

13 juin 2005

Protocole^o 3 conclu entre le Gouvernement fédéral et les Autorités visées aux articles 128, 130, 135 et 138 de la Constitution, concernant la politique de la santé à mener à l'égard des personnes âgées

Vu les compétences respectives dont disposent l'État fédéral et les Autorités visées aux articles 128, 130, 135 et 138 de la Constitution, ci-après dénommées Communautés/Régions, sur le plan de la politique de la santé à mener à l'égard des personnes âgées;

Vu le protocole (lire « *protocole n° 1* ») du 9 juin 1997 conclu entre le Gouvernement fédéral et les Autorités visées aux articles 128, 130, et 135 de la Constitution relatif à la politique de la santé à mener à l'égard des personnes âgées ainsi que les avenants 2, 3 et 4 au protocole susmentionné;

Vu le protocole (lire « *protocole n° 2* ») du 1^{er} janvier 2003 conclu entre le Gouvernement fédéral et les Autorités visées aux articles 128, 130, et 135 de la Constitution relatif à la politique de la santé à mener à l'égard des personnes âgées ainsi que les avenants 1 et 2 au protocole susmentionné;

Considérant que les défis consécutifs au vieillissement de la population et à l'augmentation du nombre de personnes âgées nécessitant des soins ne peuvent trouver de réponse que dans le cadre d'une politique de collaboration entre l'État fédéral et les Communautés et Régions;

Considérant l'importance d'aligner la protection sociale en ce qui concerne le risque de perte d'autonomie sur l'évolution démographique attendue et sur l'augmentation attendue des besoins en soins de longue durée et de l'améliorer constamment au niveau de l'accessibilité, de la qualité et de la durabilité financière;

Vu les décisions prises en Conseil des Ministres, les 16 et 17 janvier 2004, de charger le Service public fédéral Sécurité sociale de rédiger un rapport d'étude sur l'impact exercé par le vieillissement sur les soins de santé et plus précisément sur l'aide à la dépendance (soins de longue durée). Cette étude, confiée à l'HIVA (K.U.Leuven) et au SESA (UCL), aboutit à la constatation que la Belgique garantit déjà, dans une large mesure et de façon implicite, les soins aux personnes âgées;

Considérant l'importance de donner à toute personne âgée la chance de maintenir au maximum son autonomie et son indépendance à domicile et d'avoir un éventail de services, y compris les structures remplaçant le domicile, qui permettent à la personne âgée de faire le choix qui lui convient le mieux;

Considérant l'importance croissante à accorder à la prévention dans l'apparition de la dépendance et la nécessité de mener une politique pro-active en la matière;

Considérant la nécessité de garantir la qualité des soins en menant des politiques préventives et curatives coordonnées et cohérentes;

Considérant l'importance du respect et du soutien aux soins informels considérables apportés par l'entourage des personnes dépendantes en soins et séjournant à domicile;

Considérant qu'il est important que les personnes âgées et leur entourage soient entendues dans les choix qui leur sont proposés, tant au niveau individuel qu'au niveau sociétal, en matière de soins aux personnes âgées, afin de garantir que les choix qui sont faits correspondent à leurs besoins;

qu'il est important dans ce cadre, entre autres, de faire connaître à grande échelle les intentions politiques et de les soumettre au débat sociétal, sans perdre de vue que le vieillissement est avant tout un succès et qu'il s'agit de donner à chacun des chances maximales de participer à ce succès;

Considérant l'importance d'être attentif aux changements sociologiques, entre autres, le vieillissement de la première génération des migrants du travail;

Considérant l'importance de pouvoir disposer d'outils et de procédures validés qui garantissent la détection et la satisfaction des besoins objectifs de soins et évitent des soins inutiles; que le principe de soins de base formels consiste surtout à fournir, en toute circonstance, les soins nécessaires à la personnes âgées de sorte qu'elle puisse regagner une autonomie maximale et que, même si une perte fonctionnelle est inévitable, la personne soit soutenue afin qu'un certain degré d'autonomie puisse être conservé;

Considérant l'importance d'une meilleure intégration des soins et des soins continus, particulièrement lors du passage d'une forme de soins à l'autre (soins à domicile, hôpital, soins résidentiels provisoires ou définitifs, hôpital de jour gériatrique,...), de la promotion de la collaboration multidisciplinaire, de la communication et de la concertation et du rôle de la gériatrie de liaison dans ce cadre, du référent hospitalier pour la continuité des soins, de l'utilisation d'un outil d'évaluation uniforme, ainsi que des centres de coordination, des services intégrés de soins à domicile comme plate-forme de concertation pour et avec la personne âgée et son entourage;

qu'il faut aussi consacrer de l'attention à la collaboration avec d'autres structures lorsqu'elles peuvent soutenir les soins (par exemple les soins de santé mentale, les dispositifs pour la mobilité,...);

