

Soins de Santé

Circulaire OA no 2024/344 du 4-12-2024

Applicable à partir de 1/01/2024

370 /2424

Nouvelle convention pour les centres de convalescence et de rééducation fonctionnelle – Secteur 7.78.3

A. Lors de sa réunion du 13 mai 2024, le Comité de l'assurance a approuvé le texte définitif de **la convention pour les centres de convalescence et de rééducation fonctionnelle**.

L'annexe 1 à la présente circulaire reprend le texte de cette convention.

B. Lors de sa réunion du 18 novembre 2024, le Comité de l'assurance a approuvé la conclusion de la convention avec **deux premiers centres**. Il s'agit de :

Nom	Adresse	Numéro INAMI	Nombre de lits reconnus
Ter Duinen	Louisweg 46 – 8620 Nieuwpoort	7.78.301.27	210
Zorgverblijf Hooidonk	Langestraat 170 – 2240 Zandhoven	7.78.302.26	120

La convention entre en vigueur de manière rétroactive le **1er janvier 2024** pour ces deux centres.

La convention est valable pour six ans, **jusqu'au 31 décembre 2029 inclus**.

C. Bénéficiaires (cf. article 3)

Les patients qui entrent en ligne de compte sont des patients adultes (âgés de 18 ans minimum) qui répondent à l'une des conditions suivantes :

- ils ont subi une intervention chirurgicale ayant nécessité une hospitalisation, ou
- ils souffrent ou ont souffert d'une affection grave ayant nécessité une hospitalisation (à l'exclusion de l'admission dans un service hospitalier psychiatrique), ou
- en raison de l'aggravation d'une maladie chronique ou pour toute autre raison, ils souffrent d'une perte d'autonomie temporaire importante qui les empêche temporairement de fonctionner de manière indépendante dans leur environnement naturel à domicile ou dans l'environnement de substitution au domicile et ils ont un besoin de rééducation temporairement accru.

En outre, il doit avoir été établi pour ces patients, qu'en raison de leur autonomie limitée, de l'absence d'un contexte capable de compenser cette autonomie limitée au domicile ou dans l'environnement de substitution au domicile, ou en raison de soins de rééducation qui ne peuvent être dispensés dans le cadre d'une thérapie à domicile, le traitement de rééducation peut avoir lieu dans un centre de convalescence et de rééducation fonctionnelle.

D. Prestation remboursable (cf. article 14)

La prestation remboursable dans le cadre de cette convention est la suivante :

« mini-forfait de rééducation » (pseudocode : 766603)

Pour les prestations réalisées au cours de la période du 01.01.2024 jusqu'au 30.04.2024 inclus, le montant du mini-forfait de rééducation s'élève à 26,75 € par jour pour chaque jour où le bénéficiaire séjourne dans l'établissement (à l'indice pivot 125,60 – base 2013).

Pour les prestations réalisées à partir du 01.05.2024, le montant du mini-forfait de rééducation s'élève à 27,29 € (à l'indice pivot 128,11 – base 2013).

Etant donné que l'intervention dans le cadre de cette convention ne constitue pas une intervention dans le coût d'une admission et se limite au remboursement des prestations de soins des dispensateurs de soins et d'aide, les dispositions de l'arrêté royal du 5 mars 1997 fixant le montant de la réduction de l'assurance en cas d'hospitalisation ou de séjour dans un centre de rééducation fonctionnelle ne s'appliquent pas. Pour les prestations qui sont couvertes par cette intervention, aucune quote-part personnelle n'est due par le bénéficiaire.

Une seule prestation peut être portée en compte par jour et par bénéficiaire dans le cadre de cette convention.

Chaque trajet de rééducation individuel couvre une période de maximum 90 jours consécutifs et, par année civile, le bénéficiaire ne peut pas séjourner plus de 90 jours dans l'établissement.

La prestation prévue par cette convention est cumulable avec les prestations de la nomenclature des prestations de santé (cf. article 9, § 2). Des interventions personnelles peuvent être demandées pendant le séjour du bénéficiaire, pour autant qu'elles soient prévues dans le cadre de la nomenclature des prestations de santé.

En ce qui concerne les prestations de soins infirmiers : seules les prestations visées à l'article 8, § 1^{er}, 3^o (« prestations effectuées soit au cabinet du praticien de l'art infirmier, soit dans une maison de convalescence ») de la nomenclature des prestations de santé peuvent être portées en compte. Les prestations de l'article 8, § 1^{er}, 1^o, 2^o, 3^obis et 4^o de cette nomenclature ne peuvent pas être portées en compte pour les bénéficiaires pendant la période de prise en charge dans le cadre de cette convention.

D. Demande de prise en charge (cf. article 17)

La demande de prise en charge d'un bénéficiaire doit être soumise au médecin-conseil de l'organisme assureur du bénéficiaire en utilisant le « Formulaire de demande d'intervention dans les coûts de la rééducation fonctionnelle » (voir l'annexe 2 à la présente circulaire).

Ce formulaire de demande doit être accompagné du « Formulaire de renvoi pour admission dans un centre de convalescence et de rééducation fonctionnelle à l'attention du médecin du centre » qui sert de rapport médical et qui doit être complété par le médecin référent. Ce formulaire de renvoi est joint en annexe 3 à la présente circulaire.

Etant donné que pour certains centres, l'entrée en vigueur de la convention est rétroactive, une période de tolérance est prévue en ce qui concerne l'usage du modèle correct de formulaire de renvoi comme annexe au formulaire de demande d'intervention de l'assurance. Jusqu'à la date à laquelle les instructions complètes à ce sujet sont transmises aux centres, des formulaires de renvoi qui diffèrent du modèle joint en annexe 3 peuvent être acceptés, à condition que ces formulaires démontrent clairement que le bénéficiaire respecte les conditions prévues à l'article 3, § 1 de la convention (voir aussi l'explication sous point le C ci-dessus). Pour toutes les demandes que le médecin-conseil reçoit à partir de la date de l'envoi des instructions aux centres, le modèle correct de formulaire de renvoi doit être utilisé. L'envoi de ces instructions supplémentaires aux centres est prévu pour le 20-12-2024. La date effective de l'envoi sera communiquée aux organismes assureurs par circulaire OA.

La période autorisée par le médecin-conseil commence le premier jour du séjour du patient en centre de convalescence et de rééducation, qui répond à l'ensemble des conditions prévues à la convention.

Seules les journées de rééducation, telles que visées dans la convention, qui sont réalisées au cours de la période de rééducation fonctionnelle accordée par le médecin-conseil sont prises en considération pour le remboursement.

Le délai de 30 jours dans le cadre de la règle de la tardivité prévu par l'arrêté royal du 03.07.1996, article 142, § 2, doit être compté à partir de la date de début de la période de rééducation (= date de début de la période d'intervention). Le médecin-conseil doit donc toujours avoir reçu les demandes individuelles d'intervention dans les 30 jours qui suivent cette date de début.

Dans le cadre de cette règle de la tardivité, une période de tolérance de 60 jours est prévue à partir de la date à laquelle la convention est conclue, pour toutes les demandes individuelles d'intervention de l'assurance dans la période de rééducation dont la date de début tombe avant la date de conclusion de la convention. Concrètement, cela signifie que pour les 2 premiers centres qui ont conclu la convention le 18.11.2024 avec date d'entrée en vigueur au 01.01.2024, toutes les demandes qui concernent une période de rééducation dont la date de début tombe entre le 01.01.2024 et le 18.11.2024, doivent être reçues par le médecin-conseil au plus tard le 17.01.2025.

Une période de rééducation fonctionnelle autorisée par le médecin-conseil pour un bénéficiaire donné est caduque pour le reste de cette période,

- si l'équipe de rééducation fonctionnelle multidisciplinaire décide de mettre fin au trajet de rééducation fonctionnelle ;
- si le bénéficiaire suit un programme de rééducation fonctionnelle ambulatoire dans un autre établissement avec lequel le Comité de l'assurance a conclu une convention de rééducation fonctionnelle ou dans un établissement de rééducation fonctionnelle relevant de la compétence des entités fédérées ;
- lors de l'admission du bénéficiaire dans un établissement hospitalier (hôpital)
- lors de l'admission du bénéficiaire dans un établissement tel que visé à l'article 34, 6°, 11°, 12° et 18° de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 ;
- si, pour un bénéficiaire pendant son séjour dans l'établissement, sont facturées séparément des prestations de la nomenclature des prestations de santé qui ne peuvent pas être facturées selon les dispositions de l'article 11 de la présente convention.

F. Facturation (cf. article 19, § 1)

Pour la facturation des prestations dans le cadre de cette convention, une période transitoire de maximum 2 ans est prévue pour les centres afin de leur permettre de se conformer à la facturation électronique via MyCareNet (voir l'article 24, § 2).

Tant que les centres n'ont pas la possibilité d'utiliser la facturation électronique, la facturation est effectuée au moyen d'un formulaire papier de facturation. Les modèles de formulaires de facturation à utiliser par les centres seront communiqués ultérieurement aux organismes assureurs par le biais d'une circulaire OA, après approbation par le Comité de l'assurance.

Etant donné que pour certains centres, l'entrée en vigueur de la convention est rétroactive, une période de tolérance est également prévue pour l'utilisation des modèles corrects de formulaires de facturation, au cours de laquelle d'autres formulaires de facturation peuvent être acceptés. Cependant, à partir de la date de l'envoi des instructions aux centres, les modèles corrects de formulaires devront être utilisés. L'envoi des instructions supplémentaires aux centres est prévu pour le 20-12-2024. La date effective de l'envoi sera communiqué aux organismes assureurs par circulaire OA.

