

**Convention entre le Comité de l'assurance soins de santé
de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité et
« Ministerium der Deutschsprachigen Gemeinschaft »
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,

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

et d'autre part,

« Ministerium der Deutschsprachigen Gemeinschaft », Stephan Förster, Generalsekretär des Ministeriums der Deutschsprachigen Gemeinschaft, Gospertstraße 1, 4700 Eupen, 087/596 300, ministerium@dgov.be
n° BCE : «BE 0332.582.613»,

en qualité de contractant,

ci-après dénommé « le 2^{ième} contractant »

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 médicaux).

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".

Préambule.....	2
I. Objet.....	4
II. Données administratives	4
III. Le programme « Soins et accompagnement des femmes enceintes, des enfants et de la famille qui les entoure pendant les premiers 1000 jours ».....	4
IV. Le groupe cible.....	4
V. Les engagements du 2ème contractant.....	5
VI. Les engagements de l'INAMI.....	5
VII. Le comité d'accompagnement du programme.....	6
VIII. Les interventions à charge de l'INAMI et le budget maximal disponible à cet effet	6
IX. Les interventions à charge du 2ème contractant et le budget maximal disponible à cet effet.....	11
X. Interventions personnelles, suppléments à charge du bénéficiaire.....	12
XI. La durée, les modalités de modification, de résiliation de la convention	12
XII. Annexes	13
XIII. Tribunaux compétents	13
ANNEXES	14
Annexe 1. Données administratives du contractant.....	14
Annexe 2. Description détaillée du programme de soins intégrés.....	1

I. Objet

Article 1^{er}.

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 d'une part, et du 2^{ième} contractant d'autre part.

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 du 2^{ième} contractant 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) :

- o Toutes les femmes enceintes ; dans une première phase le groupe cible des femmes enceintes est limité 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.
- o Parents (futurs) ou autres personnes exerçant des responsabilités parentales.
- o Enfants depuis la conception jusqu'à l'âge de 2 ans inclus.

Les personnes résidant sur le territoire belge et les personnes assurées en Belgique, qui habitent à l'étranger, peuvent être incluses dans ce programme.

V. Les engagements du 2ème contractant

Art. 5. Le 2^{ème} contractant s'engage à :

- a) 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.
- b) 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.
- c) 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 et la sensibilisation au programme, ainsi que de la communication au groupe cible.
- d) En application du point VII du programme : évaluer le programme en concertation avec l'INAMI et d'autres partenaires identifiés d'un commun accord. À cette fin, le deuxième contractant met à disposition toutes les informations susceptibles d'étayer cette évaluation.
- e) S'assurer que le niveau méso assume son rôle tel que décrit dans point III du programme. Puisque dans le cas de la Communauté germanophone, le niveau méso est égal au niveau macro, le Ministerium der Deutschsprachigen Gemeinschaft est lui-même responsable des éléments suivants et de leur mise en œuvre:
 - i. la composition et la gouvernance du niveau méso, qui devrait viser une intégration à la fois horizontale et verticale
 - ii. 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
 - iii. 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 le 2^{ème} contractant d'autre part :
 - o Assurer le suivi de la mise en œuvre et de l'exécution du programme dans leur région
 - o S'investir dans la gestion de la santé de la population et aligner l'offre aux besoins de la population
 - iv. la volonté d'augmenter l'application du programme et la qualité des soins et de l'aide par le biais des intervisions ou par la collaboration avec d'autres niveaux méso et de développer davantage les compétences de base en matière de soins intégrés
 - v. 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
 - vi. faciliter le fonctionnement de ce niveau méso, d'une part, par des contacts directs (soutien via des réunions, intervisions, webinaire,...) et, d'autre part, via le cofinancement qui est complémentaire à celui de l'INAMI pour le financement des missions du niveau méso.
 - vii. la manière d'évaluation des missions du niveau méso.
- f) Participer au comité d'accompagnement comme mentionné dans l'article 7 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) Mettre en place un mécanisme de facturation ou de remboursement permettant d'attester, de facturer et de rembourser les prestations et les autres activités du présent programme qui relèvent de la compétence de l'entité concernée, dans le cadre budgétaire de cette entité. Le 2^{ème} contractant conclut des conventions annuelles avec les organisations de terrain sous-jacentes à cette fin.
- h) Collaborer avec l'ASBL IM afin d'assurer le flux de données entre l'outil de facturation et l'application de l'ASBL IM permettant d'attester et de rémunérer les acteurs pour des prestations à charge de l'INAMI décrites dans le cadre de ce programme.
- i) 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.

VI. Les engagements de l'INAMI

Art. 6. L'INAMI s'engage à :

- a) La mise à disposition et à l'affectation 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 le 2^{ème} contractant, 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 le 2^{ème} contractant 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 7. 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) Informer régulièrement le 2^{ème} contractant et le comité d'accompagnement des dépenses et du nombre des prestations et d'autres activités qu'il a pris en charge.

VII. Le comité d'accompagnement du programme

Art. 7 § 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 le 2^{ème} contractant. 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.

§ 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.

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

Art. 8. L'intervention financière octroyée par l'INAMI couvre deux types d'activités :

- a) Des missions du niveau méso

Dans le cadre de l'implémentation du programme, des activités au niveau méso sont réalisées conformément aux engagements du protocole d'accord du 8 novembre 2023. L'intervention financière de l'INAMI servira à cofinancer les frais (de fonctionnement) du personnel qui sera chargé de mener à bien les 10 missions du management d'intégration décrites au point III du programme : "Description de la manière dont le niveau méso soutient ou facilite la mise en œuvre du programme". Concrètement, il s'agit d'initiatives visant à promouvoir et à réaliser des soins intégrés, dans le cadre de l'application de l'assurance obligatoire, au profit des prestataires de soins impliqués dans la prise en charge des personnes du groupe cible ou au profit des personnes du groupe cible elles-mêmes.

Le financement de l'INAMI est complémentaire au financement également fourni par l'entité fédérée concernée à cette fin pour les missions qui relèvent de sa compétence.

- 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 le point IV du programme : « Les activités du programme » (voir annexe 2).

Art. 9. Les indemnités suivantes sont dues :

- a) Pour les missions de niveau méso : sur une base annuelle, un montant maximum de 103.126 euros est prévu à cet effet, qui correspond à 1 ETP qui soutiendra les programmes de soins intégrés. Un rapport sera demandé à la fin de chaque année sur les missions de niveau méso réalisées et sur l'utilisation des moyens.
- b) En ce qui concerne les prestations spécifiques pour les soins coordonnés au niveau micro, les indemnités suivantes sont dues :

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

Prestation	Groupe cible ¹	Prestataires qui peuvent attester dans le cadre de l'assurance maladie ²	Tarif	Pseudocode	Fréquence et durée des prestations ³
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 prénatal
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 / an ⁴		Maximum 1 fois au cours d'une année ; Maximum 3 fois au cours du programme
Concertation multidisciplinaire	Scénario B	Les prestataires dans le cadre de l'assurance maladie	15 € / participant / 15 minutes (max 1 heure par an, max 16 x 15 €)		Maximum 3 fois en total

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

² 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.

³ 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 la 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.

⁴ Ce tarif s'applique à la première année de coordination des soins et de l'accompagnement. Le montant pour les 2^{ème} et 3^{ème} années reste à déterminer.

