

# JUSTEL - Législation consolidée

<http://www.ejustice.just.fgov.be/eli/arrrete/2013/08/17/2013022422/justel>

---

Dossier numéro : 2013-08-17/05

## Titre

17 AOUT 2013. - Arrêté royal fixant les conditions dans lesquelles le Comité de l'assurance de l'Institut national d'Assurance Maladie Invalidité peut conclure des conventions pour le financement de soins alternatifs et de soutien aux soins, multidisciplinaires et intégrés, à des personnes âgées fragiles

Situation : Intégration des modifications en vigueur publiées jusqu'au 07-11-2013 inclus.

Source : SECURITE SOCIALE

Publication : Moniteur belge du 22-08-2013 page : 55932

Entrée en vigueur : 01-09-2013

---

## Table des matières

[CHAPITRE 1er.](#) - Dispositions générales

Art. 1-2

[CHAPITRE 2.](#) - Caractéristiques des soins alternatifs et de soutien aux soins

Art. 3

[CHAPITRE 3.](#) - Nombre d'équivalents MRS et budget - priorités par Communauté/Région selon le choix de la catégorie

Art. 4

[CHAPITRE 4.](#) - Intervention de l'assurance obligatoire soins de santé

Art. 5-6

[CHAPITRE 5.](#) - Caractéristiques minimales des projets de soins alternatifs et de soutien aux soins et relations entre projets du 1er et du 2<sup>e</sup> appel

Art. 7-10

[CHAPITRE 6.](#) - Convention entre le projet et le Comité de l'assurance

Art. 11

[CHAPITRE 7.](#) - Accord de collaboration entre partenaires

Art. 12

[CHAPITRE 8.](#) - Procédure de sélection

Art. 13, 13bis, 14-20

[CHAPITRE 9.](#) - Détermination de l'intervention

Art. 21

[CHAPITRE 10.](#) - Rapport et échange de données

## Texte

### [CHAPITRE 1er.](#) - Dispositions générales

Article [1er.](#) § 1er. 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), qui est indispensable dans la prestation du soin innovant dans le cadre d'un projet de soins alternatifs et de soutien aux soins à des personnes âgées fragiles.

En vue de la réalisation d'un projet, plusieurs partenaires s'associent en concluant entre eux un accord de collaboration, dans lequel, le rôle de chaque partenaire doit être précisé.

Les partenaires, représentés par le coordinateur administratif, 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 physiques directement impliqués dans la prise en charge de la personne âgée fragile 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, il satisfait à un des critères suivants :

i. soit le bénéficiaire est dépendant physiquement : il est dépendant pour se laver et s'habiller, et il est dépendant pour le transfert et les déplacements et/ou aller à la toilette;

ii. soit le bénéficiaire est dépendant psychologiquement : il est désorienté dans le temps et dans l'espace, et il est dépendant pour se laver et/ou s'habiller;

Les niveaux de dépendance physique et psychique sont respectivement évalués conformément aux dispositions des §§ 1er et 2 de l'article 151 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994;

b) soit, être atteint 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;

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

Une personne âgée fragile ne peut être incluse simultanément dans plusieurs projets, que ce soit dans des projets visés par cet arrêté royal ou dans des projets du 1er appel.

7° " Equivalent MRS " : la valeur en euro associée au coût moyen par jour à charge de l'assurance obligatoire soins de santé d'un patient séjournant en MRS lors de la conclusion du troisième avenant 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. Cette valeur est égale à 65,69 euros et est liée à l'indice 119,62 du 1er décembre 2012 (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;

9° " 1er appel " : réfère à l'appel à projets réalisés en exécution de l'arrêté royal 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 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.

§ 2. Le Groupe de travail visé au § 1er, 8°, a les missions suivantes :

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

2° établir un projet de l'accord de collaboration visé à l'article 12;

3° établir un projet du schéma standard visé à l'article 14;

4° établir une proposition de description détaillée des critères de fond visés à l'article 18;

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

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

7° élaborer un projet pour les rapports visés à l'article 23;

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 6 est accordée pour des prestations de santé fournies à des personnes âgées rendues fragiles à cause d'affections chroniques qui nécessitent une approche multidisciplinaire et intégrée.

