui sont inhérentes aux fonctions professionnelles de quelqu'un). La coordination des soins et de l'accompagnement rémunérée est nécessaire lorsque la femme enceinte ou son entourage informel ne peut pas ou ne souhaite pas réaliser les tâches de coordination des soins et de l'accompagnement, mais que cela est nécessaire pour fournir des soins de qualité. C'est également le cas lorsqu'une situation complexe antérieure se présente et qu'un plan de soins et d'accompagnement a été établi ou doit être établi et que des tâches de coordination doivent être incluses par un professionnel des soins ou de l'accompagnement. Dans le cadre des soins et de l'accompagnement, on part du principe que la coordination des soins et de l'accompagnement peut être assumée par une seule personne et est considérée comme un rôle, dans lequel les tâches susmentionnées sont exécutées en plus des tâches spécifiques de la fonction que cette personne assume déjà.

Dans le cas de la coordination des soins et de l'accompagnement rémunérée, celle-ci est prise en charge par un professionnel des soins ou de l'accompagnement qui fait partie de l'équipe de soins et d'accompagnement autour de et avec la femme enceinte. Il peut s'agir d'un prestataire des soins inclus dans la loi coordonnée relative à l'exercice des professions des soins de santé du 10 mai 2015 ou par un professionnel de l'accompagnement (à préciser par l'entité fédérée). La coordination des soins et de l'accompagnement sera le point de contact permanent et la personne de référence durant les 1000 jours tant pour la femme enceinte que pour l'équipe de soins et d'accompagnement. Le coordinateur des soins et de l'accompagnement est la personne de confiance de la famille. De préférence, c'est la femme enceinte (et sa famille) qui désigne le coordinateur des soins et de l'accompagnement. Le(s) parent(s) ou le(s) tuteur(s) doit(vent) donc être d'accord avec le choix de la

personne qui assume ce rôle. La femme doit donc être d'accord avec le choix de la personne qui assume ce rôle. Le coordinateur des soins et de l'accompagnement veille à ce que les besoins identifiés soient satisfaits et à ce que la femme ait effectivement accès vers les soins et l'accompagnement appropriés. La relation de confiance peut être renforcée par l'intermédiaire d'un buddy, qui peut faire le lien entre la famille et la coordination des soins et de l'accompagnement.

La coordination des soins et de l'accompagnement dans le cadre de ce programme se fait conformément aux accords et le profil de compétences décrits dans le protocole d'accord du 8 novembre 2023.

La coordination des soins et de l'accompagnement comprend les tâches spécifiques suivantes dans le cadre de ce programme :

- évaluer l'ampleur du réseau multidisciplinaire à mobiliser autour de la femme enceinte et, avec elle, constituer l'équipe de soins et d'accompagnement ; mettre en ligne des soins et de l'accompagnement si nécessaire
- mettre en place/ajuster/compléter le plan de soins et d'accompagnement, couvrant toute la période qui va du début de la grossesse jusqu'à l'âge de 2 ans de l'enfant inclus;
- accorder et respecter des objectifs de vie de la femme enceinte et de sa famille dans le cadre du plan de soins et d'accompagnement
- sensibiliser la femme enceinte pour qu'elle prenne conscience de ses engagements dans le plan de soins et d'accompagnement,
- coordonner les activités en vue de répondre aux besoins spécifiques de la femme enceinte ;
- s'assurer de la prise en charge des problèmes identifiés de façon adéquate ;
- veiller à l'utilisation ad hoc des ressources en limitant la duplication d'interventions ;
- être disponible et mobile (via des visites à domicile et communication digitale) en fonction des besoins, souhaits et objectifs de la femme enceinte, le(s) parent(s) ou tuteur(s), les enfants et la famille ;
- assurer une transition en douceur entre la période prénatale et la période postnatale et celle du petite enfance et contacter activement la maternité où l'accouchement aura lieu afin d'ajouter à l'équipe de soins et d'accompagnement, si nécessaire, des professionnels des soins et de l'accompagnement impliqués, et coordonner davantage les soins coordonnés autour de l'admission ;
- vérifier si les soins et le soutien nécessaires (médicaux et psychosociaux) sont offerts et acceptés, et ajouter des soins et du soutien si nécessaire ;
- contrôler la composition de l'équipe de soins et d'accompagnement et son inscription sur la plateforme BiB
- si nécessaire, planifier et organiser une concertation multidisciplinaire avec les professionnels concernés des soins et de l'accompagnement (voir ci-dessous) ;
- si nécessaire, l'appel est fait auprès un case manager (conformément aux accords décrits dans l'accord protocolaire du 8 novembre 2023).

Il s'agit des activités à géométrie variable, qui doivent pouvoir s'étendre ou se réduire en fonction des besoins et des préférences des/du parent(s) et tuteur(s).

