LIVRE BLANC · QUALITÉ DES SOINS

Prêt pour l'inspection chaque matin, *pas seulement la veille*

Registres, échelles, plan de soins et réunion pluridisciplinaire : comment WideCare transforme le travail quotidien de l'équipe soignante en traces lisibles, datées et signées, prêtes à être montrées à tout moment.

7
registres cliniques : contentions, chutes, incontinences, plaies, infections, procédures, isolements

7
échelles d'évaluation : Katz, Braden, MMSE, MNA, OHAT, douleur (EVA ou DOLOPLUS-2), Tinetti

30 jours
au plus entre deux révisions du plan de soins en MR/MRS belge

7 jours
durée maximale d'une décision de contention, renouvelable après réévaluation

ÉDITORIAL

L'inspection de l'AViQ ne se prépare pas la veille. Ce qu'un inspecteur lit, une contention et sa réévaluation, une chute et ce qui a suivi, un plan de soins révisé à temps, une réunion pluridisciplinaire et ses décisions, se construit chaque jour, au fil des gestes de l'équipe. Le problème n'est presque jamais le soin : c'est la trace. Une évaluation restée en brouillon sur un téléphone, une chute notée dans une observation mais absente du registre, une révision faite autour de la table mais jamais datée. Ce livre blanc montre comment WideCare, conçu pour répondre aux exigences de l'AViQ, de l'INAMI et du RGPD, transforme ces gestes en écrits lisibles, datés et signés : sept registres cliniques, sept échelles d'évaluation, un plan de soins qui sait d'où vient chaque objectif, une réunion qui décide et agit, et une traçabilité qui garde qui a lu quoi. Sans promesse magique : un outil qui aide l'équipe à être prête tous les jours, et à le montrer sereinement.

Pour qui ? Directeurs, infirmiers en chef et responsables administratifs de maisons de repos (MR/MRS) en Wallonie et à Bruxelles.

SOMMAIRE

01 Sept registres qui racontent ce qui s'est passé

02 Des échelles mesurées, confirmées, puis validées

03 Un plan de soins qui sait d'où vient chaque objectif

04 Connaître la personne : anamnèse, diagnostics, directives anticipées

05 La réunion pluridisciplinaire qui décide et qui agit

06 Observations et traçabilité : la preuve se construit en continu

\+ Les questions à poser à votre fournisseur

\+ Questions fréquentes

01 Sept registres qui racontent ce qui s'est passé

Un registre n'est pas une échelle : il consigne des événements, pour un habitant, dans la durée. C'est souvent la première chose qu'un inspecteur demande à voir.

> C'est le renouvellement, pas la reconduction, qui prouve que quelqu'un a regardé à nouveau.

WideCare tient sept registres cliniques : contentions, chutes, incontinences, plaies, infections, procédures invasives et isolements. Chacun suit un thème pour un habitant, de son ouverture à sa clôture, et se rouvre si la situation revient. Chaque entrée porte une fréquence de réévaluation, une semaine par défaut, et la date de la prochaine évaluation se recalcule après chaque passage. L'historique s'additionne : une réévaluation ne remplace jamais la précédente. Une entrée encore active ne peut pas être supprimée, et une entrée qui porte des réévaluations ou un journal ne peut plus l'être du tout : elle fait partie du dossier.

