

**3 JUILLET 1996**

**Arrêté royal portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994**

**(M.B. 31-07-1996)**

<b>Les articles suivants sont repris dans cet extrait</b>		
Art. 12	Art. 28	Art. 150
Art. 24	Art. 147 §1-2-3	Art. 151 §1-2
Art. 25	Art. 148	Art. 152 §1-2(abrogé)-3-4
Art. 26	Art. 148 bis	Art. 153 §1-2-3-4
Art. 27	Art. 149	Art. 153 bis § 1-2-3-4-5-6

**TITRE II. - De l'assurance soins de santé.**

**CHAPITRE I. - Organes.**

**Section III. - Des Commissions de conventions.**

**B. Des conventions avec les maisons de repos et de soins, les maisons de repos pour personnes âgées et les centres de soins de jour.**

**Art. 12.**

La Commissions est composée :

- 1°** de huit membres effectifs et de huit membres suppléants, désignés par les organisations représentatives des maisons de repos et de soins, des maisons de repos pour personnes âgées et des centres de soins de jour, visées à l'article 34, 11° et 12° de la loi coordonnée ;
- 2°** de huit membres effectifs et de huit membres suppléants, désignés par les organismes assureurs; pour déterminer la représentations des organismes assureurs, il est tenu compte de leurs effectifs respectifs, chacun ayant droit au moins à un mandat de membre effectif et à un mandat de membre suppléant.

## **N. Dispositions communes.**

### **Art. 24.**

Il est pourvu immédiatement au remplacement du membre qui a cessé de faire partie d'une commission.

### **Art. 25.**

Un membre suppléant ne siège qu'en l'absence d'un membre effectif de son groupe.

### **Art. 26.**

Les commissions se réunissent sur convocation de leur président soit à son initiative, soit à la requête du Comité de l'assurance, soit à la demande de trois membres au moins formulée par écrit et mentionnant l'objet de la réunion; dans tous les cas la convocation mentionne l'objet de la réunion.

### **Art. 27.**

Le siège d'une commission est valablement constitué lorsqu'il réunit au moins cinq membres de chaque groupe.

Les décisions sont prises à la majorité simple des membres participant au vote, compte non tenu des abstentions. Toutefois, la conclusion finale de la convention n'est acquise que si le vote réunit six voix au moins dans chacun des deux groupes, les abstentions n'étant pas admises.

Dans le cas où, au moment d'un vote, les membres ne sont pas présents en nombre égal dans chacun des deux groupes, le ou les plus jeunes membres de la partie en surnombre sont tenus de s'abstenir pour rétablir la parité.

### **Art. 28.**

Le texte de toute convention conclue est communiqué, dans les trois jours, au Comité de l'assurance par le président, qui fait rapport à la plus prochaine séance dudit Comité.

Il en est de même pour les propositions visées à l'article 26, alinéa 2, de la loi coordonnée pour autant qu'il n'existe pas de conseil technique compétent; s'il existe un conseil technique compétent, ces propositions doivent être communiquées, dans les trois jours, audit conseil technique par le président qui fait rapport à la plus prochaine séance dudit conseil technique.

### **CHAPITRE III. - Des conditions d'octroi des prestations.**

#### **Section VIII. - De l'intervention pour soins et assistance dans les actes de la vie journalière.**

##### **Art. 147.**

**§ 1er.** Les prestations visées à l'article 34, 11°, de la loi coordonnée comprennent:

- 1° les soins dispensés par les praticiens de l'art infirmier ;
- 2° dans les maisons de repos et de soins et les centres de soins de jour : les prestations de kinésithérapie et de logopédie effectuées par les dispensateurs de soins qualifiés à cet effet ;
- 3° dans les maisons de soins psychiatriques : les prestations de kinésithérapie et de logopédie effectuées par les dispensateurs de soins qualifiés à cet effet, à l'exception des prestations de kinésithérapie qui ne sont pas comprises dans le cadre du traitement psychiatrique et qui sont prescrites par un médecin traitant autre que le médecin spécialiste en neuropsychiatrie ou en psychiatrie ;
- 4° l'assistance dans les actes de la vie journalière et tout acte de réactivation et intégration sociale, y compris l'ergothérapie ;
- 5° dans les maisons de repos et de soins et dans les centres de soins de jour **les produits et le matériel destinés à prévenir les maladies nosocomiales, ainsi que les produits suivants :**
  - 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 Ier 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 précité du 17 mars 1997 ;
  - le matériel d'injection sous-cutanée et/ou intramusculaire (à l'exception des seringues à insuline).

Une liste détaillée de ces produits est établie par le Comité de l'assurance sur proposition de la commission de conventions visée à l'article 12 ;