Une attention particulière est accordée à l'importance de la coordination des soins et de l'accompagnement dans les moments de transition (par exemple lors de la sortie de l'hôpital après l'accouchement). Idéalement, la même personne accompagne la femme et la famille tout au long du processus, du début de la grossesse jusqu'à l'âge de 2 ans inclus (1 000 jours), afin d'assurer la continuité entre les trois périodes (prénatale, postnatale, petite enfance). Si la coordination des soins et de l'accompagnement doit être transférée, une autre personne est désignée comme coordinateur



des soins et de l'accompagnement. Cette personne est enregistrée dans la plateforme BiB et un transfert clair a lieu.

La coordination des soins et de l'accompagnement pourrait être initié lors de la première consultation CPP ou plus tard au cours de la grossesse. Le rapport sur la CPP peut servir de base à la préparation du plan de soins et d'accompagnement.

Le coordinateur des soins et de l'accompagnement élabore un plan de soins et d'accompagnement et en assure le suivi. Le plan de soins et d'accompagnement et les actions qui en découlent sont enregistrés dans le dossier du patient et sur la plateforme BiB.

*Pour la Wallonie:*

*Idéalement, la coordination est réalisée par le professionnel qui a effectué la CPP. Si cela s'avère impossible, ce professionnel doit renseigner la patiente à l'OLS de son territoire qui se tournera vers les opérateurs avec lesquelles elle peut traiter ( centre de coordination d'accompagnement et soins à domicile (CCSAD), à une PeP's de l'ONE ou à un professionnel de santé référencé sur une liste éditée par l'OLS. (Sage-femme indépendante, médecin généraliste et gynécologue). Ce coordinateur peut s'adjoindre à un autre professionnel d'accompagnement ou de soins si cela s'avère nécessaire.*

*Les SISD actuels assument cette mission jusqu'à la création des OLS sur le territoire wallon.*

*e. Concertation multidisciplinaire*

Autour de chaque femme enceinte devrait se constituer un réseau de soins et d'accompagnement incluant les professionnels centraux dans la prise en charge prénatale, à savoir le gynécologue, la sage-femme, le médecin généraliste, le kinésithérapeute et les travailleurs des organismes d'accompagnement. L'équipe de soins et d'accompagnement doit pouvoir s'adapter aux besoins individuels et inclure tous les professionnels concernés. Cette adaptation relève de la responsabilité du coordinateur des soins et de l'accompagnement, en concertation avec la femme. Une consultation multidisciplinaire peut être organisée par le coordinateur des soins et de l'accompagnement dans le but de coordonner les efforts des différents professionnels des soins et de l'accompagnement et de discuter du plan de soins et d'accompagnement. La concertation multidisciplinaire peut être organisée à la demande de la femme elle-même ou du tuteur, du coordinateur des soins et de l'accompagnement lui-même ou de l'un des professionnels des soins et de l'accompagnement de l'équipe. Une consultation multidisciplinaire ne peut être organisée que lorsqu'un coordinateur des soins et de l'accompagnement a été désigné.

Les professionnels des soins et de l'accompagnement impliqués participent à la concertation. Les accords relatifs au plan de soins et d'accompagnement conclus lors de la consultation sont enregistrés sur la plateforme BiB, de sorte que toutes les parties concernées sont toujours informées et peuvent revoir les accords conclus. Lors de la consultation multidisciplinaire, des tâches peuvent être assignées à des professionnels des soins ou de l'accompagnement spécifiques, qui peuvent également être enregistrées sur la plateforme BiB.

Les concertations multidisciplinaires peuvent avoir lieu en présentiel ou en ligne (réunions virtuelles). Il ne s'agit pas d'échanges bilatéraux, mais d'une discussion conjointe entre les professionnels des soins et de l'accompagnement concernés, en présence de la femme enceinte ou du tuteur (ou de la personne qu'il a désignée). Cela peut être fait, par exemple, sur base du questionnaire rempli sur la plateforme BiB ou du plan de soins de la personne. Les autorités proposent des environnements

digitaux sécurisés qui peuvent être utilisés pour cette concertation multidisciplinaire : la plateforme BiB, Alivia, ou toute autre plateforme convenue avec les entités fédérées.

*Pour la Wallonie :*

*Le coordinateur en charge du parcours en pré natal aura la charge d'organiser ces concertations multidisciplinaires.*

*f. Soutien universel au(x) futur(s) parent(s)*

Dans le cadre du programme, toutes les femmes enceintes peuvent bénéficier de l'offre existante de soutien universel aux futurs parents adaptés à leurs besoins spécifiques et avec la participation de leur partenaire. Il s'agit de soins et d'un soutien à la fois cliniques et psychosociaux qui forment un tout intégré.

Toutes les femmes qui participent au programme bénéficient d'un suivi clinique conformément aux lignes directrices les plus récentes fondées sur des données probantes, en termes de dépistage et de tests diagnostiques, de prophylaxie et d'interventions spécifiques. Ce suivi comprend la surveillance continue des risques pendant la grossesse et l'implication des professionnels des soins et de l'accompagnement.

