

02 juillet 2009

Arrêté royal fixant les conditions dans lesquelles le Comité de l'Assurance peut conclure des conventions en application de l'article 56, §2, alinéa 1er, 3°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, pour le financement de soins alternatifs et de soutien aux soins à des personnes âgées fragiles

Ce texte relève d'une matière transférée à la Région wallonne suite à la Sixième Réforme de l'État. Cette version est fournie par la base de données JUSTEL dépendant du SPF Justice.

Pour plus d'informations, veuillez vous référer à la rubrique « Présentation » sur la page d'accueil du site Wallex.

Consolidation officielle

RAPPORT AU ROI

Sire,

L'arrêté royal qui Vous est présenté vise à fixer les conditions dans lesquelles le Comité de l'assurance soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité peut conclure des conventions avec des projets de soins alternatifs et de soutien aux soins destinés à des personnes âgées fragiles.

Le point de départ du présent arrêté est la croissance démographique à prévoir du nombre de personnes âgées dans les années à venir et le risque de voir le système actuel des soins aux personnes âgées être mis fortement sous pression.

Il est donc extrêmement important de chercher des alternatives qui permettent d'éviter que les personnes âgées doivent quitter trop tôt leur domicile en raison d'une lourde dépendance en soins et/ou d'une perte d'autonomie évitable.

La finalité du présent arrêté est de développer de nouvelles stratégies émanant du terrain qui soutiennent au maximum l'autonomie de la personne âgée à domicile et qui permettent ainsi d'éviter une admission prématurée dans une maison de repos pour personnes âgées ou une maison de repos et de soins.

Toutes les parties concernées dans le secteur des soins aux personnes âgées sont invitées à introduire leurs propositions de projets.

Ces projets, qui constituent un ensemble d'interventions de soins, doivent satisfaire aux dispositions du présent arrêté. Cela signifie d'une part que le groupe cible choisi doit satisfaire à la définition de personnes âgées fragiles prévue à l'article 1^{er}, 6°, et d'autre part que les projets doivent s'inscrire dans le cadre d'une des quatre catégories, comme défini à l'article 3.

Les projets de la catégorie 1 visent à étendre l'offre transmurale actuelle qui se limite actuellement au court-séjour et aux centres de soins de jours, afin que les personnes âgées séjournent plus longtemps à leur domicile en leur offrant des soins de répit et en soutenant les aidants proches. Dans ces projets, la coordination entre les soins résidentiels offerts et les soins à domicile organisés est un aspect important.

Des exemples sont :

- * le court-séjour de revalidation
- * l'accueil de crise (différent d'une place de court-séjour)
- * l'accueil de nuit
- * l'activité de soins pour personnes atteintes de démence dans un accueil de jour agréé par les Communautés et Régions peu importe la dénomination officielle de ces initiatives dans la Communauté ou Région concernée.

Les projets de la catégorie 2 concernent des activités de soins qui sont dispensées par des maisons de repos pour personnes âgées (MRPA), des maisons de repos et de soins (MRS) et des centres de soins de jour (CSJ) à des patients qui séjournent encore à domicile. Il importe ici que ces soins soient dispensés en complémentarité avec l'offre existante de soins et certainement pas de remplacer les soins déjà

administrés.

Des exemples sont :

- * l'intervention ergothérapeutique pour soutenir l'autonomie
- * le soutien psychologique en cas de problèmes résultant d'une perte d'autonomie de la personne âgée et /ou des aidants proches (à l'exclusion des traitements en soins de santé mentale)
- * l'avis infirmier gériatrique (en complémentarité et continuité avec les soins infirmiers à domicile)
- * l'outreaching (notamment chez les personnes atteintes de démence) par exemple en prévoyant un praticien de l'art infirmier ou un aide-soignant mobile pendant la nuit.

Les projets de la catégorie 3 concernent davantage l'aspect organisationnel de l'offre de soins aux patients à domicile : trajet de soins, coordination, continuité, concertation, évaluation des soins, planification et suivi. Au sein de ces nouvelles collaborations, de nouvelles activités de soins peuvent également être proposées au domicile des personnes âgées (par exemple : la gestion de cas, l'ergothérapie de maintien de l'autonomie, le soutien psychologique).

Les projets de la catégorie 4 garantissent une offre de soins et de soutien aux soins aux utilisateurs de nouvelles formes alternatives d'habitat se situant entre le domicile et la maison de repos. Ce qui importe ici, c'est que ces formes d'habitat n'ont pas leur propre équipe de soins mais font appel à l'équipe de soins de partenaires locaux. En principe, il s'agit du partenaire régulier de la première ligne, mais des accords peuvent également être conclus avec les partenaires des soins résidentiels en ce qui concerne par exemple les soins de nuit ou les soins d'urgence. En outre, ces formes d'habitat doivent comporter un aspect communautaire (par ex. pour les repas et/ou les courses). Il ne peut pas s'agir en l'occurrence de formes déguisées de résidences-services ou de maisons de repos afin de contourner la programmation de ces services.

Les moyens financiers pour le financement de ces projets ont été fixés dans le troisième protocole d'accord concernant la politique de santé à mener à l'égard des personnes âgées, conclu le 13 juin 2005 entre l'Autorité fédérale et les Autorités visées aux articles 128, 130, 135 et 138 de la Constitution et qui proviennent en partie du budget prévu pour la reconversion de lits MRPA en lits MRS et en partie des accords sociaux conclus en 2005 entre les partenaires sociaux du secteur non-marchand et de l'Autorité fédérale.

Ces moyens sont exprimés en termes d'"équivalents MRS", un équivalent MRS équivalant au coût pour l'assurance obligatoire d'un patient qui séjourne une journée en MRS. Ce montant s'élève actuellement à 60,80 euros.

