



DOCUMENT RH PROFESSIONNEL • COLLECTION « EXERCER AU PSB »

Exercer comme médecin généraliste au sein du PSB

Cadre professionnel, organisation du travail et parcours RH

Pôle Santé Bonaparte
Quai Bonaparte 6-7 • 4020 Liège

Finalité — Donner au médecin, au responsable médical et à la fonction RH un référentiel commun pour recruter, engager, intégrer, organiser, soutenir et évaluer l'exercice de la médecine générale dans le modèle de soins du PSB.

Version 1.0 • 18 juillet 2026

Statut : projet RH complet à valider avant recrutement et contractualisation

Contrôle du document

Champ	Information
Titre	Exercer comme médecin généraliste au sein du PSB
Nature	Référentiel RH professionnel et opérationnel
Propriétaire	ASBL opératrice du Pôle Santé Bonaparte — dénomination statutaire à confirmer
Responsables de validation	Conseil d'administration, responsable médical, fonction RH, conseil juridique/social
Version	1.0 — 18 juillet 2026
Révision	Au minimum annuelle et après toute évolution INAMI, légale, déontologique, conventionnelle ou organisationnelle
Public	Candidats, médecins engagés, direction, responsable médical, RH, qualité et auditeurs autorisés
Confidentialité	Usage interne ; les annexes individuelles complétées relèvent du dossier RH confidentiel

Avertissement juridique — Ce référentiel prépare l'organisation RH. Il ne remplace ni le contrat de travail ou la convention de collaboration, ni le règlement de travail, ni les avis du secrétariat social, du conseiller juridique, de l'Ordre des médecins ou de l'INAMI. Les textes et formulaires officiels doivent être revalidés immédiatement avant tout engagement et avant le dépôt du dossier forfaitaire.

Règle de cohérence — Aucune information relative au statut, au numéro INAMI, au temps de travail, au planning, à la rémunération ou à la continuité ne peut diverger entre ce référentiel, le contrat, le registre des professionnels, l'annexe 4 INAMI, le plan financier et les communications de recrutement.

Mode d'emploi

1. Lire le corps du référentiel pour comprendre le modèle d'exercice et les engagements attendus.
2. Compléter les annexes de recrutement et de credentialing avant toute décision d'engagement.
3. Reporter les éléments validés dans le contrat, le planning, le registre RH et le dossier INAMI.
4. Utiliser les annexes d'intégration, d'évaluation et de continuité pendant toute la collaboration.
5. Documenter chaque écart, décision corrective et nouvelle validation dans le registre prévu en annexe.

Sommaire

6. Cadre d'exercice — Sections 1 à 5 : modèle PSB, fonction, autorisations, contrat, missions.

7. Organisation des soins — Sections 6 à 14 : temps de travail, capacité, accès, continuité, domiciles, coordination, données, numérique, qualité.
8. Parcours RH — Sections 15 à 24 : compétences, recrutement, intégration, évaluation, formation, bien-être, droits, intégrité, discipline et sortie.
9. Gouvernance et preuves — Sections 25 à 27 : responsabilités, matrice de conformité et conditions de démarrage.
10. Annexes A à K : outils RH directement utilisables, suivis des sources et validation institutionnelle.

Les titres sont structurés pour permettre la navigation et la création ultérieure d'une table des matières automatique dans Microsoft Word.

1. Ce que signifie exercer comme médecin généraliste au PSB

Exercer au Pôle Santé Bonaparte signifie rejoindre une organisation de soins primaires fondée sur l'accessibilité, la globalité, la continuité, l'interdisciplinarité, la prévention, la santé communautaire et la prise en compte des déterminants sociaux de la santé. Le médecin ne travaille pas comme un prestataire isolé : il exerce une responsabilité clinique identifiable au sein d'une équipe responsable d'une population inscrite.

Le PSB entend transformer ces principes en engagements mesurables. La capacité d'inscription sera liée aux ressources disponibles ; les délais, les ruptures de suivi, les sorties d'hospitalisation, les visites à domicile, la prévention et l'expérience patient seront suivis ; les écarts donneront lieu à des actions correctives documentées.

Promesse professionnelle — Le médecin dispose de l'autonomie nécessaire à une pratique sûre, scientifiquement fondée et déontologiquement indépendante. En contrepartie, il contribue à une organisation collective, traçable et responsable de ses résultats.

1.1 Les six engagements du médecin au PSB

11. Assurer des soins de médecine générale globaux, accessibles, continus et proportionnés aux besoins.
12. Être identifiable comme médecin ou membre de l'équipe de référence pour les patients attribués.
13. Partager, avec discernement et dans le respect du secret professionnel, les informations nécessaires à la continuité.
14. Participer au temps protégé de coordination, aux parcours de soins et aux décisions collectives de qualité.
15. Contribuer à la prévention proactive et à la responsabilité populationnelle, au-delà des seules consultations demandées.
16. Tracer son activité, signaler les risques et participer à l'amélioration continue sans être évalué sur le seul volume d'actes.

1.2 Séparation entre l'opérateur de soins et l'infrastructure

L'ASBL opératrice du PSB est responsable de l'accord INAMI, de la gouvernance clinique, des professionnels, des inscriptions, des dossiers patients, de la qualité, des plaintes, de la facturation et de l'utilisation du forfait. Wallonia HealthSpaces SRL intervient comme société d'infrastructures de santé de première ligne : elle porte l'immeuble, les travaux, la maintenance et les obligations immobilières prévues au bail.

Indépendance clinique — WHS ne donne aucune instruction clinique, ne décide ni des inscriptions ni de l’affectation des soins, n’accède pas aux dossiers patients et n’influence pas la liberté thérapeutique du médecin.

2. Carte d’identité de la fonction

Rubrique	Cadre proposé
Intitulé	Médecin généraliste
Finalité	Assurer la prise en charge médicale globale et coordonnée de la population suivie par le PSB, avec une responsabilité clinique identifiable.
Employeur ou cocontractant	ASBL opératrice du PSB ; aucune contractualisation clinique avec WHS.
Rattachement hiérarchique	Direction ou coordination opérationnelle de l’ASBL, pour les dimensions administratives et RH.
Rattachement clinique	Responsable médical et gouvernance clinique, dans le respect de l’indépendance professionnelle.
Relations fonctionnelles	Infirmiers, kinésithérapeutes, accueil médico-social, coordination, professionnels psychosociaux et partenaires de première ligne.
Lieu principal	Quai Bonaparte 6–7, 4020 Liège ; domicile des patients et modalités distancielles autorisées selon les besoins.
Périmètre financier	Phase préparatoire ou transitoire à l’acte, puis médecine générale couverte par le forfait dès l’entrée effective de la discipline dans l’accord, selon les règles INAMI applicables.
Statut cible	Contrat de travail salarié privilégié par le modèle RH PSB ; toute autre formule nécessite une analyse juridique, sociale, déontologique et financière préalable.
Volume	À fixer individuellement en ETP, heures, plages cliniques et temps non clinique protégé ; aucun volume n’est réputé acquis avant validation contractuelle.

2.1 Résultat attendu de la fonction

Le résultat attendu n’est pas un nombre maximal de consultations. Il s’agit d’une population effectivement accessible, suivie sans rupture évitable, orientée avec pertinence, bénéficiant d’actions préventives et dont les situations complexes font l’objet d’une coordination explicite.

3. Conditions d’accès et maintien de l’autorisation d’exercer

L’entrée en fonction est conditionnée à un contrôle documentaire complet. Le SPF Santé publique indique notamment que l’exercice comme médecin généraliste suppose un diplôme de médecin, un visa, une inscription à l’Ordre des médecins et la formation spécifique conduisant à l’agrément en

médecine générale. Le PSB ajoute la vérification du numéro INAMI et de ses caractéristiques opérationnelles.

