

# MEMORIAL

Journal Officiel  
du Grand-Duché de  
Luxembourg



# MEMORIAL

Amtsblatt  
des Großherzogtums  
Luxemburg

## RECUEIL DE LEGISLATION

A — N° 240

29 décembre 2006

### Sommaire

#### ASSURANCE DEPENDANCE

Règlement grand-ducal du 21 décembre 2006 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 18 décembre 1998 fixant les modalités de la détermination de la dépendance . . . . .	page 4732
Règlement grand-ducal du 21 décembre 2006 fixant les modalités spécifiques de la détermination de la dépendance chez l'enfant . . . . .	4768
Règlement grand-ducal du 21 décembre 2006 déterminant en exécution de l'article 361 du Code des assurances sociales les modalités d'un projet d'actions expérimentales relatif à la prise en charge en petite unité de vie de personnes souffrant d'une neuro-dépendance . . . . .	4808
Règlement grand-ducal du 22 décembre 2006 déterminant:	
1. les modalités et les limites de la prise en charge des aides techniques par l'assurance dépendance;	
2. les modalités et les limites de la prise en charge des adaptations du logement par l'assurance dépendance;	
3. les produits nécessaires aux aides et soins . . . . .	4816
Règlement grand-ducal du 22 décembre 2006 modifiant le règlement grand-ducal du 25 juin 1998 relatif au fonctionnement de la Commission consultative prévue à l'article 387, alinéa 4 du Code des assurances sociales . . . . .	4828
Règlement grand-ducal du 22 décembre 2006 déterminant les conditions, limites et modalités du dépassement du plan de prise en charge en cas de fluctuations imprévisibles dans l'état de dépendance . . . . .	4829
Règlement grand-ducal du 22 décembre 2006 déterminant le fonctionnement de la Commission de qualité des prestations prévue à l'article 387bis du Code des assurances sociales . . . . .	4829

**Règlement grand-ducal du 21 décembre 2006 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 18 décembre 1998 fixant les modalités de la détermination de la dépendance.**

Nous Henri, Grand-Duc de Luxembourg, Duc de Nassau,  
Vu l'article 350, paragraphe (3) du Code des assurances sociales;  
Vu l'avis de la Commission consultative prévue à l'article 387 du Code des assurances sociales;  
Vu l'article 2 (1) de la loi du 12 juillet 1996 portant réforme du Conseil d'Etat et considérant qu'il y a urgence;  
Sur le rapport de Notre Ministre de la Santé et de la Sécurité Sociale et après délibération du Gouvernement en Conseil;

Arrêtons:

**Art. 1<sup>er</sup>.** L'article 1<sup>er</sup>, alinéa 1, du règlement grand-ducal modifié du 18 décembre 1998 fixant les modalités de la détermination de la dépendance prend la teneur suivante:

«Les aides et soins que requiert la personne dépendante et leur fréquence par semaine sont évalués à l'aide du questionnaire figurant à l'annexe I du présent règlement, sont déterminés suivant le relevé-type figurant à l'annexe II du présent règlement et font l'objet d'un plan de prise en charge suivant les formulaires-type figurant à l'annexe III. Le formulaire-type pour le plan de partage figure à l'annexe V.»

**Art. 2.** L'article 1<sup>er</sup> du règlement grand-ducal modifié du 18 décembre 1998 fixant les modalités de la détermination de la dépendance est complété par l'alinéa suivant:

«S'il ressort pertinemment du module préliminaire du questionnaire prévu à l'annexe I que l'état de santé du requérant ne justifie pas l'aide d'une tierce personne pour les actes essentiels de la vie, la Cellule d'évaluation et d'orientation peut saisir directement l'organisme gestionnaire d'un avis sans recourir aux autres parties dudit questionnaire.»

**Art. 3.** Les articles 5 et 6 du règlement grand-ducal modifié du 18 décembre 1998 fixant les modalités de la détermination de la dépendance sont remplacés par les dispositions suivantes:

«**Art. 5.** Les prestations dues en application des articles 2 à 4 sont exclusivement servies d'après l'article 354, alinéa 3 du Code des assurances sociales.

La détermination de la dépendance en application des articles 2 à 4 ne préjudicie pas une détermination suivant les dispositions de l'article 1<sup>er</sup>, auquel cas les prestations déterminées suivant cet article se substituent aux prestations forfaitaires prévues aux articles 2 à 4 du Code des assurances sociales.»

Les anciens articles 7 et 8 deviennent les articles 6 et 7 nouveaux.

**Art. 4.** L'article 6 nouveau du règlement grand-ducal modifié du 18 décembre 1998 fixant les modalités de la détermination de la dépendance prend la teneur suivante:

«**Art. 6.** Les réévaluations sont faites d'après le questionnaire figurant à l'annexe IV du présent règlement. Le questionnaire est complété par le prestataire d'aides et de soins lorsque la personne demandant une réévaluation reçoit partiellement ou intégralement des prestations en nature. Le questionnaire est complété par la Cellule d'évaluation et d'orientation dans les cas où la personne qui demande une réévaluation ne dispose pas de prestations en nature.»

**Art. 5.** L'article 7 nouveau du règlement grand-ducal modifié du 18 décembre 1998 fixant les modalités de la détermination de la dépendance prend la teneur suivante:

«**Art. 7.** La Cellule d'évaluation et d'orientation est habilitée à adapter les questionnaires prévus aux annexes I et IV en vue de tenir compte de leur utilisation en différentes langues ou sur support informatique.»

**Art. 6.** Les annexes I à IV du règlement grand-ducal modifié du 18 décembre 1998 fixant les modalités de la détermination de la dépendance sont remplacées par les annexes I à V suivantes:

«Annexe I: Questionnaire d'évaluation de la dépendance.

Annexe II: Relevé-type des aides et soins requis.

Annexe III: Plans de prise en charge pour le maintien à domicile et l'établissement d'aides et de soins.

Annexe IV: Questionnaire de réévaluation.

Annexe V: Plan de partage.»

**Art. 7.** L'article 9 du règlement grand-ducal modifié du 18 décembre 1998 fixant les modalités de la détermination de la dépendance est abrogé.

**Art. 8.** Notre Ministre de la Santé et de la Sécurité Sociale est chargé de l'exécution du présent règlement qui sera publié au Mémorial.

Le Ministre de la Santé  
et de la Sécurité Sociale,  
**Mars Di Bartolomeo**

Palais de Luxembourg, le 21 décembre 2006.  
**Henri**

## Annexe I: Questionnaire d'évaluation de la dépendance

**MODULE PRELIMINAIRE**

Nom du demandeur : \_\_\_\_\_  
 Matricule : \_\_\_\_\_  
 Numéro de dossier : \_\_\_\_\_

Nom du médecin-conseil de la CEO : \_\_\_\_\_

**1. Demande formulée**

- lors d'une hospitalisation  
 au domicile  
 en établissement d'aides et de soins

**2. Données médicales du rapport du médecin traitant (R20)**

Pathologie

- Irréversible                   ET évolutive                   ET non évolutive  
 Réversible

L'état de santé du patient engendre-t-il un besoin d'aide d'une tierce personne pour

- Hygiène  
 Nutrition  
 Habillage/ Déshabillage  
 Mobilité à l'intérieur du domicile

**3. Motif de la demande**

- aide d'une tierce personne pour les AEV  
 aide d'une tierce pour les TD  
 soins infirmiers ne relevant pas de l'assurance dépendance

**4. Prestataire :**

- Réseau d'aides et de soins \_\_\_\_\_  
 Etablissement \_\_\_\_\_

**5. Les personnes contactées par téléphone :**

- Demandeur** : date appel \_\_\_\_\_  
 **Aidant informel** : nom \_\_\_\_\_, prénom \_\_\_\_\_, tél. \_\_\_\_\_, date appel \_\_\_\_\_  
 **Réseau** : \_\_\_\_\_  
    Responsable : nom \_\_\_\_\_, prénom \_\_\_\_\_, tél. \_\_\_\_\_, date appel \_\_\_\_\_  
 **Etablissement** : \_\_\_\_\_  
    Responsable : nom \_\_\_\_\_, prénom \_\_\_\_\_, tél. \_\_\_\_\_, date appel \_\_\_\_\_

*Informations obtenues :*

\_\_\_\_\_

**6. Conclusion**

L'état de santé du requérant ne justifie pas l'aide d'une tierce personne pour les actes essentiels de la vie (article 349 du CAS): \_\_\_\_\_

DATE : \_\_\_\_\_

SIGNATURE : \_\_\_\_\_

**IDENTIFICATIONS**

Nom de l'évaluateur : \_\_\_\_\_  
Nom du référent: \_\_\_\_\_  
Numéro de dossier : \_\_\_\_\_  
Nature de la demande : \_\_\_\_\_  
Lieu de l'évaluation :  Domicile  
 Logement encadré  
 Etablissement  
Date de l'entretien : \_\_\_\_\_  
Personnes présentes/contactées pour l'évaluation de base : \_\_\_\_\_

**DEMANDEUR****Identification du demandeur :**

Nom et Prénom : \_\_\_\_\_  
Matricule : \_\_\_\_\_  
Domicile: \_\_\_\_\_

**Etat civil :**

- célibataire  
 marié/e  
 en concubinage  
 séparé(e)/divorcé(e)  
 veuf/ve

**Enfants :**

Non  Oui  , nombre \_\_\_\_\_

**Profession :** \_\_\_\_\_ retraité : Oui  , depuis \_\_\_\_\_  
Non   travail à temps partiel  
 travail à temps plein

Commentaire : \_\_\_\_\_

**Demandeur scolarisé :**  Non  Oui \_\_\_\_\_

**Loisirs du demandeur :** \_\_\_\_\_

## ENTOURAGE

**Aidant informel :**

Nom et prénom: \_\_\_\_\_

Matricule/date de naissance : \_\_\_\_\_

Domicile (localité) : \_\_\_\_\_

 Lien de parenté :
 

<input type="checkbox"/> conjoint	<input type="checkbox"/> beau-fils/belle-fille
<input type="checkbox"/> père/mère	<input type="checkbox"/> autre lien de parenté
<input type="checkbox"/> fils/fille	<input type="checkbox"/> sans lien de parenté
<input type="checkbox"/> petit-fils/petite-fille	

Commentaire : \_\_\_\_\_

**Fréquence d'intervention/disponibilité :**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> habite avec le demandeur      | <input type="checkbox"/> contact téléphonique |
| <input type="checkbox"/> plusieurs fois par jour       | <input type="checkbox"/> Téléalarme           |
| <input type="checkbox"/> une fois par jour             |   |
| <input type="checkbox"/> au moins 3 fois par semaine   |   |
| <input type="checkbox"/> au moins une fois par semaine |   |
| <input type="checkbox"/> moins d'une fois par semaine  |   |

Commentaire: \_\_\_\_\_

**Charges professionnelles:**

- |                              |   |
|------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui, à temps plein   |
|                              | <input type="checkbox"/> oui, à temps partiel |

Description: \_\_\_\_\_

**Charges familiales:**

- |                              |                              |
|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui |
|------------------------------|------------------------------|

Description : \_\_\_\_\_

**Y a-t-il d'autres personnes qui fournissent de l'aide ?**

- |                              |                              |
|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui |
|------------------------------|------------------------------|

Description : \_\_\_\_\_

## RESEAU

**Recevez-vous l'aide d'un réseau d'aides et de soins ?**

- |                              |                              |                |
|------------------------------|------------------------------|----------------|
| <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui | Réseau : _____ |
|------------------------------|------------------------------|----------------|

**Interventions actuelles**
AEV :

- |   |
|---|
| <input type="checkbox"/> soins d'hygiène    |
| <input type="checkbox"/> nutrition          |
| <input type="checkbox"/> habillage/mobilité |

Autres :

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> sorties/courses | <input type="checkbox"/> prise de médicaments |
| <input type="checkbox"/> gardes          | <input type="checkbox"/> actes infirmiers     |
| <input type="checkbox"/> CDJ spécialisé  | <input type="checkbox"/> tâches ménagères     |

Fréquence d'intervention : \_\_\_\_\_

- 
- envisagé pour le futur

Nom du réseau : \_\_\_\_\_

Informations supplémentaires : \_\_\_\_\_

## MODULE MEDICAL

### DEMANDEUR

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Matricule : \_\_\_\_\_

Dossier : \_\_\_\_\_

### EVALUATEUR

Nom : \_\_\_\_\_

### EXAMEN

Date : \_\_\_\_\_

Lieu :  ANTENNE                      personne accompagnatrice \_\_\_\_\_  
 DOMICILE                      personne présente \_\_\_\_\_  
 ETABLISSEMENT                      personnel soignant \_\_\_\_\_

Durée de l'évaluation: \_\_\_\_\_ min.

Début : \_\_\_\_\_ h Fin : \_\_\_\_\_ h

## INTERROGATOIRE

### Motif de la demande

### Lieu et mode de vie

1. Structure immobilière
2. Etat civil

### Facteurs de risque

Diabète                       HTA                       Alcool                       Hyperlipidémie   
 Obésité                       Tabagisme passif  actif  : \_\_\_\_\_ paquets / année

### Antécédents médicaux et chirurgicaux

### Histoire de la maladie

### Rééducation et réadaptation fonctionnelles

Non , à envisager : Non  Oui

Oui

Proposées par  médecin traitant  
 médecin hospitalier  
 ignoré

Réalisées  ambulatoire ; si oui, où ? \_\_\_\_\_  
 stationnaire ; si oui, où ? \_\_\_\_\_  
 domicile

Durée : \_\_\_\_\_

Evolution : \_\_\_\_\_

Rééducation actuellement terminée  
 Compte-rendu joint

Non  Oui   
 Non  Oui

### Traitement en cours

### Signes fonctionnels et plaintes subjectives

**1. Douleur** Non  Oui

Description \_\_\_\_\_

Score de l'échelle visuelle analogique \_\_\_\_\_

**2. Vertiges** Non  Oui

Description \_\_\_\_\_

**3. Asthénie** Non  Oui

Description \_\_\_\_\_

**4. Autres**

Description \_\_\_\_\_

**Médecin traitant** Non  Oui  \_\_\_\_\_

**Médecins spécialistes :** \_\_\_\_\_

## EXAMEN CLINIQUE

### Mensurations et état nutritionnel

Poids _____kg	Appétit conservé <input type="checkbox"/>	
	Anorexie <input type="checkbox"/>	
Taille _____m	Variation pondérale _____	
IMC _____kilos/m <sup>2</sup>	Nutrition entérale <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	
	exclusive <input type="checkbox"/>	
	partielle <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Obésité	Hydratation indiquée <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	
<input type="checkbox"/> Surcharge pondérale	cause _____	
<input type="checkbox"/> Normal		
<input type="checkbox"/> Maigre	Collation indiquée <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	
<input type="checkbox"/> Cachectique	cause _____	

### Examen sensoriel

#### 1. Vision

Bonne  
 Baisse de l'acuité visuelle :  OG  OD  
 Cécité complète  
 Autres \_\_\_\_\_  
 Etiologie connue \_\_\_\_\_  
 Etiologie non connue

Verres correcteurs utilisés  Oui, de façon autonome  
 Oui, avec aide  
 Non

Verres correcteurs adaptés Non  Oui

#### 2. Ouïe

Bonne  
 Baisse de l'acuité auditive  
 Surdité complète  
 Etiologie connue : \_\_\_\_\_  
 Etiologie non connue

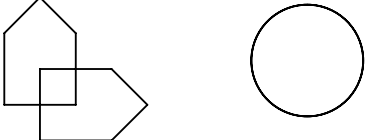
Prothèse(s) auditive(s) utilisée(s)  Oui, de façon autonome  
 Oui, avec aide, nombre \_\_\_\_\_  
 Non

Prothèse(s) auditive(s) adaptée(s) Non  Oui

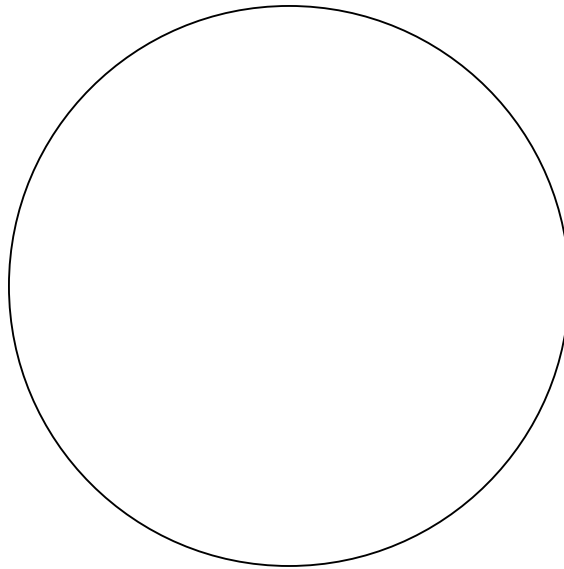
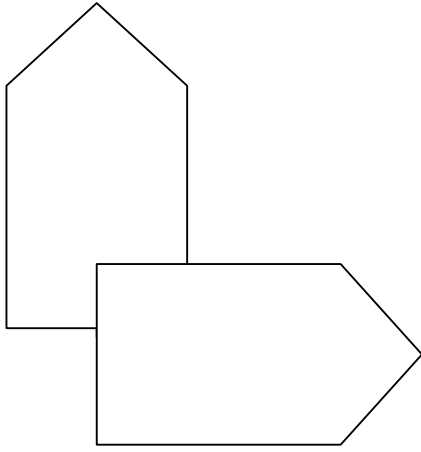


## Examen neuropsychiatrique

### 1.1. Mini-mental test

<p><b>A – ORIENTATION</b></p> <p>1 – <b>Quel est :</b> l'année ____, le mois ____, le jour ____, le jour de la semaine ____, la saison ____</p> <p>2 – <b>Où sommes-nous :</b> Région : ____ Pays : ____ Ville : ____ Lieu : ____ Etage : ____</p>	5	
<p><b>B – ENREGISTREMENT</b></p> <p>3 – <b>Dire à haute voix UN des groupes de 3 mots suivants :</b> Prendre une seconde pour prononcer chaque mot</p> <p style="text-align: right;"><i>chemise, bleu, honnête</i> ou <i>chaussure, brun, modestie</i> ou <i>chandail, blanc, charité</i></p> <p><b>Demander de répéter les 3 mots choisis</b> Donner 1 point pour chaque bonne réponse au 1er essai. Répéter l'exercice jusqu'à ce que le sujet retienne les 3 mots. Compter le nombre d'essais et le noter. Pour information seulement. Nombre d'essais : ____</p>	3	
<p><b>C – ATTENTION ET CALCUL (cocher l'un ou l'autre test)</b></p> <p>4 – <input type="checkbox"/> <b>Faire la soustraction par intervalles de 7 à partir de 100</b> 100 – 7 =      93 – 7 =      86 – 7 =      79 – 7 =      72 – 7 =      65</p> <p>Donner 1 point pour chaque bonne réponse.</p> <p>Ou, si le maximum des points n'est pas obtenu <input type="checkbox"/> <b>Epeler le mot "MONDE" à l'envers. (EDNOM) :</b> Retenir la meilleure réponse.</p>	5	
<p><b>D – RETENTION MNESIQUE</b></p> <p>5 – <b>Répéter les trois mots déjà mentionnés</b></p> <p style="text-align: right;"><i>chemise, bleu, honnête</i> ou <i>chaussure, brun, modestie</i> ou <i>chandail, blanc, charité</i></p>	3	
<p><b>E – LANGAGE</b></p> <p>6 – <b>Montrer au sujet un crayon (□), une montre (□) et demander de nommer l'objet.</b></p> <p>7 – <b>Répéter la phrase suivante :</b> "Pas de si, ni de mais"</p> <p>8 – <b>Obéir à un ordre en 3 temps :</b> "Prenez ce papier de la main droite (ou gauche), pliez-le en deux et redonnez-le moi" (Demander au sujet droitier de prendre de la main gauche, et vice versa) (Poser la feuille à portée, ne pas tendre à la main; éviter les indices non verbaux)</p> <p>9 – <b>Lire et faire</b> "Fermez vos yeux"</p> <p>10 – <b>Ecrire une phrase</b> Une phrase comprend un sujet, un verbe, un complément et a un sens.</p>	2 1 3 1 1	
<p><b>F – PRAXIE DE CONSTRUCTION</b></p> <p>11 – <b>Copier le dessin</b></p> <div style="text-align: center;">  </div>	1	

