

**11 mars 2008**

**Conférence interministérielle. – Avenant n° 3 au Protocole d'accord n° 3 du 13 juin 2005, conclu entre l'Autorité fédérale et les Autorités visées aux articles 128, 130, 135 et 138 de la Constitution, concernant la politique de santé à mener à l'égard des personnes âgées et qui concerne les formes alternatives de soins et de soutien aux soins**

Vu le protocole d'accord n° 3, du 13 juin 2005, conclu entre l'Autorité fédérale et les Autorités visées aux articles 128, 130, 135 et 138 de la Constitution, concernant la politique de santé à mener à l'égard des personnes âgées;

Vu le fait que le protocole d'accord n° 3 mentionne explicitement le développement des formes alternatives de soins et de soutien aux soins, notamment, dans le point 10 du chapitre 3 Utilisation de l'investissement fédéral correspondant à une reconversion de 28 000 lits MRPA en lits MRS.

Il est convenu ce qui suit:

**1. Introduction.**

Lors de la Conférence interministérielle Santé publique du 13 juin 2005 un troisième protocole d'accord a été conclu entre l'État fédéral et les Régions et Communautés dans le cadre de la politique à mener en matière de soins aux personnes âgées.

Le premier protocole d'accord (1/1/1998 - 1/1/2002) concernait essentiellement la reconversion de 25.000 lits de maisons de repos (MRPA) en lits de maisons de repos et de soins (MRS). L'avenant numéro 2 au premier protocole d'accord prévoyait également une marge de programmation et un financement pour les centres de soins de jour à partir du 1/1/2000.

Le protocole d'accord n° 2 (2003) permettait aux Régions et aux Communautés, outre la reconversion des MRPA en MRS, d'investir sur base volontaire des moyens dans des alternatives d'accueil en support aux soins à domicile. Cette initiative a été définie plus précisément dans l'avenant 1 à ce deuxième protocole d'accord.

Le protocole n° 3 (1/10/2005 - 1/10/2010) encourage à aller plus loin dans le développement des formes alternatives de soins et de soutien aux soins. En collaboration avec l'État fédéral, les Communautés et les Régions doivent, durant la période couverte par le protocole d'accord n° 3, affecter 20 % des moyens disponibles à la création de formes alternatives de soins et de soutien aux soins.

Par analogie aux projets thérapeutiques en santé mentale, les pouvoirs publics ont choisi de laisser les formes alternatives de soins et de soutien aux soins recevoir une formulation émanant des acteurs de terrain plutôt que de l'imposer d'autorité. L'innovation dans le secteur des soins et du soutien aux soins a en effet une assise plus grande lorsqu'elle est formulée, à un stade initial, selon une approche du bas vers le haut. Il est néanmoins important que l'autorité formule à destination des acteurs de terrain un certain nombre de directives et critères que doivent respecter ces formes alternatives de soins et de soutien aux soins. Il est tout aussi important pour les initiateurs de ces projets qu'après un stade expérimental les formes alternatives de soins et de soutien aux soins soient intégrées dans le cadre réglementaire des autorités compétentes respectives.

Raison pour laquelle il convient de préciser que ces formes de soins sont soutenues tant par l'État fédéral que par les Communautés et Régions. Outre les critères que le Pouvoir fédéral estime importants dans le cadre de la politique à mener en matière de soins aux personnes âgées, chaque Communauté et chaque

Région peut établir des critères spécifiques complémentaires. Comme déjà mentionné, l'objectif est d'intégrer ces formes alternatives de soins et de soutien aux soins dans le cadre réglementaire après l'éventuelle phase expérimentale. Lors de la proposition de formes alternatives de soins et de soutien aux soins, il convient, au préalable, de réfléchir à la manière dont les différentes autorités pourront intégrer ces formes de soins dans leurs plans stratégiques.

Il faut également noter que, pour certaines formes alternatives de soins et de soutien aux soins dont le financement sera prévu par le biais de la technique de la convention, le Comité de l'assurance de l'INAMI examinera dans quelle mesure les propositions déposées s'inscrivent dans le cadre de l'assurance maladie. C'est pourquoi, il est opportun de mettre sur pied un groupe de travail mixte composé de la Conférence Interministérielle « Soins aux personnes âgées » et de membres proposés par le Comité de l'assurance de l'INAMI. La présente note peut, par conséquent, servir de note de base à la poursuite de la discussion au sein de ce groupe de travail. Le [point 5](#), traitant de la proposition de procédure, y reviendra.

La présente note fait suite à la note « Projets de soins innovants, deuxième et troisième protocole d'accord: cadre exploratoire » et a pour but d'affiner les critères auxquels les formes alternatives de soins et de soutien aux soins doivent répondre afin d'entrer en ligne de compte pour un financement par les moyens du Protocole 3.