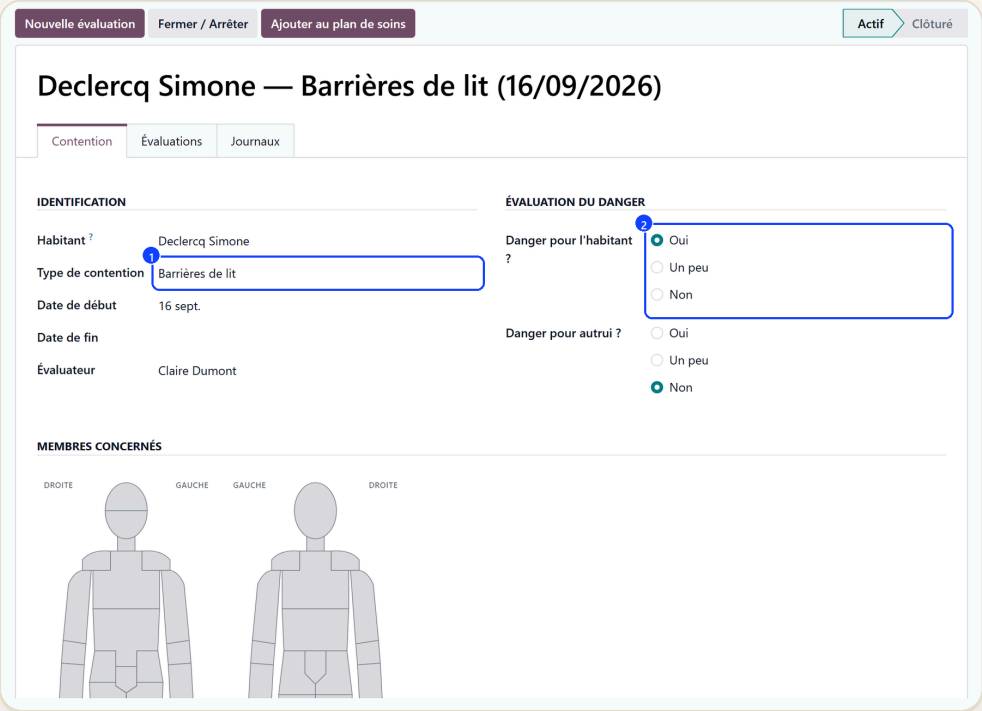


FIG. 1 Une fiche de contention : le type de contention, l'évaluation du danger pour l'habitant et pour autrui, les membres concernés, et les boutons « Nouvelle évaluation » et « Ajouter au plan de soins ».

La contention est le registre le plus sensible, et WideCare le traite comme tel. La fiche réunit le type de contention, les raisons (risque de chute, déambulation, agressivité), l'évaluation du danger pour l'habitant et pour

autrui, les mesures alternatives essayées et leur résultat, le consentement de l'habitant, de son représentant légal ou d'un proche, et le médecin prescripteur. En Belgique, une décision s'enregistre pour sept jours au plus : au-delà, WideCare refuse et invite à la renouveler après réévaluation. Le médecin traitant contresigne d'un bouton ; tant qu'il ne l'a pas fait, la fiche l'indique. Chaque pose et chaque retrait s'inscrivent au journal, avec l'état de la peau et le confort.

- Sept registres : contentions, chutes, incontinences, plaies, infections, procédures invasives et isolements.
- Décision de contention limitée à sept jours en Belgique, contresignée par le médecin traitant d'un clic.
- Journal de pose et de retrait de chaque contention, avec l'état de la peau et le confort de l'habitant.
- Échelle de Morse et déclaration d'incident réunies dans le registre des chutes.
- « Informer la famille » : un courriel préparé depuis la chute, dont la trace reste sur la fiche.
- « Ajouter au plan de soins » sur chaque registre : le registre propose un soin, l'équipe décide.

Pour les chutes, le même registre accueille l'évaluation du risque selon l'échelle de Morse et l'incident lui-même : moment, lieu, circonstances, témoins, gravité de la blessure, premiers gestes et mesures de prévention (chaussures, éclairage, aide à la marche, revue des médicaments). Le bouton « Informer la famille » prépare un courriel aux personnes de contact à partir d'un modèle de la maison ; une fois envoyé, la fiche indique que la famille a été prévenue. Les plaies se décrivent sur une carte du corps, avec le type, le stade, l'exsudat, les tissus et les mesures, et chaque réévaluation peut porter une photo.

POINT DE VIGILANCE

La contention reconduite sans regard

Une contention décidée « pour un mois » est une décision que personne n'a relue pendant quatre semaines. WideCare refuse une durée supérieure à sept jours et demande un renouvellement après réévaluation. En réunion pluridisciplinaire, une contention en place depuis plus d'une semaine sans évaluation, ou sans consentement noté, remonte d'elle-même.

02 Des échelles mesurées, confirmées, puis validées

Sept échelles d'évaluation, un même parcours de validation, et une seule liste pour voir ce qui attend encore une signature.

> Ce qui attend une signature se voit dans une seule liste, pas dans sept.

WideCare propose sept échelles : Katz pour la dépendance, Braden pour le risque d'escarre, MMSE pour la cognition, MNA pour l'état nutritionnel, OHAT pour la santé bucco-dentaire, Tinetti pour l'équilibre et la marche, et une échelle de douleur qui passe de l'EVA, quand l'habitant peut coter sa douleur, au DOLOPLUS-2, quand il ne le peut plus, sans scinder l'historique. L'échelle de Morse, elle, vit dans le registre des chutes. Toutes se remplissent depuis la fiche de l'habitant ou depuis l'application Soins. Une évaluation ne peut être datée ni dans le futur, ni après le décès de l'habitant.

