

**Endocrino-Diabétologie**

Secrétariat : 010/437 742  
Fax : 010/437 742

Dr J-F VANDERIJST  
Tél : 010/437 486  
jean-francois.vanderijst@cspo.be

Dr V. COL  
Tél : 010/437 797  
vincent.col@cspo.be

Dr A. COLSON  
Tél : 010/437 778  
anne.colson@cspo.be

Dr A. LEFEBVRE  
Tél : 010/437 224  
aurelie.lefebvre@cspo.be

**Médecine interne**

Secrétariat : 010/437 742  
Fax : 010/437 742

Dr J-C. MAROT  
Médecine Interne –  
Maladie Infectieuses et Tropicales  
Tél : 010/437 657  
jean-christophe.marot@cspo.be

Dr G. WIEËRS  
Médecine Interne –  
Pathologies Immunitaires  
Tél : 010/437 493  
gregoire.wieers@cspo.be

**Gériatrie**

Secrétariat : 010/437 742  
Fax : 010/437 742

Dr C. LUYX  
Médecine Gériatrique  
Tél : 010/437 756  
catherine.luyx@cspo.be

Dr M. VANDERHOFSTADT  
Médecine Gériatrique  
Tél : 010/437 494  
maud.vanderhofstadt@cspo.be

Dr A. GEMINE  
Praticien Hospitalier  
Tél : 010/437 110  
audrey.gemine@cspo.be

Dr S. VANHAELEN  
Praticien Hospitalier  
Tél : 010/437 616  
sarah.vanhaelen@cspo.be

**Hospitalisation : Contacts**

**Médecine interne**

Dr JC Marot

Tél : 010/437 657

Dr G. Wieërs

Tél : 010/437 493

**Endocrinologie**

Dr V. Col

Tél : 010/437 797

Dr A. Lefebvre

Tél : 010/437 224

Dr JF Vanderijst

Tél : 010/437 486

**Gériatrie**

Dr C. Luyx

Tél : 010/437 756

Dr M. Vanderhofstadt

Tél : 010/437 494

Consultations : Rendez-vous  
Ottignies Tél : 010 437 370  
Wavre Tél : 010 232 910  
Jodoigne Tél : 010 812 193  
Polyclinique Louvain-La-Neuve  
Tél : 010/23 25 70

Hôpital de jour gériatrique  
Tél : 010/437 738

Dossier médical informatisé

Av. Reine Fabiola, 9  
1340 Ottignies  
Louvain-la-Neuve  
Tél. : 010 437 211



**Convention en matière d'Autogestion de patients atteints  
de diabète sucré  
Information destinée aux patients et aux médecins généralistes  
Clinique Saint Pierre  
1340 Ottignies**

Nous vous conseillons de lire attentivement le texte détaillé disponible par le lien :  
[http://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/convention\\_diabete\\_autoregulation.pdf](http://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/convention_diabete_autoregulation.pdf)  
Un exemplaire-papier de ce texte peut vous être remis sur demande.

Le présent document en reprend certains points particuliers, mais en aucun cas, il ne remplace ni ne modifie les dispositions de la convention reprise dans le texte détaillé.

Les patients diabétiques adultes (à partir de 16 ans ; une autre convention existe pour les enfants et adolescents) peuvent suivre un programme de soins multidisciplinaires, mis en place par des centres spécialisés. L'assurance soins de santé (via la mutualité) peut intervenir financièrement dans ce programme.

**Bénéficiaires de la convention (article 4) (tous les patients doivent disposer d'un Dossier Médical Global (DMG) ou être inscrit dans une Maison Médicale)**

**Groupe A.**

1. Les patients qui souffrent de **diabète de type 1** et les **patients avec une perte totale de la fonction endocrine du pancréas** (par exemple après une pancréatectomie totale). Tous ces patients ont besoin, pour l'autogestion de leur diabète, d'une insulinothérapie complexe (traitement au moyen d'une pompe à insuline ou de schémas de traitement complexes) ;
2. Les **patients souffrant de diabète de type 1 qui n'ont temporairement pas ou moins besoin d'insulinothérapie complexe** (phase "honey-moon").