Compte tenu d'un budget de 189 millions d'euros (exprimé selon l'indice actuel), il y a 8.511 équivalents MRS. Ces moyens ont été ventilés entre les différentes Communautés et Régions au pro rata de leur part dans la population totale des plus de 60 ans.

Le nombre d'équivalents MRS octroyés aux Communautés/Régions s'élève à :

- * Communauté flamande : 5.123
- * Région wallonne : 2.809
- * Région de Bruxelles-Capitale : 511
- * Communauté germanophone : 68
- * Total : 8.511.

Parmi ce total, voici le nombre d'équivalents MRS consacrés aux soins alternatifs et de soutien aux soins aux personnes âgées (également répartis au pro rata de leur part dans la population totale des plus de 60 ans) :

- * Communauté flamande : 1.024
- * Région wallonne : 561
- * Région de Bruxelles-Capitale : 294
- * Communauté germanophone : 13
- * Total : 1.894.

Ce nombre total d'équivalents correspond à un budget de 42 millions d'euros (exprimé selon l'indice actuel).

Ce budget permet également aux Communautés et Régions de créer des structures transmurales qui ont

déjà un cadre réglementaire (à savoir le court-séjour et le centre de soins de jour) et qui donc ne nécessitent pas la conclusion d'une convention avec le Comité de l'assurance telle que visée dans le présent arrêté.

Une partie des moyens financiers est puisée de l'accord social de 2005. En application du point 10, alinéa 4, du protocole du 13 juin 2005, les Communautés et Régions ont l'obligation de prévoir de nouveaux emplois et ce au plus tard à l'échéance du troisième protocole d'accord, c'est-à-dire fin 2010. Au total, au moins 2.613 emplois doivent être créés grâce aux équivalents MRS. Septante au moins doivent être créés dans les services de soins infirmiers à domicile et ce dans le cadre des projets de soins alternatifs et de soutien aux soins destinés à des personnes âgées fragiles.

Afin que ces 70 équivalents temps plein puissent être créés, les équivalents MRS suivants ont été réservés dans le total de 1.894 équivalents :

- * Communauté flamande : 129
- * Région wallonne : 73
- * Région de Bruxelles-Capitale : 24
- * Communauté germanophone : 2
- * Total : 228.

Dans son avis n° 46.416/1, le Conseil d'Etat se demande s'il ne s'agit pas d'une violation des principes d'égalité et de non-discrimination étant donné que l'article 4 du présent arrêté impose uniquement à la Région wallonne de prévoir la création d'emplois.

Il est vrai que le présent arrêté mentionne expressément, et uniquement pour la Région wallonne, que les 33 (en 2008) et 40 (en 2009) équivalents MRS doivent être utilisés pour la création d'emplois dans les services de soins infirmiers à domicile. En outre, cette mention a été insérée à la demande expresse du ministre compétent étant donné qu'il s'agit d'une des priorités de la Région wallonne.

Le présent arrêté royal prévoit l'attribution de moyens qui étaient prévus à partir de 2008 et qui sont prévus à partir du 1^{er} octobre 2009. Cela signifie que, compte tenu du troisième protocole d'accord qui échoit fin 2010, l'obligation de création d'emplois dans les services de soins infirmiers à domicile pour les autres Communautés/Régions sera également insérée dans un prochain arrêté royal qui prévoira cette dernière phase d'attribution de moyens aux projets de soins alternatifs et de soutien aux soins.

Il ne s'agit donc pas d'une violation des principes constitutionnels d'égalité et de non-discrimination.

Au niveau du nombre d'équivalents MRS qui leur ont été attribués, les Communautés et Régions ont pu mettre leur accent propre tant sur les équivalents MRS disponibles à partir du 1^{er} avril 2009 que sur ceux disponibles à partir du 1^{er} octobre 2009.

La Région de Bruxelles-Capitale a dans les deux cas prévu des équivalents MRS dans les 4 catégories sans restrictions supplémentaires.

La Communauté germanophone consacre les équivalents MRS disponibles d'avril 2009 à des projets des catégories 2 et 3. Parmi les équivalents MRS disponibles à partir du 1^{er} octobre 2009, il faut en réserver deux pour les centres d'accueil de jour (Tagesbetreuungsstätten).

La Communauté flamande prévoit des équivalents MRS pour les quatre catégories et impose les restrictions suivantes :

- maximum la moitié des équivalents MRS disponibles peut être attribuée à une catégorie;
- maximum 35 équivalents MRS (ou 71 pour les équivalents disponibles à partir du 1^{er} octobre 2009) peuvent être utilisés pour des projets consacrés à l'accueil de bénéficiaires dans la catégorie de dépendance A qui sont admis dans des centres d'accueil de jour.

La Région wallonne souhaite consacrer les équivalents MRS qui lui sont octroyés uniquement aux projets des catégories 2 et 3 et qui sont liés à la création d'emplois dans les services de soins infirmiers à domicile. 30 équivalents MRS parmi ceux disponibles à partir du 1^{er} octobre 2009 sont réservés pour les centres d'accueil de jour.

Au terme de la procédure de sélection, les projets seront retenus en fonction des priorités telles qu'elles ont été fixées par les différentes Communautés et Régions.

Cette procédure de sélection commence le jour de la publication du présent arrêté au *Moniteur belge* . A

partir de ce moment, les initiateurs de projets disposent de 90 jours pour introduire leur demande auprès de l'INAMI.

Ce délai de 90 jours déroge pour des raisons pratiques au délai de 60 jours prévu dans l'arrêté tel qu'il a été soumis pour avis au Comité de l'assurance.

En effet, compte tenu de la date de publication prévue du présent arrêté, le délai initial de 60 jours expirera pendant les vacances d'été entraînant le risque que certains projets ne puissent pas être introduits dans les délais. Cette situation sera probablement plus fréquente pour les établissements ou services qui disposent d'un nombre limité de membres du personnel.