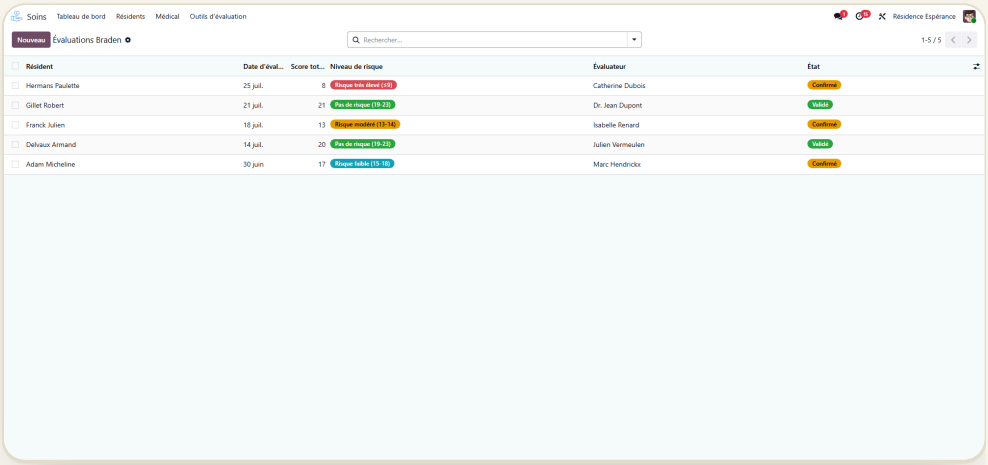


FIG. 2 La liste des évaluations Braden : score total, niveau de risque en couleur, évaluateur et état, confirmé ou validé.

Chaque évaluation suit le même chemin : brouillon, confirmée, validée, ou annulée. Pour Katz, Braden, MMSE, MNA, OHAT et Tinetti, le bouton de validation est réservé à l'infirmier en chef et au médecin ; le Katz doit en outre être signé avant d'être validé. Une évaluation validée est verrouillée : le formulaire passe en lecture seule, et la corriger demande de la remettre en brouillon, ce qui reste tracé. Une évaluation validée ne se supprime pas. Quand elle concerne un habitant qui a un plan de soins en cours, elle s'y cite comme une proposition, et le plan est signalé à revoir.

- Sept échelles : Katz, Braden, MMSE, MNA, OHAT, douleur (EVA ou DOLOPLUS-2) et Tinetti.

- Quatre états : brouillon, confirmée, validée, annulée ; validation réservée à l'infirmier en chef ou au médecin pour six échelles.
- Menu « Évaluations à valider » : toutes les échelles ouvertes, en une seule liste.
- Formulaire verrouillé après validation, suppression refusée.
- Une MNA nouvelle ou modifiée met à jour le suivi de la dénutrition de l'habitant.
- Tableau de bord : compteur des Katz à renouveler et bouton « Katz à compléter ».

Une Braden remplie sur le téléphone après une réunion pouvait rester en brouillon sans que personne au bureau ne la voie. Le menu « Évaluations à valider » réunit, en une seule liste, toutes les évaluations encore en brouillon ou confirmées, quelle que soit l'échelle, pour les habitants présents. Chaque ligne ouvre l'évaluation dans son propre formulaire, là où elle se confirme. Et partout, à la réunion, dans le dossier, sur le document imprimé et dans l'application de terrain, c'est la même dernière mesure qui est lue ; un brouillon compte, mais il est marqué comme tel.

À RETENIR

Une seule dernière mesure par habitant

La réunion, le dossier, le document imprimé et le téléphone lisent la dernière mesure d'une échelle au même endroit. Un habitant ne peut plus afficher deux scores différents selon l'écran consulté, et un brouillon est toujours signalé comme tel.

03 Un plan de soins qui sait d'où vient chaque objectif

Un plan de soins défendable répond à deux questions : pourquoi cet objectif est-il là, et le soin prévu a-t-il vraiment été donné ?

> **Rien ne devient objectif tout seul : l'évaluation propose, l'équipe décide.**

Le plan de soins de WideCare se construit par objectifs : hygiène, mobilité, nutrition, médication, vie sociale, cognition, douleur, peau, élimination, sommeil. Chaque objectif porte ses interventions, sa fréquence, sa date cible, son référent et son évaluation, et se coche « atteint » à une date. Les soins planifiés à partir du plan alimentent la journée de l'équipe, et le plan affiche la part des soins réellement donnés sur la période de révision, ainsi que les soins manqués. Pour ne pas partir d'une page blanche, des modèles par catégorie Katz proposent des objectifs et des soins de départ, que l'équipe ajuste, retire ou complète.