Les activités spécifiques comprises dans ce domaine ne sont pas décrites dans le programme ; elles restent de la responsabilité des prestataires et les mécanismes de financement s'y référant ne sont pas modifiés.

Dans le cadre des soins et du soutien psychosociaux, des séances de préparation à la naissance et à la parentalité sont organisées avec les quatre objectifs suivants:

- 1) les préparer à l'accouchement ;
- 2) les informer afin qu'ils puissent faire des choix éclairés sur le déroulement de la grossesse, le travail, l'accouchement et la période postnatale ;
- 3) maximiser les expériences positives de la naissance et de la phase postnatale et guider les futurs parents dans leur transition vers la parentalité.
- 4) promouvoir leur bien-être général.

La nature et le nombre de séances sont adaptées aux besoins du/des futur(s) parent(s), tels qu'estimés lors de la première consultation CPP.

Les séances ont comme objectif un partage de l'information, tandis que les questions organisationnelles sont déjà abordées dans les consultations CPP (p. ex., organisation d'appels à domicile par une sage-femme, consultations avec un pédiatre).

*Pour la Wallonie :*

*Différentes approches existent déjà sur le terrain et doivent être maintenues. Selon l'organisation hospitalière, ce rôle est tenu tantôt par les sages femmes, tantôt par l'ONE, tantôt par les deux. Pour le public cible de femmes très vulnérables la priorité sera donnée aux approches entièrement gratuites pour la patiente. Aussi cette préparation peut s'envisager individuellement (lors des RDV de suivi de grossesse) ou collectivement.*

### *g. Accompagnement spécifique*

L'identification d'un indicateur spécifique de vulnérabilité peut nécessiter l'ajout d'une expertise spécifique dans la fourniture d'un soutien standard ou d'un soutien dans des situations spécifiques pour répondre aux besoins de soins et de soutien de la femme enceinte, des/du parent(s) ou tuteur(s) et la famille.

Le plan d'actions de la plateforme BiB facilite l'orientation vers les professionnels et/ou organismes des soins et de l'accompagnement appropriés de manière à ce que le soutien soit adapté aux besoins spécifiques de la famille. Sur la base des vulnérabilités identifiées lors du dépistage, des informations supplémentaires sur l'indicateur de vulnérabilité seront fournies (il peut s'agir d'outils pour le professionnel de soins ou de l'accompagnement ou de documentation pour étayer ses propres connaissances). En outre, des actions seront proposées. L'une de ces actions est l'implication d'autres professionnels. La plateforme renvoie à des bases de données existantes à partir desquelles il est possible de choisir l'organisation ou le prestataire de soins le plus approprié, en fonction de l'endroit où l'on se trouve (code postale de la femme). Les bases de données incluses sont celles de l'INAMI, de Fares, de la VRGT, Bruxelles social, de Sociale kaart Vlaanderen, etc. Les professionnels ou structures des soins ou de l'accompagnement nouvellement impliqués sont répertoriés sur la plateforme BiB avec les coordonnées des prestataires de soins et d'accompagnement de l'équipe.

S'il existe des initiatives locales autour du travail « buddy », un buddy peut apporter un complément précieux à l'accompagnement de la femme enceinte ou la famille. En cas d'isolement social, de séjour illégal, d'obstacles à la communication, de problèmes de violence domestique, de toxicomanie et d'addiction, le buddy peut constituer un lien important entre la famille, le coordinateur des soins et de l'accompagnement et l'équipe de soins et d'accompagnement.

#### *Pour la Wallonie:*

*L'ONE, dans ses pratiques, différencie ses activités en fonction d'un suivi de base et d'un suivi renforcé. Lorsqu'il s'agit des femmes enceintes très vulnérables, le choix sera porté vers un schéma de suivi renforcé.*

*En fonction des besoins, le coordinateur en charge du parcours en pré natal sera appuyé par l'OLS et les centres de coordination afin de mobiliser les différents acteurs sans être exhaustif, des acteurs tels que les services d'aides aux familles et aux aînés familiales (SAFA), d'experts du vécu, entourage familial,...*

### 2. Période postnatale : dès la naissance au 6 semaines après la naissance

L'accouchement constitue le début de cette période. C'est un moment de transition central dans le cadre du programme qui doit retenir particulièrement l'attention et qui doit être préparées en contact avec la femme enceinte ou le tuteur pendant la période périnatale..

Le principe de base de ce programme est que les soins et l'accompagnement mis en place pendant la période prénatale se poursuivent pendant la période postnatale. Les soins et l'accompagnement pendant la période postnatale sont axés sur le(s) parent(s) ou tuteur(s), l'enfant et la famille.