3.1 Conditions obligatoires avant le premier acte clinique

- ☐ Identité vérifiée et coordonnées professionnelles à jour.
- ☐ Diplôme de médecin et, le cas échéant, décision de reconnaissance du diplôme étranger.
- ☐ Visa autorisant l'exercice de la profession en Belgique.
- ☐ Agrément ou reconnaissance comme médecin généraliste auprès de l'autorité communautaire compétente.
- ☐ Inscription active au tableau de l'Ordre des médecins et province compétente identifiée.
- ☐ Numéro INAMI actif, qualification et suffixe vérifiés au regard des fonctions réellement exercées.
- ☐ Statut de conventionnement et statut d'accréditation documentés séparément, sans les confondre avec le droit d'exercer.
- ☐ Assurance de responsabilité professionnelle suffisante et articulation avec les couvertures de l'ASBL confirmée.
- ☐ Droit au travail en Belgique vérifié lorsque requis.
- ☐ Déclaration des activités extérieures, conflits d'intérêts et éventuelles restrictions d'exercice.
- ☐ Capacité à utiliser les langues nécessaires à une communication clinique sûre ou dispositif d'interprétariat organisé.
- ☐ Engagements de confidentialité, cybersécurité, qualité et déclaration des incidents signés.

3.2 Procédure de credentialing

Étape	Preuve	Responsable	Moment	Blocage
Collecte	Copies lisibles et données déclarées	RH	Candidature finale	Dossier incomplet
Vérification primaire	Source officielle ou attestation de l'autorité	RH + responsable médical	Avant offre ferme	Doute sur le droit d'exercer
Concordance INAMI	Numéro, qualification, discipline, conventionnement, accréditation	Référent facturation/INAMI	Avant contrat et dossier INAMI	Incohérence non résolue
Évaluation déontologique	Contrat, activités extérieures, indépendance	Responsable médical + conseil	Avant signature	Clause incompatible
Validation	Fiche de credentialing signée	Direction de l'ASBL	Avant activation des accès	Validation absente
Recrédentialing	Actualisation du dossier	RH	Annuelle et à chaque changement	Suspension préventive si nécessaire

Point INAMI à sécuriser — L'accréditation, le conventionnement, l'agrément comme médecin généraliste et l'existence d'un numéro INAMI valide sont quatre informations distinctes. Le dossier PSB ne doit jamais employer ces termes comme des synonymes.

4. Cadre contractuel et conditions d'emploi

Le modèle de référence du PSB privilégie une relation salariée, suffisamment stable pour garantir la continuité, les temps de coordination et la responsabilité populationnelle. Le contrat individuel doit traduire l'organisation réelle et être cohérent avec le règlement de travail, les conventions collectives applicables et le plan financier approuvé.

4.1 Paramètres à arrêter avant l'offre

Paramètre	Décision attendue	Preuve de validation
Commission paritaire	Déterminer le ressort exact de l'ASBL et les CCT applicables.	Avis du secrétariat social ou du conseil social
Classification	Déterminer la fonction et le barème applicable ; ne pas présumer l'application d'IFIC.	Note de classification datée
Contrat	CDI privilégié ; CDD uniquement si objectivement justifié et légalement sécurisé.	Projet de contrat validé
ETP et horaire	Fixer heures hebdomadaires, jours, plages, temps clinique et temps protégé.	Contrat + annexe horaire
Rémunération	Définir rémunération fixe, ancienneté reconnue, indexation, indemnités et avantages.	Simulation salariale et décision CA
Domiciles et déplacements	Définir véhicule, frais, assurance, temps de déplacement et zone.	Politique de frais
Téléconsultation	Définir plages, outils autorisés, lieu d'exercice et règles de traçabilité.	Avenant numérique
Activités extérieures	Vérifier compatibilité, disponibilité, continuité et règles du forfait.	Déclaration et autorisation écrite

4.2 Principes de rémunération

17. Une rémunération principalement fixe et prévisible, compatible avec une pratique de qualité et la stabilité de l'équipe.
18. La rémunération couvre explicitement les consultations, visites, coordination, réunions, tâches de dossier, prévention, formation interne et qualité prévues au planning.
19. Aucun mécanisme individuel ne doit pousser à multiplier des actes inutiles, refuser des patients complexes ou réduire le temps nécessaire aux soins.

20. Toute prime éventuelle repose sur des critères équilibrés, collectifs, transparents, juridiquement admissibles et assortis de garde-fous de qualité et d'équité.
21. Les frais professionnels sont remboursés selon une politique écrite, justifiable et appliquée de manière uniforme.

4.3 Phase à l'acte et passage au forfait

Si le PSB ouvre avant l'entrée effective dans le forfait, le contrat et les procédures distinguent clairement la phase à l'acte de la phase forfaitaire. La bascule n'est autorisée qu'après l'accord effectif, les tests administratifs, l'information des patients et la validation de la capacité. Les règles de facturation et les activités extérieures du médecin sont reconstruites à la date de bascule.

À compter de la prise d'effet de l'accord et pour la discipline couverte, les consultations et visites relevant du forfait ne sont plus facturées à l'acte aux patients inscrits. Les exceptions, les soins aux personnes non inscrites et toute activité médicale extérieure sont encadrés selon les textes INAMI applicables et font l'objet d'une revue écrite avant autorisation.

Interdiction de confusion — Le financement du poste, le mode de rémunération du médecin et le mode de facturation aux organismes assureurs sont trois dimensions différentes. Elles doivent être décrites séparément.

5. Missions et responsabilités

5.1 Activité clinique individuelle

22. Réaliser les consultations de médecine générale, les visites à domicile justifiées et les actes relevant de ses compétences.
23. Évaluer la demande, poser ou réévaluer les diagnostics, élaborer le projet thérapeutique et informer le patient de manière compréhensible.
24. Prescrire, réconcilier et réévaluer les traitements ; prévenir les interactions, duplications et risques médicamenteux.
25. Assurer le suivi des maladies aiguës et chroniques, de la santé mentale courante, de la santé sexuelle et reproductive, de l'enfant, de l'adulte et de la personne âgée dans le champ de la médecine générale.
26. Organiser les examens, analyser les résultats, informer le patient et documenter les suites données.
27. Orienter avec pertinence vers la deuxième ligne et assurer le retour d'information.
28. Établir les certificats et documents médicaux requis avec exactitude, indépendance et respect de leur finalité.

29. Reconnaître les limites de la prise en charge ambulatoire et déclencher les procédures urgentes appropriées.

5.2 Responsabilité populationnelle

30. Contribuer à la définition et au suivi de sa patientèle ou équipe de référence.
31. Repérer les patients sans contact régulier, à risque de rupture ou ayant des besoins préventifs non couverts.
32. Participer aux campagnes de rappels et aux parcours ciblés décidés par la gouvernance clinique.
33. Adapter le suivi aux vulnérabilités financières, linguistiques, sociales, numériques et de mobilité.
34. Contribuer aux analyses de besoins, audits de pratique et actions communautaires relevant de la médecine générale.

5.3 Coordination et responsabilité partagée

35. Préparer et présenter les situations complexes répondant aux critères de concertation.
36. Construire avec le patient et l'équipe un plan de soins précisant objectifs, actions, responsables, échéances et critères d'alerte.
37. Répondre aux demandes cliniques internes selon les niveaux d'urgence définis.
38. Documenter les décisions interprofessionnelles et suivre celles dont il est responsable.
39. Communiquer avec les hôpitaux, services de garde, pharmaciens, laboratoires, services à domicile et autres partenaires autorisés.