**Groupe B.**

1. Les diabétiques qui souffrent de **diabète de type 2 ou d'autres formes de diabète** et qui ont besoin, pour l'autogestion de leur diabète, d'un traitement complexe au moyen d'antidiabétiques injectables (**3 ou plus injections d'insuline et/ou autres antidiabétiques injectables par nycthémère ainsi que les diabétiques avec 2 injections de tels produits par nycthémère dans le cas où ces injections sont complétées – pour certains jours – avec une injection complémentaire d'un Antidiabétique dont le fonctionnement couvre plusieurs nycthémères**)
2. Les **femmes qui présentent un diabète de grossesse traitées avec de l'insuline**
3. Les **diabétiques après une transplantation d'organe ou traités au moyen d'une dialyse rénale, s'ils sont traités avec de l'insuline.**

**Groupe C.**

1. Les diabétiques traités avec **2 injections d'insuline ou plus et/ou avec d'autres antidiabétiques injectables par nycthémère** ainsi que les diabétiques traités avec **1 injection de tels produits par nycthémère, dans le cas où cette injection est complétée - pour certains jours - par une injection complémentaire d'un antidiabétique dont le fonctionnement couvre plusieurs nycthémères.** Ces diabétiques présentent **en sus une multimorbidité** qui se caractérise par l'apparition d'une situation médicale grave à côté du diabète, par exemple une affection oncologique, une BPCO avec des corticoïdes changeant fréquemment, un nouveau diagnostic de diabète après un infarctus aigu du myocarde (IAM), un AVC. Ces



bénéficiaires n'entrent en ligne de compte que pour une prise en charge temporaire par l'établissement, **généralement pas plus de 6 mois, et qu'après une concertation préalable entre le médecin généraliste et le médecin de l'établissement au sujet de cette prise en charge temporaire dans le cadre de la présente convention.** L'établissement doit faire mention de ce qui a été convenu avec le médecin généraliste dans le dossier d'éducation individuel du bénéficiaire

2. Les patients qui répondent à une des situations suivantes:
  - les **diabétiques après une transplantation d'organe ou traités au moyen d'une dialyse rénale, s'ils ne sont pas traités avec de l'insuline ;**
  - les patients présentant **des hypoglycémies organiques** (insulinome, glycogénose, nésioblastose) ;
  - les femmes qui présentent **un diabète de grossesse, traitées sans insuline;**
  - les **femmes diabétiques sans insulinothérapie qui souhaitent être enceintes.**

### **Programmes de soins multidisciplinaires à l'autogestion**

Le programme de soins multidisciplinaire mis en place par l'équipe de diabétologie doit obligatoirement contenir chacun des volets suivants:

- s'assurer que les **examens médicaux préventifs annuels nécessaires des complications** dues au diabète sont effectués
  - examen annuel du fond de l'oeil par un ophtalmologue ;
  - contrôle annuel de la fonction rénale avec recherche de la micro-albuminurie ;
  - dépistage annuel de neuropathie périphérique ;
  - examen clinique annuel des pieds.

Si pour des patients qui présentent des limitations physiques ou psychiques, il n'est pas faisable ou nécessaire de réaliser certains examens, il convient de le mentionner et le motiver dans le dossier d'éducation du patient.

- politique de **prévention cardiovasculaire menée par les médecins traitants**, dont le médecin généraliste ; avec une attention particulière au poids, à la tension artérielle, aux lipides et au tabagisme ;
- **éducation au diabète en ce compris l'éducation concernant l'alimentation et l'activité physique ;**
- **délivrance du matériel et éducation sur l'utilisation de ce matériel ;**
- **suivi et adaptation de l'insulinothérapie et de la thérapie avec d'autres antidiabétiques ;**
- **collaboration avec le médecin généraliste**

Au moins une fois par an, un **plan de traitement** est établi, qui contient les éléments suivants et qui est actualisé lorsque la stratégie change (au moins annuel):

- les objectifs de traitement personnels** du bénéficiaire dont obligatoirement le taux à atteindre d'**HbA1c** et le **poids idéal** ;
- des conseils spécialisés sur le moyen d'atteindre ces objectifs ;
- quand les mesures médicales préventives sont indiquées et qui se charge de leur exécution ;**
- qui veille aux divers aspects de l'administration d'insuline et de l'autogestion, si le bénéficiaire ne peut veiller lui-même à ceux-ci à cause de limitations physiques ou psychiques.**