Mickael Daubie

Directeur général

Pièces jointes :

[Annexe 1 Centres de convalescence - convention adaptée.docx](#)

[Annexe 2 FormulaireIntervention_fr.doc](#)

[Annexe 3 Verwijsformulier definitieve versie_fr.docx](#)

INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITÉ

Établissement public institué par la loi du 9 août 1963
Avenue Galilée 5/01 – 1210 Bruxelles

Service des soins de santé

Centres de convalescence et de rééducation fonctionnelle

Avant-propos

Le rapport KCE 289 montre dans le tableau 7 qu'en 2025, le besoin en lits Sp augmentera de 17,4 % par rapport à aujourd'hui, les deux causes principales étant la démographie de la population belge et l'augmentation des maladies chroniques. Créer cette capacité supplémentaire au sein des infrastructures existantes et dans le budget des hôpitaux représente un défi. Le rapport KCE 289 ne tient pas compte des structures résidentielles intermédiaires comme les centres de convalescence et de rééducation fonctionnelle.

Les centres de convalescence et de rééducation fonctionnelle font partie, d'une part, du continuum de soins entre les hôpitaux et le domicile pour les personnes ayant des besoins de rééducation, mais d'autre part, l'admission à partir du domicile peut être une alternative à l'hospitalisation pour les patients ayant des besoins en rééducation fonctionnelle. Dans les deux cas, il s'agit de personnes pour lesquelles les soins de rééducation ne peuvent pas avoir lieu à domicile pour diverses raisons (contexte du patient, hébergement).

Les centres de convalescence et de rééducation fonctionnelle sont repris dans l'avis du conseil fédéral des établissements hospitaliers du 28.9.2023 (CFEH/D/581-2) relatif à la programmation et offre de soins en réadaptation - Lits Sp (partie 1). La capacité en lits des centres de convalescence et de rééducation fonctionnelle permet de réduire les besoins en lits d'hôpitaux, en particulier les lits Sp, en proposant un trajet de rééducation en post-hospitalisation dans le cadre du retour à domicile ou, par ailleurs, en évitant une hospitalisation par le fait de proposer un trajet de rééducation lorsqu'il n'est temporairement plus possible de rester à domicile en raison d'une perte temporaire d'autonomie.

Les compétences des différentes autorités se rencontrent dans les centres de convalescence et de rééducation fonctionnelle. Afin d'éviter une nouvelle réduction de la capacité en lits des centres de convalescence et de rééducation fonctionnelle faute de financement, la CIM du 28 juin 2023 a décidé d'entreprendre une première étape dans le financement des lits de convalescence existants en exploitation qui sont complémentaires aux lits Sp pour l'offre de soins liée aux compétences fédérales. Cela facilitera la réforme des lits Sp.

Pour les patients pris en charge dans ces établissements, les dispositions de la nomenclature sont appliquées, comme pour les soins effectués par des praticiens de l'art infirmier ou des kinésithérapeutes. La présente convention constitue une première étape dans le financement complémentaire des soins et sera conclue avec un certain nombre d'établissements qui ont l'expertise (souvent de longue date) pour accueillir des patients ayant des besoins en rééducation qui ne peuvent pas être satisfaits à domicile.

La présente convention prévoit une forme de financement temporaire et provisoire dans l'attente d'éventuelles mesures ultérieures de financement par le gouvernement fédéral ou par les entités fédérées.

Un groupe de travail multidisciplinaire interfédéral sera mis en place pour apporter une réponse cohérente aux besoins croissants en matière de rééducation fonctionnelle, en examinant la place des

hôpitaux et services de rééducation fonctionnelle, des centres de convalescence et de rééducation fonctionnelle et des soins à domicile. Dans ce cadre, la convention sera évaluée après trois ans et éventuellement adaptée en fonction des conclusions de ce groupe de travail interfédéral.

Il s'agit d'un financement complémentaire de l'assurance obligatoire soins de santé, à condition que les entités fédérées s'engagent également à prendre en charge la programmation, la reconnaissance, les coûts d'infrastructure et, dans certains cas, les coûts de fonctionnement (entre autres : les coûts salariaux pour le personnel non-médical/de soutien, les consommables, les frais d'énergie) de ces établissements.

Cette approche conjointe devrait permettre d'améliorer l'efficacité et l'intégration des soins, comme le prévoit le protocole d'accord conclu le 8 novembre 2023 dans le cadre de la Conférence interministérielle Santé publique.

CONVENTION DE RÉÉDUCATION FONCTIONNELLE AVEC LES CENTRES DE CONVALESCENCE ET DE RÉÉDUCATION FONCTIONNELLE

Vu la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, notamment les articles 22, 6° et 23, § 3 ;

Sur proposition du Collège des médecins-directeurs institué auprès du Service des soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité ;

il est convenu ce qui suit, entre :

d'une part,

le Comité de l'assurance soins de santé, désigné plus loin dans le texte comme le « Comité de l'assurance »

et, d'autre part,

l'ASBL qui gère le centre de convalescence
et de rééducation fonctionnelle

....., désigné plus loin dans le texte comme « l'établissement ».

OBJET DE LA CONVENTION

Article 1^{er}. La présente convention définit l'intervention spécifique de l'assurance obligatoire soins de santé en faveur d'un centre de convalescence et de rééducation fonctionnelle, ainsi que le mode de paiement, les relations entre l'établissement et les bénéficiaires de l'intervention, de même que les relations entre cet établissement, l'INAMI et les organismes assureurs.

La présente convention se rapporte aux bénéficiaires qui sont admis dans l'établissement et qui répondent aux conditions visées à l'article 3, § 1^{er}.

La présente convention constitue une première étape dans l'organisation et le financement de la rééducation fonctionnelle dans les centres de convalescence et de rééducation fonctionnelle pour des prestations de soins qui relèvent de l'assurance obligatoire soins de santé. Cette convention porte exécution de la décision de la Conférence interministérielle Santé publique du 28 juin 2023 relative au

financement des lits de convalescence existants en exploitation, en cofinancement avec les entités fédérées et selon la répartition du nombre de lits qui est prévue dans cet accord.

OBJECTIF DE LA RÉÉDUCATION FONCTIONNELLE

Article 2. La rééducation fonctionnelle est un processus actif visant un ensemble d'activités multidisciplinaires, ciblées et pertinentes pour atteindre et maintenir un niveau optimal d'indépendance et de fonctionnement pour les personnes présentant des déficiences physiques ou fonctionnelles qui entraînent des limitations d'activité et/ou de participation, en interaction avec des facteurs personnels et environnementaux, avec un espoir raisonnable d'amélioration fonctionnelle et/ou d'amélioration de la qualité de vie.

Le programme de rééducation à court terme dans l'établissement vise, en fonction du processus de rétablissement, à améliorer autant que possible l'état fonctionnel, à regagner en indépendance en augmentant l'autonomie physique et le bien-être, afin de parvenir à une (ré)intégration sociale maximale et, si possible, professionnelle au domicile ou dans l'environnement de substitution au domicile.

La rééducation dans l'établissement est le trajet de suivi après la rééducation fonctionnelle pendant l'hospitalisation et soutient la procédure de sortie après l'hospitalisation en offrant au bénéficiaire tel que visé à l'article 3 un soutien approprié dans la phase post-aiguë. La rééducation dans l'établissement est également destinée aux patients à domicile ou dans un environnement de substitution au domicile, lorsqu'un besoin temporairement accru de rééducation apparaît en raison, entre autres, de l'aggravation d'une maladie chronique et qui, pour des raisons contextuelles, ne peut être satisfait à domicile ; l'admission dans un établissement permet ainsi d'éviter une hospitalisation.

Il s'agit d'offrir un environnement sûr avec une offre adaptée aux personnes ayant des besoins en rééducation¹ et un potentiel de rééducation² en tenant compte de la capacité de rééducation³ ; pour certains, il s'agit d'une étape nécessaire sur le chemin du retour à la maison.

BÉNÉFICIAIRES DE LA CONVENTION

Article 3, § 1^{er} Les bénéficiaires sont les personnes suivantes :

- a) qui ont atteint l'âge de 18 ans à la date d'admission dans l'établissement et,
- b) qui répondent à l'une des situations suivantes
 - i. qui ont subi une intervention chirurgicale ayant nécessité une hospitalisation ;
 - ii. qui souffrent ou ont souffert d'une affection grave ayant nécessité une hospitalisation, à l'exclusion de l'admission dans un service hospitalier psychiatrique (24/24, jour/nuit) ;
 - iii. qui, en raison de l'aggravation d'une maladie chronique ou pour toute autre raison, souffrent d'une perte d'autonomie temporaire importante qui les empêche temporairement de fonctionner de manière indépendante dans leur environnement naturel à domicile ou dans l'environnement de substitution au domicile et qui ont un besoin de rééducation

¹ Besoin en rééducation: degré de déclin dans le développement, l'indépendance et la fonctionnalité d'une personne en raison d'un problème physique.

² Potentiel de rééducation: la mesure dans laquelle le niveau de développement, d'indépendance et de fonctionnement chez la personne peut s'améliorer par le biais d'une approche multidisciplinaire active.

³ Capacité de rééducation : la mesure dans laquelle une personne est en mesure, physiquement et psychiquement, de suivre un programme de rééducation fonctionnelle multidisciplinaire actif.

temporairement accru. Le besoin et le potentiel de rééducation de ces bénéficiaires sont similaires à ceux des personnes hospitalisées, en particulier les personnes hospitalisées dans un lit Sp, mais en raison de comorbidités, de l'âge ou de facteurs environnementaux, entre autres, ils ont une capacité de rééducation réduite. D'une part, l'hospitalisation est souvent moins appropriée parce que les patients ne peuvent pas faire face à une rééducation intensive à l'hôpital et, d'autre part, la rééducation monodisciplinaire à domicile est insuffisante ou moins adaptée au besoin accru de rééducation de ces patients.