5.4 Qualité, données et vie institutionnelle

40. Participer aux réunions cliniques, aux retours d'expérience, aux formations obligatoires et aux exercices de continuité.
41. Déclarer les incidents, presque-accidents, violations de données et situations à risque.
42. Contribuer à la validation des protocoles, indicateurs, plans correctifs et rapports de responsabilité.
43. Signaler tout écart entre la capacité réelle et les engagements d'accès ou de continuité.
44. Participer, selon mandat, à l'accueil et à l'encadrement des stagiaires ; aucun stage de médecine générale n'est organisé sans agrément officiel du maître et du lieu de stage.

5.5 Activités exclues ou soumises à autorisation

45. Toute intervention dépassant les compétences, les titres ou les conditions légales du médecin.

46. Toute facturation incompatible avec les règles applicables à la phase d'exercice et au périmètre du forfait.
47. Toute utilisation secondaire de données de patients sans base juridique, autorisation et gouvernance appropriées.
48. Toute décision clinique prise automatiquement par un outil numérique ou d'intelligence artificielle.
49. Toute communication promotionnelle individuelle utilisant le nom du PSB sans validation institutionnelle et déontologique.
50. Toute activité extérieure créant une rupture de continuité, une concurrence déloyale, une confusion de facturation ou un conflit d'intérêts non maîtrisé.

6. Organisation du temps de travail

Le planning individuel est construit à partir de la capacité réelle et non d'un nombre théorique de consultations. Il distingue les plages de contact patient des temps indispensables de coordination, de dossier, de prévention, de qualité et de développement professionnel.

6.1 Architecture indicative du temps

Composante	Fourchette indicative	Contenu
Soins directs	65–75 %	Consultations, urgences relatives, visites à domicile, téléconsultations appropriées
Dossier et coordination	10–15 %	Résultats, prescriptions, concertations, plans de soins, transitions
Prévention populationnelle	5–10 %	Rappels, revues de registres, actions ciblées et communautaires
Qualité et organisation	5–10 %	Réunions, incidents, audits, protocoles, indicateurs
Formation	Selon plan	Formation continue, simulation, mise à jour clinique et numérique

Ces fourchettes sont un outil de conception, pas une norme contractuelle. Elles sont adaptées au volume d'emploi, à la maturité de l'équipe et aux besoins de la population, puis formalisées dans le planning individuel.

6.2 Règles de planification

51. Les heures contractuelles, les plages de présence et les périodes de disponibilité sont enregistrées dans une source de vérité unique.

52. Le temps de réunion obligatoire est inclus dans le temps de travail ou rémunéré conformément au cadre applicable.
53. Les horaires évitent l'enchaînement chronique de plages incompatibles avec la sécurité, la qualité et la récupération.
54. Toute modification durable du planning fait l'objet d'une validation écrite et d'une mise à jour de l'annexe de continuité.
55. Les activités extérieures sont intégrées à l'évaluation globale de disponibilité et de fatigue lorsque le droit le permet.

6.3 Matrice hebdomadaire à formaliser

Jour	Matin	Après-midi	Domiciles	Coordination	Remplaçant identifié
Lundi	À compléter	À compléter	À compléter	À compléter	À compléter
Mardi	À compléter	À compléter	À compléter	À compléter	À compléter
Mercredi	À compléter	À compléter	À compléter	À compléter	À compléter
Jeudi	À compléter	À compléter	À compléter	À compléter	À compléter
Vendredi	À compléter	À compléter	À compléter	À compléter	À compléter
Samedi	À compléter	À compléter	À compléter	À compléter	À compléter

7. Population de référence et gestion de la capacité

Chaque patient inscrit doit pouvoir identifier un médecin ou une équipe de référence. Cette attribution ne restreint pas le libre choix au sein des possibilités de l'équipe ; elle évite qu'une pluralité d'intervenants ne conduise à l'absence de responsable de synthèse.

7.1 Construction du panel

56. Affectation initiale selon préférences du patient, besoins, langue, continuité antérieure et capacité disponible.
57. Répartition équilibrée tenant compte de la complexité et non du seul nombre de personnes.
58. Révision périodique après départ, changement d'ETP, absence prolongée ou déséquilibre de charge.
59. Traçabilité du médecin ou binôme de référence dans le dossier et dans les outils de planification.
60. Information claire du patient sur la disponibilité de l'équipe et les modalités de remplacement.

7.2 Signaux de saturation

Signal	Fréquence	Action attendue
Allongement du délai pour une demande non programmée	Hebdomadaire	Analyser les causes, ouvrir ou réaffecter des plages, ralentir les inscriptions si nécessaire
Demandes urgentes non absorbées	Quotidienne/hebdomadaire	Revoir le triage et la capacité médicale
Appels ou messages sans réponse	Quotidienne	Corriger le flux et sécuriser les escalades
Accumulation de résultats ou tâches de dossier	Hebdomadaire	Réduire temporairement la charge, prioriser et redistribuer
Heures supplémentaires ou fatigue récurrentes	Mensuelle	Analyse RH, révision du planning et prévention
Ruptures de continuité ou plaintes répétées	Mensuelle	Revue clinique et plan correctif

8. Accès, triage et demandes non programmées

L'accueil recueille les informations nécessaires à l'orientation sans se substituer à l'évaluation clinique. Les protocoles définissent les signes d'alerte, le niveau de réponse, le professionnel compétent et le délai maximal d'escalade.

Niveau	Situation	Réponse organisationnelle
Urgence vitale probable	Signes d'alarme ou risque immédiat	Activation des secours selon protocole ; information du médecin ; traçabilité
Urgence clinique du jour	Évaluation médicale nécessaire le jour même	Plage dédiée, rappel médical ou orientation sécurisée
Demande rapide	Risque faible mais besoin non différable	Rendez-vous priorisé selon protocole
Demande programmée	Suivi ou problème stable	Rendez-vous compatible avec le besoin et le plan de soins
Besoin social ou administratif	Droits, coût, langue, mobilité, numérique	Navigation par l'accueil ou l'équipe psychosociale, avec escalade clinique si nécessaire

Sécurité — Le triage est un processus clinique gouverné. Les outils numériques peuvent soutenir la priorisation, mais ne prennent jamais seuls une décision d'accès ou d'orientation.

9. Continuité des soins, absences et remplacements

La continuité doit être démontrable avant l'ouverture et pendant toute la durée de l'accord. Elle repose sur des personnes nommées, des plages réelles, des procédures testées et des accords de remplacement activables.

9.1 Continuité pendant les heures d'ouverture

61. Planning médical consolidé et visible par l'accueil et la coordination.
62. Accès au dossier pour les médecins autorisés et règles de reprise des tâches.
63. Transmission structurée des situations à risque, résultats attendus et décisions en cours.
64. Plages non programmées dimensionnées et revues selon l'activité réelle.
65. Médecin de recours identifié pour les professionnels non médicaux.

9.2 Absence planifiée

1. Le médecin introduit l'absence selon le délai prévu au règlement de travail.
2. La coordination évalue les patients, résultats, prescriptions, certificats et tâches susceptibles d'exiger une reprise.
3. Un remplacement interne ou externe est confirmé avant validation définitive de l'absence lorsque la continuité l'exige.
4. Les patients concernés sont informés avec proportionnalité et sans divulgation de données inutiles.
5. Une transmission clinique minimale, sécurisée et traçable est réalisée.

9.3 Absence imprévue

1. Le médecin ou son représentant avertit le canal désigné dès que possible, sans devoir révéler un diagnostic à l'employeur.
2. L'accueil suspend l'ajout de rendez-vous et protège les demandes urgentes.
3. Le responsable médical répartit les tâches critiques et active le plan de remplacement.
4. La coordination contrôle les résultats, prescriptions et suivis sans propriétaire.
5. L'incident de continuité est analysé si la sécurité, l'accès ou les délais ont été compromis.