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 commence le screening.
 - Il est recommandé 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 la sortie de l'hôpital.
 - Cumulable avec les prestations existantes dans la nomenclature.
 - Les résultats du screening 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.
 - Le CPP peut également être fait conjointement avec les psychologues, les infirmiers ou avec les prestataires de l'aide, mais pas exclusivement.
 - 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/isolement 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.
 - Cumulable avec les prestations existantes dans la nomenclature.
 - Le rapport du CPP est disponible dans le dossier du patient digital chez le prestataire.
 - 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 par le prestataire de soins qui fait la coordination et qui a une relation thérapeutique (therlink).
 - Attestable lorsque l'équipe de soins a été constituée et que le plan de soins a été créé et que les deux documents ont été conservés dans le dossier du coordinateur des soins.
 - Seulement possible dans scénario B = au moins 2 des 8 indicateurs de vulnérabilités identifiées chez la femme enceinte.
 - La facturation des forfaits n'est plus possible si la grossesse est interrompue ou si l'enfant est décédé.
 - 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.
 - 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 le dossier du patient digital chez le prestataire/coordonateur des 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.
 - La date de début pour les périodes de 12 mois suivantes est déterminée par le coordinateur 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.

o **La concertation multidisciplinaire**

- À attester par le coordinateur de soins.
- Un forfait par participant et par an est fourni.
Si par le coordinateur de soins : celui-ci 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 consultation multidisciplinaire peut être attestée pour un maximum de quatre consultations de quinze minutes par an 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.
- Au moins un prestataire dans le cadre de l'assurance maladie (INAMI) participe, au moins trois 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 seront reprises dans le dossier du patient digital.

- 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 10. 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'à l'article 9 :

- 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 année en cours.
- d) La concertation multidisciplinaire pendant la période encore en cours sera remboursée au maximum 3 fois.

Art 11. § 1. Les interventions financières pour les coûts liés aux missions du niveau méso visés à l'article 9, point a), seront versées par l'INAMI via la plateforme de l'ASBL IM au 2^{ème} contractant 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 9, 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 dispositions sont attestées comme stipulé dans le tableau de l'article 9. 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. Une exception est faite pour les situations où il y a un problème d'assurabilité. Dans ce cas, la facturation doit avoir lieu dans les 3 mois suivant la résolution du problème d'assurabilité.
- 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 12. Le budget pour les prestations spécifiques visées à l'article 9, b) est estimé sur base des volumes des prestations et en tenant compte de la population concernée au sein du territoire du 2^{ème} contractant.

Communauté germanophone			
Prestation / Activité	Nombre de personnes	Honoraire	Coût total
Screening BiB (75%)*	605	22,55	13.631,48 €
Conseil prénatal personnalisée (39,5 %) (max 2 en prénatal - moyenne 1,5)	239	48,78 €	17.471,35 €
Coordination (12,8%)**	39	720,00 €	27.855,36 €
Concertation multidisciplinaire (12,8%)	77	240,00 €	18.570,24 €
Total			77.528,42 €

IX. Les interventions à charge du 2^{ème} contractant et le budget maximal disponible à cet effet

Art. 13. L'intervention financière apportée par le deuxième contractant dans le cadre du programme couvre deux types d'activités :

- a) Des missions du niveau méso

Dans le cadre de la mise en œuvre du programme, des activités de niveau méso seront réalisées conformément aux accords du protocole d'accord du 8 novembre 2023. L'intervention financière du 2^{ème} contractant servira à cofinancer la mise à disposition du personnel au sein du niveau méso qui soutiendra l'implémentation du programme, en particulier les professionnels relevant de la compétence des entités fédérées. Le contenu de ces activités est décrit plus en détail au point IV du programme (annexe 2).

Le financement du 2^{ème} contractant est complémentaire au financement également fourni par l'INAMI à cette fin pour les missions relevant de sa compétence.

- 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 le 2^{ème} contractant. Le contenu de ces prestations spécifiques et les modalités d'intervention sont décrits dans le programme (annexe 2).

Art. 14. Les budgets suivants sont mis à disposition par le deuxième contractant dans le cadre du programme :

- a. pour les missions du niveau méso :
Mise en œuvre du réseau soins intégrés :
Personnel ministère en soutien à l'implémentation du programme : 2.75 ETP
Master + 0,5 ETP gestionnaire de dossier. Coût estimé 300.000 € /an
- 0,5 VTE liens communauté/fédéral et conceptualisation en communauté germanophone
 - 1 VTE : rapport de santé
 - 0,5 VTE : organisation des groupes de travail, communication avec les stakeholder, traductions,...
 - 0,75 VTE : communication (site web, presse,...) et dossier patient digital, facturation, ...
- b. en ce qui concerne les prestations spécifiques, ces activités seront dans certains cas réalisées par du personnel au sein d'une organisation subventionnée par le 2^{ème} contractant.

La Communauté germanophone subventionne différentes organisations qui seront impliquées dans la réalisation des tâches citées dans le programme en annexe:

- Prisma V.o.G
- Jugendhilfe
- Soziale Treffpunkte
- ASL
- BTZ
- ZKB
- Frühhilfe
- ÖSHZ
- Integrationshilfe (Traduko, Info-Integration)
- Perinatales Zentrum (PZ)
- Kaleido -Ostbelgien
- Haushaltshilfen (SOS-Hilfe, Drillingshilfe, Vivadom, SAFPA)
- DSL

- c. Les lignes budgétaires ci-dessous pourront également contribuer à l'implémentation du programme :
- Elargissement des activités du « Périnatales Zentrum » : coût estimé à 40.000 €/an
 - Soutenir des initiatives de prévention et de promotion de la santé : coûts estimés à 290.000€/an
 - Participation aux réunions du réseau : coût estimé 28.800€ /an

X. 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.

XI. La durée, les modalités de modification, de résiliation de la convention

Art. 16. La présente convention entre en vigueur le 01/06/2024 et prend fin le 31 décembre 2028.

Art 17. §1. Des modifications de la convention peuvent être nécessaires suite à 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^{er} 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.

XII. Annexes

Art. 18 § 1. A cette convention sont annexées :

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

XIII. Tribunaux compétents

Art. 19. Seul le tribunal de Bruxelles est compétent pour régler tout litige entre les parties concernées par la présente convention.

Fait à Bruxelles, le 01/06/2024 et signé électroniquement par

Pour le contractant,

Pour le Comité de l'assurance,

Le Fonctionnaire dirigeant,
Stephan Förster
Generalsekretär

Le Fonctionnaire dirigeant,
Mickaël DAUBIE,
Directeur général.

ANNEXES

Annexe 1. Données administratives du contractant

1. Identification du contractant

Ministerium der Deutschsprachigen Gemeinschaft,
Stephan Förster, Generalsekretär des Ministeriums der Deutschsprachigen
Gemeinschaft,
Gospertstraße 1, 4700 Eupen,
087/596 300,
ministerium@dgov.be
n° BCE : «BE 0332.582.613»,

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

Nom de la personne juridique : Ministerium der Deutschsprachigen Gemeinschaft
Numéro BCE : « BE 0332.582.613 »
Adresse: Gospertstraße 1, 4700 Eupen
Courriel : ministerium@dgov.be

Compte bancaire :

Nom : Ministeriums der Deutschsprachigen Gemeinschaft
IBAN : BE84 0912 4000 0459
BIC : GKCCBEBB

Personne représentant cette personne juridique :

Nom et prénom : Stephan Förster
Fonction : Generalsekretär des Ministeriums der Deutschsprachigen Gemeinschaft,

Annexe 2. Description détaillée du programme de soins intégrés

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

<i>Contexte</i>	2
<i>Principes du programme</i>	3
<i>Contenu du programme</i>	3
I. Objectifs du programme	3
II. Groupe cible du programme	4
III. Description de la manière dont le niveau méso soutient ou facilite la mise en œuvre du programme	5
IV. Activités du programme	7
1. Période prénatale : dès la conception à la naissance	11
a. Orientation vers le screening	11
c. Suivi clinique	13
d. Conseils prénatal personnalisé (CPP)	13
e. Coordination des soins et de l'aide	15
f. Concertation multidisciplinaire	16
g. Soutien standard au(x) futur(s) parent(s)	17
h. Accompagnement lors de situations spécifiques	18
2. Période postnatale : dès la naissance au 6 semaines après la naissance.....	19
b. Transition entre le domicile et la maternité et entre la maternité et le domicile.....	20
c. Suivi clinique de la mère et de l'enfant	21
d. Accompagnement standard pour le(s) parent(s) et l'enfant	21
e. Accompagnement lors de situations spécifiques	21
f. La coordination des soins et de l'aide	22
g. La concertation multidisciplinaire	22
h. Possibilité de (re)dépistage	22
3. Période de la petite enfance : de 6 semaines après la naissance à 2 ans	22
a. Suivi clinique de l'enfant	23
b. Accompagnement standard de l'enfant et de la famille	23
c. Accompagnement lors des situations spécifiques.....	24
d. La coordination des soins et de l'aide	24
e. La concertation multidisciplinaire	25
f. Possibilité de (re)dépistage	25
V. Modalités de financement	25
a. Le circuit de financement.....	25
b. Les budgets disponibles dans le cadre du programme.....	26
VI. Planification du programme : description et planification de l'implémentation	27
VII. Cadre commun pour le suivi et l'évaluation	28
<i>Annexes</i>	1

Contexte

Ce programme interfédéral se concentre sur les soins et l'accompagnement aux 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 dans le système éducatif.