- 6° les prestations médicales effectuées par des psychiatres et neuropsychiatres dans les maisons de soins psychiatriques.
- 7° dans les maisons de repos et de soins, les missions du médecin coordinateur et conseiller, définies à l'annexe 1, point B, 3, h), de l'arrêté royal du 21 septembre 2004 fixant les normes pour l'agrément spécial comme maison de repos et de soins ou comme centre de soins de jour ;
- 8° la formation et la sensibilisation du personnel aux soins palliatifs et la formation complémentaire du personnel en matière de démence dans les maisons de repos et de soins.
- 9° dans les maisons de repos et de soins et les maisons de soins psychiatriques, une intervention partielle dans le coût de la gestion et de la transmission des données ;
- 10° le complément fonctionnel pour l'infirmière en chef en maison de repos et de soins et le complément de fonction pour l'infirmière en chef et le paramédical en chef ayant au moins 18 ans d'ancienneté dans les maisons de repos et de soins et les maisons de soins psychiatriques ;
- 11° dans les maisons de repos et de soins : une intervention destinée à encourager l'utilisation de moyens de soins supplémentaires ;
- 12° dans les maisons de repos et de soins reprises à l'annexe 3 du protocole du 24 mai 2004, conclu entre le Gouvernement fédéral et les autorités visées aux articles 128, 130 et 135 de la Constitution, concernant la politique de santé à mener à l'égard des patients en état végétatif persistant: à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2004, une intervention destinée à financer des investissements en gros matériel de soins. La liste de ce matériel de soins est établie par le Comité de l'assurance sur proposition de la commission de conventions visée à l'article 12.
- 13° dans les maisons de repos et de soins hébergeant une moyenne de 25 patients classés dans la catégorie de dépendance C visée à l'article 150 en raison de leur dépendance psychique (catégorie Cd) : le financement d'une personne de référence pour la démence ;

14° SUPPRIME

§ 2. Les prestations visées à l'article 34, 12°, de la loi coordonnée comprennent :

- 1° les soins dispensés par les praticiens de l'art infirmier ;
- 2° les prestations de logopédie effectuées par des dispensateurs de soins qualifiés à cet effet ;
- 3° l'assistance dans les actes de la vie journalière et tout acte de réactivation et intégration sociale, y compris l'ergothérapie ;
- 4° les produits et le matériel destinés à prévenir les maladies nosocomiales, ainsi que les produits suivants :
  - 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 Ier à IV, de l'arrêté royal précité du 17 mars 1997 ;
  - les pansements non imprégnés ;
  - les compresses stériles qui ne sont pas remboursables en exécution de l'Annexe I, chapitre V, de l'arrêté royal précité du 17 mars 1997 ;
  - le matériel d'injection sous-cutanée et/ou intramusculaire (à l'exception des seringues à insuline).

Une liste détaillée de ces produits est établie par le Comité de l'assurance sur proposition de la commission de conventions visée à l'article 12.
- 5° la formation et la sensibilisation du personnel aux soins palliatifs dans les institutions qui comportent une section bénéficiant d'un agrément spécial "maison de repos et de soins" et dans les institutions qui comptent, par rapport au nombre total de lits agréés, 40 % ou plus de patients classés dans les catégories de dépendance B ou C visées à l'article 150, et qui hébergent en outre au moins 25 patients classés dans les catégories de dépendance B ou C visées à l'article 150 ainsi que la formation complémentaire du personnel dans le domaine de la démence dans les institutions qui comportent une section qui a reçu un agrément spécial "maisons de repos et de soins", et dans les institutions qui hébergent en moyenne au moins 15 patients classés dans la catégorie de dépendance C visée à l'article 150 en raison de leur dépendance psychique (catégorie Cd).
- 6° une intervention partielle dans le coût de la gestion et de la transmission des données ;

- 7° une intervention destinée à encourager l'utilisation de moyens de soins supplémentaires.
- 8° le complément de fonction pour les paramédicaux en chef et les coordinateurs infirmiers ayant au moins 18 ans d'ancienneté ;
- 9° un financement supplémentaire pour le court séjour ;
- 10° le financement d'une personne de référence pour la démence dans les institutions hébergeant une moyenne de 25 patients classés dans la catégorie de dépendance C visée à l'article 150 en raison de leur dépendance psychique (catégorie Cd) ;
- 11° **SUPPRIME**

**§ 3.** L'intervention de l'assurance soins de santé pour les prestations visées à l'article 34, 11° et 12°, de la loi coordonnée consiste en une allocation journalière appelée allocation pour soins et assistance dans les actes de la vie journalière.

**Art. 148.**

En ce qui concerne les maisons de repos et de soins, l'allocation visée à l'article 147, § 3, est accordée à l'institution pour le bénéficiaire qui :

- 1° ne nécessite plus de surveillance médicale journalière, ni de traitement médical spécialisé permanent, mais qui d'autre part est fortement tributaire à la fois de soins et de l'assistance de tierces personnes pour les actes essentiels de la vie journalière.
- 2° est soigné par un service ou est admis dans une institution agréée en application de l'article 5 de la loi du 27 juin 1978 modifiant la législation sur les hôpitaux et relative à certaines autres formes de soins et qui a conclu une convention visée à l'article 47 de la loi coordonnée.

Jusqu'à la date déterminée par le Roi en exécution de l'article 5, § 4, alinéa 1er, de la loi précitée du 27 juin 1978, les institutions, à l'exception de celles qui en sont exemptées par l'arrêté d'exécution, doivent en outre fournir la preuve visée à l'article 5, § 4, alinéa 2 de la même loi;

3° satisfait aux critères d'une des catégories de dépendance suivantes :

- catégorie B: y sont classés les bénéficiaires qui :
  - sont dépendants physiquement :

ils sont dépendants pour se laver et s'habiller et ils sont dépendants pour les transferts et déplacements et/ou aller à la toilette ;

- sont dépendants psychiquement :

ils sont désorientés dans le temps et dans l'espace et ils sont dépendant pour se laver et/ou s'habiller ;

- catégorie C: y sont classés les bénéficiaires qui :

- sont dépendants physiquement :

ils sont dépendants pour se laver et s'habiller, ils sont dépendants pour les transferts et déplacements et aller à la toilette et ils sont dépendants pour incontinence et/ou pour manger ;

- sont dépendants psychiquement (catégorie Cd) :

ils sont désorientés dans le temps et dans l'espace, ils sont dépendants pour se laver et s'habiller, ils sont dépendants pour incontinence, et ils sont dépendants pour les transferts et déplacements et/ou pour aller à la toilette et/ou pour manger, ou il s'agit de bénéficiaires pour lesquels le diagnostic de démence est établi ou confirmé à la suite d'un bilan diagnostique spécialisé de la démence, ayant fait l'objet d'un rapport écrit, effectué par un médecin spécialiste en neurologie, en gériatrie ou en psychiatrie, et qui sont dépendants pour se laver et s'habiller,

sont dépendants pour incontinence, et sont dépendants pour les transferts et déplacements, et/ou pour aller à la toilette et/ou pour manger.