- c) et pour lesquelles il est établi qu'en raison de l'autonomie limitée du bénéficiaire lui-même, de l'absence d'un contexte capable de compenser cette autonomie limitée au domicile ou dans l'environnement de substitution au domicile, ou en raison de soins de rééducation qui ne peuvent être dispensés dans le cadre d'une thérapie à domicile, le traitement de rééducation peut avoir lieu dans un centre de convalescence et de rééducation fonctionnelle. L'absence d'un contexte susceptible de compenser cette autonomie limitée, ou la constatation que les soins de rééducation ne peuvent être effectués à domicile, est confirmée, pour la situation visée en b) iii, par le médecin référent (de préférence le médecin généraliste ou une pratique de médecine générale, gestionnaire du DMG).

Le fait qu'un bénéficiaire ne soit pas encore en mesure de reprendre son activité professionnelle en raison de son état de santé ne suffit pas à démontrer que ce bénéficiaire ne peut pas encore fonctionner de manière autonome.

§ 2. Les bénéficiaires ne peuvent pas suivre simultanément, pour la même affection, un programme de rééducation dans un autre établissement qui a conclu une convention avec le Comité de l'assurance.

§ 3. L'établissement s'engage à proposer une rééducation à tous les bénéficiaires de l'assurance, quel que soit l'organisme assureur auquel le bénéficiaire est affilié. L'établissement s'engage aussi à garantir le traitement égalitaire des bénéficiaires, en tenant compte de leurs besoins, quel que soit l'organisme assureur auquel le bénéficiaire est affilié.

§ 4. Outre les bénéficiaires qui suivent un trajet de rééducation dans l'établissement, d'autres personnes telles que les aidants proches, les accompagnateurs ou les partenaires sans problèmes médicaux peuvent également y séjourner. Toutefois, les dispositions de la présente convention ne s'appliquent pas à ces autres personnes et l'intervention prévue dans la convention ne peut pas être utilisée pour l'accueil et la prise en charge éventuelle de ces autres personnes.

Article 4. Le bénéficiaire doit être référé par un médecin qui ne fait pas partie de l'équipe de rééducation fonctionnelle de l'établissement. Le renvoi doit être fait pendant ou dès que possible après la fin du séjour à l'hôpital ou après qu'ait été établie l'incapacité de fonctionner de manière autonome dans l'environnement naturel à domicile ou dans l'environnement de substitution au domicile en raison d'un besoin temporaire de rééducation multidisciplinaire.

Le renvoi doit avoir lieu au moyen d'un formulaire de renvoi dont le modèle est défini par le Collège des médecins-directeurs.

Le renvoi est conservé dans le dossier médico-thérapeutique informatisé de l'établissement.

LE TRAJET DE RÉÉDUCATION - plan de soins et de traitement

Article 5, § 1^{er}. La traduction de l'objectif de rééducation en fonction des besoins de chaque bénéficiaire constitue le trajet de rééducation individuel. Chaque trajet de rééducation individuel (plan de soins et de traitement) part du besoin concret auquel l'équipe de rééducation de l'établissement de convalescence

et de rééducation fonctionnelle doit pouvoir répondre avec le bénéficiaire.

L'objectif de rééducation, dans les cas visés à l'article 3, § 1^{er}, b), i) et ii), est convenu avec le bénéficiaire par le médecin spécialiste traitant à la sortie de l'hôpital. Cet objectif de rééducation est repris dans le formulaire de renvoi visé à l'article 4.

L'objectif de rééducation, dans les cas visés à l'article 3, § 1^{er}, b), iii), est convenu avec le bénéficiaire par le médecin traitant (de préférence le médecin généraliste gestionnaire du DMG). Cet objectif de rééducation est repris dans le formulaire de renvoi visé à l'article 4.

L'équipe multidisciplinaire de l'établissement de convalescence et de rééducation fonctionnelle, sous la direction du médecin de l'établissement, détermine avec le patient le trajet de rééducation en mettant en balance les objectifs de vie du patient, le besoin de rééducation sur la base de l'objectif de rééducation défini par le médecin référent en accord avec le bénéficiaire, la présence d'un potentiel de rééducation et le degré de capacité à la rééducation.

§ 2. Le trajet de rééducation individuel se compose, d'une part, d'un certain nombre d'interventions de l'équipe de rééducation multidisciplinaire au profit du bénéficiaire basées sur un fonctionnement interdisciplinaire et intégral et, d'autre part, d'une série d'engagements de la part du bénéficiaire lui-même et, le cas échéant, également de la part de son entourage proche.

§ 3. Ce trajet de rééducation individuel (plan de soins et d'accompagnement) est partagé avec le bénéficiaire et/ou son entourage proche.

§ 4. Dans le cadre du trajet de rééducation individuel (plan de soins et d'accompagnement), la continuité des soins est primordiale dès le départ et la sortie doit être préparée dès l'admission. Un engagement doit être pris vis-à-vis du bénéficiaire et/ou de son entourage proche selon lequel, si la rééducation multidisciplinaire n'aboutit pas au résultat escompté, l'établissement proposera l'accompagnement nécessaire à une poursuite adaptée de ce trajet à l'issue de la rééducation.

Article 6, § 1^{er}. Chaque trajet de rééducation individuel est intensif et couvre une période de maximum 90 jours consécutifs ; toutefois, le nombre maximum de jours éventuellement stipulé dans la réglementation de l'entité fédérée ne peut pas être dépassé.

En aucun cas un bénéficiaire ne peut séjourner dans l'établissement plus de 90 jours par année civile.

§ 2. Chaque trajet de rééducation individuel comporte, outre les prestations prévues par la nomenclature des soins de santé, une rééducation quotidienne (hors week-ends et jours fériés légaux) d'au moins une heure. Ce nombre d'heures peut être composé d'au moins 30 minutes de kinésithérapie individuelle combinées à une séance collective d'exercices sous la supervision d'un kinésithérapeute pour un maximum de 8 personnes, à une séance individuelle ou collective avec un ergothérapeute pour un groupe de 8 personnes au maximum, ou à des séances avec d'autres disciplines de l'équipe multidisciplinaire.

§ 3. Chaque bénéficiaire peut utiliser les salles d'exercice de sa propre initiative et sans obligation, si cela est médicalement justifié dans le cadre du trajet de rééducation et donc prévu dans le plan de soins et de traitement, pendant les heures de bureau et sans supervision.

§ 4. Pour chaque bénéficiaire, la nomenclature applicable aux soins ambulatoires, dont la nomenclature des médecins, des praticiens de l'art infirmier, des kinésithérapeutes et des logopèdes, peut être utilisée le cas échéant.

En ce qui concerne les prestations de soins infirmiers, seules les prestations énumérées à l'article 8, § 1^{er}, 3^o (« prestations effectuées au cours d'une séance de soins infirmiers soit au cabinet du praticien de

l'art infirmier, soit dans une maison de convalescence ») de la nomenclature des prestations de santé peuvent être portées en compte. Les prestations visées à l'article 8, § 1^{er}, 1°, 2°, 3°bis et 4° de cette nomenclature ne peuvent pas être portées en compte.

§ 5. Pour chaque bénéficiaire, le trajet de rééducation, y compris les prestations dispensées en complément de celles remboursées dans le cadre de la présente convention, est conservé dans le dossier médico-thérapeutique informatisé, qui peut être consulté par tout membre de l'équipe multidisciplinaire.

Article 7, § 1^{er}. À la fin du trajet de rééducation, l'établissement transmettra le bilan final de la rééducation fonctionnelle moyennant l'accord du bénéficiaire au médecin référent, le cas échéant, et au médecin généraliste. Ce bilan doit contenir un résumé de la rééducation effectuée, mentionner les résultats acquis et fournir aux médecins concernés les éléments nécessaires pour maintenir et faire perdurer ces résultats.

§ 2. Ce bilan final doit être expliqué par les principaux prestataires de soins impliqués dans l'équipe multidisciplinaire de rééducation, dont un médecin, au bénéficiaire et/ou à son entourage proche.

NATURE ET MONTANT DE L'INTERVENTION

Article 8, § 1^{er}. L'intervention définie dans le cadre de la présente convention s'ajoute à l'intervention pour les prestations qui sont portées en compte sur la base de la nomenclature des prestations de santé. L'intervention concerne notamment une partie des frais suivants :

- a) L'établissement du trajet de rééducation fonctionnelle - plan de soins et de traitement ;
- b) Les prestations de kinésithérapie, en complément à ce qui est prévu dans la nomenclature des prestations de santé ;
- c) Les prestations d'ergothérapie ;
- d) Les prestations de diététique ;
- e) D'autres prestations de soins de santé de l'équipe de rééducation qui ne sont pas prévues dans la nomenclature des prestations de santé ;
- f) La permanence pour les soins infirmiers ;
- g) La coordination des soins de santé.

§ 2. L'intervention par bénéficiaire telle que visée au § 3 est portée en compte à l'organisme assureur comme suit :

- a) Par bénéficiaire, un seul « mini-forfait de rééducation » tel que visé dans la présente convention peut faire l'objet d'un remboursement sur une base journalière.
- b) Le mini-forfait de rééducation s'élève à 26,75 EUR par jour pour chaque jour où le bénéficiaire séjourne dans l'établissement (indice pivot 125,60 - base 2013)⁴.