Ces prestations de santé ne sont pas couvertes par l'assurance obligatoire soins de santé. Elles 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 appartiennent à une des 2 catégories suivantes :

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

2° 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;

## **CHAPITRE 3.** - Nombre d'équivalents MRS et budget - priorités par Communauté/Région selon le choix de la catégorie

**Art. 4.** § 1er. Le nombre maximum d'équivalents MRS qui entrent en considération pour l'application du présent arrêté est fixé par Communauté/Région à :

	Equivalents MRS
Région wallonne	[ <sup>1</sup> 118,85] <sup>1</sup>
Communauté flamande	83,47
Région de Bruxelles-Capitale	16,87
Communauté germanophone	2
<b>(1)</b> <AR 2013-11-04/02, art. 1, 002; En vigueur : 07-11-2013>	

Le nombre d'équivalents MRS par Communauté/Région est réparti comme suit entre les catégories :

	Nombre d'équivalents MRS par catégorie par Communauté/Région	
	Catégorie 2	Catégorie 3
Région wallonne	[ <sup>1</sup> Max : 94,94] <sup>1</sup>	[ <sup>1</sup> Min : 23,91; max : 118,85] <sup>1</sup>
Communauté flamande	83,47	
Région de Bruxelles-Capitale	Max.5,52	Min 11,35; max. 16,87
Communauté germanophone	0	2
<b>(1)</b> <AR 2013-11-04/02, art. 1, 002; En vigueur : 07-11-2013>		

§ 2. En cas de dénonciation ou de modification de la convention conclue entre un projet du 1er appel et le Comité de l'assurance, les équivalents MRS sont ajoutés à ceux qui sont prévus dans cet arrêté. Ils sont ajoutés aux équivalents MRS de la Communauté/Région dont ils proviennent initialement. La condition à cela est que la dénonciation ait lieu entre le 1er juillet 2012 et la date à laquelle la sélection des projets visée à l'article 20 s'est

déroulée.

Dans le cas où la convention d'un projet du 1er appel est dénoncée afin de permettre son intégration dans un projet dans le cadre du présent arrêté, les équivalents MRS relatifs à ce projet dans le 1er appel sont ajoutés aux équivalents MRS qui sont prévus dans cet arrêté.

En cas de dénonciation ou de modification de la convention conclue entre un projet du 1er appel et le Comité de l'assurance ou en cas de dénonciation ou de modification de la convention qui est conclue en application du présent arrêté, et que cette dénonciation intervient après la date à laquelle la sélection visée à l'article 20 a eu lieu, les équivalents MRS relatifs à cette convention sont soit ajoutés, par le Comité de l'assurance, au budget destiné au développement et au soutien de l'implémentation du BelRAI prévu au point 2.1 de l'avenant n° 7 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, soit utilisés dans le cadre d'un troisième appel à projets.

§ 3. En application du point 10, alinéa 4, du protocole d'accord n° 3 du 13 juin 2005, les Communautés et Régions ont l'obligation de prévoir de nouveaux emplois. Au moins 70 emplois temps plein 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.

L'ensemble des équivalents MRS de la Région wallonne est destiné à la création d'emplois dans les services de soins infirmiers à domicile, dans le cadre de l'accord social de 2005 du secteur non-marchand.

L'ensemble des équivalents MRS de la Communauté germanophone est destiné à la création d'emplois dans les services de soins infirmiers à domicile, dans le cadre de l'accord social de 2005 du secteur non-marchand.

Parmi les équivalents MRS de la Région de Bruxelles-Capitale, 11,35 doivent être destinés à la création d'emplois dans les services de soins infirmiers à domicile, dans le cadre de l'accord social de 2005 du secteur non-marchand.

La Communauté flamande a atteint ses objectifs en matière de création d'emplois dans les services de soins infirmiers à domicile, dans le cadre de l'accord social du secteur non-marchand, par les projets financés dans le cadre de l'arrêté royal du 2 juillet 2009 susmentionné.

S'il apparaît que la création effective d'emplois n'est pas conforme aux dispositions contenues dans le point 10, alinéa 4, du protocole du 13 juin 2005, le Comité de l'assurance peut conclure par priorité des conventions avec les projets permettant de répondre à ces obligations.

#### 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 répondent à la définition de personne âgée fragile visée à l'article 1er, § 1er, 6°.

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.

Art. 6. § 1er. L'intervention 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) sous réserve que les conditions particulières visées au § 2 soient réunies : 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;

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

2° les prestations 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 et de coordination déjà financée par l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités ou par les Communautés et Régions;

Le médecin généraliste est un acteur important de ces activités de concertation et de coordination. En raison de son rôle central et afin de l'inciter à y participer, une intervention annuelle maximale de 80 euros par patient peut être prévue par le projet à cet effet. Lorsque cette intervention est prévue, son obtention est conditionnée au respect des éléments suivants :

a) utiliser le dossier médical global pour tout patient qui permet au médecin généraliste d'obtenir cette intervention;

b) participer activement aux réunions de concertation et de coordination, en particulier en vue de la réalisation et de l'exécution d'un plan de soins;

c) collaborer pleinement au partage des informations relatives au patient qui sont nécessaires à l'utilisation du BelRAI.