Considérant l'importance d'une politique d'encadrement en divers domaines sociaux comme l'habitat, la mobilité, la participation culturelle, la sécurité dans la circulation, afin d'augmenter les chances de vieillissement actif et de participation sociale et, de ce fait, de diminuer le risque d'isolement ou de dépendance évitable;

Considérant qu'il convient de tout mettre en œuvre pour protéger les personnes âgées contre la maltraitance, qu'il s'agisse d'abus financier, de violence psychologique ou physique; qu'il convient donc d'agir en terme de sensibilisation, prévention et dépistage;

Considérant l'importance de suivre la réalisation des objectifs en matière de politique de soins aux personnes âgées, sur base d'objectifs et d'indicateurs clairement définis, afin d'arriver en la matière à des accords communs et d'assurer une méthode commune et l'emboîtement de celle-ci dans la méthode ouverte de coordination qui est développée dans le cadre des objectifs de Lisbonne pour les soins aux personnes âgées;

Considérant que dans ce cadre, il faut au moins prendre en compte les objectifs suivants et développer des indicateurs: monitoring de l'évolution en matière de besoins, prévention, qualité des soins, différenciation des soins, intégration des soins, évaluation des soins et planification des soins, accessibilité financière, géographique et territoriale des structures de soins et accessibilité financière des soins, capacité de supporter les soins informels et la charge qu'ils représentent, participation des personnes âgées et de leur entourage;

Considérant l'importance du soutien scientifique et du recueil d'expertise;

Considérant l'importance de la collaboration entre les différentes autorités et administrations concernées, d'un échange aisé de données pertinentes, d'une simplification des charges administratives, ainsi que du point de vue d'une implication maximale des différentes autorités dans la politique européenne concernant les soins aux personnes âgées;

Considérant que pour assurer à long terme un financement équilibré de la Sécurité sociale et des autres formes de financement public, il convient de maîtriser l'évolution de l'offre de soins, qu'ils soient privés ou publics, tout en garantissant aux personnes âgées des services de qualité ainsi que leur accessibilité, et qu'il convient d'éviter tout usage inefficace des lits agréés ainsi que toute institutionnalisation inutile des personnes âgées nécessitant des soins;

Considérant que pour ce faire, il faut suffisamment de prestataires d'aide et de soins, financés de manière adéquate; que la croissance attendue dans les soins aux personnes âgées contribuera dans une mesure importante à la création de nouveaux emplois; qu'il est à cet égard important de considérer un large éventail de qualifications et, qu'aussi bien, la politique de l'enseignement que de l'emploi jouent ici un rôle de taille;

Vu les accords sociaux de 2005 dans le secteur du non-marchand et, plus particulièrement, les objectifs et engagements en matière d'emploi afin d'arriver à un meilleur encadrement et une diminution de la pression du travail;

Considérant que les textes des accords sociaux de 2005 précisent que dans le cadre de l'équivalent d'une reconversion de 28 000 lits MRPA en lits M.R.S., selon le principe des « équivalents MRS », il y aura une création nette de 2 613 E.T.P, dont 70 E.T.P. sont destinés aux services de soins infirmiers à domicile, afin de pouvoir développer, pour les personnes en dépendance grave résidant à domicile, une offre de soins dans une collaboration innovatrice entre soins primaires et institutions, qui évite ou postpose l'institutionnalisation;

Vu l'engagement du Gouvernement fédéral de réaliser, sans préjudice de la future croissance dans le cadre de la programmation fixée au protocole n° 2, un investissement dans les soins aux personnes âgées sur une durée de 6 ans qui correspond à l'équivalent d'une reconversion de 28 000 lits MRPA en lits MRS;

Considérant qu'il s'agit, vu le défi du vieillissement au niveau des soins, d'utiliser cet investissement important de l'Autorité fédérale de la manière la plus efficiente possible;

Considérant que l'accessibilité des soins pour certaines problématiques peut être mise en péril parce que le financement n'a pas suffisamment été adapté ou que des formes de soins appropriées font défaut, et que dans ce cadre, il faut accorder de l'attention aux personnes démentes présentant une perte limitée d'autonomie physique;

Considérant l'évolution démographique différente de la population âgée dans les Communautés et Régions et le besoin d'établissements de soins supplémentaires qui en résulte;

Considérant de manière objective que les besoins liés à cette évolution démographique peuvent, notamment, être rencontrés par une augmentation des capacités d'accueil;

Considérant qu'il importe d'aboutir, à terme à une intégration du financement des formes de soins résidentielles, de manière à assurer, pour chaque résident avec un profil de soins lourd, un financement identique permettant d'assurer les soins adéquats; qu'il importe donc de favoriser l'extension de capacités

d'accueil destinées aux soins; qu'il est aussi important de supprimer les cloisons entre les différentes formes de soins afin d'éviter que le choix des soins ne soit déterminé par l'offre; qu'il est souhaitable, dans ce cadre, d'évaluer le lien actuel entre l'habitat et les soins et de vérifier si cela n'empêche pas le développement de certaines formes de soins et s'il n'est pas souhaitable de permettre le développement d'une offre de soins à partir de réseaux;