Si aucun dépistage systématique n'a eu lieu pendant la grossesse, la plateforme BIB peut être complétée jusqu'à 7 jours après la naissance. Même par la suite, il convient de garantir des soins et un soutien appropriés, adaptés aux besoins du petite enfant et de sa famille, , pour lesquels l'enfant, le parent, la parentalité et le contexte constituent des angles importants.

Au cours de la période postnatale des domaines clés de soins/activités sont identifiés dans la liste ci-dessous. Ils s'ajoutent aux soins et au soutien cliniques et psychosociaux existants ou en font partie.

- a. Soins transmuraux
- b. Soins lors d'accouchement/naissance
- c. La coordination des soins et de l'accompagnement
- d. La concertation multidisciplinaire
- e. Soins et soutien universels pour le(s) parent(s) et l'enfant
- f. Soutien spécifique
- g. Détection des vulnérabilités

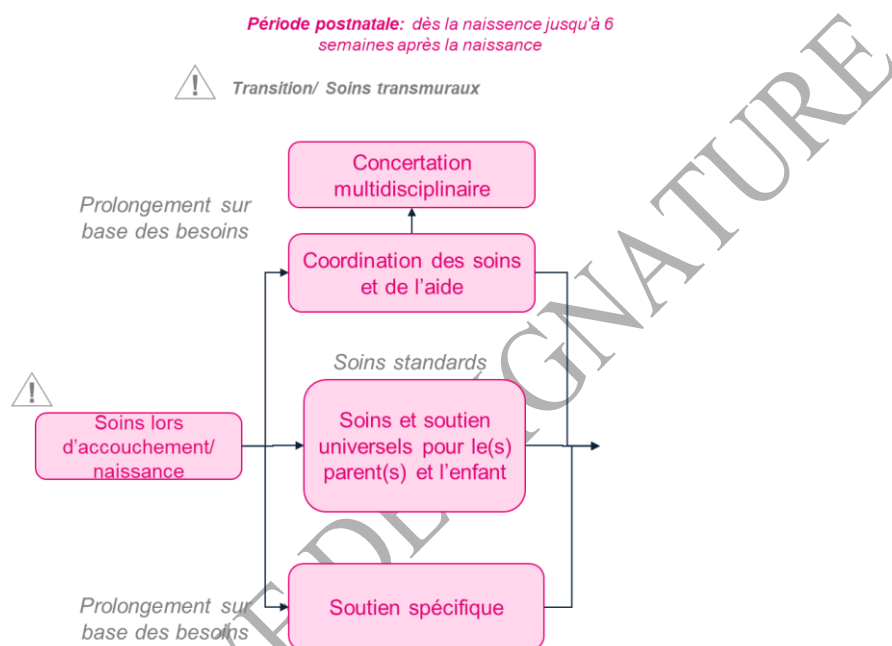


Figure 3. Aperçu de la période postnatale

#### a. Soins transmuraux

Si applicable, une attention particulière est accordée à la transition entre le domicile et la maternité pendant l'hospitalisation et la sortie de l'hôpital lors de l'accouchement. La coordination des soins joue ici un rôle important. Une coordination adéquate des soins est nécessaire pour assurer la continuité des soins et du soutien.

Lors du CPP final, la transition lors de l'admission à la maternité et de la sortie de l'hôpital est planifiée et préparée. Même si l'accouchement a lieu à domicile, la période de transition est minutieusement préparée.

Si un coordinateur des soins et de l'accompagnement est désigné, il est chargé de veiller à ce que la transition se déroule correctement. Le coordinateur des soins et de l'accompagnement prend contact de manière proactive avec la femme et avec la maternité où l'accouchement a eu lieu. La composition de l'équipe de soins et d'accompagnement est alors revue. S'il n'y a pas de coordinateur des soins et de l'accompagnement, c'est la responsabilité conjointe de l'équipe de soins et d'accompagnement.

A chaque transition, les données nécessaires sont partagées via le dossier patient électronique et la plateforme BiB.

*b. Soins lors d'accouchement/naissance*

L'accouchement/la naissance est organisé conformément aux lignes directrices les plus récentes.

Les activités spécifiques dans ce domaine ne sont pas décrites dans le programme ; elles restent de la responsabilité des prestataires de soins de santé et les mécanismes de financement associés restent inchangés.

*c. La coordination des soins et de l'accompagnement*

Il est possible, en accord avec la famille, de prolonger la coordination des soins et de l'accompagnement (voir point 1 e) pendant la période postnatale ou l'initier le cas échéant. Idéalement, la même personne guide la femme et la famille tout au long du parcours, du début de la grossesse à l'âge de 2 ans inclus de l'enfant. Si la coordination des soins et de l'accompagnement est transférée, une autre personne est désignée comme coordinateur des soins et de l'accompagnement avec la famille, cette personne est enregistrée dans la plateforme BiB et un transfert clair a lieu.

