

**14 mai 2003**

**( Arrêté royal déterminant les prestations visées à l'article 34, alinéa 1er, 13°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 – AR du 16 novembre 2005, art. 1er)**

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

ALBERT II, Roi des Belges,

A tous, présents et à venir, Salut.

Vu la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, notamment l'article 34, 13°, remplacé par la loi du 10 août 2001;

Vu la proposition du Comité de l'assurance soins de santé, formulée le 10 février 2003;

Vu l'avis de la Commission de Contrôle budgétaire, donné le 12 février 2003;

Vu l'avis de l'Inspecteur des Finances, donné le 25 mars 2003;

Vu l'accord du Ministre du Budget, donné le 14 avril 2003;

Vu les lois sur le Conseil d'Etat, coordonnées le 12 janvier 1973, notamment l'article 3, §1<sup>er</sup>, remplacé par la loi du 4 juillet 1989 et modifié par la loi du 4 août 1996;

Vu l'urgence;

Considérant que l'arrêté royal fixant les normes pour l'agrément spécial des services intégrés de soins à domicile est daté du 8 juillet 2002, qu'il est donc nécessaire de fixer dans les plus courts délais les conditions dans lesquelles une intervention peut être accordée vu le fait que les Communautés ont déjà commencé à agréer des services intégrés de soins à domicile et qu'un renforcement du rôle des soins de santé de première ligne est indispensable. Il est important de concrétiser le plus rapidement possible les interventions qui sont prévues dans ce cadre;

Sur la proposition de Notre Ministre des Affaires sociales et des Pensions,

Nous avons arrêté et arrêtons :

### **Section 1<sup>re</sup>**

**Définitions. (insérée par AR 2005-11-16/33, art. 1 ; ED : 01-01-2006)**

#### **Art. 1<sup>er</sup>.**

Pour l'application du présent arrêté, il y a lieu d'entendre par :

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

2° "service intégré de soins à domicile" : l'institution de soins de santé agréée conformément à l'arrêté royal du 8 juillet 2002 fixant les normes pour l'agrément spécial des services intégrés de soins à domicile, inscrite à l'INAMI;

3° "centre de coordination" : le centre de coordination agréé conformément au décret de la Commission communautaire française de la région de Bruxelles-Capitale du 4 mars 1999 organisant l'agrément et le subventionnement des centres de coordination de soins et services à domicile et des services de soins palliatifs et continués;

4° "plan de soins" : un document comportant les éléments suivants :

- les soins programmés du patient,
- le bilan fonctionnel des activités de la vie quotidienne et des activités instrumentales de la vie quotidienne,
- le bilan du réseau de soins formel et informel,
- le bilan de l'environnement et de son adaptation éventuelle,
- la répartition des tâches entre dispensateurs de soins et dispensateurs d'aide.

5° "dispensateurs de soins" : les docteurs en médecine, chirurgie et accouchements, les licenciés en science dentaire et les dentistes, les pharmaciens, les accoucheuses, légalement habilités à exercer leur art; les kinésithérapeutes, les praticiens de l'art infirmier, les auxiliaires paramédicaux et les services intégrés de soins à domicile comme décrit à l'article 2 de la loi;

6° "dispensateurs d'aide" : les psychologues, les psychothérapeutes, les ergothérapeutes, (les assistants sociaux, les experts d'un service d'aide familiale et les experts d'un service de prêt de matériel), représentés dans un service intégré de soins à domicile ou ayant conclu une convention avec lui. (AR 2005-11-16/33, art. 2, 002 ; ED : 01-01-2006)

(7° " an " : une année civile allant du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre inclus;

8° " patient " : la personne

- qui séjourne à domicile ou est admis dans une institution où un retour à domicile est planifié dans un délai de 8 jours et

- pour laquelle on suppose qu'elle restera encore au moins un mois à domicile avec une diminution d'autonomie physique;

9° " patient EVP " : la personne qui suite à un accident aigu (traumatisme crânien sévère, arrêt cardiaque, rupture vasculaire...) suivi d'un coma dont les techniques d'éveil n'ont pas pu améliorer la situation :

- soit est en état neurovégétatif persistant, à savoir :

1. ne témoigne d'aucune évidence de conscience de soi-même ou de l'environnement et incapacité d'interagir avec les autres;

2. n'a pas d'évidence de réponse maintenue reproductible dirigée volontaire à des stimuli visuels, auditifs, tactiles ou douloureux;

3. n'a pas d'évidence d'une forme quelconque de langage, que cela soit au niveau de la compréhension ou de l'expression;

4. peut avoir une ouverture occasionnelle, spontanée des yeux, a des mouvements oculaires possibles, pas nécessairement en poursuite;

5. peut présenter un éveil (vigilance sans conscience) intermittent démontré par la présence de cycles de veille/sommeil;

6. les fonctions hypothalamiques ou tronculaires sont suffisamment préservées pour permettre une survie avec des soins médicaux et de nursing;

7. n'a pas de réponse émotionnelle en injonction verbale;

8. présente une incontinence urinaire et fécale;

9. présente une relative préservation des réflexes crâniens et spinaux.

