

# INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITÉ

Etablissement Public institué par la loi du 9 août 1963  
AVENUE GALILEE 5/01 – 1210 BRUXELLES

---

Service des soins de santé

## CONVENTION ENTRE LE COMITE DE L'ASSURANCE SOINS DE SANTE DE L'INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITE ET «ADMINISTRATIEVE\_COORD», POUR LE PROJET DE SOUTIEN AUX PERSONNES AYANT DES BESOINS COMPLEXES DE SOINS ET D'AIDE «PROJ\_NAAM», à «STAD»

Vu la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, notamment l'article 22, 6° bis ;

Sur proposition des Commissions de conventions ou d'accords suivantes : Commission de conventions infirmiers - organismes assureurs, Commission de conventions pharmaciens - organismes assureurs et Commission de conventions établissements hospitaliers-organismes assureurs, et en concertation avec les représentants des Commissions nationales médico – mutualiste et dento-mutualiste, des Commissions de conventions entre les sages-femmes, les orthopédistes, les audiciens, les bandagistes, les kinésithérapeutes, les logopèdes et les opticiens avec les organismes assureurs, des ergothérapeutes, psychologues et orthopédagogues cliniciens et des organisations de patients et de familles,

il est convenu ce qui suit entre,

d'une part, le Comité de l'assurance soins de santé institué auprès du Service des soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, ci-après dénommé « l'Inami »,

et d'autre part, le/la «ADMINISTRATIEVE\_COORD», pour le projet de soutien aux personnes ayant des besoins complexes de soins et d'aide «PROJ\_NAAM», à «ADRESS», «CP» «STAD», ci-après dénommé « le projet ».

## 1. PRÉAMBULE

Dans l'accord de gouvernement fédéral, le gouvernement s'engage à s'appuyer sur le plan fédéral pour les malades chroniques afin d'aboutir à un nouveau plan interfédéral ambitieux pour implémenter des soins intégrés en Belgique.

Dans ce cadre, l'Inami a attribué via marché public une mission au consortium « WeCare » qui est chargé, d'une part, du soutien et du renforcement des équipes des administrations fédérales et de la cellule stratégique du ministre pour définir et approfondir une stratégie de changement vers des soins intégrés aux niveaux macro, méso<sup>1</sup> et micro<sup>2</sup>, dans un Plan

---

<sup>1</sup> Niveau méso = organisations de soins et des prestataires individuels

<sup>2</sup> Niveau micro = au niveau du bénéficiaire

interfédéral en faveur des soins intégrés et, d'autre part, du soutien des acteurs au niveau méso pour assurer, via un pilotage, le développement et l'organisation des soins intégrés pour la population sur un territoire défini afin d'atteindre le 5AIM<sup>3</sup>.

Dans cet objectif, il est nécessaire d'une part de tenir compte de l'expérience déjà acquise au cours des années de mise en œuvre des projets de soutien aux personnes ayant des besoins complexes de soins et d'aide, dits « projets Protocole 3 » et, d'autre part, de collaborer (via le coaching par le consortium *WeCare*) avec les autres acteurs au niveau méso (les 12 projets de soins intégrés (PSI), les réseaux de santé mentale (SSM) ou avec d'autres partenariats locaux, y compris ceux prévus par les entités fédérées pour partager et/ou transférer les expériences et pour tester et approfondir la base d'une mise en œuvre réussie du futur Plan interfédéral en faveur des soins intégrés.

C'est dans ce contexte qu'est conclue la présente convention de transition, qui s'appuie sur la précédente convention avec les projets Protocole 3 venant à échéance le 31 décembre 2022. Cette convention constitue une nouvelle étape pour l'élaboration du projet de Plan Interfédéral, prévu pour fin 2023, et l'implémentation des soins intégrés en Belgique, prévue à partir de 2024. Elle permet de mettre en place une période de transition qui a pour objectif de préparer la transition progressive vers le futur cadre de l'organisation des soins tel qu'il sera convenu dans le nouveau Plan Interfédéral.

La présente convention détermine les modalités d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé dans le coût de prestations de soutien aux personnes ayant des besoins complexes de soins. Elle détermine également les modalités de collaboration et de soutien avec et par l'Administration et règle les modalités d'exécution des activités spécifiques des « projets Protocole 3 » dans le cadre de la période de transition. Cette convention de transition est conclue pour la période du 1<sup>er</sup> janvier 2023 au 31 décembre 2024

## 2. TABLE DES MATIERES

1.	PRÉAMBULE	1
2.	TABLE DES MATIERES	2
3.	OBJET DE LA CONVENTION	3
4.	MISSIONS DU PROJET PROTOCOLE 3 PENDANT LA PERIODE DE TRANSITION	3
5.	TERRAINS DE TEST – EVALUATION DE CERTAINES INTERVENTIONS	5
6.	ACCOMPAGNEMENT OFFERT AUX PROJETS PROTOCOLE 3	5
7.	BÉNÉFICIAIRES DES PRESTATIONS	6
8.	OBJECTIFS DES PRESTATIONS	7
9.	NATURE DES PRESTATIONS	8
9.1.	Définition des prestations	8
9.2.	Nombres de prestations de base remboursables	11
9.3.	Dispositions relatives à la « coordination de soins » et au « case manager »	12
9.4.	Dispositions relatives au « suivi ergothérapeutique »	14
9.5.	Dispositions relatives au « suivi psychologique »	15

<sup>3</sup> Les objectifs du Quintuple Aim sont: \*la qualité des soins, telle que vécue par la personne ayant besoin de soins et d'assistance \*la santé de la population \*le rapport coût-efficacité, c'est-à-dire le rapport entre les ressources déployées et les valeurs réalisées \*l'équité dans la société, en accordant une attention particulière à l'accessibilité des soins de santé au sens large (c'est-à-dire pas seulement financière) et à l'inclusion des différentes formes de diversité \*le bien-être des professionnels de la santé

9.6. Modalités de dispensation des prestations alternatives (uniquement pour les projets proposant déjà cette/ces prestation(s) en 2022)	15
10. FONCTIONS FINANCIÉES PAR LA CONVENTION	17
11. INTERVENTION DE L'ASSURANCE DANS LE COÛT DES PRESTATIONS	18
11.1. Principes	18
11.2. Montants d'intervention de l'assurance	18
11.3. Nombres maximums de forfaits de fonctionnement remboursables	19
11.4. Modalités de facturation des prestations	20
11.5. Règles de cumul	20
12. GESTION DES DONNÉES ET PROCÉDURE D'ÉVALUATION	21
13. GROUPE DE TRAVAIL PERMANENT DES COMMISSIONS DE CONVENTIONS ET D'ACCORDS	22
14. DISPOSITIONS TRANSITOIRES	22
15. VALIDITÉ DE LA CONVENTION	22

### 3. OBJET DE LA CONVENTION

**Article 1.** La présente convention règle les interventions et les conditions d'utilisation des moyens financiers provenant de l'assurance obligatoire soins de santé dans le cadre de la période de transition du 1er janvier 2023 jusqu'au 31 décembre 2024.

La convention détermine les modalités de collaboration du projet avec l'Inami<sup>4</sup>, notamment dans le cadre de l'élaboration du Plan Interfédéral Soins Intégrés. Cette convention régit les droits et obligations du projet d'une part, et de l'INAMI d'autre part.

### 4. MISSIONS DU PROJET PROTOCOLE 3 PENDANT LA PERIODE DE TRANSITION

**Article 2.** Le projet Protocole 3 a pour mission et s'engage à :

- garantir l'offre de prestations suivante en fonction des besoins, ainsi que tout mettre en œuvre pour développer les prestations de case management, d'ergothérapie et de suivi psychologique, et ce pour l'ensemble des bénéficiaires au sein du groupe-cible dans la zone d'activité définie au point 6:

a) prestations de base:

<i>Module initial</i>			
	<i>En présence du bénéficiaire et/ou de son aidant</i>	<i>En présence de plusieurs bénéficiaires et/ou de leurs aidants</i>	<i>En l'absence du bénéficiaire et de son aidant</i>
<i>Case management</i>	<i>Séance de case management</i>		<i>Support du case management</i>
<i>Ergothérapie</i>	<i>Séance d'ergothérapie</i>	<i>Session de groupe ergothérapie</i>	<i>Support de l'ergothérapie</i>
<i>Suivi psychologique</i>	<i>Séance de suivi psychologique</i>	<i>Session de groupe suivi psychologique</i>	<i>Support du suivi psychologique</i>

<sup>4</sup> soutenue par le consortium WeCare dans le cadre de l'élaboration du futur Plan Interfédéral et du coaching au niveau méso.

