

**01 janvier 2003**

**Conférence interministérielle. - Protocole n° 2 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'Etat 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 n° 1 conclu le 9 juin 1997 entre le Gouvernement fédéral et les autorités visées aux articles 128, 130, 135 de la Constitution, concernant la politique de la santé à mener à l'égard des personnes âgées et les avenants 2, 3 et 4 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'Etat Fédéral et les Communautés et les Régions;

Considérant que pour assurer à long terme un financement équilibré de la Sécurité sociale, il convient de maîtriser l'évolution de l'offre de soins tout en garantissant aux personnes âgées des services de qualité; de garantir 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; qu'une politique pro-active et préventive entraîne une moindre dépendance et un moindre isolement de la personne âgée, ce qui libère des moyens pour des soins meilleurs;

Considérant que le principe de base des soins formels est avant tout de prodiguer en toute circonstance les soins nécessaires à la personne âgée pour lui permettre de retrouver un maximum d'autonomie et de restituer ses capacités et que si une perte de fonction est inévitable, les conséquences doivent être limitées au maximum;

Considérant que pour ce faire, il faut suffisamment de prestataires d'aides et de soins, financés de manière adéquate;

Considérant l'évolution démographique différente de la population âgée dans les Communautés et Régions et le besoin d'unités 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 maisons de repos et maisons de repos et de soins, de manière à assurer pour chaque résident avec un profil de soins lourd un financement identique permettant d'assurer les soins adéquats; et qu'il importe donc de favoriser l'extension de capacités d'accueil destinées aux soins;

Considérant qu'il est nécessaire d'optimiser la répartition de l'offre de lits de maisons de repos pour personnes âgées ainsi que le recours aux centres de soins de jour;

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 des autres formules alternatives de soins offertes en collaboration entre le secteur à domicile et les institutions;

Considérant le manque ou l'absence dans certaines Communautés et Régions, après les première et deuxième phases de reconversion, de structures résidentielles qui soient adaptés aux besoins des personnes âgées ayant des problèmes psychiatriques chroniques stabilisés et qu'il est dès lors nécessaire de développer des initiatives allant en ce sens;

Considérant que, dans le cadre de leurs compétences, les Communautés/Régions ont développé une législation spécifique relative aux procédures d'octroi des agréments;

Considérant qu'il a été convenu que, dans la Conférence interministérielle spécifique aux personnes âgées, qui doit encore être organisée, un groupe de travail devrait se pencher sur la problématique des transports et sur une meilleure harmonisation des différentes normes qui s'appliquent tant au niveau fédéral que dans les Communautés et les Régions;

Ces considérants ont été exécutés par l'avenant n° 3 du 13 juin 2005 du présent protocole.

Il est convenu ce qui suit:

### Chapitre I<sup>er</sup>. - *de la politique à mener*

1. L'Etat Fédéral et les Communautés et Régions conviennent de mettre au point, au sein de la Conférence Interministérielle des personnes âgées, des propositions visant à une politique de santé concertée afin de faire face aux besoins des personnes âgées nécessitant des soins de prise en charge, d'accompagnement et de soins.

2. Une concertation approfondie avec les Communautés et les Régions est absolument nécessaire pour arriver à un consensus sur les objectifs communs en matière de soins pour les personnes âgées. Le résultat peut prendre la forme d'un accord de collaboration entre l'Etat fédéral et les Communautés et Régions fixant 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. L'accord 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 par un accord 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.

3. L'Etat Fédéral et les Communautés et Régions conviennent de mettre au point, au sein d'un groupe de travail ad-hoc, des propositions visant à une politique de santé concertée afin de faire face aux besoins des personnes âgées ayant des problèmes psychiatriques chroniques stabilisés, nécessitant une prise en charge, un accompagnement et des soins, et ceci dans un souci de cohérence entre les politiques menées.

### Chapitre II. - *de la programmation des structures d'accueil*

Afin de maîtriser l'évolution des dépenses dans le cadre du budget de l'assurance maladie, fixé par le gouvernement fédéral pour le secteur des maisons de repos, les Communautés et Régions s'engagent:

1. à respecter le moratoire sur les structures programmées suivantes, ce qui signifie:

à 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:

A. Pour les maisons de repos:

Au 31 décembre 2002, la capacité d'accueil des maisons de repos, est établie comme suit:

	Existant	Programmés	Différence
Comm. flamande	36.908	46.075	9.167
Région wallonne	33.300	35.645	2.345
Région bilingue BX - CCC COCOF	11.282	12.981	1.699
Comm. Germanophone	323	414	91
Belgique	81.813	95.115	13.302

Considérant que la programmation en Communauté germanophone a été initialement sous-évaluée, il convient de la corriger. Pour autant que la programmation de 5,37 places, maisons de repos et MRS ensemble, par 100 personnes de 60 ans et plus, n'est pas atteinte en Communauté germanophone, la programmation pour la capacité d'accueil des maisons de repos est augmentée de 130 lits MRPA.