*d. La concertation multidisciplinaire*

Pendant la période postnatale, une concertation multidisciplinaire (voir point 1 f) peut être organisée par le coordinateur des soins et de l'accompagnement. Cela peut se faire à la demande de la femme enceinte ou tuteur, du coordinateur-même ou de l'un des professionnels des soins ou de l'accompagnement de l'équipe.

*e. Soins et soutien universels pour le(s) parent(s) et l'enfant*

A priori, le soutien postnatal au(x) parent(s) ou tuteur(s) et à la famille a déjà été préparé pendant la période prénatale (lors des consultations CPP et/ou par le coordinateur des soins et de l'accompagnement et/ou pendant les soins et soutien universels ou proportionnels).

Les soins et le soutien universels pour le(s) parent(s) et l'enfant prennent forme grâce à de nombreux professionnels des soins et de l'accompagnement qui soutiennent les familles de manière efficace et appropriée. Outre les soins médicaux, les soins et le soutien psychosociaux font partie de l'offre universel.

Il s'agit des soins prodigués lors de la naissance, les premiers soins à la mère et à l'enfant (screening néonatal inclus) lors de 6 premières semaines après la naissance. Toutes les femmes et l'enfant bénéficieront d'un suivi clinique dans le cadre du programme conformément aux lignes directrices les plus récentes en termes de tests de dépistage et de diagnostic et d'interventions spécifiques. L'enfant et sa famille bénéficient également de services médicaux préventifs.

Les activités spécifiques dans ce domaine ne sont pas décrites dans le programme ; elles restent de la responsabilité des prestataires de soins de santé et les mécanismes de financement associés restent inchangés. Toutefois, ce programme vise à intégrer tous les soins et le soutien, en fonction des besoins de la mère et de l'enfant. Les soins et l'accompagnement forment un tout intégré grâce à une interaction et une coopération étroites entre les professionnels des soins et de l'accompagnement, d'une part, et la famille et son contexte informel, d'autre part.

*Pour la Wallonie:*

*Le suivi standard postnatal sera donc assuré soit par l'ONE, soit par le professionnel de première ligne désigné par la patiente, à défaut par le professionnel ou service que le service social de l'hôpital arrivera à identifier/désigner. Et dans tous les cas, si un coordinateur a été identifié en prénatal il poursuit sa mission en post-natal.*

*f. Soutien spécifique*

Dans des situations spécifiques, des interventions plus ciblées peuvent être souhaitables et adaptées aux besoins de l'enfant, du/des parent(s) et de la famille.

*Pour la Wallonie:*

- *Opérateurs du SPW IAS concernés par le TDS*
- *Opérateurs agréés de l'AVIQ concernés par les TDS*
- *CPAS*
- *Mutuelles*
- *AMO*
- *Les hôpitaux de la Région wallonne et leurs médecins spécialistes*
- *Les prestataires de la première et seconde lignes de soins*
- *etc.*

*g. Détection des vulnérabilités*

La plateforme BiB pour la détection des vulnérabilités peut être utilisée pour le (re)dépistage jusqu'au 7e jour du post-partum. Dans une phase ultérieure, la manière d'identifier les vulnérabilités à partir du 7e jour du post-partum pourra être étudiée. Les soins et le soutien doivent être adaptés aux besoins éventuellement modifiés de le(s) parent(s) ou tuteur(s), de l'enfant et de la famille.

3. Période de la petite enfance : de 6 semaines après la naissance à 2 ans

Au cours de la période de la petite enfance, les activités clés suivantes des soins et de l'accompagnement sont identifiées :

- a) La coordination des soins et de l'accompagnement
- b) La concertation multidisciplinaire
- c) Soins et soutien universels de l'enfant et de la famille
- d) Soutien spécifique
- e) Détection des vulnérabilités