- catégorie D : y sont classés les bénéficiaires pour lesquels le diagnostic de démence est établi ou confirmé à la suite d'un bilan diagnostique spécialisé de la démence, ayant fait l'objet d'un rapport écrit, effectué par un médecin spécialiste en neurologie, en gériatrie ou en psychiatrie.

L'allocation visée à l'article 147, § 3, est également accordée aux maisons de repos et de soins reprises à l'annexe 3 du protocole du 24 mai 2004, conclu entre le Gouvernement fédéral et les autorités visées aux articles 128, 130 et 135 de la Constitution, concernant la politique de santé à mener à l'égard des patients en état végétatif persistant, pour le bénéficiaire qui, suite à un accident aigu (traumatisme crânien sévère, arrêt cardiaque, rupture vasculaire...), suivi d'un coma dont les techniques d'éveil n'ont pu améliorer la situation, a été classé dans la catégorie de

dépendance « Cc », c'est-à-dire qui :

- soit est en état neurovégétatif persistant, à savoir :
  1. ne témoigne d'aucune conscience de soi-même ou de l'environnement et est dans l'incapacité d'interagir avec les autres ;
  2. ne donne aucune réponse maintenue reproductible dirigée volontaire à des stimuli visuels, auditifs, tactiles ou douloureux ;
  3. ne manifeste aucune forme 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. a des fonctions hypothalamiques ou tronculaires suffisamment préservées pour permettre une survie avec des soins médicaux et de nursing ;
  7. n'a pas de réponse émotionnelle aux injonctions verbales ;
  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 dans la mesure où le sujet manifeste une certaine conscience de lui-même 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.

**Art. 148bis.**

En ce qui concerne les **centres de soins de jour**, l'allocation visée à l'article 147, § 3, est accordée à l'institution pour le bénéficiaire qui :

- 1° est tributaire à la fois de soins et de l'assistance de tierces personnes pour certains actes de la vie journalière ;
- 2° est admis pendant au moins six heures par jour dans une institution agréée par l'autorité compétente et qui a conclu une convention visée à l'article 47 de la loi coordonnée ;
- 3° satisfait aux critères de dépendance suivants :
  - soit il est dépendant physiquement : il est dépendant pour se laver et s'habiller, et il est dépendant pour les transferts et déplacements et/ou pour aller à la toilette (catégorie F) ;
  - soit il est dépendant psychiquement : il est désorienté dans le temps et dans l'espace et il est dépendant pour se laver et/ou s'habiller (catégorie Fd) ;
  - soit il s'agit d'un bénéficiaire qui a été diagnostiqué comme souffrant de démence à la suite d'un bilan diagnostique spécialisé de la démence effectué par un médecin spécialiste en neurologie, en gériatrie ou en psychiatrie, ayant fait l'objet d'un rapport écrit (catégorie D).

L'allocation visée à l'article 147, § 3, est également accordée aux centres de soins de jour pour les bénéficiaires qui, quel que soit leur âge :

- 1° souffrent d'une maladie grave, progressive et mortelle dans une phase avancée ou terminale, quelle que soit leur espérance de vie ;
- 2° ont des besoins physiques, psychiques, sociaux et spirituels importants nécessitant un engagement soutenu et long et qui justifient des soins à domicile réguliers ;
- 3° séjournent à domicile et ont l'intention de continuer à séjourner à domicile ;
- 4° ont fait l'objet, en raison de leur(s) affection(s) irréversible(s), au cours des 3 derniers mois :
  - d'au moins un séjour hospitalier (séjour classique ou hospitalisation de jour) ;
  - de soins à domicile, de soins de kinésithérapie et/ou d'une prise en charge par une équipe multidisciplinaire d'accompagnement ;
- 5° sont adressés au centre par leur médecin traitant ;

ou qui répondent aux conditions visées à l'article 3 de l'arrêté royal du 2 décembre 1999 déterminant l'intervention de l'assurance soins de santé obligatoire pour les médicaments, le matériel de soins et les auxiliaires pour les patients palliatifs à domicile visés à l'article 34, 14°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

#### **Art. 149.**

En ce qui concerne les maisons de soins psychiatriques, l'allocation visée à l'article 147, § 3, est accordée à l'institution pour le bénéficiaire qui :

**1°** est fortement tributaire à la fois de soins et de l'assistance de tierces personnes pour les actes essentiels de la vie journalière ;

**2°** satisfait à un des critères suivants pour être admis dans une maison de soins psychiatriques :

- soit être patient psychiatrique présentant un trouble psychiatrique chronique stabilisé, étant entendu qu'il :

- ne requiert pas de traitement hospitalier ;
- n'entre pas en ligne de compte pour une admission en maison de repos et de soins étant donné son état psychiatrique ;
- n'entre pas en ligne de compte pour l'habitation protégée ;
- ne nécessite pas une surveillance psychiatrique non interrompue ;
- nécessite un accompagnement continu ;

- soit être handicapé mental, étant entendu qu'il :

- ne requiert pas de traitement hospitalier ;
- n'entre pas en ligne de compte pour l'habitation protégée ;
- n'entre pas en ligne de compte pour une admission dans une institution medico-pédagogique ;
- ne nécessite pas une surveillance psychiatrique non interrompue ;
- nécessite un accompagnement continu ;

**3°** est soigné par un service ou est admis dans une institution agréée en application de l'article 5 de la loi du 27 juin 1978 modifiant la législation sur les hôpitaux et relative à certaines autres formes de soins et qui a conclu une convention visée à l'article 47 de la loi coordonnée.

