



## Dossier de Candidature en vue d'une admission

A faire parvenir au Professeur Vincent Dubois - Directeur Médical Général  
[admissions3arbres@epsylon.be](mailto:admissions3arbres@epsylon.be)

DATE DE LA DEMANDE: 21/04/22

DATE de la participation à la séance d'information: 07/04/22

**Toutes les rubriques ci-dessous sont importantes pour examiner au mieux votre candidature, merci de les compléter de la manière la plus complète et précise possible.**

### 1- Renseignements généraux

NOM, PRÉNOM DU (de la) CANDIDAT(e) : Richi Chaïma

Date de naissance : 26/03/86, Lieu de naissance : Bruxelles

Adresse légale actuelle : M.S.P. Site 4 Sanssouci  
 Rue de la Intérne 7/ET01  
 1030 - Schaerbeek

Si cette dernière est une institution, quelle est la dernière adresse privée légale ?

Avenue Marins Lemond 33  
 1070 - Anderlecht

Lieu de vie actuel : Hme est actuellement hospitalisée suite à un abus dont elle a été victime à la résidence des Myrthes où elle était hébergée il y a encore 2 mois.

Téléphone : / GSM : 0426 81 50 94

Adresse e-mail : /

Personne de contact pour le suivi de la candidature (coordonnées du demandeur) :

\* Nom, prénom : Louise Gelinne

\* Adresse : Rue Gheude 21-25  
1070 Anderlecht

\* Téléphone : 0479 98 09 60

\* FAX : .....

\* E-mail : louise.gelinne@idc-ov.org

\* Lien avec le, la candidat.e : travailleuse sociale chez infirmières  
de rue

## **2- Renseignements administratifs et sociaux**

VIGNETTE MUTUELLE

En cas d'absence de vignette, veuillez noter :

- Numéro d'affiliation : 5090812704106953 (Partenariat)
- Code titulaire (XXX/XXX) : .....

État civil : Divorcée

Langue maternelle : français

### **Médecin généraliste**

Nom, prénom : Caroline Colinet

Adresse : Rue Blas, 120  
1000 Bruxelles

N° de téléphone : 0473 49 12 13

Mail : c.colinet@maisonmedicalemondles.be



Psychiatre traitant

Nom, prénom : LE QUÉMENT  
Adresse : CHIRET - Ste Anne - St-Remi  
Boulevard Jules Grandor loan, 66  
1070 - Bruxelles  
N° de téléphone : 02 / 434 35 91 ou 02 / 434 35 93  
Mail : matthieu.lequement@chiret.be  
(à partir du mois d'août 2022)

Assistante sociale extérieure

Nom, prénom : .....  
Adresse : .....  
.....  
N° de téléphone : .....  
Mail : .....

Équipe mobile

Nom : INFIRMIERS DE RUE ASBL  
Adresse : Rue Ghend 21-25/14  
1070 - BRUXELLES  
N° de téléphone : 0470 99 09 60 / 02 265 3300  
Mail : lance.gelinne@ide-sv.org  
Personne de contact : Lance Gelinne

Dentiste traitant

Nom, prénom : .....  
Adresse : .....  
.....  
N° de téléphone : .....  
Mail : .....

Si le, la candidat.e est hospitalisé.e ou réside dans une autre structure psychiatrique, veuillez compléter cet encadré :

Nom de la structure : CHIREC - Site Ste-Anne St-Léon

Psychiatre référent.e : DR. M. LEQUEMENT

Date d'entrée dans le service actuel : 11 / 02 / 2022

Adresse : Boulevard Jules Grains de laan, 66  
1070 Bruxelles

Téléphone : 02 / 434 35 91 - 02 / 434 35 93

Personne(s) de contact (nom, fonction, contact) :

Assistante sociale : Perrine KILAOUY  
02 / 434 39 45  
perrine.kilaouy@chirec.be

#### a) Revenus / Charges

Provenance de vos revenus : (mutuelle, CPAS, SPF...) et montant mensuel perçu :

Provenance du revenu	Montant perçu
MUTUELLE	1452,06 €

*\* Si reconnaissance du SPF, précisez **le nombre de points attribués** correspondant à la perte d'autonomie évaluée :*

(si vous êtes en possession du document du SPF reprenant votre nombre de points, n'hésitez pas à le scanner à le joindre à ce document)

Document Scanné en annexe

*\* Si provenance du CPAS, précisez la commune et les coordonnées de l'assistant.e social.e en charge du dossier :*

Avez-vous un logement indépendant ?