Avant d'examiner plus avant ces critères, il convient d'approfondir quelque peu les principes, la définition et le budget prévu pour les formes alternatives de soins et de soutien aux soins dans le cadre du Protocole 3.

2. Objectif et définition des formes alternatives de soins et de soutien aux soins telles que formulées dans le protocole d'accord n° 3.

Par le Protocole d'accord n° 3, l'État fédéral et les Communautés et les Régions collaborent dans le cadre du vieillissement de la population et de l'accroissement des besoins en matière de soins complexes et de longue durée.

Le vieillissement de la population représente en effet un défi pour les pouvoirs publics, en ce qui concerne par exemple le paiement des pensions mais les interpelle également dans leur fonction de soins. Les objectifs mentionnés dans le protocole d'accord n° 3 permettent de dégager quatre grandes lignes communes, qui constituent le point de départ tant du développement que de l'encouragement des formes alternatives de soins et de soutien aux soins:

- Encouragement et développement des soins à domicile: tout comme dans d'autres secteurs, notre volonté est d'organiser les soins aux personnes âgées dans un environnement qui corresponde le plus possible au milieu de vie familial du demandeur de soins. Cet aspect est notamment soutenu, d'une part par la reconversion des MRPA en MRS qui donne la priorité des soins résidentiels aux personnes nécessitant le plus de soins, et d'autre part, par le développement des soins à domicile, des soins infirmiers à domicile ainsi que des structures transmursales.
- Soutien à l'aidant principal: partant de l'idée que le maintien à domicile n'est réalisable que grâce aux soins informels du conjoint, des enfants, des autres membres de la famille ou des amis et qu'à l'inverse les soins informels ne sont possibles qu'en présence des soins formels, ces deux formes de soins se complètent mutuellement. L'aidant principal, partenaire important dans le processus de soin, doit être davantage soutenu par une gamme de services, y compris les aides au maintien à domicile.

Les possibilités alternatives d'accueil ne concernent pas seulement l'encouragement des centres de soins de jour et de courts séjours mais également les formules de collaboration avec les soins à domicile et les

soins résidentiels. Ces divers aspects sont résumés sous le terme de formes alternatives de soins et de soutien aux soins.

– Des soins formels accessibles et financièrement supportables: la poursuite du développement des soins à domicile, de l'aide au maintien à domicile et des structures remplaçant le domicile doivent garantir l'offre de soins et son financement à long terme par le biais de la sécurité sociale et d'autres formes de financement public. Une offre plus différenciée permet également d'offrir à chaque demande d'aide et de soins une réponse appropriée: « des soins sur mesure pour les personnes âgées ».

– Outre l'accessibilité financière, l'accessibilité géographique est aussi importante. Les formes alternatives de soins et de soutien aux soins doivent en effet être réalisables dans tout le pays et ne pas se limiter à une certaine région. C'est pourquoi la définition des formes alternatives de soins et de soutien aux soins fait toujours mention de « soins résidentiels programmés et non définitifs ou de soins ou de soutien aux soins à domicile, programmés et non résidentiels. »

Il est clair cependant que le financement prévu pour les formes alternatives de soins et de soutien aux soins ne peut en aucun cas servir à pallier l'éventuel sous-financement d'autres structures.

– Une bonne coordination de l'offre de soins, une offre de soins intégrée: les situations en matière de soins des personnes âgées nécessitant des soins de longue durée sont souvent complexes et requièrent l'intervention de différentes formes de soins et de différents prestataires de soins. En outre, les besoins en matière de soins des personnes âgées évoluent au fil du temps. La nécessité apparaît donc de coordonner les divers aspects des soins. Cette coordination suppose une collaboration multidisciplinaire et transsectorielle ainsi qu'un échange d'informations et une concertation efficaces. Dans ce cadre, on pensera notamment à la fonction de liaison externe en gériatrie, au référent hospitalier pour la continuité des soins, à un instrument d'évaluation uniforme, aux centres de coordinations de soins à domicile et aux SISD.

Les critères des formes alternatives de soins et de soutien aux soins qui seront définis plus avant dans l'avenant s'inspirent de ces quatre grands axes stratégiques. Mais que sont exactement ces formes alternatives de soins et de soutien aux soins? La définition du protocole 3 permet de déterminer quatre modèles.