Les demandes introduites sont ensuite présentées au Comité de l'assurance qui décide si les demandes satisfont ou non aux critères de forme mentionnés à l'article 16 après que l'avis des Communautés et Régions ait été demandé à ce sujet.

Les demandes qui satisfont à ces critères de forme sont ensuite présentées au jury créé pour la Communauté ou Région à laquelle est attribué le projet. Cette attribution se fait selon les dispositions de l'article 14.

Chaque demande est évaluée par le jury sur la base des critères mentionnés aux articles 17 et 18. Pour cette évaluation le jury utilise une " note conceptuelle " qui clarifie les dispositions du présent arrêté. Les initiateurs de projets disposent également de cette note conceptuelle afin qu'ils aient un aperçu clair de ces dispositions.

Après cette évaluation, le jury donne des points pour chaque critère mentionné aux articles 17 et 18. Seuls les projets qui obtiennent au moins 60 sur 100 pour l'ensemble des critères mentionnés à l'article 17 et qui obtiennent en plus 50 % des points pour chacun de ces critères séparément sont retenus pour la suite de la procédure.

Le groupe de travail du Comité de l'assurance établit ensuite un classement de toutes les demandes sur la base de leur score total. Il s'agit de la somme des points obtenus pour les critères mentionnés à l'article 17 et des points bonus mentionnés à l'article 18.

Après que le classement ait été établi, les équivalents MRS sont attribués par Communauté et par catégorie aux projets en fonction de leur place dans le classement. Il est tenu compte à cet effet des dispositions de l'article 4 du présent arrêté.

Afin de procéder à cette attribution, il est évidemment indispensable de calculer le nombre d'équivalents MRS pour chaque demande en utilisant la formule suivante :

$$E.1/(E.7.2) * (E.7.4)$$

où :

E.1 est la somme du coût prévu de tout ce pour quoi l'intervention spécifique peut être octroyée;

E.7.2 est l'estimation du nombre de personnes âgées qui sont intégrées dans le projet sur une base annuelle;

E.7.4 est l'estimation du nombre de jours qu'une personne âgée peut séjourner à domicile grâce au projet, en d'autres termes le nombre de jours qu'une admission dans une MRS est reportée grâce au projet.

Ce montant peut s'élever à 35,80 euros maximum par jour et par patient. Le fait que ce montant soit inférieur au montant de 60,80 euros pour un équivalent MRS est lié au fait que le coût total pour l'assurance obligatoire se compose de deux parties, à savoir :

une partie forfaitaire fixée à 25 euros pour les prestations de praticiens de l'art infirmier, kinésithérapeutes et/ou logopèdes qui sont attestées via la nomenclature et la partie précitée de maximum 35,80 euros pour l'intervention spécifique.

Le fait qu'une partie de l'intervention totale soit réservée aux prestations de la nomenclature est lié au fait que les patients qui feront partie du projet bénéficiaient déjà de ces prestations et qu'ils continueront à en bénéficier en intégrant le projet.

La seule exception est le court-séjour de revalidation, en sus de la programmation existante, où aucune intervention n'est prévue pour les prestations de la nomenclature et où l'intervention spécifique peut donc s'élever à 60,80 euros maximum.

Après que les différentes demandes aient été attribuées à leur Communauté/Région respective et à une catégorie spécifique, le Comité de l'assurance prend une décision définitive sur les projets avec lesquels il

conclura une convention.

Cette convention prévoira notamment la façon dont les projets devront faire rapport au Comité de l'assurance. Le contenu exact de ces rapports doit encore être fixé par le Comité de l'assurance.

Les projets introduisent un premier rapport après six mois et un rapport intermédiaire après seize mois. Sur la base du rapport après seize mois, l'intervention spécifique peut être recalculée après dix-huit mois, toujours avec un maximum de 35,80 euros (ou 60,80 euros pour le court-séjour de revalidation en sus de la programmation existante).

Les projets doivent ensuite présenter un deuxième rapport intermédiaire au Comité de l'assurance après vingt-sept mois. Sur la base des données de ce rapport, une nouvelle intervention sera calculée par patient après trente mois. A partir de ce moment, les projets ne seront plus directement rémunérés par l'INAMI mais par les organismes assureurs au moyen d'une intervention à fixer par bénéficiaire.

Chaque projet introduira un rapport final après une période de 4 ans. Les données de ce rapport et les résultats de l'évaluation scientifique seront indispensables pour désigner les projets qui ont atteint l'objectif visé.

L'objectif final, à partir des résultats et rapports, est de se prononcer sur l'ancrage structurel de ces projets dans la réglementation (par exemple normes, programmation et financement).

Nous avons l'honneur d'être,
de Votre Majesté,
les très respectueux
et très fidèles serviteurs,

La Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,
Mme L. ONKELINX

Chapitre 1^{er} Dispositions générales

Art. 1^{er}.

Pour l'application du présent arrêté on entend par :

1° " La loi " : la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994;

2° " Le Comité de l'assurance " : le Comité de l'assurance soins de santé visé à l'article 2, e), de la loi;

3° " Communauté / Région " : les autorités, visées aux articles 128, 130, 135 et 138 de la Constitution, qui sont compétentes en matière de politique de soins à mener à l'égard des personnes âgées;

4° " Participants " :

a) " Partenaire " : service, groupement ou institution de soins, d'aide ou de services, y compris les services intégrés de soins à domicile (SISD), concernés par la prise en charge des personnes âgées. En vue de la réalisation d'un projet, plusieurs partenaires peuvent s'associer en concluant entre eux un accord de collaboration. Les partenaires doivent conclure avec le Comité de l'assurance la convention visée à l'article 2;

b) " Autres participants " : autres services, groupements de soignants professionnels et/ou personnes directement impliqués dans la prise en charge de la personne âgée incluse dans le projet;

5° " Projet " : une initiative développée par des prestataires de soins avec des prestations pour des personnes âgées rendues fragiles à cause d'affections chroniques qui nécessitent une approche multidisciplinaire, qui peuvent être appliquées partout et pour lesquelles aucune intervention de l'assurance obligatoire soins de santé n'est prévue, mais qui sont nécessaires pour postposer ou éviter le placement dans une maison de repos pour personnes âgées ou une maison de repos et de soins.

