PROTOCOLE DE SELECTION

DES CENTRES DE REFERENCE DE L’HEMOPHILIE

Annexe 2

Fiches à contresigner

Les fiches contenues dans l’Annexe 2 doivent être remplies, signées et jointes au dossier de candidature, accompagnées de leurs pièces justificatives.

* Fiche A (1) : Cadre du personnel [champs 8-12]. Liste des médecins et infirmiers qui faisaient partie de votre centre en 2012 et 2013.
* Fiche A (2) : Cadre du personnel. Engagement du centre à disposer d’un cadre du personnel complet à la date d’entrée en vigueur de la convention, prévue le 1/11/2014.
* Fiche B : Expérience du cadre du personnel. Liste des pièces justificatives de l’expérience jointes au dossier.
* Fiche C : Accessibilité. Présence d’un service d’urgence [champ 15], disponibilité permanente de médecins capables de garantir la continuité des soins aux patients visés par la convention [champ 16].
* Fiche D (1) : Inclusion dans un hôpital. Laboratoire OU laboratoire extérieur agréé ISO 15189 dans les 2 ans suivant entrée en vigueur convention [champs 21-24].
* Fiche D (2) : Inclusion dans un hôpital. Liste du matériel didactique développé par l’hôpital [champ 25].
* Fiche D (3): Inclusion dans un hôpital. Support médical du centre dans l’hôpital [champs 26-27].
* Fiche D (4) : Inclusion dans un hôpital. Conseil génétique [champs 29-30].
* Fiche E : Nombre de patients. Décompte des patients pris en charge, liste des patients pris en charge et accords de coopération avec d’autres hôpitaux [champs 31-38].

**Fiche A (1) : Cadre du personnel [champs 8-9]. Liste des médecins et infirmiers qui faisaient partie de votre centre en 2012, 2013 et 2014**

Doivent figurer dans le tableau ci-dessous :

* le nom, prénom, numéro INAMI, et la signature du médecin responsable actuel du centre candidat. Cochez les cases des colonnes correspondant aux années au cours desquelles le médecin responsable considéré a été médecin responsable de l’équipe de votre centre, au moins pendant une partie de l’année.
* la liste de tous les médecins qui ont fait partie dans votre centre en 2012, 2013 et 2014, et qui portaient un des codes de spécialité suivants : 580 – 598 – 690 – 698 – 860 – 867. Cochez les cases des colonnes correspondant aux années au cours desquelles le médecin considéré a fait partie de l’équipe de votre centre, au moins pendant une partie de l’année.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nom, Prénom du médecin responsable actuel | Numéro INAMI complet : | Responsable en 2012 | Responsable en 2013 | Responsable en 2014 | Signature(précédée de la date) : |
|  |  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |  |
| Nom, Prénom de tous les autres médecins du centre: | Numéro INAMI complet : | En 2012 | En 2013 | En 2014 | Signature(précédée de la date) : |
|  |  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |  |
|  |  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |  |
|  |  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |  |
|  |  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |  |
|  |  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |  |
|  |  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |  |
|  |  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |  |

**Nota Bene : le tableau précédent doit être joint à la fois au dossier de candidature ET aux listes des patients transmises aux mutuelles** (voir la fiche E). Les mutuelles ont en effet besoin des noms et numéro INAMI des membres de l’équipe médicale du centre pour s’assurer que des contacts ont été établis avec les patients au cours des trois dernières années.

Doivent figurer dans le tableau qui suit tous les infirmiers qui ont fait partie dans votre centre en 2012, 2013 et 2014.