« 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. »

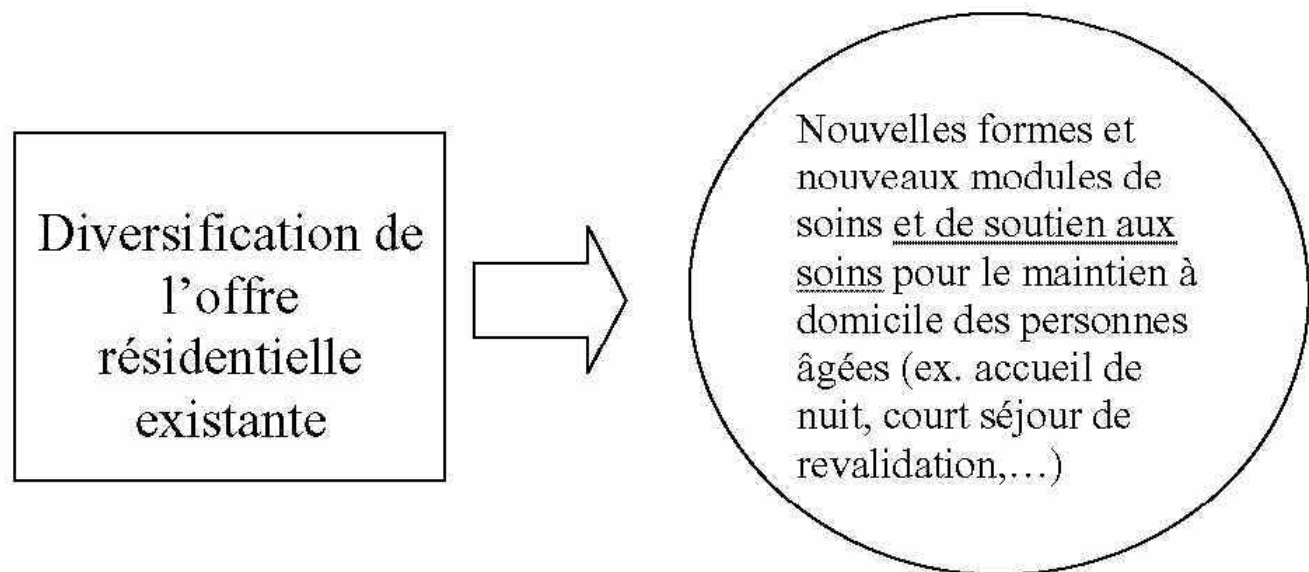
Lorsque l'on parle de formes alternatives de soins et de soutien aux soins, on vise la création d'une offre pour les personnes âgées vulnérables vivant à domicile, notamment par le biais:

– de nouvelles formes de soins et de soutien aux soins et/ou d'un renouveau des formes de soins et de soutien aux soins existantes (modèle 1) et/ou

- de nouvelles fonctions et activités de soins et de soutien aux soins (modèle 2) et/ou
- du développement d'une fonction de liaison en collaboration avec d'autres partenaires dans le secteur des soins (modèle 3) et/ou
- d'une garantie de soins et de soutien aux soins offerte, en collaboration avec d'autres partenaires, aux habitants de nouvelles formes d'habitat entre le domicile et la maison de repos (modèle 4).

Lorsque l'on parle de formes alternatives de soins et de soutien aux soins, il ne s'agit donc pas d'une revalorisation de l'offre existante en matière de soins et de soutien aux soins à domicile et de structures remplaçant le domicile. Il ne s'agit donc pas de revaloriser par exemple l'offre existante par un renforcement des normes MRS ou des normes dans les centres de soins de jour ou courts séjours. Il ne s'agit pas non plus d'un refinancement du secteur des soins à domicile.

Modèle 1: diversification de l'offre résidentielle existante par le biais de nouveaux modules de soins et de soutien aux soins à domicile.



Dans ce premier modèle, de nouvelles structures sont donc créées pour le soutien des personnes âgées à domicile, pour lesquelles des normes spécifiques de programmation, d'agrément et de financement seront fixées à terme.

Des exemples sont:

- ° court-séjour (e.a. revalidant)
- ° accueil de crise
- ° centre de soins de jour
- ° accueil de nuit

° ....

Au sein du groupe de travail inter-cabinets « Politique de santé à mener à l'égard des personnes âgées », une discussion a notamment été menée afin de déterminer si la création, par exemple, de courts séjours était ou non considérée comme forme alternative de soins et de soutien aux soins. La réponse à cette question est positive. Cependant, les centres de soins de jour et les courts séjour mis en place à partir des moyens des protocoles précédents ne peuvent pas entrer en considération pour rencontrer les engagements du protocole n° 3 concernant les formes alternatives de soins et de soutien aux soins.