9.4 Continuité hors heures d'ouverture

Le PSB informe clairement les patients des dispositifs de garde et d'urgence. Les responsabilités respectives du PSB, des postes de garde, des services d'urgence et des partenaires sont précisées par

écrit. Toute promesse de disponibilité propre au PSB doit être soutenue par des ressources contractuelles réelles.

10. Visites à domicile

Les visites à domicile font partie de la continuité de la médecine générale lorsqu'elles sont cliniquement justifiées et réalisables dans la zone desservie. Elles sont organisées selon des critères explicites, sans créer d'inégalité injustifiée ni compromettre la capacité au centre.

10.1 Critères d'organisation

6. Incapacité temporaire ou durable de se déplacer, fragilité, soins palliatifs, contexte clinique ou social justifiant le domicile.
7. Évaluation du degré d'urgence et de la possibilité d'une prise en charge plus appropriée.
8. Regroupement géographique lorsque compatible avec la clinique.
9. Sécurité du professionnel, coordonnées fiables, conditions d'accès et procédure en cas de danger.
10. Temps de trajet intégré au planning et aux coûts RH.
11. Matériel, médicaments d'urgence, hygiène et traçabilité adaptés.

10.2 Règle de preuve

Le dossier comporte le motif de la visite, l'évaluation, les actes, les décisions, les prescriptions, les orientations et la suite prévue. Le registre de continuité suit le volume de visites, les délais, les refus motivés et les difficultés de couverture sans dupliquer inutilement les données cliniques.

11. Coordination interprofessionnelle

11.1 Réunion clinique hebdomadaire

Élément	Règle PSB
Participation	Obligatoire selon le planning et incluse dans le temps professionnel.
Situations présentées	Complexité clinique ou sociale, rupture, hospitalisation, risque médicamenteux, doute de capacité ou besoin de plan partagé.
Préparation	Question explicite, synthèse utile, préférences du patient et éléments de sécurité.
Décision	Objectif, action, responsable, échéance, critère d'alerte et date de révision.
Traçabilité	Dossier patient pour la décision clinique ; registre de réunion pour le suivi opérationnel, avec minimisation des données.
Suivi	Revue des décisions non clôturées et escalade des retards critiques.

11.2 Délégation et coopération

La délégation n'efface pas les compétences ni les responsabilités propres à chaque profession. Toute tâche déléguée doit être autorisée, comprise, proportionnée, traçable et assortie d'un mécanisme de recours. Le médecin s'assure que le professionnel destinataire possède le droit, la compétence, l'information et les moyens nécessaires.

11.3 Transitions de soins

Le PSB vise un contact après hospitalisation dans les 72 heures pour les patients identifiés comme prioritaires. Ce délai constitue une cible organisationnelle interne à préciser selon les catégories de risque ; il n'est pas présenté comme une obligation réglementaire générale.

12. Réception et lecture des informations de sortie.
13. Réconciliation médicamenteuse et identification des examens ou rendez-vous nécessaires.
14. Contact avec le patient ou son proche autorisé selon le niveau de risque.
15. Mise à jour du plan de soins et répartition des actions.
16. Escalade immédiate si la sécurité ou la compréhension du traitement sont compromises.

12. Dossier patient, secret professionnel et gouvernance des données

Le dossier patient partagé est un outil de continuité et non un espace d'observation générale. Chaque accès doit répondre à une fonction de soins ou à une mission autorisée. Les données de santé bénéficient d'une protection renforcée ; les droits sont attribués selon le rôle, revus périodiquement et retirés sans délai au départ.

12.1 Exigences de tenue du dossier

17. Identifier l'auteur, la date, l'heure et le contexte de chaque note ou action significative.
18. Documenter les éléments utiles à la décision, au suivi et à la continuité, de manière factuelle et respectueuse.
19. Encoder les diagnostics, risques, allergies, traitements, résultats, orientations et plans de soins selon les standards retenus.
20. Assurer la clôture des résultats et références : réception, interprétation, information, action et suivi.
21. Éviter les copiés-collés non vérifiés, les données non nécessaires et les jugements sans pertinence clinique.

22. Corriger les erreurs de manière traçable, sans effacement inapproprié de l'historique.

12.2 Partage d'information

Le partage au sein de l'équipe repose sur la nécessité de soins, la compétence du destinataire, la proportionnalité et les droits du patient. Les communications externes utilisent les canaux sécurisés autorisés. Le médecin ne transmet pas de données de santé à WHS, à un employeur extérieur, à un financeur ou à un partenaire sans base juridique et validation appropriées.

12.3 Séparation du dossier patient et du dossier RH

Confidentialité du travailleur — Les informations médicales concernant le médecin en tant que travailleur ne sont pas conservées dans son dossier RH au-delà de ce que la loi permet. L'employeur est informé des absences et aptitudes pertinentes, sans accéder au diagnostic ni au dossier du médecin traitant.

13. Santé numérique, téléconsultation et suivi à distance

La télémédecine soutient l'accès et la continuité lorsqu'elle est cliniquement appropriée. Elle ne devient ni un canal exclusif ni une solution automatique à un manque de capacité. L'identité, le consentement, la confidentialité, l'aptitude technologique, la qualité du dossier et l'escalade clinique sont vérifiés.

13.1 Avant une téléconsultation

- ☐ L'identité du médecin et du patient peut être vérifiée.
- ☐ Le patient comprend la modalité proposée et peut exprimer son consentement.
- ☐ La demande est compatible avec une évaluation à distance ; un examen présentiel reste accessible si nécessaire.
- ☐ Le médecin dispose des informations utiles et d'un environnement garantissant la confidentialité.
- ☐ La conduite à tenir en cas d'urgence, de coupure ou d'incertitude est connue.
- ☐ Les limites techniques, financières et de couverture sont annoncées clairement.

13.2 Surveillance à distance

Tout programme de suivi à distance définit sa population, ses objectifs, les données collectées, les responsabilités, la fréquence de revue, les seuils d'alerte, les délais de réaction, la continuité, la maintenance, l'information du patient et l'évaluation du programme. Les alertes sont prises en charge par des professionnels ; aucune alerte critique ne dépend d'un seul canal non surveillé.

13.3 Intelligence artificielle

23. Usage limité aux outils approuvés par la gouvernance du PSB et conforme aux finalités déclarées.
24. Aucune donnée identifiable n'est introduite dans un outil non autorisé.
25. Les propositions automatisées sont vérifiées par le médecin, qui conserve la responsabilité de la décision.
26. Les biais, erreurs, hallucinations, fausses alertes et sous-alertes sont signalés comme risques qualité.
27. Le patient est informé lorsque l'usage de l'outil l'exige légalement ou influence matériellement son parcours.

14. Qualité et sécurité des soins

14.1 Socle de sécurité

28. Identification fiable du patient avant prescription, acte, prélèvement, transmission ou clôture de résultat.
29. Gestion structurée des allergies, traitements à risque, interactions et réconciliation médicamenteuse.
30. Suivi fermé des résultats, références et demandes de seconde ligne.
31. Protocoles pour douleur thoracique, déficit neurologique, détresse respiratoire, sepsis, violence, maltraitance et risque suicidaire.
32. Prévention et contrôle des infections, gestion des déchets, vaccination professionnelle et exposition biologique.
33. Disponibilité, vérification et maintenance du matériel d'urgence.
34. Procédures de panne du dossier, cybersécurité, coupure électrique et indisponibilité des communications.

14.2 Déclaration et apprentissage

Le médecin déclare sans crainte de représailles injustifiées les incidents, presque-accidents, défauts de processus et violations de données. L'analyse distingue erreur humaine, comportement à risque, faute délibérée et défaillance du système. La déclaration n'empêche pas les obligations légales d'information, de réparation ou de signalement.