Les 1 000 premiers jours constituent la phase la plus 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'enfant⁵. 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 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^{6, 7}. Il en ressort que les soins et l'accompagnement ne sont pas 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 actuelle des soins postnatals en Belgique présente actuellement des lacunes. Après l'accouchement et le séjour à l'hôpital (pour la plupart des cas), 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 intégré 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, 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 au 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 entre les professionnels des soins et de l'aide impliqués, d'une part, et avec la famille, d'autre part.

⁵ Brines J, Rigourd V, Billeaud C. The First 1000 Days of Infant. Healthcare (Basel). 2022.

⁶ 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.

⁷ 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.

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'aide 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 des parents (célibataires) ou d'autres éducateurs responsables, et des enfants, 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.
- Prévention des difficultés et des complications précoces
- Prévenir les besoins médicaux 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'aide 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
- Parents (célibataires) ou d'autres éducateurs responsables
- Enfants 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 utilisé. Le dépistage est effectué de préférence dès le début de la grossesse mais, le cas échéant, au plus tard lors du séjour à la maternité ou de 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 professions 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 . 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- postnataux destiné aux femmes enceintes vulnérables et ses 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, ensemble 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**, il sera rendu possible de procéder à une redépistage après la grossesse (plus de 7 jours après la naissance). Pour ce faire, les critères d'inclusion devraient être complétés par des critères relatifs à l'enfant, à la parentalité, au parent et au contexte. 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 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: À spécifier par entité fédérée dans le programme.

Le niveau méso a des missions et des responsabilités spécifiques concernant la mise en œuvre et le suivi du programme. Il opère dans le cadre de la politique du niveau macro. Il y a une interaction continue entre les deux niveaux pour garantir ensemble que, au niveau micro, la réalisation du programme soit facilitée.

- Micro: Les professionnels de la santé et du bien-être au niveau local.

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'aide 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.
- Le niveau méso peut continuer à s'organiser par lui-même, par exemple selon le principe d'une organisation en réseau. En tenant compte au maximum des structures et missions établies par décret par entité fédérée qui existent déjà ou qui sont en construction au niveau méso.

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 (accord 5, annexe 3).

L'implémentation concerne concrètement à :

- assurer l'opérationnalisation du cadre théorique décrit dans le programme
- organiser des rencontres entre prestataires du réseau ou des structures méso impliqués dans la mise en œuvre du programme
- 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.
- 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.
- réaliser le suivi opérationnel des activités et consolider les données afin de rapporter l'avancement de l'implémentation
- réaliser l'évaluation du programme
- recueillir les échos 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.
- organiser/ faciliter 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 communauté germanophone:

Le niveau macro est en même temps le niveau méso. La coordination du niveau méso est organisée dans un premier temps par le ministère de la communauté germanophone. Le ministère travail avec une équipe (2,75 ETP) pour soutenir le projet :

- 1 ETP: liens communauté/fédéral et conceptualisation en communauté germanophone

- 1 ETP: rapport de santé
- 0,5 ETP: organisation de groupes de travail, communication avec les stakeholders, traductions,...
- 0,5 ETP: travail concret développement du dossier patient digitale, organisation facturation, ...
- 0,25 ETP: communication (site web, presse,...)

Ces personnes sont également désignées pour l'implémentation et le suivi d'autres programmes de soins intégrés. Les tâches suivantes sont incluses: conclusion de contrats avec les prestataires des soins et de l'aide, facturation et paiement, enregistrement des données pour l'évaluation, organisation de l'évaluation, monitoring de critères de qualité, information des citoyens sur le programme, responsable de toutes les questions des parties prenantes, organisation de réunions, communication après les parties prenantes, rédaction de procès-verbaux, traductions ...

En plus de l'1 ETP niveau master est désigné comme coordinateur: Le coordinateur méso assure la mise en œuvre des missions du management d'intégration et les tâches citées ci-dessus.

*Le tableau dans l'annexe 1 présente les acteurs impliqués au **niveau micro** dans la mise en œuvre des activités du programmes.*

IV. Activités du programme

Ce programme propose des soins et de l'accompagnement supplémentaires, qui vont s'ajouter au suivi clinique standard. Le suivi clinique au cours des 1000 premiers jours est crucial et devrait suivre les directives les plus récentes. Le suivi clinique ne fait pas l'objet central du programme mais il est à espérer que, grâce à l'identification des vulnérabilités, les femmes auront un accès effectif au suivi clinique nécessaire. 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

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 KCE⁸. 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.

⁸ 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.

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 proportionnel. Ainsi, les soins 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 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 KCE⁴.

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
Période prénatale		
<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	Soutien standard au(x) futur(s) parent(s) + Soutien dans des situations spécifiques (adapté aux besoins sur la base d'indicateur(s) identifié(s)) + 2 consultations de conseil prénatal personnalisé
Scénario B	A partir de 2 indicateurs positifs sur 8 critères d'inclusion	Scénario A + Possibilité de la coordination des soins et de l'aide (remboursable) + Possibilité de concertation multidisciplinaire
Période postnatale		
<p>➔ Principe de base : poursuite des soins et de l'accompagnement mis en place pendant la période prénatale, avec réévaluation périodique. Un nouveau dépistage est possible en cas de modification des besoins⁹. 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	Prolongation du suivi par le professionnel des soins ou de l'aide qui ajoutera des soins et/ou un soutien si nécessaire Soutien standard au(x) parent(s) et à l'enfant + Soutien au(x) parent(s) et à l'enfant dans des situations spécifiques

⁹ 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, le dépistage pendant ces périodes ne peut pas conduire à l'inclusion dans le programme. Dans une phase ultérieure, le dépistage sera élargi aux facteurs de risque liés à l'enfant, à la parentalité, aux parents et au contexte, de sorte que le dépistage permettra également d'accéder au programme après la période prénatale. Toutefois, un nouveau dépistage pendant la période postnatale et la petite enfance peut déjà avoir lieu au cours de cette phase et conduire à un ajustement des soins et de l'accompagnement dans le cadre du programme (par exemple, coordination des soins de démarrage si des vulnérabilités supplémentaires sont détectées).

Scénario B	A partir de 2 indicateurs positifs sur 8 critères d'inclusion	Scénario A + Poursuite de la coordination des soins et de l'aide (remboursable) ou, le cas échéant, l'initier + Possibilité de concertation multidisciplinaire
Période de la petite enfance ➔ Principe de base : poursuite des soins et de l'accompagnement mis en place pendant la période postnatale, avec réévaluation périodique. Un nouveau dépistage est possible en cas de modification des besoins ⁵ . 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	Prolongation du suivi par le professionnel des soins ou de l'aide qui ajoutera des soins et/ou un soutien si nécessaire Accompagnement standard du petit enfant et sa famille + Accompagnement du petit enfant et de la famille dans des situations 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'aide (remboursable), ou, le cas échéant, l'initier + Possibilité de concertation multidisciplinaire