	existant	Programmés	différence
Comm. flamande	36.908	46.075	9.167
Région wallonne	33.300	35.645	2.345
Région bilingue BX - CCC COCOF	11.282	12.981	1.699
Comm. Germanophone	323	544	221
Belgique	81.813	95.245	13.432

A bis . Pour les maisons de repos en 2003:

Ce qui signifie que les Communautés et Régions s'engagent à ouvrir au maximum pour le 31 décembre 2003, les lits de maisons de repos:

Total maximum Au 31/12/2003	
Comm. flamande	37.908
Région wallonne	35.645
Région bilingue BXI -CCC COCOF	12.981
Comm. Germanophone	353

B. Pour les maisons de repos et de soins :

Au 31 décembre 2002, la capacité d'accueil des maisons de repos et de soins, est établie comme suit:

	Existant	Programmés	Différence
Comm. flamande	26.124	26.662	538
Région wallonne	13.129	13.129	0
Région bilingue BXL - CCC-COCOF	5.045	5.045	0
Comm. germanophone	306	306	0
Belgique	44.604	45.142	538

C. Pour les centres de soins de jours:

Au 31 décembre 2002, la capacité d'accueil des centres de soins de jours, est établie comme suit:

	Existant	Programmés	Différence
Comm. flamande	818	1.675	857
Région wallonne	230	870	640
Région bilingue BXL - CCC-COCOF	96	248	152
Comm. germanophone	5	19	14
Belgique	1.149	2.812	1.663

Le premier alinéa du point 7 de l'avenant n° 2 au protocole du 9 juin 1997 énonçant que « L'ouverture d'une place en centre de soins de jour est subordonnée à la fermeture équivalente d'un lit de maison de repos ou à la non-ouverture d'un lit de maison de repos programmé pour l'année en cours. La preuve de la fermeture équivalente ou de la non-ouverture d'un lit programmé sera apportée par les Communautés / Régions. » est supprimé à partir du 1 janvier 2003.

C bis . Pour les centres de soins de jours en 2003:

Ce qui signifie que les Communautés et Régions s'engagent à ouvrir au maximum pour le 31 décembre 2003, les places de centres de soins de jours:

	Existant Au 31/12 /2002	Max. prévus 2003	Programmés 2003	Différence
Comm. Flamande	818	200	1.988	970
Région Wallonne	230	0	1.045	815
Région bilingue BXL - CCC - COCOF	96	120	294	78
Comm. germanophone	5	6	24	13
Belgique	1.149	326	3.351	1.876

2. Des possibilités d'extension des capacités:

A. Principes:

La programmation des Communautés/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 structures de soins en tenant compte du nombre de personnes ayant besoin de soins et de l'évolution démographique des différentes classes d'âge au-dessus de 60 ans.

B. de l'extension:

Les communautés et les 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 ci-dessous.

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 comme prévu dans la programmation pour 2003, exprimés en « équivalents MRS ».

Cette capacité correspond à la capacité reprise au point [1](#) , à laquelle peut être ajoutée la capacité supplémentaire prévue par l'élargissement visé au point [2](#) et selon les règles d'équivalence prévues au point [4](#) .

C. Pour l'année 2003 (au 31 décembre 2003):

Pour l'année 2003, le nombre « d'équivalent MRS » qui peut venir s'ajouter à la capacité reprise au point [1](#) est pour l'ensemble du Royaume de:

2.067/1.69

Et se répartit comme suit:

- Communauté flamande: 1.352/1.69
- Région wallonne: 645/1.69
- Région bilingue de Bruxelles-Capitale: 41/1.69
- Communauté germanophone: 29/1.69

3. La capacité supplémentaire définie dans le point [2C](#) , et exprimée en « équivalents MRS » peut être utilisée soit pour l'élargissement physique du nombre de places, soit pour une reconversion suivant des règles d'équivalence précisées au point [4](#) , soit pour une combinaison des deux, étant entendu que priorité doit être donnée à une amélioration de la prise en charge pour les patients fortement dépendants en maison de repos et de soins.

4. Règles d'équivalence:

Pour chaque extension d'une unité d' « équivalents MRS » prévue dans la capacité autorisée, comme repris au point [2C](#) , les règles d'équivalence suivantes peuvent être appliquées:

- 1 équivalent MRS donne droit à l'ouverture de 1 nouveau lit de maison de repos et de soins (MRS)
- 1 équivalent MRS donne droit à la reconversion de 2, 61 lits de maison de repos existants et compris dans la capacité définie au point [1A](#) , en lits de maison de repos et de soins;

– 1 équivalent MRS donne droit à l'ouverture de 3,21 places de courts-séjour (en ce qui concerne le court-séjour, les Communautés et Régions et l'Etat fédéral s'engage à évaluer à court terme la pertinence de la règle d'équivalence et à développer une définition commune de base) en maison de repos ou en lits de maisons de repos et de soins existants et agréés;

Ce troisième tiret du point 4. a été exécuté par l'avenant n° 5 du 13 juin 2005 au présent protocole.