Cochez les cases des colonnes correspondant aux années au cours desquelles l’infirmier considéré a fait partie de l’équipe de votre centre, au moins pendant une partie de l’année.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nom, Prénom : | Numéro INAMI complet(facultatif) : | En 2012 | En 2013 | En 2014 | Signature(précédée de la date) : |
|  |  |[ ] [ ] [ ]   |
|  |  |[ ] [ ] [ ]   |
|  |  |[ ] [ ] [ ]   |
|  |  |[ ] [ ] [ ]   |
|  |  |[ ] [ ] [ ]   |
|  |  |[ ] [ ] [ ]   |
|  |  |[ ] [ ] [ ]   |

**Fiche A (2) : Cadre du personnel. Engagement du centre à disposer d’un cadre médical complet à la date d’entrée en vigueur de la convention, prévue le 1/10/2014.**

En vertu de son article 3, au moment de l’entrée en vigueur de la convention, le 1 octobre 2014, le centre devra disposer d’une équipe multidisciplinaire dont l’expertise peut être prouvée, qui compte au moins les membres suivants pour le nombre d’heures hebdomadaire suivant:

|  |  |
| --- | --- |
| Un médecin coordinateur (l’un des deux médecins suivants ci-dessous) | 12h30 total |
| Un médecin spécialiste en médecine interne (si patient > 16 ans) |
| Un médecin spécialiste en pédiatrie (si patient > 16 ans)  |
| Un médecin spécialiste en biologie clinique |
| Un psychologue | 2h30 |
| Un infirmier | 12h30 total |
| Un travailleur social |
| Un kinésithérapeute |
| Un secrétaire. | 10 h |

Dans le cas où sa candidature serait retenue, le centre candidat s’engage à disposer du cadre du personnel complet prévu par la convention en son article 3, à la date du 1er octobre 2014, et s’engage à le prouver au moyens de tous les justificatifs nécessaires à la date du 22 septembre 2014.

Fait à :…………………………………………………., le……………………………

Le directeur de l’hôpital (nom et prénom):

Signature du directeur de l’hôpital (précédé de la mention « lu et approuvé ») :

**Fiche B : Expérience du cadre du personnel. Liste des pièces justificatives de l’expérience jointes au dossier.**

* Pour le médecin coordinateur [champ 10]:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Critère d’expertise** | **Titre des pièces justificatives** | **Numéro des pièces justificatives** |
| Copie d’au moins une publication scientifique relative aux troubles visés à l’article 3 de la convention, dans une revue internationale soumise au peer review. | * …
* …
 | * …
* …
 |
| Organisation d’au moins une formation médicale concernant les troubles visés à l’article 3. | * …
* …
 | * …
* …
 |
| Participation à trois formations concernant les troubles visés à l’article 3. | * …
* …
* …
 | * …
* …
* …
 |
| Preuve de l’occupation d’un à trois ans dans un centre ou une unité qui s’adresse à des patients atteints de troubles visés à l’article 3, dans une fonction équivalente à celle qui est prévue par la convention. | * …
* …
* …
 | * …
* …
* …
 |
| Preuve de l’occupation supérieure à trois ans dans un centre ou une unité qui s’adresse à des patients atteints de troubles visés à l’article 3, dans une fonction équivalente à celle qui est prévue par la convention. | * …
* …
 | * …
* …
 |
| Participation à un essai clinique dans le domaine des troubles visés à l’article 3 (essais médicamenteux, de traitement autre, tests, etc.) et preuve (idéalement être cité dans une publication sur les essais en question). | * …
* …
 | * …
* …
 |

* Pour l’infirmier [champ 11]:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Critère d’expertise** | **Titre des pièces justificatives** | **Numéro des pièces justificatives** |
| Participation à trois formations concernant les troubles visés à l’article 3. | * …
* …
* …
 | * …
* …
* …
 |
| Preuve de l’occupation d’un à trois ans dans un centre ou une unité qui s’adresse à des patients atteints de troubles visés à l’article 3, dans une fonction équivalente à celle qui est prévue par la convention. | * …
* …
* …
 | * …
* …
* …
 |
| Preuve de l’occupation supérieure à trois ans dans un centre ou une unité qui s’adresse à des patients atteints de troubles visés à l’article 3, dans une fonction équivalente à celle qui est prévue par la convention. | * …
* …
 | * …
* …
 |

**Fiche C : Accessibilité. Présence d’un service d’urgence [champ 12], disponibilité permanente de médecins capables de garantir la continuité des soins aux patients visés par la convention [champ 13]**

* Service d’urgence [champ 12] :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Numéro de tél. du service des urgences : | Nom, prénom du chef de service : | Numéro INAMI du chef de service: |
|  |  |  |

* Disponibilité permanente de médecins capables de garantir la continuité des soins aux patients visés par la convention [champ 13]:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Numéro de tél. de la permanence des médecins 7/7j – 24/24h: | Nom, prénom : | Numéro INAMI : | Signature (après mention « lu et approuvé ») : |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

* Le service des urgences peut-il contacter un des médecins susmentionnés dans un délai maximum de 30 minutes ?