# AUGEN SCHLIESSEN FERMEZ LES YEUX



### 1.1. Mini-mental test

Scolarité \_\_\_\_\_

Existence d'une barrière linguistique Non  Oui

Perturbation des capacités sensorielles et motrices Non  Oui

Dysarthrie ou aphasie Non  Oui

Pour les points 6 à 11 : si le score n'est pas complet, précisez pourquoi \_\_\_\_\_

### 1.2. Test de l'horloge

Description et interprétation : \_\_\_\_\_

### 1.3. Test de fluence verbale

Noms des animaux cités en une minute et interprétation : \_\_\_\_\_

### 2. Autres troubles psychiatriques Non Oui

Description : \_\_\_\_\_

### Conclusion de l'examen neuropsychiatrique

Les perturbations notées sont Fluctuantes  Permanentes   
 Consultation neuro-psychiatrique effectuée Non  Oui

## Examen ostéo-articulaire et neurologique

### 1. Tête et colonne vertébrale

#### 1.1. Tête

Prothèse dentaire Non  Oui

Hypersalivation Non  Oui

Troubles de la déglutition Non  Oui

#### 1.2. Colonne vertébrale

Cyphose Non  Oui

Scoliose Non  Oui

### 2. Membres supérieurs

Droitier  Gaucher  Ambidextre

2.1. Examen ostéo-articulaire examen normal

2.1.1. Anomalies ostéo-articulaires Non  Oui  précisez

2.1.2. Limitations articulaires Non  Oui

		Droite	Gauche
Epaule	Abduction	_____	_____
	Antépulsion	_____	_____
	Rétropulsion	_____	_____

Coude \_\_\_\_\_

Poignet \_\_\_\_\_

Main \_\_\_\_\_

Cause(s) de ces limitations \_\_\_\_\_

<b>2.2. Examen neuro-musculaire</b>		<b>examen normal</b> <input type="checkbox"/>	
<u>2.2.1. Syndrome paralytique</u>		Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>
Flasque		Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> précisez _____
Spastique		Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> précisez _____
Force de préhension main droite	_____		
Force de préhension main gauche	_____		
Cause(s) de ce syndrome paralytique _____			
<u>2.2.2. Syndrome sensitif</u>		Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>
Trouble de la sensibilité tactile		Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> précisez _____
Trouble de la sensibilité thermo-algésique		Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> précisez _____
Trouble de la sensibilité profonde		Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> précisez _____
Cause(s) de ce syndrome sensitif _____			
<u>2.2.3. Syndrome extra-pyramidal</u>		Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>
Tremblement de repos _____			
Rigidité _____			
Akinésie _____			
<u>2.2.4. Autres</u>			
Troubles de la motricité fine		Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> précisez _____
Dysmétrie		Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> précisez _____
Adiadococinésie		Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> précisez _____
Tremblement d'action ou d'attitude		Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> précisez _____
Autres mouvements involontaires anormaux		Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> précisez _____
Dyspraxies		Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> précisez _____
<b>2.3 Attelles</b>		Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	
_____			
Aide requise pour les enfiler		Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	
<b>3. Membres inférieurs</b>			
<b>3.1. Examen ostéo-articulaire</b>		<b>examen normal</b> <input type="checkbox"/>	
<u>3.1.1. Anomalies ostéo-articulaires</u>		Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> précisez _____
<u>3.1.2. Limitations articulaires</u>		Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>
	Droite	Gauche	
Hanche	_____	_____	
Genou	_____	_____	
Cheville	_____	_____	
Cause(s) de ces limitations fonctionnelles _____			

**3.2. Examen neuro-musculaire**examen normal **3.2.1. Syndrome paralytique**Non  Oui 

Flasque

Non  Oui 

précisez \_\_\_\_\_

Spastique

Non  Oui 

précisez \_\_\_\_\_

Cause(s) de ce syndrome paralytique \_\_\_\_\_

**3.2.2. Syndrome sensitif**Non  Oui 

Trouble de la sensibilité tactile

Non  Oui 

précisez \_\_\_\_\_

Trouble de la sensibilité thermo-algésique

Non  Oui 

précisez \_\_\_\_\_

Trouble de la sensibilité profonde

Non  Oui 

précisez \_\_\_\_\_

Cause(s) de ce syndrome sensitif \_\_\_\_\_

**3.3 Atelles**Non  Oui 

Aide requise pour les enfler

Non  Oui **4. Statique, transferts, marche et risque de chutes****4.1. Statique et transferts****4.1.1. Position assise**Maintien de la tête Non  Oui Maintien du tronc Non  Oui **4.1.2. Transferts**

	Seul	avec aide	aide/stimulation d'une personne requise	aide de 2 personnes ou lève- requis
Chaise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
WC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**4.1.3. Station debout**

Bipodale

 impossible possible sans appui possible avec appui durée \_\_\_\_\_

Unipodale possible

Non  Oui **4.1.4. Antéflexion du tronc**

Assis distance main-sol \_\_\_\_\_cm

Flexion tronc-membres inférieurs

Debout distance main-sol \_\_\_\_\_cm

Cause de ce déficit \_\_\_\_\_

## 4.2 Marche et déplacements en fauteuil roulant

### 4.2.1. Marche

Description de la marche en terrain plat et demi-tour \_\_\_\_\_

#### \*Marche à l'intérieur

Seul Non  Oui   
 Avec aide Non  Oui   
 Aide d'une personne requise Non  Oui   
 Aide de 2 personnes requise Non  Oui   
 Orientation spatiale conservée Non  Oui

#### \*Sortie du logement

Seul Non  Oui   
 Avec aide Non  Oui   
 Aide d'une personne requise Non  Oui   
 Volonté de sortir Non  Oui   
 Risque de fugue Non  Oui

#### \*Escaliers

non concerné   
 Seul Non  Oui   
 Aide d'une personne Non  Oui   
 Aide d'une personne requise Non  Oui

#### \*Ascenseur

non concerné   
 Seul Non  Oui   
 Aide d'une personne Non  Oui   
 Aide d'une personne requise Non  Oui

### 4.2.2. Déplacements en fauteuil roulant Non Oui

Seul Non  Oui  \_\_\_\_\_  
 Avec aide Non  Oui  \_\_\_\_\_  
 Aide d'une personne requise Non  Oui  \_\_\_\_\_

## 4.3. Chutes

### 4.3.1. Antécédents de chutes Non Oui fréquence dans les 6 derniers mois \_\_\_\_\_

### 4.3.2. Circonstances des chutes

Vertige  Dans les escaliers  
 Perte d'équilibre  En glissant  
 Dérobement des MI  En trébuchant sur un obstacle - lequel ? \_\_\_\_\_  
 Lors d'un transfert  Ne sait pas

### 4.3.3. Evaluation quantitative du risque de chutes

- (1) Admission ou transfert récent
- (3) Nouvelle chute récente
- (3) Envie impérieuse
- (1) Incontinence
- (1) Nycturie
- (4) Instabilité en position debout
- (4) Manifestations d'hypotension orthostatique ou d'étourdissement
- (1) Déficit locomoteur dans les membres inférieurs
- (1) Déficit auditif
- (3) Déficit cognitif
- (3) Déficience visuelle
- (2) Désorientation
- (1) Troubles de la communication
- (4) Témérité
- (2) Antihypertenseur
- (1) Médicament causant la dépression du système nerveux central

### 4.3.4. Score et conclusion

Score \_\_\_\_\_  (0-9) risque faible  (19-27) risque élevé  
 (10-18) risque modéré  (28-35) risque très élevé

### 4.3.5. Indication de protecteurs de hanche Non Oui , si oui : tour de taille \_\_\_\_\_ cm

MISE EN SITUATION INDIQUEE >> AVIS SAPPALO

Objectifs \_\_\_\_\_

## Poumons, coeur et vaisseaux

### 1. Signe fonctionnel

Dyspnée Non  Oui  classification NYHA \_\_\_\_\_  
 Si oui , FR au repos \_\_\_\_\_/ minute  
 Oxygénothérapie Non  Oui  débit \_\_\_\_\_l/min – \_\_\_\_\_h/24h

Angor Non  Oui  classification NYHA \_\_\_\_\_

**2. Tension artérielle** \_\_\_\_\_ mm Hg

**3. Auscultation cardio-pulmonaire** \_\_\_\_\_

**4. Inspection et palpation**

Pouls périphériques retrouvés  non retrouvés  \_\_\_\_\_

Oedèmes des MI

Etat veineux \_\_\_\_\_

Port de bas de contention Non  Oui  - Aide requise pour les enfiler Non  Oui

### **Abdomen et appareil uro-génital**

_____	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>
Gastrostomie	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>
Colostomie	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>
Iléostomie	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>
Cathéter suspubien	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>
Sonde urinaire	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>
Hernie	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>
Eventration	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>

### **Peau et phanères**

**1. Ulcères de décubitus** Non  Oui

si oui description \_\_\_\_\_

si non prévention requise Non  Oui

**2. Ulcères de jambe** Non  Oui

si oui description \_\_\_\_\_

**3. Autres anomalies** Non  Oui

précisez \_\_\_\_\_

## DIAGNOSTICS ET CONCLUSION

### Diagnostiques en relation directe avec la dépendance

- |          |          |
|----------|----------|
| 1. _____ | 4. _____ |
| 2. _____ | 5. _____ |
| 3. _____ |          |

### Autres diagnostics sans lien direct avec la dépendance

- |          |           |
|----------|-----------|
| 6. _____ | 9. _____  |
| 7. _____ | 10. _____ |
| 8. _____ |           |

### Évaluateur indiqué

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Infirmier<br><input type="checkbox"/> Psychologue<br><input type="checkbox"/> Infirmier psychiatrique | <input type="checkbox"/> Assistant social<br><input type="checkbox"/> Ergothérapeute<br><input type="checkbox"/> Kinésithérapeute |
|--|---|

Justifiez \_\_\_\_\_

### Répercussions des troubles constatés sur les actes essentiels de la vie

### Aides techniques

\* présentes

- |       |                                  |                                      |
|-------|----------------------------------|--------------------------------------|
| _____ | Utilisé <input type="checkbox"/> | Non utilisé <input type="checkbox"/> |
| _____ | Utilisé <input type="checkbox"/> | Non utilisé <input type="checkbox"/> |
| _____ | Utilisé <input type="checkbox"/> | Non utilisé <input type="checkbox"/> |
| _____ | Utilisé <input type="checkbox"/> | Non utilisé <input type="checkbox"/> |
| _____ | Utilisé <input type="checkbox"/> | Non utilisé <input type="checkbox"/> |

\* à envisager Non  Oui

**Adaptation du logement/voiture à envisager** Non  Oui

Soutien/conseil indiqué Non  Oui

Fiche conseil remise Non  Oui

**Date de réévaluation** \_\_\_\_\_

**Commentaires supplémentaires** \_\_\_\_\_

**Date et signature** \_\_\_\_\_

**Dossier encodé le** \_\_\_\_\_ **par le docteur** \_\_\_\_\_

**Dossier déterminé le** \_\_\_\_\_ **par le docteur** \_\_\_\_\_



## MODULE DE BASE

### NUTRITION

**Aide requise pour la nutrition**

Non  Oui

**Aide pour manger**

non  oui

Stimulation requise

non  oui

Stimulation unique

Stimulation répétée

Stimulation ou surveillance constante

Description - D: \_\_\_\_\_

- AI : \_\_\_\_\_

Effectuer à la place

non  oui

Tartiner

Couper les aliments

Donner à manger

Description - D: \_\_\_\_\_

- AI : \_\_\_\_\_

**Aide requise pour l'hydratation**

Non  Oui

verser les boissons

stimulation ou surveillance

donner à boire

Description - D: \_\_\_\_\_

- AI : \_\_\_\_\_

### HYGIENE

**Aide requise pour les soins d'hygiène corporelle**

Non  Oui

**Où vous lavez-vous ?**

		assis	debout		indication
Lavabo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Douche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Baignoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Lit	<input type="checkbox"/>				

Aide pour entrer/sortir de la douche/baignoire non  oui

Description - D: \_\_\_\_\_

- AI : \_\_\_\_\_

Stimulation requise non  oui

Stimulation unique

Stimulation répétée

Stimulation ou surveillance constante

Description - D: \_\_\_\_\_

- AI : \_\_\_\_\_

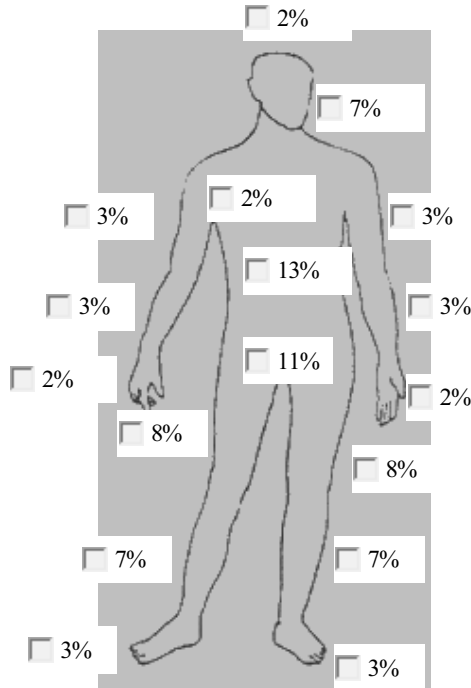
Effectuer à la place non  oui

Effectuer complètement à la place non  oui

Description - D: \_\_\_\_\_

- AI : \_\_\_\_\_

Effectuer en partie : (schéma corporel)



Dos: 13%

Total:

Description - D: \_\_\_\_\_  
- AI: \_\_\_\_\_

**Aide requise de 2 personnes**

Non  Oui

Indications : \_\_\_\_\_

**Toilette génitale**

Menstruation

Non  Oui

Aide requise

Non  Oui

Description - D : \_\_\_\_\_  
- AI: \_\_\_\_\_

**Hygiène buccale**

Aide requise

Non  Oui

Description - D: \_\_\_\_\_  
- AI : \_\_\_\_\_

à préciser si la fréquence de référence ne suffit pas : \_\_\_\_\_

**Soins barbe / peau, épilation**

Aide requise

Non  Oui

Description - D: \_\_\_\_\_  
- AI : \_\_\_\_\_

**Lavage cheveux**

Aide requise

Non  Oui

Description - D: \_\_\_\_\_  
- AI : \_\_\_\_\_

à préciser si la fréquence de référence ne suffit pas : \_\_\_\_\_

**Soins ongles**

Aide requise

Non  Oui

Description - D: \_\_\_\_\_

- AI : \_\_\_\_\_

## HABILLAGE / DESHABILLAGE

**Aide requise pour l'habillage** non  oui Aide requise pour ranger / préparer / choisir les vêtements non  oui La personne reste en vêtements de lit non  oui 

Indication : \_\_\_\_\_

Aide requise pour l'habillage/ déshabillage non  oui Effectuer complètement l'habillage/déshabillage non  oui 

Description - D: \_\_\_\_\_ - AI : \_\_\_\_\_

**Aide requise de 2 personnes**Non  Oui 

Indications : \_\_\_\_\_

**Aide requise pour mettre et enlever des prothèses / orthèses / bas de contention**Non  oui  Enumération : \_\_\_\_\_

## ELIMINATION

**Lieux et moyens d'élimination**Toilettes 

	Vidé / nettoyé par autrui		Indication
	non	oui	
Chaise percée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Urinal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Bassin de lit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sonde urinaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sac de stomie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**Aide requise pour l'élimination** non  oui Stimulation requise : Non  Oui stimulation unique stimulation répétée stimulation constante 

Description - D: \_\_\_\_\_

- AI : \_\_\_\_\_

Effectuer à la place : Non  Oui 

S'habiller / déshabiller	<input type="checkbox"/>	Description - D: _____ - AI : _____
S'essuyer	<input type="checkbox"/>	Description - D: _____ - AI : _____
Changer les couches / protections	<input type="checkbox"/>	Description - D: _____ - AI : _____

**Incontinence urinaire** ≥ 1 fois par 24 heures non  oui **Incontinence fécale** ≥ 1 fois par 24 heures non  oui **Aide requise de 2 personnes**Non  oui  Indication : \_\_\_\_\_

## MOBILITE

**Transferts**

	Seul	avec aide	aide/stimulation d'une personne requise	aide de 2 personnes ou lève-personne requise
Chaise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
WC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Marche et déplacements en fauteuil roulant

### Marche

Description de la marche en terrain plat et demi-tour : \_\_\_\_\_

#### Marche à l'intérieur

Seul non  oui   
 Avec aide non  oui   
 Aide requise d'une personne non  oui   
 Aide requise de 2 personnes non  oui   
 Orientation spatiale conservée non  oui

#### Sortie du logement

Seul non  oui   
 Avec aide non  oui   
 Aide requise d'une personne non  oui   
 Aide requise de 2 personnes non  oui   
 Orientation spatiale conservée non  oui

#### Escaliers

non concerné   
 Seul non  oui   
 Aide d'une personne non  oui   
 Aide requise d'une personne non  oui

#### Ascenseur

non concerné   
 Seul non  oui   
 Aide d'une personne non  oui   
 Aide requise d'une personne non  oui

### Déplacements en fauteuil roulant

non  oui   
 Seul non  oui   
 Avec aide non  oui   
 Aide requise d'une personne non  oui

## TACHES DOMESTIQUES

### Aide requise au niveau des tâches domestiques Non oui

faire les courses   
 entretenir le logement   
 assurer l'entretien de l'équipement nécessaire   
 changer, laver, entretenir les vêtements

Description - D: \_\_\_\_\_  
 - AI : \_\_\_\_\_

### Supplément TD requis

Non  oui

Indication : \_\_\_\_\_

## SOUTIEN/CONSEIL

### Occupations/loisirs du demandeur

Description - D: \_\_\_\_\_  
 - AI : \_\_\_\_\_

### Contacts sociaux (antérieurs et actuels)

Description - D: \_\_\_\_\_  
 - AI : \_\_\_\_\_

### SO101 et SO102

### Surveillance/garde à domicile et Activités de groupe spécialisé

La personne peut-elle rester seule ?

Oui   
 Non

Description - D: \_\_\_\_\_  
 - AI : \_\_\_\_\_

La personne se trouve-t-elle toujours à domicile/dans l'établissement ?

Non Description - D: \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/> Oui	Description	- AI :
		- D:
		- AI :

Le demandeur fréquente-t-il une structure protégée/consomme-t-il des activités de groupe spécialisé ?

<input type="checkbox"/> Non	Description	- D:
		- AI :
<input type="checkbox"/> Oui	Description	- D:
		- AI :

Indications :

<input type="checkbox"/> Problèmes physiques :	
<input type="checkbox"/> Problèmes psychiques :	

Surmenage de l'aidant informel	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>	
--------------------------------	------------------------------	------------------------------	--

Isolement de la personne	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>	
--------------------------	------------------------------	------------------------------	--

### SO108 Sorties avec la personne

Le demandeur est-il capable de faire des sorties à l'extérieur ?