6° " Personne âgée fragile " : un bénéficiaire est considéré comme fragile s'il remplit une des conditions suivantes :

a) soit, pour les bénéficiaires qui résident à domicile, un score de A, B ou C sur l'échelle de Katz comme définie à l'article 8 de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités;

b) soit, pour les bénéficiaires qui séjournent dans une institution mentionnée à l'article 34, alinéa 1^{er}, 11° et 12 de la loi, un score de B, C ou Cd sur l'échelle de Katz comme définie à l'article 150 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi;

c) soit, souffrir de démence. Le diagnostic de démence doit être posé par un médecin-spécialiste en psychiatrie ou un médecin-spécialiste en neuropsychiatrie ou un médecin-spécialiste en neurologie ou un médecin-spécialiste avec un titre professionnel particulier de médecin-spécialiste en gériatrie;

d) soit, obtenir un score de 6 ou plus sur l'échelle de fragilité d'Edmonton comme définie à l'annexe du présent arrêté.

[¹ Une personne âgée fragile ne peut être incluse simultanément dans plusieurs projets.]¹

7° " Equivalent MRS " : la valeur en euro du coût moyen par jour à charge de l'assurance obligatoire soins de santé d'un patient séjournant en MRS. Cette valeur est égale à 60,80 euros et est liée à l'indice 110,51 du 1^{er} septembre 2008 (base 2004 = 100).

8° " Groupe de travail " : groupe de travail du Comité de l'assurance, composé de :

a) Membres du Comité de l'assurance : médecins, kinésithérapeutes, logopèdes, pharmaciens, hôpitaux, organismes assureurs;

b) Membres de la commission de conventions pour les maisons de repos pour personnes âgées, les maisons de repos et de soins et de membres de la commission de conventions pour les praticiens de l'art infirmier;

c) Représentants des SISD;

d) Membres du groupe de travail de la conférence interministérielle Santé publique - soins aux personnes âgées;

e) Représentants des administrations de l'INAMI, des Services Publics Fédéraux Santé publique et Sécurité sociale et facultativement des Communautés/Régions.

(1)(AR 2012-12-04/08, art. 1, 002; En vigueur : 28-12-2012)

Art. 1^{er} bis .

Le Groupe de travail visé à l'article 1^{er}, 8°, a les missions suivantes :

1° Etablir un projet de la convention visée à l'article 2;

2° Etablir un projet de l'accord de collaboration visé à l'article 11;

3° Etablir un projet du schéma standard visé à l'article 13;

4° Etablir une proposition de description détaillée des critères de fond visés à l'article 17;

5° Transmettre au Comité de l'Assurance une proposition pour la composition des jurys visés à l'article 19;

6° Etablir un classement des projets introduits sur base des procédures décrites à l'article 20;

7° Elaborer un projet pour les rapports visés à l'article 22;

8° Outre les missions visées par les points 1° à 7°, conseiller et assister le Comité de l'Assurance dans ses missions telles que décrites dans le présent arrêté.

Art. 2.

Dans les conditions prévues par le présent arrêté, des conventions peuvent être conclues entre le Comité de l'assurance et les partenaires d'un projet de soins alternatifs et de soutien aux soins pour des personnes âgées afin d'optimiser les soins donnés aux personnes âgées fragiles.

Cet objectif sera rencontré par des prestations spécifiques de soins et de soutien aux soins fournies de manière coordonnée, intégrée et concertée.

Chapitre 2

Caractéristiques des soins alternatifs et de soutien aux soins

Art. 3.

L'intervention visée à l'article 7 est accordée pour des prestations fournies à des personnes âgées rendues fragiles à cause d'affections chroniques qui nécessitent une approche multidisciplinaire, pour lesquelles aucune intervention de l'assurance obligatoire soins de santé n'est prévue, mais qui sont nécessaires pour postposer ou éviter le placement dans une maison de repos pour personnes âgées ou une maison de repos et de soins, et qui appartiennent à une des 4 catégories suivantes :

1° Catégorie 1. - Des activités de soins dans des services et institutions visés à l'article 34, alinéa 1^{er}, 11° et 12° de la loi et dans des centres d'accueil de jour reconnus par les Communautés/Régions afin de permettre aux personnes âgées fragiles de continuer à vivre chez elles ou d'y retourner rapidement;

2° Catégorie 2. - Des activités de soins fournies par des services et institutions visés à l'article 34, alinéa 1^{er}, 11° et 12° de la loi à des personnes âgées fragiles à domicile en complément et en soutien aux soins déjà présents;

3° Catégorie 3. - Des soins intégrés délivrés par plusieurs prestataires de soins afin de garantir la continuité des soins et du soutien aux soins de personnes âgées fragiles qui font appel à différents fournisseurs de soins;

4° Catégorie 4. - Soutien aux soins pour des personnes âgées fragiles qui séjournent dans des formes d'habitat autres que ceux visés à l'article 34, alinéa 1^{er}, 11° et 12° de la loi.

Chapitre 3

Nombre d'équivalents MRS et budget - priorités par Communauté/Région selon le choix de la catégorie

Art. 4.