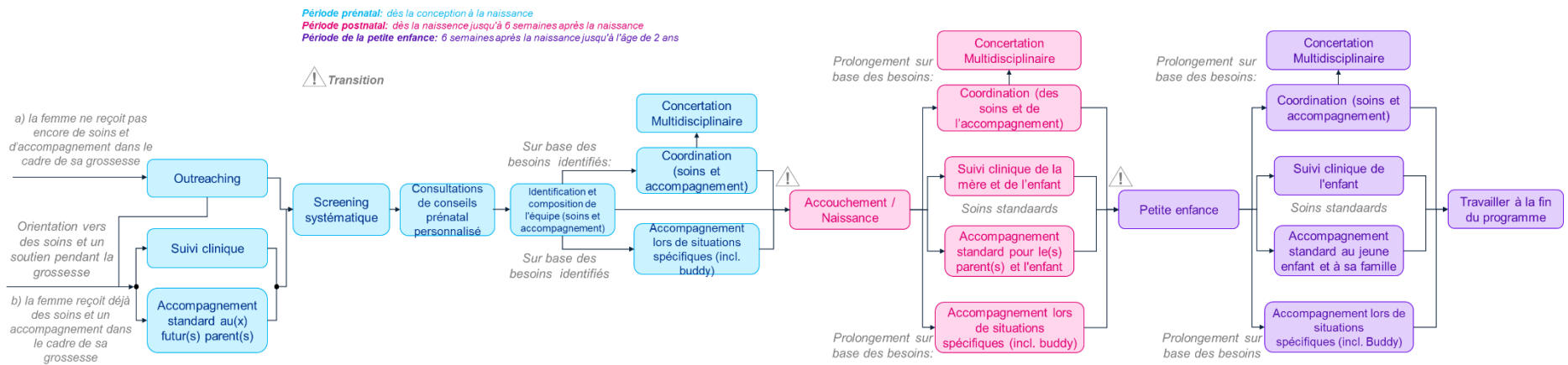


Figure 1. Aperçu générique du programme « Soins et soutien aux femmes enceintes, aux enfants et à leur famille pendant les 1 000 premiers jours ».

1. Période prénatale : dès la conception à la naissance

La période prénatale démarre avec la confirmation de la grossesse, 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 clinique¹⁰ 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) Suivi clinique
- d) Consultations de conseil prénatal personnalisés (CPP)
- e) Coordination des soins et de l'aide
- f) Concertation multidisciplinaire
- g) Préparation à la naissance et à la parentalité
- h) Accompagnement lors de situations spécifiques

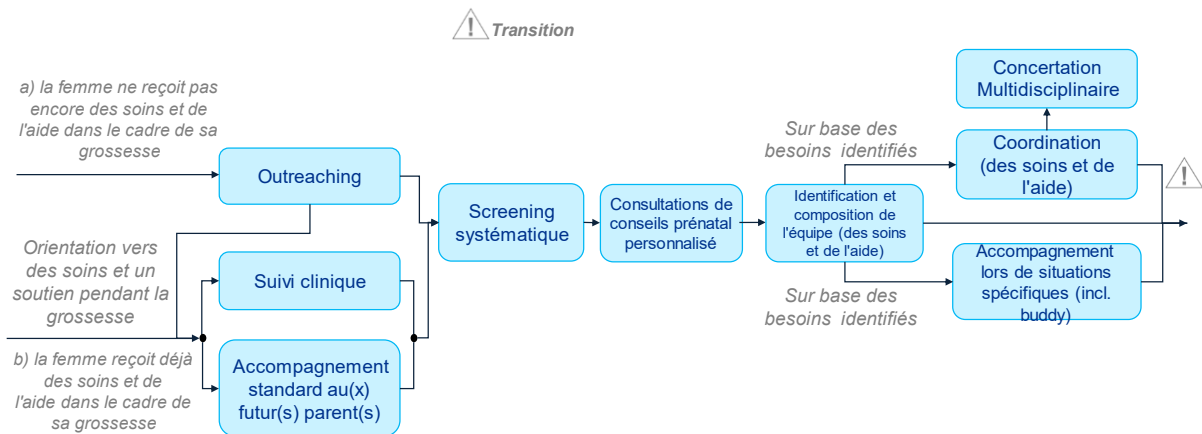


Figure 2. Aperçu de la période prénatale

Pour chaque activité, une description générique est d'abord donnée. Dans une certaine mesure, une asymétrie entre les états 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'aide de la plateforme BiB sont orientées vers un professionnel des soins ou de l'aide approprié afin qu'un dépistage de la vulnérabilité puisse être effectué le plus tôt possible au cours de la période de grossesse.

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

¹⁰ Le suivi Clinique est réalisé sur base de plus récentes (evidence-based) guidelines.

- **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'aide sur le programme et les possibilités d'orientation vers le dépistage. La campagne de communication se concentrera sur les éventuels signaux d'alarme 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'aide 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 dépistage (voir point b). Les acteurs chargés de la sensibilisation sont largement informés sur le programme de soins périnataux et formés à l'orientation vers un professionnel de la santé ou de l'action sociale en vue d'un dépistage.

Pour la communauté germanophone :

Dans un premier temps, une grande sensibilisation au tour du programme est prévue. C'est-à-dire que les stakeholders seront informés proactivement par différents canaux (communication orale, mail, réunions d'information, site web...). Les portes d'entrée vers le programme seront identifiées avec l'ensemble des parties prenantes. La population générale sera également informée.

Des efforts seront déployés dans le cadre des deux approches pour orienter les femmes enceintes vers le dépistage. Les acteurs et agences suivants seront impliqués: service social des mutuelles, community health worker, ÖSHZ, lieux de rencontre sociale, Info-Integration, DSL, Jugendhilfe, Fedasil, SOS-Hilfe, Vivadom, SAFPA, Kaleido.

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 conseils appropriés. Chaque femme enceinte 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^e semaine. Le dépistage peut être effectué 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'aide (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'aide 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'aide 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 communauté germanophone : Différents acteurs peuvent réaliser le screening, à savoir : gynécologues, sages femmes, médecins généralistes, le centre périnatal, les hôpitaux et Kaleido. Lorsque des facteurs de risques sont identifiés, les hôpitaux ainsi que le ministère reçoivent un signal d'alerte afin d'initier les activités de coordination (soins et accompagnement).

c. Suivi clinique

Toutes les femmes participant 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'aide.

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.

d. 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. 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 la future mère (y compris les risques psychosociaux pour la mère et l'enfant). Les consultations CPP doivent répondre au besoin d'information des futurs parents. Les consultations CPP ne visent pas à remplacer les consultations de suivi clinique mais à les compléter. Une consultation CPP est menée en présence d'au moins une sage-femme, gynécologue ou médecin généraliste. D'autres professionnels des soins ou de l'aide peuvent être présents.

Chaque consultation CPP respecte un contenu structuré précis. Lors des consultations CPP, les conditions appropriées sont créées pour favoriser une grossesse saine. 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 des indicateurs de la plateforme BiB (plus en détail). 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 consigner dans le dossier du patient, pour chaque entretien, en indiquant les points d'attentions pour le futur suivi et les actions nécessaires. Les

vulnérabilités et les soins et accompagnements convenus sont également enregistrés dans la plateforme BiB.

Dans le cadre de ce programme, les femmes enceintes (du scénario A) se voient offrir deux consultations de conseil. 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.

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. 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. informer (si nécessaire) les femmes enceintes de la nécessité de mettre en place une coordination de soins et d'aide;
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'aide, la coordination de soins et d'aide 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 communauté germanophone : La CPP est exécutée par une ou plusieurs disciplines, dont au moins une discipline de soins (c.-à-d., un médecin, sage-femmes ou gynécologue sont concernés par le suivi clinique de la femme enceinte). Une de ces personnes peut, si nécessaire (scénario B), prendre le rôle de coordinateur des soins et de l'aide. La CPP peut être réalisée par les gynécologues, les sages femmes, le centre périnatal, les hôpitaux et d'autres acteurs selon le besoin de la famille.

e. *Coordination des soins et de l'aide*

La coordination des soins et de l'aide est souvent réalisée de manière non rémunérée. Cela peut être fait par la femme enceinte elle-même, un voisin ou 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'aide 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'aide, 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 supplémentaires doivent être incluses par un professionnel des soins ou de l'aide.