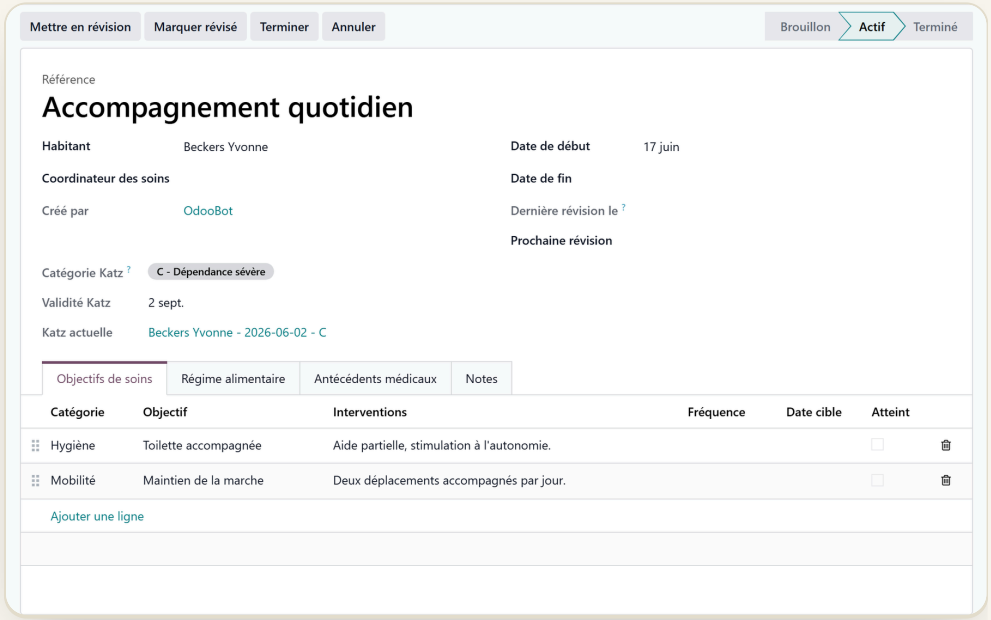


FIG. 3 Un plan de soins actif : l'habitant, sa catégorie Katz et sa validité, et l'onglet Objectifs de soins avec la catégorie, l'objectif, les interventions et la case Atteint.

Le plan sait d'où viennent ses objectifs. Une évaluation validée, Katz compris, s'y cite comme une preuve « proposée » que l'équipe accepte ou écarte : rien ne devient objectif automatiquement. Le résumé de cette preuve est figé le jour de la citation, pour qu'on lise des années plus tard ce que disait le score ce jour-là. De même, un diagnostic posé, résolu, rouvert ou dont la gravité change ajoute une ligne au journal du plan, à considérer par l'équipe. Depuis

chaque registre, un bouton propose un soin à ajouter au plan, en gardant la trace de son origine.

- Objectifs par domaine, avec interventions, fréquence, date cible et référent.
- Part des soins donnés et nombre de soins manqués affichés sur le plan.
- Évaluations validées citées comme preuves à accepter ou à écarter, avec un résumé figé.
- Diagnostics posés, résolus ou regradés signalés au journal du plan.
- Révision au moins tous les 30 jours en MR/MRS, date de révision impossible à repousser.
- Modèles de plan de soins par catégorie Katz, toujours à adapter.

En maison de repos belge, le plan est réévalué au moins tous les trente jours, comme le demande l'arrêté royal du 3 juillet 1996 ; pour un habitant accueilli en centre de jour, la cadence passe à un an, sauf réglage propre à la maison. La date de prochaine révision peut être avancée, jamais repoussée au-delà de la cadence. Chaque révision est un événement conservé : la date, qui a révisé, qui y a pris part et dans quelles disciplines, la décision (confirmé sans changement ou adapté), la conclusion, et un instantané de ce qui a changé sur le plan depuis la révision précédente.

SUR LE TERRAIN

Le lundi de la révision

Lundi matin, l'infirmier en chef ouvre le plan d'un habitant arrivé à échéance. Une Braden validée jeudi y attend, proposée comme preuve : il l'accepte et ajoute un objectif « peau ». La révision enregistre les participants, la décision « adapté » et ce qui a changé depuis le mois dernier. Tout tient sur une page.