- b) Session de groupe aidant proche pour bénéficiaires atteints de démence: financement limité aux projets qui disposaient déjà de cette prestation dans leur convention en 2022.
  - c) Visite de contrôle de nuit et éducation aux soins du bénéficiaire: financement limité aux projets qui disposaient déjà de cette prestation dans leur convention en 2022. Le financement annuel de ces prestations est limité, par projet, au montant des dépenses du projet pour ces prestations pendant l'année 2022 extrapolées sur base des données du premier semestre de 2022 telles que communiquées à l'Inami en vertu de l'article 29 de la convention conclue entre le projet et l'Inami pour la période du 1<sup>er</sup> mars 2021 au 31 décembre 2022, majoré de l'indexation au 01/01/2023, soit un montant annuel de XXXX euros.
2. à mettre tout en œuvre pour que l'instrument BelRAI soit utilisé en soutien à l'élaboration d'un plan de soins multidisciplinaire pour les bénéficiaires.
  3. être la source d'informations et d'expérience acquise par rapport à l'opérationnalisation des prestations telles que visées au point 1 et à leur exécution en équipe multidisciplinaire, ainsi que par rapport à l'utilisation de BelRAI pour le soutien lors de l'élaboration d'un plan de soins.
  4. participer au processus d'élaboration du futur Plan Interfédéral (PIF), et à l'accompagnement fourni à cet égard par l'Administration (avec le soutien du consortium *WeCare*);
  5. participer aux groupes de travail mis en place par l'ensemble des projets, ainsi qu'aux moments d'interaction, intervision, supervision, coaching, ... organisés dans le cadre de la transition vers le Plan Interfédéral et de son exécution; entre autres, il peut s'agir de l'évaluation du contenu et/ou des conditions d'intervention dans les prestations du point 1, et de leur adaptation de manière à ce qu'ils correspondent encore mieux aux besoins du groupe-cible.
  6. dans la perspective d'une transition vers une intégration complète des missions du projet dans le futur cadre d'organisation des soins qui sera décidé dans le Plan Interfédéral, le projet va délimiter la zone d'activité au sein de laquelle il va exécuter ses missions.. Le projet élabore une proposition de zone en cohérence avec les délimitations de zones existantes ou en cours d'élaboration dans le cadre du projet de Plan Interfédéral, et ce en concertation avec e.a. les administrations des entités fédérées, et la soumet au plus tard le 30 juin 2023 à l'INAMI via l'adresse email suivante : [protocol3@riziv-inami.fgov.be](mailto:protocol3@riziv-inami.fgov.be).
  7. collaborer et se concerter régulièrement avec les initiatives locales et les entités fédérées dans l'objectif d'une intégration des missions du projet dans l'organisation des soins de première ligne. Il s'agira en particulier de collaboration entre le projet et d'autres partenariats locaux tels que les 12 projets de soins intégrés (PSI), les réseaux de santé mentale (SSM), les réseaux hospitaliers ou d'autres partenariats locaux , y compris ceux prévus par les entités fédérées, au sein desquels la collaboration, le partage des connaissances et le transfert d'expertise sont prévus. Dans les situations où il s'agit d'accords avec des partenariats établis à l'initiative des entités fédérées, cela est coordonné au préalable avec les administrations concernées..
  8. Dans la perspective de l'approbation du projet de Plan Interfédéral pour des soins intégrés, et en tout cas dès que ce Plan est adopté, il pourra être demandé au projet

d'aligner son offre afin de passer progressivement vers ce qui a déjà été approuvé en prévision du Plan<sup>5</sup> pendant la période de transition encore en cours , ou vers ce qui est convenu dans le Plan, entre autres en :

- a) cherchant des connexion/alignement/concertation maximales avec les structures ou réseaux existants (ou à créer) au niveau locorégional tel que prévu par le plan interfédéral afin d'augmenter son impact stratégique sur l'intégration de soins dans son territoire et de garantir que les connaissances, l'expertise et les pratiques acquises restent durablement ancrées après la fin de la période de transition;
  - b) aligner les soins et le cadre d'organisation et de financement de ces soins sur ce qui a été convenu dans le Plan.
9. participer aux terrains de test et à l'évaluation de certaines prestations, comme décrit à l'article 3.

## 5. TERRAINS DE TEST – EVALUATION DE CERTAINES INTERVENTIONS

**Article 3. § 1.** Les « terrains de test » concernent des initiatives supplémentaires (autres que les missions décrites dans cette convention) qui sont susceptibles de faciliter les Soins Intégrés. Le projet participera à des « terrains de test », dans des conditions à convenir entre le Comité de l'assurance et le projet, afin d'explorer l'impact et la faisabilité d'initiatives qui contribuent aux soins intégrés et au 5AIM.

**§ 2.** Le projet s'engage à participer à l'analyse de certaines prestations et à mettre à disposition toutes les informations nécessaires à cet effet.

## 6. ACCOMPAGNEMENT OFFERT AUX PROJETS PROTOCOLE 3

**Article 4. § 1.** Le soutien du projet est offert par l'Administration et par le consortium *WeCare* que l'INAMI a désigné pour cette tâche.

**§ 2.** L'Administration prévoit un accompagnement du projet pendant la période de transition, tant sur base individuelle que générique/transversale, par le biais des activités suivantes :

- a) Organisation de moments d'interaction/intervision/supervision entre les coordinateurs des différents projets et les autorités.
- b) Support pratique via la fonction helpdesk (boîte mail générique, assistance téléphonique, visites sur place...)
- c) Information à propos de l'état des lieux de l'élaboration du Plan interfédéral
- d) Organisation de formations BeIRAI « Train the trainer ».

**§ 3.** Le consortium *WeCare*, par le biais des moments de coaching, interventions, etc... vise à identifier des facilitateurs de processus au niveau méso ainsi que les bonnes pratiques du fonctionnement des projets Protocole 3. Le contenu exact et l'effort éventuel que *WeCare* peut et pourrait fournir à cette fin seront convenus avec le mandant.

---

<sup>5</sup> Un exemple possible est l'interprétation du case management: il pourrait déjà y avoir un accord à ce sujet en 2023 et cela pourrait donc être implémenté plus rapidement .

## 7. BÉNÉFICIAIRES DES PRESTATIONS

**Article 5.** Tout bénéficiaire au sens de la présente convention est un bénéficiaire de l'assurance soins de santé qui remplit les conditions<sup>6</sup> suivantes, à la date de début de la période de réalisation des prestations :

1. Il/Elle a au moins atteint l'âge de 60 ans.

Une dérogation à l'âge minimal est accordée pour les bénéficiaire qui souffrent d'une affection chronique et dégénérative telle que SEP, maladie de Parkinson, AVC, démence, maladie d'Alzheimer, ... ou d'une autre affection lourdement invalidante et qui peut avoir comme conséquence un placement précoce en cadre résidentiel. Le nombre de bénéficiaires qui appartient à ce groupe-cible, est limité à 15% du nombre total des bénéficiaires inclus.

2. Il remplit les conditions spécifiques suivantes, selon le type de prestations :

2.1. *Case management.* Les trois conditions suivantes sont remplies :

- 2.1.1. Il obtient un score AIVQ  $\geq 3$ .
- 2.1.2. L'organisation des soins destinés au bénéficiaire est peu efficace, parce que le bénéficiaire et son aidant ne sont pas en mesure de se représenter eux-mêmes de manière optimale (en raison d'une perte d'autonomie décisionnelle, de la complexité des soins requis, ou de difficultés au sein du réseau de soins) et parce que la fonction de coordination de soins et d'aide n'est temporairement pas remplie.
- 2.1.3. Le bénéficiaire présente une maladie neurodégénérative et/ou des limitations des aptitudes globales caractérisées par un score AVQ  $\geq 3$  et/ou un score CPS  $\geq 3$ .