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 II, chapitre Ier à IV, de l'arrêté royal du 12 octobre 2004 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 II, chapitre V, de l'arrêté royal du 12 octobre 2004 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, en tenant compte des règles d'amortissement reprises dans le schéma standard visé à l'article 13, à concurrence de maximum 10 % de l'intervention visée à l'article 21;

6° la formation et la sensibilisation du personnel visé au point 1° ainsi que des soignants formels ou informels directement impliqués dans la prise en charge de la personne âgée fragile incluse dans le projet en leur qualité d'"autres participants", ainsi que des volontaires tels que définis par la loi du 3 juillet 2005 relative aux droits des volontaires, nécessaires à l'exécution des tâches constitutives du projet à l'exception des formations à l'utilisation du RAI et éventuellement la formation et la sensibilisation;

7° la formation et la sensibilisation de la personne âgée fragile incluse dans le projet ainsi que de son aidant proche;

8° une intervention dans le coût de l'enregistrement, de la gestion et de la transmission des données ainsi que les frais liés aux obligations relatives à la protection de la vie privée pour l'échange et la transmission des données à hauteur de 181,71 euros par patient (indice 119,62 du 1er décembre 2012, base 2004 = 100).

9° une intervention dans les frais administratifs et de facturation avec un maximum de 10 % de l'intervention visée à l'article 21;

10° une intervention dans les frais de déplacement du personnel dans l'exécution des tâches visées au point 1° qui s'élève au 1er juillet 2013 à 0,3461 euros par kilomètre;

11° les frais de fonctionnement liés aux soins, à savoir :

a) les coûts liés aux interventions dans le projet d'autres participants qui ne sont pas couverts par la nomenclature ou une intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités;

b) les coûts liés à l'achat de matériels rendus nécessaires en vue de la réalisation et/ou de l'organisation du soin par le projet au domicile de la personne âgée.

Ces coûts sont limités à concurrence de maximum 10 % de l'intervention visée à l'article 21.

§ 2. L'intervention prévue au § 1er, 1° a) est conditionnée au respect de conditions supplémentaires dans certaines circonstances particulières :

1° pour les projets de soins infirmiers à domicile de nuit, l'intervention telle que définie à l'article 6 peut également couvrir des prestations infirmières pour lesquelles une intervention existe déjà dans le cadre de la nomenclature pour autant que ces prestations soient fournies entre 22 h et 6 h, qu'elles ne puissent être réalisées de jour et qu'elles soient indispensables au maintien à domicile de la personne âgée fragile;

2° pour les projets qui souhaitent engager des aides-soignants au sens de 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, dans des services de soins infirmiers à domicile, bénéficiant de l'intervention forfaitaire telle que prévue à l'article 37, § 13 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, l'intervention de l'assurance obligatoire est accordée seulement si ces projets répondent, outre les dispositions contenues dans l'arrêté royal du 12 janvier 2006 susmentionné et dans l'arrêté royal du 12 janvier 2006 fixant les modalités d'enregistrement comme aide-soignant, également aux dispositions de l'article 56, § 5 de la loi du 14 juillet 1994 inséré par la loi-Programme (I) du 27 décembre 2006.

**CHAPITRE 5.** - Caractéristiques minimales des projets de soins alternatifs et de soutien aux soins et relations entre projets du 1er et du 2<sup>e</sup> appel

**Art. 7.** Un projet est obligatoirement constitué au minimum des partenaires suivants :

1° une institution visée à l'article 34, alinéa 1er, 11° et 12° de la loi ou un centre d'accueil de jour reconnu par les Communautés/Régions;

2° un service de soins infirmiers à domicile;

3° un service intégré de soins à domicile (SISD) pour autant qu'il en existe un au sein de la zone d'activité;

4° une structure chargée de la coordination, agréée conformément à la réglementation de la Communauté/Région concernée.

Les cercles locaux de médecins généralistes présents dans la zone d'activité doivent être sollicités à devenir partenaires du projet.

**Art. 8.** § 1er. Le projet garantit une prise en charge intégrée et multidisciplinaire dans laquelle la personne âgée fragile peut au minimum faire appel à :

1° des soins médicaux, paramédicaux et non médicaux' : l'approche (para)médicale comprend les (I)ADL et le soutien psychosocial;

2° une permanence 24 h/24 pendant laquelle la personne âgée fragile ou son aidant proche doit pouvoir prendre contact à tout moment avec le projet;

3° une intervention adaptée en cas de situation de crise;

4° une prise en charge multidisciplinaire et coordonnée respectant la liberté de choix du patient : il y a différentes disciplines actives dans les soins au patient. Le projet prévoit une fonction complémentaire de manière concertée, l'intégration des disciplines supplémentaires nécessaires et assure une orientation adéquate.

§ 2. Le projet ne peut pas développer une prestation qui existe déjà au sein de la zone d'activité. Afin de respecter cette disposition et celle du § 1er, le projet se trouve dans l'obligation de développer une collaboration avec la structure ou le prestataire responsable de cette prestation.