Événement	Canal	Délai interne proposé	Suite
-----------	-------	-----------------------	-------

Événement	Canal	Délai interne proposé	Suite
Danger immédiat	Alerte directe + canal incident	Immédiat	Sécuriser, informer, escalader
Incident avec dommage	Formulaire sécurisé	Même jour	Analyse, information et plan correctif
Presque-accident	Formulaire sécurisé	Sous 48 h	Analyse proportionnée et apprentissage
Violation de données	Canal DPO/sécurité	Immédiat	Confinement et évaluation réglementaire
Risque récurrent	Réunion qualité	Dès identification	Mesure, responsable et échéance

14.3 Plaintes et retours des patients

Le médecin coopère au traitement impartial des plaintes tout en conservant son droit d’être entendu et accompagné. La réponse distingue explication clinique, droit du patient, médiation, correction organisationnelle et éventuelle procédure disciplinaire. Les tendances sont analysées sans utiliser la plainte comme seul indicateur de compétence.

15. Profil recherché et compétences

15.1 Exigences indispensables

35. Droit complet d’exercer comme médecin généraliste en Belgique et dossier administratif vérifiable.
36. Compétence en médecine générale globale, prise en charge aiguë, maladies chroniques, prévention et orientation.
37. Communication clinique claire, respectueuse et adaptée à la littératie en santé.
38. Capacité à travailler en équipe, partager la responsabilité et documenter les décisions.
39. Maîtrise d’un dossier médical informatisé ou aptitude démontrée à l’acquérir rapidement.
40. Respect de l’indépendance, du secret professionnel, des droits du patient et de la diversité.
41. Disponibilité compatible avec les plages, réunions, domiciles et continuité prévues.

15.2 Atouts

42. Expérience en maison médicale, pratique de groupe, quartier urbain ou population vulnérable.
43. Compétences en santé de la femme, pédiatrie courante, gériatrie, santé mentale ou addiction.

44. Expérience en amélioration de la qualité, sécurité des soins, audit ou recherche en soins primaires.
45. Capacité à travailler en français et dans une ou plusieurs langues utiles au territoire.
46. Expérience de la téléconsultation, du suivi à distance ou de l'exploitation de registres cliniques.
47. Intérêt pour la santé communautaire, l'éducation du patient et les déterminants sociaux.

15.3 Référentiel de compétences

Domaine	Comportements observables	Niveau attendu à 6 mois
Clinique	Évalue, décide, prescrit, réévalue et oriente de façon sûre	Autonome dans le champ de la médecine générale
Continuité	Clôture les résultats, transmet et anticipe les ruptures	Fiable et traçable
Patient partenaire	Informe, recherche les préférences et soutient l'autonomie	Pratique systématique
Interprofessionnel	Écoute, clarifie les rôles, construit et suit les plans	Contribution active
Populationnel	Utilise listes, rappels et données pour agir sur les besoins	Maîtrise opérationnelle
Numérique	Utilise le DME, eHealth et les outils autorisés avec sécurité	Autonome
Qualité	Déclare, analyse, teste et mesure les améliorations	Participation régulière
Professionnalisme	Agit avec indépendance, intégrité, réflexivité et respect	Exigence constante

16. Processus de recrutement

1. Validation du besoin : discipline, ETP, budget, planning, capacité et date d'entrée.
2. Publication d'une offre fidèle au statut du projet, sans promettre un accord INAMI non encore obtenu.
3. Présélection sur critères objectifs, documentés et non discriminatoires.
4. Entretien structuré RH et clinique, avec les mêmes domaines évalués pour chaque candidat.
5. Mise en situation portant sur une situation complexe, une rupture de continuité ou une décision interprofessionnelle.
6. Contrôle des références avec information et accord du candidat.
7. Credentialing primaire et analyse des activités extérieures.
8. Proposition écrite conditionnelle, précisant les validations encore nécessaires.
9. Signature du contrat ou de la convention après validation sociale, juridique et déontologique.
10. Activation des accès uniquement après clôture du dossier et planification de l'intégration.

16.1 Principes d'équité

11. Ne collecter que les données nécessaires à l'évaluation professionnelle et au respect des obligations légales.
12. Ne pas demander de diagnostic, de projet familial, d'opinion, de croyance ou d'information sans lien légitime avec la fonction.
13. Prévoir les aménagements raisonnables nécessaires au processus et au poste.
14. Conserver les traces de décision selon une durée définie et informer les candidats du traitement de leurs données.
15. Séparer l'évaluation professionnelle des informations médicales relevant du médecin du travail.

17. Parcours d'intégration sur 90 jours

Période	Objectifs	Preuves de réalisation
Avant J1	Dossier complet, contrat, planning, poste, accès préparés, tuteur désigné	Check-list pré-entrée signée
J1–J5	Comprendre le modèle PSB, la sécurité, les outils, le triage et les rôles	Parcours d'accueil et tests de base
J6–J30	Démarrer progressivement, sécuriser le dossier et les flux de continuité	Revue à 30 jours
J31–J60	Prendre sa place dans l'équipe et la responsabilité de référence	Audit ciblé et feedback
J61–J90	Atteindre l'autonomie prévue et formaliser le plan de développement	Entretien de confirmation à 90 jours

17.1 Modules obligatoires

- ☐ Modèle de soins, population inscrite et règles du forfait.
- ☐ Organisation des consultations, urgences relatives, domiciles et garde.
- ☐ Dossier médical, eHealth, droits d'accès, consentement et cybersécurité.
- ☐ Triage, urgences, matériel et procédures de sécurité.
- ☐ Coordination interprofessionnelle, plans de soins et transitions hospitalières.
- ☐ Gestion des médicaments, résultats, références et rappels.
- ☐ Déclaration des incidents, plaintes, violence et risques psychosociaux.
- ☐ Téléconsultation, suivi à distance et usage autorisé de l'intelligence artificielle.
- ☐ Séparation ASBL–WHS et prévention des conflits d'intérêts.

18. Évaluation, objectifs et développement

L'évaluation combine qualité clinique, continuité, coopération, sécurité, données et développement professionnel. Elle ne se réduit ni au nombre de consultations ni à la satisfaction brute. Les situations de patientèle complexe et les contraintes organisationnelles sont prises en compte.

18.1 Cycle d'évaluation

16. Points d'intégration à 30, 60 et 90 jours.
17. Entretien de développement au moins annuel.
18. Revue intermédiaire lorsqu'un objectif, un risque ou un changement de poste le justifie.
19. Feedback continu, factuel, respectueux et orienté vers l'amélioration.
20. Plan d'accompagnement formalisé avant toute conclusion défavorable, sauf situation grave nécessitant une mesure immédiate.

18.2 Tableau de bord équilibré

Domaine	Indicateur proposé	Source	Fréquence	Usage
Accès	Délai selon niveau de besoin ; demandes non absorbées	Agenda + triage	Hebdo.	Capacité et organisation
Continuité	Tâches ou résultats sans propriétaire ; ruptures	DME + registre	Hebdo./mens.	Sécurité
Transitions	Patients prioritaires contactés après sortie	DME	Mens.	Amélioration du parcours
Prévention	Couverture d'une action définie avec dénominateur	Registre clinique	Trim.	Responsabilité populationnelle
Coordination	Décisions attribuées et clôturées	Registre de réunion	Mens.	Fiabilité collective
Dossier	Complétude ciblée et clôture des résultats	Audit DME	Trim.	Qualité documentaire
Sécurité	Incidents, presque-accidents et actions clôturées	Système qualité	Trim.	Apprentissage, pas sanction automatique
Expérience	Retours contextualisés et équité	Enquête/plaintes	Sem./ann.	Amélioration
RH	Charge, absences, heures, formation, bien-être	RH	Trim.	Soutenabilité

Cibles — Les valeurs cibles sont fixées après une période de mesure de référence, validées par la gouvernance clinique et identifiées comme internes. Elles ne sont jamais présentées comme des seuils réglementaires si elles ne le sont pas.