Dans le cas de la coordination des soins et de l'aide rémunérée, celle-ci est prise en charge par un professionnel des soins ou de l'aide qui fait partie de l'équipe pluridisciplinaire autour de 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'aide (à préciser par l'entité fédérée). La coordination des soins et de l'aide sera de préférence le point de contact permanent et la personne de référence durant les 1000 jours tant pour la femme enceinte que pour l'équipe multidisciplinaire. Le coordonnateur des soins et de l'aide est la personne de confiance de la famille. La femme doit donc être d'accord avec le choix de la personne qui assume ce rôle. Le coordonnateur des soins et de l'aide veille à ce que les besoins identifiés soient satisfaits et à ce que la femme ait effectivement accès vers les soins et l'aide 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'aide.

La coordination des soins et de l'aide 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'aide 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, ensemble avec elle, constituer l'équipe multidisciplinaire ; mettre en ligne des soins et de l'aide si nécessaire
- mettre en place/ajuster/compléter le plan de soins, couvrant toute la période qui va du début de la grossesse jusqu'au moins la période postnatale ;
- accorder et respecter des objectifs de vie de la femme enceinte et de sa famille dans le cadre du plan de soins
- sensibiliser la femme enceinte pour qu'elle prenne conscience de ses engagements dans le plan de soins,
- 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 les visites à domicile et communication digitale) en fonction des besoins, souhaits et objectifs de la femme enceinte, l'enfant et la famille ;
- assurer une transition en douceur entre la période prénatale et la période postnatale et celle du petit enfant et contacter activement la maternité où l'accouchement aura lieu afin

d'ajouter à l'équipe de soins, si nécessaire, des professionnels des soins et de l'aide 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 son inscription sur la plateforme BiB
- si nécessaire, planifier et organiser une concertation multidisciplinaire avec les professionnels concernés des soins et de l'aide (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 parents.

Une attention particulière est accordée à l'importance de la coordination des soins et de l'aide 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 (1 000 jours), afin d'assurer la continuité entre les trois périodes (prénatale, postnatale, petite enfance). Si la coordination des soins et de l'aide doit être transférée, une autre personne est désignée comme coordinateur des soins et de l'aide. Cette personne est enregistrée dans la plateforme BiB et un transfert clair a lieu.

La coordination des soins et de l'aide 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.

Le coordinateur des soins et de l'aide 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 communauté germanophone : Le rôle de coordonnateur des soins et de l'aide peut être assumé par un professionnel des soins ou de l'aide au sein des hôpitaux désignés et en collaboration avec les autres acteurs. Les outils suivants peuvent en outre être utilisés pour la coordination et la concertation multidisciplinaire : Born in Belgium Professionals, Alivia et Siilo.

f. Concertation multidisciplinaire

Autour de chaque femme enceinte devrait se constituer un réseau multidisciplinaire de base 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 et d'accueil de l'enfance. L'équipe pluridisciplinaire 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'aide dans le but de coordonner les efforts des différents professionnels des soins et de l'aide et de discuter du plan de soins. La concertation multidisciplinaire peut être organisée à la demande de la femme elle-même, du coordinateur des soins

et de l'aide lui-même ou de l'un des professionnels des soins et de l'aide de l'équipe. Une consultation multidisciplinaire ne peut être organisée que lorsqu'un coordinateur des soins et de l'aide a été désigné.

Les professionnels des soins et de l'aide impliqués participent à la concertation. Les accords relatifs au plan de soins 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'aide spécifiques, qui peuvent également être enregistrées sur la plateforme BiB.

Les concertations multidisciplinaires peuvent avoir lieu en présentielle 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'aide concernés, en tenant compte des besoins et des souhaits de la femme enceinte et de son partenaire. Cela peut être fait, par exemple, sur base du questionnaire rempli sur la plateforme BiB ou du plan de soins de la personne. Il est également possible pour la femme enceinte (et son partenaire) de participer à la consultation multidisciplinaire. 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 communauté germanophone : Le tableau dans l'annexe 1 comprend les acteurs qui gravitent autour des activités du programme et qui sont susceptibles de participer aux concertations multidisciplinaires.

g. Soutien standard au(x) futur(s) parent(s)

Dans le cadre du programme, toutes les femmes enceintes peuvent bénéficier l'offre existante de soutien standard aux futurs parents en fonction de leurs besoins spécifiques et de leur capacité à impliquer leur partenaire. Les sessions ont trois objectifs : 1) préparer la femme à l'accouchement; 2) informer la femme et son partenaire 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. La nature et le nombre de séances sont adaptées aux besoins de la femme enceinte, tels qu'estimés lors de la première consultation CPP.

Les séances peuvent comprendre :

- Cours de préparation à la naissance
- Cours sur l'allaitement
- Aspects pratiques par exemple environnement de sommeil sûr pour le jeune enfant, équipement pour bébé, ...
- Préparation postnatale
- Préparation de la relation parent-enfant
- Soutien à la parentalité (transition, soutien à la résilience, ...)
- Kinésithérapie
- ...

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 communauté germanophone :

La préparation de la parentalité est réalisée au niveau de différents services :

- *Kaleido (soutien de la grossesse psychosociale et si besoin financière, examens préventifs, information, cours de préparation à l'accouchement, cours de prévention, cours de secours),*
- *Perinatales Zentrum (cours de préparation à l'accouchement, soutien de la grossesse psychosociale et préventif),*
- *Krankenhäuser (Klinik St. Josef St. Vith, St. Nikolaus Hospital Eupen) (traitement spécialisé en cas de besoins),*
- *Prisma (Entretiens de conseil pour les femmes et les partenaires confrontés à des conflits liés à la grossesse (bases légales, options,...) ; conseil en matière de sexualité ; conseil en matière de médecine sexuelle (frottis, ménopause, contraception, préparation à la grossesse, dépistage des maladies sexuellement transmissibles,...) ; maison d'accueil pour femmes (fuir une situation de violence, groupes de croyants, contrainte,...) ; protection des victimes sous forme d'accompagnement ambulatoire ; conseil psychosocial (aide pour faire face aux problèmes familiaux : juridique, personnel, administratif)),*
- *Frauenliga (coopération avec Kaleido pour cours de préparation à l'accouchement),*
- *Jugendhilfe (Protection de la jeunesse et aide à la jeunesse, famille d'accueil, adoption, accompagnement),*
- *DSL (orientation, explication - désir d'enfant pour personnes avec en handicap : préparation rendez-vous chez un gynécologue).*

h. Accompagnement lors de situations spécifiques

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.

Le plan d'actions de la plateforme BiB facilite l'orientation vers les professionnels et/ou organismes des soins et de l'aide appropriés de manière que le soutien soit adapté aux besoins spécifiques de la femme enceinte. 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 soignant 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. Une autre forme d'action est le dépistage approfondi ou l'orientation vers des interventions qui peuvent être proposées aux femmes. Les professionnels ou structures des soins ou de l'aide nouvellement impliqués sont répertoriés sur la plateforme BiB avec les coordonnées des prestataires de soins et d'aide 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. 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 femme enceinte, le coordinateur des soins et de l'aide et l'équipe soignante.

Pour la communauté germanophone :

Les acteurs suivants sont identifiés pour l'accompagnement de situations spécifiques :

- Conseil en cas de conflit de grossesse, soutien juridique, refuge d'urgence : Prisma
- Soutien aux mères/familles adolescentes et soutien à l'adoption : Jugendhilfe
- 1-1 conseils pour les problèmes de dépendance : ASL
- Accompagnement multidisciplinaire au niveau psychosocial : BTZ
- Soutien aux réfugiés, aux personnes parlant d'autres langues au moyen de services de traduction : Info- Integration, Fedasil, Traduko, service social
- Aides familiales pour famille avec 3 enfants en dessous de 3 ans : Vivadom, SAFPA
- Aides ménagère sociale : SOS-Hilfe, SAFPA, Vivadom
- Aides activités artisanales, jardinage, déménagement, meubles : SOS-Hilfe
- Soutiens financiers : ÖSHZ, Kaleido
- Explication - désir d'enfant pour personnes avec en handicap : préparation rendez-vous chez un gynécologue : DSL- Dienst Sens
- Fonction Buddy : Différentes organisations peuvent jouer un rôle dans le cadre de cette fonction : organisations de bénévoles, PRT, ASL, Info-Integration, SOS-Hilfe, Vivadom, SAFPA, lieu de rencontre sociale, DSL, Jugendhilfe, community health workers, ... Une formation adaptée pour les acteurs mentionnés sera mise en place.