Il est attendu **du médecin généraliste** qu'il fournisse un **feed-back** à l'équipe de diabétologie sur l'évolution de l'état du bénéficiaire et dans quelle mesure le bénéficiaire respecte le plan de traitement

**Pour pouvoir mener un programme de soins multidisciplinaire, chaque bénéficiaire doit:**

- être examiné au moins une fois par an par le médecin responsable de l'établissement ou par un autre endocrino-diabétologue de l'établissement**
- ainsi qu'au moins deux fois par an avoir contact dans l'établissement avec un éducateur en diabétologie (infirmier d'éducation ou diététicien) de l'équipe de diabétologie**



### Surveillance de la glycémie

Les bénéficiaires peuvent pour déterminer leur glycémie et en concertation avec l'équipe de diabétologie, opter

**soit pour une piqûre au doigt  
soit pour la mesure par capteur.**

### Dotation en matériel

#### Piqûre au doigt

##### **Groupes A et B**

L'établissement s'engage à fournir aux bénéficiaires du groupe **A (moyenne 140 mesures)** ou **B (moyenne 120 mesures)** qui déterminent leur glycémie via le test de piqûre au doigt tout le matériel nécessaire à l'exécution du nombre de mesures de glycémie qui lui est prescrit (après concertation avec lui) par l'endocrino diabétologue

**1 lancette pour jour**

**au moins 90 tiges de glycémie sur une base mensuelle**

**à l'exception des patients des groupes A 2 (« honey-moon fase ») et B 2 (femmes qui présentent un diabète de grossesse traitées avec de l'insuline) pour lesquels moins de tiges de glycémie peuvent être délivrées dans le cas où ces patients doivent effectuer moins de 90 mesures par mois.**

##### **Groupe C**

L'établissement n'est en aucun cas tenu de fournir plus **de 25 tiges de glycémie et/ou plus de 10 lancettes sur une base mensuelle.**

#### Mesure par capteur

L'établissement fournit à chaque fois un certain nombre de capteurs nécessaires pour pouvoir exécuter les mesures pendant **maximum 8 mois**

Aux bénéficiaires qui optent pour mesurer leur glycémie via la mesure par **capteur**, l'établissement fournit également le matériel requis afin de pouvoir déterminer leur glycémie via le test de piqûre au doigt dans les cas où cela serait indiqué pour des raisons médicales ou pratiques. Il est parti du principe que les bénéficiaires du **groupe A** qui appliquent la mesure par capteur doivent exécuter en moyenne par mois encore **25 mesures de la glycémie via le test de piqûre au doigt et nécessitent 10 lancettes** à cet effet. Pour les bénéficiaires des **groupes B et C, cette moyenne est inférieure.**

Pour la fourniture du matériel nécessaire, l'établissement **est censé tenir compte des mesures de la glycémie prescrites pour la période écoulée mais non effectuées.** Dès lors, pour déterminer la quantité de matériel à fournir pour la période future - en fonction de la méthode de mesure pour laquelle le bénéficiaire opte - l'établissement peut déduire, du nombre de lancettes, tiges ou capteurs qu'il doit fournir pour la prochaine période, le nombre de lancettes et de tiges ou le nombre de capteurs non utilisés par le bénéficiaire pour les mesures de sa glycémie dans la précédente période pour laquelle l'établissement a fourni du matériel pour les mesures.

Les coûts du matériel supplémentaire (tiges de glycémie, lancettes, capteurs) dont ont besoin les bénéficiaires parce qu'ils effectuent de leur propre initiative davantage de mesures de leur glycémie via le test de piqûre au doigt ou parce que les capteurs ont été perdus précocement, sont à charge des bénéficiaires.