Considérant qu'une attention particulière doit être consacrée aux soins prodigués par les proches et les dispensateurs professionnels de soins à domicile et qu'il convient, dès lors, de développer des alternatives d'accueil, en support aux soins à domicile, notamment, par le recours au « court-séjour » et à d'autres formules alternatives de soins offertes en collaboration entre le secteur à domicile et les institutions; que ces soins peuvent être identifiés dans le cadre de l'assurance-maladie et que le financement approprié peut être garanti, entre autres, lorsque différentes formes de soins interviennent simultanément (par exemple les soins à domicile et les soins de jour); qu'il peut être intéressant pour l'assurance-maladie d'intervenir pour des prestations comparables à celles des maisons de repos, si l'on peut ainsi freiner la future demande en soins résidentiels;

Considérant que, dans le cadre de leurs compétences, les Communautés et Régions ont développé une législation spécifique relative aux procédures d'octroi des agréments; que dans le cadre de la poursuite de la diversification des formes de soins, il faut examiner si les cadres législatifs actuels sont suffisamment harmonisés et s'ils offrent la souplesse nécessaire pour offrir à ces formes de soins les réponses réglementaires appropriées, en ce qui concerne l'agrément, la programmation et le financement;

Considérant qu'il importe de poursuivre les travaux de la Conférence interministérielle « Santé publique » dans le cadre des protocoles précédents, entre autres, pour ce qui est de la problématique des transports et d'une meilleure harmonisation des différentes normes qui sont d'application, tant au niveau fédéral que dans les Communautés et les Régions;

Considérant la nécessité de développer un concept d'offre de soins palliatifs adaptés tenant compte des caractéristiques spécifiques des différentes formes possibles de soins palliatifs (MRS; VIPRA; soins de jour; soins de nuit; court-séjour) et d'en prévoir le financement;

Il est convenu ce qui suit:

Chapitre 1^{er} **De la politique à mener:**

1. L'État Fédéral et les Communautés et Régions conviennent de collaborer dans la Conférence interministérielle « Santé publique », sur base des dispositions du présent protocole qui est conclu pour une durée de six ans, en vue d'une politique de soins aux personnes âgées cohérente, qui offre une réponse aux considérations susmentionnées, pour ainsi pourvoir aux besoins de prévention, d'accueil, d'accompagnement et de soins pour les personnes âgées nécessitant des soins et au soutien des soins informels. Le présent protocole est un protocole-cadre, qui non seulement sera encore précisé dans des avenants, mais qui contient surtout une déclaration de politique commune comme point de départ d'un large débat sociétal relatif aux soins aux personnes âgées.

2. Une concertation approfondie avec les Communautés et les Régions est absolument nécessaire pour arriver à un consensus reposant sur l'évidence scientifique quant aux objectifs communs en matière de soins pour les personnes âgées. Le résultat prendra la forme d'un protocole de collaboration, ou le cas échéant, fera partie d'un accord de coopération entre l'État fédéral et les Communautés et Régions et fixera les objectifs globaux pour la politique à suivre en matière de personnes âgées.

Chaque autorité établit d'une manière autonome des plans d'action aidant à réaliser ces objectifs. Le protocole, ou un accord de coopération, doit inclure une procédure où les progrès réalisés sont suivis sur la base de rapports annuels en fonction d'indicateurs communs.

Une méthode de coordination fixée en commun offre la meilleure garantie en matière d'efficacité tout en permettant à chaque autorité de mettre au point sa gestion spécifique. Ce qui, en outre, s'harmonise parfaitement avec la coopération internationale relative au Plan international en matière de politique des personnes âgées, dans le cadre des Nations-Unies et avec la méthode ouverte de coordination dans le cadre des objectifs de Lisbonne, de l'Union européenne.

3. L'État fédéral et les Communautés et Régions conviennent de mettre au point, au sein du groupe de travail central permanent « politique de santé à mener en faveur des personnes âgées », des propositions à ce sujet, y compris des propositions pour la recherche scientifique et le recueil d'expertise. À cette fin, ce groupe de travail est composé des représentants de l'Autorité fédérale, des Communautés et des Régions, du Service public fédéral Sécurité sociale, du Service public fédéral Santé publique, et de l'INAMI. Il pourra aussi être fait appel, le cas échéant, au soutien du Centre fédéral d'Expertise des Soins de Santé. Le groupe de travail examinera aussi toutes les questions qui ont été exprimées dans les réflexions, pour autant qu'elles n'aient pas été attribuées à un groupe de travail spécifique, dans le cadre du présent protocole.

4. Le groupe de travail sera aussi chargé de veiller à ce que l'exécution du présent protocole se fasse en concertation avec les dispensateurs de soins, les mutualités et avec les organisations de personnes âgées et leur entourage et, qu'à cette fin, on utilise au maximum les canaux de concertation existants.