OUI - NON

Êtes-vous propriétaire ?

OUI - NON

Si non, quel est votre loyer actuel ?

Autres charges à spécifier si nécessaire :



b) Statut juridique actuel :

Gérez-vous vous-même vos revenus ?

OUI - NON

Si non veuillez compléter les informations suivantes :

\* Avez-vous un-e administrateur,-trice de biens ?

OUI - NON

Et/ou de la personne ?

OUI - NON

Si oui,

Nom, prénom :

Adresse :

N° de téléphone :

Mail :

FAX :

Qualité (avocat.e, membre de la famille, ...) :

\* Avez-vous une personne de confiance officielle? Si oui :

Nom, prénom :

Adresse :

N° de téléphone :

Mail :

\* Avez-vous un-e médiateur.trice de dettes ? Si oui :

Nom, prénom :

Adresse :

N° de téléphone :

Mail :

\* Êtes vous aidé.e par une autre personne ? Si oui :

Nom, prénom : .....

Adresse : .....

N° de téléphone : .....

Mail : .....

Qualité (ex : membre de la famille, ...) : .....

Existe-t-il une mesure de maintien ?

- OUI
- NON

Si oui, Date de fin de ce maintien : ...../...../.....

Existe-t-il une mesure de défense sociale ?

Avez-vous des antécédents judiciaires ?

Actuellement, êtes-vous encore suivi.e par un.e assistant.e social.e de probation ?

\* Si oui, précisez la Maison de justice compétente et les coordonnées de l'assistant social.e en charge de votre suivi :

c) Autres :

Avez-vous un numéro AWIP ou un numéro PHARE ?

*\* Si oui précisez lequel :*

.....

.....

.....

.....

Êtes-vous déjà en liste d'attente dans une autres structure ? Si oui, laquelle ?

.....

.....

### **3. Renseignements médicaux**

Ces éléments sont très importants pour votre candidature. En cas d'informations incomplètes, nous prenons la liberté de contacter votre psychiatre traitant et/ou votre généraliste ainsi que toutes les personnes préalablement renseignées dans ce questionnaire.

**Merci de joindre à votre candidature :**

- 1) **Un rapport médical récent** comprenant :
  - le diagnostique
  - le parcours psychiatrique (hospitalisations, Hôpitaux de jour, communauté thérapeutique,...)
  - la situation actuelle : plus particulièrement le risque suicidaire et si il existe ou a existé une problématique d'addiction, pouvoir attester d'une expérience prolongée d'abstinence dans la communauté
  - la médication actuelle
  - le comportement général
  - les affections somatiques (antécédents médico-chirurgicaux, les maladies chroniques, les invalidités ou limitations fonctionnelles,...)
- 2) Si vous êtes hospitalisé, un **rapport infirmier avec une échelle de KATZ** (besoins spécifiques, attentions particulières,...) est également à fournir.
- 3) Une **copie de votre carte d'identité**



#### 4. Données personnelles (à remplir de préférence par le, la candidat.e)

En quoi pensez-vous que la MSP puisse vous être utile ? Considérez-vous cette candidature comme :

- Un tremplin
- Une consolidation
- ☒ un lieu de vie résidentiel

Expliquez en quelques phrases votre choix :

- 1) Pour être un peu plus autonome que d'habitude
- 2) J'ai aimé la disposition des chambres → je serai au RDC ce qui est adapté pour moi avec un plus grand niveau d'accessibilité.
- 3) Avancer dans ma vie et mon avenir.