18.3 Plan de développement professionnel

Chaque médecin dispose d'un plan annuel comprenant au moins un objectif clinique, un objectif de coordination ou de qualité, un besoin de formation et un engagement relatif à son bien-être professionnel. Les exigences d'accréditation sont suivies séparément des formations internes.

19. Formation continue

Axe	Contenus prioritaires	Modalité
Clinique	Recommandations, médicaments, urgences, maladies chroniques	Formation externe, revue de cas, simulation
Population	Prévention, inégalités, littératie, santé communautaire	Atelier et audit
Coordination	Plans de soins, délégation, communication, transitions	Réunion formative
Qualité	Incident, cause racine, PDCA, mesure	Projet d'amélioration
Numérique	DME, eHealth, cybersécurité, télémédecine, IA	Formation et test de compétence
Professionnalisme	Déontologie, droits du patient, conflits d'intérêts	Mise en situation
Bien-être	Charge, limites, violence, récupération	Prévention collective et soutien

20. Santé, sécurité et bien-être au travail

L'employeur met en œuvre la politique de bien-être au travail applicable, avec son service interne et/ou externe de prévention. Les risques du poste sont analysés : charge cognitive, contact avec des personnes en détresse, violence, agents biologiques, ergonomie, déplacements, travail isolé, écrans et risques psychosociaux.

20.1 Mesures organisationnelles

21. Charge et capacité revues à partir de données réelles ; possibilité d'alerte sans stigmatisation.
22. Pauses, limites de planning, temps de dossier et récupération organisés.
23. Procédure de prévention et gestion des agressions, avec soutien après incident.
24. Accès aux acteurs de prévention, à la personne de confiance et aux procédures psychosociales.
25. Évaluation de santé par le médecin du travail lorsque le poste ou les risques l'exigent.
26. Prévention des expositions biologiques, vaccination professionnelle et procédure post-exposition.
27. Aménagements raisonnables et trajectoire de retour au travail conformément au cadre applicable.

28. Droit à la déconnexion et règles de messagerie hors horaire.

Donnée médicale du travailleur — Le responsable hiérarchique ne demande ni diagnostic ni détail thérapeutique. Les décisions d'aptitude, de surveillance et d'aménagement sont traitées par les acteurs légalement compétents.

21. Droits professionnels et garanties

- 29. Indépendance professionnelle et liberté thérapeutique dans le respect des données probantes, de la loi et de la déontologie.
- 30. Moyens matériels, informationnels et organisationnels compatibles avec une pratique sûre.
- 31. Temps de coordination, de dossier et de formation reconnu dans l'organisation du travail.
- 32. Accès aux politiques, décisions, indicateurs et informations nécessaires à la fonction.
- 33. Droit de signaler un risque, une pression indue, une fraude présumée ou une atteinte à la sécurité.
- 34. Droit d'être entendu, assisté et traité équitablement dans toute procédure le concernant.
- 35. Protection de sa vie privée et limitation des données RH au nécessaire.
- 36. Participation à la gouvernance clinique selon les modalités fixées par l'ASBL.

21.1 Obligations professionnelles

- 37. Respecter les patients, collègues, partenaires et règles de non-discrimination.
- 38. Maintenir ses titres, autorisations, assurances et compétences ; signaler immédiatement toute modification pertinente.
- 39. Respecter les horaires, procédures, responsabilités et engagements de continuité validés.
- 40. Documenter les soins et protéger les données.
- 41. Éviter collusion, dichotomie, avantages indus et conflits d'intérêts non déclarés.
- 42. Coopérer aux contrôles de qualité, audits légitimes et obligations de l'accord forfaitaire.

22. Conflits d'intérêts, activités extérieures et intégrité

Le médecin déclare avant l'engagement puis annuellement les activités, participations, mandats, collaborations industrielles, avantages et liens susceptibles d'influencer ou de paraître influencer ses décisions. Une déclaration n'entraîne pas automatiquement une interdiction : elle permet d'organiser la transparence, l'abstention, la supervision ou la cessation du conflit.

22.1 Activités extérieures

- ☐ Compatibilité avec les règles INAMI applicables à la phase à l'acte ou forfaitaire vérifiée.
- ☐ Absence de facturation incompatible ou de double financement.
- ☐ Continuité et planning PSB garantis.
- ☐ Protection des informations, de la patientèle et des ressources du PSB.
- ☐ Absence de confusion de marque, d'employeur ou de responsabilité.
- ☐ Fatigue et cumul d'activités évalués lorsque pertinent pour la sécurité.

22.2 Signalement d'une préoccupation

Le médecin peut utiliser les canaux internes de qualité, de prévention, de gouvernance ou d'alerte selon la nature du problème. Les représailles sont interdites lorsqu'une préoccupation est signalée de bonne foi dans le cadre applicable. Les signalements manifestement abusifs sont traités distinctement, avec les garanties procédurales requises.

23. Gestion des écarts et procédure disciplinaire

L'accompagnement professionnel, la gestion d'un incident, l'évaluation de performance, la procédure psychosociale et la discipline sont des processus distincts. Leur confusion fragilise la sécurité et les droits des parties.

Situation	Réponse première	Garanties
Écart de compétence rémédiable	Feedback, supervision, formation, audit ciblé	Objectifs, délai, soutien et réévaluation
Défaillance de processus	Analyse système et correction organisationnelle	Culture juste et partage de l'apprentissage
Risque immédiat	Mesure conservatoire proportionnée	Décision motivée, durée limitée, révision rapide
Manquement professionnel présumé	Instruction contradictoire	Information, droit d'être entendu et assistance
Question déontologique ou légale	Avis compétent et mesures de sécurité	Confidentialité et traçabilité

24. Modification ou fin de la collaboration

Toute modification d'ETP, de planning, de statut, d'autorisation ou de rôle clinique est évaluée pour ses effets sur la continuité, l'annexe INAMI, la patientèle, la charge de l'équipe et le plan financier. Le départ du médecin déclenche un plan clinique et un plan RH coordonnés.

24.1 Plan de sortie

1. Confirmer la date, les obligations contractuelles et les communications autorisées.
2. Identifier les patients, résultats, prescriptions, références et plans de soins nécessitant une reprise.
3. Attribuer un médecin ou une équipe de relais et documenter la transmission.
4. Informer les patients concernés sans porter atteinte à leur libre choix ni à la réputation des parties.
5. Retirer les accès, récupérer les équipements et clôturer les délégations à la date appropriée.
6. Mettre à jour le registre professionnel, le planning, les preuves de continuité et les notifications requises.
7. Réaliser un entretien de sortie et intégrer les enseignements dans le plan RH.