Et cela depuis au moins trois mois

- soit est en état pauci relationnel (EPR), lequel diffère de l'état neurovégétatif parce que le sujet manifeste une certaine conscience de lui et de son environnement. Il peut parfois être capable d'un geste orienté ou de répondre à quelques stimuli par des pleurs ou des rires, des oui ou non par gestes ou articulation. La présence constante d'un seul de ces signes permet de classer le sujet comme EPR. La dépendance reste totale, avec des déficiences corticales inexplorables, des déficits sensoriels et moteurs massifs;

10° " centre hospitalier d'expertise " : un des centres hospitaliers d'expertise repris à l'annexe 2 du protocole du 24 mai 2004 concernant la politique de la santé à mener à l'égard des patients en état végétatif persistant.

(11° " patient psychiatrique " : la personne qui présente une problématique psychiatrique complexe et chronique telle que définie dans l'arrêté royal du 22 octobre 2006 fixant les conditions dans lesquelles le Comité de l'Assurance peut conclure des conventions en application de l'article 56, §2, alinéa 1<sup>er</sup>, 3°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, pour le financement des projets thérapeutiques en matière de soins de santé mentale.

12° " projet thérapeutique " : projet répondant aux conditions fixées par l'arrêté royal précité du 22 octobre 2006 et ayant fait l'objet d'une convention avec le Comité de l'Assurance en exécution de cet arrêté.) (AR 2006-10-22/30, art. 1, 003; ED : 16-11-2006)

## Section II

### **Prestations pour les patients tels que définis à l'article 1<sup>er</sup>, 8°. (insérée par AR 2005-11-16 /33, art. 3 ; ED : 01-01-2006)**

#### **Art. 2.**

(AR 2005-11-16/33, art. 3, 002 ; ED : 01-01-2006) Les prestations visées à l'article 34, alinéa 1<sup>er</sup>, 13° de la loi, sont fixées comme suit pour les patients tels que définis à l'article 1<sup>er</sup>, 8° :

1° Concertation multidisciplinaire :

a) La concertation multidisciplinaire concrétise dans le cadre des soins à domicile l'évaluation de l'autonomie du patient, l'élaboration et le suivi d'un plan de soins et la répartition des tâches entre dispensateurs de soins et dispensateurs d'aide.

b) L'initiative pour la concertation multidisciplinaire dans le cadre du service intégré de soins à domicile peut être prise par chaque intéressé. Le service intégré de soins à domicile organise et valide la concertation. Les participants, à l'exception des dispensateurs de soins imposés, sont choisis en concertation avec le service intégré de soins à domicile.

c) Le patient ou son représentant marque son accord sur l'évaluation et sur les participants intervenant dans la concertation. Le patient ou son représentant a le droit d'être présent à la concertation.

d) L'évaluation est réalisée sur la base d'un instrument d'évaluation qui permet de déterminer les possibilités pour la personne de maintenir son autonomie et le besoin de soutien pertinent à cet effet, tant en ce qui concerne les soins formels que les aidants informels. En attendant la fixation de l'instrument d'évaluation par le Ministre qui a les Affaires sociales dans ses attributions, le service intégré de soins à domicile choisit l'instrument d'évaluation provenant de la liste des instruments d'évaluation établie par le Comité de l'assurance soins de santé.

e) Trois dispensateurs de soins au moins participent à la concertation parmi lesquelles figurent obligatoirement :

- le médecin généraliste;

- le praticien de l'art infirmier à domicile si le patient reçoit des soins infirmiers à domicile.

f) Le patient ou un aidant proche qu'il a désigné est tenu d'être présent à la concertation, sauf si le patient déclare que sa présence ou celle de l'aidant désigné n'est pas nécessaire.

2° Enregistrement :

Le service intégré de soins à domicile assure le soutien pratique de l'évaluation et de la concertation et enregistre les activités définies à l'article 9 de l'arrêté royal du 8 juillet 2002 fixant les normes pour l'agrément spécial des services intégrés de soins à domicile.

### Section III

#### **Prestations pour les patients tels que définis à l'article 1<sup>er</sup>, 9°. (insérée par AR 2005-11-16 /33, art. 3 ; ED : 01-01-2006)**

##### **Art. 3.**

(AR 2005-11-16/33, art. 3, 002 ; ED : 01-01-2006) Les prestations visées à l'article 34, alinéa 1<sup>er</sup>, 13°, de la loi, sont fixées comme suit pour les patients tels que définis à l'article 1<sup>er</sup>, 9° :

##### 1° Concertation multidisciplinaire autour d'un patient EVP

a) La concertation multidisciplinaire concrétise dans le cadre des soins à domicile l'évaluation du patient, l'élaboration et le suivi d'un plan de soins et la répartition des tâches entre dispensateurs de soins et dispensateurs d'aide. Ce plan de soins concerne un retour et/ou un maintien à domicile.

b) L'initiative pour la concertation multidisciplinaire dans le cadre du service intégré de soins à domicile peut être prise par chaque intéressé. Le service intégré de soins à domicile organise et valide la concertation. Les participants, à l'exception des dispensateurs de soins imposés, sont choisis en concertation avec le service intégré de soins à domicile.