**Période de la petite enfance: 6 semaines après la naissance jusqu'à 2 ans inclus**

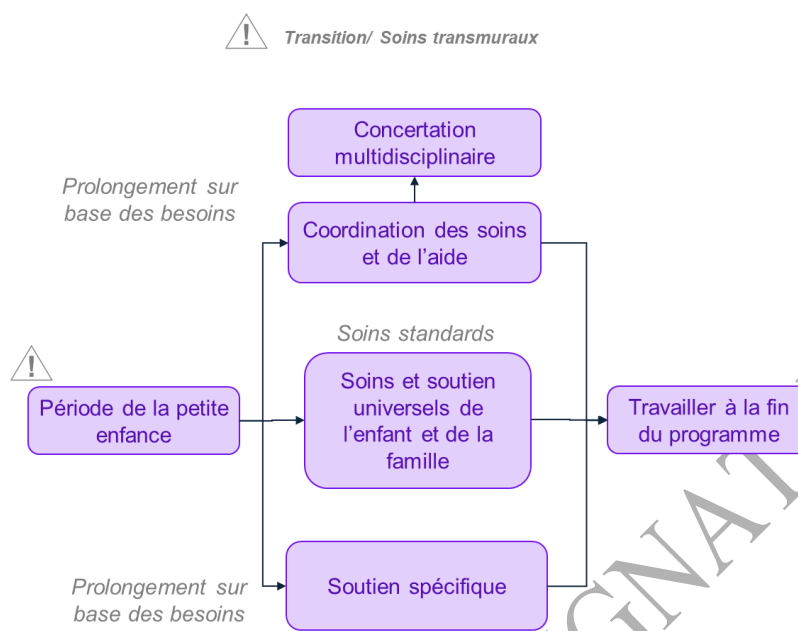


Figure 4. Aperçu de la période de la petite enfance

*a. La coordination des soins et de l'accompagnement*

Il est possible, en concertation avec la famille, de prolonger la coordination des soins et de l'accompagnement (voir point 1 e) pendant cette période. Idéalement, la même personne guide le(s) parent(s) ou tuteur(s) et la famille tout au long du trajet, du début de la grossesse à l'âge de 2 ans inclus. Si la coordination des soins et de l'accompagnement est transférée, une autre personne est désignée comme coordinateur des soins et de l'accompagnement avec la famille, cette personne est enregistrée dans la plateforme BiB et un transfert clair a lieu.

Avant que l'enfant n'atteigne l'âge de 3 ans, une phase d'achèvement est prévue si nécessaire, pendant laquelle le coordinateur des soins et de l'accompagnement prépare le(s) parent(s) ou tuteur(s), l'enfant et la famille à prendre en charge eux-mêmes la coordination de leurs soins et leur accompagnement et/ou organiser la continuité vers la période suivante en tant qu'enfant d'âge préscolaire.

*b. La concertation multidisciplinaire*

Pendant la période de la petite enfance, une concertation multidisciplinaire (voir point 1 f) peut être organisée par le coordinateur des soins et de l'accompagnement, à la demande de la famille, du coordinateur-même ou de l'un des professionnels de l'équipe des soins ou de l'accompagnement.

*c. Soins et soutien universels de l'enfant et de la famille*

L'offre universel de soins et d'accompagnement aux familles prend forme grâce à de nombreux professionnels des soins et de l'accompagnement qui soutiennent les familles de manière efficace et appropriée. Outre les soins médicaux, les soins et l'accompagnement psychosociaux et pédagogiques font partie de l'offre universel.

le volet médical comprend tous les soins et le suivi clinique de l'enfant jusqu'à l'âge de 2 ans inclus. Tous les enfants reçoivent un suivi clinique dans le cadre du programme conformément aux lignes

directrices les plus récentes concernant les tests de dépistage et de diagnostic, l'offre médico-préventive et toute intervention spécifique.

Les activités spécifiques dans ce domaine ne sont pas décrites dans le programme; elles demeurent la responsabilité des soignants et les mécanismes de financement associés demeurent inchangés. Toutefois, ce programme vise à intégrer tous les soins et le soutien, en fonction des besoins du parent et de l'enfant. Les soins et l'accompagnement forment un tout intégré grâce à une interaction et une coopération étroites entre les professionnels des soins et de l'accompagnement, d'une part, et la famille et son contexte informel, d'autre part.

#### Pour la Wallonie :

*S'agissant ici d'accompagnement et soins standard de l'enfant et de la famille, l'offre déjà disponible sur le territoire reste d'actualité dans le cadre de ce programme de soins intégrés (ex. : ONE et autres professionnels de santé).*

##### *d. Soutien spécifique*

Des besoins particuliers de l'enfant peuvent nécessiter une expertise supplémentaire des interventions ciblées plus précises, y compris l'orientation vers un « buddy ».

#### Pour la Wallonie:

- *Opérateurs du SPW IAS concernés par le TDS*
- *Opérateurs agréés de l'AVIQ concernés par les TDS*
- *CPAS*
- *Mutuelles*
- *AMO*
- *Les hôpitaux de la Région wallonne et leurs médecins spécialistes*
- *Les prestataires de la première et seconde lignes de soins*
- *etc.*

##### *e. Détection des vulnérabilités*

Dans une phase ultérieure, la manière d'identifier les vulnérabilités à partir du 7e jour du post-partum pourra être étudiée. Les soins et le soutien doivent être adaptés aux besoins éventuellement modifiés du petit enfant et sa famille (ou son contexte) .

## V. Modalités de financement

### *a. Le circuit de financement*

Dans le cadre des circuits de financement, il a été choisi d'utiliser une **plateforme centrale** qui servira comme outil de facturation permettant d'attester et de rémunérer les acteurs pour des prestations spécifiques réalisées dans le cadre de ce programme. Cela se fera par l'intermédiaire de l'ASBL IM.

La figure 5 présente le modèle générique de financement.