Jusqu'à la date déterminée par le Roi en exécution de l'article 5, § 4, alinéa 1er, de la loi précitée du 27 juin 1978, les institutions, à l'exception de celles qui en sont exemptées par l'arrêté d'exécution, doivent en outre fournir la preuve visée à l'article 5, § 4, alinéa

2, de la même loi.

### **Art. 150.**

En ce qui concerne les institutions visées à l'article 34, 12° de la loi coordonnée, l'allocation visée à l'article 147, § 3, est accordée à l'institution **qui a conclu une convention visée à l'article 47 de la loi coordonnée** pour le bénéficiaire qui satisfait aux critères d'une des catégories de dépendance suivantes :

- catégorie 0 : y sont classés les bénéficiaires qui sont totalement indépendants physiquement et qui ne sont pas déments ;
- catégorie A : y sont classés les bénéficiaires qui :
  - sont dépendants physiquement: ils sont dépendants pour se laver et/ou s'habiller ;
  - sont dépendants psychiquement: ils sont désorientés dans le temps et dans l'espace et ils sont entièrement indépendants physiquement ;
- catégorie B : y sont classés les bénéficiaires qui :
  - sont dépendants physiquement: ils sont dépendants pour se laver et s'habiller, et ils sont dépendants pour **les transferts et déplacements** et/ou aller à la toilette ;
  - sont dépendants psychiquement: ils sont désorientés dans le temps et dans l'espace et ils sont dépendants pour se laver et/ou s'habiller ;
- **catégorie C : y sont classés les bénéficiaires qui :**
  - **sont dépendants physiquement : ils sont dépendants pour se laver et s'habiller, ils sont dépendants pour les transferts et déplacements et aller à la toilette et ils sont dépendants pour incontinence et/ou pour manger ;**
  - **sont dépendants psychiquement (catégorie Cd) :**  
**ils sont désorientés dans le temps et dans l'espace, ils sont dépendants pour se laver et s'habiller, ils sont dépendants pour incontinence, et ils sont dépendants pour les transferts et déplacements et/ou pour aller à la toilette et/ou pour manger,**

**ou il s'agit de bénéficiaires pour lesquels le diagnostic de démence est établi ou confirmé à la suite d'un bilan diagnostique spécialisé de la démence, ayant fait l'objet d'un rapport écrit, effectué par un médecin**

spécialiste en neurologie, en gériatrie ou en psychiatrie, et qui sont dépendants pour se laver et s'habiller, sont dépendants pour incontinence, et sont dépendants pour les transferts et déplacements, et/ou pour aller à la toilette et/ou pour manger.

- catégorie D : y sont classés les bénéficiaires pour lesquels le diagnostic de démence est établi ou confirmé à la suite d'un bilan diagnostique spécialisé de la démence, ayant fait l'objet d'un rapport écrit, effectué par un médecin spécialiste en neurologie, en gériatrie ou en psychiatrie.

## **Art. 151.**

### **§ 1<sup>er</sup>.** *(entre en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2005)*

Pour l'application des dispositions des articles 148, 148bis et 150, un bénéficiaire est considéré comme dépendant physiquement lorsqu'il obtient un score de '3' ou '4' pour un ou plusieurs des critères énoncés ci-dessous :

#### **a) Se laver :**

- (1) Est capable de se laver complètement sans aucune aide ;
- (2) A besoin d'une aide partielle pour se laver au-dessus ou en dessous de la ceinture ;
- (3) A besoin d'une aide partielle pour se laver tant au-dessus qu'en dessous de la ceinture ;
- (4) Doit être entièrement aidé pour se laver tant au-dessus qu'en dessous de la ceinture.

#### **b) S'habiller :**

- (1) Est capable de s'habiller et de se déshabiller complètement sans aucune aide ;
- (2) A besoin d'une aide partielle pour s'habiller au-dessus ou en dessous de la ceinture (sans tenir compte des lacets) ;
- (3) A besoin d'une aide partielle pour s'habiller tant au-dessus qu'en dessous de la ceinture ;
- (4) Doit être entièrement aidé pour s'habiller tant au-dessus qu'en dessous de la ceinture.

#### **c) Transfert et déplacements :**

- (1) Est autonome pour le transfert et se déplace de façon entièrement indépendante, sans auxiliaire(s) mécanique(s) ni aide de tiers ;
- (2) Est autonome pour le transfert et ses déplacements moyennant l'utilisation d'auxiliaire(s) mécanique(s) (béquille(s), chaise roulante...) ;
- (3) A absolument besoin de l'aide de tiers pour au moins un des transferts et/ou ses déplacements ;

(4) Est grabataire ou en chaise roulante et dépend entièrement des autres pour se déplacer.

**d) Aller à la toilette :**

- (1) est capable d'aller seul à la toilette, de s'habiller et de s'essuyer ;
- (2) a besoin d'aide pour un des trois items : se déplacer ou s'habiller ou s'essuyer ;
- (3) a besoin d'aide pour deux des trois items : se déplacer et/ou s'habiller et/ou s'essuyer ;
- (4) a besoin d'aide pour les trois items : se déplacer et s'habiller et s'essuyer.