Quelles sont vos attentes par rapport à cette structure ? Quelles sont les aides dont vous auriez besoin ?

- Travailler sur mon autonomie
- M'intégrer mieux dans la vie sociale
- Continuer un suivi psychologique
- Travailler ma mobilité + ergothérapie

Ces données sont confidentielles.  
En vous remerciant de votre collaboration,

**L'équipe de la MSP Trois Arbres**

**Veillez donc joindre obligatoirement à votre candidature :**

1. Un **rapport médical** comprenant :
  - le diagnostique
  - le parcours psychiatrique (hospitalisations, Hôpitaux de jour, communauté thérapeutique,...)
  - la situation actuelle : plus particulièrement le risque suicidaire et si il existe ou a existé une problématique d'addiction, pouvoir attester d'une expérience prolongée d'abstinence dans la communauté
  - la médication actuelle
  - le comportement général
  - les affections somatiques (antécédents médico-chirurgicaux, les maladies chroniques, les invalidités ou limitations fonctionnelles,...)
  - Une feuille de traitement !
2. Si vous êtes hospitalisé, un **rapport infirmier avec une échelle de KATZ** (besoins spécifiques, attentions particulières,...) est également à fournir.
3. Une **copie de votre carte d'identité**
4. Une **attestation de vaccination COVID** (si vaccination en cours : veuillez préciser la date de la 2<sup>ème</sup> dose)



**SPF SECURITE SOCIALE**  
**Personnes handicapées**

tél. : 0800 98 799  
(Lu, Ma, Je, Ve: 8.30h à 12.30h)  
Formulaire de contact:  
[www.handicap.belgium.be](http://www.handicap.belgium.be)



Bruxelles, le 08/04/2021

**ATTESTATION DE RECONNAISSANCE DE HANDICAP**

Nom: **RIAH CHAIMA**  
Adresse: **RUE DE LA LUZERNE 7/ET01, 1030 - SCHAEERBEEK**  
Numéro de registre national: **860926 428 79**

**satisfait, selon la législation relative aux allocations en faveur des personnes handicapées, aux critères suivants :**

Critère	Période de validité
réduction de la capacité de gain à un tiers ou moins de ce qu'une personne valide est en mesure de gagner en exerçant une profession sur le marché général du travail (= 66% de réduction de la capacité de gain)	du 01/09/2020 jusqu'au au 31/12/2025
réduction de l'autonomie de 10 point(s) <ul style="list-style-type: none"><li>- 02 point(s):se déplacer</li><li>- 01 point(s):absorber ou préparer sa nourriture</li><li>- 02 point(s):assurer son hygiène et s'habiller</li><li>- 02 point(s):assurer l'hygiène de son habitat et accomplir des tâches ménagères</li><li>- 02 point(s):être conscient des dangers et être en mesure de les éviter</li><li>- 01 point(s):communiquer et avoir des contacts sociaux</li></ul>	du 01/09/2020 jusqu'au au 31/12/2025

Date de la décision relative à l'évaluation de votre handicap : 07/04/2021

La présente attestation peut être utilisée, pour la période susmentionnée, en vue de l'obtention :

- d'une carte de stationnement
- du tarif téléphonique social

Pour **certaines mesures**, il faut non seulement produire cette attestation, mais aussi remplir d'autres conditions (revenus, âge, situation familiale, ... ).



Attestation délivrée par la Direction générale Personnes handicapées du SPF SECURITE SOCIALE, Direction générale Personnes handicapées, Centre Administratif Botanique, Finance Tower - Boulevard du Jardin Botanique, 50-B150 , 1000 Bruxelles.