Le nombre maximum d'équivalents MRS qui entrent considération pour l'application du présent arrêté est fixé par Communauté/Région à :

	Équivalents à partir du 1 ^{er} octobre 2008	Équivalents supplémentaire à partir d'octobre 2009
Région wallonne	33	70
Communauté flamande	142	335
Région de Bruxelles-Capitale	Minimum 19 et maximum 45	Minimum 85 et maximum 111
Communauté germanophone	13,16	15

Pour les projets qui démarreront à partir de 2009, le nombre d'équivalents MRS par Communauté/Région est réparti comme suit entre les catégories :

Nombre d'équivalents MRS par

catégorie par Communauté/Région à partir du 1 ^{er} avril 2009				
	Catégorie 1	Catégorie 2	Catégorie 3	Catégorie 4
Région wallonne		33		
Communauté flamande	maximum 71 dont maximum 35 pour des patients A en centre d'accueil de jour	maximum 71	maximum 71	maximum 71
Région de Bruxelles-Capitale	Minimum 19 et maximum 45			
Communauté germanophone		13,16		

Les 33 équivalents MRS de la Région Wallonne sont destinés à la création d'emplois dans les services de soins infirmiers à domicile, dans le cadre de l'accord social du secteur non-marchand.

Pour les projets qui démarreront au plus tard à partir du 1^{er} octobre 2009, le nombre d'équivalents MRS supplémentaires par Communauté/Région est réparti comme suit entre les catégories :

Nombre d'équivalents MRS supplémentaires par catégorie par Communauté/Région au plus tard à partir du 1 ^{er} octobre 2009				
	Catégorie 1	Catégorie 2	Catégorie 3	Catégorie 4
Région wallonne	30 pour les centres d'accueil de jour	40		
Communauté flamande	maximum 167, dont maximum 84 pour des patients A en centre d'accueil de jour	maximum 167	maximum 167	maximum 167
Région de Bruxelles-Capitale	Minimum 85 et maximum 111			
Communauté germanophone	Maximum 15 dont maximum 2 pour des centres d'accueil de jour			

La Région Wallonne destine 30 équivalents MRS dans le cadre de la catégorie 1 aux soins pour personnes âgées en centres d'accueil de jour agréés.

Les 40 équivalents MRS de la Région Wallonne pour les catégories 2 et 3 sont destinés à la création d'emplois dans les services de soins infirmiers à domicile, dans le cadre de l'accord social du secteur non-marchand.

Chapitre 4 Intervention de l'assurance obligatoire soins de santé

Art. 5.

L'intervention de l'assurance obligatoire est accordée seulement aux projets dans lesquels les bénéficiaires inclus dans le projet sont âgés d'au moins 60 ans et qui répondent à la définition de personne âgée fragile visée à l'article 1^{er}, 6^o.

En dérogation aux dispositions du premier alinéa, une intervention peut être accordée à des projets qui ont comme groupe cible des bénéficiaires de moins de 60 ans ayant, suite à une maladie chronique, un même besoin en soins que les personnes âgées fragiles, à condition que le Comité de l'assurance marque son accord.

En dérogation à la définition de personne âgée fragile visée à l'article 1^{er}, 6^o, le Comité de l'assurance peut permettre que l'évaluation se fasse par le biais du Resident Assessment Instrument (RAI) au lieu de l'échelle de Katz mentionnée à l'article 1^{er}, 6^o, a) et b).

Art. 6.

L'intervention totale à charge de l'assurance obligatoire soins de santé pour les patients inclus dans les projets, couvre par jour, le cas échéant :

1° les prestations des infirmières, kinésithérapeutes et/ou logopèdes via la nomenclature et

2° l'intervention spécifique telle que fixée dans la convention visée à l'article 2.

Art. 7.

L'intervention spécifique telle que fixée dans la convention visée à l'article 2 couvre, le cas échéant :

1° Les prestations suivantes dispensées par des praticiens qualifiés à cet effet, salariés ou statutaires :

a) les soins dispensés par des praticiens de l'art infirmier, en ce compris les activités infirmières effectuées par des aides-soignants selon les modalités prévues dans l'arrêté royal du 12 janvier 2006 fixant les activités infirmières qui peuvent être effectuées par des aides-soignants et les conditions dans lesquelles ces aides-soignants peuvent poser ces actes; mais à l'exclusion des prestations portées en compte via la nomenclature;

b) les prestations de kinésithérapie dispensées par des dispensateurs de soins qualifiés à cet effet, à l'exclusion des prestations portées en compte via la nomenclature;

c) les prestations de logopédie dispensées par des dispensateurs de soins qualifiés à cet effet, à l'exclusion des prestations portées en compte via la nomenclature;

d) les tâches de réactivation et de réintégration sociale dispensées par des membres du personnel de réactivation au sens de l'Arrêté ministériel du 6 novembre 2003 fixant le montant et les conditions d'octroi de l'intervention visée à l'article 37, §12, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, dans les maisons de repos et de soins et dans les maisons de repos pour personnes âgées, y compris l'ergothérapie;

2° les soins pharmaceutiques à l'exclusion de la fourniture de médicaments, de l'oxygène, des moyens diagnostiques, de l'alimentation médicale, des dispositifs médicaux autres que ceux destinés spécifiquement au maintien de la personne âgée dans son milieu de vie;

3° le coût de la concertation et de la coordination entre les partenaires du projet, y compris le case-management, à l'exclusion de toute forme de concertation déjà financée par l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités (exemple : concertation dans le cadre des SISD, projets thérapeutiques en santé mentale);