**e) Continence :**

- (1) Est continent pour les urines et les selles ;
- (2) Est accidentellement incontinent pour les urines ou les selles (sonde vésicale ou anus artificiel compris) ;
- (3) Est incontinent pour les urines (y compris exercices de miction) ou les selles ;
- (4) Est incontinent pour les urines et les selles.

**f) Manger :**

- (1) Est capable de manger et de boire seul ;
- (2) A besoin d'une aide préalable pour manger ou boire ;
- (3) A besoin d'une aide partielle pendant qu'il mange ou boit ;
- (4) Le patient est totalement dépendant pour manger et boire.

**§ 2.** Pour l'application des dispositions (des articles 148, 148bis et 150), un bénéficiaire est considéré comme dépendant psychiquement lorsqu'il obtient un score de "3" ou "4" pour le critère concerné énoncé ci-dessous:

**a) Orientation dans le temps :**

- (1) pas de problème ;
- (2) de temps en temps, rarement des problèmes ;
- (3) des problèmes presque chaque jour ;
- (4) totalement désorienté ou impossible à évaluer

**b) Orientation dans l'espace :**

- (1) pas de problème ;
- (2) de temps en temps, rarement des problèmes ;
- (3) des problèmes presque chaque jour ;
- (4) totalement désorienté ou impossible à évaluer

## Art. 152.

**§ 1er.** Pour le bénéficiaire admis dans une maison de soins psychiatriques, la demande d'obtention d'une allocation pour soins et assistance dans les actes de la vie journalière est introduite dans les sept jours suivant la date d'admission par le service ou institution responsable des soins, auprès de l'organisme assureur auquel le bénéficiaire est affilié ou inscrit. Le cachet de la poste fait foi pour la date de la demande.

Cette demande doit être accompagnée d'un certificat médical établi par le médecin traitant, d'où il ressort que le bénéficiaire remplit les critères visés à l'article 149 et d'une attestation d'un service ou d'une institution visés à l'article 34, 11°, de la loi coordonnée d'où il ressort que celui-ci est responsable des soins dispensés au bénéficiaire.

La demande est introduite au moyen d'un formulaire établi par le Comité de l'assurance sur proposition de la commission de conventions visée à l'article 13.

### [§ 2. abrogé]

**§ 3.** Pour le bénéficiaire admis dans une maison de repos et de soins ou dans une institution visée à l'article 34, 12°, de la loi coordonnée, la demande d'obtention d'une allocation pour soins et assistance dans les actes de la vie journalière est introduite dans les sept jours suivant la date d'admission par le service ou institution responsable des soins, auprès de l'organisme assureur auquel le bénéficiaire est affilié ou inscrit. Le cachet de la post fait foi pour la date de la demande.

La demande doit être accompagnée d'une échelle d'évaluation complétée par le praticien de l'art infirmier qui a eu la possibilité d'observer le bénéficiaire dans l'exécution des actes de la vie journalière, ou par le médecin traitant.

La demande pour un bénéficiaire classé dans la catégorie D ne peut être introduite que si la date où le diagnostic de démence a été posé est mentionnée dans le dossier de soins visé au § 4.

Le départ du bénéficiaire de l'institution ou son décès est notifié dans les sept jours à l'organisme assureur par l'institution.

La demande visée à l'alinéa 1er et la notification visée à l'alinéa 3 sont introduites au moyen d'un formulaire établi par le Comité de l'assurance sur proposition de la commission de conventions visée à l'article 12.

L'échelle d'évaluation visée à l'alinéa 2 est introduite au moyen d'un formulaire établi par le Comité de l'assurance sur proposition du Collège national visé à l'article 120.

Pour le bénéficiaire classé dans la catégorie de dépendance Cc visée à l'article 148, dernier alinéa, la demande visée à l'alinéa 1<sup>er</sup> doit seulement être accompagnée d'un

rapport médical, attestant que le bénéficiaire répond aux critères de cette catégorie de dépendance, établi par l'un des centres hospitaliers d'expertise repris à l'annexe 2 du protocole du 24 mai 2004 précité. Pour le bénéficiaire déjà hébergé en maison de repos et de soins, ce rapport peut être rédigé par le médecin du centre d'expertise sur la base d'un rapport médical documenté établi par le médecin traitant.

Par dérogation à l'article 153, § 2, pour le bénéficiaire classé dans la catégorie de dépendance Cc, la demande visée à l'alinéa 1<sup>er</sup> et le rapport médical qui l'accompagne peuvent être introduits dans les quinze jours qui suivent le jour de l'admission. En outre, ce rapport médical ne doit être transmis au médecin-conseil de l'organisme assureur que lors de la première admission d'un bénéficiaire classé dans la catégorie de dépendance Cc, et ne doit donc pas être introduit en cas de réadmission après une sortie de plus d'un mois si ce bénéficiaire reste classé dans la même catégorie.

**§ 4.** Les services ou institutions autres qu'un centre de soins de jour qui hébergent des bénéficiaires classés dans **la catégorie de dépendance A, B, C, Cd, Cc ou D** doivent tenir un dossier de soins par bénéficiaire.