c) Le représentant du patient marque son accord sur l'évaluation et sur les participants intervenant dans la concertation. Ce représentant a le droit d'être présent à la concertation.

d) L'évaluation est réalisée sur la base d'un instrument d'évaluation qui permet de déterminer les besoins du patient, tant en ce qui concerne les soins formels que les aidants informels. En attendant la fixation de l'instrument d'évaluation par le Ministre qui a les Affaires sociales dans ses attributions, le service intégré de soins à domicile choisit l'instrument d'évaluation provenant de la liste des instruments d'évaluation établie par le Comité de l'assurance soins de santé.

e) Trois dispensateurs de soins au moins participent à la concertation parmi lesquelles figurent obligatoirement :

- le médecin généraliste;

- le praticien de l'art infirmier à domicile si le patient reçoit des soins infirmiers à domicile.

f) Un aidant proche est tenu d'être présent à la concertation.

En outre, dans le cadre de la préparation de la sortie du centre hospitalier d'expertise, un dispensateur de soins de ce centre doit être présent lors de la première concertation multidisciplinaire. Ce dispensateur n'entre pas en ligne de compte pour le nombre minimum de dispensateurs de soins fixé au 5e.

##### 2° Enregistrement

Le service intégré de soins à domicile assure le soutien pratique de l'évaluation et de la concertation et enregistre les activités définies à l'article 9 de l'arrêté royal du 8 juillet 2002 fixant les normes pour l'agrément spécial des services intégrés de soins à domicile.

### Section III bis

#### **Prestations pour les patients tels que définis à l'article 1<sup>er</sup>, 11°. (inséré par AR 2006-10-22 /30, art. 2, 003; ED : 16-11-2006)**

##### **Art. 3 bis .**

(inséré par AR 2006-10-22/30, art. 2; ED : 16-11-2006) Les prestations visées à l'article 34, alinéa 1<sup>er</sup>, 13°, de la loi, sont fixées comme suit pour les patients tels que définis à l'article 1<sup>er</sup>, 11° :

##### 1° Concertation multidisciplinaire autour d'un patient psychiatrique

a) La concertation est organisée selon les règles fixées en exécution de l'arrêté royal précité du 22 octobre 2006.

b) Le service intégré de soins à domicile est partenaire du projet thérapeutique dans le cadre duquel la concertation est organisée.

c) Le service intégré de soins à domicile compte parmi ses membres des représentants de prestataires de soins et/ou de dispensateurs d'aide en santé mentale.

d) La concertation est organisée pour tout patient psychiatrique pris en charge dans le cadre du projet thérapeutique, qu'il relève ou non de la zone de soins du service intégré de soins à domicile.

e) La concertation est organisée selon les dispositions prévues par l'ensemble des partenaires du projet thérapeutique dans l'accord de collaboration qui les lie en vertu des dispositions de l'arrêté royal précité du 22 octobre 2006.

f) Un plan de prise en charge du patient psychiatrique dans le cadre du projet thérapeutique est élaboré avec l'ensemble des partenaires du projet thérapeutique selon les dispositions prévues par eux dans l'accord de collaboration qui les lie en vertu des dispositions de l'arrêté royal précité du 22 octobre 2006. Le plan de soins fait parti du plan de prise en charge.

## 2° Enregistrement

Le service intégré de soins à domicile participe à l'évaluation du projet thérapeutique et à l'enregistrement des activités du projet thérapeutique selon les dispositions prévues par l'ensemble des partenaires du projet thérapeutique dans l'accord de collaboration qui les lie en vertu des dispositions de l'arrêté royal précité du 22 octobre 2006. Il participe de la même manière au processus de concertation transversale si le projet thérapeutique y est engagé.

## Section IV

### **Disposition transitoire. (insérée par AR 2005-11-16/33, art. 3 ; ED : 01-01-2006)**

#### **Art. 4.**

(AR 2005-11-16/33, art. 3, 002 ; ED : 01-01-2006) A titre transitoire, le patient EVP qui est soigné à domicile à la date de l'entrée en vigueur du présent arrêté royal, entre en ligne de compte pour la concertation multidisciplinaire et l'enregistrement. A cet effet, le médecin responsable du centre hospitalier d'expertise concerné établit l'avis médical visé à l'article 3, 3°, de l'arrêté ministériel du 18 novembre 2005 fixant le montant et les conditions dans lesquelles une intervention peut être accordée pour les prestations définies à l'article 34, 13°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 sur base d'une consultation ou du dossier médical du patient.

#### **Art. 5.**

(Abrogé) (AR 2005-11-16/33, art. 4, 002 ; ED : 01-01-2006)

## Section V

### **Dispositions finales. (insérée par AR 2005-11-16/33, art. 5 ; ED : 01-01-2006)**

#### **Art. 6.**

Le présent arrêté produit ses effets le 1<sup>er</sup> avril 2003.

#### **Art. 7.**

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

Donné à Bruxelles, le 14 mai 2003.

ALBERT

Par le Roi :

Le Ministre des Affaires sociales et des Pensions,

F. VANDENBROUCKE.