04 Connaître la personne : anamnèse, diagnostics, directives anticipées

Avant de soigner, il faut savoir qui l'on accompagne. WideCare rassemble ce savoir sans jamais le faire saisir deux fois.

> **Composer, jamais ressaisir : ce qui existe déjà est montré, pas redemandé.**

L'anamnèse pluridisciplinaire est une prise d'informations datée, une par discipline : soins infirmiers, kinésithérapie, ergothérapie, logopédie. Elle recueille les particularités physiques (lunettes, appareil auditif, prothèse dentaire, stimulateur cardiaque, aides à la marche), les préférences en cas d'hospitalisation et les souhaits de fin de vie. Son principe : composer, jamais ressaisir. Les faits de l'habitant sont enregistrés une seule fois sur sa fiche et modifiés depuis l'anamnèse ; le Katz, les allergies, les prescriptions et les échelles s'ouvrent par des boutons. Une anamnèse terminée fait partie du dossier et ne se supprime pas ; clôturée par erreur, elle se rouvre.

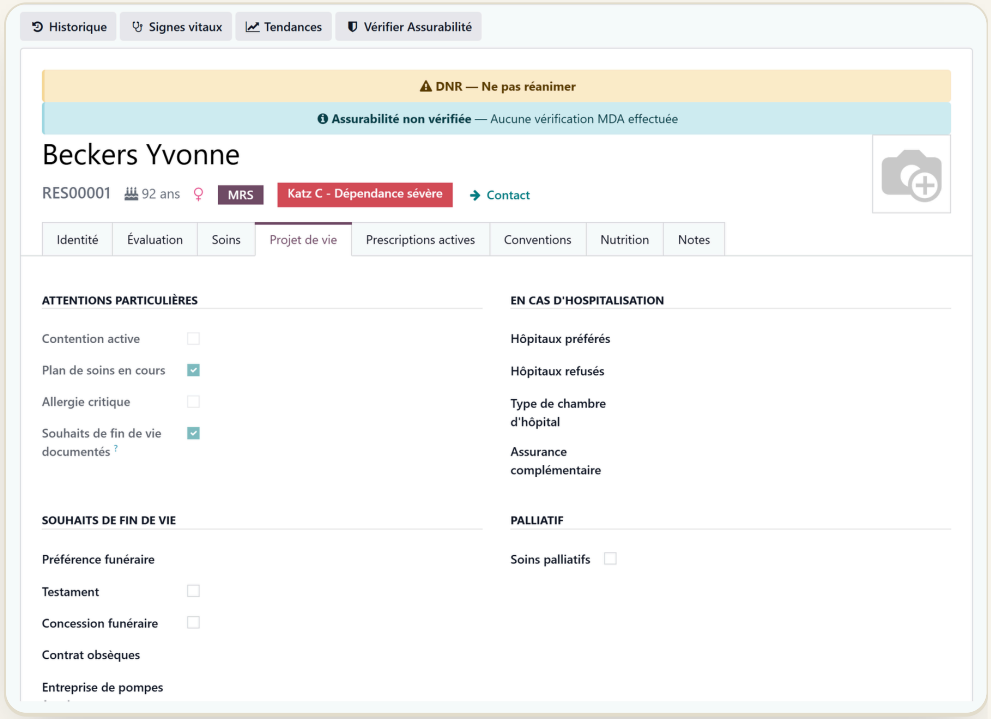


FIG. 4 La fiche d'un habitant, onglet Projet de vie : le bandeau « Ne pas réanimer », les attentions particulières, les souhaits de fin de vie, les préférences d'hospitalisation et le statut palliatif.

Les directives anticipées, l'ordre de ne pas réanimer, les préférences funéraires, le notaire, la religion et le statut palliatif, avec l'accord de l'habitant et de son représentant, sont conservés sur la fiche de l'habitant. L'ordre de ne pas réanimer s'affiche en bandeau en tête de cette fiche, visible dès

l'ouverture. Les hôpitaux préférés ou refusés, le type de chambre souhaité et l'assurance complémentaire figurent dans le dossier de liaison, un document imprimé pour l'hôpital lors d'un transfert. Le tableau de bord compte les habitants sans anamnèse terminée et ceux dont les souhaits de fin de vie restent à documenter.