Ce dossier de soins individuel doit comporter au moins les données suivantes :

- a) le plan de soins et d'assistance dans les actes de vie journalière, établi par la personne responsable des soins dans l'institution, qui précise la contribution des différentes catégories de personnel prévu pour l'intervention forfaitaire. Ce plan est évalué et adapté au moins une fois par mois en fonction de l'évolution du degré de dépendance par rapport aux soins.
- b) Lorsqu'il s'agit de bénéficiaires désorientés dans le temps et dans l'espace, une énumération précise des troubles perturbateurs du comportement :
  1. difficultés d'expression ;
  2. dérangement verbal ;
  3. perte des notions de bienséance ;
  4. comportement agité ;
  5. comportement destructeur ;
  6. perturbations du comportement nocturne ;
- c) pour les actes techniques effectués par le personnel infirmier et paramédical prévu pour l'intervention forfaitaire: les prescriptions médicales, la nature et la fréquence des actes techniques et l'identité de la personne qui les a dispensés.
- d) **si le bénéficiaire est classé dans la catégorie D : la date du bilan diagnostique spécialisé de la démence effectué par un médecin spécialiste en neurologie, en gériatrie ou en psychiatrie.**

## Art. 153.

**§ 1er.** S'il s'agit d'un bénéficiaire admis dans une maison de soins psychiatriques, le médecin-conseil vérifie s'il satisfait aux conditions visées à l'article 149. A cette fin, il peut soumettre le bénéficiaire à un examen corporel et demander au médecin traitant de lui fournir tous les renseignements médicaux qu'il juge nécessaire.

Le médecin-conseil notifie sa décision au service responsable des soins dispensés au bénéficiaire ou à l'institution où le bénéficiaire est admis, au plus tard le quinzième jour de la réception de la demande. Il envoie en même temps une copie de cette notification au bénéficiaire et à l'organisme assureur auquel le bénéficiaire est affilié ou inscrit.

En cas d'approbation de la demande, le médecin-conseil fixe la période pour laquelle l'allocation pour soins et assistance dans les actes de la vie journalière est accordée. Cette période prend cours au plus tôt le jour de l'admission si la demande a été introduite dans les sept jours suivant le jour de l'admission. Le cas échéant, une prolongation de cette période peut être demandée selon la procédure décrite à l'article 152 par le service ou l'institution responsable des soins dispensés au bénéficiaire.

**§ 2.** S'il s'agit d'un bénéficiaire admis dans une maison de repos et de soins ou dans une institution visée à l'article 34, 12°, de la loi coordonnée, la demande visée à l'article 152, § 3, est considérée comme approuvée lorsque l'organisme assureur notifie à l'institution où le bénéficiaire est admis un engagement de paiement ou s'il ne lui a pas notifié, au plus tard le quinzième jour de la réception de la demande, une décision motivée de refus de paiement ou une demande de renseignements complémentaires.

L'approbation tacite ou expresse de la demande susvisée prend cours au plus tôt le jour de l'admission si la demande est introduite dans les sept jours qui suivent le jour de l'admission, ou le jour de l'introduction de la demande dans le cas contraire. Le cachet de la poste fait foi pour la date de la demande.

Une demande de révision de la catégorie de dépendance, fixée sur la base de la demande introduite par l'institution, ou de la décision du médecin-conseil visée à l'alinéa 6, ou de la décision prise par une section du Collège national ou par un collège local, visés à l'article 122, §§ 2 et 3, peut être introduite selon la procédure décrite à l'article 152, § 3, lorsque la situation du bénéficiaire évolue de telle sorte qu'une autre catégorie de dépendance pourrait être prise en considération. Si cette demande de révision est introduite en raison d'une aggravation du degré de dépendance, elle doit toujours être fondée sur une indication médicale ou relative à l'art infirmier étayée par un rapport circonstancié, dont le modèle est établi par le Comité de l'assurance sur proposition du Collège national visé à l'article 120, à envoyer sous pli fermé à l'intention du médecin-conseil. Ce rapport est signé :

- par un médecin si la demande de révision est introduite dans les six mois qui suivent la décision du médecin-conseil visée à l'alinéa 6, ou une décision de modification prise par une section du Collège national ou un collège local, visés à l'article 122, §§ 2 et 3;
- par un médecin ou par un praticien de l'art infirmier qui a eu la possibilité d'observer le bénéficiaire dans l'exécution des actes de la vie journalière, si la demande de révision est introduite après une demande antérieure ou plus de six mois après l'une des décisions susvisées.

La demande de révision est introduite auprès de l'organisme assureur auquel le bénéficiaire est affilié ou inscrit dans les sept jours qui suivent le jour à partir duquel la révision est sollicitée. Le cachet de la poste fait foi pour la date de la demande.

En cas de réadmission d'un bénéficiaire dans l'institution après une absence ne dépassant pas trente jours, la demande visée à l'article 152, § 3 ne doit pas être accompagnée de l'échelle d'évaluation visée au même article, et ne doit pas être suivie d'un nouvel engagement de paiement de la part de l'organisme assureur, pour autant que le bénéficiaire reste classé dans la même catégorie de dépendance qu'avant son départ.

Le médecin-conseil peut modifier à tout moment la catégorie de dépendance fixée sur la base des demandes visées aux alinéas 1<sup>er</sup> et 3, soit après un examen physique, soit sur la base d'un rapport établi à cet effet après un examen sur place par un auxiliaire paramédical, à tout le moins praticien de l'art infirmier, mandaté par lui en application de l'article 153, alinéa 4, de la loi coordonnée. Cette décision doit être motivée et entre en vigueur à la date indiquée par le médecin-conseil dans la notification de cette décision à l'institution où le bénéficiaire est admis, date qui ne peut être antérieure à la date d'envoi de cette notification. Le cachet de la poste fait foi pour la date d'envoi de la notification.