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

Pour la plupart des cas, l'admission à l'hôpital et certainement l'accouchement constituent le début de cette période. C'est un moment de transition central dans le cadre du programme qui doit retenir particulièrement l'attention car le contact avec la femme enceinte est le plus probable et peut servir pour préparer la période suivante afin que celle-ci se déroule de la façon la plus optimale possible.

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 la mère, 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 après la naissance, il convient de prêter attention aux besoins de soins et de soutien, 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. Ces activités se rajoutent et gravitent autour du suivi clinique standard qui lui n'est pas modifié.

- a. Accouchement/naissance
- b. Transition entre le domicile et la maternité et entre la maternité et le domicile
- c. Suivi clinique de la mère et de l'enfant
- d. Accompagnement standard pour le(s) parent(s) et l'enfant
- e. Accompagnement lors des situations spécifiques
- f. La coordination des soins et de l'aide
- g. La concertation multidisciplinaire
- h. Possibilité de (re)dépistage

Période postnatale: dès la naissance jusqu'à 6 semaines après la naissance

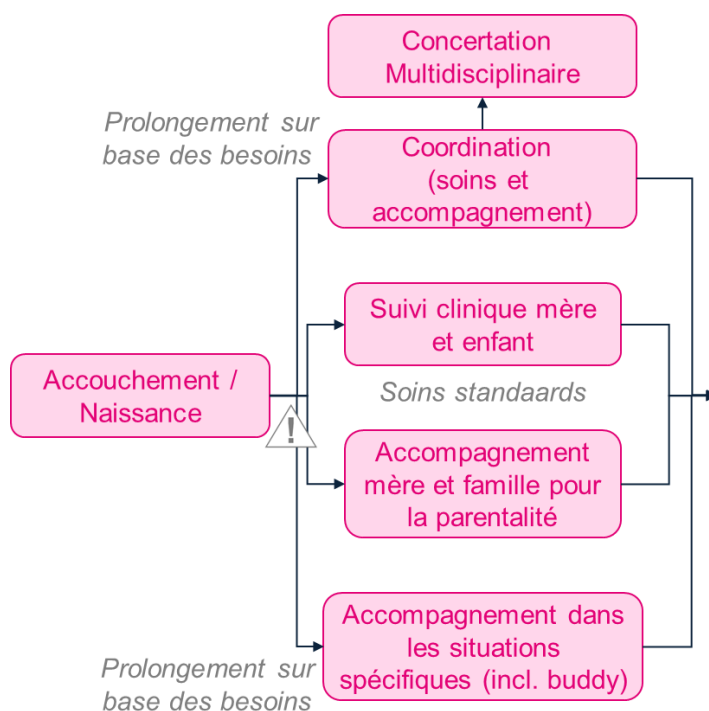


Figure 3. Aperçu de la période postnatale

a. 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.

b. Transition entre le domicile et la maternité et entre la maternité et le domicile

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

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

c. Suivi clinique de la mère et de l'enfant

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'aide forment un tout intégré grâce à une interaction et une coopération étroites entre les professionnels des soins et de l'aide, d'une part, et la famille et son contexte informel, d'autre part.

d. Accompagnement standard pour le(s) parent(s) et l'enfant

A priori, le soutien postnatal à la mère 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'aide et/ou pendant le suivi clinique).

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

Si disponible, l'accompagnement pour les soins de maternité (kraamzorg) peuvent également être activés.

Pour la communauté germanophone :

Les sages femmes, les gynécologues, les médecins généralistes, Kaleido, Perinatales Zentrum, les pédiatres.

e. Accompagnement lors de situations spécifiques

Dans des situations spécifiques, des interventions plus ciblées peuvent être souhaitables et adaptées aux besoins de la mère et de la famille.

Pour la communauté germanophone :

- *Conseil en cas de conflit de grossesse, soutien juridique, refuge d'urgence : Prisma*
- *Soutien aux mères/familles adolescentes et soutien à l'adoption : Jugendhilfe*
- *1-1 conseils pour les problèmes de dépendance : ASL*
- *Accompagnement multidisciplinaire au niveau psychosocial : BTZ*
- *Soutien aux réfugiés, aux personnes parlant d'autres langues au moyen de services de traduction : Info- Integration, Fedasil, Traduko, service social*
- *Aides familiales pour famille avec 3 enfants en dessous de 3 ans : Vivadom, SAFPA*
- *Aides ménagère sociale : SOS-Hilfe, SAFPA, Vivadom*
- *Aides activités artisanales, jardinage, déménagement, meubles : SOS-Hilfe*
- *Soutiens financiers : ÖSHZ, Kaleido*
- *Explication - désir d'enfant pour personnes avec en handicap : préparation rendez-vous chez un gynécologue : DSL- Dienst Sens*

- *Revalidation pour créer une relation mère enfants en cas de problèmes mentale de la mère : revalidation à l'étranger financé par le ministère.*
- *Accueil de la petite enfance : ZKB*
- *Prevention, Groupes d'entraide : PRT*
- *Traitements spécialise selon les besoins : diabétologie, psychologue,...*
- *Soutien des enfants avec des besoins spécifiques : Jugendhilfe*
- *Accompagnement multidisciplinaire au niveau psychosocial : BTZ*
- *Revalidation multidisciplinaire : BTZ; Frühhilfe*
- *Soutien pour les enfants avec un handicap : DSL*
- *Soutien spécialisé : hôpitaux et médecins spécialisés en Belgique ou à l'étranger.*

f. La coordination des soins et de l'aide

Il est possible, en accord avec la famille, de prolonger la coordination des soins et de l'aide (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. En fonction des besoins de soins et d'accompagnement, la coordination des soins et de l'aide peut être adaptée, en concertation avec la famille.

g. 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'aide. Cela peut se faire à la demande de la femme enceinte, du coordinateur-même ou de l'un des professionnels des soins ou de l'aide de l'équipe.

h. Possibilité de (re)dépistage

La femme peut faire l'objet d'un nouveau dépistage à tout moment de la période postnatale en utilisant la plateforme BiB. Les soins et le soutien doivent être adaptés aux besoins éventuellement modifiés de la femme.

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 identifiés:

- a) Suivi clinique de l'enfant
- b) Accompagnement standard de l'enfant et de la famille
- c) Accompagnement lors des situations spécifiques
- d) La coordination des soins et de l'aide
- e) La concertation multidisciplinaire
- f) Possibilité de (re)dépistage

Période de la petite enfance: 6 semaines après la naissance jusqu'à l'âge de 2 ans