4° les désinfectants (à l'exception des désinfectants à usage gynécologique, à usage buccal et à usage ophtalmique) qui ne sont pas remboursables en exécution de l'Annexe I, chapitre I^{er} à IV, de l'arrêté royal du 17 mars 1997 fixant les conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût des préparations magistrales et produits assimilés, les pansements non imprégnés, les compresses stériles qui ne sont pas remboursables en exécution de l'Annexe I, chapitre V, de l'arrêté royal du 17 mars 1997 précité, le matériel d'injection sous-cutanée et/ou intramusculaire (à l'exception des seringues à insuline);

5° des aides techniques spécifiquement destinées au maintien de la personne âgée à domicile;

6° la formation et la sensibilisation du personnel visé au point 1°, nécessaires à l'exécution des tâches constitutives du projet;

- 7° la formation et la sensibilisation de la personne âgée incluse dans le projet et de l'aidant proche en sa qualité de partenaire indispensable au maintien à domicile;
- 8° une intervention dans le coût de l'enregistrement, de la gestion et de la transmission des données;
- 9° une intervention dans les frais administratifs et de facturation;
- 10° une intervention dans les frais de déplacement du personnel dans l'exécution des tâches visées au point 1°;
- 11° les frais de fonctionnement liés aux soins, comme par exemple le coût lié aux interventions des participants au projet qui ne sont pas couverts par la nomenclature ou une intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

Art. 8.

§1. La moyenne de l'intervention totale visée à l'article 6, calculée par projet sur une base annuelle s'élève par patient et par jour à maximum 60,80 euros (indice = 110,51 du 1^{er} septembre 2008 - base 2004 = 100).

Cette intervention est composée :

1° du coût moyen des prestations visées à l'article 6, 1°, s'élevant forfaitairement à 25 euros par jour et par patient;

2° et de l'intervention spécifique visée à l'article 6, 2°, calculée au moyen de la formule suivante et avec un maximum de 35,80 euros :

E. 1

(E. 7.2) * (E. 7.4)

Dans laquelle :

E.1 = la somme des coûts prévus pour les éléments visés à l'article 7;

E.7.2 = l'estimation du nombre de personnes âgées qui seront incluses dans le projet sur base annuelle;

E.7.4 = l'estimation du nombre moyen de jours supplémentaires qu'une personne âgée peut rester à domicile grâce au projet.

§2. En dérogation des dispositions du paragraphe 1^{er}, le montant de l'intervention spécifique peut s'élever à 60,80 euros maximum par jour et par patient, s'il s'agit d'un projet de court-séjour de revalidation disposant d'une déclaration de la Communauté /Région compétente attestant qu'il s'agit d'un court-séjour organisé au-delà de la programmation existante.

Chapitre 5

Partenaires des projets de soins alternatifs et de soutien aux soins

Art. 9.

Dans les catégories 1 et 2, visées à l'article 3, le nombre de partenaires peut être limité. Dans ce cas, le trajet de soins est défini avec les autres participants potentiels, même s'ils ne sont pas impliqués concrètement dans le projet. Une maison de repos pour personnes âgées ou une maison de repos et de soins est un partenaire obligatoire;

Dans les catégories 3 et 4, un service de soins infirmiers à domicile, ou un service intégré de soins à domicile (SISD) est un partenaire obligatoire. Une MRPA ou MRS doit être impliquée dans le projet et en être tenue informée si elle n'est pas partenaire du projet;

Dans toutes les catégories (1 à 4), doit au moins être partenaire du projet, une maison de repos pour personnes âgées, une maison de repos et de soins, un centre de soins de jour, un service de soins infirmiers à domicile ou un service intégré de soins à domicile;

Dans les catégories 2, 3 et 4, le SISD doit être impliqué dans le projet et en être tenu informé s'il n'est pas partenaire du projet.

Chapitre 6

Convention entre le projet et le Comité de l'assurance

Art. 10.

La convention visée à l'article 2 fixera les éléments suivants :

- 1° L'identité des partenaires du projet;
- 2° L'identité du coordinateur administratif chargé des relations administratives et financières avec l'INAMI et le nom de la personne de contact visés à l'article 14;
- 3° Les objectifs à atteindre par le projet;
- 4° La description de l'organisation pour atteindre ces objectifs;
- 5° L'engagement de moyens en vue d'atteindre ces objectifs et leurs coûts;
- 6° Une déclaration attestant que les membres du personnel affectés au projet entrent en ligne de compte uniquement pour la partie dont le coût salarial est pris en charge exclusivement par le projet ou les partenaires;
- 7° La détermination de l'intervention spécifique;
- 8° L'obligation de conclure l'accord de collaboration visé à l'article 11;
- 9° Les règles en matière de facturation et de paiement;
- 10° Les règles en matière d'échange de données;
- 11° La durée de validité de la convention, les modalités de résiliation de la convention;
- 12° Les règles pour la révision intermédiaire de l'intervention spécifique.

Chapitre 7

Accord de collaboration entre partenaires

Art. 11.

Les projets réalisés par plus d'un partenaire doivent définir leur lien de collaboration. Celui-ci doit être formalisé dans un accord de collaboration selon le modèle fixé par le Comité de l'Assurance sur proposition du Groupe de travail et reprenant au moins les points suivants :

- 1° L'énumération des partenaires;
- 2° L'apport des différents partenaires au projet;
- 3° Coordination, concertation, liaison et organisation;
- 4° Le déroulement de la communication entre les différents partenaires;
- 5° L'instrument d'évaluation utilisé;
- 6° La collecte et le flux de données;
- 7° La tenue des dossiers patients;
- 8° L'organisation d'un secrétariat;
- 9° L'affectation de l'intervention;
- 10° La désignation d'un coordinateur administratif chargé des relations administratives et financières avec l'INAMI.

Chapitre 8

Procédure de sélection

Art. 12.