2.2. *Suivi ergothérapeutique.* Le bénéficiaire remplit une des trois conditions suivantes :

- 2.2.1. Il obtient un score AIVQ  $\geq 3$  et/ou un score CPS2  $\geq 2$  et/ou un score AVQ  $\geq 3$
- 2.2.2. Il remplit au moins une des deux conditions suivantes :
  - 2.2.2.1. Il présente un risque accru de chute, objectivé par au moins une chute durant les 30 derniers jours<sup>7</sup>.
  - 2.2.2.2. Son domicile ou son lieu de séjour doit être adapté pour augmenter son autonomie et sa sécurité, et il a la capacité et le souhait d'y séjourner pendant au moins 6 mois, à compter du début de la période.
- 2.2.3. Diagnostic de démence.

2.3. *Suivi psychologique.* Le bénéficiaire remplit les deux conditions suivantes :

- 2.3.1. Il obtient un score AIVQ  $\geq 3$  et/ou un score  $\geq 1.5$  dans l'échelle 'Troubles psychiques' et/ou un score positif ( $\geq 1$ ) dans au moins 1 des 5 derniers items dans l'échelle 'Troubles du comportement' (BelRAI Screener);
- 2.3.2. Il remplit au moins une des deux conditions suivantes :
  - 2.4.2.1. Lui ou son aidant demande à bénéficier d'un suivi psychologique.
  - 2.4.2.2. Il refuse des soins qui lui sont prescrits et qui sont nécessaires à la préservation de son intégrité physique et/ou mentale.

<sup>6</sup> Dans l'énoncé de ces conditions, les acronymes renvoient aux échelles suivantes du BelRAI Screener et du BelRAI HC :

- AIVQ : échelle G1 – Performance et capacité pour les activités instrumentales de la vie quotidienne.
- AVQ : échelle G2 – Performance pour les activités de la vie quotidienne.
- CPS [cognitive performance scale] : module 3, échelles M3.1 à M3.4 – Troubles cognitifs.
- CPS2 [cognitive performance scale2]
- Troubles du comportement
- Troubles psychiques

<sup>7</sup> Voir le BelRAI HC, section J, question 2, pour la définition de cet item.

2.4. *Session de groupe aidants proches.* Le bénéficiaire remplit les trois conditions suivantes :

2.4.1. Il obtient un score AIVQ  $\geq 3$ .

2.4.2. Le bénéficiaire a un bilan diagnostique spécialisé de la démence. Le diagnostic de démence doit être posé par un médecin spécialiste suite à l'une des prestations suivantes :

- 102933 (Bilan diagnostique spécialisé de la démence par un médecin spécialiste en neurologie, en psychiatrie ou en gériatrie, avec un rapport écrit)
- 102992 (Bilan diagnostique spécialisé de la démence par un médecin spécialiste en neurologie, en psychiatrie ou en gériatrie, accrédité, avec un rapport écrit)

2.4.3. Le bénéficiaire remplit les conditions 2.1., 2.2. ou 2.3.

2.5. *Visite de contrôle de nuit.* Le bénéficiaire obtient un score AIVQ  $\geq 3$ .

2.6. *Education aux soins du bénéficiaire.* Le bénéficiaire obtient un score AIVQ  $\geq 3$ .

## 8. OBJECTIFS DES PRESTATIONS

**Article 6.** Les prestations dispensées à un bénéficiaire en application de la présente convention visent les objectifs suivants :

1. Augmenter ou stabiliser son autonomie, ou en ralentir la perte.
2. Augmenter ou stabiliser sa qualité de vie et celle de son aidant, ou en ralentir la perte.
3. Garantir la dispensation en temps opportun de tous les soins utiles.
4. Eviter les recours inadéquat aux soins de santé (soins infirmiers, médecine de garde, urgences ou hospitalisations évitables...)
5. Prévenir les situations de crise.

Elles permettent ainsi à certains bénéficiaires de vivre plus longtemps à domicile ou au domicile d'un proche, hors d'un milieu institutionnel tel qu'un établissement de soins de santé ou une maison de repos...

Pour un bénéficiaire dont l'institutionnalisation définitive devient nécessaire au cours d'une période de dispensation des prestations, celles-ci peuvent avoir pour objectif de préparer cette institutionnalisation, en concertation avec l'aidant du bénéficiaire et les intervenants du réseau.

## 9. NATURE DES PRESTATIONS

### 9.1. Définition des prestations

**Article 7.** Les prestations prévues par la présente convention sont réparties, selon leur type

- en *module initial*,
- *case management*,
- *ergothérapie*,
- *suivi psychologique*,
- *session de groupe aidant proche (pour un bénéficiaire atteint de démence)*,
- *visite de contrôle de nuit, et*
- *éducation aux soins du bénéficiaire*.

Pour le case management, elles sont réparties, selon la nature des actes prestés,

- en *séances* (actes réalisés en présence du bénéficiaire et/ou de son aidant), et
- en *support* (actes réalisés en leur absence).

Pour l'ergothérapie et le suivi psychologique, elles sont réparties, selon la nature des actes prestés,

- en *séances* (actes réalisés en présence du bénéficiaire et/ou de son aidant)
- en *sessions de groupe* (actes réalisés en présence de plusieurs bénéficiaires et/ou de leurs aidants), et
- en *support* (actes réalisés en leur absence).

Les sessions de groupe aidants proches sont uniquement organisées en sessions de groupe (actes réalisés en présence de plusieurs bénéficiaires et/ou de leurs aidants).

Les visites de contrôle de nuit et l'éducation aux soins du bénéficiaire sont uniquement organisées en séances (actes réalisés en présence du bénéficiaire et/ou de son aidant).

**Tableau 1 : Prestations de la convention**

<i>Module initial</i>			
	<i>En présence du bénéficiaire et/ou de son aidant</i>	<i>En présence de plusieurs bénéficiaires et/ou de leurs aidants</i>	<i>En l'absence du bénéficiaire et de son aidant</i>
<i>Case management</i>	<i>Séance de case management</i>	-	<i>Support du case management</i>
<i>Ergothérapie</i>	<i>Séance d'ergothérapie</i>	<i>Session de groupe ergothérapie</i>	<i>Support de l'ergothérapie</i>
<i>Suivi psychologique</i>	<i>Séance de suivi psychologique</i>	<i>Session de groupe suivi psychologique</i>	<i>Support du suivi psychologique</i>
<i>Prestations alternatives : uniquement pour les projets proposant déjà cette prestation en 2022</i>			
<i>Session de groupe aidant proche</i>	-	<i>Session de groupe aidant proche</i>	-
<i>Visite de contrôle de nuit</i>	<i>Séance de visite de contrôle de nuit</i>	-	-
<i>Education aux soins du bénéficiaire</i>	<i>Séance d'éducation aux soins du bénéficiaire</i>	-	-

**Article 8.** Le module initial est facturable, si la personne répond aux conditions de remboursement de l'intervention case management, de l'ergothérapie et / ou du suivi psychologique décrites à l'article 5 et si les actions suivantes ont été menées.

Actions au sein du module initial :

- Le recueil de l'information pertinente auprès du bénéficiaire, de son aidant, de ses dispensateurs de soins, des éventuels coordinateur de soins et référent hospitalier..., en ce compris les preuves qu'il répond à la définition des bénéficiaires pour les prestations souhaitées, ainsi que l'information issue du dossier patient et des outils informatiques appropriés, tels que le BelRAI HC qui sert de soutien pour l'élaboration du plan de soins, et l'information contenue dans le ou les plans de soins préalablement établis.
- Les actes préparatoires à la réalisation des prestations prévues par la convention, en faveur d'un bénéficiaire répondant aux conditions de l'article 5.
- L'élaboration d'un plan de soins qui est construit de manière multidisciplinaire en accord avec le bénéficiaire et/ou l'aidant proche et/ou le représentant légal.

**Article 9.** Les activités réalisées en présence du bénéficiaire et/ou de son aidant sont nommées *séances de case management*, *séances d'ergothérapie*, et *séances de suivi psychologique*.