Non <input type="checkbox"/>	Description	- D:
		- AI :
Oui <input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/> seul :	
	<input type="checkbox"/> avec tierce personne	
	Indications :	
	<input type="checkbox"/> Problèmes physiques :	
	<input type="checkbox"/> Problèmes psychiques	

### SO103 – SO107 et SO110 Soutien individuel

Profession : <sup>1</sup>	Objectif :	Séances	Bilan disponible
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>

### CS201-CS213 Conseil bénéficiaire

Profession : <sup>2</sup>	Objectif :	Séances

### CS214 – CS219 Conseil entourage

Profession : <sup>2</sup>	Objectif :	Séances

## MODULE : Contexte architectural

La personne est: Propriétaire  Locataire  Copropriété   
 Alentour de l'habitation: terrain plat  en pente

### 1. Accessibilité externe :

Entrée principale:

Type d'escalier: droit  rayonnant  hélicoïdal

<sup>1</sup> 7 cases: infirmier psychiatrique / assistant social / ergothérapeute / kinésithérapeute / psychologue / éducateur / autre

<sup>2</sup> 8 cases: infirmier / infirmier psychiatrique / assistant social / ergothérapeute / kinésithérapeute / psychologue / éducateur / autre

Nombre de marches: \_\_\_\_\_ largeur: \_\_\_\_\_ hauteur: \_\_\_\_\_ profondeur

Palier:  largeur: \_\_\_\_\_

Revêtement de sol: \_\_\_\_\_

Main-courante: \_\_\_\_\_

Porte: Sens d'ouverture: intérieur  extérieur  largeur: \_\_\_\_\_

Abord et alentour: \_\_\_\_\_

**Difficultés rencontrées:**

**Solutions envisagées:**

Entrée secondaire:

Situation et utilisation:

Type d'escalier: droit  rayonnant  hélicoïdal

Nombre de marches: \_\_\_\_\_ largeur: \_\_\_\_\_ hauteur: \_\_\_\_\_ profondeur

Palier:  largeur: \_\_\_\_\_

Revêtement de sol: \_\_\_\_\_

Main-courante: \_\_\_\_\_

Porte: Sens d'ouverture: intérieur  extérieur  largeur: \_\_\_\_\_

Abord et alentour: \_\_\_\_\_

**Difficultés rencontrées:**

**Solutions envisagées:**

**2. Lieu de vie:**

Structure immobilière  appartement

maison

institution

Situation

ville

campagne

### 3. Accessibilité interne:

3.1. Etage de l'appartement      Ascenseur Non  Oui       Escaliers Non  Oui

#### 3.2. Distribution des pièces au domicile/maison

	cave	rez-de-chaussée	1er étage	2ème étage
cuisine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
salon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
salle à manger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
salle de bains	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
chambre à coucher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
toilettes <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### 3.3. Distribution des pièces en institution

Chambre :                                      étage  
 Salle à manger :                            étage  
 Salle de groupe :                            étage  
 Toilettes dans la chambre      Non  Oui   
 Salle de bains dans la chambre    Non  Oui

### Salle de bains:

Porte:      Sens d'ouverture: intérieur  extérieur       largeur: \_\_\_\_\_

Revêtement de sol:

Éléments présents: WC  Douche  Baignoire  Lavabo  Autres: \_\_\_\_\_

Implantation des sanitaires:

Baignoire:

\_\_\_\_\_

**Difficultés rencontrées:**  
**Solutions envisagées:**

Douche:

\_\_\_\_\_

**Difficultés rencontrées:**  
**Solutions envisagées:**

WC:

\_\_\_\_\_

**Difficultés rencontrées:**  
**Solutions envisagées:**

Lavabo:

\_\_\_\_\_

**Difficultés rencontrées:**  
**Solutions envisagées:**

**Cuisine:**
 Porte: Sens d'ouverture: intérieur  extérieur  largeur: \_\_\_\_\_

Revêtement de sol:

**Difficultés rencontrées:****Solutions envisagées:****Salle-à-manger:**
 Porte: Sens d'ouverture: intérieur  extérieur  largeur: \_\_\_\_\_

Revêtement de sol:

**Difficultés rencontrées:****Solutions envisagées:****Chambre:**
 Porte: Sens d'ouverture: intérieur  extérieur  largeur: \_\_\_\_\_

Revêtement de sol:

Lit: largeur: \_\_\_\_\_ cm longueur: \_\_\_\_\_ cm hauteur: \_\_\_\_\_ cm

Descriptif de la chambre:
**WC**
 Porte: Sens d'ouverture: intérieur  extérieur  largeur: \_\_\_\_\_

Revêtement de sol:

Descriptif du WC: \_\_\_\_\_
**Difficultés rencontrées:****Solutions envisagées:****Circulation horizontale**

Rez-de-chaussée: largeur couloir

Etage: largeur couloir

Revêtement de sol:

Autres (accès balcon ou terrasse):

**Difficultés rencontrées:****Solutions envisagées:****Circulation verticale**
-1 vers 0:

 Type d'escalier: droit  rayonnant  hélicoïdal 

Nombre de marches: \_\_\_\_\_ largeur: \_\_\_\_\_ hauteur: \_\_\_\_\_ profondeur

 Palier:  largeur: \_\_\_\_\_

Revêtement de sol:

Main-courante:

0 vers 1 :

 Type d'escalier: droit  rayonnant  hélicoïdal 

Nombre de marches: \_\_\_\_\_ largeur: \_\_\_\_\_ hauteur: \_\_\_\_\_ profondeur

 Palier:  largeur: \_\_\_\_\_

Revêtement de sol:

Main-courante:

1 vers 2 :

 Type d'escalier: droit  rayonnant  hélicoïdal 

Nombre de marches: \_\_\_\_\_ largeur: \_\_\_\_\_ hauteur: \_\_\_\_\_ profondeur

 Palier:  largeur: \_\_\_\_\_



Revêtement de sol:

Main-courante:

**Difficultés rencontrées:**

**Solutions envisagées:**

**Problématiques particulières et remarques :**

## CONCLUSIONS

**1) Diagnostics médicaux :**

**2) Entourage :**

**3) Problématiques particulières et remarques**

*(description du demandeur, déroulement de l'entretien,*

*p.ex. logement insalubre, situation conflictuelle, diagnostic non communiqué, ... )*

Prestations en nature uniquement  Indication :

**4) Aides et soins requis / répercussions sur les AEV**

Appréciation globale :

Nutrition

Hygiène

Habillage/déshabillage

Elimination

**5) Activités de soutien requises**

**6) Activités de conseil requises**

**7) Aides techniques à envisager**

MISE EN SITUATION INDIQUEE

Objectifs \_\_\_\_\_

AVIS SAPPALO

Demande en cours      non        
   oui     

introduite par:    demandeur/AI        
   évaluateur             

pour la raison suivante : \_\_\_\_\_

## Annexe II: Relevé-type des aides et soins requis

		AIDES ET SOINS		Lieu	Durée minutes	de réf./jour	Fréquence		Coefficient intensité	QMR	Coefficient qualification
							fixées/jour	fixée/hebdo.			
		<b>Actes essentiels de la vie (AEV)</b>									
		<b>Hygiène</b>									
AE301	hyg. corporelle aide minimale			D1, D2, E1, E2	5	1			1	2	1
AE302	hyg. corporelle aide partielle			D1, D2, E1, E2	12.5	1			1	2	1
AE303	hyg. corporelle aide complète (lit/douche)			D1, D2, E1, E2	17.5	1			1	3	1
AE304	hyg. corporelle aide complète (bain)			D1, D2, E1, E2	27.5	1			1	3	1
AE314	hyg. corporelle aide complète-pers. suppl.			D1, D2, E1, E2	15	1			1	2	1
AE305	toilette génitale (femme)			D1, D2, E1, E2	8	1			1	3	1
AE306	hygiène buccale			D1, D2, E1, E2	2.5	2			1	2	1
AE307	soins barbe / épilation visage (femme)			D1, D2, E1, E2	5	1			1	2	1
AE308	lavage cheveux			D1, D2, E1, E2	15	(1x/sem)			1	2	1
AE309	soins ongles			D1, D2, E1, E2	5	(1x/sem)			1	2	1
AE310	urinal			D1, D2, E1, E2	2.5	7			1	2	1
AE311	bassin de lit			D1, D2, E1, E2	5	7			1	3	1
AE315	changement sac de stomie/vidange sac urinaire			D1, D2, E1, E2	2.5	3			1	3	1
AE316	assister aux toilettes aide minimale			D1, D2, E1, E2	2.5	7			1	2	1
AE317	assister aux toilettes aide partielle			D1, D2, E1, E2	5	7			1	2	1
AE318	assister aux toilettes aide complète			D1, D2, E1, E2	7.5	7			1	3	1
AE319	assister aux toilettes aide complète-pers.suppl			D1, D2, E1, E2	15	1			1	2	1
		<b>Nutrition</b>									
AE101	nutrition aide minimale			D1, D2, E1, E2	5	3			1	2	1
AE102	nutrition aide partielle			D1, D2, E1, E2	10	3			1	2	1
AE103	nutrition aide complète			D1, D2, E1, E2	20	3			1	3	1
AE104	nutrition entérale			D1, D2, E1, E2	5	6			1	4	1.3
AE105	hydratation			D1, D2, E1, E2	2.5	6			1	2	1
AE106	collation			D1, D2, E1, E2	5	3			1	2	1
		<b>Mobilité</b>									
AE201	hab.-déshabillage aide minimale			D1, D2, E1, E2	5	2			1	2	1
AE202	hab.-déshabillage aide partielle			D1, D2, E1, E2	7.5	2			1	2	1
AE203	hab.-déshabillage aide complète			D1, D2, E1, E2	15	2			1	3	1
AE213	hab.-déshabillage aide complète-pers.suppl.			D1, D2, E1, E2	15	1			1	2	1
AE204	mettre/enlever prothèse-orthèse-épithèse-bas de contention			D1, D2, E1, E2	2.5	1			1	3	1
AE215	transferts liés aux aev			D1, D2, E1, E2	7.5	1			1	2	1
AE216	transferts non liés aux aev			D1, D2, E1, E2	7.5	1			1	2	1
AE217	transferts-déplacements pers.suppl.			D1, D2, E1, E2	15	1			1	2	1
AE218	transferts avec levier hydraulique liés aux aev			D1, D2, E1, E2	15	1			1	3	1
AE219	transferts avec levier hydraulique non liés aux aev			D1, D2, E1, E2	15	1			1	3	1
AE209	déplacements liés aux aev			D1, D2, E1, E2	7.5	1			1	2	1
AE210	déplacements non liés aux aev			D1, D2, E1, E2	7.5	1			1	2	1
AE211	sortir du logement et y entrer avec aide			D1, D2, E1, E2	5	1			1	2	1

	AIDES ET SOINS	Lieu	Durée minutes	Fréquence		Coefficient		Coefficient qualification	
				de réf./jour	fixée/jour	fixée/hebdo.	intensité		QMR
AE212	monter et descendre les escaliers avec aide	D1, D2, E1, E2	5	1			1	2	1
AE208	installation/ protection de la peau	D1, D2, E1, E2	3.5	12			1	3	1
	<b>Tâches domestiques (TD)</b>								
TD101	forfait normal	D1	150	-			1	1	0.7
TD102	supplément	D1, D2, E1, E2	90	-			1	1	0.7
	<b>Activités de soutien</b>								
SO115	surveillance / garde individuelle	D1	30	-			1	2	1
SO116	surveillance / garde en groupe	D2, E1, E2	30	-			0.125	2	1
SO117	courses et démarches administratives	D1, D2, E1, E2	30	-			1	1	0.7
SO118	activité spécialisée en groupe	D2, E1, E2	30	-			0.25	12	1.5
SO119	soutien individuel lié à l'Hygiène	D1, D2, E1, E2	30	-			1	12	1.5
SO120	soutien individuel lié à la Nutrition	D1, D2, E1, E2	30	-			1	12	1.5
SO121	soutien individuel lié à la Mobilité	D1, D2, E1, E2	30	-			1	12	1.5
SO122	soutien individuel Psycho-social	D1, D2, E1, E2	30	-			1	8	1.9
	<b>Activités de conseil</b>								
CS222	conseil individuel lié à l'Hygiène	D1, D2	30	-			1	12	1.5
CS223	conseil individuel lié à la Nutrition	D1, D2	30	-			1	12	1.5
CS224	conseil individuel lié à la Mobilité	D1, D2	30	-			1	12	1.5
CS225	conseil individuel lié aux Aides techniques	D1, D2	30	-			1	12	1.5
CS226	conseil individuel Psycho-social	D1, D2	30	-			1	8	1.9
CS227	conseil entourage lié à l'Hygiène	D1, D2	30	-			1	12	1.5
CS228	conseil entourage lié à la Nutrition	D1, D2	30	-			1	12	1.5
CS229	conseil entourage lié à la Mobilité	D1, D2	30	-			1	12	1.5
CS230	conseil entourage lié aux Aides techniques	D1, D2	30	-			1	12	1.5
CS231	conseil entourage Psycho-social	D1, D2	30	-			1	8	1.9
	<b>Dispositions particulières</b>								
AE401	art. 2 du RGD 18.12.1998	D1, D2, E1, E2	360	-			-	-	-
AE402	art. 3 du RGD 18.12.1998	D1, D2, E1, E2	360	-			-	-	-
AE403	art. 4 du RGD 18.12.1998	D1, D2, E1, E2	360	-			-	-	-
	<b>Produits</b>								
PR101	forfait pour produits nécessaires aux aides et soins	D1, D2, E2							

AIDES ET SOINS						
	Lieu	Durée minutes	Fréquence de réf./jour	Fréquence fixée/hebdo.	Coefficient intensité	Coefficient qualification

**LEGENDE:**

Lieu: Milieu dans lequel les aides et soins peuvent être fournis, D1= domicile, D2= centre semi-stationnaire, E1= établissement à séjour continu, E2= établissement à séjour intermittent

Coefficient intensité : ce coefficient détermine le nombre de personnes prises en charge par un professionnel durant une séance

QMR: Qualification minimale requise pour effectuer les aides et soins. Sont encore acceptées pour la réalisation des prestations du présent relevé toutes les professions reconnues par une autorité luxembourgeoise compétente, dont la formation ou les attributions correspondent aux actes du présent relevé. La QMR par acte ne peut être changée.

QMR	Qualification	Coefficient qualification
1	sans	0.7
2	aide socio-familiale - auxiliaire de vie	1
3	aide-soignant	1
4	infirmier	1.3
8	psychologue	1.9
12	infirmier, infirmier gradué, infirmier psychiatrique, infirmier anesthésiste, éducateur, éducateur gradué, pédagogue curatif, assistant social, ergothérapeute, kinésithérapeute, psychomotricien, orthophoniste	1.5

### ANNEXE III PLAN DE PRISE EN CHARGE POUR LE MAINTIEN A DOMICILE

Vu la demande introduite à la date du ...

par ...

Matricule...

L'équipe multidisciplinaire de la cellule d'évaluation et d'orientation en date du ...  
composée de

Nom du référent:

	membre	membre
	membre	membre

a requis pour le bénéficiaire susvisé les prestations suivantes, dont la durée est exprimée en minutes par semaine:

PRESTATIONS EN NATURE		Temps requis/pondéré
<b>ACTES ESSENTIELS DE LA VIE</b>		
	HYGIENE.....	XXX
	NUTRITION.....	XXX
	MOBILITE.....	XXX
	<b>TACHES DOMESTIQUES.....</b>	XXX
<b>A.</b>	<b>TEMPS TOTAL REQUIS PONDERE.....</b>	XXX
<b>B.</b>	<b>SOUTIEN.....</b>	XXX
<b>C.</b>	<b>TEMPS TOTAL REQUIS PONDERE RECURRENT (A+B).....</b>	XXX
<b>AIDES ET SOINS DELIVRES HORS RESEAU (svt. plan de partage)</b>		
	1ère tranche (0 - 20 min.)	XXX
	2e tranche (420 - 840 min.)/2	XXX/2
<b>D.</b>	Total minutes à déduire	XXX
<b>E.</b>	<b>PRESTATION EN ESPECES à XXX francs par journée</b>	
<b>AIDES ET SOINS A DELIVRER PAR LE RESEAU</b>		
<b>F.</b>	TEMPS TOTAL REQUIS PONDERE (A-D) XXX - XXX = .....	XXX
(B.)	SOUTIEN.....	XXX
<b>G.</b>	<b>TOTAL A DELIVRER PAR LE RESEAU.....</b>	XXX

#### Autres prestations :

<b>H.</b>		Conseil (Crédit: XXX minutes)	
<b>I.</b>		Forfait pour produits nécessaires aux aides et soins (XXX francs /mois)	
<b>J.</b>		Appareils suivant expertise et dossier N° ... du ...	
		Code appareil:	Libellé:
<b>K.</b>		Adaptation(s) du logement suivant expertise et dossier N° ... du ...	
		Code fourniture:	Libellé:

Le droit aux prestations en vertu du présent plan de prise en charge est ouvert à partir du ...

**ANNEXE III PLAN DE PRISE EN CHARGE EN ETABLISSEMET D'AIDES ET DE SOINS**

Vu la demande introduite à la date du ...  
par ...  
Matricule ...

L'équipe multidisciplinaire de la cellule d'évaluation et d'orientation en date du ...  
composée de

Nom du référent:

_____	membre	_____	membre
_____	membre	_____	membre

a requis pour le bénéficiaire susvisé les prestations suivantes, dont la durée est exprimée en minutes par semaine:

PRESTATIONS EN NATURE	Temps requis/pondéré
<b>ACTES ESSENTIELS DE LA VIE</b>	
HYGIENE.....	XXX
NUTRITION.....	XXX
MOBILITE.....	XXX
<b>TACHES DOMESTIQUES.....</b>	XXX
<b>SOUTIEN.....</b>	XXX
<b>TEMPS TOTAL REQUIS PONDERE.....</b>	<b>XXX</b>

**Autres prestations :**

Forfait pour produits nécessaires aux aides et soins (XXX francs /mois)	
Appareils suivant expertise et dossier N° ... du ...	
Code appareil:	Libellé:
_____	_____

Le droit aux prestations en vertu du présent plan de prise en charge est ouvert à partir du ...

## Annexe IV: Questionnaire de réévaluation

Aides et soins requis		Fréquence		Nouveaux	Fréquence		Motivation des changements proposés	Retenus	Fréquence		Avis CEO
		standard	jour		hebdo	jour			hebdo	jour	
Actes essentiels de la vie											
<b>Hygiène</b>				<b>Hygiène</b>				<b>Hygiène</b>			
AE301	aide minimale		1/5	AE301				AE301			
AE302	aide partielle		1/5	AE302				AE302			
AE303	aide complète (lit/douche)		1/2	AE303				AE303			
AE304	aide complète (bain)		1/2	AE304				AE304			
AE314	aide complète - pers. suppl.		1/7	AE314				AE314			
AE305	toilette génitale		1/7	AE305				AE305			
AE306	hygiène buccale		2/7	AE306				AE306			
AE307	soins barbe, peau		1/7	AE307				AE307			
AE308	lavage cheveux		1/1	AE308				AE308			
AE309	soins ongles		1/1	AE309				AE309			
AE310	urinal		7/7	AE310				AE310			
AE311	bassin de lit		7/7	AE311				AE311			
AE315	chgt. sac stomie-vidange sac urinaire		3/7	AE315				AE315			
AE316	assister aux toilettes aide minimale		7/7	AE316				AE316			
AE317	assister aux toilettes aide partielle		7/7	AE317				AE317			
AE318	assister aux toilettes aide complète		7/7	AE318				AE318			
AE319	assister aux toilettes aide complète-pers-suppl.		1/7	AE319				AE319			
SOUS-TOTAL											

Nom du bénéficiaire:

Indiquez la raison générale de la demande de réévaluation:

N° matricule:

Référénts CEO:





Aides et soins requis		Fréquence			Nouveaux	Fréquence		Motivation des changements proposés	Retenus	Fréquence		Avis CEO
		standard	jour	hebdo		jour	hebdo			jour	hebdo	
	<b>Soutien</b>				<b>Soutien</b>				<b>Soutien</b>			
SO115	surveillance / garde individuelle	30			SO115				SO115			
SO116	surveillance / garde en groupe	30			SO116				SO116			
SO117	courses et démarches administratives	30			SO117				SO117			
SO118	activité spécialisée en groupe	30			SO118				SO118			
SO119	soutien individuel lié à l'Hygiène	30			SO119				SO119			
SO120	soutien individuel lié à la Nutrition	30			SO120				SO120			
SO121	soutien individuel lié à la Mobilité	30			SO121				SO121			
SO122	soutien individuel Psycho-social	30			SO122				SO122			
	<b>SOUS-TOTAL</b>											
	<b>Conseil</b>											
CS		30			CS				CS			
CS		30			CS				CS			
CS		30			CS				CS			
	<b>SOUS-TOTAL</b>											
	<b>Tâches domestiques</b>											
TD101	forfait normal	150			TD101				TD101			
TD102	supplément	90			TD102				TD102			
	<b>SOUS-TOTAL</b>											
PR101	Produits nécessaires aux aides et soins		oui	non					PR101	oui	non	
<b>Nom du prestataire:</b>												<b>Référents CEO :</b>
<b>Code prestataire:</b>												<b>Date saisie CEO :</b>
<b>Nom du signataire:</b>												<b>Commentaire CEO :</b>
<b>Fonction du signataire:</b>												
<b>N° de téléphone:</b>												<b>Signature</b>

Annexe V: Plan de partage

No dossier :	
Code Réseau.:	
Nom :	
Date Relevé :	
Prénom :	
No matricule:	
Nom du référent de la CEO :	

No dossier :	
Nom :	
Prénom :	
No matricule:	
Nom du référent de la CEO :	