Oui / Non *(barrer la mention inutile).*

* Le médecin contacté peut-il accéder en permanence, dans un délai maximum de 30 minutes, aux données pertinentes du dossier patient ?

Oui / Non *(barrer la mention inutile).*

|  |
| --- |
| Signature du chef de service des urgences (susmentionné) : |
|  |

**Fiche D (1): Inclusion dans un hôpital. Laboratoire OU laboratoire extérieur agréé ISO 15189 dans les 2 ans suivant entrée en vigueur convention [champ 18-21].**

* Si le laboratoire est dans l’hôpital [champs 18-19]:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Laboratoire interne à l’hôpital : numéro d’agrément : | Nom, prénom, titre du responsable : | Signature, précédée de la mention « lu et approuvé » : |
|  |  |  |

* Si le laboratoire est extérieur à l’hôpital [champs 20-21]:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Laboratoire externe à l’hôpital, numéro d’agrément : | Nom, adresse, numéro de téléphone du laboratoire : | Nom, prénom, titre du responsable : | Signature, précédée de la mention « lu et approuvé » : |
|  |  |  |  |

* Si le laboratoire est déjà agréé ISO 15189, en fournir la preuve, sinon fournir la preuve qu’une démarche d’agrément est enclenchée (ex. : courrier de la direction du laboratoire) en joignant la pièce correspondante au dossier.

Les établissements qui concluent la convention devront faire état de la certification ISO 15189 du laboratoire avec lequel ils collaborent (interne ou externe) au plus tard pour le 1er octobre 2016.

**Fiche D (2) : Inclusion dans un hôpital. Liste du matériel médical et didactique utilisé par le centre [champ 22].**

Liste du matériel médical et didactique à disposition, utilisé par le centre dans le domaine de l’éducation à la maladie et à l’autotraitement [champ 22]:

* ….

**Fiche D (3): Inclusion dans un hôpital. Support médical du centre par l’hôpital [champ 23-24].**

* Présence et soutien dans l’hôpital d’un médecin interniste spécialisé en pathologie infectieuses liées aux troubles visés à l’article 3 [champ 23].

Indiquer si un tel médecin est présent dans l’hôpital et peut soutenir le centre, ses nom, prénom, code INAMI, spécialisation, et signature :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nom, prénom : | Numéro INAMI : | Spécialisation : | Signature (après mention « lu et approuvé ») : |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| Décrivez de quelle manière la spécialisation en pathologie infectieuses liées à l’hémophilie a été acquise par ce médecin, et de quelle manière elle est pratiquée à ce jour :  |
| … |

* Présence et soutien dans l’hôpital d’un médecin spécialiste en gynécologie obstétrique [champ 24].

Indiquer si un tel médecin est présent dans l’hôpital et peut soutenir le centre, ses nom, prénom, code INAMI, spécialisation, et signature :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nom, prénom : | Numéro INAMI : | Spécialisation : | Signature (après mention « lu et approuvé ») : |
|  |  |  |  |

**Fiche D (4) : Inclusion dans un hôpital. Conseil génétique [champ 25-27]**

* Accord de collaboration avec un ou des centres de génétique humaine agréé [champ 25-27].

Fournir une liste des accords de collaboration en complétant le tableau ci-dessous et une copie de chacun d’entre eux. Les accords de collaboration doivent répondre aux critères prévus par la convention en son article 13 §3 (« Cet accord précise notamment les modalités pratiques de l’organisation de la consultation de conseil génétique –fréquence, horaire, membres de l’équipe présents… »).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nom et adresse du centre de génétique humaine | Numéro d’agrément | Date du début de la collaboration avec le centre |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Fiche E : Nombre de patients. Décompte des patients pris en charge, liste des patients pris en charge et accords de coopération avec d’autres hôpitaux [champs 28-35].**