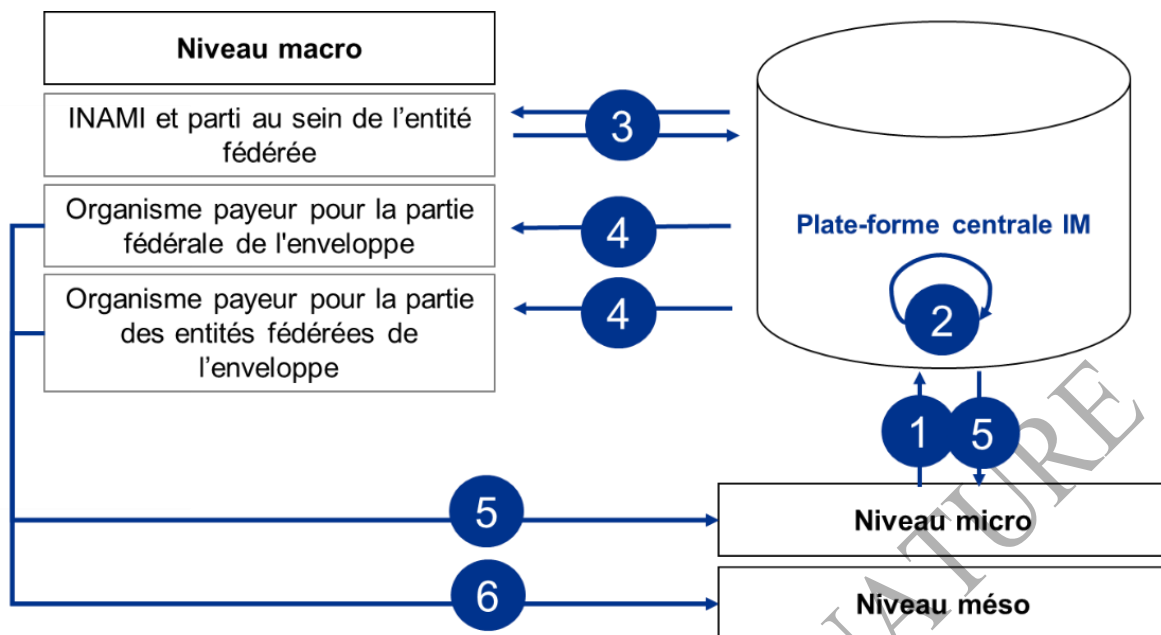


Figure 5. Modèle générique de financement

Précisions sur la figure ci-dessus :

- Rôle de l'INAMI et de la partie au sein de l'entité fédérée : mise à disposition des budgets dans le cadre du programme.
- Rôle possible de la "plate-forme centrale de gestion de l'information" au niveau macro :
  1. Recevoir les demandes de paiement des prestataires de soins et de l'accompagnement
  2. Effectuer des contrôles (y compris l'assurabilité)
  3. Etablir des factures et demander des moyens financiers pour le paiement des parties 1 et 2 auprès de l'INAMI et des parties au sein des entités fédérées
  4. Transférer les fonds de l'autorité fédérale et des entités fédérées de la partie 1 (niveau micro) et de la partie 2 (niveau méso) à l'organisme payeur approprié.
- Rôle convenu des organismes payeurs fédéraux et des entités fédérées :
  5. Partie 1 : versement aux prestataires de soins et de l'accompagnement
  6. Partie 2 : versement aux acteurs pertinents du niveau méso

*b. Les budgets disponibles dans le cadre du programme*

Pour l'autorité fédérale :

*L'impact financier sur une base annuelle imputé au budget des soins de santé :*

- pour le soutien au niveau méso: 927.898 € / an
- pour les prestations micro spécifiques: 3.431.161,83 € / an

Pour la Wallonie:

- pour le soutien au niveau méso un maximum de 2.033.333 € / an (sur les 6,1 mios/an octroyés aux OLS par la RW)
- pour les prestations micro spécifiques : les budgets sont estimés à 5.990.400 € / an

Ces budgets ne sont qu'une estimation, car ils représentent une combinaison de ressources existantes et de nouvelles ressources.

## VI. Planification du programme: description et planification de l'implémentation

Les conditions préalables, les mesures de soutien ou les mesures suivantes sont nécessaires pour réaliser les diverses activités du programme :