25. Gouvernance et responsabilités

Processus	Responsable	Appui	Preuve
Besoin et budget du poste	Direction/CA ASBL	Responsable médical + finances	Décision et plan d'effectifs
Sélection clinique	Responsable médical	RH + équipe	Grille d'entretien
Credentialing	RH	Responsable médical + INAMI	Fiche signée
Contrat et rémunération	Direction ASBL	Secrétariat social + conseil	Contrat validé
Planning et continuité	Coordination	Responsable médical	Planning + plan de remplacement
Qualité et sécurité	Responsable qualité	Responsable médical + équipe	Registre et plans correctifs
Données et accès	Responsable désigné/DPO	IT + responsable médical	Matrice d'habilitation
Évaluation	Responsable médical/hiérarchique	RH	Entretien et objectifs
Notification INAMI	Référent INAMI	Direction + responsable médical	Accusé et registre

26. Matrice exigence–preuve–organisation

Exigence	Preuve	Organisation	Responsable	Indicateur
Droit d'exercer	Visa, agrément, Ordre, INAMI	Credentialing et revue annuelle	RH	% dossiers valides
Continuité	Planning, remplaçants, transmissions	Plan quotidien et annuel	Coordination	Plages couvertes/ruptures

Exigence	Preuve	Organisation	Responsable	Indicateur
Domiciles	Procédure, zone, planning, registre	Triage et circuits	Référent médical	Délai/refus motivés
Coordination	Réunions, plans de soins, décisions	Temps protégé hebdomadaire	Responsable médical	Décisions clôturées
Dossier	Audits et journaux d'accès	Règles DME et habilitations	DPO/qualité	Complétude/incidents
Prévention	Registres et rappels	Programme populationnel	Référent clinique	Couverture avec dénominateur
Qualité	Incidents et plans correctifs	Système d'apprentissage	Qualité	Actions clôturées
Soutenabilité RH	ETP, charge, absences, rotation	Tableau de bord RH	Direction/RH	Charge et rotation

27. Conditions préalables au recrutement et au démarrage

- ☐ L'ASBL opératrice existe, ses délégations sont valides et son rôle est séparé de WHS.
- ☐ Le scénario disciplinaire et le calendrier du forfait sont confirmés ou explicitement présentés comme conditionnels.
- ☐ La fonction, l'ETP, le budget et le planning sont approuvés.
- ☐ La commission paritaire, la classification et le cadre de rémunération ont été validés.
- ☐ Le projet de contrat a été revu sur les plans social, déontologique et INAMI.
- ☐ Le médecin possède un dossier de credentialing complet et concordant.
- ☐ L'organisation quotidienne, les domiciles, les absences et les remplacements sont démontrables.
- ☐ Le DME, les accès eHealth, les procédures de sécurité et la facturation ont été testés.
- ☐ Le plan d'intégration, le tuteur et l'évaluation à 90 jours sont planifiés.
- ☐ Le go/no-go clinique est signé par le responsable médical et la direction de l'ASBL.

Annexes RH opérationnelles

Les annexes complétées font partie du dossier RH individuel ou du dossier de preuve organisationnelle selon leur nature. Elles doivent être datées, signées, versionnées et conservées avec un niveau d'accès approprié.

Annexe A — Fiche de fonction à signer

Rubrique	Contenu à confirmer
Médecin	Nom : _____
Date d'entrée	____ / ____ / ____
Statut	☐ Salarié ☐ Autre, après validation : _____
ETP/heures	_____ ETP _____ heures/semaine
Responsable administratif	_____
Responsable médical	_____
Missions	Soins globaux, continuité, prévention, coordination, qualité, dossier et activités définies au présent référentiel.
Plages principales	Voir annexe horaire datée du ____ / ____ / ____
Domiciles	☐ Oui ☐ Non Zone et modalités : _____
Téléconsultation	☐ Oui ☐ Non Conditions : _____
Réunions obligatoires	Jour/heure : _____
Objectifs initiaux	1. _____ 2. _____ 3. _____

Partie	Validation
Médecin	Nom : _____ Date : ____ / ____ / ____ Signature : _____
Responsable médical	Nom : _____ Date : ____ / ____ / ____ Signature : _____
Direction de l'ASBL	Nom : _____ Date : ____ / ____ / ____ Signature : _____

Annexe B — Check-list de credentialing

Document/contrôle	Reçu	Vérifié à la source	Validité/échéance	Observations
-------------------	------	---------------------	-------------------	--------------

Document/contrôle	Reçu	Vérifié à la source	Validité/échéance	Observations
Pièce d'identité	☐	☐	_____	
Diplôme/reconnaissance	☐	☐	_____	
Visa SPF Santé publique	☐	☐	_____	
Agrément médecin généraliste	☐	☐	_____	
Inscription Ordre	☐	☐	_____	
Numéro INAMI + qualification	☐	☐	_____	
Conventionnement	☐	☐	_____	
Accréditation	☐	☐	_____	
Assurance RC professionnelle	☐	☐	_____	
Droit au travail si requis	☐	☐	_____	
Activités extérieures	☐	☐	_____	
Conflits d'intérêts	☐	☐	_____	
Références professionnelles	☐	☐	_____	
Engagements signés	☐	☐	_____	

Validation du dossier : ☐apte à l'engagement ☐conditionnel ☐non validé

Partie	Validation
RH	Nom : _____ Date : ____ / ____ / ____ Signature : _____
Responsable médical	Nom : _____ Date : ____ / ____ / ____ Signature : _____
Référent INAMI	Nom : _____ Date : ____ / ____ / ____ Signature : _____

Annexe C — Grille d'entretien structuré

Domaine	Question ou mise en situation	Score /5	Éléments factuels
Motivation	Pourquoi ce modèle de soins et ce territoire ?	—	

Domaine	Question ou mise en situation	Score /5	Éléments factuels
Globalité	Décrire une prise en charge mêlant dimensions clinique et sociale.	—	
Continuité	Que faites-vous d'un résultat critique reçu pendant votre absence ?	—	
Coordination	Présenter un désaccord interprofessionnel et sa résolution.	—	
Population	Comment agir sur des patients diabétiques perdus de vue ?	—	
Sécurité	Décrire un incident et ce que vous en avez appris.	—	
Dossier	Comment garantisiez-vous la clôture des résultats et références ?	—	
Numérique	Quelles limites posez-vous à la téléconsultation et à l'IA ?	—	
Bien-être	Quels signes vous indiquent que votre charge devient dangereuse ?	—	
Disponibilité	Compatibilité avec plages, domiciles, réunions et activités extérieures.	—	

Décision collégiale : ☐poursuivre ☐réserve ☐ne pas poursuivre. Motifs :

Annexe D — Planning individuel et capacité

Indicateur	Valeur contractuelle	Valeur opérationnelle	Source	Révision
ETP	—	—	Contrat	—
Heures/semaine	—	—	Contrat	—
Plages cliniques	—	—	Agenda	—
Temps coordination	—	—	Planning	—
Domiciles	—	—	Planning	—
Réunions	—	—	Planning	—
Absences couvertes	—	—	Continuité	—
Panel de référence	—	—	DME	—

Annexe E — Plan d'intégration

Action	Responsable	Échéance	Statut	Preuve
--------	-------------	----------	--------	--------

Action	Responsable	Échéance	Statut	Preuve
Contrat et dossier RH	RH	Avant J1	☐	Dossier validé
Poste, matériel et accès	IT/coordination	Avant J1	☐	Test réussi
Accueil institutionnel	Direction	J1	☐	Parcours signé
Modèle clinique et forfait	Responsable médical	Semaine 1	☐	Validation
DME et eHealth	Super-utilisateur	Semaine 1	☐	Test pratique
Urgences et incidents	Qualité	Semaine 1	☐	Simulation
Observation/tutorat	Tuteur	Mois 1	☐	Feedback
Revue 30 jours	Manager	J30	☐	Compte rendu
Revue 60 jours	Manager	J60	☐	Compte rendu
Évaluation 90 jours	Responsable médical/RH	J90	☐	Décision

Annexe F — Entretien à 90 jours et annuel

Domaine	Autoévaluation /5	Évaluation /5	Faits et progrès attendus
Qualité clinique	—	—	
Accès et continuité	—	—	
Dossier et résultats	—	—	
Coordination	—	—	
Prévention populationnelle	—	—	
Qualité et sécurité	—	—	
Communication patient	—	—	
Professionnalisme	—	—	
Numérique	—	—	
Bien-être et soutenabilité	—	—	

Objectif	Action	Soutien	Indicateur	Échéance
1.				
2.				

Objectif	Action	Soutien	Indicateur	Échéance
3.				