- Anamnèse par discipline : soins infirmiers, kinésithérapie, ergothérapie, logopédie.
- Faits de l'habitant saisis une seule fois et repris partout.
- Directives anticipées, ordre de ne pas réanimer en bandeau, statut palliatif.
- Dossier de liaison imprimable pour l'hôpital, avec les préférences d'hospitalisation.
- Catalogue de pathologies CIM-10 avec gravité par défaut et habitants concernés.
- Grille Potentia (application à installer) : 7 domaines, 35 situations, reliée au plan de soins.

Les diagnostics s'appuient sur un catalogue de pathologies codé en CIM-10, classé par grandes familles, avec une gravité par défaut et le nombre d'habitants concernés. Le projet de vie a son propre statut, à faire, en cours ou terminé, un référent et une date de relecture avec l'habitant. Pour les maisons qui le souhaitent, l'application Potentia propose la grille d'observation des capacités préservées recommandée par l'AViQ : sept domaines, trente-cinq situations, et pour chacune une alternative qui peut devenir un objectif ou un soin du plan.

POINT DE VIGILANCE

Deux versions de la vérité

Une fiche d'entrée qui redemande les allergies, les traitements et la catégorie de dépendance finit avec deux versions qui divergent, et l'équipe apprend à sauter ces blocs. Dans WideCare, ce qui existe déjà est montré, pas redemandé : corriger le poids dans l'anamnèse le corrige partout.

05 La réunion pluridisciplinaire qui décide et qui agit

La réunion n'est pas un compte rendu de plus : elle lit l'état de chaque habitant, décide, agit, et laisse une trace complète.

> La réunion n'attend pas que quelqu'un se souvienne : ce qui est en retard revient à l'ordre du jour.

Une réunion pluridisciplinaire réunit une date, des participants et des habitants à l'ordre du jour. Pour chacun, WideCare prépare une réévaluation globale avec « Où en est-on » : une liste de points écrite par le logiciel, chacun avec un statut lisible, à jour, à faire, en retard ou jamais fait. On y lit le plan et sa révision, les objectifs, les relectures de dossier en attente, la médication donnée ou non, la douleur, la dernière observation ; puis, en maison de repos, les chutes des 90 derniers jours, le risque d'escarre, l'équilibre, la nutrition et le poids, la continence, les contentions et les plaies ouvertes.

Cette lecture se fait contre une norme : les évaluations dues à l'admission, au moins une fois par an, et après chaque chute ou retour d'hôpital. Un habitant sous pesée mensuelle sans poids depuis plus de 31 jours est signalé, comme une contention en place depuis plus d'une semaine sans évaluation. Chaque point porte le geste qui y répond : nouvelle Tinetti, nouvelle Braden, peser, enregistrer une chute, évaluer ou lever une contention. Ce geste s'ouvre depuis la réunion elle-même, et ce qui a été fait s'inscrit sur la réévaluation. Un point en retard inscrit d'office l'habitant à la réunion suivante.

- « Où en est-on » : une liste de points par habitant, avec statut et geste associé.
- Évaluations attendues à l'admission, chaque année, après une chute ou un retour d'hôpital.
- Demandes au terrain transformées en tâches de soins, closes dès que l'enregistrement est fait.
- Habitant en retard inscrit d'office à la réunion suivante ; habitant non abordé reporté.
- Clôture de la réévaluation : plan marqué révisé, relectures de dossier fermées avec la décision.
- Réunions récurrentes planifiées à l'avance, avec leur référence réglementaire.

Quand le geste ne peut pas se faire autour de la table, la réunion le demande au terrain : une tâche de soins est créée, à planifier, avec le motif de la demande. Le soignant la retrouve dans sa liste ou dans l'application de terrain, et l'évaluation qu'il remplit répond à la demande, où qu'elle soit faite ; si cette réponse est annulée, la demande se rouvre. À la clôture, la décision de l'équipe devient la conclusion des relectures de dossier en attente et le plan est marqué révisé. Un habitant non abordé est reporté. Les réunions récurrentes, comme la réunion hebdomadaire de l'unité adaptée, se planifient seules à l'avance.