Concrètement, n'entrent pas en ligne de compte:

- les lits pour courts séjours agréés en Communauté Flamande et en Communauté Germanophone. Ceux-ci sont liés à un agrément en tant que maison de repos et sont donc, aujourd'hui encore, inclus dans les moyens du moratoire sur les lits en maison de repos;
- les lits pour courts séjours (530 lits à l'horizon 2009) que la Région Wallonne souhaite réaliser grâce aux moyens du protocole d'accord n° 2.

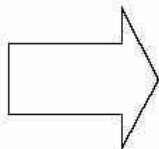
Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2000, dans les centres de soins de jour agréés, un forfait est prévu pour les personnes âgées nécessitant des soins des soins répondant aux critères des forfaits B, C et Cd selon l'échelle de Katz.

L'avenant 2 au protocole d'accord n° 1<sup>er</sup> définit des dispositions spécifiques en matière de centres de soins de jour. La programmation fédérale prévoit un maximum de 1,5 place par millier d'habitants de 60 ans et plus, à réaliser sur une période de 5 ans.

Cette programmation n'est pas encore pleinement réalisée. Cela a pour conséquence que les places qui seront créées dans les limites de la programmation ne rentrent pas dans les 20 % des soins alternatives.

Modèle 2: diversification de l'offre résidentielle existante par le biais de nouvelles fonctions et activités de soins et de soutien aux soins, au domicile des personnes âgées, y compris les résidences services.

**Diversification  
de l'offre  
résidentielle  
existante**



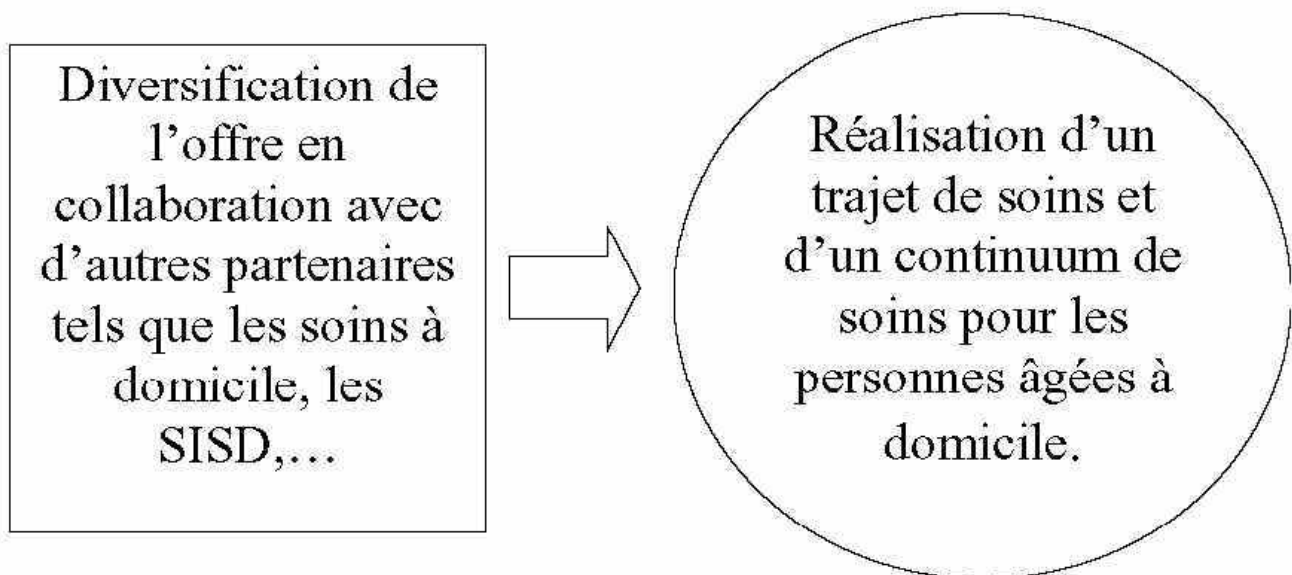
**Nouvelles fonctions de  
soins et de soutien aux  
soins pour le maintien  
à domicile des  
personnes âgées (ex.  
ergothérapie, aide  
psychologique,...)**

Ce modèle ne crée donc pas de nouvelles structures mais se verra, à terme, appliquer un financement organique par l'INAMI.

Des exemples sont:

- ° ergothérapeute à domicile
- ° fonction psychologique
- ° compétences infirmières et d'aides soignant(e)s (en complémentarité et continuité avec les soins à domicile)
- ° organisation des soins infirmiers, paramédicaux et de kinésithérapie dans les résidences-services établies sur le même site qu'une MRPA ou une MRS
- ° ....