AIDES ET SOINS Actes essentiels de la vie	Durée réf. min. jrs	Total des prestations		Hors Réseau		Réseau	
		Fréquence par jour	TRS hebdo minutes	Fréquence par jour	TRS hebdo. minutes	Fréquence par jour	TRS hebdo. minutes
<b>Hygiène</b>							
AE301 hyg. Corporelle aide minimale	5	1	0				
AE302 hyg. Corporelle aide partielle	12.5	1	0				
AE303 hyg. Corporelle aide complète (lit/douche)	17.5	1	0				
AE304 hyg. Corporelle aide complète (bain)	27.5	1	0				
AE314 hyg. Corporelle aide complète - pers. suppl.	15	1	0	-			
AE305 toilette génitale (femme)	8	1	0				
AE306 hygiène buccale	2.5	2	0				
AE307 soins barbe / épilation visage (femme)	5	1	0				
AE308 lavage cheveux	15	-	0	-			
AE309 soins ongles	5	-	0	-			
AE310 urinal	2.5	7	0				
AE311 bassin de lit	5	7	0				
AE315 changement sac de stomie/vidange sac urinaire	2.5	3	0				
AE316 assister aux toilettes aide minimale	2.5	7	0				
AE317 assister aux toilettes aide partielle	5	7	0				
AE318 assister aux toilettes aide complète	7.5	7	0				
AE319 assister aux toilettes aide complète - pers. suppl.	15	1	0	-			
<b>SOUS-TOTAL</b>			<b>0</b>				<b>0</b>

Actes essentiels de la vie		Durée min.	réf. jrs	Total des prestations			Hors Réseau			Réseau		
				Fréquence par jour	hebdo	TRS minutes	Fréquence par jour	hebdo.	TRS minutes	Fréquence par jour	hebdo.	TRS minutes
<b>AIDES ET SOINS</b>												
<b>Nutrition</b>												
AE101	nutrition aide minimale	5	3			0						
AE102	nutrition aide partielle	10	3			0						
AE103	nutrition aide complète	20	3			0						
AE104	nutrition entérale	5	6			0						
AE105	hydratation	2.5	6			0						
AE106	collation	5	3			0						
<b>SOUS-TOTAL</b>						<b>0</b>						
<b>Mobilité</b>												
AE201	hab.-désabillage aide minimale	5	2			0						
AE202	hab.-désabillage aide partielle	7.5	2			0						
AE203	hab.-désabillage aide complète	15	2			0						
AE213	hab.-désabillage aide complète - pers. suppl.	15	1			0						
AE204	mettre/enlever prothèse-orthèse-épithèse-bas de contention	2.5	1			0						
AE215	transferts liés aux aev	7.5	1			0						
AE216	transferts non liés aux aev	7.5	1			0						
AE217	transferts-déplacements pers. suppl.	15	1			0						
AE218	transferts avec levier hydraulique liés aux aev	15	1			0						
AE219	transferts avec levier hydraulique non liés aux aev	15	1			0						
AE209	déplacements liés aux aev	7.5	1			0						
AE210	déplacements non liés aux aev	7.5	1			0						
AE211	sortir du logement et y entrer avec aide	5	1			0						

AIDES ET SOINS		Durée réf. min. jrs	Fréquence		TRS	
Actes essentiels de la vie			par jour	heβδο	par jour	heβδο
<b>Mobilité</b>						
AE212	monter et descendre les escaliers avec aide	5	1			0
AE208	installation / protection de la peau	3.5	12			0
<b>SOUS-TOTAL</b>						<b>0</b>
<b>Tâches domestiques</b>						
TD101	forfait normal	150	-	-	-	0
TD102	supplément	90	-	-	-	0
<b>SOUS-TOTAL</b>						<b>0</b>
<b>Temps total requis non-pondéré par semaine</b>						<b>0</b>
<b>TOTAL Actes essentiels de la vie AE &amp; TD</b>						<b>0</b>
<b>Dispositions particulières</b>						
AE401	art. 2 du RGD 18.12.1998	360	-	-	-	0
AE402	art. 3 du RGD 18.12.1998	360	-	-	-	0
AE403	art. 4 du RGD 18.12.1998	360	-	-	-	0
<b>SOUS-TOTAL</b>						<b>0</b>
<b>Soutien</b>						
SO115	surveillance / garde individuelle	30	-	-	-	0
SO116	surveillance / garde en groupe	30	-	-	-	0
SO117	courses et démarches administratives	30	-	-	-	0
SO118	activité spécialisée en groupe	30	-	-	-	0
SO119	soutien individuel lié à l'Hygiène	30	-	-	-	0
SO120	soutien individuel lié à la Nutrition	30	-	-	-	0
SO121	soutien individuel lié à la Mobilité	30	-	-	-	0
SO122	soutien individuel Psycho-social	30	-	-	-	0
<b>SOUS-TOTAL</b>						<b>0</b>

### Informations supplémentaires

Le partage ex post est demandé

Nom de l'aidant informel \_\_\_\_\_

Matricule de l'aidant informel \_\_\_\_\_

S'il y a plusieurs aidants informels, prière de cocher ici :

(Dans ce cas, indiquer ci-dessus le nom de l'aidant susceptible d'être contacté pour les affaires administratives)

AIDES ET SOINS		Durée min.	réf. jrs	Fréquence		TRS minutes
Actes essentiels de la vie				par jour	heβδο	
<b>Conseil</b>						
CS222	conseil individuel lié à l'Hygiène	30	-	-	0	
CS223	conseil individuel lié à la Nutrition	30	-	-	0	
CS224	conseil individuel lié à la Mobilité	30	-	-	0	
CS225	conseil individuel lié aux Aides techniques	30	-	-	0	
CS226	conseil individuel Psycho-social	30	-	-	0	
CS227	conseil entourage lié à l'Hygiène	30	-	-	0	
CS228	conseil entourage lié à la Nutrition	30	-	-	0	
CS229	conseil entourage lié à la Mobilité	30	-	-	0	
CS230	conseil entourage lié aux Aides techniques	30	-	-	0	
CS231	conseil entourage Psycho-social	30	-	-	0	
<b>SOUS-TOTAL</b>					<b>0</b>	

Produits		-		-
PR101	Forfait pour produits nécessaires aux aides et soins			
<b>SOUS-TOTAL</b>				<b>0</b>

- La présente proposition est faite d'un commun accord entre demandeur et réseau ;  
*Der Pflegeaufteilungsvorschlag beruht auf gegenseitigem Einverständnis*
- La présente proposition reflète l'avis unilatéral du demandeur / du réseau ;  
*Der Pflegeaufteilungsvorschlag entspricht den Vorstellungen des Antragsstellers / des Pflegenetztes*

date et signature demandeur \_\_\_\_\_ date et signature réseau \_\_\_\_\_  
*Datum und Unterschrift des Antragstellers Datum und Unterschrift des Pflegenetztes*

Veillez nous renvoyer la présente proposition de partage, dûment signée, et accompagnée d'un formulaire de demande de changement de partage, à l'adresse suivante :  
*Bitte senden Sie den unterzeichneten Pflegeaufteilungsvorschlag, zusammen mit einem Antragsformular an folgende Adresse :*

Union des Caisses de Maladie  
Assurance Dépendance  
125, route d'Esch  
L-1471 Luxembourg

**Règlement grand-ducal du 21 décembre 2006 fixant les modalités spécifiques de la détermination de la dépendance chez l'enfant.**

Nous Henri, Grand-Duc de Luxembourg, Duc de Nassau,  
Vu les articles 350, paragraphe (3) et 354, alinéa 4 du Code des assurances sociales;  
Vu l'avis de la Commission consultative prévue à l'article 387 du Code des assurances sociales;  
Vu l'article 2 (1) de la loi du 12 juillet 1996 portant réforme du Conseil d'Etat et considérant qu'il y a urgence;  
Sur le rapport de Notre Ministre de la Santé et de la Sécurité Sociale et après délibération du Gouvernement en Conseil;

Arrêtons:

**Art. 1<sup>er</sup>.** Les compétences de l'enfant pour réaliser les actes essentiels de la vie sont évaluées au moyen du questionnaire figurant à l'annexe I du présent règlement grand-ducal.

**Art. 2.** Le résultat de l'évaluation se traduit par des scores de réussite pour les différents domaines des actes essentiels de la vie.

L'âge de développement de l'enfant pour chaque domaine des actes essentiels de la vie est défini par le score obtenu pour le domaine respectif. Le tableau figurant à l'annexe II du présent règlement détermine l'âge de développement retenu en fonction de chaque score obtenu.

**Art. 3.** La différence entre le temps d'assistance nécessaire en fonction de l'âge chronologique et le temps d'assistance nécessaire en fonction de l'âge de développement représente le temps supplémentaire requis par l'enfant pour les actes essentiels de la vie.

Le tableau figurant à l'annexe III du présent règlement détermine le temps requis par l'enfant dans les différents domaines des actes essentiels de la vie en fonction de l'âge.

**Art. 4.** Les aides et soins requis pour l'enfant sont retenus dans un relevé-type figurant à l'annexe IV du présent règlement.

Pour certains actes signalés dans le relevé-type, la durée standard pour l'adulte peut être appliquée pour l'enfant.

**Art. 5.** Le temps supplémentaire requis peut être augmenté graduellement de 1 à 3 en raison de caractéristiques particulières de la maladie ou du handicap.

Le degré '1' correspond aux situations où l'enfant peut utiliser pleinement les compétences correspondant à son âge de développement.

Le degré '2' correspond aux situations où l'enfant, en raison d'une déficience psychique ou mentale, peut utiliser ses compétences moyennant une guidance répétée ou une supervision.

Le degré '3' correspond aux situations où l'enfant, en raison d'une déficience psychique ou mentale, ne peut aucunement utiliser ses compétences et requiert la présence constante d'un tiers pendant la durée de l'acte.

Le tableau figurant à l'annexe V du présent règlement présente le mode de calcul utilisé pour chacun des degrés.

**Art. 6.** Le rapport entre le temps d'assistance supplémentaire requis pour l'enfant et la durée de la prestation équivalente pour l'adulte est exprimé dans un coefficient compris entre 0 et 1 qui, appliqué à la durée de la prestation équivalente chez l'adulte, permet de calculer la valeur de chaque acte converti en prestations en espèces.

**Art. 7.** Notre Ministre de la Santé et de la Sécurité Sociale est chargé de l'exécution du présent règlement qui sera publié au Mémorial.

*Le Ministre de la Santé  
et de la Sécurité Sociale,*  
**Mars Di Bartolomeo**

Palais de Luxembourg, le 21 décembre 2006.  
**Henri**

## Annexe I: Questionnaire d'évaluation de l'enfant

**DONNEES PERSONNELLES ET ENTOURAGE**

Evaluateur :  
Réfèrent:

Numéro de dossier :  
Nature de la demande :  
Lieu de l'évaluation :

- Antenne  
 Domicile  
 Structure,

Date de l'entretien :

Personnes présentes/contactées pour l'évaluation de base :

Dossier étranger:   
Fiche de pension:

**DEMANDEUR****Identification du demandeur :**

Nom et Prénom :  
Matricule :  
Domicile: données TCO

**Portrait de l'enfant (comment se présente l'enfant, aspect, comportement, détails frappants, etc.):****Lieu de garde :**

- Domicile  
 Crèche  
 Ecole ordinaire  
 Ecole spécialisée  
 Internat

préciser où :

<b>ENTOURAGE</b>
------------------

**Parents :** mariés ou vivant maritalement  séparés  divorcés

**Personnes vivant dans le ménage**

**La mère travaille-t-elle ?** oui  non  si oui, préciser :

**Le père travaille-t-il ?** oui  non  si oui, préciser :

**Fratric**

<u>Sexe</u>	<u>Année de naissance</u>	<u>Bien-Portant</u>	<u>Handicap /Scolarité</u>
		<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	

**Aidant informel :**

Nom et prénom:

Matricule/date de naissance :

Domicile (localité) :

Lien de parenté :

- mère  
 père  
 autre lien de parenté  
 sans lien de parenté

Commentaire:

**Fréquence d'intervention/disponibilité :**

- plusieurs fois par jour  
 une fois par jour  
 au moins 3 fois par semaine  
 au moins une fois par semaine  
 moins d'une fois par semaine  
 contact téléphonique

Commentaire:



**Charges professionnelles:**

- non                       oui, à temps plein  
 oui, à temps partiel

Description:

Fiche de pension : **Charges familiales:**

- non                       oui

Description :

**D'autres personnes apportent-elles de l'aide ?**

- non                       oui

Description :

**RESEAU****Avez-vous l'aide d'un réseau d'aides et de soins ?**

- non  
 oui

Réseau :

Interventions actuelles

AEV :

- soins d'hygiène  
 nutrition  
 habillage/mobilité

Autres :

- sorties/courses  
 gardes  
 CDJ spécialisé  
 tâches ménagères  
 prise de médicaments  
 actes infirmiers

Fréquence d'intervention :

- envisagé dans le futur

Réseau :

Informations supplémentaires :

<b>Prise en charge spécialisée/spécifique</b>
---

- kinésithérapie
- ergothérapie
- psychomotricité
- psychologue
- logopédie/orthophonie
- thérapie équestre
- autres :

## MODULE MEDICAL

### DEMANDEUR

Nom : données TCO

Prénom : données TCO

Matricule : données TCO

N° Dossier : données TCO

### EVALUATEUR MEDICAL

Nom : données TCO

### EXAMEN

Date :

Lieu :  ANTENNE  
 DOMICILE  
 ETABLISSEMENT

Heure convocation :

Si évaluation à l'antenne :

Nom et qualité de la personne accompagnatrice :

## MODULE MEDICAL

### DEMANDEUR

Nom : données TCO

Prénom : données TCO

Matricule : données TCO

N° Dossier : données TCO

### EVALUATEUR MEDICAL

Nom : données TCO

### EXAMEN

Date :

Lieu :  ANTENNE  
 DOMICILE  
 ETABLISSEMENT

Heure convocation :

Si évaluation à l'antenne :

Nom et qualité de la personne accompagnatrice :

## INTERROGATOIRE

### Motif de la demande

### Lieu et mode de vie , situation socio-familiale

Antécédents :

- **Familiaux :**
- **Personnels:**
  - chirurgicaux :
  - médicaux :
- **Maladies intercurrentes :**
- **Antécédents de TC :** à quel âge?  
Séquelles  
Hospitalisations

Histoire de la maladie :

- **Déroulement de la grossesse**
- **Accouchement**
  - Terme :
  - Voie :
  - Complications :
- **Age de la première constatation d'anomalie et circonstances**
- **Bilans effectués en vue d'établir un diagnostic**
- **Développement psycho-moteur de la première enfance**

Station assise :  
Station debout :  
Marche :  
Premiers mots :  
Latéralité :  droitier  
 gaucher  
 ambidextre

### Traitement médical

#### Capacités sensorielles

**Vue :**

lunettes

lentilles

cache

**Ouïe :**

appareil auditif

implant cochléaire

#### Douleurs et/ou autres signes fonctionnels

**Médecin(s) traitant(s)**

## Compréhension

Exécute des ordres simples :      oui       non

Exécute des ordres complexes :      oui       non

## Communication

Verbale      Précisez :

Non-Verbale      Précisez :

Troubles de l'élocution

Aides techniques       utilisées       à prévoir

Lesquelles ?

## Comportement

- constaté à la consultation
- décrit par les parents
- décrire les troubles éventuels

Hétéroagressivité

Auto-agressivité

Hyperactivité

Stéréotypies

Autres

- **Existence de la notion du danger**

Faut-il une surveillance permanente ?    oui     non

- **Troubles du comportement alimentaire**

**mange des choses non-comestibles**

**absence de sensation de satiété**

**anorexie**

**autres**

## Sommeil

### Qualité

**Sieste**    oui     non

## Mastication/ Déglutition

- **Bave**    oui     non

- **Repas moulu**    oui     non

- **Repas coupé en petits morceaux**    oui     non

- **Fausse routes**    oui     non

- **Appétit**

- **Préférences alimentaires**

- **Nutrition entérale**    exclusive     non-exclusive

fréquence :



**Contrôle sphinctérien**

- **Incontinence vésicale :** Diurne  Nocturne   
Accidents, fréquence :
- **Incontinence fécale :** Diurne  Nocturne   
Accidents, fréquence :
- **Couches** oui  non
- **Sonde :** oui  non   
auto-sondages

**EXAMEN CLINIQUE****Taille****Poids**

Remarques :

**Tête, facies & cou**

Aspect :

Dentition :

Peau :

**Examen ostéo-articulaire et neurologique****1. Tête et colonne vertébrale****• tonus musculaire**

maintien de la tête	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
maintien du tronc	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
position assis	avec maintien <input type="checkbox"/>	sans maintien <input type="checkbox"/>

**• déformations**

scoliose	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
cyphose	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>

<b>Corset</b>	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
---------------	------------------------------	------------------------------

<b>sangles de maintien</b>	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
----------------------------	------------------------------	------------------------------

## 2. Membres supérieurs

- **déformations**

attitudes vicieuses      oui       non       si oui, préciser  
contractures      oui       non       si oui, préciser

- **syndrome paralytique**      oui       non

   spastique       flasque       préciser

troubles sensitifs      oui       non       si oui, préciser

- **mouvements possibles**

préhension

motricité fine

coordination

- **mouvements anormaux** :      tremblement      oui       non   
   dyskinésies      oui       non

- **orthèses** :      lesquelles ?