§ 3. L'intervention n'est remboursable que pour les bénéficiaires qui sont admis dans l'établissement et y séjournent 24 heures/24 et qui ont bénéficié des interventions de rééducation visées à l'article 5, § 2,

⁴ Ce forfait couvre le coût de 2,5 ETP par 30 lits.

et à l'article 6, § 2.

§ 4. Comme cette institution relève de la compétence des entités fédérées, elle ne fait pas partie du secteur fédéral des soins de santé et les accords sociaux relatifs au secteur fédéral de la santé ne s'appliquent donc pas.

QUOTE-PART PERSONNELLE DU BÉNÉFICIAIRE

Article 9, § 1^{er}. Vu que l'intervention telle que visée à l'article 8 n'est pas une intervention dans le coût d'une admission et se limite au remboursement des prestations de soins des dispensateurs de soins et d'aide, les dispositions de l'arrêté royal du 5 mars 1997 fixant le montant de la réduction de l'assurance en cas d'hospitalisation ou de séjour dans un centre de rééducation fonctionnelle ne s'appliquent pas. Pour les prestations qui sont couvertes par cette intervention, aucune quote-part personnelle n'est due par le bénéficiaire.

§ 2. La présente convention n'exclut pas que des interventions personnelles (tickets modérateurs) soient demandées pendant le séjour du bénéficiaire, pour autant qu'elles soient prévues dans le cadre de la nomenclature des prestations de santé.

INDEXATION DE L'INTERVENTION

Article 10. L'intervention par admission telle que visée à l'article 8, § 2, b) est liée à l'indice pivot 125,60 (base 2013) des prix à la consommation et est adaptée selon les dispositions de la loi du 1^{er} mars 1977 organisant un régime de liaison à l'indice des prix à la consommation du Royaume de certaines dépenses dans le secteur public.

SUPLÉMENTS ET RÈGLES DE CUMUL

Article 11, § 1^{er}. L'établissement s'engage à ne réclamer aucun supplément aux bénéficiaires pour les prestations telles que visées à l'article 8, § 1^{er}, ni pour les prestations de la nomenclature qu'il fournit par ses propres moyens ou par l'intermédiaire de prestataires de soins externes, en sus des honoraires fixés dans le cadre d'accords ou conventions prévus au chapitre V de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

§ 2. Les consultations au sens de l'article 2, § 1^{er} de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, les prestations techniques de santé au sens de l'article 3, § 1^{er} de l'annexe à l'arrêté royal susmentionné, les prestations techniques spéciales de santé au sens de l'article 10 et suivants de l'annexe à l'arrêté royal susmentionné, ainsi que les prestations de kinésithérapie au sens de l'article 7, § 1^{er} de l'annexe à l'arrêté royal susmentionné, les prestations de soins infirmiers au sens de l'article 8, § 1^{er}, 3^o de l'annexe à l'arrêté royal susmentionné et les prestations de logopédie au sens de l'article 36 de l'annexe à l'arrêté royal susmentionné peuvent être portées en compte à l'assurance obligatoire soins de santé le cas échéant et tenant compte des autres dispositions de la présente convention. Les prestations visées à l'article 22 de l'annexe à l'arrêté royal susmentionné constituent une exception : elles ne peuvent jamais être portées en compte pendant le trajet de rééducation du bénéficiaire dans l'établissement, indépendamment de qui les dispense ou quand.

§ 3. Dans le cadre de la présente convention, les dispositions de l'article 4, § 9bis de la convention nationale entre les établissements hospitaliers et les organismes assureurs s'appliquent également.

§ 4. L'établissement se réserve le droit de réclamer aux bénéficiaires, par le biais d'un supplément, les

prestations dispensées par le personnel non financé par la présente convention, ni par les prestations de nomenclature telles que mentionnées à l'article 9, § 2 et à l'article 11, § 2 de la présente convention, ni par le financement des entités fédérées.

Les coûts du séjour, des repas et des boissons qui sont consommés dans l'établissement peuvent être facturés au bénéficiaire dans le respect du principe d'égalité.

§ 5. L'établissement s'engage à informer le bénéficiaire de manière transparente, préalablement à son admission, du coût du séjour, des factures qui seront probablement portées en compte à l'assurance maladie obligatoire selon la nomenclature et selon la présente convention, des suppléments à prévoir ainsi que des coûts du logement, des repas et des boissons.

L'ÉTABLISSEMENT

Article 12, § 1^{er}. L'établissement figure sur la liste des établissements qui disposent chacun d'au moins 30 lits de convalescence et de rééducation fonctionnelle⁵ situés sur le même site, et qui remplissent les conditions prévues par chaque entité fédérée pour ces établissements conformément aux accords conclus dans le cadre de la Conférence interministérielle Santé publique du 28 juin 2023⁶, qui a été transmise par l'entité fédérée compétente à l'INAMI. Cette liste précise également pour chaque établissement le nombre de lits et le montant que l'entité fédérée met à disposition pour les coûts d'infrastructure et éventuellement pour les coûts de fonctionnement.

§ 2. L'établissement se compose de ... lits. Ce nombre de lits correspond au nombre qui figure sur la liste des établissements telle que visée au § 1^{er}.

§ 3. L'établissement propose les soins dans les conditions visées par la présente convention, tous les jours de l'année, 24 heures sur 24.

§ 4. L'établissement dispose d'un poste de soins infirmiers, des salles nécessaires pour offrir une rééducation multidisciplinaire de qualité, telles qu'une salle d'exercice de kinésithérapie spacieuse dotée d'équipements d'exercice variés, au moins deux cabines de traitement individuelles pour les kinésithérapeutes, une salle dotée d'un équipement matériel suffisant pour des exercices d'ergothérapie, des salles de consultation pour les médecins, les kinésithérapeutes, les ergothérapeutes, les diététiciens, les logopèdes, le psychologue et le travailleur social, ainsi que les locaux nécessaires pour la concertation multidisciplinaire.

§ 5. L'établissement reçoit un financement de l'entité fédérée pour les coûts d'infrastructure et éventuellement pour les coûts de fonctionnement, tel que convenu dans le cadre de la Conférence interministérielle Santé publique du 28 juin 2023.

PERSONNEL

Article 13, § 1^{er}. Afin de pouvoir bénéficier du financement prévu dans cette convention, et afin de pouvoir assurer les soins et la continuité pour le groupe cible visé, l'établissement dispose d'une équipe

⁵ À l'exception de l'établissement relevant de la compétence de la Communauté germanophone où un maximum de 10 lits est couvert par l'application de la présente convention à condition que, pour assurer une continuité minimale des soins, ces lits soient intégrés dans un établissement de soins d'au moins 30 lits sur le même site. Cet établissement de soins dispose au minimum de l'équipe de base telle que visée à l'article 13 § 2.

⁶ Au sein d'un nombre maximum de lits par entité fédérée (Flandre : 730, Bruxelles : 130, Wallonie : 382, Communauté germanophone : 10) et dans le cadre de l'ancrage du principe de cofinancement, selon lequel les moyens mis à disposition le sont simultanément et pour la même durée par le gouvernement fédéral et les entités fédérées.

de rééducation fonctionnelle multidisciplinaire, ainsi que d'une équipe de praticiens de l'art infirmier et d'aides-soignants. À cet effet, les deux premières unités de 30 lits doivent disposer d'une équipe de base. Pour les lits supplémentaires, une réglementation spécifique s'applique pour le nombre de membres du personnel soignant supplémentaires.

§ 2. Pour les deux premières unités de 30 lits, l'équipe de base se compose de 12,25 équivalents temps plein (ETP) par 30 lits et est constituée comme suit :

a) L'équipe de rééducation fonctionnelle

- 0,25 ETP médecin
- 2 ETP kinésithérapeute/ergothérapeute/logopède
- 0,25 ETP diététicien
- 1,25 ETP assistant social/travailleur social/infirmier social et psychologue, dont au moins 0,25 ETP bachelier ou master en psychologie

b) L'équipe infirmière/d'aides-soignants

- 0,5 ETP praticien de l'art infirmier en chef
- 4,5 ETP praticien de l'art infirmier
- 3,5 ETP aide-soignant

§ 3. A partir de la troisième unité de 30 lits, 7 ETP membres du personnel sont ajoutés à l'équipe de base, comme suit: 4 ETP praticien de l'art infirmier en chef ou praticien de l'art infirmier en chef adjoint/ praticiens de l'art infirmier / aides-soignants, 0,25 ETP médecin, 1,5 ETP kinésithérapeutes, ergothérapeutes ou logopèdes, 0,25 ETP diététicien, 1 ETP bachelier ou master en psychologie/assistant social/master en pédagogie/travailleur social/infirmier social.

§ 4. Les conditions de financement prévues aux §§ 2 et 3 sont appliquées proportionnellement, au sein de chaque tranche de 30 lits, au nombre de lits reconnus.

§ 5. À tout moment, au moins un praticien de l'art infirmier doit être présent, et ce, tant en journée que pendant la nuit. Par tranche entamée de 60 lits, au moins un praticien de l'art infirmier ou un aide-soignant doit être présent pendant la nuit.

§ 6. L'établissement doit être en mesure de démontrer à tout moment les effectifs en personnel réels. Ce récapitulatif doit pouvoir être présenté lors de toute demande de l'INAMI ou du Collège des médecins-directeurs.

Article 14. Afin d'assurer la qualité de la rééducation fonctionnelle, l'établissement s'engage à toujours remplir complètement l'effectif du personnel dont l'établissement doit disposer conformément à l'article 13, § 1^{er}.

Article 15, § 1^{er}. L'établissement s'engage à rémunérer les médecins selon le barème applicable aux médecins-conseils des organismes assureurs.