Partie	Validation
Médecin	Nom : _____ Date : ____ / ____ / ____ Signature : _____
Responsable médical/manager	Nom : _____ Date : ____ / ____ / ____ Signature : _____

Annexe G — Plan individuel de continuité

Situation	Relais principal	Relais secondaire	Tâches critiques	Canal de transmission
Congé planifié				
Maladie courte				
Absence > 5 jours				
Départ imprévu				
Panne DME				
Indisponibilité du site				

- ☐ Patients à risque et plans de soins transmis.
- ☐ Résultats attendus et tâches critiques attribués.
- ☐ Prescriptions ou certificats anticipés dans le respect de la pertinence clinique.
- ☐ Accueil et équipe informés.
- ☐ Accès du remplaçant validés.
- ☐ Information patient organisée si nécessaire.

Annexe H — Déclaration d'activités extérieures et de conflits d'intérêts

Activité/lien	Organisation	Temps ou intérêt	Risque identifié	Mesure décidée

Je m'engage à actualiser cette déclaration sans délai en cas de changement et au minimum une fois par an.

Partie	Validation
Médecin	Nom : _____ Date : ____ / ____ / ____ Signature : _____
Responsable de validation	Nom : _____ Date : ____ / ____ / ____ Signature : _____

Annexe I — Engagement de confidentialité et d'usage numérique

- ☐ J'accède uniquement aux données nécessaires à mes missions autorisées.
- ☐ Je protège mes identifiants, moyens d'authentification et équipements.
- ☐ Je n'utilise que les canaux et logiciels approuvés par le PSB.
- ☐ Je n'introduis aucune donnée identifiable dans un outil d'IA non autorisé.
- ☐ Je vérifie toute sortie automatisée avant de l'utiliser dans une décision ou un document clinique.
- ☐ Je signale immédiatement toute erreur d'envoi, perte, accès indu ou suspicion de compromission.
- ☐ Je respecte les droits du patient et les règles de partage du secret professionnel.
- ☐ Je restitue les équipements et cesse tout accès à la fin de ma mission.

Partie	Validation
Médecin	Nom : _____ Date : ____ / ____ / ____ Signature : _____
Responsable données/sécurité	Nom : _____ Date : ____ / ____ / ____ Signature : _____

Annexe J — Fiche de sortie

Action	Responsable	Échéance	Fait	Observation
Date et communication validées	Direction/RH		☐	
Patients et tâches critiques recensés	Médecin		☐	
Relais cliniques attribués	Responsable médical		☐	
Transmission documentée	Médecin/relais		☐	
Accès désactivés	IT		☐	
Matériel restitué	RH/logistique		☐	
Registre RH/INAMI mis à jour	RH/INAMI		☐	
Entretien de sortie	RH		☐	
Risques résiduels clôturés	Qualité		☐	

Annexe K — Registre des décisions restant à valider

Décision	Propriétaire	Échéance	Statut	Preuve/impact
Scénario disciplinaire définitif	Direction/INAMI		Ouvert	Contrat et communication
Commission paritaire	RH/conseil		Ouvert	Rémunération et CCT
Classification/barème	RH/secrétariat social		Ouvert	Offre et budget
ETP médical initial	CA/responsable médical		Ouvert	Capacité et continuité
Organisation hors horaires	Responsable médical		Ouvert	Annexe 4
Zone et règles de domicile	Responsable médical		Ouvert	Planning et coûts
Logiciel DME et eHealth	Direction/IT		Ouvert	Readiness
Politique téléconsultation	Gouvernance clinique		Ouvert	Qualité et données
Indicateurs et cibles de référence	Qualité		Ouvert	Évaluation

Sources et référentiels

Les sources officielles ci-dessous ont été consultées le 18 juillet 2026. Leur présence ne transforme pas les propositions internes du PSB en obligations réglementaires. Les textes courants et les confirmations écrites des autorités prévalent.

Sources officielles belges

- [R1] [INAMI — Maison médicale : une prise en charge forfaitaire des soins de santé](#) — Périmètre et logique du forfait
- [R2] [INAMI — Conclure un accord de paiement forfaitaire avec les organismes assureurs](#) — Procédure et continuité
- [R3] [INAMI — Formulaires pour les maisons médicales](#) — Formulaire de demande et annexe 4
- [R4] [SPF Santé publique — Médecin généraliste](#) — Diplôme, visa, Ordre et agrément
- [R5] [Ordre des médecins — Contrats et collaboration professionnelle](#) — Indépendance, liberté thérapeutique, continuité, responsabilité et assurance
- [R6] [Ordre des médecins — Article 8 du Code de déontologie médicale](#) — Qualité, sécurité, continuité, dignité et intimité
- [R7] [SPF Emploi — Bien-être au travail](#) — Cadre général de prévention
- [R8] [SPF Emploi — Risques psychosociaux au travail](#) — Obligation de prévention
- [R9] [SPF Emploi — Surveillance de la santé des travailleurs](#) — Fonctions à risque et rôle du médecin du travail
- [R10] [SPF Emploi — Conventions collectives de travail](#) — Importance des CCT et nécessité de déterminer le ressort
- [R11] [Autorité de protection des données — Données relatives à la santé](#) — Protection renforcée des données
- [R12] [Autorité de protection des données — Vie privée sur le lieu de travail](#) — Limites d'accès de l'employeur aux données médicales du travailleur
- [R13] [Ordre des médecins — Règles déontologiques applicables à la télémédecine](#) — Identité, consentement et relation de soins
- [R14] [Plate-forme eHealth — Professionnels de la santé](#) — Services et environnement eHealth
- [R15] [SPF Santé publique — Les droits du patient](#) — Qualité, libre choix, information, consentement, dossier, vie privée et médiation
- [R16] [INAMI — Jurisprudence relative aux maisons médicales](#) — Application des règles de facturation et du forfait

Documents internes du PSB

8. PSB_Cadre_Innovation_Accord_Forfaitaire_INAMI_v2.docx.
9. PSB_Document_Maitre_Accord_Forfaitaire_INAMI_v1_1.docx.
10. Cadre d'innovation du Pôle Santé Bonaparte.docx.

Référentiels internationaux de conception organisationnelle

11. URAC, Patient Centered Medical Home v4.0 — standards-at-a-glance : formation du personnel, accès, coordination, suivi des références, prévention et amélioration des performances.
12. URAC, Measurement-Based Health Care Designation v1.0 — autoévaluation fondée sur les données, mesure de la sévérité, traitement vers la cible et amélioration de la qualité.
13. URAC, Remote Patient Monitoring International Accreditation v1.0 — credentialing, consentement, escalade, continuité, éducation, confidentialité et gestion des risques.
14. URAC, Telehealth International Accreditation v2.0 — capacité, accords écrits, formation, identification, consentement, triage, dossier et évaluation.

Portée — Ces référentiels internationaux inspirent l'organisation interne du PSB. Ils ne remplacent ni la réglementation belge ni une accréditation formelle et ne doivent pas être présentés comme telle.

Validation institutionnelle

La version approuvée entre en vigueur à la date indiquée ci-dessous. Toute modification substantielle du statut, de l'organisation du forfait, de la continuité, de la rémunération ou des responsabilités cliniques entraîne une nouvelle validation.

Partie	Validation
Présidence ou délégation du CA	Nom : _____ Date : ____ / ____ / ____ Signature : _____
Direction de l'ASBL	Nom : _____ Date : ____ / ____ / ____ Signature : _____
Responsable médical	Nom : _____ Date : ____ / ____ / ____ Signature : _____
Fonction RH	Nom : _____ Date : ____ / ____ / ____ Signature : _____
Conseil juridique/social	Nom : _____ Date : ____ / ____ / ____ Signature : _____