SUR LE TERRAIN

Jeudi, réunion de l'unité

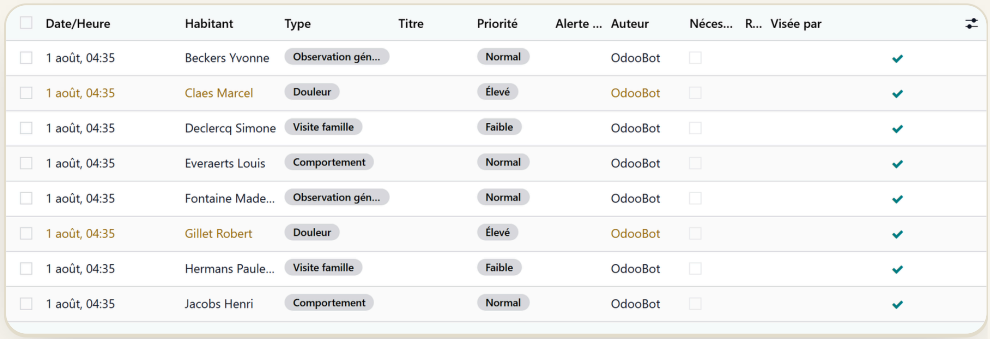
Autour de la table, l'équipe voit que la Tinetti d'un habitant tombé la semaine dernière n'a pas été refaite. Impossible de la faire en réunion : un clic la demande au terrain. Le lendemain, le kinésithérapeute la remplit sur son téléphone ; la demande se ferme seule, et la réunion suivante lit « à jour ».

06 Observations et traçabilité : la preuve se construit en continu

Ce qui n'est pas écrit n'a pas été fait, et ce qui est écrit doit dire qui, quand, et qui l'a lu.

> **Une maison prête la veille a rattrapé des écrits ; une maison prête chaque jour n'a rien à rattraper.**

Les observations se classent en douze catégories : observation générale, signes vitaux, soin de plaie, comportement, continence, douleur, chute, incident, visite de la famille, visite du médecin, transfert, autre. Chacune porte une priorité, un auteur et une heure. Chaque soignant marque « J'ai lu » sur ce qu'il a lu, et sa lecture est datée. Une observation de chute attend « À lire » jusqu'à ce qu'un infirmier en chef l'ait lue. Écrite par un collègue ou clôturée, une observation ne se modifie plus : on la complète dans son fil, ou un responsable la rouvre en indiquant pourquoi.



Date/Heure	Habitant	Type	Titre	Priorité	Alerte ...	Auteur	Néces...	R...	Visée par
1 août, 04:35	Beckers Yvonne	Observation gén...		Normal		OdooBot			✓
1 août, 04:35	Claes Marcel	Douleur		Élevé		OdooBot			✓
1 août, 04:35	Declercq Simone	Visite famille		Faible		OdooBot			✓
1 août, 04:35	Everaerts Louis	Comportement		Normal		OdooBot			✓
1 août, 04:35	Fontaine Made...	Observation gén...		Normal		OdooBot			✓
1 août, 04:35	Gillet Robert	Douleur		Élevé		OdooBot			✓
1 août, 04:35	Hermans Paule...	Visite famille		Faible		OdooBot			✓
1 août, 04:35	Jacobs Henri	Comportement		Normal		OdooBot			✓

FIG. 5 La liste des observations : date et heure, habitant, type, priorité, auteur, et la coche de lecture de chaque note.

Une observation qui décrit une chute ou une plaie ouvre l'entrée du registre d'un seul bouton, préremplie avec ce que la note contient déjà : habitant, moment, lieu, circonstances, blessure, zones sur la carte du corps, photos. La note et le registre restent liés, et ce qui change d'un côté suit de l'autre. Une chute enregistrée demande automatiquement une relecture du dossier de l'habitant, tout comme un retour d'hôpital. Cette relecture est une tâche avec un motif, jamais une case cochée par le logiciel : c'est une personne qui conclut, et sa conclusion est conservée.

- Douze catégories d'observation, avec priorité, auteur et heure.
- « J'ai lu » daté pour chaque soignant ; lecture de l'infirmier en chef exigée pour les chutes.

- Observation verrouillée une fois clôturée, réouverture motivée par un responsable.
- Un bouton de l'observation au registre, prérempli et synchronisé dans les deux sens.
- Journal des accès : lecture, modification, création, suppression, export et impression.
- Dossier médical en PDF : résumé du jour ou dossier complet sur une période choisie.

En arrière-plan, WideCare tient un journal des accès aux données sensibles : lecture, modification, création, suppression, export et impression, avec l'utilisateur, l'heure et l'adresse IP. Les dossiers cliniques suivent une règle de conservation déclarée pour la Belgique plutôt qu'un blocage arbitraire. Le dossier médical s'imprime en deux portées : le résumé de l'état du jour, ou le dossier complet sur une période choisie, avec l'historique des prescriptions et des administrations, les courbes des signes vitaux et les observations. Quand la maison l'active, un employé rattaché à un secteur ne voit que les tâches, observations et plans de ce secteur.