§ 2. Si une fonction prévue à l'article 13 est remplie par un dispensateur de soins indépendant dans le cadre d'une convention d'entreprise, ses prestations sont remboursées par le biais de la nomenclature. Au maximum 15 % de l'équipe totale peut être employé comme travailleur indépendant.

CAPACITÉ

Article 16, § 1^{er}. L'établissement ne peut jamais accueillir en même temps plus de bénéficiaires que le nombre de lits dont il dispose conformément à l'article 12, § 2.

§ 2. Le prix forfaitaire fixé à l'article 8 a été calculé en tenant compte d'un taux d'occupation de 70 % du nombre de lits par les bénéficiaires de la présente convention. Ce taux d'occupation de 70 % a été prévu parce qu'il tient compte de la possibilité, mentionnée à l'article 3, § 4, que, outre les bénéficiaires, d'autres personnes telles que des aidants proches, des accompagnants ou des partenaires sans problématique médicale, puissent séjourner dans l'établissement avec le bénéficiaire et occuper une partie des lits mentionnés à l'article 12, § 2, sans qu'une intervention ne puisse être facturée aux organismes assureurs pour ce séjour.

Par conséquent, la capacité de facturation annuelle de l'établissement correspond donc au nombre de lits mentionné à l'article 12, § 2, multiplié par 365 jours X 70 % = #####. L'établissement s'engage à ne jamais facturer le mini-forfait de rééducation fonctionnelle défini à l'article 8, § 2 pour les journées de rééducation fonctionnelle qui dépassent cette capacité de facturation et ce, ni aux organismes assureurs, ni aux bénéficiaires, ni à d'autres instances.

Si, en application des dispositions de l'article 24, la présente convention ne s'applique que pendant une partie de l'année au cours d'une année civile donnée, la capacité de facturation annuelle mentionnée doit être réduite proportionnellement, en tenant compte de la durée pendant laquelle la convention peut être appliquée au cours de l'année en question.

DISPOSITIONS MÉDICO-ADMINISTRATIVES ET COMPTABLES

Article 17, § 1^{er}. La rééducation fonctionnelle d'un bénéficiaire n'entre en ligne de compte pour un remboursement par l'assurance soins de santé que si le médecin-conseil de l'organisme assureur du bénéficiaire s'est prononcé favorablement sur la prise en charge de la rééducation fonctionnelle de ce bénéficiaire.

Seules les journées de rééducation, telles que visées dans la présente convention, qui sont réalisées au cours de la période de rééducation fonctionnelle accordée par le médecin-conseil susvisé sont prises en considération pour le remboursement.

§ 2. Une demande de prise en charge de la rééducation fonctionnelle par l'assurance obligatoire soins de santé doit être introduite par le bénéficiaire conformément aux dispositions des articles 139 et 142, § 2, de l'AR du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

L'établissement s'engage à transmettre avec le bénéficiaire la demande de prise en charge au médecin-conseil de l'organisme assureur.

En cas d'accord du médecin-conseil, l'intervention de l'assurance n'est due que pour les prestations effectivement réalisées qui répondent à toutes les dispositions de la présente convention, et ce à partir de la date fixée par le médecin-conseil et au plus tôt à partir de 30 jours avant la date de réception de la demande de prise en charge par le médecin-conseil. Un accord donné est valable jusqu'à la date de fin qui y est précisée.

§ 3. Le pouvoir organisateur de l'établissement s'engage à ne pas réclamer au bénéficiaire le coût des prestations réalisées et pour lesquelles l'assurance n'intervient pas en raison de l'introduction tardive de la demande visée au § 2.

§ 4. L'arrêté royal visé au § 2 prévoit entre autres que le bénéficiaire introduit la demande de prise en charge conformément à un modèle approuvé par le Comité de l'assurance. Le formulaire de renvoi visé

à l'article 4 sert de rapport médical et doit être joint en annexe à ce formulaire de demande.

L'établissement s'engage à ne pas introduire de demandes qui ne répondent pas aux conditions de la présente convention.

Article 18. Pour chaque patient, l'établissement tient un dossier médico-thérapeutique informatisé qui donne une vue d'ensemble de tout le parcours de rééducation et doit pouvoir être consulté à tout moment par chaque discipline. Ce dossier doit comporter, pour chaque bénéficiaire, les éléments suivants: l'identification du bénéficiaire, les antécédents, le référent, la lettre de renvoi visée à l'article 4, le trajet de rééducation visé à l'article 5, les objectifs de rééducation, toutes les interventions de rééducation, les décisions des réunions d'équipe, toutes les décisions et tous les accords spécifiques pris avec le bénéficiaire et le bilan final visé à l'article 7.

Article 19, § 1^{er}. L'établissement s'engage à facturer l'intervention directement aux organismes assureurs au moyen d'un fichier de facturation électronique (facturation électronique obligatoire via MyCareNet).

À titre d'information, tous les montants facturés par l'établissement au bénéficiaire pour les services qui ne font pas partie de la rééducation fonctionnelle doivent également être mentionnés sur la facture.

Une copie de cette facturation doit être remise au bénéficiaire ou à son représentant légal.

§ 2. Une période de rééducation fonctionnelle autorisée par le médecin-conseil pour un bénéficiaire donné est caduque pour le reste de cette période,

- si l'équipe de rééducation fonctionnelle multidisciplinaire décide de mettre fin au trajet de rééducation fonctionnelle ;
- si le bénéficiaire suit un programme de rééducation fonctionnelle ambulatoire dans un autre établissement avec lequel le Comité de l'assurance a conclu une convention de rééducation fonctionnelle ou dans un établissement de rééducation fonctionnelle relevant de la compétence des entités fédérées ;
- lors de l'admission du bénéficiaire dans un établissement hospitalier (hôpital)
- lors de l'admission du bénéficiaire dans un établissement tel que visé à l'article 34, 6°, 11°, 12° et 18° de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 ;
- si, pour un bénéficiaire pendant son séjour dans l'établissement, sont facturées séparément des prestations de la nomenclature des prestations de santé qui ne peuvent pas être facturées selon les dispositions de l'article 11 de la présente convention.

Article 20. L'établissement s'engage à tenir une comptabilité faisant apparaître l'ensemble des recettes et des dépenses résultant des activités de l'établissement, en considérant ces activités comme un poste de coûts distinct permettant de déterminer le coût desdites activités.

Dans le but d'évaluer et de poursuivre le suivi de ce système de prise en charge, le Service des soins de santé peut demander à tout moment un récapitulatif de ces données comptables et des données montrant l'occupation effective du personnel. Ces données peuvent être partagées avec les administrations concernées auprès des entités fédérées.

ÉVALUATION

Article 21, § 1^{er}. Un rapport d'activités est transmis par l'établissement au groupe de travail multidisciplinaire interfédéral qui évaluera l'offre de soins par le biais de séjours de convalescence et de rééducation fonctionnelle et cherchera une réponse cohérente aux besoins croissants en matière de rééducation fonctionnelle, en examinant la place des hôpitaux de rééducation fonctionnelle, des unités de rééducation fonctionnelle, des centres de séjours de convalescence et de rééducation fonctionnelle

et des soins à domicile.

§ 2. Le rapport d'activités comporte au minimum les éléments suivants :

- Une description des bénéficiaires
 - L'âge, le sexe, le domicile, l'organisme assureur
 - Le diagnostic principal et les comorbidités
 - Les référents (médecin généraliste, médecin spécialiste)
 - Le délai après hospitalisation, la durée de l'hospitalisation précédente ou patient en provenance du domicile
 - L'échelle de Katz - éventuellement données BelRAI
 - La durée du séjour
 - Séjourne seul ou avec d'autres personnes (aidants proches, partenaire, partenaire malade, famille)
 - Situations spécifiques : nutrition par sonde, stomie, interdiction de s'appuyer, hospitalisation à domicile

- Caractéristiques du trajet de rééducation fonctionnelle
 - Quelles sont les disciplines concernées
 - Auto-exercices ou non
 - Prestations de nomenclature (lesquelles, combien)
 - Objectifs atteints en matière de rééducation fonctionnelle ?
 - Réhospitalisation ? Rechute ?
 - Retour au domicile, au centre de soins résidentiels (MRPA/MRS), autres ?

- Caractéristiques de l'établissement
 - Coût par journée pour le bénéficiaire : ticket modérateur nomenclature, coût du séjour, repas, boissons, autres coûts
 - Taux d'occupation par jour
 - Données liste d'attente : nombre, délai d'attente jusqu'à l'admission

§ 3. Les différents établissements qui concluent la présente convention s'engagent à enregistrer les données quantitatives du rapport de données exactement de la même manière afin que les données des différents établissements puissent ensuite être agrégées et comparées dans le rapport d'activités que les établissements préparent et soumettent conjointement au Comité de l'assurance.

INFORMATIONS

Article 22. Afin de garantir la qualité de la rééducation fonctionnelle, l'établissement s'engage à informer chaque membre du personnel et chaque bénéficiaire de toutes les dispositions de la présente convention qui sont pertinentes pour qu'il puisse exercer ses fonctions dans l'établissement conformément aux dispositions de la présente convention.

Article 23. L'établissement s'engage à fournir au Service des soins de santé de l'INAMI ou au médecin-conseil de l'organisme assureur du bénéficiaire, toute information demandée en vue du contrôle du respect de la présente convention sur le plan thérapeutique et sur le plan financier ou en vue de la gestion générale des conventions de rééducation fonctionnelle. L'établissement s'engage également à permettre à tous les représentants de l'INAMI ou des organismes assureurs d'effectuer les visites qu'ils jugent utiles.