Elles sont réalisables et facturables par unité de 30 minutes, avec un minimum de 2 unités et un maximum de 4 unités par type de prestation au cours de la même journée, de sorte qu'une séance dure une heure, une heure et demie, ou deux heures, et compte pour 2, 3 ou 4 unités de facturation.

Chaque séance exige la présence, pendant toute sa durée, d'au moins un intervenant visé à l'article 17, face à un seul bénéficiaire et/ou à son aidant. La séance n'est jamais dispensée sous la forme de séances de groupe, à plusieurs bénéficiaires ou aux proches de plusieurs bénéficiaires simultanément.

La séance se déroule au domicile du bénéficiaire ou au domicile de l'aidant ou d'un proche. Par exception, une seule séance d'ergothérapie, une seule séance de suivi psychologique et deux séances de case management par période peuvent se dérouler dans l'hôpital où le bénéficiaire est hospitalisé, si les conditions prévues à l'article 27, § 2, point 4, sont remplies.

Les séances de *case management et de suivi psychologique* peuvent être réalisées à distance, par le biais d'appels téléphoniques, de communications vidéo à distance ou d'appels vidéos.

Les principes suivants sont d'application pour les prestations à distance :

- Le bénéficiaire et/ou son aidant doit avoir préalablement donné son accord pour ces soins dispensés à distance ;
- L'intervenant doit s'être assuré que le bénéficiaire et/ou son aidant était physiquement et mentalement en mesure de suivre cette prestation à distance
- L'intervenant doit utiliser un moyen de communication à distance sécurisé qui respecte ces règles et conditions d'utilisation minimales :  
<https://www.ehealth.fgov.be/fr/esante/task-force-data-technology-against-corona/bonnes-pratiques-en-matiere-de-plate-formes-pour-les-soins-a-distance-formulees-par-le-comite-de-securite-de-linformation>
- Le prestataire doit consigner dans le dossier du bénéficiaire ces prestations par téléphone et vidéo-consultations, ainsi que leur durée.

L'ensemble des autres modalités de ces prestations reste d'application. En particulier, les tarifs, durées et pseudocodes sont inchangés.

Les activités réalisées en présence simultanée de plusieurs bénéficiaires et/ou de plusieurs aidants sont nommées *sessions de groupe d'ergothérapie* et *sessions de groupe de suivi psychologique*. Ces sessions de groupe sont organisées pour un minimum de 4 participants et un maximum de 8 participants.

Elles sont réalisables et facturables par une seule unité de 30 minutes au cours de la même journée par participant, de sorte qu'une session compte pour 4 à 8 unités de facturation en fonction du nombre de participants.

Chaque session de groupe exige la présence, pendant toute sa durée, d'au moins un intervenant visé à l'article 17. La session de groupe se déroule dans un espace collectif accessible pour le groupe-cible

**Article 10.** Les activités réalisées en l'absence du bénéficiaire et de son aidant qui sont liées à la réalisation des séances sont nommées *support du case management*, *support de l'ergothérapie* et *support du suivi psychologique*.

Elles sont facturables par unité de 30 minutes.

Seuls les actes réalisés en faveur d'un bénéficiaire ou de son aidant et directement liés aux objectifs visés à l'article 6 peuvent être pris en compte dans une prestation de support. Des actes tels que la participation à des formations, à des conférences, à des réunions internes relatives à des matières administratives, logistiques ou organisationnelles... ne peuvent pas être facturés en tant que prestations distinctes ; ils sont pris en compte, de manière forfaitaire, dans les honoraires des prestations fixés à l'article 22. De même, les déplacements des intervenants ne peuvent pas être facturés en tant que prestations distinctes ; ils sont pris en compte, de manière forfaitaire, dans les honoraires des prestations fixés à l'article 22.

L'intervenant qui effectue un acte pris en compte dans une prestation de support mentionne dans le dossier patient son heure de début, son heure de fin et sa description. Pour tout contact

avec une personne de l'équipe de soins, elle mentionne le nom, la fonction de cette personne et la nature du contact (rencontre, communication téléphonique, courrier électronique...). Le manquement à cette obligation peut donner lieu à la récupération de l'intervention de l'assurance dans les prestations non-conformes.

**Article 11. § 1.** La période au cours de laquelle les prestations facturables peuvent être réalisées en faveur d'un bénéficiaire dure un maximum de 3 ans. Elle débute à la date de la 1<sup>ère</sup> prestation facturable réalisée au cours de cette période, en faveur de ce bénéficiaire (« date de la prestation » mentionnée sur la facture à l'organisme assureur du bénéficiaire).

Une seule période peut être réalisée en faveur d'un même bénéficiaire.

**§ 2.** En cas d'institutionnalisation du bénéficiaire dans une maison de repos ou de décès du bénéficiaire, la période de réalisation des prestations mentionnée au §1 (ci-après 'période 1') est clôturée. A titre d'exception et en soutien à l'aidant proche, et pour autant que des prestations facturables ait déjà été réalisées en faveur de ce bénéficiaire dans le cadre de la présente convention, un nombre limité de prestations complémentaires peuvent être réalisées pendant une seconde période (ci-après 'période 2') d'une durée de 30 jours calendrier, prenant cours le lendemain du jour du décès du bénéficiaire ou du jour d'entrée du bénéficiaire en maison de repos. Ces prestations sont portées en compte au nom du bénéficiaire.

## 9.2. Nombres de prestations de base remboursables

**Article 12. § 1.** Un bénéficiaire peut recevoir une intervention de l'assurance dans un seul module initial, même s'il reçoit plusieurs types de prestations et même si elles sont dispensées par plusieurs projets conventionnés.

**§ 2.** Pour les autres prestations, le nombre maximum d'unités de facturation remboursable par bénéficiaire au cours d'une période s'élève à 122 unités au total (ci-après 'série 1'). Ces 122 unités de facturation sont réparties par le projet entre les différents types de prestations de base en fonction des besoins du bénéficiaire et de son aidant, toujours moyennant le respect des conditions reprises à l'article 5. Par 122 unités, un maximum de 50 unités peuvent être consacrées à des sessions de groupe.

### 1. Conditions du *case management*:

Par série de 122 unités de facturation comprenant une composante case management, au moins 4 unités sont consacrées à des séances.

### 2. Conditions de la composante *suivi ergothérapeutique* :

Par série de 122 unités de facturation comprenant une composante de suivi ergothérapeutique, au moins 60% sont consacrées à des séances ou à des sessions de groupe.

### 3. Conditions de la composante *suivi psychologique*:

Par série de 122 unités de facturation comprenant une composante de suivi psychologique, au moins 60% sont consacrées à des séances ou à des sessions de groupe.

**§ 3.** Une seule 'série 1' de 122 unités de facturation peut être réalisée en faveur d'un même bénéficiaire. Cependant, à titre d'exception, le bénéficiaire peut obtenir une deuxième série de prestations ('série 2'), limitées à 61 unités de facturation, après concertation entre les prestataires de l'équipe de soins, s'il remplit encore les conditions d'admission (article 5) et si un nouvel événement (exemple : après une hospitalisation, après une chute avec

complications, l'aidant proche qui ne peut plus remplir son rôle, ...) justifie la fixation d'une 2<sup>e</sup> série d'unités de facturation. Au cours d'une année civile, le nombre de bénéficiaires qui obtient une 2<sup>e</sup> série d'unités de facturation ne dépasse pas 30% du nombre total de bénéficiaires ayant entamé une 1<sup>ère</sup> série. Les prestations réalisées au-delà de cette limite ne sont pas facturables .

Les conditions des prestations mentionnées au § 2 concernant la proportion minimale de séances et sessions de groupe sont également valables pour la 2<sup>e</sup> série d'unités de facturation. Par 2<sup>ème</sup> série de 61 unités, un maximum de 25 unités peuvent être consacrées à des sessions de groupe.

Pour un même bénéficiaire, la totalité de ces unités de facturation (1<sup>ère</sup> série de 122 et, le cas échéant, 2<sup>ème</sup> série de 61) doit être réalisée au cours de la période définie à l'article 11.