Chapitre 2

De la programmation des structures d'accueil:

1. Principe général:

Pendant la durée du protocole, le plus ample développement de l'offre sera réglé par les deux principes suivants:

a) l'offre en terme de capacité de maisons repos peut continuer à se développer dans les limites de la programmation volontaire définie au point 2, à laquelle s'engagent les Communautés et Régions; les Communautés et Régions communiqueront chaque année leurs perspectives à l'Autorité fédérale en ce qui concerne les nouveaux agréments attendus, de sorte que l'on puisse en tenir compte lors de l'établissement des estimations budgétaires.

b) la poursuite de la reconversion dans le cadre de la capacité des maisons de repos visée au point a) ainsi que la diversification de l'offre de soins - à l'intérieur de ou en dehors de la capacité précitée - se font au moyen de l'utilisation d'équivalents MRS où, pour chaque forme de soins, il est déterminé une clé de reconversion par rapport à un équivalent-MRS.

À partir de 2006, ces clés de reconversion seront, si nécessaire, actualisées avant le 1^{er} janvier précédant l'année d'application des règles de reconversion, dans une annexe au présent protocole et, le cas échéant, de nouvelles formes de soins pourront être ajoutées.

L'Autorité fédérale s'engage à prévoir, pour chaque forme de soins, à temps et selon un accord réciproque avec les Communautés et régions, une forme de financement structurel appropriée dans le cadre de la loi

coordonnée sur l'assurance maladie invalidité, de telle sorte que les Communautés et Régions puissent octroyer des agréments dans une période acceptable. Les Communautés et Régions ne pourront octroyer d'agréments avant que la réglementation ait été complètement mise en place.

L'application de ces principes garantit que le plus ample développement de l'offre de soins peut être programmé. Toutefois, le but n'est pas d'inclure également dans une programmation les prestations effectuées à domicile, remboursables et reprises actuellement dans la nomenclature (par exemple soins à domicile, logopédie et kinésithérapie). Pour autant que, dans le cadre de la politique de reconversion, certaines nouvelles formes de soins soient développées dans les soins à domicile, celles-ci seront bien reprises dans une programmation.

2. Les Communautés et Régions s'engagent à prendre en considération, jusqu'au 30/09/2011 inclus, le moratoire, déterminé sur base du protocole n° 1 du 09/06/1997, complété par le protocole 2 du 01/01/2003 et dont la dernière version actualisée se trouvera dans l'annexe 3 du protocole 2 concernant les structures programmées, ce qui signifie ne plus octroyer de nouveaux accords de principe ou de nouvelles autorisations préalables, sauf en cas de réduction équivalente ou de transfert d'accords de principe dûment motivés et attestés par l'autorité communautaire ou régionale compétente par rapport à la situation suivante. Les chiffres des structures programmées concernant la capacité d'accueil des maisons de repos, des maisons de repos et de soins, des centres de soins de jour et les formes alternatives de soins sont actualisés sur base annuelle (le 31 décembre) conformément aux décisions des autorités compétentes, dans le cadre des règles de reconversion (voir chapitre 3):

Chapitre 3

Utilisation de l'investissement fédéral correspondant à une reconversion de 28 000 lits MRPA en lits MRS:

1. Principe:

La programmation des Communautés et Régions en matière de maisons de repos et/ou la programmation fédérale en matière de maisons de repos et de soins est élargie et transformée en programmation de formes de soins en tenant compte du nombre de personnes âgées ayant besoin de soins et de l'évolution démographique des différentes classes d'âge à partir de 60 ans.

2. De l'extension:

Les Communautés et Régions s'engagent à limiter les nouveaux accords de principe ou nouvelles autorisations préalables pour l'agrément de nouvelles unités de soins dont le nombre est repris dans le point 3.

Les soins dispensés sont financés par l'assurance soins de santé. Cela signifie que l'Autorité fédérale prévoira les moyens financiers nécessaires pour couvrir au maximum le financement des capacités d'accueil de soins exprimés en « équivalents MRS ». La capacité totale correspond à la capacité reprise au chapitre 2, point 2, à laquelle peut être ajoutée la capacité supplémentaire prévue par l'élargissement visé au chapitre 3, point 3 et selon les règles d'équivalence prévues au point 7.

La mise en œuvre de certains éléments du volet « emploi » et, plus particulièrement, le fait de pouvoir entrer en ligne de compte pour bénéficier de la reconversion de lits MR en lits MRS est liée à la signature préalable par les partenaires sociaux de conventions collectives de travail.