Constitution de la liste des patients pris en charge par votre centre :

***Nota Bene****: Pour des raisons de confidentialité des données privées, le nombre de patients pris en charge doit être renseignée de manière distincte d’une part dans le dossier de candidature, d’autre part aux mutuelles des patients. Il y a donc deux tableaux à fournir : le tableau 1 ci-dessous est à joindre au dossier de candidature. Le tableau 2 ci-dessous est à adresser aux mutuelles des patients pris en charge par le centre. Voyez les instructions ci-après.*

1. **Décompte des patients pris en charge**

Votre centre doit avoir suivi un minimum de 50 patients répondants aux conditions de l’article 3, en 2012 et en 2013. Ne peuvent figurer dans la liste des patients pris en charge par votre centre que les patients qui répondent à toutes les conditions suivantes :

1. Ils satisfont à la définition des bénéficiaires de la convention (article 3)

Tout bénéficiaire au sens de la présente convention est atteint :

1. soit de l’une des formes suivantes d’hémophilie :
	1. hémophile A (déficit du facteur de coagulation VIII),
	2. hémophile B (déficit du facteur de coagulation IX),
	3. trouble de la coagulation de forme rare (déficit du facteur de coagulation I fibrinogène, II, V, VII, X, XI, ou XIII),

considérée comme sévère (taux de facteur de coagulation < 1% du taux normal),

1. soit d’une maladie de Von Willebrand de type III, caractérisée à la fois par un déficit quantitatif sévère du facteur de Von Willebrand antigène (taux < 1% du taux normal) et par un taux de facteur VIII coagulant (FVIIIc) < à 5% du taux normal.
2. Ils ont été suivis par votre centre au cours de l’année considérée (2012 ou 2013)

Pour la procédure de sélection, on considère qu’un patient a été suivi par votre centre au cours de l’année considérée, s’il a eu au moins un contact direct avec un médecin de votre centre durant cette année.

Ce contact peut avoir lieu dans les locaux de votre centre ou dans l’un des lieux de vie du bénéficiaire, en vue de la dispensation des actes requis par son programme individuel de soins.

Par contact direct, on entend une rencontre entre le bénéficiaire (éventuellement accompagné de ses proches) et le médecin. Il s’agira habituellement d’une consultation. Aucun contact par téléphone ou courrier (postal ou électronique) ne peut être considéré comme un contact direct.

Si votre centre est formé de plusieurs entités qui se regroupent via des accords de coopération pour la conclusion de la convention, les patients de chacune de ces entités peuvent être inclus dans la liste s’ils répondent aux conditions mentionnés ci-dessus.

Un patient ne peut être compté qu’une seule fois, dans un seul établissement parmi tous les établissements candidats. Si un même patient apparaît dans plusieurs listes, il ne sera compté dans chaque liste que pour une fraction dont le dénominateur sera égal au nombre de liste dans lequel il apparaît.

Le décompte doit être réalisé suivant le modèle de tableau suivant :

**Tableau 1 – Nombre de patients pris en charge pour les années 2012 et 2013 - à joindre au dossier de candidature :**

|  |
| --- |
| **2012** |
|  | Nombre de patients par cat. convention: |
| Nom des entités qui composent le centre (entre lesquelles un accord de coopération a été conclu) : | Art 3. 1.1. | Art. 3. 1.2. | Art. 3. 1.3. | Art. 3. 2. |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| ***Total par groupe :*** |  |  |  |  |
| ***Total :***  |  |
| **2013** |
|  | Nombre de patients par cat. convention: |
| Nom des entités qui composent le centre (entre lesquelles un accord de coopération a été conclu) : | Art 3. 1.1. | Art. 3. 1.2. | Art. 3. 1.3. | Art. 3. 2. |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| ***Total par groupe :*** |  |  |  |  |
| ***Total :***  |  |

1. **Accords de coopération avec d’autres hôpitaux**
* Fournir une copie de chaque accord de collaboration conclu avec un autre hôpital. L’accord de coopération doit clairement indiquer que les patients hémophiles sont redirigés de l’hôpital envoyeur vers le centre candidat.
1. **Liste des patients et de leurs détails d’identification à envoyer aux mutuelles**
2. ***Règles de confidentialité et vérification des données reçues***

Pour mener à bien le processus de sélection, le Collège des médecins-directeurs doit pouvoir s’assurer que les patients correspondent aux critères conventionnels, qu’ils ne sont comptabilisés qu’une seule fois, dans un seul établissement parmi tous les établissements candidats. Le Collège des médecins-directeurs, qui est composé de médecins-directeurs qui représentent les différentes mutuelles, vérifiera ces informations par l’intermédiaire des mutuelles auxquelles sont affiliés les patients.