**§ 4.** En cas d'institutionnalisation ou de décès du bénéficiaire, une série supplémentaire (série de clôture) de maximum 10 unités de facturation (séance ou support d'une des 3 prestations de base) peut être réalisée en faveur de ce bénéficiaire ou de son aidant proche, au cours d'une seconde période telle que définie à l'article 11, §2, prenant cours le lendemain du jour du décès ou du jour d'entrée en maison de repos.

**Tableau 2 : Condition et nombres d'unités de facturation des prestations de base par bénéficiaire**

PERIODE 1 (3 ans)	Nombre maximum d'unités facturables	Nombre <b>minimum</b> d'unités consacrées à des séances et à des sessions de groupe (le cas échéant)
Case management	x	4 UF
Ergothérapie	y	60%
Suivi psychologique	z	60%
		Nombre <b>maximum</b> d'unités consacrées à des sessions de groupe
Série 1	$x + y + z \leq 122$	50
Série 2	$x + y + z \leq 61$	25
PERIODE 2 (30 jours post-institutionnalisation ou décès)		
Série de clôture	$X + y + z \leq 10$	-

**§ 3.** En cas de dépassement des nombres maximums d'unités facturables, le projet rembourse les prestations excédentaires à l'INAMI.

### **9.3. Dispositions relatives à la « coordination de soins » et au « case manager »**

**Article 13.** La « *coordination de soins* » est définie comme un processus collaboratif tant des prestataires de soins que d'aides au niveau de l'évaluation, de planification, de coordination, et de conseil, visant à ce que les options et services rencontrent les besoins de

soins de la personne et de son entourage, au travers de la communication et des ressources disponibles, afin de promouvoir des résultats qualitatifs et coût-efficaces.

Le processus de la coordination de soins est défini par l'ensemble des activités qui consistent à :

1. Établir, en faveur du bénéficiaire, les objectifs de soins et un plan de soins comprenant :
  - a) le bilan global de la situation du bénéficiaire et de ses aidants, d'un point de vue physique, psychologique, fonctionnel, social et matériel, moyennant les instruments existants (BelRAI) et en tenant compte des objectifs de vie du bénéficiaire,
  - b) l'inventaire des besoins en soins du bénéficiaire et des souhaits que lui-même et son aidant expriment à ce sujet,
  - c) le relevé des moyens qui permettent de répondre adéquatement à ces besoins et à ces souhaits,
  - d) le choix des prestataires qui fourniront les soins adéquats,
  - e) l'organisation pratique de ces soins.
2. Assurer que ce plan de soins soit exécuté, coordonner les soins pour garantir leur dispensation, leur continuité, et leur bonne intégration dans la vie quotidienne du bénéficiaire et de son aidant.
3. Défendre les intérêts du bénéficiaire et de son aidant, dans toute situation relative aux soins qui le requiert.
4. Évaluer les résultats obtenus, adapter le plan de soins si nécessaire.

**Article 14. § 1.** La convention couvre les prestations spécifiques d'un case manager qui temporairement remplit les missions suivantes, auprès du bénéficiaire et de son aidant :

1. Il veille à ce qu'un bilan global de la situation soit établi, au début de la période d'intervention, et à ce que le BelRAI HC soit complété.
2. Il veille à ce que la fonction de coordination des soins telle que visée à l'article 13, soit exercée. Il peut s'en charger temporairement, jusqu'à ce que les prestataires compétents de l'équipe de soins la reprennent. Durant ce temps, il tient le rôle de conseil, de médiateur, de représentant des intérêts du bénéficiaire et de son aidant. Il est alors la personne de contact pour le bénéficiaire, son aidant et les autres composantes du réseau de soins. Cependant, toutes les décisions sont prises en concertation avec le bénéficiaire, l'aidant et les prestataires de l'équipe de soins.
3. Il informe le bénéficiaire et son aidant et les conseille afin de leur permettre de gérer eux-mêmes leurs soins, autant qu'il leur est possible.
4. Dans les limites de ses compétences légales, en concertation avec le médecin généraliste et avec l'équipe de soins, il veille à ce que le plan de soins soit établi et à ce qu'il s'inscrive au mieux dans la vie quotidienne du bénéficiaire. Si nécessaire, il peut se charger de coordonner le plan de soins, jusqu'au moment où les prestataires compétents de l'équipe de soins sont en mesure de reprendre cette mission.
5. Il anticipe ou identifie les situations de crise qui peuvent entraîner le recours à des soins évitables ; il met œuvre des mesures pour prévenir ou résoudre ces situations.
6. Il évalue les résultats, en concertation avec les autres dispensateurs du programme de soins, à la fin de la période d'intervention de 3 ans, sur base du BelRAI HC et de tout autre instrument ou source d'évaluation pertinent.
7. Il documente ces résultats dans le dossier du bénéficiaire et les partage, en respectant le secret professionnel.
8. Il veille à ce que le plan de soins soit adapté en fonction de ces résultats.
9. Il prépare la fin de son intervention ; il clarifie les modalités de la coordination de soins après la fin de la période d'intervention.

**§ 2.** Le choix du case manager le plus approprié dépend des besoins du patient qui sont déterminés à l'occasion du processus qui est parcouru comme prévu à l'article 8. Le case

manager est désigné en concertation entre les principaux prestataires de l'équipe de soins constituée autour du bénéficiaire, dont son médecin généraliste et son infirmier. Ces derniers vérifient l'adéquation entre les missions spécifiques du case manager auprès du bénéficiaire considéré et les qualifications du case manager choisi. L'exécution de ces missions doit en tous cas être conforme aux actes réglementaires d'un médecin généraliste, un praticien de l'art infirmier, un assistant social, un ergothérapeute ou un psychologue/orthopédagogue clinicien. Si le médecin généraliste n'est pas en mesure d'assister à la concertation, le coordinateur de soins du projet lui adresse (si possible par l'intermédiaire de son eHealthBox), un document qui détaille les missions et la qualification du case manager choisi. Le médecin généraliste peut faire part de ses commentaires à l'équipe de soins et, si nécessaire, prendre l'initiative pour en discuter.

**§ 3.** Dans l'accomplissement de ses missions, le case manager respecte les principes suivants :

1. Il ne réalise aucun acte pour lequel il n'est pas qualifié, selon la loi coordonnée du 10 mai 2015 relative à l'exercice des professions de santé.
2. Il intervient de manière globale et intégrée. Il ne limite jamais son intervention à quelques aspects particuliers du suivi.
3. Il travaille en étroite concertation avec les intervenants du réseau de soins concernés, ainsi qu'avec la ou les personnes qui exercent ou ont récemment exercé des fonctions de la coordination de soins auprès du bénéficiaire.
4. Il fait preuve d'objectivité envers le bénéficiaire, son aidant et leurs proches (il ne prend pas parti dans les divergences d'opinion et les conflits éventuels...) et envers les prestataires (il s'abstient de prendre parti envers un prestataire ou une conception des soins...)
5. Il évite toute confusion entre ses interventions en tant que case manager et ses autres interventions (comme prestataire de soins par exemple)

#### **9.4. Dispositions relatives au « suivi ergothérapeutique »**

**Article 15.** Dans le cadre de la convention, le suivi ergothérapeutique a pour objectifs principaux :

- de préserver l'autonomie du bénéficiaire (objectif de prévention),
- et/ou de lui permettre de recouvrer ou d'améliorer son autonomie et sa capacité à gérer ses soins, après un accident ou un trouble aigu (objectif de rééducation).

Auprès du bénéficiaire et de son aidant :

1. L'ergothérapeute commence par compléter le bilan des besoins et des demandes du bénéficiaire et de son aidant, pour tout ce qui relève de sa spécialité.
2. Il enseigne les gestes, les occupations et les modalités de locomotion adaptés à la perte d'autonomie du bénéficiaire.
3. Il conseille les adaptations du lieu de vie. Il les met en œuvre ou supervise leur mise en œuvre. Il vérifie leur acceptation et leur maintien.
4. Il conseille et installe le matériel d'aide aux activités de base et aux activités instrumentales de la vie quotidienne. Il enseigne son usage.
5. Il prévient spécifiquement les chutes, par l'apprentissage de gestes et modalités de locomotion adaptés, par l'adaptation du lieu de vie et par l'usage du matériel d'aide.
6. Il stimule et soutient le bénéficiaire dans la réalisation de ses activités quotidiennes, pour améliorer ou préserver son autonomie et sa participation à la vie sociale.
7. Il contribue à la remédiation cognitive, par l'adaptation du lieu de vie et la mise en place de prothèses mnésiques adaptées au bénéficiaire.