### 3. Membres inférieurs

- **déformations**

attitudes vicieuses      oui       non       si oui, préciser

contractures      oui       non       si oui, préciser

- **syndrome paralytique**      oui       non

   spastique       flasque       préciser

troubles sensitifs      oui       non       si oui, préciser

- **mouvements possibles**

- **mouvements anormaux :**    tremblement    oui     non

   dyskinésies    oui     non

- **coordination :**    sauter sur un pied :

   sauter pieds joints :

   vélo :

   déambulateur:

- **station debout et déplacements**

**position allongée**

changement de position possible      oui       non

**déplacements au sol**

ramper :

4 pattes :

**passage à la position debout**

se hisser debout       possible       impossible

**marche**

autonome       impossible

possible:  sans compensation

avec compensation / laquelle ?

avec tierce personne

description de la marche :

**escaliers**

seul       accompagné       impossible

**transferts**

autonome     avec l'aide d'une tierce personne     avec l'aide d'un lève-personnes

**trouble d'équilibre et risques de chute (par rapport à un enfant du même âge)**

- **orthèses :**

**chaussures orthopédiques :**

**table verticalisante :**

**Examen cardio-respiratoire**

**Examen abdominal**

**Examen uro-génital**

**DESCRIPTION DU/DES HANDICAP(S) EN RELATION  
AVEC LA DEPENDANCE**

**DIAGNOSTIC MEDICAL**

**Engendrant la dépendance :**

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

**Pathologies adjacentes :**

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

**PRONOSTIC**

de la maladie/du handicap

de la dépendance

**DATE DE REEVALUATION**

avec nouvelle évaméd   
sans nouvelle évaméd

**TEST DU BONHOMME ET/OU ECRITURE**



## MODULE EVALUATION DE L'AUTONOMIE

### Identification du demandeur :

Nom et Prénom : données TCO

Matricule : données TCO

Domicile: données TCO

Numéro de dossier : données TCO

Nature de la demande : données TCO

Date de l'entretien :

Évaluateur: données TCO

Référent: données TCO

# AUTONOMIE FONCTIONNELLE

## 1. NUTRITION

### AIDE NUTRITION

UTILISATION DES USTENSILES		
1	<input type="checkbox"/>	1;1 Mange des aliments en les prenant avec les doigts <small>Isst die Nahrung mit den Fingern</small>
2	<input type="checkbox"/>	1;4 Ramasse la nourriture avec une cuillère et la porte à la bouche <small>Schiebt die Nahrung auf einen Löffel und führt den Löffel zum Mund</small>
3	<input type="checkbox"/>	1;9 Utilise une cuillère (laisse échapper peu de nourriture) <small>Benutzt einen Löffel (lässt ein wenig Nahrung herunterfallen)</small>
4	<input type="checkbox"/>	2;3 Utilise le côté de la fourchette pour couper des aliments mous (p.ex. patates) <small>Benutzt die Seite der Gabel, um weiche Nahrungsmittel zu schneiden (z.B. Kartoffel)</small>
5	<input type="checkbox"/>	3;0 Tient sa fourchette entre les doigts (prise adulte) <small>Hält die Gabel mit den Fingern (Erwachsenengriff)</small>
6	<input type="checkbox"/>	3;10 Se sert à manger <small>Nimmt sich zu essen</small>
7	<input type="checkbox"/>	5;0 Utilise un couteau pour tartiner son pain <small>Benutzt ein Messer, um eine Scheibe Brot zu streichen</small>
8	<input type="checkbox"/>	6;4 Utilise un couteau pour découper la nourriture <small>Benutzt ein Messer, um die Nahrung zu schneiden</small>
<b>SCORE<sup>1</sup> : SCO 1</b>		
UTILISATION D'UN CONTENANT POUR BOIRE		
1	<input type="checkbox"/>	0;11 Tient un biberon ou une tasse d'enfant (avec bec et couvercle) <small>Hält eine Flasche oder eine Kindertasse (mit Deckel) fest in den Händen</small>
2	<input type="checkbox"/>	1;3 Boit en tenant un verre à deux mains en ayant de l'aide <small>Trinkt mit Hilfe aus einem Glas, das es mit zwei Händen hält</small>
3	<input type="checkbox"/>	1;10 Soulève une tasse pour boire mais en renverse parfois le contenu <small>Hebt eine Tasse zum Trinken, aber verschüttet manchmal den Inhalt</small>
4	<input type="checkbox"/>	2;8 Soulève solidement (avec assurance) une tasse pour boire de deux mains <small>Hebt sicher eine Tasse mit den beiden Händen</small>
5	<input type="checkbox"/>	3;11 Soulève solidement (avec assurance) une tasse pour boire d'une main <small>Hebt sicher eine Tasse mit einer Hand</small>
6	<input type="checkbox"/>	5;4 Se verse une boisson à partir d'un pichet ou d'un carton <small>Füllt sich ein Glas mit Getränken aus einer Kanne oder einem Karton</small>
<b>SCORE : SCO 2</b>		

**Description de l'acte / Comportement de l'enfant :**

**A préciser si la fréquence de référence ne suffit pas :**

**Matériel utilisé:**

**Chaise adaptée :**       oui  
                                  non

**Commentaire:**

<sup>1</sup> All Scores are a total count of selected items; if 4 out of 8 items are selected. Score = 4

2. HYGIENE			
2.1. AIDE BAIN/DOUCHE			
SE LAVER			
1	<input type="checkbox"/>	1;3	Présente ses mains pour qu'elles soient lavées Zeigt seine Hände, damit sie gewaschen werden
2	<input type="checkbox"/>	1;6	Essaie de se laver certaines parties du corps Versucht einige Teile des Körpers zu waschen
3	<input type="checkbox"/>	1;10	Se lave les mains, mais a besoin d'aide pour utiliser le savon Wäscht sich die Hände, aber benötigt Hilfe beim Einseifen
4	<input type="checkbox"/>	2;2	Essuie les mains sans aide Trocknet die Hände ohne Hilfe
5	<input type="checkbox"/>	2;6	Se lave le corps minutieusement (à l'exception du visage) Wäscht den Körper gewissenhaft (mit Ausnahme des gesichtes)
6	<input type="checkbox"/>	3;0	Ouvre le robinet et prend du savon pour se laver, puis le referme Öffnet den Wasserhahn, nimmt Seife um sich zu waschen und schliesst danach den Wasserhahn
7	<input type="checkbox"/>	3;6	Se lave le visage sans aide Wäscht das Gesicht ohne Hilfe
8	<input type="checkbox"/>	4;2	Règle la température de l'eau en ayant de l'aide Regelt mit Hilfe eines Erwachsenen die Wassertemperatur
9	<input type="checkbox"/>	4;11	S'essuie sans aide après le bain/la douche Trocknet sich nach der Dusche/dem Bad
10	<input type="checkbox"/>	5;10	Règle la température sans aide Regelt ohne Hilfe die Temperatur
11	<input type="checkbox"/>	6;4	Prend son bain sans aide Badet sich ohne Hilfe
12	<input type="checkbox"/>	6;8	Prend sa douche sans aide Duscht sich ohne Hilfe
SCORE : SCO 3			
MOBILITE DANS LA BAIGNOIRE			
1	<input type="checkbox"/>	1;1	Tient assis dans une baignoire ou un évier, avec le soutien d'un adulte ou d'un équipement Bleibt in der Badewanne oder im Waschbecken sitzen, und dies mit Hilfe eines Erwachsenen oder einer Ausrüstung
2	<input type="checkbox"/>	1;10	S'assoit sans aide et se déplace dans une baignoire Setzt sich in der Badewanne und bewegt sich in der Badewanne ohne Hilfe
3	<input type="checkbox"/>	3;1	Montre / se glisse dans une baignoire et en sort (avec soutien) Steigt oder rutscht in die Badewanne und wieder hinaus (mit Unterstützung)
4	<input type="checkbox"/>	5;3	Enjambe / effectue ses transferts pour entrer dans une baignoire de format régulier et en sortir Steigt in eine normal grosse Badewanne und steigt auch wieder hinaus
SCORE : SCO 4			

## Lieu :

		assis	debout		indication
Lavabo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Douche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Baignoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Lit	<input type="checkbox"/>				

Description de l'acte / Comportement de l'enfant :

A préciser si la fréquence de référence ne suffit pas :

Matériel utilisé :

Commentaire:

2.2. HYGIENE BUCCALE			
1	<input type="checkbox"/>	1;8	Tient sa brosse à dents pour essayer de brosser les dents Hält die Zahnbürste, um sich die Zähne zu putzen
2	<input type="checkbox"/>	2;8	Brosse ses dents (en ayant de l'aide) Putzt sich die Zähne (mit Hilfe eines Erwachsenen)

3	<input type="checkbox"/>	4;2	Brosse minutieusement ses dents (de façon soignée) Putzt sich gewissenhaft die Zähne
4	<input type="checkbox"/>	6;4	Prépare sa brosse à dents avec du dentifrice et se brosse les dents sans aide Macht Zahnpasta auf die Zahnbürste und putzt sich die Zähne ohne Hilfe
SCORE :			

**Description de l'acte / Comportement de l'enfant :**

**A préciser si la fréquence de référence ne suffit pas :**

**Commentaire:**

### 2.3. LAVAGE CHEVEUX

**7 ans 4 mois** (7,3 années), l'enfant se lave les cheveux sans aide

**Description de l'acte / Comportement de l'enfant :**

**A préciser si la fréquence de référence ne suffit pas :**

**Commentaire:**

### 2.4. SOINS ONGLES

**7 ans 9 mois** (7,7 années), l'enfant se coupe les ongles sans aide

**Description de l'acte / Comportement de l'enfant :**

**A préciser si la fréquence de référence ne suffit pas :**

**Commentaire:**

3. HABILAGE		
HAB.-DESHABILAGE		
Coopération - participation (MCP)		
1	<input type="checkbox"/>	1;4 Coopère lorsque l'adulte lui met ou lui enlève son vêtement Kooperiert, wenn ein Erwachsener ihm ein Kleidungsstück anzieht oder auszieht
2	<input type="checkbox"/>	1;7 Participe lorsque l'adulte qui lui met / qui lui enlève son vêtement Beteiligt sich, wenn ein Erwachsener ihm ein Kleidungsstück anzieht oder auszieht
3	<input type="checkbox"/>	1;9 Aide l'adulte qui lui met / qui lui enlève son vêtement Hilft beim Anlegen und Ausziehen eines Kleidungsstücks
SCORE : SCO16		
Haut du corps (MV)		
Enlever		
1	<input type="checkbox"/>	2;0 Enlève sa chemise, sa robe ou son pull déboutonné Zieht sein aufgeknöpftes Hemd, Rock oder Pullover aus
2	<input type="checkbox"/>	3;0 Enlève sans aide tous ses vêtements, sauf ceux qui sont boutonnés Zieht all seine Kleider ohne Hilfe aus (ausser den zugeknöpften Kleidungsstücken)
3	<input type="checkbox"/>	4;5 Enlève sans aide les vêtements (même ceux qui sont boutonnés) Zieht alle, auch zugeknöpfte Kleidungsstücke aus
Mettre		
4	<input type="checkbox"/>	2;5 Met sa chemise, sa robe ou son pull (sans les boutonner) Zieht sein Hemd, Rock oder Pullover an (ohne es zuzuknöpfen)
5	<input type="checkbox"/>	3;8 Met son t-shirt, sa robe ou son pull (vêtements qu'on enfle par-dessus la tête, sans attache) Zieht ein T-Shirt, Rock oder Pullover an (Kleidungsstücke, die über den Kopf gezogen werden)
6	<input type="checkbox"/>	5;5 Met sa chemise (ouvrant par l'avant) sans l'attacher Zieht ein Hemd an ohne es zuzuknöpfen
SCORE : SCO 6		
Bas du corps (MP)		
2	<input type="checkbox"/>	2;2 Enlève son pantalon dont la taille est extensible Zieht eine Hose aus, deren Taille elastisch ist
3	<input type="checkbox"/>	2;10 Met son pantalon dont la taille est extensible Zieht eine Hose an, deren Taille elastisch ist
4	<input type="checkbox"/>	3;10 Détache et enlève son pantalon Knöpft eine Hose auf und zieht sie aus
5	<input type="checkbox"/>	5;1 Met et attache son pantalon Zieht eine Hose an und knöpft sie zu
	<input type="checkbox"/>	6;5 Boucle une ceinture Schliesst einen Riemen
SCORE : SCO 7		
CHAUSSURES ET BAS (MC)		
1	<input type="checkbox"/>	1;5 Enlève ses bas et ses chaussures déjà détachées Zieht Strümpfe und aufgeschnürte Schuhe aus
2	<input type="checkbox"/>	1;10 Défait une boucle de lacet Öffnet teilweise die Schnürsenkel
3	<input type="checkbox"/>	2;5 Met ses chaussures déjà détachées (se trompe souvent de pieds) Zieht aufgeschnürte Schuhe an (auch wenn die Füße verwechselt werden)
4	<input type="checkbox"/>	3;3 Met ses bas Zieht Strümpfe an
5	<input type="checkbox"/>	4;4 Met ses chaussures aux bons pieds, attache et détache les fermetures velcro Legt die Schuhe an den richtigen Fuss, schliesst und öffnet Ritsch-Ratsch (Velcro) Verschlüsse
6	<input type="checkbox"/>	5;8 Attache les lacets de ses chaussures, sans faire un nœud Schnürt die Schnürsenkel (ohne zu knoten)
7	<input type="checkbox"/>	7;7 Attache les souliers en nouant les lacets Legt die Schuhe an und schnürt die Schnürsenkel mit einem Knoten
SCORE : SCO 8		

Description de l'acte / Comportement de l'enfant :

A préciser si la fréquence de référence ne suffit pas :

Commentaire:

Aide requise pour mettre et enlever des prothèses / orthèses Non  oui

Nombre :

Énumération :

## 4 Elimination

## 4.1. ASSISTER A LA TOILETTE

CONTROLE RELATIF AUX SELLES/URINE		
1	<input type="checkbox"/>	1;5 Signale le besoin d'être changé <i>Signalisiert das Bedürfnis, gewechselt zu werden</i>
2	<input type="checkbox"/>	1;9 Signale à l'occasion le besoin d'aller aux toilettes (le jour) <i>Signalisiert manchmal am Tage das Bedürfnis, auf die Toilette zu gehen</i>
3	<input type="checkbox"/>	2;3 Signale régulièrement le besoin d'aller aux toilettes, suffisamment à l'avance pour s'y rendre <i>Signalisiert regelmässig das Bedürfnis, auf die Toilette zu gehen und früh genug um das WC zu erreichen</i>
4	<input type="checkbox"/>	2;10 Va de sa propre initiative (et sans aide) aux toilettes pour uriner le jour <i>Geht aus Eigeninitiative am Tage aufs WC, um zu urinieren</i>
5	<input type="checkbox"/>	3;7 Distingue entre le besoin d'uriner et celui d'aller à selle <i>Unterscheidet das Bedürfnis zu urinieren und das Bedürfnis des Stuhlgangs</i>
6	<input type="checkbox"/>	4;7 Va de sa propre initiative aux toilettes pour ses selles, n'a plus d'accident <i>Geht aus Eigeninitiative auf die Toilette (Stuhlgang) und hat keine Unfälle mehr</i>
7	<input type="checkbox"/>	5;10 Demeure toujours au sec le jour et la nuit <i>Bleibt immer Tag und Nacht trocken</i>
SCORE : SCO 9		
HABILITES AUX TOILETTES		
1	<input type="checkbox"/>	1;4 Aide à se déshabiller pour aller aux toilettes puis à s'habiller ensuite <i>Hilft beim sich Ausziehen und wieder Anziehen auf der Toilette</i>
2	<input type="checkbox"/>	1;8 Tient assis sur les toilettes avec le soutien d'un adulte ou d'un équipement <i>Bleibt auf der (Kinder-)Toilette sitzen mit der Unterstützung eines Erwachsenen oder einer Ausrüstung</i>
3	<input type="checkbox"/>	2;0 Tient assis sans soutien sur les toilettes ou sur le pot d'entraînement <i>Bleibt ohne Unterstützung auf der (Kinder-)Toilette sitzen</i>
4	<input type="checkbox"/>	2;5 S'assoit / se glisse sur les toilettes basses ou sur le pot d'entraînement et en descend <i>Setzt sich oder gleitet auf eine (Kinder-)Toilette und wieder herunter</i>
5	<input type="checkbox"/>	2;10 Se déshabille avant d'aller aux toilettes <i>Zieht sich, aus bevor es auf die Toilette geht</i>
6	<input type="checkbox"/>	3;6 En allant aux toilettes, place le siège de toilette, prend du papier toilette, s'essuie et tire la chasse d'eau <i>Beim Toilettengang, platziert es den Toilettensitz, gebraucht Toilettenpapier, wischt sich ab und betätigt die Spülung</i>
7	<input type="checkbox"/>	4;2 S'assoit / se glisse sur les toilettes de format régulier et en descend, en s'aidant des bras <i>Setzt sich auf eine normale Toilette und steigt herab mit Hilfe der Arme</i>
8	<input type="checkbox"/>	5;0 Se déshabille pour aller aux toilettes et s'habille ensuite <i>Zieht sich aus und zieht sich wieder an beim Toilettengang</i>
9	<input type="checkbox"/>	6;0 S'assoit sur les toilettes et en descend sans utiliser ses bras <i>Setzt sich auf die Toilette und steigt herab ohne Hilfe der Arme</i>
SCORE : SCO 10		

## Lieux et moyens d'élimination

Toilettes : 

		Vidé / nettoyé par autrui		indication
		non	oui	
Chaise percée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Urinal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Bassin de lit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sonde urinaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sac de stomie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Description de l'acte / Comportement de l'enfant :

A préciser si la fréquence de référence ne suffit pas :

Matériel utilisé :

Commentaire:

**4.2. SOINS D'INCONTINENCE**

**Description de l'acte / Comportement de l'enfant :**

**A préciser si la fréquence de référence ne suffit pas :**

**Matériel utilisé:**

**Commentaire:**



## 5 Mobilité

## 5.1. TRANSFERTS

S'ASSEOIR A TABLE		
1	<input type="checkbox"/>	0;11 Tient assis sur la chaise avec le soutien d'un adulte ou d'un équipement Bleibt auf einem Stuhl sitzen mit Hilfe eines Erwachsenen oder einer Ausrüstung
2	<input type="checkbox"/>	1;5 Tient assis sans soutien sur une chaise ou sur un banc Bleibt alleine und ohne Hilfe auf einem Stuhl oder einer Bank sitzen
3	<input type="checkbox"/>	2;3 S'assoit sur une petite chaise ou sur de petits meubles et en descend Setzt sich alleine auf einen kleinen Stuhl (kleine Möbel) und steht wieder auf
4	<input type="checkbox"/>	3;5 S'assoit sur une chaise de format régulier (ou sur un fauteuil roulant) et en descend en s'aidant de ses bras Setzt sich auf einen normalen Stuhl (oder in einen Rollstuhl) und steht wieder auf mit Hilfe der Arme
5	<input type="checkbox"/>	5;0 S'assoit sur une chaise et en descend sans devoir utiliser les bras Setzt sich auf einen Stuhl und steht wieder auf ohne Hilfe der Arme
SCORE : SCO 11		
TRANSFERT ET MOBILITE AU LIT		
1	<input type="checkbox"/>	0;11 S'assoit librement dans son lit (d'enfant) Setzt sich im (Kinder-)Bett
2	<input type="checkbox"/>	2;10 Vient s'asseoir sur le bord, se couche à partir de cette position Setzt sich auf den Rand des Bettes und legt sich aus dieser Lage ins Bett
3	<input type="checkbox"/>	4;10 Monte dans son lit et en descend Steigt ins und aus dem Bett
SCORE : SCO 12		

Description de l'acte / Comportement de l'enfant :

A préciser si la fréquence de référence ne suffit pas :

Commentaire:

## 5.2. SE DEPLACER

DEPLACEMENTS		
1	<input type="checkbox"/>	0;8 Se déplace au sol (se roule, se glisse, rampe ou marche à quatre pattes) Bewegt sich auf dem Boden (rollt sich, rutscht oder bewegt sich auf allen Vieren)
2	<input type="checkbox"/>	0;11 Se tient debout en s'appuyant sur des meubles Steht aufrecht, indem es sich an Möbeln festhält
3	<input type="checkbox"/>	1;0 Marche en se tenant aux meubles, au mur, à l'adulte ou bien utilise des appareils pour se soutenir Geht, indem es sich an Möbeln, an einer Mauer oder an einem Erwachsenen festhält, oder geht mit Hilfe eines(r) Gehhilfe/-stütze
4	<input type="checkbox"/>	1;3 Se lève debout sans aide ou support Steht auf ohne Hilfe und ohne sich festzuhalten
5	<input type="checkbox"/>	1;8 Marche sans soutien Geht alleine und ohne Unterstützung oder Festhalten
SCORE : SCO 13		
MONTER LES ESCALIERS		
1	<input type="checkbox"/>	1;1 Monte un escalier en partie, à quatre pattes ou en se glissant Steigt eine Treppe teilweise hinauf, auf allen Vieren oder durch Rutschen
2	<input type="checkbox"/>	1;6 Monte un escalier lorsque l'on lui tient la main Steigt eine Treppe hinauf, wenn ein Erwachsener ihm die Hand gibt
3	<input type="checkbox"/>	2;1 Monte sans aide un escalier en mettant les deux pieds sur chaque marche Steigt eine Treppe hinauf, indem es beide Füße auf jede Stiege setzt
4	<input type="checkbox"/>	2;6 Monte un escalier en alternant (un pied par marche) lorsqu'on lui tient la main Steigt eine Treppe hinauf, indem es einen Fuss auf jede Stufe setzt und dies an der Hand eines Erwachsenen
5	<input type="checkbox"/>	3;9 Monte un escalier en alternant (un pied par marche) en se tenant à la rampe Steigt eine Treppe hinauf, indem es einen Fuss auf jede Stufe setzt und sich am Geländer festhält
SCORE : SCO 14		
DESCENDRE LES ESCALIERS		
1	<input type="checkbox"/>	1;1 Descend un escalier en partie à reculons, en glissant ou à quatre pattes Steigt rückwärts eine Treppe teilweise hinab, auf allen Vieren oder durch Rutschen
2	<input type="checkbox"/>	1;9 Descend un escalier lorsque l'on lui tient la main Steigt eine Treppe hinab wenn ein Erwachsener es an der Hand hält

3	<input type="checkbox"/>	2;6	Descend sans aide un escalier en mettant les deux pieds sur chaque marche Steigt eine Treppe hinab, ohne Hilfe und setzt beide Füße auf jede Stufe
4	<input type="checkbox"/>	3;7	Descend un escalier en alternant (un pied par marche) lorsqu'on lui tient la main Steigt an der Hand eines Erwachsenen eine Treppe hinab, indem es einen Fuss auf jede Stufe setzt
5	<input type="checkbox"/>	4;10	Descend un escalier en alternant (un pied par marche) en se tenant à la rampe Steigt eine Treppe hinab mit je einem Fuss pro Stufe und hält sich an dem Geländer fest
SCORE : SCO 15			