MESURES TRANSITOIRES

Article 24, § 1 . Lors du démarrage de cette convention avec un établissement, l'équipe de base doit être complète, comme stipulé à l'article 13 § 2. Une période transitoire de deux ans est prévue pour le développement ultérieur de l'équipe conformément à l'article 13, § 3, étant donné que le financement par la présente convention ne prévoit que 2,5 ETP pour 30 lits et que les normes de toutes les régions ne sont pas encore connues.

§ 2. Une période transitoire de deux ans est prévue pour permettre aux établissements de se conformer au dossier médico-thérapeutique informatisé et à la facturation électronique à l'organisme assureur.

ENTRÉE EN VIGUEUR - DURÉE

Article 25, § 1^{er}. Si la liste visée à l'article 12 a été mise à la disposition de l'INAMI par l'entité fédérée au plus tard le 30 juin 2024 et si l'établissement y figure, la convention peut entrer en vigueur à partir du 1^{er} janvier 2024 à condition :

- qu'à partir du 1^{er} janvier 2024 et jusqu'à la date de fin de la présente convention, l'établissement perçoive de l'entité fédérée dont l'établissement dépend, un financement pour l'infrastructure et éventuellement pour les frais de fonctionnement, comme convenu dans le cadre de la Conférence interministérielle Santé publique du 28 juin 2023, et
- qu'à partir du 1^{er} janvier 2024, l'établissement dispose du personnel visé à l'article 13 (en tenant compte de la mesure transitoire temporaire de l'article 24 § 1^{er}).

Si la liste de l'entité fédérée est transmise ultérieurement, la convention peut prendre effet au plus tôt le 1^{er} jour du mois suivant la communication, par l'entité fédérée à l'INAMI, de la liste dans laquelle figure l'établissement, à condition que l'établissement perçoive de l'entité fédérée, au plus tard à cette date, le financement prévu pour l'infrastructure et éventuellement les frais de fonctionnement, et dispose, à cette date, du personnel visé à l'article 13 (en tenant compte de la mesure transitoire temporaire prévue à l'article 24, § 1^{er}).

Si l'établissement est mentionné sur la liste d'une entité fédérée, perçoit de cette entité fédérée le financement visé ci-dessus pour les frais d'infrastructure et éventuellement les frais de fonctionnement, mais ne dispose pas du personnel visé à l'article 13 aux dates précitées (en tenant compte de la mesure transitoire temporaire visée à l'article 24, § 1^{er}), la convention peut entrer en vigueur au plus tôt à la date à laquelle l'établissement dispose de ce personnel. Si cette date ne correspond pas au premier jour d'un mois donné, la convention ne peut entrer en vigueur que le premier jour du mois qui suit la date à laquelle la condition relative au personnel est remplie.

§ 2. Après avoir reçu d'une entité fédérée la liste visée à l'article 12, l'INAMI prend contact, par écrit, avec les centres de convalescence et de rééducation fonctionnelle mentionnés sur cette liste afin de :

- les informer du texte de la convention avec les centres de convalescence et de rééducation fonctionnelle approuvée par le Comité de l'assurance ;
- leur demander s'ils souhaitent conclure cette convention avec le Comité de l'assurance et, si oui, à partir de quand ;
- leur demander si, à la date d'entrée en vigueur souhaitée, ils disposent du personnel prévu par la convention :
 - si un centre de convalescence et de rééducation fonctionnelle estime qu'il remplit les conditions de la convention en matière de personnel à la date d'entrée en vigueur souhaitée, il doit également transmettre les données demandées en matière de personnel afin de pouvoir vérifier que le centre remplit bien à cette date les dispositions de la présente convention en matière de personnel requis;
 - si un centre de convalescence et de rééducation fonctionnelle ne remplit pas encore les conditions relatives au personnel, il doit indiquer quand il compte remplir ces conditions et transmettre les données demandées sur le personnel au moment où il pense les

remplir.

§ 3. Dans le cas où la liste transmise par l'entité fédérée à l'INAMI contient plus de lits que le nombre de lits pris en compte pour cette entité fédérée dans les accords conclus lors de la Conférence interministérielle Santé publique du 28 juin 2023⁷, le montant du mini-forfait de rééducation mentionné à l'article 8, § 2, est réduit proportionnellement afin que les dépenses entraînées par la présente convention pour l'assurance soins de santé, pour les établissements mentionnés dans la liste de l'entité fédérée, n'excèdent pas les dépenses pour l'assurance soins de santé que cette convention entraînerait si le nombre de lits de l'entité fédérée correspondait au nombre de lits pris en compte pour cette entité fédérée dans les accords conclus lors de la Conférence interministérielle Santé publique le 28 juin 2023.

Le nouveau montant du mini-forfait de rééducation est alors obtenu en appliquant la formule suivante :

$$\text{Nouveau montant} = \frac{[\text{Nombre de lits initial}]}{[\text{Nombre de lits réel}]} \times [\text{Prix selon les articles 8 et 10}]$$

où :

- le « nombre de lits initial » correspond au nombre de lits mentionné pour l'entité fédérée concernée dans les accords conclus lors de la Conférence interministérielle Santé publique du 28 juin 2023
- le « nombre de lits réel » correspond au nombre total de lits mentionné dans la liste transmise par l'entité fédérée
- le « prix selon les articles 8 et 10 » correspond au montant du mini-forfait de rééducation mentionné à l'article 8 § 2 et adapté (indexé) selon les dispositions de l'article 10.

En raison de cette réduction proportionnelle du mini-forfait de rééducation, le financement réel est inférieur aux 2,5 ETP pour 30 lits visés à l'article 8, § 2 (note de bas de page) et à l'article 24, § 1^{er}.

Dans le cas où, dans les 2 mois, un centre de convalescence et de rééducation fonctionnelle répond, par lettre recommandée, aux questions de l'INAMI visées au § 2 du présent article, qu'il ne souhaite pas conclure la convention avec les centres de convalescence et de rééducation fonctionnelle que le Comité de l'assurance a approuvée, le nombre de lits de ce centre ne sera plus pris en compte pour l'application des dispositions du présent § 3 et le nombre de lits réel sera diminué de ce nombre de lits. Si un tel centre souhaite encore conclure la convention ultérieurement, il ne pourra le faire que si le nombre de lits pris en compte pour cette entité fédérée dans les accords conclus lors de la Conférence interministérielle Santé publique du 28 juin 2023 n'a pas encore été dépassé. Si la conclusion d'une convention supplémentaire avec ce centre conduit à un dépassement de ce nombre de lits, la réduction proportionnelle du présent § 3 ne s'applique que pour les lits de ce centre.

Les dispositions du présent § 3 ne s'appliquent pas si la liste transmise par l'entité fédérée à l'INAMI contient moins de lits que le nombre de lits pris en compte pour cette entité fédérée dans les accords conclus lors de la Conférence interministérielle Santé publique du 28 juin 2023, ou si le nombre de lits venait à être inférieur au nombre prévu pour l'entité fédérée en raison du fait que certains centres de convalescence et de rééducation fonctionnelle ne souhaitent pas conclure la convention. Le montant mentionné à l'article 8, § 2, qui est adapté (indexé) conformément aux dispositions de l'article 10, ne peut jamais être augmenté proportionnellement.

§ 4. Compte tenu des dispositions de la présente convention, et en particulier :

- l'établissement figure sur la liste telle que visée à l'article 12 ;
- l'établissement perçoit, au plus tard à partir de la date d'entrée en vigueur de la convention et jusqu'à la date de fin de la présente convention, un financement de l'entité fédérée dont il dépend

⁷ Flandre : 730 lits, Bruxelles : 130 lits, Wallonie : 382 lits, Communauté germanophone : 10 lits.

- pour les infrastructures et éventuellement les frais de fonctionnement, comme convenu lors de la Conférence interministérielle Santé publique du 28 juin 2023 ;
- l'établissement dispose du personnel visé à l'article 13 (en tenant compte de la mesure transitoire temporaire visée à l'article 24 § 1^{er}),
 - les dispositions du § 1^{er},
 - [SI D'APPLICATION] l'application des dispositions du § 3, étant donné que dans les accords conclus lors de la Conférence interministérielle Santé publique du 28 juin 2023, pour l'entité fédérée qui a inscrit l'établissement sur sa liste, seul un total de ### lits est prévu pour tous les centres de convalescence et de rééducation fonctionnelle de cette entité fédérée, alors que le « nombre réel de lits » spécifié dans la liste transmise par l'entité fédérée s'élève au total à ##### lits (après suppression des lits des centres de convalescence et de rééducation fonctionnelle qui figurent sur la liste de l'entité fédérée mais ne souhaitent pas conclure la convention avec le Comité de l'assurance),
 - [SI D'APPLICATION] le constat que pour l'entité fédérée qui a inscrit l'établissement sur sa liste, les dispositions du § 3 ne s'appliquent pas,

la présente convention entre en vigueur le #####.

[SI D'APPLICATION] et, par dérogation aux dispositions de l'article 8 § 2, le montant du mini-forfait de rééducation s'élève à ### € par jour pour chaque jour durant lequel le bénéficiaire séjourne dans l'établissement (indice pivot 125,60 - base 2013). Ce montant est adapté conformément aux dispositions de l'article 10.

§ 5. La présente convention est valable jusqu'au 31 décembre 2029 inclus. Toutefois, elle peut toujours être dénoncée par une des deux parties, par une lettre recommandée à la poste qui est adressée à l'autre partie, moyennant le respect d'un préavis de 3 mois prenant cours le premier jour du mois qui suit la date d'envoi de la lettre recommandée.

§ 6. La présente convention prend fin de plein droit au moment où l'entité fédérée à laquelle appartient l'établissement décide de supprimer cet établissement de la liste visée à l'article 12, ou si l'entité fédérée ne respecte plus ses engagements financiers.