Les conventions collectives dont la signature préalable est exigée, ou, le cas échéant, les arrêtés royaux, sont celles qui ont trait:

- à l'abaissement du seuil de création d'une délégation syndicale;
- au remplacement immédiat en cas d'absence, tenant compte des spécificités des secteurs de santé fédéraux, comme ceci sont définis à la page 2 de l'accord social.
- à la communication aux travailleurs suffisamment à l'avance de leurs horaires de travail et à la sanction applicable en cas de modification des horaires de travail;
- à la mise en œuvre de la mesure « contrat de travail »;
- à l'octroi du nombre de jours de congés supplémentaires en faveur de certaines catégories de membres du personnel;
- à l'adaptation aux dispositions des points 3 et 4 de l'accord social des conventions collectives de travail relatives aux mesures de fin de carrière, conclues en exécution du plan pluriannuel des secteurs fédéraux de la santé, conclu le 01/03/2000.

Les conditions préalables de l'accord social fédéral pour accéder aux mesures d'emploi seront vérifiées, sur base des données fournies par le SPF Emploi, Travail et Concertation sociale, par les Communautés et Régions lors de l'octroi des agréments, dans le cadre de l'utilisation des équivalents-MRS; une concertation technique aura lieu pour en définir les modalités pratiques.

3. Pour la durée totale du protocole (donc appliqué au plus tard au 30/09/2011), le nombre « d'équivalents MRS » qui peut venir s'ajouter à la capacité reprise au point 2 est pour l'ensemble du Royaume de 8 526 dont 15 sont réservés pour l'accueil de jour palliatif (dans le cadre du point 4, premier paragraphe) (12 équivalents - MRS pour la Communauté flamande et 3 équivalents - MRS pour la Région wallonne) et dont le solde est réparti comme suit:

Communauté flamande: 60.20 %

Région wallonne: 33.00 %

Région de Bruxelles-capitale: 6.00 %

Communauté germanophone: 0.80 %

Le pourcentage ainsi convenu pour la région bilingue de Bruxelles-capitale est supérieur à ce qui aurait été fixé selon le principe visé au point 1, afin de tenir compte des problématiques particulières qui se posent à Bruxelles pour garantir une offre adéquate. Toutefois, il est convenu que le nombre d'équivalents-MRS qui peut être employé pour la création ou la reconversion en lits MRS est limité à 216.

Le calendrier selon lequel ces équivalents seront disponibles est le suivant (les nombres donnent pour chaque année le nombre d'équivalents-MRS supplémentaires):

A partir de	01.10.2005	01.10.2006	01.10.2007	01.10.2008	01.10.2009	01.10.2010
Communauté flamande	463	543	665	706	1115	1643

Région wallonne	250	298	364	387	612	901
Région de Bruxelles Capitale (Cocof + Cocom) (Cocof + GGC)	45	54	66	71	101	164
Communauté germanophone	6	7	9	9	15	22
Belgique	764	902	1104	1173	1853	2730

4. L'Autorité fédérale, les Communautés et Régions développeront, au plus tard pour le 01/01/2006, et dans le cadre de l'utilisation des équivalents-MRS, une solution pour l'offre de soins palliatifs qui remplacera le financement actuel par l'INAMI des projets pilotes soins de jour qui seront définitivement arrêté le 01/01/2006.

En outre, un groupe de travail sera créé pour développer un concept d'offre de soins palliatifs adaptées ainsi que son financement. De plus, les caractéristiques spécifiques des différentes formes de soins palliatifs possibles devront être prises en compte (MRS, MRPA, accueil de jour, accueil de nuit, court-séjour) et, de la sorte, une solution pourra être donnée pour l'offre de soins palliatifs (cf. Chapitre 1^{er} point 4).

5. Il est convenu qu'une ponction préalable peut se faire sur les équivalents-MRS visés au chapitre 3, point 3 si, après concertation des parties signataires du protocole avec le secteur et les mutualités (qui sera menée dans les plus brefs délais), il ressort que le financement actuel des soins aux personnes âgées démentes, peu dépendantes sur le plan physique, en institutions conduit à un déficit dans l'offre.

Le nombre d'équivalents-MRS ainsi que la façon dont ils seront employés (soit via une norme MRPA spécifique, soit via une norme MRS spécifique) feront l'objet d'une annexe au présent protocole qui sortira ses effets le premier octobre après qu'au moins trois mois se soient écoulés après la conclusion de l'annexe visée et à condition que l'avance d'équivalents-MRS ne soit pas supérieure au nombre d'équivalents MRS disponibles pour cette année-là. Le tableau au point 3 sera adapté en conséquence et proportionnellement. Un même principe s'appliquera s'il est décidé d'intervenir à charge de l'assurance maladie dans les transports du domicile au centre de soins de jour et vice versa.

Il est demandé à la taskforce soins de santé mentale d'accorder une attention particulière au vieillissement des résidents en institutions et à la juste adéquation de l'offre actuelle (MSP, HP et hôpitaux) avec l'évolution des besoins et le besoin éventuel de reconversion. Une attention particulière doit aussi être accordée à l'offre de soins selon la double problématique des problèmes psychiques et de la dépendance en soins.