8. Il contribue à détecter les besoins de soins non-couverts.
9. Il réévalue chaque fois que c'est nécessaire, la pertinence et l'adéquation du matériel et des adaptations du domicile, et toutes les interventions qui relèvent de sa compétence.

Envers l'équipe de soins:

1. L'ergothérapeute se concerta avec l'équipe de soins sur les actions ou l'informe sur les actions qu'il va menées auprès du bénéficiaire et de son aidant et sur les effets et les résultats attendus.
2. Il les forme à la pratique des gestes et occupations adaptés et à l'usage du matériel d'aide.

### **9.5. Dispositions relatives au « suivi psychologique »**

**Article 16.** Dans le cadre de la convention, le suivi psychologique a pour principal objectif d'apporter une aide psychologique spécialisée au bénéficiaire et à son aidant :

1. Le psychologue/l'orthopédagogue clinicien commence par compléter le bilan des besoins et des demandes du bénéficiaire et de son aidant, pour tout ce qui relève de sa spécialité. Il peut intervenir, si les conditions précisées par la définition des bénéficiaires sont remplies, cependant, il s'abstient d'intervenir et il dirige le bénéficiaire ou son aidant vers un prestataire extérieur (psychologue clinicien, psychiatre, centre de santé mentale, médecin généraliste, ...) s'il constate que l'un ou l'autre présente des troubles mentaux qui, par leur nature ou leur sévérité, ne peuvent pas être traités dans le cadre des prestations prévues par la convention.
2. Le psychologue/l'orthopédagogue clinicien réalise des entretiens individuels à domicile. Il privilégie les pratiques fondées sur des preuves (evidence based practice) qui sont susceptibles d'apporter une amélioration rapide des symptômes, compte tenu, notamment, du nombre de séances remboursables et de l'âge du bénéficiaire.
3. Il peut écouter les plaintes, craintes et attentes du bénéficiaire et de son aidant, afin de leur apporter des conseils spécialisés.
4. Grâce à sa maîtrise de la psychoéducation et de la remédiation cognitive, il peut enseigner à chaque bénéficiaire les connaissances et les techniques utiles pour accomplir certains actes quotidiens, en utilisant ses aptitudes préservées.

### **9.6. Modalités de dispensation des prestations alternatives (uniquement pour les projets proposant déjà cette/ces prestation(s) en 2022)**

**Article 16bis. § 1.** Les sessions de groupe aidants proches de bénéficiaires atteints de démence sont organisées pour un minimum de 5 participants et un maximum de 10. Elles sont réalisables et facturables par unité de 30 minutes, avec un nombre minimal de 4 unités dans le cours de la même journée, pour lesquelles maximum 4 unités de facturation peuvent être portées en compte. Chaque session de groupe exige la présence, pendant toute sa durée, d'au moins un intervenant visé ci-dessous. La session de groupe se déroule dans un espace collectif accessible au groupe-cible.

Cette prestation vise à:

1. une meilleure compréhension par l'aidant proche de la pathologie par l'apport d'expertise,
2. la compréhension de comportements spécifiques liés à la maladie, apprendre comment y réagir/s'y prendre,
3. une amélioration de la relation entre le patient et son aidant proche, et de l'acceptation de la maladie et de ses conséquences,

4. le soutien de la qualité de vie de l'aidant proche par le contact avec des personnes dans la même situation l'échange d'expérience et l'empowerment, et par conséquent le soutien de la qualité de vie du patient.

La personne qui mène cette session de groupe peut aussi bien exercer une profession de soins selon l'AR n°78, à l'exception des aides-soignants, qu'être assistant social. Ils doivent disposer d'une formation spécifique dans le cadre de la problématique de la démence, ou bien disposer de l'expérience nécessaire pour pouvoir remplir cette mission. Sa réalisation doit avoir lieu en conformité avec les conditions d'exercice de leur fonction.

**§ 2.** Les séances de visite de contrôle de nuit sont réalisables et facturables par unités de 20 minutes, avec un maximum de 3 unités dans le cours de la même période entre 22 heures le soir et 6h le lendemain.

La période au cours de laquelle la prestation de visite de contrôle de nuit peut être réalisée pour un bénéficiaire n'est pas limitée.

Cette prestation vise essentiellement à:

- compléter les prestataires réguliers fonctionnant durant la journée chez le bénéficiaire
- pour le bénéficiaire :
  - o augmenter ou stabiliser l'autonomie, ou en retarder la perte ;
  - o augmenter ou stabiliser sa qualité de vie et celle de son aidant proche, ou en retarder la perte ;
- veiller à ce que tous les soins utiles soient dispensés au moment opportun ;
- éviter de fournir des soins inadéquats (soins infirmiers évitables, soins par un médecin de garde ou dans un service d'urgence, admissions hospitalières évitables...);
- éviter les situations de crise.

Dans ce contexte, l'aide-soignant peut rendre visite au bénéficiaire à son domicile entre 22 heures et 6 heures du matin, tant pour les soins planifiés que pour les appels d'urgence dans les situations de crise. L'aide-soignant travaille toujours sous la supervision d'un coordinateur infirmier et dans les conditions applicables à l'exercice de la profession d'aide-soignant.

**§ 3.** Les séances d'éducation aux soins du bénéficiaire sont réalisables et facturables par unité de 30 minutes, avec un minimum de 2 unités et un maximum de 4 unités au cours de la même journée, de sorte qu'une séance dure une heure, une heure et demie, ou deux heures, et compte pour 2, 3 ou 4 unités de facturation.

Cette prestation vise essentiellement à fournir des informations supplémentaires (sur la pathologie, les médicaments et la recherche commune d'une aide appropriée) et un soutien par des prestataires de soins spécialisés en fonction des CAP activés du BelRAI, tels que les troubles de l'humeur, les problèmes de comportement, la dépression, les soins informels, la douleur, le décubitus, les problèmes nutritionnels (régime, malnutrition...), l'incontinence, les travaux ergonomiques....

Ce complément d'information et d'éducation concernant ses problèmes et ses affections vise à :

- aider le patient à prendre des décisions et à assumer ou non une prise en charge partielle de l'auto-soin (ou de son environnement).
- elle apporte une meilleure qualité de vie en augmentant l'observance, en stimulant l'auto-prise en charge et en améliorant la capacité du patient à formuler des objectifs de soins.

Les personnes chargées de cette éducation aux soins peuvent être des professionnels de la santé selon l'AR n° 78, à l'exception d'un aide-soignant, ainsi que d'un assistant social. Ils sont choisis en fonction du problème. Ces personnes accomplissent cette tâche au sein des conditions applicables à leur profession.

**Tableau 3 : Condition et nombres d'unités de facturation des prestations alternatives par bénéficiaire**

	Nombre maximum d'unités facturables
Session de groupe aidant proche	80
Visite de contrôle de nuit	Max 3/période entre 22h et 6h
Education aux soins du bénéficiaire	32

## 10. FONCTIONS FINANÇÉES PAR LA CONVENTION

**Article 17. § 1.** Le projet dispose en permanence du personnel capable de remplir les fonctions suivantes :

1. Case manager.
2. Ergothérapeute.
3. Psychologue/orthopédagogue clinicien.
4. Aide-soignant (uniquement pour les projets proposant les visites de contrôle de nuit)

Il peut employer lui-même ce personnel, sous statut de salarié ou d'indépendant, ou faire appel à du personnel extérieur.

**§ 2.** Afin de garantir son expérience professionnelle, pour chaque personne, le temps minimum d'exercice de sa fonction dans le cadre de la convention est de 8 heures par semaine.