Seuls pour les bénéficiaires du **groupe A** qui optent, pour déterminer leur glycémie, pour la mesure par capteur, le coût du matériel dont ils ont besoin est **couvert**



Les bénéficiaires des **groupes B ou C** qui souhaitent déterminer leur glycémie via la mesure par **capteur** peuvent **acheter le matériel à cet effet dans l'établissement** :

L'établissement peut attester **un supplément de 2,52 € pour chaque jour pour lequel il a fourni du matériel à un bénéficiaire du groupe B pour la mesure par capteur.**

L'établissement peut attester **un supplément de 3,49 € pour chaque jour pour lequel il a fourni du matériel à un bénéficiaire du groupe C pour la mesure par capteur.**



### **La prescription du programme individuel de soins multidisciplinaire**

Le bénéficiaire auquel est prescrit un des programmes de soins multidisciplinaire introduit une **demande d'intervention auprès du médecin-conseil de son organisme** assureur, au moyen **du formulaire** spécifique où est acté son engagement à suivre le programme de soins multidisciplinaire prescrit.

**Il est rappelé au patient, avant signature, à l'occasion de la remise de ce document écrit, le fonctionnement de la convention et l'importance de l'investissement personnel du bénéficiaire, ainsi que l'importance réelle de la collaboration entre les différents intervenants dans le traitement de sa maladie, en premier lieu le médecin généraliste, mais aussi le pharmacien et - dans le cas où le bénéficiaire introduit lui-même la demande d'intervention - les conséquences d'une introduction tardive de la demande d'intervention. A la Clinique Saint-Pierre, les demandes d'intervention sont signées par le patient après information détaillée et envoyée aux organismes assureurs par notre secrétariat.**

**Le remboursement pour le programme individuel pour lequel le médecin-conseil de l'organisme assureur s'est prononcé favorablement prend fin :**

-dès que le **bénéficiaire est pris en charge** dans le cadre d'une convention en matière d'autogestion du diabète sucré conclue avec un **autre établissement hospitalier** ou **dans le cadre de la convention en matière d'autogestion du diabète sucré chez les enfants et les adolescents. Il appartient au bénéficiaire de notifier en temps utile sa décision à l'établissement**, en règle général avant que l'établissement fournisse au bénéficiaire le matériel nécessaire pour l'autogestion pour une certaine période. Dans le cas où des prestations ont été indûment portées en compte par l'établissement suite à une notification tardive ou défailante de ladite décision par le bénéficiaire, ce dernier doit alors rembourser lui-même ces prestations à l'établissement.

Afin d'éviter et/ou de limiter un maximum de problèmes en la matière au bénéficiaire, **le médecin-conseil avertira l'établissement si un bénéficiaire – pour lequel un accord pour la prise en charge dans l'établissement est encore en cours ou pour lequel l'accord est arrivé à échéance depuis 2 mois maximum – introduit une demande de prise en charge pour un programme de soins multidisciplinaire dans un autre service hospitalier conventionné. L'organisme assureur et son médecin-conseil ne peuvent toutefois pas être tenus responsables si des prestations prévues dans la présente convention ne sont pas remboursées (pour un bénéficiaire déterminé), si le médecin-conseil a oublié d'avertir l'établissement qu'un bénéficiaire a introduit une demande de prise en charge dans un autre service hospitalier.**

**Lorsque l'établissement décide de ne plus prendre en charge un bénéficiaire. Cette décision doit être notifiée à l'intéressé au moins un mois avant la fin de la période pour laquelle l'établissement a fourni à l'intéressé le matériel nécessaire pour l'autogestion.**

**Convention et Trajets de soins (information destinée essentiellement aux médecins généralistes)**

Les bénéficiaires visés dans le présent article sont **les patients souffrant d'un diabète de type II qui ont conclu un « contrat trajet de soins » ou qui ont l'intention de signer un tel contrat**

**Les bénéficiaires qui ont conclu un contrat trajet de soins qui est encore valable ne font pas partie des bénéficiaires de la présente convention** (sauf s'ils répondent à temps aux conditions mentionnées à l'article 4 et que le médecin-conseil marque son accord sur un programme de soins multidisciplinaire pour ces patients pour lesquels leur droit au remboursement de l'éducation en diabétologie ou du matériel d'autogestion expire dans le cadre de la réglementation relative aux contrats trajets de soins conformément à l'article 31).