6. La capacité supplémentaire définie dans le chapitre 3, point 3, exprimée en « équivalents-MRS » et adaptée en application du point 4, peut être utilisée soit pour l'élargissement physique du nombre de

places, soit pour une reconversion suivant les règles d'équivalence précisées au point 7, soit pour une combinaison des deux, étant entendu qu'une amélioration de la prise en charge des patients fortement dépendants en maison de repos et de soins et la diminution de la pression du travail demeurent une priorité importante.

7. Règles d'équivalence:

Pour chaque extension d'un « équivalent MRS » prévue dans la capacité agréée, comme repris au chapitre 3, les règles d'équivalence suivantes sont appliquées. La valeur d'1 équivalent-MRS est égal au coût moyen d'un résident MRS, calculé sur base des normes d'encadrement/Normes de financement, telles qu'elles seront en vigueur au 01/10/2005 et sur base du case mix moyen le plus récent.

La clé de reconversion pour chaque forme de soins est calculée soit, par le coût moyen de la forme de soins, sur base de la norme d'encadrement prévue ou en vigueur et le case mix moyen attendu ou le plus récent soit, en retirant la différence entre le coût moyen d'une forme de soins par rapport à l'autre du coût moyen d'un résident MRS.

Les clés de reconversion seront, si nécessaires, adaptées avant le 1^{er} janvier précédant l'année d'application des règles de reconversion.

Toutefois, afin d'éviter que ce mécanisme n'engendre une inflation des coûts, il est explicitement convenu que si, il était décidé d'adapter les normes d'encadrement dans les MRS, il en suivrait une adaptation correspondante du nombre d'équivalents MRS, à moins que le Gouvernement fédéral n'en décide autrement.

8. Au 01/10/2005, les règles d'équivalence suivantes seront d'application, sans préjudice d'autres applications qui seront convenues le cas échéant:

- 1 équivalent MRS donne droit à l'ouverture d'1 nouveau lit de maison de repos et de soins;
- 1 équivalent MRS donne droit à la reconversion de 3,29 lits de maison de repos existants et compris dans la capacité définie au point 2 en lits de maison de repos et de soins;
- 1 équivalent MRS donne droit à l'ouverture de 3,43 places/lits de court-séjour (*) en maison de repos existants et agréés;
- 1 équivalent MRS donne droit à l'ouverture de 2,06 places de centre de soins de jour;
- 1 équivalent MRS donne droit à la reconversion de 1,94 places de centres de soins de jour existants en places de soins de jour palliatifs;
- 1 équivalent MRS donne droit à l'ouverture d'1 place de soins palliatifs en centre de jour (*)

(*) en ce qui concerne le court-séjour et les soins de jour palliatifs, les Communautés et Régions et l'État Fédéral s'engagent à évaluer, à court terme, la pertinence de la règle d'équivalence et à développer une définition commune de base des soins de jours palliatifs ainsi qu'à fixer, en concertation avec le secteur et les mutualités, des normes de financement sur base desquelles la règle d'équivalence peut être appliquée.

Cette règle d'équivalence s'appliquera aussi à tous les établissements de court-séjour déjà agréés par les Communautés et Régions et par conséquent, donnera lieu à une imputation sur les équivalents-MRS disponibles. Cette imputation sera étalée dans le temps selon des modalités à prévoir.

Les Communautés et Régions s'engagent aussi à ne pas reconverter en agrément de lits de maisons de repos, des agréments de court-séjours qui ont été ou sont accordés en application des équivalents MRS sur base du protocole n° 2 ou du protocole actuel et qui sont retirés.

L'État fédéral insiste également sur le fait qu'il ne rentre pas dans ses intentions de mettre à charge du budget de reconversion le développement de formes de soins pour des personnes encore jeunes mais lourdement dépendantes en soins. Toutefois, il souhaite bien maintenir ouverte l'option selon laquelle des établissements de soins pour personnes âgées organisent aussi une offre de soins pour ce groupe cible et il invite les Communautés et Régions à examiner si, à l'intérieur de la programmation, la capacité des maisons de repos encore restante pourrait être mise à disposition dans cette perspective.

9. Sans préjudice des mesures visées au point suivant, les Communautés et Régions rédigent un plan pluriannuel et s'engagent à donner priorité à la reconversion de lits de maisons de repos existants qui accueillent actuellement des patients de profil lourd (B et C), en vue de diminuer graduellement le nombre de ces patients en maisons de repos et à faire en sorte, qu'au plus tard pour 2011, les patients C soient hébergés dans des lits MRS. Afin de soutenir cette ligne de conduite, le financement des patients C en MRPA s'éteindra à partir d'un moment encore à déterminer.

L'État Fédéral s'engage à ce que l'INAMI fournisse les informations nécessaires et pertinentes.

Le cas échéant, des règles de priorités, en fonction du type de profil (B, C), pourraient être définies dans un avenant au présent protocole.

10. Les communautés et régions s'engagent également à développer, dans le cadre de ce plan pluriannuel, une politique relative aux formes alternatives de soins et de soutien aux soins, qui maintient l'autonomie.