**Article 18.** Chaque personne qui exerce la fonction de case manager remplit au moins les conditions suivantes :

- Elle remplit les conditions d'exercice d'une des professions suivantes : médecin généraliste, infirmier, assistant social, ergothérapeute ou psychologue/orthopédagogue clinicien et n'appartient pas à l'équipe de soins du bénéficiaire.
- Elle possède une expérience professionnelle suffisante au sein d'une équipe multidisciplinaire de soins qui traite en priorité des personnes âgées fragiles.
- Elle possède une connaissance approfondie du BelRAI HC, démontrée par un usage professionnel courant durant la période prise en compte dans son expérience professionnelle, ou par une formation consacrée au BelRAI. Elle est ainsi capable d'utiliser les résultats du BelRAI HC pour toutes ses missions liées à la présente convention et en particulier pour l'élaboration d'un plan de soins pour le bénéficiaire.
- Elle possède une connaissance approfondie de l'organisation générale des soins, pour les groupes cibles de la convention, dans la région où elle pratique.
- Elle participe activement à des interventions avec d'autres case managers, afin d'accroître son expérience professionnelle.

**Article 19.** Chaque personne qui exerce la fonction d'ergothérapeute ou de psychologue/orthopédagogue clinicien remplit au moins les conditions suivantes :

- Elles disposent d'un visa
- Elles possèdent une expérience professionnelle suffisante du travail avec des personnes âgées fragiles.

**Article 20.** Le projet tient à jour un relevé complet des intervenants qui remplissent les fonctions visées à l'article 17. Ce relevé indique à tout moment l'identité de chaque intervenant, sa fonction, ainsi que le temps qui est consacré aux missions.

## 11. INTERVENTION DE L'ASSURANCE DANS LE COÛT DES PRESTATIONS

### 11.1. Principes

**Article 21. § 1.** L'intervention de l'assurance est due pour toute prestation qui respecte les conditions de la convention.

**§ 2.** L'intervention de l'assurance est un forfait qui couvre la totalité des frais engendrés par la réalisation de ces prestations. Si les prestations font partie des missions légales d'un service ou d'une institution et si ces missions sont financées dans ce cadre, les prestations prévues dans la présente convention ne sont pas dues.

**§ 3.** Les frais généraux (frais de fonctionnement, hors frais de personnel : coordination, facturation, usage des bâtiments, mobilier, matériel de bureau et informatique, véhicules, assurances, charges financières...), sont calculés de manière forfaitaire et sont couverts par une prestation intitulée « forfait de fonctionnement », qui peut être facturée selon les dispositions mentionnées à l'article 23.

### 11.2. Montants d'intervention de l'assurance

**Article 22. § 1.** Les montants de l'intervention de l'assurance dans le coût des prestations sont fixés, par unité de facturation, à :

**Tableau 4 : Montants d'intervention de l'assurance dans le coût des prestations, par unité de facturation**

1. Module initial :	138,73 €
2. Case management ;	27,41 €
3. Suivi ergothérapeutique :	23,68 €
4. Suivi psychologique :	29,08 €
5. Session de groupe ergothérapie :	20,60 €
6. Session de groupe suivi psychologique :	25,27 €
7. Forfait de fonctionnement	108,99 €
Uniquement pour les projets proposant déjà cette (ces) prestation(s) en 2022	
8. Session de groupe aidant proche	3,41 €
9. Visite de contrôle de nuit	18,35 €
10. Education aux soins du bénéficiaire	26,15 €

Ces montants sont indexés au 1er janvier 2024 conformément aux dispositions de l'arrêté royal du 8 décembre 1997 fixant les modalités d'application pour l'indexation des prestations dans le régime de l'assurance obligatoire soins de santé à condition que le Conseil général de l'INAMI ait prévu ces moyens.

Le montant repris sous § 1 est facturé en une fois et les montants suivants sont facturés par unité de facturation de 30 minutes, sous les numéros de pseudocodes suivants :

**Tableau 5 : Pseudocodes à utiliser pour la facturation des prestations**

Module initial	794474				
Forfait de fonctionnement	794975				
	Séance	Séance (patient hospitalisé)	Session de groupe	Support	Support / séance de clôture
Case management– médecin généraliste	794496	794500	-	794511	795115
Case management – infirmier	794533	794544	-	794555	795130
Case management– assistant social	794570	794581	-	794592	795152
Case management– ergothérapeute	795631	795642	-	795653	795675
Case management– psychologue/orthopédagogue clinicien	795690	795701	-	795712	795734
Suivi ergothérapeutique	794732	794743	794813	794754	795174
Suivi psychologique	794776	794780	794835	794791	795196
Session de groupe aidant proche	-	-	794894	-	-
Visite de contrôle de nuit	794850	-	-	-	-
Education aux soins du bénéficiaire	794872	-	-	-	-

### 11.3. Nombres maximums de forfaits de fonctionnement remboursables

**Article 23.** Au cours d'une même année civile, le projet peut porter en compte un « forfait de fonctionnement » pour chaque unité des prestations de base (case management, ergothérapie, suivi psychologique) réalisées en faveur d'un bénéficiaire et facturables.

Le montant total des « forfaits de fonctionnement » portés en compte ne peut dépasser, pour 2023, un montant maximum de XXX euros. Ce montant correspond à 10 % du budget maximal du projet pour 2022, indexé au 01.01.2023, additionné d'un montant équivalent à 10 % des dépenses correspondant aux prestations dispensées par le projet pendant la période du 01.04.2019 au 30.03.2020.

Le montant total des « forfaits de fonctionnement » portés en compte ne pourra dépasser, pour 2024, un montant maximum qui sera défini par le groupe de travail permanent en concertation avec les projets, sur base de :

- soit la formule utilisée pour calculer le montant total des forfaits de fonctionnement en 2023,

- soit un montant correspondant à 20 % des dépenses annuelles pour 2023 calculées sur base des prestations telles que communiquées par le projet à l'Inami pour la période du 01.01.2023 au 30.06.2023 en vertu de l'article 29 de la présente convention.

#### 11.4. Modalités de facturation des prestations

**Article 24.** Le projet facture mensuellement le montant de l'intervention de l'assurance à l'organisme assureur du bénéficiaire. Le projet utilise les modèles de note de frais individuelle et de note de frais récapitulative repris en annexe. Le paiement par l'organisme assureur est basé sur les modalités suivantes :

« L'organisme assureur s'engage à payer les interventions directement au projet. A cet effet, l'institution établit, par bénéficiaire et par mois civil, une note de frais individuelle conformément au modèle fixé par le Comité de l'Assurance. A la note de frais individuelle est jointe une note de frais récapitulative dont le modèle est également fixé par le Comité de l'Assurance susmentionné.

Le montant des notes de frais qui sont soumises aux organismes assureurs, est dû dès leur réception, sous réserve de rectifications ultérieures.

Pour autant que la facture mensuelle au siège national de l'organisme assureur soit introduite au plus tard le dernier jour du premier mois suivant le mois auquel elle se rapporte, l'organisme assureur verse au projet une somme qui est égale au total du montant de la facture mensuelle. L'organisme assureur en effectue le paiement au plus tard le 15<sup>ème</sup> jour du troisième mois suivant celui auquel la facture se rapporte. »

**Article 25.** Le projet s'engage à ne facturer aucun supplément aux bénéficiaires ou aux organismes assureurs, pour les prestations réalisées dans le cadre de la présente convention.

#### 11.5. Règles de cumul

**Article 26. § 1.** Les prestations prévues dans cette convention ne sont pas remboursables lorsqu'elles sont déjà financées d'une autre manière pour le même jour.

**§ 2.** Les prestations prévues par la présente convention ne sont pas remboursables si elles sont dispensées à un bénéficiaire au cours d'une des périodes ou d'un des séjours suivants :

1. Le séjour du bénéficiaire dans une maison de soins psychiatrique (MSP).
2. Le séjour du bénéficiaire dans une maison de repos et de soins (MRS) ou une maison de repos pour personnes âgées (MRPA), sauf s'il s'agit d'un court séjour et à l'exception d'un maximum de 10 unités de facturation (série de clôture).
3. Une période d'hospitalisation complète, à l'exception de :
  - deux séances de case management, si le référent hospitalier a constaté que la condition 2.1.1. de l'article 5 est remplie ou sera remplie lorsque le bénéficiaire sortira de l'hôpital. Ce constat est repris et argumenté dans le dossier patient tenu par l'hôpital ou dans la lettre de renvoi adressée au médecin généraliste du bénéficiaire.
  - une séance de suivi psychologique, si le bénéficiaire a déjà bénéficié d'au moins une séance ou une session de groupe hors de l'hôpital ;
  - une séance d'ergothérapie, si le bénéficiaire a déjà bénéficié d'au moins une séance ou une session de groupe hors de l'hôpital ;

4. Pour la seule prestation de suivi psychologique, pendant la période au cours de laquelle le bénéficiaire est pris en charge dans le cadre de la convention « soins psychologiques de première ligne ».