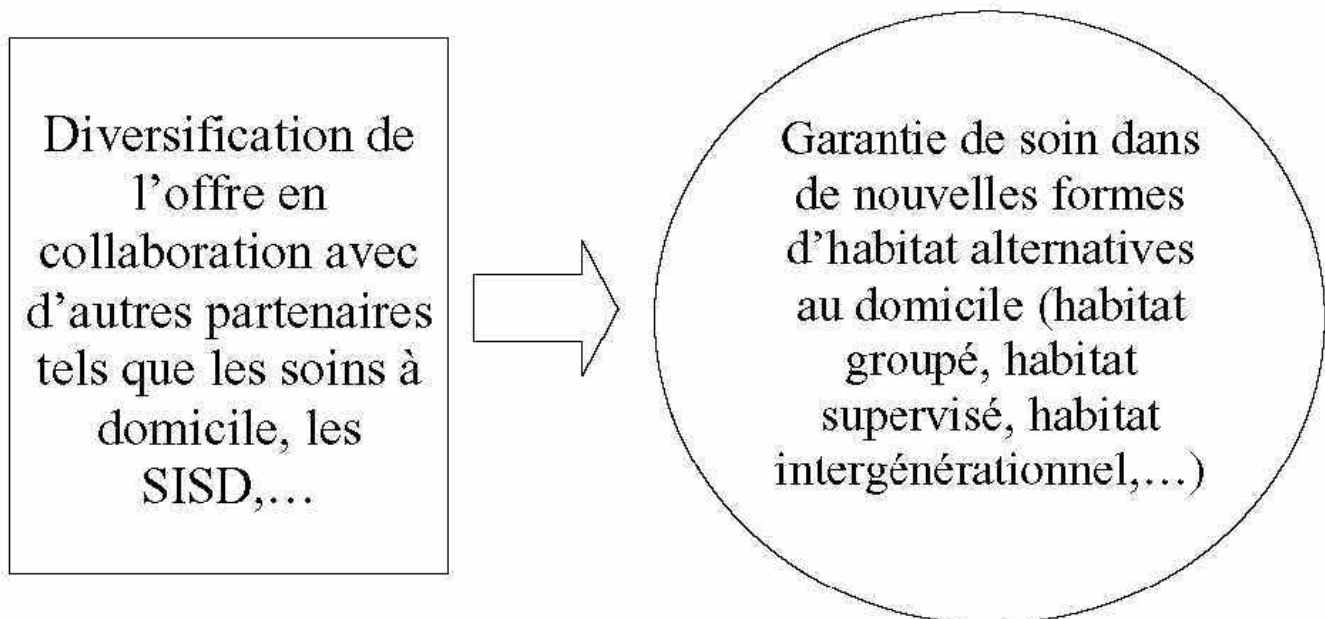
Modèle 3: diversification de l'offre par le biais de nouveaux modules de soins et de soutien aux soins à domicile et/ou par le biais de nouvelles fonctions et activités de soins et de soutien aux soins, mais en collaboration avec d'autres partenaires.



Ce troisième modèle est plus complexe et constitue un plus grand défi. Sa plus-value par rapport aux 2 modèles précédents réside dans la collaboration qui est encouragée entre différents partenaires afin de réaliser un trajet de soins et surtout une continuité de soins et de soutien aux soins pour les personnes âgées à domicile. La collaboration permet de créer une offre bien plus importante que la somme de l'offre des différents partenaires prise séparément. L'organisation, la coordination et le financement de la concertation, l'évaluation des soins, les soins planifiés et leur suivi durant la totalité du trajet de soins doivent être clairement définis et constituent des conditions nécessaires à ce troisième modèle.

Étant donné la diversité des partenaires qui peuvent jouer un rôle dans un tel projet ainsi que l'importance de la coordination et du financement, il est recommandé de travailler, dès le départ, sur la base de la technique de convention. Aux termes de l'article 56 de l'Arrêté royal du 14 juillet 1994 portant coordination de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, le Comité de l'assurance de l'INAMI peut conclure des conventions pour des enquêtes et des études comparatives de certains modèles de dispensation et de financement des soins de santé (article 56, §1<sup>er</sup>) ou conclure des conventions qui sont limitées dans le temps et/ou dans leur champ d'application et qui ont un but spécifique (article 56, §2).

Modèle 4: Garantir une offre de soins et de soutien aux soins, en collaboration avec d'autres partenaires, aux usagers de nouvelles formes alternatives d'habitat entre le domicile et la maison de repos.



Dans ce modèle, il s'agit de garantir une offre de soins et de soutien aux soins, en collaboration avec d'autres partenaires, aux usagers de nouvelles formes alternatives d'habitat entre le domicile et la maison de repos, par exemple, au sein d'habitats groupés ou supervisés ou intergénérationnels ou qui génèrent des réseaux

Il s'agit bien de formes nouvelles d'habitat et non de formes alternatives de maison de repos ou de résidence-service. Il peut s'agir de formes d'habitat se situant entre la maison indépendante simple et les soins résidentiels ou sont donc présents aussi bien les aspects individuels que collectifs de l'habitat.