**Description de l'acte / Comportement de l'enfant :**

**A préciser si la fréquence de référence ne suffit pas :**

**Commentaire:**

**Déplacements à l'extérieur (à pied, en voiture) :**

**5.3. Conditions du Logement:**

**Quelles sont les principales difficultés que votre enfant rencontre dans son logement? Avez-vous déjà pensé à des solutions? Avez-vous déjà pris des dispositions?**

Difficultés rencontrées dans le logement	Solutions envisagées	Réalisations

TACHES DOMESTIQUES
--------------------

*Aide requise au niveau des tâches domestiques :*

entretenir le logement	<input type="checkbox"/>
assurer l'entretien de l'équipement nécessaire	<input type="checkbox"/>
changer, laver, entretenir les vêtements	<input type="checkbox"/>

Description :

*Supplément TD requis* Non  oui

Indication :

## CAPACITES SOCIO-COGNITIVES

- **Capacités de l'enfant d'imiter/ d'apprendre :**
  
- **Capacités de l'enfant d'exprimer ses envies/ses besoins (de façon verbale et/ou non-verbale) :**
  
- **Comportement de l'enfant lors du jeu :**
  - **jeux préférés :**
  
  - **joue seul :**
  
  - **joue seulement si on lui offre un encadrement/accompagnement :**
  
  - **capacités de réaliser des jeux de construction :**
  
  - **concentration lors du jeu :**
  
  - **capacités de persévérance :**
  
- **Comportements sociaux de l'enfant**  
**Capacités de l'enfant d'entrer en contact avec autrui (de façon verbale et/ou non-verbale) :**
  - **contacts au sein de la famille (parents, fratrie etc.) :**
  
  - **contacts à l'extérieur (p.ex. avec les autres enfants à l'école) :**
  
  - **activités extra-scolaires :**
  
  - **comportement par rapport aux animaux domestiques (le cas échéant) :**
  
- **Etat affectif/émotionnel :**
  - **humeur prédominant :**
  
  - **capacités de l'enfant d'exprimer ses émotions :**
  
  - **existence de troubles du comportement (précisez dans quelles circonstances ils se présentent, s'ils peuvent être calmés ou non, etc.) :**

<b>SOUTIEN / CONSEIL</b>
--------------------------

**Des dispositions particulières sont-elles prises lorsque vous êtes non-disponible (vacances, maladie...)?**

**A quelles solutions avez-vous recours, lorsque vous ne pouvez pas rester auprès de votre enfant (lors des courses, visites médicales...)?**

**Quels sont les principaux problèmes que vous rencontrez (surmenage, adaptation, acceptation...)?**

**Pour lesquels vous pourriez avoir besoin d'aide (demande de conseils, soutien psychologique...)?**

**De quelle prise en charge spécifique / spécialisée bénéficie votre enfant actuellement? Quels sont vos souhaits éventuels?**

**Recommandations évaluateur :**

## SYNTHESE

### 1) Diagnostics médicaux :

### 2) Entourage :

### 3) Portrait de l'enfant :

*(comment se présente l'enfant, aspect, comportement, détails frappants, etc...)*

### 4) Problématiques particulières et remarques

*( déroulement de l'entretien, etc...  
p.ex. logement insalubre, situation conflictuelle, ... )*

Prestations en nature uniquement  Indication :

### 5) Aides et soins requis / répercussions sur les AEV

Nutrition

Hygiène

Habillage/déshabillage

Elimination

Mobilité :

### 6) Activités de soutien requises

### 7) Activités de conseil requises



## Annexe II:

**Tableau: Détermination de l'âge de développement en fonction du score obtenu par l'enfant dans l'évaluation de ses compétences pour les actes essentiels de la vie**

Scores	AGE DE DEVELOPPEMENT (années)										
	Hygiène				Nutrition			Mobilité			
	AE303	AE304	AE306	AE318	AE103	AE105	AE106	AE203	AE215/16	AE209/10	AE212
hyg. corporelle (lit/douche)	hyg. corporelle (bain)	hygiène buccale	Assister aux toilettes	nutrition	hydratation	collation	hab.-déshabillement	transferts	déplacements	monter et desc. esc.	
0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
1	1,3	1,0	1,7	1,2	0,7	0,9	1,0	1,1	0,8	0,6	0,9
2	1,5	1,1	2,7	1,3	0,9	1,3	1,4	1,2	1,0	0,8	1,1
3	1,8	1,3	4,2	1,5	1,0	1,9	1,8	1,3	1,3	1,1	1,3
4	2,1	1,5	6,6	1,6	1,2	2,7	2,3	1,5	1,8	1,5	1,6
5	2,5	1,7		1,8	1,4	3,9	3,0	1,6	2,4	2,0	1,9
6	3,0	2,0		2,0	1,7	5,7	3,9	1,7	3,1		2,2
7	3,5	2,3		2,3	2,0		5,0	1,9	4,2		2,7
8	4,2	2,6		2,5	2,4		6,5	2,1	5,5		3,2
9	5,0	3,0		2,8	2,8			2,3			3,8
10	5,9	3,4		3,2	3,3			2,5			4,6
11	6,9	3,9		3,5	3,9			2,7			
12	8,0	4,5		3,9	4,6			3,0			
13		5,2		4,4	5,5			3,3			
14		6,0		4,9	6,5			3,6			
15		6,9		5,5				3,9			
16		8,0		6,1				4,3			
17								4,7			
18								5,1			
19								5,6			
20								6,1			
21								6,7			
22								7,3			



**Annexe III:**  
**Tableau: Durée moyenne pour les différents actes essentiels**  
**de la vie en fonction de l'âge**

Âge (années)	Durée de l'acte (minutes)										
	Hygiène				Nutrition			Mobilité			
	AE303	AE304	AE306	AE318	AE103	AE105	AE106	AE203	AE215/16	AE209/10	AE212
hyg. corporelle (lit/douche)	hyg. corporelle (bain)	hygiène buccale	assister aux toilettes	nutrition	hydratation	collation	Habillage/déshabillage	transferts	déplacements	monter et descendre les escaliers.	
0,0	17,5	27,5	2,5	7,5	20,0	2,5	5,0	15,0	7,5	7,5	5,0
0,1	17,3	27,2	2,5	7,4	19,8	2,5	4,9	14,7	7,4	7,5	4,8
0,2	17,1	26,9	2,4	7,3	19,5	2,4	4,9	14,4	7,2	7,4	4,7
0,3	17,0	26,6	2,4	7,2	19,3	2,4	4,8	14,1	7,1	7,4	4,5
0,4	16,8	26,3	2,4	7,1	19,1	2,4	4,7	13,8	6,9	7,4	4,3
0,5	16,6	26,0	2,4	7,0	18,9	2,3	4,6	13,5	6,8	7,4	4,2
0,6	16,4	25,7	2,3	6,8	18,6	2,3	4,6	13,2	6,7	7,3	4,0
0,7	16,3	25,4	2,3	6,7	18,4	2,2	4,5	12,9	6,6	7,3	3,8
0,8	16,1	25,1	2,3	6,6	18,2	2,2	4,4	12,6	6,4	7,3	3,7
0,9	15,9	24,8	2,2	6,5	18,0	2,2	4,4	12,4	6,3	7,3	3,5
1,0	15,7	24,5	2,2	6,4	17,7	2,1	4,3	12,1	6,2	7,2	3,4
1,1	15,5	24,2	2,2	6,3	17,5	2,1	4,2	11,8	6,1	7,2	3,2
1,2	15,4	23,8	2,1	6,2	17,3	2,1	4,1	11,5	5,9	7,2	3,1
1,3	15,2	23,5	2,1	6,1	17,1	2,0	4,1	11,3	5,8	7,2	3,0
1,4	15,0	23,2	2,1	6,0	16,8	2,0	4,0	11,0	5,7	7,1	2,8
1,5	14,8	22,9	2,1	5,9	16,6	1,9	3,9	10,8	5,6	7,1	2,7
1,6	14,7	22,6	2,0	5,8	16,4	1,9	3,9	10,5	5,5	7,1	2,6
1,7	14,5	22,3	2,0	5,6	16,2	1,9	3,8	10,3	5,4	7,1	2,4
1,8	14,3	22,0	2,0	5,5	15,9	1,8	3,7	10,0	5,3	7,0	2,3
1,9	14,1	21,7	1,9	5,4	15,7	1,8	3,7	9,8	5,2	7,0	2,2
2,0	13,9	21,4	1,9	5,3	15,5	1,8	3,6	9,5	5,1	7,0	2,1
2,1	13,8	21,1	1,9	5,2	15,3	1,7	3,5	9,3	5,0	0,0	2,0
2,2	13,6	20,8	1,8	5,1	15,0	1,7	3,4	9,0	4,9	0,0	1,8
2,3	13,4	20,5	1,8	5,0	14,8	1,6	3,4	8,8	4,8	0,0	1,7
2,4	13,2	20,2	1,8	4,9	14,6	1,6	3,3	8,6	4,7	0,0	1,6
2,5	13,1	19,9	1,8	4,8	14,4	1,6	3,2	8,4	4,6	0,0	1,5
2,6	12,9	19,6	1,7	4,7	14,1	1,5	3,2	8,1	4,6	0,0	1,4
2,7	12,7	19,3	1,7	4,5	13,9	1,5	3,1	7,9	4,5	0,0	1,3
2,8	12,5	19,0	1,7	4,4	13,7	1,5	3,0	7,7	4,4	0,0	1,2
2,9	12,3	18,7	1,6	4,3	13,5	1,4	2,9	7,5	4,3	0,0	1,1
3,0	12,2	18,4	1,6	4,2	13,2	1,4	2,9	7,3	4,3	0,0	1,1
3,1	12,0	18,1	1,6	4,1	13,0	1,4	2,8	7,1	4,2	0,0	1,0
3,2	11,8	17,8	1,5	4,0	12,8	1,3	2,7	6,9	4,1	0,0	0,9
3,3	11,6	17,5	1,5	3,9	12,6	1,3	2,7	6,7	4,0	0,0	0,8
3,4	11,4	17,2	1,5	3,8	12,3	1,2	2,6	6,5	4,0	0,0	0,7
3,5	11,3	16,9	1,5	3,7	12,1	1,2	2,5	6,3	3,9	0,0	0,7
3,6	11,1	16,5	1,4	3,6	11,9	1,2	2,4	6,1	3,9	0,0	0,6
3,7	10,9	16,2	1,4	3,5	11,7	1,1	2,4	5,9	3,8	0,0	0,5
3,8	10,7	15,9	1,4	3,3	11,4	1,1	2,3	5,8	3,7	0,0	0,4
3,9	10,6	15,6	1,3	3,2	11,2	1,1	2,2	5,6	3,7	0,0	0,4

4,0	10,4	15,3	1,3	3,1	11,0	1,0	2,2	5,4	3,6	0,0	0,3
4,1	10,2	15,0	1,3	3,0	10,8	1,0	2,1	5,2	3,6	0,0	0,3
4,2	10,0	14,7	1,2	2,9	10,5	0,9	2,0	5,1	0,0	0,0	0,2
4,3	9,8	14,4	1,2	2,8	10,3	0,9	2,0	4,9	0,0	0,0	0,2
4,4	9,7	14,1	1,2	2,7	10,1	0,9	1,9	4,7	0,0	0,0	0,1
4,5	9,5	13,8	1,2	2,6	9,9	0,8	1,8	4,6	0,0	0,0	0,1
4,6	9,3	13,5	1,1	2,5	9,6	0,8	1,7	4,4	0,0	0,0	0,0
4,7	9,1	13,2	1,1	2,4	9,4	0,8	1,7	4,3	0,0	0,0	0,0
4,8	9,0	12,9	1,1	2,3	9,2	0,7	1,6	4,1	0,0	0,0	0,0
4,9	8,8	12,6	1,0	2,1	9,0	0,7	1,5	4,0	0,0	0,0	0,0
5,0	8,6	12,3	1,0	2,0	8,7	0,7	1,5	3,9	0,0	0,0	0,0
5,1	8,4	12,0	1,0	1,9	8,5	0,6	1,4	3,7	0,0	0,0	0,0
5,2	8,2	11,7	0,9	1,8	8,3	0,6	1,3	3,6	0,0	0,0	0,0
5,3	8,1	11,4	0,9	1,7	8,1	0,5	1,2	3,5	0,0	0,0	0,0
5,4	7,9	11,1	0,9	1,6	7,8	0,5	1,2	3,3	0,0	0,0	0,0
5,5	7,7	10,8	0,9	1,5	7,6	0,5	1,1	3,2	0,0	0,0	0,0
5,6	7,5	10,5	0,8	1,4	7,4	0,4	1,0	3,1	0,0	0,0	0,0
5,7	7,4	10,2	0,8	1,3	7,2	0,4	1,0	3,0	0,0	0,0	0,0
5,8	7,2	9,9	0,8	1,2	6,9	0,4	0,9	2,9	0,0	0,0	0,0
5,9	7,0	9,6	0,7	1,0	6,7	0,3	0,8	2,8	0,0	0,0	0,0
6,0	6,8	9,2	0,7	0,9	6,5	0,3	0,7	2,7	0,0	0,0	0,0
6,1	6,6	8,9	0,7	0,8	6,3	0,2	0,7	2,6	0,0	0,0	0,0
6,2	6,5	8,6	0,6	0,7	6,0	0,2	0,6	2,5	0,0	0,0	0,0
6,3	6,3	8,3	0,6	0,6	5,8	0,2	0,5	2,4	0,0	0,0	0,0
6,4	6,1	8,0	0,6	0,5	5,6	0,1	0,5	2,3	0,0	0,0	0,0
6,5	5,9	7,7	0,6	0,4	5,4	0,1	0,4	2,2	0,0	0,0	0,0
6,6	5,8	7,4	0,5	0,3	5,1	0,1	0,3	2,1	0,0	0,0	0,0
6,7	5,6	7,1	0,5	0,2	4,9	0,0	0,3	2,0	0,0	0,0	0,0
6,8	5,4	6,8	0,5	0,1	4,7	0,0	0,2	2,0	0,0	0,0	0,0
6,9	5,2	6,5	0,4	0,0	4,5	0,0	0,1	1,9	0,0	0,0	0,0
7,0	5,0	6,2	0,4	0,0	4,2	0,0	0,0	1,8	0,0	0,0	0,0
7,1	4,9	5,9	0,4	0,0	4,0	0,0	0,0	1,8	0,0	0,0	0,0
7,2	4,7	5,6	0,3	0,0	3,8	0,0	0,0	1,7	0,0	0,0	0,0
7,3	4,5	5,3	0,3	0,0	3,6	0,0	0,0	1,6	0,0	0,0	0,0
7,4	4,3	5,0	0,3	0,0	3,3	0,0	0,0	1,6	0,0	0,0	0,0
7,5	4,2	4,7	0,3	0,0	3,1	0,0	0,0	1,5	0,0	0,0	0,0
7,6	4,0	4,4	0,2	0,0	2,9	0,0	0,0	1,5	0,0	0,0	0,0
7,7	3,8	4,1	0,2	0,0	2,7	0,0	0,0	1,4	0,0	0,0	0,0
7,8	3,6	3,8	0,2	0,0	2,4	0,0	0,0	1,4	0,0	0,0	0,0
7,9	3,4	3,5	0,1	0,0	2,2	0,0	0,0	1,3	0,0	0,0	0,0
8,0	3,3	3,2	0,1	0,0	2,0	0,0	0,0	1,3	0,0	0,0	0,0



AIDES ET SOINS											
		Lieu	Score compét.	Âge développ.	Durée minutes	Degré	Fréquence		Coeff. intensité	Coeff. espèces	Coeff. qualification
							fixés/jour	fixée/hebd.			
SO121	soutien individuel lié à la Mobilité	* D1, D2, E1, E2	--	--	30	--	-		1	--	12
SO122	soutien individuel Psycho-social	* D1, D2, E1, E2	--	--	30	--	-		1	--	8
	<b>Activités de conseil</b>										
CS222	conseil individuel lié à l'Hygiène	* D1, D2	--	--	30	--	-		1	--	12
CS223	conseil individuel lié à la Nutrition	* D1, D2	--	--	30	--	-		1	--	12
CS224	conseil individuel lié à la Mobilité	* D1, D2	--	--	30	--	-		1	--	12
CS225	conseil individuel lié aux Aides techniques	* D1, D2	--	--	30	--	-		1	--	12
CS226	conseil individuel Psycho-social	* D1, D2	--	--	30	--	-		1	--	8
CS227	conseil entourage lié à l'Hygiène	* D1, D2	--	--	30	--	-		1	--	12
CS228	conseil entourage lié à la Nutrition	* D1, D2	--	--	30	--	-		1	--	12
CS229	conseil entourage lié à la Mobilité	* D1, D2	--	--	30	--	-		1	--	12
CS230	conseil entourage lié aux Aides techniques	* D1, D2	--	--	30	--	-		1	--	12
CS231	conseil entourage Psycho-social	* D1, D2	--	--	30	--	-		1	--	8
	<b>Dispositions particulières</b>										
AE401	art. 2 du RGD 18.12.1998	* D1, D2, E1, E2	--	--	360	--	-		-	--	-
AE402	art. 3 du RGD 18.12.1998	* D1, D2, E1, E2	--	--	360	--	-		-	--	-
AE403	art. 4 du RGD 18.12.1998	* D1, D2, E1, E2	--	--	360	--	-		-	--	-
	<b>Produits</b>										
PR101	forfait pour produits nécessaires aux aides et soins	* D1, D2	--	--	--	--				--	

**LEGENDE:**

Lieu: Meieu dans lequel les aides et soins peuvent être fournis, D1= domicile, D2= centre semi-stationnaire, E1= établissement à séjour continu, E2= établissement à séjour intermittent

Coefficient Intensité: ce coefficient détermine le nombre de personnes prises en charge par un professionnel durant une séance

\* : suivant Art. 5

QMR: Qualification minimale requise pour effectuer les aides et soins. Sont encore acceptées pour la réalisation des prestations du présent relevé toutes les professions reconnues par une autorité luxembourgeoise compétente, dont la formation ou les attributions correspondent aux actes du présent relevé. Le QMR par acte ne peut être changé.

QMR	Qualification	Coeff. Qualification
1	sans	0.7
2	aide socio-familiale- auxiliaire de vie	1
3	aide-soignant	1
4	infirmier	1.3
8	psy	1.9
12	infirmier, infirmier gradué, infirmier psy, infirmier anesthésiste, éducateur, éducateur gradué, pédagogue curatif, assistant social, ergothérapeute, kinésithérapeute, psychomotricien, orthophoniste	1.5

## Annexe V.

Mode de calcul utilisé pour chacun des degrés d'intensité

- **Degré 1** : Dad- Dac
- **Degré 2** :  $\frac{(Dad- Dac)+(Dmax - Dac)}{2} = \frac{(Dmax + Dad)}{2} - (2Dac) = \text{Moyenne (degré1 \& degré3)}$
- **Degré 3**: Dmax – Dac

Dad= durée correspondant à l'âge de développement

Dac= durée correspondant à l'âge chronologique

Dmax= durée maximum qui correspond à la durée de l'acte chez l'adulte

**Règlement grand-ducal du 21 décembre 2006 déterminant en exécution de l'article 361 du Code des assurances sociales les modalités d'un projet d'actions expérimentales relatif à la prise en charge en petite unité de vie de personnes souffrant d'une neuro-dépendance.**

Nous Henri, Grand-Duc de Luxembourg, Duc de Nassau,

Vu l'article 361 du Code des assurances sociales;

Vu l'avis de la Commission consultative prévue à l'article 387 du Code des assurances sociales;

Vu l'avis du Collège médical;

Vu l'avis du Conseil supérieur de certaines professions de santé;

Notre Conseil d'Etat entendu;

Sur le rapport de Notre Ministre de la Santé et de la Sécurité sociale et après délibération du Gouvernement en Conseil;

Arrêtons:

**Art. 1<sup>er</sup>.** En application de l'article 361 du Code des assurances sociales, il est prévu un projet d'actions expérimentales relatif à la prise en charge en petite unité de vie de personnes souffrant d'une neuro-dépendance, qui a pour objet:

1. d'apporter à des malades neuro-dépendants des formes alternatives de prise en charge en dehors des maisons de soins spécialisées classiques;
2. d'améliorer la qualité de vie de ces patients tout en développant leur autonomie et leur indépendance;
3. d'offrir un lieu de vie pour des personnes neuro-dépendantes au sein d'une petite structure familiale avec un encadrement structurant et sécurisant garanti 24/24 heures.