Au nom du Ministre,  
par délégation,

M. André Gubbels  
Directeur général





## CHIREC - Site Ste-Anne St-Remi

Boulevard Jules Graindorlaan, 66 – 1070 Bruxelles - Brussel

www.chirec.be

### Service de Psychiatrie

Chef de service

Dr P. LEBLANC

Hospitalisation :

Dr P. LEBLANC

Dr M. LE QUÉMENT

Dr F. NEDELEA

Dr R. VAN WIJNENDAELE

Tel 02 434 35 91

Tel 02 434 35 93

Hôpital de jour:

Le Lieu-Dit / La Pallière

Dr M. COUTURIER

Tel 02 434 35 39

Consultation :

Dr H. DAGRADA

Dr O. DELROEUX

Dr K. LADHA

Dr P. LEBLANC

Dr M. LE QUÉMENT

Dr F. NEDELEA

Dr R. VAN WIJNENDAELE

Tel 02 434 37 65

Secrétariat

Tel 02 434 35 41

**Docteur RYCKMANS PIERRE**

18,R. VANERMEERSCH

1030 SCHAERBEEK

BE

## Rapport d'admission

Je vous prie de trouver le rapport d'hospitalisation de votre patiente, Chaima Riahi qui séjourne dans notre service depuis le 11/02/2022.

### Motif de l'hospitalisation

Angoisse après une agression.

Rapport rédigé avec la patiente.

### Affection actuelle

Adressée par les Infirmiers De Rue. Ils la connaissent environ huit ans. Elle a vécu à ce moment-là pendant 3 ans dans la rue, À la gare du midi.

Elle sort d'un séjour à la Msp Quatre saisons. Elle s'est installée depuis trois semaines un mois aux Myrtes. Il y a environ une semaine, elle a subi une agression sexuelle par un membre du personnel de nuit. Elle a été menacée de mort par son agresseur si elle parlait.

Elle est arrivée par les Urgences où un examen gynécologique a été réalisé.

Première hospitalisation en Psychiatrie il y a environ trois ans pour tentative de suicide.

Elle a quitté la rue il y a environ sept ans et s'est alors installée au Samu Social. C'est là qu'elle a eu un accident grave; elle est tombée dans les escaliers et a perdu l'usage de la marche et de son côté gauche.

### Antécédents médicaux

Elle a habité au Home clair vallon à Louvain-la-Neuve pendant un an pour problème d'obésité.

2004 : anneau gastrique retiré.

2005: Opération de by-pass.

### Examen mental

Bote.

Calme, collaborante.

Angoisse: « Je suis angoissée quand quelqu'un vient me parler et que je ne connais pas. »

Sommeil OK avec traitement.

« J'oublie facilement des choses. »

### Projet thérapeutique







## CHIREC - Site Ste-Anne St-Remi

Boulevard Jules Graindorlaan, 66 – 1070 Bruxelles - Brussel

www.chirec.be

### Service de Psychiatrie

Chef de service

Dr P. LEBLANC

Hospitalisation :

Dr P. LEBLANC

Dr M. LE QUÉMENT

Dr F. NEDELEA

Dr R. VAN WIJNENDAELE

Tel 02 434 35 91

Tel 02 434 35 93

Hôpital de jour:

Le Lieu-Dit / La Palière

Dr M. COUTURIER

Tel 02 434 35 39

Consultation :

Dr H. DAGRADA

Dr O. DELROEUX

Dr K. LADHA

Dr P. LEBLANC

Dr M. LE QUÉMENT

Dr F. NEDELEA

Dr R. VAN WIJNENDAELE

Tel 02 434 37 65

Secrétariat

Tel 02 434 35 41

Prise en charge psychopharmacologique et psychothérapeutique.

En restant à votre disposition pour tout renseignement complémentaire, je vous prie, d'agréer mes salutations distinguées.