Par formes alternatives de soins et de soutien aux soins, on entend: toutes les formes de soins ou de soutien aux soins résidentiels, programmés et non définitifs ou de soins ou de soutien aux soins à domicile, programmés et non résidentiels.

Dans le premier cas, il s'agit de formes déjà existantes et de nouvelles formes se développant: centres de soins de jour, court-séjour, accueil de nuit, etc; dans le deuxième cas, il s'agit de soutenir les personnes dans les soins qu'elles se prodiguent ainsi que de soutenir les soins prodigués par l'entourage et qui ne sont pas repris dans la nomenclature des soins de santé ou qui sont effectués par des services agréés de soins à domicile, des services intégrés de soins à domicile ou des accords de collaboration entre un ou plusieurs de ces services entre eux avec des établissements résidentiels, ou avec des services d'aide à domicile. »

Dans ce cadre, il sera tenu compte de l'engagement du Gouvernement fédéral vis-à-vis des partenaires sociaux du secteur du non-marchand de créer, avec cet objectif, au moins 70 emplois ETP dans les services de soins à domicile. Cela signifie concrètement l'utilisation de 228 équivalents - MRS à répartir entre les Communautés et régions, comme suit:

Communauté flamande: 129

Région wallonne: 73

Région de Bruxelles-capitale: 24

Communauté germanophone: 2

L'État fédéral s'engage à mener des concertations avec les Communautés et Régions sur une offre de soins appropriée et le financement de celle-ci dans le cadre des formes intermédiaires telles que les résidences-services. Ici, on veillera à ce que chaque acteur de soins puisse développer son rôle sans menace pour d'autres acteurs et en vue d'une meilleure intégration des soins et de la rupture du lien entre habitat et soins.

Dans ce cadre, on attachera également de l'attention à d'éventuelles adaptations au cadre juridique pour éviter que des nouveautés intéressantes ne puissent se développer en raison de limites réglementaires. À cette fin, des concertations peuvent éventuellement être menées sur la conclusion d'un accord de collaboration.

Les Communautés et Régions s'engagent à réserver chacune, sur la durée du présent protocole, au moins 20 % des équivalents MRS mentionnés qui leur sont attribués au chapitre 3, point 3, soit pour l'ensemble du pays au moins 1895 équivalents MRS, pour les formes de soins alternatives visées dans le présent point.

11. Vu l'intention de l'État fédéral et des Communautés et Régions d'instaurer un outil d'évaluation uniforme, la reconversion des équivalents-MRS dans les formes de soins alternatives peut être couplée à l'application de l'outil d'évaluation uniforme.

Sans préjudice des dispositions futures, reprises dans un protocole à conclure, quant à l'implémentation de l'outil, on peut prévoir, après concertation au sein du groupe travail permanent central « Politique de santé à mener en faveur des personnes âgées » - entre autres, sur base des propositions faites par le groupe de travail « Interface » en la matière - qu'au plus tôt à partir du 01/10/2007, maximum 1 % du nombre total des équivalents-MRS sera reconverti dans un budget pour une rémunération spécifique de l'évaluation. Le groupe de travail 'Interface' est chargé d'élaborer des propositions en la matière.

12. L'évaluation des projets de renouvellement de soins, selon l'application du protocole n° 2, sera réalisée par un groupe de travail composé des représentants des différentes parties co-signataires du présent protocole.

L'objectif de cette évaluation est double:

D'une part, permettre l'échange de « bonnes pratiques » entre les différentes parties; d'autre part, évaluer si le projet soumis peut ou doit être généralisé sur l'ensemble du territoire ou si une fin doit être mise à l'expérience en cours.

Dans le dernier cas, les équivalents MRS correspondants arrivent de nouveau dans le portefeuille de la Communauté ou Région concernée.

13. L'État fédéral et les Communautés et Régions confirment l'importance de développer des services intégrés de soins à domicile comme plate-forme pour l'organisation de soins aux personnes âgées inscrits dans la continuité et pour une concertation multidisciplinaire. Un groupe de travail est chargé d'examiner les obstacles qui empêchent ces services de fonctionner aisément. Le Ministre des Affaires sociales s'engage à garantir le budget pour les soins de première ligne multidisciplinaires prévu dans le budget INAMI et fortement sous-utilisé.

14. La capacité supplémentaire visée au chapitre 3, point 3 qui ne serait pas utilisée totalement peut être gardée en « portefeuille », pendant une période de 2 ans après l'année de référence d'octroi des équivalents MRS correspondants, lorsqu'il s'agit de reconversion de structures existantes et de 5 ans, lorsqu'il s'agit de nouvelles constructions ou de nouvelles formes de soins.

Les Communautés et Régions s'engagent à transmettre les pièces nécessaires pour justifier la capacité en portefeuille lors des évaluations annuelles.