Ces nouvelles formes d'habitat seraient destinées, entre autres, à des personnes âgées dont le réseau social est faible ou inexistant, ou qui éprouvent chez eux un sentiment d'insécurité,... et qui, aujourd'hui, demandent une admission en maison de repos par manque d'alternative.

De tels habitats se distinguent de l'offre classique en soins résidentiels

- par l'organisation de la gestion journalière d'une part;
- et par l'organisation de l'offre de soins et de soutien aux soins d'autre part.

Les résidents déterminent eux-mêmes, en interaction avec les co-résidents et, le cas échéant, l'initiateur de projet l'organisation et le fonctionnement de la vie quotidienne de ces formes d'habitat. L'implication éventuelle de personnel propre se limite, en ce qui concerne les soins, à la dispensation de soins en situations d'urgence ou à l'offre de soins de transition jusqu'au moment où d'autres dispensateurs de soins peuvent assumer ces soins.

Il n'y a pas d'équipe de soins spécifique à cet habitat (comme c'est le cas dans une maison de repos ou MRS) mais les soins sont organisés via une collaboration entre les différents partenaires locaux (partenaires du domicile ou résidentiels). Ces habitats doivent cependant aussi, outre la facilitation et la stimulation de réseaux sociaux, garantir à leurs habitants la possibilité de bénéficier de la bonne offre de soins au bon moment; l'organisation concrète de cette coordination et continuité des soins et l'élaboration du trajet de soins doivent être définis dans le projet.

Grâce à cette garantie de continuité des soins et de soutien aux soins par un réseau, des personnes âgées ayant un profil de soins plus lourd peuvent également rester plus longtemps dans ces formes d'habitat alternatives au domicile.

### 3. Le budget prévu pour les formes alternatives de soins et de soutien aux soins.

Sur les 8 511 équivalents MRS, 1 654 équivalents MRS, augmentés des 241 équivalents supplémentaires pour Bruxelles (soit, un total de 1 895), doivent être consacrés au financement des formes alternatives de soins et de soutien aux soins.

<b>Equivalents MRS - Formes alternatives</b>	<b>1/10 /2005</b>	<b>1/10 /2006</b>	<b>1/10 /2007</b>	<b>1/10 /2008</b>	<b>1/10 /2009</b>	<b>1/10 /2010</b>	<b>Total</b>	
Communauté flamande	90,2	108,6	133	141,2	223	328,6	1024,6	
Région wallonne	49,4	59,6	72,8	77,4	122,4	180,2	561,8	
Région de Bruxelles-Capitale	4,75	5,72	7	7,44	11,75	17,31	53,97	241
Communauté germanophone	1,2	1,4	1,8	1,8	3	4,4	13,6	
<b>Total</b>	145,55	175,32	214,6	227,84	360,15	530,51	1653,97	1894,97

La conversion du nombre d'équivalents MRS en euros donne un budget de plus de 40,3 millions d'euro qui sera consacré, essentiellement durant les trois dernières années du protocole d'accord, aux formes



alternatives de soins et de soutien aux soins. Le groupe de travail inter-cabinets a en effet décidé de prévoir la possibilité d'affecter, les moyens des 3 premières années du Protocole n° 3 à la reconversion MRS. Ce qui signifie que, pour le 1<sup>er</sup> octobre 2008 au plus tard, le cadre juridique doit être créé afin que les formes alternatives de soins et de soutien aux soins puissent débiter.

<b>Budget - Formes alternatives de soins</b>	<b>Total</b>	
Communauté flamande	21.817.934,86	
Région wallonne	11.963.025,38	
Région de Bruxelles-Capitale	1.149.242,58	5.131.878,10
Communauté germanophone	289.599,76	
<b>Total</b>	<b>35.219.802,58</b>	<b>40.351.680,68</b>

Parmi les 1.895 équivalents MRS, 228 sont destinés à la création d'emplois dans les services de soins infirmiers à domicile. Ces moyens peuvent être affectés au troisième ou au quatrième modèle, où l'accent est mis sur la collaboration entre différents partenaires.

#### 4. Définition des critères des formes alternatives de soins et de soutien aux soins.

##### A) Définition du groupe cible

Les formes alternatives de soins et de soutien aux soins devront apporter une définition précise du groupe cible. Il s'agit, en premier lieu, des personnes âgées vulnérables qui ne résident pas en maison de repos.

Leur situation en matière de soins présente généralement un risque de complexité et/ou de longue durée.