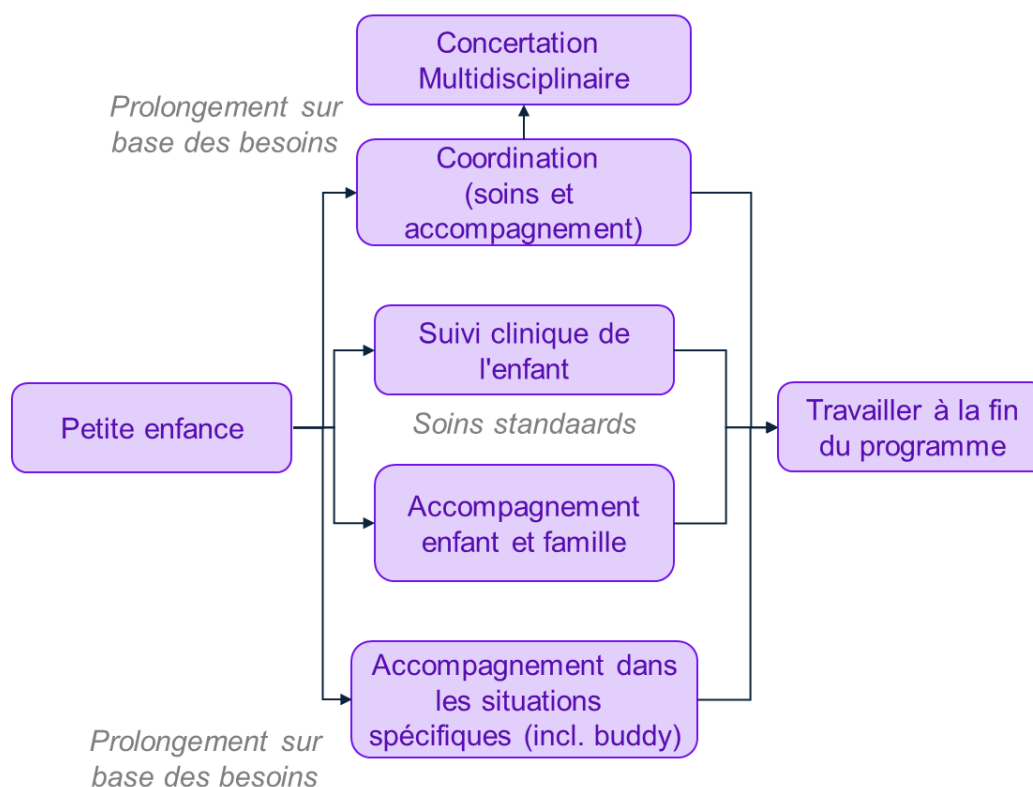


Figure 4. Aperçu de la période de la petite enfance

a. Suivi clinique de l'enfant

Cela 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'aide forment un tout intégré grâce à une interaction et une coopération étroites entre les professionnels des soins et de l'aide, d'une part, et la famille et son contexte informel, d'autre part.

b. Accompagnement standard de l'enfant et de la famille

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

Pour la communauté germanophone :

Les gynécologues, les médecins généralistes, Kaleido, les pédiatres.

c. Accompagnement lors des situations spécifiques

Des situations ou 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 communauté germanophone :

- *Accompagnement des enfants avec des besoins particuliers : Jugendhilfe*
- *Accompagnement multidisciplinaire au niveau psychosocial : BTZ*
- *Revalidation multidisciplinaire : BTZ; Frühhilfe*
- *Soutien pour les enfants avec un handicap : DSL*
- *Soutien spécialisé : hôpitaux et médecins spécialisés en Belgique ou à l'étranger.*
- *Buddy-functie : Différentes organisations peuvent jouer un rôle dans le cadre de cette fonction : organisations de bénévoles, PRT, ASL, Info-Integration, SOS-Hilfe, Vivadom, SAFPA, lieu de rencontre sociale, DSL, Jugendhilfe, community health workers, ... Une formation adaptée pour les acteurs mentionnés sera mise en place.*
- *Conseil en cas de conflit, soutien juridique, refuge d'urgence : Prisma*
- *Soutien aux mères/familles adolescentes et soutien à l'adoption : Jugendhilfe*
- *1-1 conseils pour les problèmes de dépendance : ASL*
- *Accompagnement multidisciplinaire au niveau psychosocial : BTZ*
- *Soutien aux réfugiés, aux personnes parlant d'autres langues au moyen de services de traduction : Info- Integration, Fedasil, Traduko, service social*
- *Aides familiales pour famille avec 3 enfants en dessous de 3 ans : Vivadom, SAFPA*
- *Aides ménagère sociale : SOS-Hilfe, SAFPA, Vivadom*
- *Aides activités artisanales, jardinage, déménagement, meubles : SOS-Hilfe*
- *Soutiens financiers: ÖSHZ*
- *Revalidation pour créer une relation mère enfants en cas de problèmes mentaux de la mère : revalidation à l'étranger financé par le ministère.*
- *Accueil de la petite enfance : ZKB*
- *Prevention, Groupes d'entraide : PRT*
- *Traitements spécialisés selon les besoins : diabétologie, psychologue,...*
- *Soutien des enfants avec des besoins spécifiques : Jugendhilfe*
- *Accompagnement multidisciplinaire au niveau psychosocial : BTZ*

d. La coordination des soins et de l'aide

Il est possible, en accord avec la famille, de prolonger la coordination des soins et de l'aide (voir point 1 e) pendant cette période. Idéalement, la même personne guide la femme et la famille tout au long du trajet, du début de la grossesse à l'âge de 2 ans inclus. En fonction des besoins de soins et d'accompagnement, la coordination des soins et de l'aide peut être adaptée, en concertation avec la famille. 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'aide de la femme prépare l'enfant et la famille à prendre en charge eux-mêmes la coordination de leurs soins et leur accompagnement.

e. 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'aide, à la demande de la femme enceinte, du coordinateur-même ou de l'un des professionnels de l'équipe des soins ou de l'aide.

f. Possibilité de (re)dépistage

La femme peut faire l'objet d'un nouveau dépistage à tout moment de la période postnatale à l'aide de la plateforme BiB. Les soins et le soutien doivent être adaptés aux besoins éventuellement modifiés de la femme.

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.

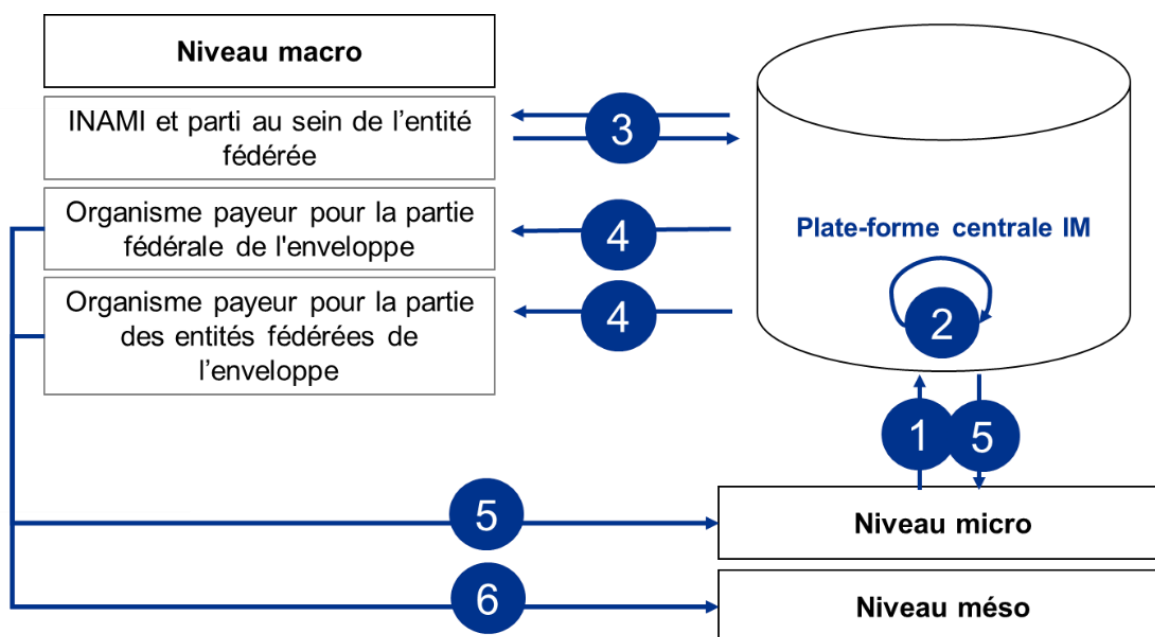


Figure 5. Modèle générique de financement

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 moyen financiers pour le paiement des parties 1 et 2 auprès de l'INAMI et des parties au sein dedes 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
 7. Flux de données des prestataires des entités fédérées (à préciser par qui niveau méso ou micro) (Figure 6)

Pour la Communauté germanophone :

La communauté germanophone n'utilisera pas la plateforme de vzw IM pour le remboursement des prestataires pour la partie cofinancement par la Communauté germanophone. Elle conclut des conventions annuelles (Pour Kaleido il s'agit d'une dotation annuelle) avec les organisations de terrain sous-jacentes à cette fin. La figure 6 présente le flux de financement ajusté pour la Communauté germanophone. Toutefois, le partage des données nécessaires avec la plateforme IM sera assuré. Concrètement, les données relatives aux prestations remboursées par la Communauté germanophone, aux prestataires et aux bénéficiaires seront partagées.