Cependant, dans les cas mentionnés ci-après et sur base des conditions y afférentes, **des prestations spécifiques à ces patients ayant conclu un contrat trajet de soins ou ayant l'intention de signer un tel contrat peuvent être dispensées dans le cadre de la présente convention**. Ces prestations sont les suivantes :

***1° Prestation d'éducation ambulatoire des patients avec un contrat trajet de soins diabète dispensée par l'équipe d'éducateurs d'un établissement conventionné à la demande du médecin généraliste***

Cette prestation vise **les bénéficiaires qui ont conclu un contrat trajet de soins qui est encore valable, qui ont besoin d'une éducation spécifique relative à l'autogestion de leur diabète et pour lesquels le médecin généraliste, pour la dispense de cette éducation, souhaite faire appel à l'équipe d'éducateurs dans le cadre de la présente convention et ce, soit en raison de la situation médicale complexe dans laquelle le bénéficiaire se trouve soit parce que l'offre de soins des éducateurs de première ligne est insuffisante. La prestation démarre à partir du jour où l'éducation à l'autogestion a effectivement débuté (éducation par l'équipe de diabétologie multidisciplinaire) et lorsque toutes les conditions supplémentaires suivantes sont respectées :**

- **la prestation est prescrite par le médecin généraliste qui a conclu le contrat trajet de soins avec le bénéficiaire concerné en concertation avec le médecin spécialiste qui a signé le contrat trajet de soins.** Le médecin spécialiste qui a signé le contrat trajet de soins, ne doit pas forcément être actif au sein de l'hôpital qui offre cette éducation ambulatoire. **La prescription du médecin généraliste couvre une période de 12 mois d'éducation et doit clairement mentionner qu'il s'agit d'une prescription d'éducation ambulatoire dispensée par un établissement conventionné ; à la fin de chaque période de 12 mois, le médecin généraliste peut rédiger une nouvelle prescription pour une période supplémentaire de 12 mois d'éducation ambulatoire dispensée par un établissement conventionné;**
- cette prestation **ne couvre que la dispense relative à l'éducation;** le matériel d'autogestion étant délivré en dehors de la présente convention, dans le cadre de la réglementation en matière des trajets de soins et selon les modalités y afférentes ;
- pendant la période de 12 mois couverte par la prescription, le patient ne bénéficie pas de prestation d'éducation qui sont effectuées en dehors du cadre de la présente convention par un infirmier qui a un numéro spécifique d'enregistrement en tant qu'éducateur en diabétologie ou par un autre dispensateur de soins agréé en tant qu'éducateur en diabétologie dans le cadre de la nomenclature de rééducation fonctionnelle.

**En ce qui concerne les bénéficiaires qui bénéficient de cette prestation, une distinction peut être opérée entre :**

- d'une part, **les nouveaux patients qui démarrent avec l'autogestion** et qui n'ont jamais été pris en charge antérieurement dans le cadre de la convention d'autogestion

et qui n'ont jamais bénéficié de prestation d'éducation dispensée (en dehors du cadre de la convention) par un infirmier ayant un numéro d'enregistrement spécifique en tant qu'éducateur en diabétologie ou par un autre dispensateur de soins qui est reconnu comme éducateur en diabétologie dans le cadre de la nomenclature des prestations de rééducation. Pour ces nouveaux patients, **un forfait annuel majoré peut être porté en compte**. Un même patient peut seulement entrer en ligne de compte une seule fois pour le forfait annuel majoré ;

- d'autre part, **les autres patients** : pour ces patients, **le forfait annuel ordinaire peut être porté en compte**.

**Les deux forfaits annuels couvrent l'éducation dispensée par l'équipe d'éducateurs de l'établissement pendant une période de 12 mois à partir du commencement de l'éducation.** Les périodes pendant lesquelles de tels forfaits annuels sont portés en compte ne peuvent jamais se chevaucher l'une l'autre. Etant donné que la prescription du médecin généraliste pour cette forme d'éducation couvre aussi une période de 12 mois, seul un forfait annuel peut être porté en compte sur base de chaque prescription du médecin généraliste.