Les partenaires d'un projet de soins alternatifs et de soutien aux soins, candidats à la signature d'une convention avec le Comité de l'assurance dans les conditions prévues par le présent arrêté doivent introduire leur projet auprès de l'INAMI, Av de Tervueren 211, 1150 Bruxelles dans les 90 jours qui suivent la publication du présent arrêté royal au Moniteur Belge, sous forme papier et sous forme électronique à l'adresse e-mail protocol3@inami.fgov.be.

Art. 13.

Le Comité de l'assurance fixe un schéma standard à introduire par les promoteurs des projets lors de l'introduction de leur candidature. A cet effet, il appliquera les définitions concernant notamment la désignation du groupe cible, les critères d'inclusion pour les personnes âgées, les instruments à utiliser, les partenaires, la concertation et la coordination, la zone d'activité.

Art. 14.

Lorsqu'on pose sa candidature, on doit désigner comme coordinateur administratif un établissement ou service qui dispose d'un numéro d'identification INAMI. Au sein de cet établissement ou service, une personne sera désignée qui fera office de personne de contact avec l'INAMI. L'intervention spécifique sera versée sur le numéro de compte de cet établissement ou service.

Lorsque le coordinateur administratif est une MRPA, une MRS ou un SISD, le projet est attribué à la Communauté/Région qui a agréé cette institution ou ce service.

Lorsque le coordinateur administratif est un service de soins infirmiers à domicile, la Communauté/Région à laquelle le projet est attribué est déterminée sur base de l'adresse de ce service. S'il s'agit d'un service de soins infirmiers dont l'adresse est dans la Région de Bruxelles-Capitale, c'est le projet lui-même qui, sur base de la langue dans laquelle le projet est introduit, détermine s'il est attribué à la Communauté Flamande ou à la Région de Bruxelles-Capitale.

Art. 15.

Les projets introduits seront évalués sur la base de critères de forme et de critères de fond.

Art. 16.

Le Comité de l'Assurance décide si les projets introduits satisfont aux critères de forme suivants après que l'avis des Communautés / Régions a été demandé :

1° Le projet a été introduit dans le délai prévu;

2° Ont été déposées :

a) une description du groupe cible;

b) une description de l'objectif, des soins à proposer et des résultats escomptés;

c) une description des partenaires et des autres participants ainsi que de leurs missions;

d) une description de la zone d'activité;

e) une analyse financière et une proposition d'intervention spécifique;

3° Le projet cadre avec une ou plusieurs des catégories visées à l'article 3 et satisfait aux priorités telles que visées à l'article 4.

Art. 17.

Pour répondre aux objectifs visés à l'article 2, les projets qui satisfont aux conditions de forme visées à l'article 16 seront évalués par le Comité de l'assurance sur la base des 6 critères de fond suivants, classés selon leur importance :

- 1° Description de l'objectif, des soins à proposer et des résultats escomptés : maximum 50 points;
 - 2° Description des partenaires et des autres participants ainsi que de leurs missions : maximum 20 points;
 - 3° Description du groupe cible : maximum 10 points;
 - 4° Analyse financière et proposition d'intervention spécifique : maximum 10 points;
 - 5° Description de la zone d'activité : maximum 5 points;
 - 6° Proposition de projet programmable, applicable dans tout le pays et ne réévaluant pas la nomenclature ou les forfaits existants : maximum 5 points.
- Le Comité de l'assurance définit, sur proposition du Groupe de travail, ce qu'il convient d'entendre par ces critères.

Art. 18.

Dans certains cas des points bonus peuvent être accordés à un projet.

Ces points bonus sont définis comme suit :

- 1° participation au projet à la fois d'une MRPA/MRS, d'un SISD et d'un service de soins infirmiers à domicile : maximum 5 points;
- 2° participation au projet d'une ou de plusieurs associations de représentants des usagers ou d'un Conseil Consultatif des Aînés communal ou d'un organe comparable : maximum 5 points;
- 3° utilisation du RAI comme instrument d'évaluation : 5 points.

Art. 19.

Pour évaluer les projets introduits, 4 jurys sont constitués : 1 pour la Région de Bruxelles-Capitale, 1 pour la Communauté Germanophone, 1 pour la Communauté Flamande et 1 pour la Région Wallonne.

Ces jurys sont présidés par le fonctionnaire dirigeant du Service des soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie - invalidité ou par un fonctionnaire désigné par lui.

Les jurys sont composés comme suit :

- 1° 3 membres effectifs et 3 membres suppléants, représentant les administrations;
- 2° 3 membres effectifs et 3 membres suppléants, représentant les organismes assureurs;
- 3° 3 membres effectifs et 3 membres suppléants, représentant les prestataires de soins (SISD, MRPA /MRS et Services de soins infirmiers à domicile).

Les membres effectifs et suppléants visés dans l'alinéa précédent sont désignés par le Comité de l'assurance sur proposition du Groupe de travail.

Art. 19 bis .

Chaque groupe visé à l'article 19, 3^e alinéa évalue les projets introduits sur les critères visés aux articles 17 et 18 et attribue un score pour chaque critère.

Les scores des trois groupes sont transmis au président du jury qui, par critère visé aux articles 17 et 18, prend la moyenne des trois scores et calcule le score total par projet.

Le score total visé dans l'alinéa précédent correspond à la somme des scores obtenus sur les critères de fond visés à l'article 17 et des points bonus visés à l'article 18.

S'il apparaît que, pour un ou plusieurs critères d'un même projet, le pourcentage d'un ou plusieurs groupes diffère de 40 ou plus, le jury doit délibérer à ce sujet et les points peuvent être éventuellement adaptés.

Après calcul du score total, le président communique celui-ci, par projet introduit, au Groupe de travail.

Art. 20.

Le Comité de l'assurance détermine, sur proposition du Groupe de travail, les projets avec lesquels une convention, telle que visée à l'article 2, peut être conclue.