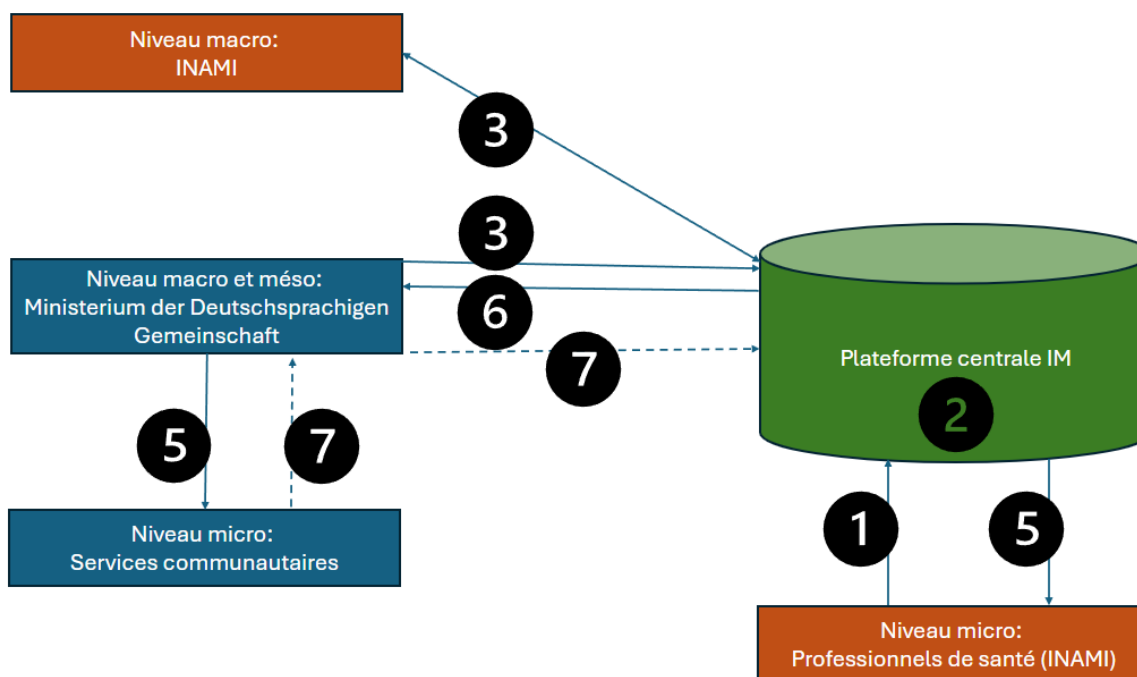


Figure 6. Modèle de financement adapté pour la Communauté germanophone

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: 103.126 € / an
- pour les prestations micro spécifiques: 83.082,07 € / an

Pour la communauté germanophone :

- pour le soutien au niveau méso: 300.000 € / an
- pour les prestations micro spécifiques: 358.800 € / 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'aide 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'aide 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 communauté germanophone :

- formation des coordinateurs de soins
- campagne d'information
- pour lancer le réseau, l'objectif est de recontacter tous les partenaires et d'expliquer le parcours et les opportunités offertes par le programme. En raison du grand nombre de parties prenantes, cette étape prendra beaucoup de temps. Outre la possibilité de recueillir des informations lors de réunions générales, des contacts individuels peuvent également être envisagés.

- En plus du partage d'informations, l'accent est également mis sur la formation des prestataires de services. Cela comprend la formation à l'utilisation de l'outil Born in Belgium, mais aussi à l'utilisation de l'aide numérique pour la collaboration multidisciplinaire, la facturation et la documentation.
- une communication active est également assurée par le biais de différents canaux.
- la fonction de coordination dans les hôpitaux sera également mise en place
- la mise au point avec les partenaires du parcours et des processus, ainsi que la réalisation des premiers tests.
- développer des critères d'évaluation
- Les six premiers mois de cette convention seront utilisés pour transformer les conditions-cadres.

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'aide 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 interadministratif 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 la convention en 2028. Ces données seront collectées dans la région de l'entité fédérée 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'aide 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.

Annexes

Annexe 1 : Acteurs impliqués en communauté germanophone

<u>Secteur</u>	<u>Nom</u>	<u>Contact pour</u>
<u>Prisma V.o.G</u>	Prisma V.o.G	Accompagnement, protection des victimes et santé sexuelle, fuite des femmes, conseil, prévention, avortement
<u>Jugendhilfe</u>	Jugendhilfedienst (JHD)	Protection de la jeunesse et services à la jeunesse, famille d'accueil, adoption, accompagnement
<u>Familie/Soziale Treffpunkte</u>	Haus der Begegnung, Haus der Familie, Mittendrin, Viertelhaus Cardijn, Ephata, Patchwork	Intégration sociale et information, intégration de l'information
<u>Anlaufstellen und Hilfsdienste</u>	ASL (Suchtvorbeugung und Lebensbewältigung)	Aide et prévention des addictions
-	BTZ (Beratungs- und Therapiezentrum)	Aide psychologique et thérapie pour enfants
-	PRT (Patienten Rat & Treff)	Prévention et groupes d'entraide
<u>Frühhilfe Ostbelgien</u>	Frühhilfe Ostbelgien	Enfants présentant des retards de développement et/ou des handicaps et leurs familles
<u>ÖSHZ</u>		Consultation de cas et aide financière
<u>Diätassistenten</u>		Conseil et thérapies nutritionnelles
<u>Diabetologie</u>		Diagnostic et traitement du diabète
<u>Psychologen</u>		Diagnostic, thérapie et rééducation
<u>Kinderärzte</u>		Pédiatrie, soins et orientation
<u>Hausärzte</u>		Information et sensibilisation
<u>Gynäkologen</u>		Prévention et naissance
<u>Kinés</u>		Thérapie de régression et du mouvement (mère et enfant)
<u>Krankenhäuser</u>	St. Nikolaus Hospital	Préparation à l'accouchement, accompagnement à l'allaitement maternel, examens préliminaires, coordination, gestion des risques et consultations obstétriques, collaboration avec le réseau (hôpital, Kaleido, ...)
-	Klink St. Josepf	Préparation à l'accouchement, accompagnement à l'allaitement maternel, examens préliminaires, coordination, gestion des risques et consultations obstétriques, collaboration avec le réseau (hôpital, Kaleido, ...)

<u>Krankenkassen</u>		Informations, besoin de clarification, conseils et offres en matière de santé périnatale
<u>Traduko</u>	Info-Integration/Rotes Kreuz Traduko	Traductions
<u>Fedasil und Partner/Rotes Kreuz</u>		Intégration et soutien social
<u>Perinatales Zentrum (PZ)</u>	PZ St Vith	Préparation à l'accouchement, accompagnement à l'allaitement maternel, examens préliminaires, coordination, gestion des risques et consultations obstétriques
<u>Kaleido</u>	Kaleido Ostbelgien	Préparation, prise en charge et soutien des familles et des enfants, coordination, gestion des risques
<u>Hebammen</u>		Préparation, soutien, orientation et visites postnatales à domicile
<u>Krankenhäuser im Ausland</u>	Luisenhospital Aachen, Uniklinikum Aachen, Betlehem Gesundheitszentrum Storlberg	Traitements spécialisés et accouchements
<u>DSL</u>	Dienst Sens der DSL und Orientierer der DSL	Accompagnement des personnes en situation de handicap (ou en cas de handicap de l'enfant), clarification des besoins de soutien psychologique, préparation aux consultations gynécologiques
<u>ZKB</u>		Garde d'enfants en bas âge
<u>Soziale Hilfe SOS-Hilfe, SAFPA, Vivadom</u>		Aide au ménage, aide familiale, aide aux triplés, jardinage, travaux manuels