**Le forfait annuel peut être porté en compte dès le moment où 3 mois de la période prévue de 12 mois sont écoulés.** Même si un patient, au cours des 12 mois, que le forfait annuel rembourse, viendrait à être pris en charge dans le groupe A, B ou C de la convention ou si un patient viendrait à décéder, le forfait annuel est dû dans le cas où 3 mois de la période prévue de 12 mois sont déjà écoulés. A partir du jour où le programme de soins multidisciplinaire a débuté pour les groupes A, B ou C, le forfait des groupes A, B ou C peut, pour ces patients, être porté en compte, à condition que toutes les conditions y afférentes dans la présente convention soient respectées.

***2° Programme d'autogestion lors d'une hospitalisation des patients sans trajet de soins existant qui ont l'intention de conclure un contrat trajet de soins après leur sortie de l'hôpital***

Ce programme vise **les bénéficiaires qui sont hospitalisés dans l'établissement hospitalier** ayant conclu la présente convention en raison de la situation aiguë dans laquelle ils se trouvent, qui n'ont jamais suivi antérieurement (dans ou en dehors du cadre de la présente convention) un programme d'autogestion, qui, **pendant leur hospitalisation, entament pour la première fois un programme d'autogestion de leur diabète**, qui (à la fin de leur hospitalisation) **répondent aux critères d'inclusion des trajets de soins, et qui ont l'intention de conclure, après leur hospitalisation, un contrat trajet de soins avec leur médecin généraliste et un endocrino diabétologue**

Si l'établissement dispense l'éducation nécessaire à ces patients pendant leur hospitalisation pour commencer l'autogestion, **un forfait de matériel peut être remboursé pour ces patients**. Le forfait matériel couvre tout le matériel qui est nécessaire au patient afin de déterminer sa glycémie via le test de piqûre au doigt et contient entre autre **un glucomètre et un porte lancette, 150 tiges pour la mesure de la glycémie et 100 lancettes**. Ce forfait matériel couvre la première période de 6 mois durant laquelle le patient réalise son autogestion. Dans le rapport par le biais duquel le médecin généraliste est informé du déroulement de l'hospitalisation, l'établissement informera entre autre le médecin généraliste qu'un glucomètre a été mis à disposition du patient et l'établissement communiquera aussi la date de fin de la période de 6 mois durant laquelle des tiges de glycémie ont déjà été données au patient concerné. Si le patient, après son hospitalisation, conclut un contrat trajet de soins, les tiges de glycémie et les lancettes prescrites par le médecin généraliste (dans le cadre des trajets de soins) sont censées être utilisées pour la période de 6 mois qui suit la période couverte par le forfait matériel.

Si le forfait matériel est porté en compte pour un patient, d'autres prestations remboursables dans le cadre de la présente convention ne peuvent jamais être réalisées pour ce patient durant la période de 6 mois couverte par le forfait matériel à l'exception du forfait relatif à l'éducation ambulatoire d'un patient avec un contrat trajet de soins qui peut être porté en compte si les conditions de remboursement de cette prestation sont respectées. **Le forfait matériel peut être porté en compte à partir de la fin de la période d'hospitalisation.**



Les demandes d'intervention doivent contenir, outre la déclaration du patient, également la prescription du médecin généraliste  
En annexe à la présente convention figure un formulaire

Le remboursement de la prestation visée dans l'article 25, § 2, 1°, prend fin lorsque le contrat trajet de soins arrive à échéance, même si le médecin conseil a donné son accord sur la prise en charge de cette prestation jusqu'à une date ultérieure.

**Les obligations conventionnelles suivantes sont également à respecter pour ces patients :**

- **Dossier individuel d'éducation**
- **Accessibilité – Disponibilité**

L'établissement s'engage à organiser l'éducation, dispensée aux patients avec un contrat trajet de soins qui bénéficient au sein de l'établissement d'une éducation, afin que ces patients bénéficient d'assez d'heures d'éducation pour pouvoir entrer en ligne de compte pour le remboursement du matériel d'autogestion en dehors du cadre de la convention (cf. réglementation spécifique en ce qui concerne le remboursement du matériel d'autogestion pour les patients trajet de soins).