**Art. 2.** Le projet d'actions expérimentales s'adresse à un nombre déterminé de patients neuro-dépendants, qui, après un accident aigu, sont passés par une phase de réhabilitation neuro-psychiatrique prolongée, souvent associée à une réhabilitation somatique, qui, malgré cette réhabilitation, gardent des séquelles relativement graves de leurs fonctions cognitives et comportementales et qui répondent aux critères suivants:

1. souffrir d'une pathologie de type neuro-dépendance;
2. être âgé de moins de soixante-dix ans;
3. être dépendant au sens des dispositions du livre V du Code des assurances sociales;
4. avoir un degré relativement faible de dépendance au niveau de l'appareil locomoteur;
5. avoir accepté de participer à l'étude en signant une fiche de consentement.

**Art. 3.** L'évaluation du projet d'actions expérimentales se fait conformément aux modalités déterminées dans l'annexe 1 du présent règlement et comporte plusieurs phases:

1. constitution de la ligne de base servant de référence pour déterminer objectivement l'évolution des patients;
2. réunion hebdomadaire de l'équipe soignante pour échanger les observations respectives et pour réajuster, en cas de besoin, un programme individualisé d'autonomie fonctionnelle;
3. évaluation trimestrielle des patients par les soignants en appliquant les mêmes tests que ceux utilisés pour constituer la ligne de base. Ces évaluations trimestrielles permettent de déterminer le bon ajustement du programme individualisé;
4. évaluation semestrielle des capacités cognitives et comportementales et de la qualité de vie de tous les patients par un expert dans le domaine de la neuro-psychologie, indépendant de l'équipe soignante.

L'évaluation du projet d'actions expérimentales se fait sous la surveillance d'un comité de pilotage qui doit être régulièrement informé de l'état d'avancement du projet.

Ce comité de pilotage comprend:

1. un délégué de la Cellule d'évaluation et d'orientation;
2. un délégué de l'Inspection générale de la sécurité sociale;
3. un délégué de l'organisme chargé de la gestion de l'assurance dépendance;
4. un expert dans le domaine de la neuro-psychologie qui assure les évaluations semestrielles;
5. un représentant du promoteur du projet d'actions expérimentales;
6. l'évaluateur du projet désigné par la Cellule d'évaluation et d'orientation.

**Art. 4.** La durée du projet d'actions expérimentales est fixée à deux années. Le début du projet est fixé d'un commun accord entre le promoteur, l'Union des caisses de maladie et la Cellule d'évaluation et d'orientation.

**Art. 5.** Le promoteur du projet d'actions expérimentales est le Centre hospitalier neuropsychiatrique, lequel peut s'associer en vue de la réalisation du projet d'autres services ou structures appropriés moyennant convention.

**Art. 6.** Les dépenses du projet d'actions expérimentales telles que prévues au budget figurant à l'annexe 2 du présent règlement sont couvertes:

1. par la prise en charge des patients au titre des articles 359 et 360 du Code des assurances sociales;
2. par une participation des patients pour l'alimentation et le loyer qui ne peut dépasser 1.980 euros par mois, fixée en fonction des ressources des patients;
3. par une dotation au projet à charge de l'assurance dépendance plafonnée à 726.781 euros.

Pour faire face aux dépenses accrues lors de la phase de démarrage, une dotation initiale est mise à disposition du promoteur dans la dizaine suivant le début du projet. La différence entre cette dotation initiale et le plafond arrêté au point 3 ci-avant, est versée à raison d'un vingt-quatrième pour chaque mois des deux années que couvre le projet. L'échéancier des versements est repris à l'annexe 2 du présent règlement.

Le promoteur s'engage à remettre un état semestriel du suivi budgétaire relatif à l'exécution du projet au comité de pilotage visé à l'article 3. Il s'engage également à soumettre au plus tard dans le mois suivant la fin du projet un décompte définitif des dépenses et recettes à l'organisme gestionnaire de l'assurance dépendance.

Sur avis du délégué de la Cellule d'évaluation et d'orientation représentée au comité de pilotage, les sommes versées par l'assurance dépendance qui auraient été indûment touchées de la part du promoteur, devront être restituées par celui-ci à l'organisme gestionnaire de l'assurance dépendance.

**Art. 7.** Notre Ministre de la Santé et de la Sécurité sociale est chargé de l'exécution du présent règlement qui est publié au Mémorial.

*Le Ministre de la Santé  
et de la Sécurité sociale,  
Mars Di Bartolomeo*

Palais de Luxembourg, le 21 décembre 2006.  
**Henri**

### **Annexe 1. Modalités d'évaluation du projet d'actions expérimentales**

**1.** Pour constituer une ligne de base, un premier bilan neuropsychologique est établi par un neuropsychologue indépendant de l'institution. Le neuropsychologue est aussi chargé d'évaluer la qualité de vie des patients. Suite à ce premier bilan, le neuropsychologue et le coordinateur répartissent les patients en un groupe de référence et un groupe expérimental, en se basant sur des critères de qualité de vie, d'autonomie, de responsabilisation et de mise en confiance, d'âge, de sexe, de pathologie et de niveau socio-culturel. Le groupe dit «de référence» demeure dans l'institution sans changer ses habitudes. L'autre groupe dit «expérimental» emménage dans la nouvelle structure.

**2.** Les différents intervenants dans le projet d'actions expérimentales sont:

- a) l'équipe multidisciplinaire comprenant des médecins, des infirmiers en soins généraux, des infirmiers psychiatriques, des ergothérapeutes et kinésithérapeutes, des éducateurs, des aides-soignantes, des aides socio-familiales, des psychologues et, le cas échéant, d'autres professionnels travaillant dans l'atelier / animation;
- b) le neuropsychologue;
- c) le coordinateur faisant partie de l'équipe multidisciplinaire prévue sous a) responsable:
  1. de la démarche de soins;
  2. de la définition des objectifs et du programme d'actions;
  3. de la mise en oeuvre du programme;
  4. de la coordination des interventions afin de sauvegarder l'intégrité du patient.

**3.** La méthodologie appliquée au projet prône une prise en charge du patient dans sa globalité.

Pour chaque personne est mis au point un «programme individualisé d'autonomie fonctionnelle» qui définit les soins de santé et les stratégies d'autodétermination jugés profitables à une personne en particulier, ici et maintenant.

En plus des activités habituelles de soins de maladie d'organe, les soins de santé mettent l'accent sur les activités thérapeutiques non médicamenteuses: réalisation des actes de la vie quotidienne, communication, activités d'éveil, activités de structuration mentale et prise de décisions autonomes, responsabilisation et mise en confiance, etc...

Le programme individualisé d'autonomie fonctionnelle s'impose à toutes les disciplines soignantes. Il doit être ajusté trimestriellement pour être adapté à l'évolution de la personne neurodépendante, après une nouvelle démarche de soins. Son contenu est le résultat de la prise en compte de la satisfaction des besoins de chaque personne et des moyens disponibles.

**4.** Suivant leur formation, les membres de l'équipe multidisciplinaire évaluent les patients du projet d'actions expérimentales à l'aide de tests spécifiques pour chaque discipline notamment:

1. échelles générales concernant l'évolution des personnes d'un certain âge:
  - Barthel Index;
  - Mesure d'indépendance Fonctionnelle;
  - Échelle activité instrumentale de la vie courante (Lawton-Brody);
  - Bristol Activities of Daily Living Scale;
  - Grille AGGIR;
  - EUROQOL;

2. échelles pour l'évaluation de la douleur:
  - Visual Analogue Scale;
  - Échelle de douleur hétéro-anamnétique ECPA;
  - Doloplus Dr Wary;
3. échelle d'approche ergothérapeutique:
  - Loewenstein;
4. échelles d'approche kinésithérapeutique:
  - Test Moteur Minimal;
  - Fall Assessment Grille CHNP;
  - Parkinson Screening Questionnaire;
  - Mobility Interview;
  - Tinetti Test;
  - Gait abnormalities rating scale;
  - Esslinger Transfer Skala;
5. échelle spécifique de l'observation infirmière chez les personnes âgées:
  - Nurses' Observation Scale for Geriatric Patients;
6. échelles neuro-psychiatriques:
  - Neuro-Psychiatric Inventory;
  - Folstein Mini Mental State Examination;
  - Confusion Assessment Method;
  - Cohen-Mansfield Agitation Inventory;
  - Clock Drawing Test;
  - Incident assessment CHNP;
  - A brief Mental Test Score;
  - Blessed Dementia Scale;
  - Clifton Assessment Procedures for the Elderly;
  - Brief Cognitive Rating Scale;
  - Grober & Buschke Test;
  - Pamie Scale;
  - Global Assessment of Psychiatric Symptoms;
  - Delirium rating Scale;
7. échelles dépressives:
  - Geriatric Depressive Scale;
  - Beck Depression Scale;
  - Hamilton Depression Scale;
  - Mini Geriatric Depression Scale;
  - ZUNG Depression Scale;
  - Montgomery & Assberg Depression Rating Scale (MADRS);
  - Cornell Scale for Depression in Dementia;
  - Depressive Signs Scale;
8. échelles «activités physiques»:
  - Paffenbarger physical activity questionnaire;
  - Physical activity scale for elderly;
  - Physician-based assessment and counseling for exercise;
9. échelle «incontinence»:
  - INKO-4 Test;
10. échelles «nutrition»:
  - Mini Nutritional Assessment;
  - Body Mass Index;
11. Hör-Handicap-Fragebogen.



## Annexe 2. Annexe budgétaire

### 1. Ressources humaines

#### 1.1. Personnel nécessaire pour la réalisation du projet

##### 1<sup>ère</sup> année du projet

La 1<sup>ère</sup> année du projet, l'encadrement est garanti 24h/24 en vue d'augmenter l'autonomie des patients en développant leurs capacités restantes.

##### **Besoin en personnel:**

- un(e) infirmier(e) 8h/j et ce 7j/7
- un(e) éducateur(trice) 10h/j et ce 6j/7
- un(e) AS/ASF 9h/nuit et ce 7j/7
- une ergothérapeute 4h/j et ce 5j/7
- un spécialiste en memory training 5h/semaine
- une femme de charge 4h/j et ce 5j/7
- autres professions à titre vacataire: heures/semaines à estimer selon besoin
- un gestionnaire de projet

##### **Pour assurer ces présences, il y a lieu d'engager:**

- 1.9 ETP infirmière (8X365/1499.71)
- 2 ETP éducateur (10x365x6/7x1499.71)
- 2.2 ETP aide-soignant ou aide socio-familial (9x365/1499.71)
- 0.7 ETP ergothérapeute (4X365x5/7x1499.71)
- 0.15 ETP spécialiste memory training (5X52/1499.71)
- 0.7 ETP femme de charge (4x365x5/7x1499.71)
- 0.15 ETP gestionnaire de projet (5X52/1499.71)

(Rq: 1499.71 = nombre d'heures nettes travaillées par un ETP EHL pour l'année 2005)

##### 2<sup>ème</sup> année du projet

La 2<sup>ème</sup> année du projet, l'encadrement sera allégé progressivement afin d'encourager l'autonomie des résidents, pour aboutir au terme des 2 années du projet à un encadrement minimum.

##### **Besoin en personnel:**

- un(e) infirmier(e) 6h/j et ce 5j/7
- un(e) éducateur(trice) 7h/j et ce 6j/7
- un(e) AS/ASF 9h/nuit et ce 7j/7
- une ergothérapeute 3h/j et ce 5j/7
- un spécialiste en memory training 5h/semaine
- une femme de charge 4h/j et ce 5j/7
- autres professions à titre vacataire: heures/semaines à estimer selon besoin
- un gestionnaire de projet

##### **Pour assurer ces présences, il y a lieu d'engager:**

- 1 ETP infirmière (6X365/1499.71)
- 1.4 ETP éducateur (7x365x6/7x1499.71)
- 2.2 ETP aide-soignant ou aide socio-familial (9x365/1499.71)
- 0.5 ETP ergothérapeute (3X365x5/7x1499.71)
- 0.15 ETP spécialiste memory training (5X52/1499.71)
- 0.7 ETP femme de charge (4x365x5/7x1499.71)
- 0.15 ETP gestionnaire de projet (5X52/1499.71)

## 1.2. Frais de personnel

Personnel concerné	1 <sup>ère</sup> année du PAE-année 2006		2 <sup>ème</sup> année du PAE-année 2007		Coût total pour les 2 années du PAE
	Nombre ETP	Rémunération totale (charges comprises) (€)	Nombre ETP	Rémunération totale (charges comprises) (€)	Rémunération totale (charges comprises) (€)
Infirmier	1.9	121 093	1	69 873	190 966
Educateur	2	127 466	1.4	97 822	225 288
Aide-soignant/aide socio-familiale	2.2	103 734	2.2	113 727	217 461
Ergothérapeute	0.7	59 231	0.5	46 384	105 615
Spécialiste memory training	0.15	13 601	0.15	14 912	28 513
Femme de charge	0.7	22 306	0.7	24 455	46 761
Vacataire (psychologue, assistante sociale, secrétaire, kiné...)	0.2	18 135	0.2	19 882	38 017
Gestionnaire de projet	0.15	13 601	0.15	14 912	28 513
<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>479 167</b>	<b>6.3</b>	<b>401 967</b>	<b>881 134</b>

Les frais de personnel sont évalués sur base de la carrière moyenne nationale du secteur privé selon le CCT EHL de l'année 2005 (Les CCT appliqués au CHNP pour le personnel sont ceux de l'Etat et celui de l'EHL).

Les frais de personnel sont à ajuster au regard des futures adaptations des contrats collectifs étatique et EHL.

## 2. Coût du projet expérimental pour les 2 années

### 2.1. Compte de charge pour les 2 années

Frais d'exploitation				
N° de compte	Compte de charges		Balance résumée	Détail de la balance
<b>601000</b>		<b>Achats stockés-matières 1<sup>ères</sup></b>	<b>8 400</b>	
	601100	Produits pharmaceutiques		1 050
	601200	Produits à usage d'aides et de soins		7 350
<b>602000</b>		<b>Autres achats stockés-autres approvisionnement</b>	<b>5 515</b>	
	602300	Produits administratifs		265
	602400	Fournitures énergétiques (fuel, gaz)		5 250
		<b>Achats non stockés de matières et fournitures</b>	<b>137 307</b>	
	606100	Fournitures non stockables (eau, électricité, gaz)		10 920
	606200	Alimentation non stockée		85 592
	606300	Fourniture d'entretien et de petit équipement		525
	606400	Fournitures administratives		265
	606500	Entretien et buanderie		28 035
	606600	Autres matières et fournitures		9 450
	606900	Carburants et lubrifiants		2 520
<b>611000</b>		<b>Sous-traitance générale</b>	<b>52 500</b>	
	611100	Sous-traitance administration		52 500
<b>613000</b>		<b>Loyer (y compris leasing opérationnel avec maintenance)</b>	<b>75 000</b>	
	613100	Location immobilière		75 000
		<b>Entretien et réparations</b>	<b>6 405</b>	
	615100	Entretien et réparation sur biens immobiliers		4 200
	615200	Entretien et réparation sur biens mobiliers		630
	615300	Entretien et réparation sur biens de transport		1 575
<b>616000</b>		<b>Prime d'assurances</b>	<b>5 670</b>	
	616120	Assurances sur biens de l'actif véhicules		3 150
	616210	Assurance sur biens loués: bâtiment		2 520
<b>625000</b>		<b>Déplacements, missions et réceptions</b>	<b>5000</b>	
<b>626000</b>		<b>Frais postaux et frais de télécommunication</b>	<b>2 835</b>	
<b>628000</b>		<b>Autres frais</b>	<b>945</b>	

Frais d'exploitation				
N° de compte		Compte de charges	Balance résumée	Détail de la balance
	628100	Elimination des déchets industriels et pharmaceutiques		945
<b>640000</b>		<b>Charges du personnel</b>	881 134	
<b>660000</b>		<b>Charges financières</b>	4 200	
	661000	Charges d'intérêt		4 200
<b>Total des frais d'exploitation</b>			<b>1.184.911</b>	

Frais d'investissement		
Bâtiment		131 250
Matériel de transport		26 250
Mobilier		85 050
Matériel Informatique		3 150
Matériel spécialisé de soins		8 400
Autres installations		4 200
<b>Total des frais d'investissement</b>		<b>258.300</b>

<b>Grand total des frais imputables au projet</b>	<b>1 443 211</b>
---	------------------

## 2.2. Budget prévisionnel pour les 2 années

<b>Dépenses</b>	
Frais de personnel	881 134
Assurance dépendance	21 000
Frais d'administration	68 735
Frais hôtelier	438 847
Transport	33 495
Total (1)	<b>1 443 211</b>
<b>Recettes (7 patients) *</b>	
Produits AD (3)	3 068
Actes AD requis (4)	437 325
Hôtellerie	235 821
Forfait acte infirmier (assurance maladie) **	40 216
Total (2)	<b>716 430</b>
Solde à couvrir (1)-(2) = (5)	<b>726 781</b>
Total financement AD (3) + (4) + (5)	<b>1 167 174</b>

\*: les recettes sont tributaires des plans de l'assurance dépendance accordés aux patients

\*\* : le forfait acte infirmier = 7.87€ /jour/ patient (tous les patients ont droit à ce forfait).

**Le financement total demandé à l'AD est de 1 167 174 €** y inclus les plans de prise en charge en cas de séjour en établissement des patients concernés par le projet.

**Le solde restant à couvrir par l'AD est de 726 781 €** sans compter la part de financement de l'AD allouée actuellement.

Le budget prévisionnel est basé sur une liste de 7 patients précis. Le budget est donc à ajuster au regard de tous changements liés directement ou indirectement aux patients.

### 2.3. Echancier

L'enveloppe globale estimée correspondant au solde à couvrir (différence entre dépenses et recettes) est de 726 781 €.

Cette enveloppe ne tient pas compte des recettes correspondant aux plans de l'assurance dépendance.

L'enveloppe initiale doit comprendre:

- 15 000 € pour la location
- 26 250 € pour l'achat du véhicule
- 2 835 € pour les assurances
- 232 050 € pour les investissements

soit un montant total pour l'enveloppe initiale de 276 135 €

Dépenses (1)	<b>1 443 211</b>
Recettes (7 patients) (2)	<b>716 430</b>
<b>Solde à couvrir (1)-(2)</b>	<b>726 781</b>

Enveloppe globale estimée (a)	<b>726 781</b>
<b>Enveloppe initiale (b)</b>	<b>276 135</b>
<b>Mensualité (a-b)/24</b>	<b>18 776,9</b>

Les mensualités sont versées en 24<sup>ième</sup> indépendamment des sommes correspondant aux plans de l'assurance dépendance.

### 2.4. Forfait hôtelier

La participation des patients pour l'alimentation et le loyer ne peut dépasser la somme de 1.980 euros par mois fixée en fonction des ressources des patients.

**Règlement grand-ducal du 22 décembre 2006 déterminant:**

- 1. les modalités et les limites de la prise en charge des aides techniques par l'assurance dépendance;**
- 2. les modalités et les limites de la prise en charge des adaptations du logement par l'assurance dépendance;**
- 3. les produits nécessaires aux aides et soins.**

Nous Henri, Grand-Duc de Luxembourg, Duc de Nassau,

Vu l'article 356 du Code des assurances sociales;

Vu l'avis de la Commission consultative prévue à l'article 387 du Code des assurances sociales;

Vu l'article 2 (1) de la loi du 12 juillet 1996 portant réforme du Conseil d'Etat et considérant qu'il y a urgence;

Sur la rapport de Notre Ministre de la Santé et de la Sécurité Sociale et de Notre Ministre du Trésor et du Budget et après délibération du Gouvernement en Conseil;

Arrêtons:

**Chapitre Premier – Des aides techniques.**

**Section I<sup>re</sup> – Des aides techniques en général.**

**Art. 1<sup>er</sup>.** Les aides techniques prises en charge par l'assurance dépendance sont celles inscrites sur la liste formant annexe du présent règlement, classées en classes, sous-classes et divisions d'après la «Norme internationale ISO 9999» et suivies d'un signe distinctif du mode de prise en charge.

Dans des situations exceptionnelles, la liste peut être complétée au niveau de la division du code ISO correspondant.