Vu le caractère potentiellement complexe de ces situations, une collaboration coordonnée entre différents partenaires/différents prestataires de soins et de soutien aux soins doit être prévue dans le but de garantir le continuum de soins et de soutien aux soins.

Il est aussi possible de tenir compte des initiatives de soutien aux soins à domicile pour de nouveaux groupes cibles comme les sourds, aveugles, personnes souffrant d'un handicap, personnes ayant un problème de santé mentale... pour autant que cela corresponde aux compétences de base de la maison de repos, à savoir l'offre de soins complexes et/ou de longue durée. Exemple: centres de soins de jour pour personnes âgées avec un handicap mental.

À titre exceptionnel et vu l'évolution des soins long terme, des projets de formes alternatives de soins et de soutien aux soins (non résidentiels) peuvent être déposés, découlant du besoin en soins complexes et de longue durée de la part de personnes plus jeunes. Dans ce cas, un financement complémentaire est indispensable.

Des centres de soins de jour pour patients en ENVP et en EPR peuvent constituer un exemple de ceci.

B) Description de l'objectif de la forme alternative de soins et de soutien aux soins et des résultats attendus.

Indépendamment du groupe cible déterminé, les propositions doivent également définir des objectifs et des ambitions en termes de résultats attendus et de plus-value visée par le projet.

° Plus-value attendue de la forme alternative de soins et de soutien aux soins

Importance de la valorisation de la concertation et de la collaboration entre partenaires.

Manière d'optimiser les possibilités et compétences des partenaires.

Manière d'organiser des soins sur mesure.

Manière de réaliser la continuité des soins.

° Définition des résultats attendus

Il peut s'agir ici d'une offre de soins meilleure et adaptée, d'une meilleure intégration dans le milieu de vie, de moins d'hospitalisations, d'une meilleure intégration dans la vie sociale,...

° Le caractère alternatif de la forme de soins et de soutien aux soins

Il s'agit de montrer dans quelle mesure la forme de soins et de soutien aux soins s'inscrit dans le cadre de l'assurance maladie mais n'entre pas, pour l'instant, en ligne de compte pour un financement étant donné les limites du cadre réglementaire actuel. Le caractère complémentaire par rapport à l'offre de soins existante est également important.

C) Définition des participants au projet et de la collaboration

L'objectif principal des formes alternatives de soins et de soutien aux soins est d'assurer davantage de soins sur mesure et de garantir une plus grande continuité dans les soins fournis. Les 4 modèles exposés ci-dessus impliqueront une définition des partenaires et du trajet de soins.

Dans le premier modèle, les partenaires peuvent être limités mais il faudra décrire le trajet de soins ainsi que les partenaires possibles même s'ils ne sont pas impliqués effectivement dans le projet.

Dans les autres modèles, il s'agit de soins dispensés par exemple par des services agréés de soins à domicile, il s'agit de services intégrés de soins à domicile ou d'accords de collaboration entre un ou plusieurs de ces services entre eux avec des établissements résidentiels, ou avec des services de soins et d'aide à domicile.

Si l'on examine la forme alternative de soins et de soutien aux soins du point de vue du budget du protocole d'accord n° 3, les MRPA/MRS (CCS et CSJ) et/ou les soins infirmiers à domicile doivent au moins participer comme partenaires au projet. Le protocole 3 prévoit en effet la création de 70 ETP 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, pour permettre à la personne âgée de vivre aussi longtemps que possible à domicile. Par contre, d'un point de vue du contenu, un projet n'aura une valeur ajoutée claire, en termes de

continuité des soins et de soins sur mesure, que s'il inclut la participation de plusieurs partenaires outre les MRPA/MRS et/ou les soins infirmiers à domicile. En outre, ce constat ne s'applique pas uniquement aux partenaires agréés dans le cadre de l'assurance maladie.

La convention de collaboration doit être transposée en un accord de collaboration portant définition des partenaires et mentionnant qui fait quoi, où, quand et comment. Quel sera l'apport des différents partenaires au projet? Comment s'effectuera la communication entre les différents partenaires? Quel instrument sera utilisé? Le protocole d'accord n° 3 stipule en effet que la conversion d'équivalents MRS en formes alternatives de soins et de soutien aux soins peut être liée à l'application d'un instrument d'évaluation uniforme.

#### D) Définition du champ d'action

La définition du champ d'action ne peut constituer un obstacle au libre choix du dispensateur de soins par le patient mais a pour but d'examiner dans quelle mesure une répartition géographique de la forme alternative de soins et de soutien aux soins est possible. En d'autres termes, c'est la question de la reproductibilité des formes alternatives de soins et de soutien aux soins à l'échelle du pays.