§ 7. Si, pour une entité fédérée donnée, des conventions ont déjà été conclues avec des centres de convalescence et de rééducation fonctionnelle, conformément à la liste visée à l'article 12 que cette entité fédérée a transmise, et que la liste transmise par cette entité fédérée (après suppression des lits des centres de convalescence et de rééducation fonctionnelle qui ne souhaitent pas conclure la convention) atteint ou dépasse le nombre de lits pris en compte pour cette entité fédérée dans les accords conclus lors de la Conférence interministérielle Santé publique du 28 juin 2023, le Comité de l'assurance n'est en aucun cas tenu de conclure des conventions supplémentaires avec des centres de convalescence et de rééducation fonctionnelle pour cette entité fédérée si cette dernière devait ultérieurement transmettre une nouvelle liste sur laquelle figurent des centres de convalescence et de rééducation fonctionnelle supplémentaires. Le Comité de l'assurance n'y est pas tenu, en raison, d'une part, du cadre budgétaire prévu au sein de l'assurance soins de santé pour la conclusion de conventions avec des centres de convalescence et de rééducation fonctionnelle et, d'autre part, des dispositions de l'article 25, § 5, selon lesquelles la présente convention reste d'application jusqu'au 31 décembre 2029 (sauf si la présente convention est dénoncée en application du § 5 du présent article ou si les dispositions du § 6 du présent article sont d'application), à la suite de quoi les dispositions du § 3 du présent article ne peuvent pas être appliquées. Même si l'entité fédérée devait ultérieurement transmettre une nouvelle liste dans laquelle le nombre de lits de certains centres de convalescence et de rééducation fonctionnelle avec lesquels le Comité de l'assurance a conclu une convention était adapté, le Comité de l'assurance ne serait pas obligé, au moins en partie pour les mêmes raisons, de tenir compte de ce nombre de lits adapté.

Si, pour une entité fédérée donnée, aucune convention n'a encore été conclue avec des centres de convalescence et de rééducation fonctionnelle et que cette entité fédérée transmet une liste, telle que

visée à l'article 12, qui n'atteint pas le nombre de lits pris en compte pour cette entité fédérée dans les accords conclus lors de la Conférence interministérielle Santé publique du 28 juin 2023, les centres de convalescence et de rééducation fonctionnelle supplémentaires qui figurent sur une nouvelle liste transmise ultérieurement par l'entité fédérée peuvent entrer en ligne de compte pour la conclusion de la présente convention pour autant que le nombre de lits pris en compte pour cette entité fédérée dans les accords conclus lors de la Conférence interministérielle Santé publique du 28 juin 2023 ne soit pas dépassé. Si ce nombre devait néanmoins être dépassé, cela n'affecterait pas les centres de convalescence et de rééducation fonctionnelle avec lesquels des conventions ont déjà été conclues antérieurement (conformément à la liste transmise précédemment par l'entité fédérée) mais la procédure prévue au § 3 du présent article pourra être appliquée aux centres de convalescence et de rééducation fonctionnelle supplémentaires repris dans la liste envoyée ultérieurement. Le nouveau montant du mini-forfait de rééducation pour ces centres de convalescence et de rééducation fonctionnelle supplémentaires est alors obtenu en appliquant la formule suivante :

$$\text{Nouveau montant} = \frac{[\text{Nombre de lits restants}]}{[\text{Nombre réel de lits supplémentaires}]} \times [\text{Prix selon les articles 8 et 10}]$$

où :

- le « nombre de lits restants » correspond au nombre de lits prévu pour l'entité fédérée en question compte tenu des accords conclus lors de la Conférence interministérielle Santé publique du 28 juin 2023, moins le nombre de lits des centres de convalescence et de rééducation fonctionnelle de cette entité fédérée mentionnés sur la (les) liste(s) fournie(s) antérieurement par l'entité fédérée (après suppression des lits des centres de convalescence et de rééducation fonctionnelle qui ne souhaitent pas conclure la convention)
- le « nombre réel de lits supplémentaires » correspond au nombre de lits supplémentaires des centres de convalescence et de rééducation fonctionnelle supplémentaires mentionnés sur la liste transmise ultérieurement par l'entité fédérée (après suppression des lits des centres de convalescence et de rééducation fonctionnelle supplémentaires qui ne souhaitent pas conclure la convention)
- le « prix selon les articles 8 et 10 » correspond au montant du mini-forfait de rééducation mentionné à l'article 8 § 2 et adapté (indexé) selon les dispositions de l'article 10.

Fait à Bruxelles le ##### et signé électroniquement par :

Pour le centre de convalescence et de rééducation fonctionnelle,

Pour le Comité de l'assurance soins de santé,

Le Fonctionnaire Dirigeant,

Mickaël DAUBIE
Directeur général des Soins de santé

**FORMULAIRE DE DEMANDE D'INTERVENTION
DANS LE COUT DE PRESTATIONS DE REEDUCATION FONCTIONNELLE
ET DANS LES FRAIS DE DEPLACEMENT QUI S'Y RAPPORTENT**

A adresser au médecin-conseil de l'organisme assureur.

IDENTIFICATION DU BENEFICIAIRE

Nom - Prénom :

Rue et n° :

Code postal et commune :

Date de naissance :/...../.....

Réservé à la vignette délivrée par l'organisme assureur

1. La demande concerne

1.1. l'intervention de l'assurance dans le coût de prestations de rééducation fonctionnelle :

1.1.1. par un établissement conventionné : les points 2 et 3 du présent formulaire doivent être complétés.

1.1.2. par un orthoptiste : les points 2 et 4 du présent formulaire doivent être complétés.

1.1.3. pour un appareillage : le point 5 doit être complété.

1.1.4. pour des patients cardiaques : le point 6 doit être complété.

1.2. l'intervention de l'assurance dans les frais de déplacement du bénéficiaire qui se rapportent aux prestations visées au point 1.1.1. ci-dessus :

1.2.1. se reporter au point 7 (**ne concerne que** les déplacements du bénéficiaire dans un véhicule adapté à son transport dans sa voiturette d'invalidé, effectués en direction et en provenance de l'établissement de rééducation fonctionnelle, dans le cadre des prestations visées au point 1.1.1. ci-dessus.)

2. Rééducation fonctionnelle dans un établissement conventionné / par un orthoptiste / rééducation cardiaque¹ :

- Il s'agit : d'une première demande.
 d'une demande de prolongation.

- La période demandée débute le/...../.....

3. Rééducation fonctionnelle dans un établissement conventionné :

- Nom de l'établissement :
- Adresse :

- Numéro d'agrément I.N.A.M.I. de l'établissement :

- A joindre obligatoirement au présent formulaire de demande : un rapport médical de l'établissement démontrant que le bénéficiaire répond aux conditions de la convention.

4. Rééducation fonctionnelle par un orthoptiste :

- Nom de l'orthoptiste :
- Adresse :

- Numéro d'agrément I.N.A.M.I. de l'orthoptiste :

- A joindre obligatoirement au présent formulaire de demande : la prescription médicale avec mention de la nature des troubles et de la déficience visuelle, des objectifs poursuivis, du type, du nombre et de la fréquence des séances demandées.

¹ Biffer les mentions inutiles

5. Appareillage :

- 5.1. Appareil à parler pour personne ayant subi une laryngectomie.
- 5.2. Prothèse externe en cas de mutilation faciale.
- 5.3. Aide optique pour malvoyance.
- 5.4. Matériel pour le traitement à domicile des hémochromatoses majeures.

A joindre obligatoirement au présent formulaire : la prescription médicale de l'appareillage demandé par le médecin (nom et numéro d'identification I.N.A.M.I. du médecin) :

6. Prestations de rééducation pour des patients cardiaques :

- Nom du Service de rééducation cardiaque :
- Adresse :

- Numéro d'agrément I.N.A.M.I. du service :

- A joindre obligatoirement au présent formulaire de demande :
 - a) la prescription médicale de la rééducation avec mention de la date du début de la rééducation, de la période prévue, du type de séances et de la fréquence des séances;
 - b) une copie de l'évaluation rééducationnelle pluridisciplinaire.

Le Collège des médecins-directeurs peut déterminer le modèle de ces documents.

7. Demande d'intervention dans les frais de déplacement du bénéficiaire :

Ne concerne que les déplacements du bénéficiaire prévus par l'A.M. du 14.12.1995 fixant l'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans les frais de déplacement exposés dans le cadre de la rééducation fonctionnelle (MB du 30.12.1995).

A joindre obligatoirement au présent formulaire : un certificat médical motivé démontrant que le bénéficiaire ne peut effectuer les déplacements en direction et en provenance de l'établissement en raison de la nature et de la gravité de sa pathologie que dans sa voiturette d'invalidé.

Date et signature du bénéficiaire ou de son mandataire

Réservé au Médecin-conseil	Réservé au Collège des médecins-directeurs
Date de réception de la présente demande par le médecin-conseil :	
Décision : <input type="checkbox"/> favorable. <input type="checkbox"/> autre :	Décision : <input type="checkbox"/> favorable. <input type="checkbox"/> autre :
Avis à l'intention du Collège des médecins-directeurs : <input type="checkbox"/> favorable. <input type="checkbox"/> autre :	

Formulaire de renvoi pour admission dans un centre de convalescence et de rééducation fonctionnelle à l'attention du médecin du centre

Une demande n'est complète que si les volets 1, 2 et 3 sont remplis, et que la liste des médicaments, un rapport médical et, si applicable, les prescriptions nécessaires de kinésithérapie et de logopédie sont ajoutés.