Pour des raisons de confidentialité et de respect de la vie privée, le centre candidat enverra une liste des patients et de leurs détails d’identification qu’il a pris en charge pour l’année 2012 et pour l’année 2013 **uniquement aux mutuelles des patients**.

Les représentants des mutuelles au sein du Collège des médecins-directeurs s’assureront ensuite de la validité des données et les collationneront tout en garantissant la confidentialité des données.

Le centre candidat enverra donc autant de listes de patients et de leurs détails d’identification qu’il y a de mutuelles auxquelles les patients sont affiliés : une liste des patients aux mutualités chrétiennes des patients affiliés à cette mutualité qu’il a pris en charge, une autre liste aux mutualités socialistes des patients affiliés à cette mutualité qu’il a pris en charge, etc.

Le centre de candidat ne doit pas envoyer de liste de tous les patients et de leurs détails d’identification au Collège des médecins directeurs, mais envoyer une liste par mutuelle.

1. ***Détails à fournir par patients à leurs mutuelles***

La liste des patients comprendra les renseignements suivants pour chaque patient :

* Numéro d’identification à la sécurité sociale (NISS)
* Prénom
* Nom
* Date de naissance
* Catégorie des bénéficiaires auquel il répond en application de l’article 3 de la convention (les catégories conventionnelles sont celles reprises ci-dessus : 1.1, 1.2, 1.3, 2)
* Pourcentage de facteur de coagulation,
* Date du dernier contact du centre candidat avec ce patient.

La liste sera fournie aux mutualités sous forme de tableau au format suivant (il s’agit d’un tableau différent du tableau 1 ci-dessus, lequel doit être complété et joint au dossier de candidature):

**Tableau 2 – Nombre de patients pris en charge pour les années 2012 et 2013 - à envoyer à leurs mutuelles**

|  |
| --- |
| **Nom de la mutuelle** |
| **Année 2012** |
| Patient numéro : | Nom des entités qui composent le centre | NISS | Prénom | Nom | Date de naissance | Catégorie bénéficiaire | % fact. Coag. | Date dernier contactdirect |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Année 2013** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

\*Indiquer dans cette colonne les mêmes noms d’établissements que ceux mentionné dans le tableau 1.

1. ***Personnes de contacts et adresses des mutuelles***

Il y a donc autant de tableaux à envoyer qu’il y a de mutuelles. Ces tableaux doivent être adressés aux personnes de contact des mutuelles concernées, et seulement elles :

**Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes**

Dr. Viviane Van Elshocht
Direction médicale
Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes

Chaussée de Haecht 579, boite 40

1031 BRUXELLES

**Union Nationale des Mutualités Neutres**

Dr Martine Duyck

Direction médicale
Chaussée de Charleroi 145

1060 BRUXELLES

**Union Nationale des Mutualités Socialistes**

Dr Dominique Feron

Direction médicale
Rue Saint-Jean 32-38

1000 BRUXELLES

**Union Nationale des Mutualités Libérales**

Dr Jean-Pierre Bronckaers

Direction médicale
Rue de Livourne 25

1050 BRUXELLES

**Union Nationale des Mutualités Libres**

Dr Chris Van Hul

Direction médicale
Rue St-Hubert 19

1150 BRUXELLES

**Caisse Auxiliaire d'Assurance Maladie-Invalidité**

Dr Danica Zamurovic

Direction médicale
Rue du Trône 30 boîte A

1000 BRUXELLES

**Caisse des Soins de santé de la SNCB Holding**

Dr Brigitte Van Rompaey

Direction médicale
Rue de France 85

1060 BRUXELLES