Le champ d'action et la détermination du groupe cible sont également d'une grande importance pour la fixation des moyens affectés à la forme alternative de soins et de soutien aux soins.

#### E) Financement

Principes:

- Le financement est prévu dans le cadre de prestations entrant en ligne de compte pour l'assurance maladie, y compris la concertation entourant le patient.
- Plusieurs sources de financement sont possibles mais pour autant un double financement est exclu. Les prestations déjà prévues dans le cadre de l'assurance maladie n'entrent pas en ligne de compte pour le financement (supplémentaire) prévu par les moyens du protocole d'accord n° 3.
- Sur base annuelle, le coût moyen, par jour et par personne, à charge de l'assurance maladie de la forme alternative de soins et de soutien aux soins (déjà existante et financement supplémentaire) ne peut, en principe, excéder le prix d'1 lit MRS.
- une répercussion du coût pour le patient doit être reprise dans le financement; le coût des soins infirmiers doit être similaire au coût des soins infirmiers dispensés à domicile.

#### F. Orientations préférentielles et critères complémentaires éventuels propres aux Communautés/Régions

La Communauté Germanophone établit les priorités suivantes:

- pour la tranche 2008-2009, l'accent devra être mis sur les projets rencontrant en priorité le [modèle 3](#), des projets du [modèle 2](#) pourront également être acceptés. Les projets introduits pour le [modèle 3](#) devront avoir une portée sur tout le territoire de la Communauté germanophone;
- pour les tranches 2009-2010 et 2010-2011, des projets pour tous les modèles pourront être introduits.

La Région wallonne donnera, dans un premier temps, la priorité aux initiatives reprises dans le [modèle 1](#).

## La Région de Bruxelles

Pour la Communauté flamande, les 4 modèles sont valables et des initiatives seront soutenues dans chacun de ces modèles.

### 5. Proposition de procédure.

Pour autant que le financement des formes alternatives de soins et de soutien aux soins s'effectue dans le cadre d'une technique de convention, les propositions de formes alternatives de soins et de soutien aux soins doivent être soumises au Comité de l'assurance. Les modalités concrètes d'application doivent encore être fixées. Il est néanmoins utile de mettre sur pied un groupe de travail mixte composé de la Conférence Interministérielle « Soins aux personnes âgées » et de membres proposés par le Comité de l'assurance de l'INAMI auquel toutes les parties concernées participerons, y compris les Communautés et les Régions.

1) Définition du cadre général.	Texte de base: Groupe de travail inter-cabinets politique de soins aux personnes âgées Elaboration de l'arrêté royal et l'appel à projets: Groupe de travail Comité de l'assurance INAMI avec des représentants du: - Groupe de travail inter-cabinets politique de soins aux personnes âgées; - Commission de convention; - Administrations (INAMI, SPF, des Communautés/Régions).
2) Appel à projets en veillant à l'uniformité des conditions concernant la pose de candidature.	Communautés et Régions
3) Evaluation et sélection préalable des projets sur les exigences de forme (le dossier est-il recevable ?) et de fond.	Communautés et Régions (sur base de critères de formes, tels que définis dans l'arrêté royal et sur base des priorités et critères complémentaires éventuels des Communautés/Régions tels que défini au point <a href="#">3.F</a> )
4) Sélection des projets.	Le groupe de travail mixte du Comité d'assurance fait une proposition au Comité de l'assurance
5) Convention portant sur les projets sélectionnés.	Comité de l'assurance INAMI dans le cadre de l'application de l'article 56 de la loi AMI
6) Suivi et accompagnement des projets.	Groupe de travail mixte du Comité d'assurance avec rapport au Comité de l'assurance

Le présent avenant entre en vigueur le jour de sa signature.

Ainsi conclu à Bruxelles, le 11 mars 2008.

La Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,

Pour le Gouvernement fédéral:

Mme L. ONKELINX

Voor de Vlaamse Regering:

De Minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin,

St. VANACKERE

Für die Regierung der Deutschsprachigen Gemeinschaft

Der Minister für Ausbildung und Beschäftigung, Soziales und Tourismus,

B. GENTGES

Pour le Gouvernement wallon:

Le Ministre de la Santé, de l'Action sociale et de l'Égalité des Chances,

D. DONFUT

Pour le Collège de la Commission communautaire française de la Région de Bruxelles-capitale:

Le Membre du Collège, compétent pour la Santé,

B. CEREXHE

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,

B. CEREXHE

Pour le Collège réuni de la Commission Communautaire Commune de la Région de Bruxelles-capitale:

Le Membre du Collège réuni, compétent pour l'Aide aux Personnes,

E. HUYTEBROECK