Pour pouvoir être pris en considération, un projet doit obtenir pour les critères visés à l'article 17, un minimum de 60 points sur 100 et au moins la moitié des points pour chaque critère.

Une sélection des projets pris en considération est faite sur base du score total du projet, du nombre d'équivalents MRS disponibles par Communauté/Région et des priorités fixées par catégorie à l'article 4.

Le score total d'un projet est la somme des points obtenus pour les critères mentionnés à l'article 17 et les points bonus mentionnés à l'article 18.

En cas d'ex aequo, les projets concernés sont classés sur base des points obtenus sur le critère de fond visé à l'article 17,1°. Lorsque cette comparaison ne permet pas davantage d'établir une différence entre les projets concernés, il sera tenu compte des scores obtenus sur les autres critères mentionnés à l'article 17 dans l'ordre où ils sont repris dans ledit article.

S'il apparaît que les équivalents MRS disponibles d'une Communauté/Région n'ont pas tous été affectés à des projets, un nouvel appel à candidats peut être lancé par cette Communauté/Région. Pour ce faire, les mêmes critères de sélection sont appliqués, à l'exception du délai mentionné à l'article 12. Ces projets doivent être introduits dans les deux mois de l'appel.

Chapitre 9

Détermination de l'intervention spécifique

Art. 21.

Le calcul de l'intervention spécifique est effectué par le Service des soins de santé de l'INAMI, notamment sur base des données financières figurant dans les propositions de projets.

Chapitre 10

Rapport au Comité de l'Assurance et échange de données

Art. 22.

Les projets avec lesquels une convention, telle que visée à l'article 2, sera conclue ont une obligation de transmettre des données et des rapports.

Art. 23.

La convention avec le Comité de l'assurance ne produit ses effets qu'au moment où la liste des données à enregistrer et des instruments à utiliser le cas échéant est établie par le Comité de l'assurance, sur proposition du Groupe de travail.

Art. 24.

La convention avec le Comité de l'assurance fixe les délais dans lesquels les rapports doivent être transmis. Sur base de ces rapports, le Comité de l'assurance peut décider d'adapter le financement spécifique.

Chapitre 11

Financement des projets

Art. 25.

[¹ Les projets, avec lesquels une convention telle que visée à l'article 2 est conclue, reçoivent une intervention spécifique. Cette intervention peut être exprimée en termes de période de soins ou de paquet de soins. Cette intervention spécifique peut être versée directement par l'INAMI au projet. A partir d'une date déterminée par le Comité de l'assurance pour l'ensemble des projets et notifiée au moins trois mois à l'avance à chacun d'entre eux, une facture doit être introduite par patient à son organisme assureur.]¹

(1)(AR 2012-12-04/08, art. 2, 002; En vigueur : 28-12-2012)

Art. 26.

Les projets avec lesquels une convention, telle que visée à l'article 2, est conclue reçoivent dans le mois de la signature de la convention une intervention unique de départ, en plus de l'intervention spécifique. Celle-ci est calculée par projet à raison de 15 % de l'intervention spécifique, exprimée sur une base annuelle.

Art. 27.

Ce financement est accordé pour une période de maximum 72 mois à partir de la date de signature des conventions visées à l'article 2.

Art. 28.

Le présent arrêté entre en vigueur le jour de sa publication au *Moniteur belge*.

Art. 29.

Notre Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Bruxelles, le 02 juillet 2009.

ALBERT

Par le Roi :

La Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,

Mme L. ONKELINX

L'échelle de fragilité Edmonton

EDMONTONFRAIL SCALE Entourer l'évaluation faite et additionner les points Score:/17 (0-3: non fragile; 4-5: légèrement fragile; 6-8 modérément fragil; 9-17: sévèrement fragile)				
Domaine	Item	0 point	1 point	2 points
	Imaginez que ce cercle est une horloge. Je vous demande de		Erreurs	

Cognitif	positionner correctement les chiffres et ensuite de placer les aiguilles à 11h10	Pas d'erreur	mineures de positionnement	Autres erreurs
Santé générale	Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous été admis(e) à l'hôpital?	0	1-2	3 ou plus
	En général, comment appréciez-vous votre santé?	Excellente, très bonne, bonne	Correcte, passable	Mauvaise
Indépendance fonctionnelle	Pour combien des 8 activités suivantes nécessitez-vous de l'aide: déplacements, courses, préparation des repas, faire le ménage, téléphoner, gérer vos médicaments, gérer vos finances, la lessive?	0-1	2-4	5-8
Support social	Si vous avez besoin d'aide, pouvez-vous compter sur quelqu'un qui est d'accord de vous aider et en mesure de vous aider?	Toujours	Parfois	Jamais
Médicaments utilisés	Prenez-vous régulièrement 5 médicaments prescrits ou plus?	Non	Oui	
	Vous arrive-t-il d'oublier de prendre un médicament prescrit?	Non	Oui	
Nutrition	Avez-vous récemment perdu du poids au point d'avoir des vêtements trop larges?	Non	Oui	
Humeur	Vous sentez-vous souvent triste ou déprimé?	Non	Oui	
Continence	Perdez-vous des urines sans le vouloir?	Non	Oui	
Performance fonctionnelle	Test « Up and go » chronométré. (Asseyez-vous tranquillement sur cette chaise, levez-vous, marchez trois mètres jusqu'au repère et venez vous rasseoir)	0-10 sec	11-20 sec	> 20 sec, ou Assistance, ou refus

Vu pour être annexé à Notre arrêté du 2 juillet 2009. fixant les conditions dans lesquelles le Comité de l'Assurance peut conclure des conventions en application de l'article 56, §2, alinéa 1^{er}, 3^o, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, pour le financement de soins alternatifs et de soutien aux soins à des personnes âgées fragiles.

ALBERT

Par le Roi :

La Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,
Mme L. ONKELINX