– 1 équivalent MRS donne droit à l'ouverture de 0,89 place de maison de soins psychiatriques

– 1 équivalent MRS donne droit à l'ouverture de 2,06 places de centre de soins de jour

Pour autant que la programmation de 5,37 places, maisons de repos et maisons de repos et de soins ensemble, par 100 personnes de 60 ans et plus, n'est pas atteinte, la règle d'équivalence suivante peut-être appliquée:

– 1 équivalent MRS donne droit à l'ouverture de 3,21 lit de maisons de repos.

5. Sans préjudice des dispositions reprises au point [6](#) : Les Communautés et Régions rédigeront un plan annuel 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.

L'Etat 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, C+, Cd) pourraient être définies dans un avenant au présent protocole.

Les Communautés et Régions s'engagent également à développer dans le cadre du plan annuel une politique relative aux structures alternatives de soins.

6. Les moyens financiers correspondants aux «équivalents MRS » repris au point [2 C](#) peuvent également être utilisés en tout ou en partie pour financer de nouvelles alternatives ayant pour objectif d'améliorer la prise en charge des patients et tenant compte de la priorité qui doit être donnée au maintien à domicile.

Le financement sera lié à la conclusion de contrats entre les autorités compétentes concernées.

Un lien financier et fonctionnel avec les services intégrés de soins à domicile tels que définis dans le cadre du protocole du 25 juillet 2001 conclu entre le Gouvernement fédéral et les autorités visées aux articles 128, 130 et 135 de la Constitution portant sur les soins de santé de première ligne, sera exigé pour tout projet de ce type.

Le cas échéant un lien avec une structure de type maisons de repos et/ou maisons de repos et de soins pourra également être prévu.

Une évaluation des projets 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.

Ce point 6. a été exécuté par l'avenant n° 1 du 8 décembre 2003 au présent protocole.

7. La capacité supplémentaire définie dans le point [2 C](#) qui ne serait pas utilisée totalement en 2003 et pour laquelle les moyens financiers correspondants n'auraient pas été utilisés dans le cadre de projets, tels que visés à l'alinéa précédent, 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.

Les Communautés et Régions s'engagent à transmettre les pièces nécessaires pour justifier la capacité en portefeuille lors de l'évaluation de 2003 prévue au point [8](#), ou des évaluations annuelles ultérieures.

8. Fin 2003, une analyse qualitative et quantitative sera effectuée, notamment sur base des plans pluri-annuels transmis par les Régions et Communautés.

Sur base de cette évaluation, il pourra être décidé, le cas échéant de la poursuite de la programmation prévue au point [3](#) et reprises en annexe pour des années futures, notamment en fonction des données démographiques actualisées, ainsi que de la poursuite du système « d'équivalents MRS ».

En cas de poursuite de ce système, l'évaluation du plan aura lieu annuellement.

Pour ce qui concerne les capacités déjà programmées reprises au point [1 A](#), [B](#) et [C](#), elles pourraient être utilisées à partir de 2004 selon le principe des « équivalents MRS » et selon des règles de reconversion à définir ultérieurement.

9. Le transfert et l'échange d'informations entre les services dépendant du Gouvernement fédéral, à savoir les Affaires sociales, la Santé Publique les Affaires Economiques et l'INAMI, et les services dépendant des Communautés et Régions seront garantis.

Ce point 9. a été exécuté par:

- l'avenant n° 2 du 25 mai 2004 au présent protocole;
- l'avenant n° 4 du 13 juin 2005 au présent protocole.

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

10. Le présent protocole entre en vigueur le le jour de sa signature.

Ainsi conclu à Bruxelles le 1<sup>er</sup> janvier 2003.

Pour le Gouvernement fédéral:Le Ministre de la Protection de la Consommation, de la Santé publique et de l'Environnement,J. TAVERNIERLe Ministre des Affaires sociales et des Pensions,F. VANDENBROUCKE  
Voor de Vlaamse Regering:De Minister van Welzijn, Gezondheid, Gelijke Kansen en Ontwikkelingssamenwerking,M. VOGELSFür die Regierung der Deutschsprachigen Gemeinschaft: Der Minister für Jugend und Familie, Denkmalschutz, Gesundheit und Soziales,H. NIESSEN  
Pour le Gouvernement wallon:Le Ministre des Affaires sociales et de la Santé,Th. DETIENNE  
Pour le Gouvernement de la Communauté française:Le Ministre de l'Aide à la Jeunesse et de la Santé,N.

MARECHAL Pour le Collège de la Commission communautaire française de la Région de Bruxelles-Capitale: Le Membre du Collège, chargé du Budget, de l'Action sociale et de la Famille, A. HUTCHINSON Le Membre du Collège, chargé de la Santé, D. GOSUIN Pour le Collège réuni de la Commission communautaire commune de la Région de Bruxelles-Capitale: Le Membre du Collège réuni, compétent pour la Politique de la Santé, D. GOSUIN Le membre du Collège réuni, chargé de l'Aide aux Personnes et de la Fonction publique, E. TOMAS