À RETENIR

L'inspection, c'est tous les jours

Les registres se réévaluent à date, les échelles attendent leur validation dans une seule liste, le plan se révise à cadence, la réunion trace ses décisions et le journal garde qui a lu quoi. Le jour où l'inspecteur arrive, il n'y a rien à reconstituer : il suffit d'ouvrir.

GRILLE DE LECTURE

Dix questions à poser à tout fournisseur

Avant de choisir un logiciel, posez ces questions à chaque fournisseur, WideCare compris, et demandez à voir la réponse à l'écran.

01 Le logiciel limite-t-il la durée d'une décision de contention et demande-t-il la contresignature du médecin traitant ?

02 Peut-on voir, en une seule liste, toutes les évaluations en attente de validation, toutes échelles confondues ?

03 Qui peut valider une échelle, et une évaluation validée est-elle réellement verrouillée ?

04 La date de révision du plan de soins peut-elle être repoussée au-delà de la cadence légale ?

05 Une révision du plan garde-t-elle les participants, leurs disciplines, la décision et ce qui a changé ?

06 Le plan de soins montre-t-il d'où vient chaque objectif et si les soins prévus ont été donnés ?

07 Une chute notée dans une observation alimente-t-elle le registre sans double saisie ?

08 La réunion pluridisciplinaire signale-t-elle les évaluations en retard et permet-elle d'agir sans quitter l'écran ?

09 Le logiciel conserve-t-il qui a lu, modifié, imprimé ou exporté un dossier ?

10 Les informations de l'anamnèse sont-elles reprises partout dans le dossier, ou faut-il les ressaisir ?

QUESTIONS FRÉQUENTES

Quelles échelles d'évaluation WideCare propose-t-il ?

Sept : Katz, Braden, MMSE, MNA, OHAT, une échelle de douleur (EVA ou DOLOPLUS-2) et Tinetti. L'échelle de Morse se trouve dans le registre des chutes, et la grille Potentia est disponible comme application à installer.

WideCare suit-il les visites d'inspection et les plans d'action qui en découlent ?

Non, pas aujourd'hui : il n'existe pas de module dédié à l'enregistrement des visites d'inspection et de leurs plans d'action. WideCare tient ce que l'inspecteur consulte, registres, échelles, plans, révisions, réunions et observations ; le suivi des constats eux-mêmes se fait en dehors du logiciel.

Le logiciel fixe-t-il les objectifs de soins à la place de l'équipe ?	Non. Une évaluation validée ou un registre propose ; c'est l'équipe qui accepte, écarte ou adapte. Même les modèles de plan par catégorie Katz ne sont qu'un point de départ.
Peut-on supprimer une entrée de registre faite par erreur ?	Oui, à condition de la clôturer d'abord et qu'elle ne porte ni réévaluation ni journal. Dès qu'elle en porte, elle fait partie du dossier et ne peut plus être supprimée.
Les soignants peuvent-ils remplir les échelles depuis le terrain ?	Oui, depuis l'application de terrain. Une évaluation remplie sur le téléphone apparaît ensuite au bureau dans « Évaluations à valider », où l'infirmier en chef ou le médecin la valide.
WideCare garantit-il la conformité de ma maison lors d'une inspection ?	Aucun logiciel ne le peut. WideCare est conçu pour répondre aux exigences de l'AViQ, de l'INAMI et du RGPD, et intègre des cadences belges comme la révision mensuelle du plan ou la limite de sept jours pour une contention. La qualité des soins et des écrits reste celle de l'équipe.

PASSER À L'ESSAI

Voyez-le sur vos propres données, pas sur une plaquette.

WideCare s'essaie gratuitement, en ligne, avec les applications de votre secteur. Un interlocuteur de LPLG vous accompagne en français, en néerlandais ou en anglais.

Essai gratuit · cloud.lplg.eu/signup

Maisons de repos de Wallonie, de Bruxelles et de Flandre

LPLG SRL · Courbevoie 13, 1348 Louvain-la-Neuve · www.lplg.eu

BCE/TVA BE 1044.649.913 · WideCare est construit sur Odoo 19. Conçu pour répondre aux exigences de l'AViQ, de l'INAMI et du RGPD ; la conformité de chaque établissement dépend aussi de son paramétrage. Captures réalisées sur des données fictives.