1. Volet administratif (à compléter par le demandeur, la personne de contact ou le service social)

• Demandeur (remplir toutes les données ne figurant pas

sur la vignette de la mutualité)

Nom :

Prénom :

Numéro de registre national :

Adresse :

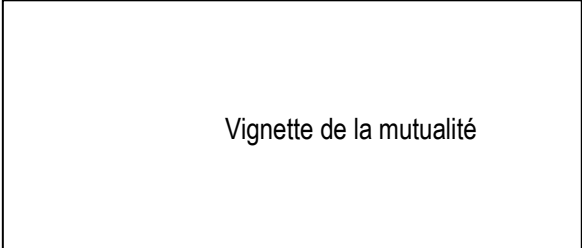
Code postal : Commune :

N° mutualité : Code titulaire : /

Tél/GSM : E-mail :

Nom du médecin généraliste : Tél/GSM du médecin généraliste :

Langue : Français / Néerlandais / Allemand / Autre



• Contact au sein de l'hôpital

Nom de l'hôpital

Service	Personne de contact	Téléphone / GSM	E-mail

• Personne de contact à domicile

Nom : Prénom : Lien de parenté :

Tél/GSM : E-mail :

Nom : Prénom : Lien de parenté :

Tél/GSM : E-mail :

• Accompagnateur éventuel lors du séjour (si l'accompagnateur nécessite des soins = faire une demande séparée)

• Accompagnateur valide : Nom : Tél/GSM :

• Accompagnateur **nécessitant des soins** : Nom : Tél/GSM :

• Données sociales

○ Administrateur de biens provisoire :

○ Soins infirmiers à domicile :

○ Aide à domicile :

○ Suivi par un service social agréé :

• Type de chambre : Le patient souhaite une :

Chambre individuelle Chambre double Chambre avec accompagnant

2. Volet médical (à compléter entièrement par le médecin référent)

- **Hospitalisation** du .../...../20.... au (date de sortie attendue)/...../20....

- Suite à une intervention chirurgicale : laquelle ?
- Suite à une pathologie grave : quel diagnostic principal ?
- Poursuivie par une hospitalisation à domicile : indication ?

- **Données importantes pour la kinésithérapie :**

Date de l'intervention :/...../..... nomenclature de l'intervention : K ouN.....

Interdiction de s'appuyer OUI NON si interdiction de s'appuyer : jusqu'au/...../20....
Admission SI OUI NON
Accident de travail OUI NON

- **Perte temporaire d'autonomie dans l'environnement du domicile ou dans un environnement de substitution au domicile pour cause de :**

- pathologie grave¹: laquelle ?
- affection locomotrice¹: laquelle ?

- **Les comorbidités suivantes sont présentes (cocher et compléter) :**

- diabète² type I / type II
- hypertension
- problème cardiaque :
- problème pulmonaire :
- limitations orthopédiques :
- problème oncologique :
- trouble neurologique :
- problème urologique :
- problèmes psychiques/cognitifs³:
- trouble alimentaire⁴:
- problème d'assuétude :

- Il y a des facteurs environnementaux à domicile qui influencent cette admission¹ oui non

Lesquels ?

¹ Cocher ce qui convient ET COMPLÉTER

² Entourer ce qui convient

³ Les personnes atteintes de démence sans accompagnateur ne peuvent pas être admises pour cette rééducation fonctionnelle en raison de l'ouverture de l'établissement

⁴ Ex. alimentation par sonde, stomie, problèmes de déglutition

• **Le plan de rééducation multidisciplinaire comprend de préférence les disciplines suivantes⁵ :**

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Soins infirmiers ⁶ | <input type="checkbox"/> Diététicien |
| <input type="checkbox"/> Kinésithérapie (prescription indispensable) | <input type="checkbox"/> Ergothérapie. |
| <input type="checkbox"/> Assistant social | <input type="checkbox"/> Logopédie (prescription médecin ORL ou neurologue absolument indispensable) |
| <input type="checkbox"/> Psychologue | |

• **Avec les objectifs de rééducation fonctionnelle suivants⁴**

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Amélioration des soins autonomes | <input type="checkbox"/> Intégration sociale |
| <input type="checkbox"/> Gestion des médicaments | <input type="checkbox"/> Bien-être émotionnel et confiance en soi |
| <input type="checkbox"/> Gestion de la douleur | <input type="checkbox"/> Gestion de l'alimentation et du poids |
| <input type="checkbox"/> Amplitude des mouvements et force | <input type="checkbox"/> Autonomie dans les activités du quotidien |
| <input type="checkbox"/> Mobilité | |
| <input type="checkbox"/> Rétablissement fonctionnel | <input type="checkbox"/> Compétences au travail et dans les loisirs |

Autres :

Autres informations importantes dans le cadre de la rééducation fonctionnelle et des soins infirmiers :

.....

• **Points d'attention⁴**

- Allergies :
- Alimentation : Alimentation entérale : oui / non
- Oxygène : Autorisation du médecin : oui / non
- Infections/risque de contagion :
- Soins de plaies :
- Dialyse : hémodialyse ou dialyse péritonéale
- DNR ou déclaration anticipée négative ?** oui non
- Autres :

3. Durée prévue du séjour :

Date d'admission : .../.../20..... Jusqu'au .../.../20.....

Durée du séjour :

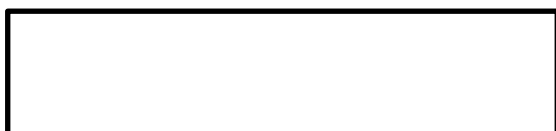
Après le séjour, départ vers

Remarque : n'oubliez pas de joindre un rapport médical récent, une liste des médicaments et, si d'application, les prescriptions de kinésithérapie et de logopédie

Date : / / 20.....

Nom :

Signature :



Cachet du médecin référent

⁵ Cocher ce qui convient

⁶ Toujours ajouter l'échelle de Katz

3. Description du degré d'autonomie actuel via l'échelle de Katz : à compléter par un médecin ou un infirmier

Critère	1.	2	3	4.
SE LAVER	Est capable de se laver sans aucune aide	A besoin d'une aide partielle pour se laver en dessous de la ceinture	A besoin d'une aide partielle pour se laver tant au-dessus qu'en-dessous de la ceinture	Doit être entièrement aidé pour se laver tant au-dessus qu'en-dessous de la ceinture
S'HABILLER	Est capable de s'habiller et se déshabiller complètement sans aucune aide	A besoin d'une aide partielle pour s'habiller en-dessous de la ceinture (sans tenir compte des lacets)	A besoin d'une aide partielle pour s'habiller tant au-dessus qu'en-dessous de la ceinture	Doit être entièrement aidé pour s'habiller tant au-dessus qu'en-dessous de la ceinture
TRANSFERT ET DÉPLACEMENT	Est capable de se lever et se déplacer entièrement et de manière autonome, sans auxiliaire(s) mécanique(s), ni aide de tiers	Est autonome pour entrer et sortir du lit ou d'une chaise, mais utilise des auxiliaires mécaniques (béquilles, chaise roulante) pour se déplacer de manière autonome	A absolument besoin de l'aide de tiers pour se lever et se déplacer	Est grabataire ou en chaise roulante et est entièrement dépendant pour se déplacer
ALLER À LA TOILETTE	Est capable d'aller seul à la toilette ou de s'essuyer	A besoin d'aide partielle de tiers pour aller à la toilette ou s'essuyer	Doit être entièrement aidé pour aller à la toilette ou s'essuyer	N'est pas capable d'aller à la toilette ni en chaise roulante
CONTINENCE	Est continent pour les urines et les selles	Est incontinent de manière accidentelle pour les urines ou les selles (sonde vésicale ou stomie incluse)	Est incontinent pour les urines (y compris exercices de miction)	Est incontinent pour les urines et les selles
MANGER	Est capable de manger et de boire seul	A surtout besoin d' aide pour manger et boire	A besoin d'une aide partielle pendant qu'il mange ou boit	Le patient est nourri
NOTION DU TEMPS	Aucun problème	De temps en temps, rarement un problème	Un problème quasi au quotidien	Totalement désorienté
LIEU	Aucun problème	De temps en temps, rarement un problème	Un problème quasi au quotidien	Totalement désorienté

Informations supplémentaires : à compléter par un médecin ou un infirmier

Critère	1.	2	3	4.	5.
AGITATION NOCTURNE	Jamais	De temps en temps Rarement	Presque chaque nuit	En continu, toujours	Non évaluable
TROUBLES VERBAUX	Jamais	De temps en temps Rarement	Presque chaque nuit	En continu, toujours	Non évaluable
COMPORTEMENT DESTRUCTEUR	Jamais	De temps en temps Rarement	Presque chaque nuit	En continu, toujours	Non évaluable
COMPORTEMENT ACCUSATEUR	Jamais	De temps en temps Rarement	Presque chaque nuit	En continu, toujours	Non évaluable
COMPORTEMENT AGITÉ	Jamais	De temps en temps Rarement	Presque chaque nuit	En continu, toujours	Non évaluable
COMPORTEMENT INAPPROPRIÉ	Jamais	De temps en temps Rarement	Presque chaque nuit	En continu, toujours	Non évaluable
COMPORTEMENT DE FUITE	Jamais	De temps en temps Rarement	Presque chaque nuit	En continu, toujours	Non évaluable

Si la personne obtient un score de 2 ou plus pour la notion de temps et de lieu : Veuillez fournir un score MMSE récent, un rapport détaillé des antécédents médicaux et du comportement actuel de la personne.

Score MMSE : /30 Date du score MMSE :/...../20....

Date :/...../20..... Nom : (infirmier/médecin)

Cachet médecin/infirmier

Signature :