## 12. GESTION DES DONNÉES ET PROCÉDURE D'ÉVALUATION

**Article 27. § 1.** Le projet donne au bénéficiaire et à son aidant une information neutre, complète et accessible sur les objectifs, la nature, le contenu des prestations et le déroulement des périodes de dispensation de ces prestations, et d'une manière générale, sur toutes les dispositions de la convention qui ont un intérêt direct pour eux.

**§ 2** Dès le début d'une période, le projet informe le bénéficiaire et son aidant sur les conditions et limites d'intervention de l'assurance, prévues en particulier par l'article 12 et l'article 26. Il en expose les termes et en explique la portée au bénéficiaire et à son aidant, dans un document écrit qu'il leur remet contre récépissé signé.

**§ 3.** Le projet remet au bénéficiaire et à son aidant un document qui détaille les prestations effectuées en application de la présente convention et les interventions de l'assurance soins de santé, conformément aux dispositions de l'article 53, § 1<sup>er</sup>, 2 & 3, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

**Article 28. § 1.** Dans le mois qui suit la fin de chaque trimestre civil, le projet transmet au Service des soins de santé de l'INAMI un fichier informatique qui reprend, selon un format défini par ce Service, les nombres exacts des prestations facturables réalisées au cours de ce trimestre, réparties par type de prestation, par pseudocode et par mois de réalisation.

Chaque prestation réalisée en faveur d'un bénéficiaire y figure une seule fois. Elle y est mentionnée dès qu'elle a été effectuée, sans attendre qu'elle ait été facturée ou remboursée. Les éventuelles prestations non-remboursables (par exemple, parce qu'elles ne répondent pas aux conditions fixées par la convention ou parce que le patient n'est pas bénéficiaire de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités) n'y sont pas mentionnées.

Le projet établit une liste des prestataires de soins qui ont exercé les fonctions visées à l'article 17 après chaque année civile. Cette liste indique l'identité de chaque personne, sa position et le temps passé dans le cadre de la convention. Sur la base d'un modèle fixe, le projet fournit ces informations au Service des soins de santé de l'INAMI au cours du premier trimestre de l'année civile suivant l'année en question.

**§ 2.** A la demande du groupe de travail permanent, une évaluation des dispositions de la convention et de leur application, notamment en ce qui concerne les engagements repris à l'article 1, peut être réalisée sur base des données des organismes assureurs, de l'IMA et des données transmises par les projets.

**§ 3.** Les données telles que celles mentionnées au premier alinéa, celles transmises par les organismes assureurs, l'Agence Intermutualiste, ou celles liées à BelRAI (sous réserve de l'autorisation du Comité de la sécurité de l'information), peuvent servir à soutenir les administrations, le consortium WeCare, ou le groupe de travail permanent pour évaluer et monitorer le fonctionnement des projets P3 et pour l'élaboration du Plan interfédéral ainsi que pour son exécution.

**§ 4.** Le projet désigne une personne de contact chargée de la transmission des nombres de prestations. Il communique ses coordonnées (nom, numéro de téléphone direct et adresse

électronique) au Service des soins de santé qu'il informe également de tout changement de ces coordonnées.

### **13. GROUPE DE TRAVAIL PERMANENT DES COMMISSIONS DE CONVENTIONS ET D'ACCORDS**

**Art. 29. § 1.** Dans le cadre de la présente convention, les commissions des conventions et accords mandatent une délégation des représentants qui forme un groupe de travail permanent chargé de suivre la réalisation des missions prévues à l'article 1 de la présente convention.

**§ 2.** Sur la base de l'analyse des activités des projets, de l'avancement du processus de transition, et de l'élaboration du Plan Interfédéral, le groupe de travail permanent peut formuler des propositions de modification de la convention à l'attention de la Commission commune de conventions et d'accords, qui peut présenter au Comité de l'assurance des propositions d'avenants à la convention.

**§ 3.** Le groupe de travail permanent est présidé par le fonctionnaire Dirigeant de l'INAMI ou par la personne qu'il a mandatée pour ce faire.

### **14. DISPOSITIONS TRANSITOIRES**

**Article 30.** Les modalités de dispensation des prestations de la présente convention sont identiques à celles de la précédente convention (convention d'application avant la date d'entrée en vigueur de la présente convention, conclue entre le projet et l'INAMI) ; les bénéficiaires ayant initié une période de prise en charge dans une ou plusieurs prestations dans le cadre de la convention précédente continuent à bénéficier des prestations prévues selon les modalités initiales. Le nombre d'unités de facturation des prestations déjà réalisées avant l'entrée en vigueur de la présente convention, entre en ligne de compte pour le calcul du nombre total d'unités de facturation pouvant être portée en compte pour un même bénéficiaire.

### **15. VALIDITÉ DE LA CONVENTION**

**Article 31. § 1.** La présente convention, dûment signée par les deux parties, produit ses effets du 1er janvier 2023 au 31 décembre 2024 et ne peut pas être reconduite tacitement. Toutefois, chacune des parties peut à tout moment la dénoncer au moyen d'un envoi recommandé envoyé à l'autre partie, moyennant le respect d'un délai de dénonciation de trois mois qui prend cours le premier jour du mois qui suit la date d'envoi du recommandé.

**§ 2.** Au cas où la convention serait annulée pour non-respect des dispositions de cette convention, le projet aura dans tous les cas la possibilité de faire connaître au préalable ses arguments.

**§ 3.** Si le projet ne peut pas marquer son accord sur une proposition d'avenant à la présente convention, le Comité de l'assurance peut constater ce refus et informer le projet par écrit que, dans ce cas, la convention prend fin suivant les modalités prévues au § 1 du présent article.

Fait à Bruxelles, le 19 décembre 2022 et signé électroniquement par :

Pour le projet,

Pour le Comité de l'assurance,  
Le Fonctionnaire dirigeant,

Mickaël DAUBIE  
Directeur-général des Soins de santé



**Aperçu détaillé des prestations facturées:**

	Date prestation	Pseudocode prestation	Nombre	Total (EUR, arrondi à 2 chiffres derrière la virgule)
1	.../.../....	.....	.....	.....
2	.../.../....	.....	.....	.....
3	.../.../....	.....	.....	.....
4	.../.../....	.....	.....	.....
5	.../.../....	.....	.....	.....
6	.../.../....	.....	.....	.....
7	.../.../....	.....	.....	.....
8	.../.../....	.....	.....	.....
9	.../.../....	.....	.....	.....
10	.../.../....	.....	.....	.....
11	.../.../....	.....	.....	.....
12	.../.../....	.....	.....	.....
13	.../.../....	.....	.....	.....
14	.../.../....	.....	.....	.....
15	.../.../....	.....	.....	.....
16	.../.../....	.....	.....	.....
17	.../.../....	.....	.....	.....
			<b>TOTAL :</b>	<b>.....,00 euros</b>

**NOTE DE FRAIS RECAPITULATIVE**

Note n° ..... p. ....

Identification du projet "soins alternatifs aux personnes âgées – protocol3":  Nom: Adresse: Tél. ou mail: Numéro INAMI:  Numéro BCE de l'institution perceptrice:
---

Identification de l'organisme assureur :  Nom: Adresse:
--

Note de frais récapitulative n° ..... du ..... au ..... ..

Numéro de la note individuelle	Nom et prénom du patient	NISS		Total à charge O.A.
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
Total général pour l'O.A. :				.....

A payer au compte:

IBAN

.....

au nom de

.....

avec la référence:

.....

Je certifie que les frais indiqués ci-avant sont exacts.

Le Responsable de l'institution,

(Date, nom et signature).