- Diffuser l'existence du programme à toutes les parties prenantes (citoyens et professionnels).
- Organiser une concertation avec les acteurs concernés afin de traduire le cadre théorique décrit dans ce programme en une mise en œuvre pratique sur le terrain.
- Coordonner la mise en œuvre du programme avec l'équipe de Born in Belgium Professionals, afin de tirer parti de leur expertise qui peut faciliter la mise en œuvre.
- Organiser la formation et le soutien nécessaires aux professionnels des soins et de l'accompagnement concernés afin qu'ils puissent mener à bien les activités prévues dans le cadre de ce programme, en collaboration avec l'équipe de Born in Belgium Professionals.
- Mettre en place un réseau avec les professionnels des soins et de l'accompagnement concernés et les structures méso pour la coordination concernant ce programme spécifique.
- Assurer le suivi de la mise en œuvre en identifiant les facilitateurs et les obstacles à la mise en œuvre du programme et, dans le cas où des obstacles seraient identifiés, adapter le programme pour garantir une mise en œuvre optimale.
- Veiller à ce que Born in Belgium Professionals soit accessible et opérationnel pour tous les acteurs impliqués dans le domaine, en prêtant attention aux aspects techniques et juridiques.
- Développer une stratégie d'évaluation et un suivi approfondi et continu du programme - au niveau macro et méso - permettant et s'inscrivant dans la gestion de la population telle qu'elle est mise en œuvre par le niveau méso désigné.
- Créer la (pseudo)nomenclature nécessaire ou d'autres modalités de paiement.
- Mettre en place les circuits de financement nécessaires.

La réalisation de ces conditions préalables et des mesures de soutien est une responsabilité partagée entre le niveau macro (autorité fédérale et entités fédérées) et le niveau méso désigné. La section III définit les responsabilités spécifiques du niveau méso.

### Pour la Wallonie:

- *Formation des professionnels qui réalisent le screening*
- *Formation des professionnels qui réalisent les CPP*
- *Information des professionnels concernés par l'outreaching*
- *Création d'une campagne d'information à destination de tous les professionnels qui peuvent être en contact direct ou non avec le public cible du trajet de soins.*
- *Diffusion par l'AVIQ de la campagne d'information*
- *Une communication active est également assurée par le biais de différents canaux.*
- *Développer des critères d'évaluation*
- *Evaluation du dispositif*

## VII. Cadre commun pour le suivi et l'évaluation.

Afin de contrôler et d'évaluer la qualité et l'efficacité de ce programme, des indicateurs doivent être développés pour mesurer les données objectives et subjectives sur les soins et l'accompagnement fournis par le programme (cf. recommandation de l'étude KCE) et pour évaluer si les objectifs du programme sont atteints.

Le suivi et l'évaluation de ce programme relèvent de la responsabilité partagée des parties suivantes (aux niveaux micro, méso et macro) :

1. L'INAMI
2. L'entité fédérée concernée avec laquelle la convention a été conclue
3. Le comité d'accompagnement du programme (ou une autre plateforme désignée pour son suivi)
4. Le niveau méso désigné qui est conjointement responsable de la mise en œuvre du programme
5. Les acteurs du niveau micro responsables de l'enregistrement correct des données.

L'INAMI et l'entité fédérée concernée déterminent au moins 5 indicateurs de processus « must have » et 5 indicateurs de résultats qui font l'objet d'un suivi et d'une analyse annuels (au moins les indicateurs de processus) pendant la durée de la convention. Le comité d'accompagnement (ou une autre plateforme désignée pour assurer le suivi du programme) est informé chaque année de l'état de ces indicateurs et est coresponsable du suivi des processus du programme. A cette fin, un rapport inter-administratif conjoint est rédigé, au moins par une personne de l'entité fédérée concernée et une personne de l'INAMI/SPF Santé publique. En outre, il peut être convenu, en concertation entre l'entité fédérée et l'INAMI, quels indicateurs « nice to have » continueront à être collectés et à quelle fréquence ils feront l'objet d'un suivi et d'une analyse. Un ajustement du programme sur la base des résultats est possible par le biais d'un avenant à la convention.

La détermination des indicateurs communs « must have » doit être effectuée dans les trois mois suivant la signature de la convention, avec indication de l'organisme chargé de la collecte et de l'analyse des données.

Une mesure de base des indicateurs de résultats est nécessaire pour mesurer l'impact du programme. Lors de l'entrée en vigueur de la convention, il est souhaitable de disposer d'informations sur les indicateurs de résultats dans le tableau afin que cette mesure puisse être répétée à la fin de l'accord en 2028. Ces données seront collectées dans la région de l'entité fédérées convenue dans le cadre de la convention. La date d'entrée en vigueur de la convention est prise comme date de référence pour les mesures de base, c'est-à-dire le 01/06/2024.

L'entité fédérée concernée informe le niveau méso des résultats du suivi afin que les stratégies de mise en œuvre puissent être ajustées si nécessaire. Les acteurs du niveau micro sont invités à enregistrer correctement les données relatives aux femmes enceintes, à leurs enfants et à leurs familles, les informations relatives aux consultations CPP et la coordination des soins et de l'accompagnement dans la plateforme BiB, la plateforme de l'ASBL IM ou d'autres plateformes fournies par l'entité fédérée. Ils sont informés par le niveau méso des évolutions importantes dans le cadre du programme.

La stratégie de suivi et d'évaluation peut être adaptée en concertation avec le comité d'accompagnement ou toute autre plateforme désignée pour le suivi du programme.

SOUS RESERVE DE SIGNATURE

*SOUS RESERVE DE SIGNATURE*