Le médecin-conseil et l'auxiliaire paramédical, à tout le moins praticien de l'art infirmier, qu'il a mandaté peuvent, pour l'exécution de leur mission, consulter le dossier de soins individuel du bénéficiaire visé à l'article 152, § 4. Le médecin-conseil peut également demander au médecin traitant de lui communiquer toute information médicale qu'il juge nécessaire.

S'il s'agit d'un bénéficiaire classé dans la catégorie D, chaque fois qu'il serait susceptible de changer de catégorie sur la seule base des critères physiques de l'échelle d'évaluation, l'institution doit transmettre une échelle d'évaluation adaptée à son organisme assureur. La communication de cette information à l'organisme assureur ne porte aucun préjudice au fait que le bénéficiaire reste classé dans la catégorie D lorsqu'il l'est sur base d'un bilan diagnostique spécialisé de la démence effectué par un médecin spécialiste en neurologie, en gériatrie ou en psychiatrie, sauf s'il s'agit d'un bénéficiaire classé dans la catégorie Cd.

**§ 3.** Par dérogation aux dispositions des §§ 1 et 2, si le service ou l'institution, autre qu'un centre de soins de jour, visé à l'article 34, 11° et 12°, de la loi coordonnée responsable des soins dispensés au bénéficiaire est agréé avec effet rétroactif, l'organisme assureur peut, pour autant que la demande visée à l'article 152 ait été introduite dans les trente jours suivant la date de la signature de l'adhésion du service ou de l'institution à la convention visée à l'article 47 de la loi coordonnée, faire débiter la période pour laquelle l'allocation pour soins et assistance dans les actes de la vie journalière est accordée, avec effet rétroactif à une date qui ne peut cependant être antérieure à celle de la prise en cours de l'adhésion du service ou de l'institution à la convention précitée.

Par dérogation aux dispositions des §§ 1<sup>er</sup> et 2, le médecin-conseil peut faire débiter avec effet rétroactif la période pour laquelle l'allocation pour soins et assistance dans les actes de la vie journalière est accordée si l'agrément de l'institution est modifié, ou en cas de modification de l'assurabilité du bénéficiaire, ou si l'institution n'a pu introduire sa demande dans les délais prescrits pour des raisons de force majeure, pour autant que l'institution apporte des éléments de preuve suffisants à l'appui de sa demande de dérogation. Ne peuvent être retenus comme raisons de force majeure les problèmes de personnel et d'organisation rencontrés par l'institution lorsque ces problèmes ne découlent pas de circonstances exceptionnelles et imprévisibles.

**§ 4.** Les médecins-conseils, à la suite de l'exécution de leur mission prévue dans le présent article, font rapport à leur direction médicale en signalant notamment comment ils ont pris leur décision, quels sont les scores qui figurent dans les échelles d'évaluation jointes aux demandes d'intervention et, en cas de modification, quels sont les scores sur lesquels se base leur propre décision. De plus, le cas échéant, ils doivent signaler les irrégularités qu'ils ont constatées relativement :

- au fait que les soins couverts par l'intervention forfaitaire, notamment ceux prévus dans le dossier de soins individuel du bénéficiaire visé à l'article 152, § 4, n'ont pas été effectivement dispensés, ou que la continuité des soins n'est pas suffisamment assurée ;
- à la surévaluation des scores dans plusieurs échelles d'évaluation jointes aux demandes d'intervention.

#### **Art. 153bis.**

**§ 1er.** Pour le bénéficiaire admis dans un **centre de soins de jour** et qui satisfait aux critères de dépendance visés à l'article 148bis, la demande d'obtention de l'allocation pour soins et assistance dans les actes de la vie journalière, visée à l'article 147, § 3, est introduite dans les sept jours suivant la date d'admission par l'institution responsable des soins, auprès de l'organisme assureur auquel le bénéficiaire est affilié ou inscrit. Le

cachet de la poste fait foi pour la date de la demande.

La demande doit être accompagnée d'une échelle d'évaluation qui doit être complétée par un praticien de l'art infirmier qui a eu la possibilité d'observer le bénéficiaire dans l'exécution des actes de la vie journalière ou par le médecin traitant. La demande pour un bénéficiaire classé dans la catégorie D ne peut être introduite que si la date du diagnostic visé à l'article 148bis, 3°, troisième tiret, est indiquée dans le dossier de soins visé au § 5.

La demande visée à l'alinéa 1er est introduite au moyen d'un formulaire établi par le Comité de l'assurance sur proposition de la Commission de conventions visée à l'article 12.

L'échelle d'évaluation visée à l'alinéa 2 est introduite au moyen d'un formulaire établi par le Comité de l'assurance sur proposition du Collège national visé à l'article 120.

**§ 2.** Le médecin-conseil vérifie si le bénéficiaire admis dans un centre de soins de jour satisfait aux conditions visées à l'article 148bis. A cette fin, il peut soumettre le bénéficiaire à un examen physique, demander au médecin traitant de lui fournir tous les renseignements médicaux qu'il juge nécessaire, et consulter le registre de présence de l'institution visé au § 4 comme le dossier de soins individuel du bénéficiaire visé au § 5.

La demande visée au § 1<sup>er</sup> est considérée comme approuvée lorsque l'organisme assureur notifie à l'institution où le bénéficiaire est admis un engagement de paiement ou s'il ne lui a pas notifié, au plus tard le quinzième jour de la réception de la demande, une décision motivée de refus de paiement ou une demande de renseignements complémentaires.