15. Chaque année, une analyse qualitative et quantitative sera effectuée, notamment, sur base des plans pluriannuels transmis par les Régions et Communautés.

16. La transmission et l'échange d'informations entre les services dépendant du Gouvernement fédéral, à savoir les Affaires sociales, la Santé publique, les Affaires économiques et l'INAMI, et les services dépendant des Communautés et Régions doivent être garantis.

La nature de ces informations et leur moyen de transmission feront, le cas échéant, l'objet d'un avenant au présent protocole.

17. Les Communautés et Régions s'engagent à prendre les initiatives suivantes dans le cadre de l'exécution du présent protocole:

La Région wallonne s'engage à:

- développer des espaces de rencontres inter-générationnelles dans les communes;
- à améliorer l'accès des seniors aux loisirs (musées, infrastructures sportives...);
- à poursuivre le renforcement de la mobilité;
- à renforcer l'offre de services de qualité en matière d'aide à domicile et à accorder une attention particulière aux aidants proches;
- à poursuivre les efforts en matière de modernisation et de mise en conformité des maisons de repos et la diversification de l'offre actuelle;
- à renforcer la qualité des maisons de repos par différentes actions concrètes (grille qualité, réforme de l'inspection, ...)

La Communauté flamande s'engage à prendre toutes les mesures nécessaires pour donner toutes ses chances au développement et à l'amélioration des soins de santé aux personnes âgées, qu'ils soient résidentiels ou non-résidentiels.

La commission communautaire commune et la Commission communautaire française de la Région de Bruxelles-capitale apporteront une attention particulière à la création des législations relatives aux structures alternatives ainsi qu'aux services d'aide et de soins à domicile pour améliorer les conditions de maintien à domicile des personnes âgées.

La Communauté germanophone s'engage à

- développer des résidences-services;
- développer des SIDS;
- intensifier le case management pour les personnes âgées permettant de faire le pont entre le résidentiel et le domicile;

- renforcer le soutien au maintien à domicile en évaluant l'offre existante, la collaboration entre les différentes structures et les possibilités d'entraide entre les différents secteurs;
- la lutte contre la maltraitance dans les institutions mais surtout à domicile, entre autre, par la formation du personnel et un soutien éthique aux professionnels;
- offrir des solutions adéquates pour les personnes vivant à domicile et présentant des problèmes de démence, entre autre, par l'évaluation du besoin en centres de soins de nuit et par l'amélioration des possibilités en accueil de jour;
- étudier la faisabilité de la création de projets de quartiers avec une offre optimale de services et d'aide pour les personnes âgées;
- soutenir les institutions et services par des offres de formation pour le personnel soignant et non soignant;
- soutenir les familles par des offres de formation (tout particulièrement sur la thématique de la démence);
- la promotion du bénévolat en étudiant la faisabilité des projets d'« Agence pour le bénévolat » et de parrainage de bénévoles;
- continuer l'implémentation de guidelines relatifs aux concepts d'accueil et de soins dans les maisons de repos ainsi qu'à la planification des soins;
- développer une charte des droits pour les résidents en maisons de repos et les usagers des services de soins à domicile;
- développer des guidelines (best practices) pour des thèmes tels que management de plaintes, mesures de contention physique et psychique,
- améliorer l'information concernant les possibilités et les aides en matière d'adaptation du logement des personnes âgées.

Le présent protocole entre en vigueur le 1^{er} octobre 2005.

Ainsi conclu à Bruxelles le 13 juin 2005.

Pour le Gouvernement fédéral:Le Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,R. DEMOTTELe Ministre de l'Économie, de l'Énergie, du Commerce extérieur et de la Politique scientifique,M. VERWILGHENVoor de Vlaamse Regering:De Minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin,Mevr. I. VERVOTTEFür die Regierung der Deutschsprachigen Gemeinschaft:Der Minister für Ausbildung und Beschäftigung, Soziales und Tourismus,B. GENTGESPour le Gouvernement wallon:La Ministre de la Santé, de l'Action sociale et de l'Égalité des Chances,Ch. VIENNEPour le Collège de la Commission communautaire française de la Région de Bruxelles-capitale:Le Membre du Collège, compétent pour l'Action sociale, la Famille et les Sports,E. KIRVoor het Verenigd College van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest:Het Lid van het Verenigd College, bevoegd voor het Gezondheidsbeleid,G. VANHENGELVoor het Verenigd College van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest:Het Lid van het Verenigd College, bevoegd voor het beleid inzake Bijstand aan Personen,P. SMETLe Membre du Collège, compétent pour la Santé,B. CEREXHEPour le Collège réuni de la Commission communautaire

communede la Région de Bruxelles-capitale:Le Membre du Collège réuni, compétent pour la politique de la Santé,B. CEREXHEPour le Collège réuni de la Commission communautaire communede la Région de Bruxelles-capitale:Le Membre du Collège réuni, compétent pour l'Aide aux Personnes,Mme E. HUYTEBROECK