**Dr Matthieu LE QUEMENT**

1.89515.23.780

Fait le 11/02/2022



# ECHELLE D'EVALUATION JUSTIFIANT LA DEMANDE D'INTERVENTION DANS UNE INSTITUTION DE SOINS

Identification du bénéficiaire :

Numéro INAMI de l'institution :

NOM - Prénom : **RI A Hi' Ehaïma**

Numéro national :

A. Echelle (ne compléter que la colonne 'nouveau score' en cas de première évaluation)

CRITERE	Ancien Score	Nouveau Score	1	2	3	4
SE LAVER		1	est capable de se laver complètement sans aucune aide	a besoin d'une aide partielle pour se laver au-dessus ou en dessous de la ceinture	a besoin d'une aide partielle pour se laver tant au-dessus qu'en dessous de la ceinture	doit être entièrement aidé pour se laver tant au-dessus qu'en dessous de la ceinture
S'HABILLER		1	est capable de s'habiller et de se déshabiller complètement sans aucune aide	a besoin d'une aide partielle pour s'habiller au-dessus ou en dessous de la ceinture (sans tenir compte des lacets)	a besoin d'une aide partielle pour s'habiller tant au-dessus qu'en dessous de la ceinture	doit être entièrement aidé pour s'habiller tant au-dessus qu'en dessous de la ceinture
TRANSFERT ET DEPLACEMENTS		2	est autonome pour le transfert et se déplace de façon entièrement indépendante, sans auxiliaire(s) mécanique(s), ni aide de tiers	est autonome pour le transfert et ses déplacements moyennant l'utilisation d'auxiliaire(s) mécanique(s) (béquille(s), chaise roulante...)	a absolument besoin de l'aide de tiers pour au moins un des transferts et/ou ses déplacements	est grabataire ou en chaise roulante et dépend entièrement des autres pour se déplacer
AIDE A LA TOILETTE		1	est capable d'aller seul à la toilette, de s'habiller et de s'essuyer	a besoin de l'aide pour un des trois items : se déplacer ou s'habiller ou s'essuyer	a besoin d'aide pour deux des trois items : se déplacer et/ou s'habiller et/ou s'essuyer	doit être entièrement aidé pour les trois items : se déplacer et s'habiller et s'essuyer
CONTINENCE		1	est continent pour les urines et les selles	est accidentellement incontinent pour les urines ou les selles (sonde vésicale ou anus artificiel compris)	est incontinent pour les urines (y compris exercices de miction) ou les selles	est incontinent pour les urines et les selles
MANGER		1	est capable de manger et de boire seul	a besoin d'une aide préalable pour manger ou boire	a besoin d'une aide partielle pendant qu'il mange ou boit	le patient est totalement dépendant pour manger ou boire

CRITERE		1	2	3	4
TEMPS	1	pas de problème	de temps en temps, rarement des problèmes	des problèmes presque chaque jour	totalement désorienté ou impossible à évaluer
ESPACE	1	pas de problème	de temps en temps, rarement des problèmes	des problèmes presque chaque jour	totalement désorienté ou impossible à évaluer

Sur base de l'échelle d'évaluation reprise ci-dessus : - la catégorie O catégorie A catégorie B catégorie C catégorie Cdément est demandée (1).

- un accueil en centre de soins de jour est demandé (1)

B. Raisons qui justifient le changement de catégorie (uniquement en cas d'aggravation) :

Dr Matthieu LE QUÉMENT  
Psychiatrie  
1-89515-23-780 - 02/434.35.41  
CHIREC ASBL - VZW  
Clinique Ste Anne St-Remi Ziekenhuis  
Bd J. Grandgagnon 86 - 1070 Anderlecht  
matthieu.lequement@chirec.be

C. Le Médecin (obligatoire si aggravation moins de 6 mois après changement lors du dernier contrôle) ou le praticien de l'art infirmier :

Nom et numéro Inami ou numéro du médecin (1)	Date :	Signature
Nom de l'infirmier(e) responsable (1)	7.5.10.4.122	
CHIREC ASBL - VZW Clinique Ste Anne St-Remi Ziekenhuis Bd J. Grandgagnon 86 - 1070 Anderlecht matthieu.lequement@chirec.be		

(1) Biffer la mention inutile.