En cas d'approbation tacite ou expresse de la demande visée au § 1er, la période pour laquelle l'allocation pour soins et assistance dans les actes de la vie journalière est accordée ne peut excéder une durée d'un an. Cette période prend cours au plus tôt le jour de l'admission si la demande a été introduite dans les sept jours suivant le jour de l'admission, ou le jour de la réception de la demande dans le cas contraire. Le cas échéant, une prolongation de cette période peut être demandée selon la procédure décrite au § 1er par l'institution responsable des soins dispensés au bénéficiaire.

Le médecin-conseil peut révoquer à tout moment l'approbation tacite ou expresse de la demande susvisée. Cette décision doit être motivée et ne peut avoir d'effet rétroactif.

S'il s'agit d'un bénéficiaire classé dans la catégorie D, chaque fois qu'il serait susceptible de changer de catégorie sur la seule base des critères physiques de l'échelle d'évaluation, l'institution doit transmettre à son organisme assureur une échelle d'évaluation adaptée. La communication de cette information à l'organisme assureur ne porte aucun préjudice au fait que le bénéficiaire peut rester classé dans la catégorie D

sur base d'un bilan diagnostique spécialisé de la démence effectué par un médecin spécialiste en neurologie, en gériatrie ou en psychiatrie.

**§ 3.** Un patient qui réside dans une maison de repos et de soins ou dans une institution visée à l'article 34, alinéa 1er, 12°, de la loi coordonnée, bénéficiant ou non d'une intervention de l'assurance soins de santé, ne peut prétendre à l'intervention visée à l'article 147, § 3, dans un centre de soins de jour. De même, l'obtention, par un bénéficiaire admis dans un centre de soins de jour, d'une allocation pour soins et assistance dans les actes de la vie journalière exclut qu'il puisse bénéficier de toute autre intervention de l'assurance soins de santé pour les prestations visées à l'article 34, alinéa 1er, 11° et 12°, de la loi coordonnée. En revanche, l'obtention de cette allocation ne fait pas obstacle à l'intervention de l'assurance soins de santé dans le coût des prestations visées à l'article 34, alinéa 1er, 1°, b) et c), 7°bis et 13° de la même loi, à condition que ces prestations aient lieu en dehors des heures durant lesquelles le bénéficiaire est admis dans un centre de soins de jour.

**§ 4.** Les centres de soins de jour doivent tenir un registre de présence comportant, pour chaque jour d'ouverture, le nom des bénéficiaires admis, l'heure de leur entrée et celle de leur sortie. Ce registre doit être clôturé chaque jour à 13 heures en ce qui concerne le nombre de bénéficiaires admis et l'heure de leur entrée, et complété en fin de journée pour l'heure de leur sortie.

Ces registres de présence ne peuvent comporter de feuilles volantes ni des passages en blanc, des ratures ou des surcharges. Ils doivent pouvoir être consultés à tout moment, soit par les médecins-conseils ou par les auxiliaires paramédicaux délégués par eux en application de l'article 153, alinéa 4, de la loi coordonnée, soit par les fonctionnaires de l'Institut national d'Assurance maladie-invalidité, et doivent être conservés dans l'institution pendant une période de cinq ans après leur clôture.

**§ 5.** Les centres de soins de jour doivent tenir un dossier de soins par bénéficiaire.

Ce dossier de soins individuel doit comporter au moins les données suivantes :

- a) le plan de soins et d'assistance dans les actes de la vie journalière, établi par la personne responsable des soins dans l'institution, qui précise la contribution des différentes catégories de personnel prévu pour l'intervention forfaitaire. S'il s'agit d'un bénéficiaire pris en charge dans le cadre des soins à domicile, ce plan doit être établi après consultation du praticien de l'art infirmier qui dispense ses soins au domicile du bénéficiaire. Ce plan est évalué et adapté régulièrement, et à tout le moins lors de chaque demande de prolongation de la période visée au § 2, alinéa 3, en fonction de l'évolution du degré de dépendance du bénéficiaire par rapport aux soins ;
- b) pour les actes techniques effectués par le personnel infirmier et paramédical prévu pour l'intervention forfaitaire : les prescriptions médicales, la nature et

la fréquence des actes techniques, et l'identité de la personne qui les a dispensés.

- c) si le bénéficiaire est classé dans la catégorie D : la date du bilan diagnostique spécialisé de la démence effectué par un médecin spécialiste en neurologie, en gériatrie ou en psychiatrie.

**§ 6.** Par dérogation aux dispositions du § 2, si le centre de soins de jour responsable des soins dispensés au bénéficiaire est agréé avec effet rétroactif, l'organisme assureur peut, pour autant que la demande visée au § 1er ait été introduite dans les trente jours suivant la date de la signature de l'adhésion de l'institution à la convention visée à l'article 47 de la loi coordonnée, faire débiter la période pour laquelle l'allocation pour soins et assistance dans les actes de la vie journalière est accordée, avec effet rétroactif à une date qui ne peut cependant être antérieure à celle de la prise en cours de l'adhésion de l'institution à la convention précitée.

## **MODIFICATIONS**

A.R. du 17 OCTOBRE 2011 (M.B. 07-11-2011)      Articles modifiés : 147, 148bis  
Entrée en vigueur : 01-01-2012    SAUF Article 147 : 01-04-2008

A.R. du 5 DECEMBRE 2012 (M.B. 17-12-2012)      Articles modifiés : 150, 152 et 153  
Entrée en vigueur : 01-01-2013  
SAUF Article 148 : 01-07-2013

A.R. du 9 JANVIER 2013 (M.B. 22-01-2013)      Articles modifiés : 147, 148bis,  
153bis,  
Entrée en vigueur : 01-01-2013  
SAUF Article 147 : 01-01-2012