**L'établissement envoie au moins après le déroulement de chaque programme d'éducation pour un patient avec un contrat trajet de soins, un rapport au sujet de l'éducation au médecin généraliste.**

**En ce qui concerne la prestation d'éducation ambulatoire, ce rapport doit être envoyé au médecin généraliste au plus tard à la fin de chaque période de 12 mois pour laquelle un forfait annuel peut être porté en compte.** Si le patient, en vertu de la réglementation spécifique concernant le remboursement du matériel d'autogestion pour les patients trajet de soins, doit obligatoirement suivre de l'éducation pour continuer à entrer en ligne de compte pour le remboursement du matériel d'autogestion, il est toutefois nécessaire qu'après quelques mois d'éducation, un rapport soit envoyé au médecin généraliste afin que ce dernier puisse, sur base de ce rapport, continuer à prescrire du matériel d'autogestion pour le patient. **Dans le rapport, l'établissement doit entre autre confirmer que le nombre d'heures d'éducation qui ont été dispensées au patient répond aux conditions de la réglementation relative au remboursement du matériel d'autogestion (cf. la réglementation spécifique concernant le remboursement du matériel d'autogestion pour les patients trajets de soins, en dehors du cadre de la présente convention).**

Si un bénéficiaire, avant une prise en charge dans le cadre de la présente convention (pour réaliser un programme de soins multidisciplinaire du groupe B ou C), a conclu un contrat trajet de soins, le droit au remboursement de l'éducation en diabétologie ou du matériel d'autogestion dans le cadre de la réglementation concernant les contrats trajets de soins, pour ces patients, tombe à partir de la date de début de la période accordée conformément à l'article 13 § 1er et ce, conformément à la réglementation spécifique relative au remboursement du matériel d'autogestion pour les patients en trajet de soins en dehors du cadre de la présente convention.



**Organisation de la Consultation de diabétologie à la Clinique Saint-Pierre**

**Prise des Rendez-vous :**

Clinique Saint Pierre :	☎ 010 437 370 (8h à 18h)
Centre Médical de Wavre :	☎ 010 232 910
Centre Médical de Jodoigne :	☎ 010 812 193
Polyclinique de Louvain La Neuve :	☎ 010 232 570

**Equipe :**

**Médecins :**

Dr Vincent Col	<a href="mailto:vincent.col@cspo.be">vincent.col@cspo.be</a>
Dr Anne Colson	<a href="mailto:anne.colson@cspo.be">anne.colson@cspo.be</a>
Dr Aurélie Lefebvre	<a href="mailto:aurelie.lefebvre@cspo.be">aurelie.lefebvre@cspo.be</a>
Dr Jean-François Vanderijst	<a href="mailto:jean-francois.vanderijst@cspo.be">jean-francois.vanderijst@cspo.be</a>

Infirmières	☎ 010 437 638	<a href="mailto:diabetologie@cspo.be">diabetologie@cspo.be</a>
Mme Geneviève Frognet		
Mme Joëlle Jaspers		
Mme Thérèse Poncelet		
Mme Valérie Vandooren		

Diététiciennes	☎ 010 437 529	<a href="mailto:dietetique.diabetologie@cspo.be">dietetique.diabetologie@cspo.be</a>
Mme Nadine Courtois		
Mme A De Temmerman		

**Secrétaires :**

Mme Valérie Hottlet	☎ 010 437 742	<a href="mailto:valerie.hottlet@cspo.be">valerie.hottlet@cspo.be</a>
Mme Paulette Cuypers	☎ 010 437 348	<a href="mailto:paulette.cuypers@cspo.be">paulette.cuypers@cspo.be</a>
Mme Carine François	☎ 010 437 742	<a href="mailto:carine.francois@cspo.be">carine.francois@cspo.be</a>

**Consultations multidisciplinaires :**

Lieu : étage 0 aile 4 , route 535

Tous les jours ouvrables, sur rendez-vous

Permanence matériel : le mercredi de 16h30 à 18h30

En cas de problème de matériel, en dehors des heures de présence (8h00-16h00) d'un membre de l'équipe de diabétologie, une réserve de matériel est disponible chez les infirmier(ères) au 4<sup>ème</sup> étage aile 4 (route 630)