**Art. 2.** Il existe trois modes de prises en charges:

1. les aides techniques mises à disposition par voie de location sont déterminées sur la liste par la lettre «L»;
2. les aides techniques pouvant être acquises à charge de l'assurance dépendance sont déterminées par la lettre «A». Pour tenir compte des besoins spécifiques du bénéficiaire, les aides techniques marquées simultanément des lettres «L» et «A» peuvent être prises en charge sous l'une ou l'autre forme;
3. les aides techniques mises à disposition par acquisition avec rétrocession sont marquées des lettres «A» et «R».

Pour les aides techniques marquées de la lettre «D», un délai de renouvellement a été fixé.

Pour certaines aides techniques en acquisition ou en acquisition avec rétrocession, la liste prévoit un montant de prise en charge maximal. Ce montant est inscrit dans la rubrique «montant de prise en charge maximal» de la liste annexée.

**Art. 3.** Les aides techniques dont les prestataires doivent s'équiper conformément aux agréments visés aux articles 390, alinéa 2 et 391, alinéa 3 du Code des assurances sociales, sont prises en charge exceptionnellement à titre individuel en cas de besoin continu et personnel du bénéficiaire et sous la condition qu'elles soient spécifiquement adaptées aux besoins de la personne concernée.

Par dérogation à l'alinéa 1<sup>er</sup>, les fauteuils roulants sans adaptation spécifique peuvent être pris en charge si le besoin d'en disposer est permanent.

**Art. 4.** La prise en charge des aides techniques par l'assurance dépendance n'est possible que sur avis préalable de la Cellule d'évaluation et d'orientation.

**Art. 5.** Les aides techniques sont mises à disposition des bénéficiaires exclusivement par les fournisseurs liés à l'organisme gestionnaire sur base de l'article 394 du Code des assurances sociales. Le prix de location des aides techniques est pris en charge intégralement par l'assurance dépendance.

Les aides techniques ne pouvant être fournies par les fournisseurs visés à l'article 394 du Code des assurances sociales sont prises en charge sur base d'un contrat de gré à gré conclu par l'organisme gestionnaire sur avis de la Cellule d'évaluation et d'orientation.

**Art. 6.** Les aides techniques visées par le présent règlement ne sont délivrées qu'en un seul exemplaire par bénéficiaire, sauf dans les situations exceptionnelles constatées par la Cellule d'évaluation et d'orientation où l'attribution d'une seule aide technique de même nature ne parviendrait pas à couvrir les besoins du bénéficiaire.

**Art. 7.** En cas d'acquisition d'aides techniques en faveur d'un bénéficiaire, la subvention financière à charge de l'assurance dépendance est versée par l'organisme gestionnaire au fournisseur déterminé par la Cellule d'évaluation et d'orientation. La subvention couvre le prix d'acquisition indiqué dans l'avis de la Cellule d'évaluation et d'orientation, sans préjudice de l'article 2, alinéa 3.

Si pour des raisons de convenance personnelle, la personne dépendante sollicite des aides techniques, en dépassement des critères économiques, le surcoût est à sa charge, ce sans préjudice de l'application des articles 13 et 14.

**Art. 8.** Lorsque des aides techniques sont soumises par la loi ou les règlements à un contrôle officiel de conformité, la Cellule d'évaluation et d'orientation en tient compte dans son avis. Les frais qui en résultent pour la première mise en service, sont à la charge de l'assurance dépendance.

**Art. 9.** A l'exclusion des accumulateurs d'énergie pour les aides techniques d'aide à la mobilité, les consommables, les fournitures d'énergie, les taxes et redevances, nécessaires à l'utilisation des aides techniques, sont à charge du bénéficiaire.

**Art. 10.** L'entretien et les réparations nécessaires au bon fonctionnement des aides techniques en location ou en acquisition avec rétrocession sont à charge de l'assurance dépendance pour autant que celles-ci aient été utilisées dans des conditions normales.

L'assurance dépendance ne couvre pas la perte ou le vol d'une aide technique ou d'un accessoire.

Les primes pour les assurances que les lois ou règlements imposent pour couvrir la responsabilité civile pouvant être engagées du fait de l'utilisation de l'aide technique à l'égard de tiers, sont à charge du bénéficiaire.

**Art. 11.** L'installation ou l'enlèvement des aides techniques fixées aux sols, aux murs ou aux plafonds par quelques moyens que ce soit ne donne lieu à charge de l'assurance dépendance ni à une réparation des traces de fixation ou d'usage, ni à l'enlèvement d'accessoires tels que prises ou câblages.

En cas de changement de résidence, le déménagement ainsi que la réinstallation des aides techniques est à la charge du bénéficiaire.

**Art. 12.** Au cas où une aide technique doit être installée de manière fixe dans un logement dont le bénéficiaire est locataire ou copropriétaire, un accord explicite écrit du propriétaire ou du syndicat de copropriété est exigé avant l'octroi de l'appareil.

**Art. 13.** A la délivrance des aides techniques, le bénéficiaire doit souscrire à l'engagement d'en user en bon père de famille, de suivre les consignes qui lui sont communiquées et de se conformer aux normes de sécurité exigées par la législation applicable.

**Art. 14.** Si le besoin d'en disposer vient à cesser, les aides techniques mises à disposition par acquisition avec rétrocession sont cédées gratuitement, sur requête de l'organisme gestionnaire de l'assurance dépendance, par la personne en faveur d'un fournisseur spécialisé.

Il en est de même en cas de remplacement ou de renouvellement d'aides techniques en location à charge de l'assurance dépendance.

La récupération des aides techniques est sans frais pour le bénéficiaire.

## Section II. – Des adaptations de voitures.

**Art. 15.** Seules les adaptations de voitures à utilisation privée sont prises en charge par l'assurance dépendance.

Si le bénéficiaire n'est pas le propriétaire de la voiture, il doit, avant l'octroi de l'adaptation, justifier par une déclaration écrite, qu'il en possède un droit d'usage permanent.

Les montants pris en charge dans le cadre de l'adaptation d'une voiture ne peuvent pas dépasser par voiture les montants inscrits à la liste des aides techniques figurant à l'annexe. Les positions de cette liste peuvent être cumulées, en fonction des besoins du bénéficiaire déterminés par la Cellule d'évaluation et d'orientation sans pouvoir dépasser le montant de 26.000 euros.

**Art. 16.** Les adaptations pour voitures doivent être faites sur un véhicule neuf ou sur un véhicule ayant moins de 100.000 km lors de l'introduction de la demande pour l'adaptation d'une voiture.

**Art. 17.** Les adaptations pour voitures, à l'exception des sièges de voiture spécialement adaptés pour enfants, ne peuvent être renouvelées que tous les cinq ans à partir de la date d'établissement du certificat de conformité relatif à l'adaptation. Par dérogation à ce qui précède, la Cellule d'évaluation et d'orientation peut accorder une adaptation de même nature, en dehors du délai de cinq ans, si elle est justifiée par une impérieuse nécessité, fondée sur l'évolution de la situation médicale du bénéficiaire ou d'une modification de la composition familiale du bénéficiaire.

Les adaptations détruites ou endommagées par suite d'un accident du véhicule ne sont pas renouvelées par l'assurance dépendance en dehors du délai prévu. Le risque du vol d'une voiture adaptée est à couvrir par le bénéficiaire.

**Art. 18.** Pour les adaptations du poste de conduite, le permis de conduire doit être produit avant l'ouverture de l'instruction de la demande par la Cellule d'évaluation et d'orientation.

Seules les adaptations du poste de conduite mentionnées dans le permis de conduire peuvent faire l'objet d'une prise en charge par l'assurance dépendance.

Dans des situations exceptionnelles, la Cellule d'évaluation et d'orientation peut accorder des adaptations à des personnes ne disposant pas encore de permis de conduire, à condition que la Commission médicale du ministère du transport ait émis un avis positif quant à la capacité de la personne à conduire un véhicule.

**Art. 19.** La subvention financière pour les adaptations de voiture n'est versée au fournisseur qu'après production des attestations d'agrément requises.

### Section III. – Des chiens guide d'aveugles.

**Art. 20.** En dehors des aides techniques prévues à la liste annexée, une aide ou assistance canine peut être accordée afin d'accroître l'autonomie et la sécurité des déplacements de la personne déficiente visuelle par rapport aux déplacements avec une canne d'orientation.

La personne aveugle ou déficiente visuelle doit avoir les capacités physiques et cognitives pour pouvoir se déplacer avec un chien guide.

**Art. 21.** Le chien guide d'aveugle est formé à son rôle par des professionnels dans une école pour chiens guide d'aveugles agréée par l'organisme gestionnaire de l'assurance dépendance.

Le chien guide d'aveugle constitue une aide à la mobilité réservée aux personnes déficientes visuelles telles que définies à l'article 3 du règlement grand-ducal modifié du 18 décembre 1998 fixant les modalités de la détermination de la dépendance.

**Art. 22.** L'assurance dépendance accorde une subvention financière au bénéficiaire jusqu'à concurrence d'un montant de 18.000 euros pour lui permettre l'acquisition du chien guide d'aveugles avec l'obligation de le rendre à l'école ayant formé le chien guide lorsque le besoin d'en disposer a cessé.

Le montant d'intervention comprend le prix d'acquisition du chien, les frais d'élevage auprès d'une famille d'accueil, les frais de formation du chien guide et les frais d'acquisition du harnais. Il comprend en outre les frais d'initiation à la technique de guidance au harnais de la personne déficiente visuelle, à l'école et au domicile du bénéficiaire ainsi que le suivi du chien par l'école.

Les frais de déplacement et de séjour de la personne déficiente visuelle à l'école sont à la charge du demandeur.

Après la remise du chien guide au bénéficiaire, les frais d'entretien, les frais de nourriture, les frais de vétérinaire ainsi que les frais de responsabilité civile pour dommages causés par des animaux, sont à la charge du bénéficiaire.

### Chapitre II. – Des adaptations du logement.

**Art. 23.** Une intervention de l'assurance dépendance en matière d'adaptation du logement ne peut être accordée qu'en vue du maintien à domicile du bénéficiaire.

Une adaptation du logement ne peut pas être réalisée pour les personnes habitant dans un logement encadré tel qu'il est défini au règlement grand-ducal du 8 décembre 1999 concernant l'agrément à accorder aux gestionnaires de services pour personnes âgées.

**Art. 24.** Avant l'ouverture de l'instruction du dossier par la Cellule d'évaluation et d'orientation, le demandeur présente un certificat de résidence qui atteste qu'il est domicilié au logement devant faire l'objet des adaptations. Lorsque l'adaptation concerne un logement en construction ou non encore habité par le demandeur, l'instruction est ouverte sur présentation d'un titre de propriété ou d'un contrat de bail portant sur le logement à adapter.

Lorsque la personne dépendante est locataire ou copropriétaire du logement devant faire l'objet des adaptations, elle doit produire un accord explicite écrit du propriétaire des lieux ou du syndicat de copropriété, pris sur base d'un dossier accepté par la Cellule d'évaluation et d'orientation.

Si le demandeur n'est pas propriétaire ou locataire à titre personnel, il doit justifier d'un droit d'habitation dans le logement à adapter.

**Art. 25.** Dans le cas d'un logement à construire, l'avis de la Cellule d'évaluation et d'orientation doit se fonder sur l'analyse fonctionnelle des plans d'architecte.

L'assurance dépendance ne prend en charge que le surcoût lié à la dépendance.

**Art. 26.** La Cellule d'évaluation et d'orientation réalise un cahier des charges détaillé des adaptations à entreprendre, tenant compte de la faisabilité juridique et technique des travaux.

Le cahier des charges se compose d'un volet fonctionnel et d'un volet technique. Le volet fonctionnel est communiqué pour validation au demandeur, le cas échéant au syndicat de copropriété et au propriétaire du logement si le demandeur est locataire. Le volet technique est élaboré sur base du volet fonctionnel validé. Le volet technique comprend un devis estimatif permettant de comparer les offres de prix visées à l'article 27.

Le cahier des charges retient pour les adaptations, la solution la plus rationnelle du point de vue économique en tenant compte des besoins du demandeur ainsi que d'autres prestations et aides techniques accordées le cas échéant.

**Art. 27.** A la réception du cahier des charges technique, le demandeur sollicite, dans la mesure du possible, une offre de prix détaillée auprès d'au moins deux entreprises différentes laissées à son choix. Il s'engage à demander toutes les autorisations nécessaires aux adaptations du logement.

**Art. 28.** Sur base des différentes offres de prix répondant aux caractéristiques du cahier des charges, la Cellule d'évaluation et d'orientation détermine pour la solution retenue le montant pris en charge. Seules les entreprises dont l'offre de prix est conforme aux cahiers des charges indiquées par la Cellule d'évaluation et d'orientation, peuvent être chargées de l'exécution des travaux.

La Cellule d'évaluation et d'orientation peut refuser la prise en considération des offres de prix si celles-ci divergent de façon significative du devis estimatif établi.



**Art. 29.** Le montant pris en charge ne peut pas dépasser un montant de 26.000 euros par personne dépendante, sans prise en compte des aides techniques visées au chapitre premier. L'adaptation du logement constitue une prestation unique.

Dans des cas exceptionnels et justifiés pour des raisons professionnelles ou en cas de départ du domicile parental, l'adaptation d'un logement supplémentaire peut être accordée, ce sans préjudice de l'application des articles 32 et 33. Cette disposition s'applique également en cas de décision définitive de séparation de résidence.

La prise en charge des adaptations du logement par l'assurance dépendance n'est possible que sur avis préalable de la Cellule d'évaluation et d'orientation.

**Art. 30.** La prise en charge est subordonnée à la condition que la décision de l'organisme gestionnaire soit antérieure au début des travaux et que ceux-ci démarrent endéans les douze mois suivant la notification de la décision.

**Art. 31.** Le montant pris en charge est directement versé par l'organisme gestionnaire sur un compte bancaire de l'entrepreneur. Le montant dépassant le subsidé accordé ainsi que les suppléments éventuels sont à charge du bénéficiaire.

L'entrepreneur peut demander des acomptes au fur et à mesure de l'avancement des travaux.

Seuls les travaux et fournitures réellement exécutés sont admis à facturation. Toutes les factures doivent être approuvées par la Cellule d'évaluation et d'orientation avant paiement.

Deux factures d'acompte de 40 pour cent chacune et une facture finale au maximum peuvent être dressées.

Le règlement pour solde de la facture finale est subordonné à la réception définitive des travaux en présence de la Cellule d'évaluation et d'orientation, du bénéficiaire et de l'entrepreneur.

**Art. 32.** En toute hypothèse le logement faisant l'objet des adaptations doit être habité par la personne dépendante pendant au moins douze mois à compter de la réception définitive des travaux. A ce délai s'ajoute un délai d'un mois supplémentaire pour chaque tranche de 300 euros accordée. Tout changement de domicile intervenant endéans ce délai doit être déclaré, dans un mois, à l'organisme gestionnaire de l'assurance dépendance.

**Art. 33.** Si les conditions définies à l'article 32 ne sont pas respectées, le montant pris en charge doit être restitué. A cet effet un montant de 300 euros est mis en compte pour chaque mois de la durée d'habitation qui n'a pas été respectée.

Le bénéficiaire doit conclure une police d'assurance incendie couvrant les adaptations du logement réalisées par l'assurance dépendance.

En cas de restitution, l'organisme gestionnaire peut accorder un délai de paiement ne dépassant pas un an.

Toutefois, l'organisme gestionnaire peut dispenser de la restitution, si des raisons impérieuses motivent l'abandon du logement, la Cellule d'évaluation et d'orientation entendue en son avis.

La restitution n'ouvre pas droit à une nouvelle adaptation du logement.

**Art. 34.** Si le demandeur est locataire du logement, la prise en charge du coût supplémentaire de loyer, engendré par le déménagement de la personne dépendante dans un logement adapté ou adaptable, ne peut dépasser 300 euros par mois sans pouvoir dépasser au total le plafond fixé à l'article 29. Le coût supplémentaire peut être déterminé sur base d'une expertise.

**Art. 35.** Au démarrage du chantier, la Cellule d'évaluation et d'orientation, le demandeur et un responsable de l'entreprise se réunissent en vue de vérifier la correspondance entre le bon de commande et le cahier des charges technique retenu.

**Art. 36.** Si l'ensemble des adaptations dépasse le plafond visé à l'article 29, la Cellule d'évaluation et d'orientation accorde priorité à celles ayant le plus grand impact sur l'exécution des actes essentiels de la vie et les aides et soins à fournir.

### **Chapitre III. – Des produits nécessaires aux aides et soins.**

**Art. 37.** Les produits nécessaires aux aides et soins pris en charge par l'assurance dépendance pour les personnes dépendantes consistent en alèses et couches de protection pour incontinence.

### **Chapitre IV. – Disposition abrogatoire.**

**Art. 38.** Sont abrogés le règlement grand-ducal modifié du 23 décembre 1998 déterminant 1) les appareils pris en charge par l'assurance dépendance 2) les conditions et modalités de prise en charge des produits dans les établissements d'aide et de soins et le règlement grand-ducal du 5 novembre 1999 déterminant les modalités et les limites de la prise en charge des adaptations du logement par l'assurance dépendance.

### **Chapitre V. – Dispositions transitoire et finale.**

**Art. 39.** Par dérogation à l'article 38, les aides techniques continuent à être identifiées jusqu'au 1<sup>er</sup> septembre 2007 en application de la classification par code ISO de la liste formant l'annexe du règlement grand-ducal modifié du 23 décembre 1998 déterminant 1) les appareils pris en charge par l'assurance dépendance 2) les conditions et modalités de prise en charge des produits dans les établissements d'aide et de soins.

**Art. 40.** Notre Ministre de la Santé et de la Sécurité Sociale et Notre Ministre du Trésor et du Budget sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent règlement qui entre en vigueur le premier jour du mois qui suit sa publication au Mémorial.

*Le Ministre de la Santé  
et de la Sécurité Sociale,*  
**Mars Di Bartolomeo**

Crans-Montana, le 22 décembre 2006.  
**Henri**

*Le Ministre du Trésor et du Budget,*  
**Luc Frieden**

---

Code ISO	Nature	Domicile	Etablissement	Rétrocession	Délai de renouvellement	Montant de prise en charge maximal
<b>Liste des aides techniques prises en charge par l'Assurance dépendance</b>						
<b>04</b>	<b>Aides au traitement médical individuel</b>					
0419	Aides à l'administration des médicaments					
041903	Doseurs	A				
<b>0448</b>	<b>Equipement pour l'entraînement du mouvement, de la force et de l'équilibre</b>					
044808	Cadres et appareils de verticalisation	A/L				
044821	Tables inclinables	L				
<b>09</b>	<b>Aides aux soins et à la protection personnels</b>					
<b>0903</b>	<b>Vêtements et chaussures</b>					
090303	Capes	A	A			
090336	Culottes de protection pour le bain	A	A			
090348	Dispositifs de boutonnage et d'attaches	A	A			
<b>0906</b>	<b>Aides à la protection portées sur le corps</b>					
090603	Aides à la protection de la tête	A	A			
090606	Aides pour protéger les yeux et le visage	A	A			
090609	Aides pour protéger les oreilles et l'audition	A	A			
090612	Aides à la protection des coudes ou des bras	A	A			
090615	Aides à la protection des mains	A	A			
090618	Aides à la protection des jambes ou des genoux	A	A			
090621	Aides à la protection des talons ou des orteils ou des pieds	A	A			
090624	Aides à la protection du tronc ou de tout le corps	A	A			
<b>0909</b>	<b>Aides à l'habillement et au déshabillage</b>					
090903	Aides permettant d'enfiler les chaussettes et les collants	A	A			
090912	Tiges à crochet pour l'habillement et le déshabillage	A	A			
090915	Crochets permettant de manoeuvrer les fermetures éclair	A	A			
090918	Tire-boutons	A	A			
<b>0912</b>	<b>Aides à l'hygiène</b>					
091203	Sièges percés (avec ou sans roulettes)	L				
091209	Abattants de WC	A/L				
091212	Surélévateurs de WC (séparés)	L				
091215	Surélévateurs de WC (avec fixations rapportées)	L				
091218	Surélévateurs avec fixations intégrées (non démontables)	L				
091221	Cuvettes de WC avec un mécanisme de lavage incorporé	A				
091224	Barres d'appui et/ou dossiers montés sur WC	L				
091227	Pièces porte-papier hygiénique	A	A			
091230	Porte-rouleaux de papier hygiénique	A				
091233	Bassins de lit	A				
091236	Douchettes et sèche-chairs à air chaud adaptables aux toilettes	A				
<b>0927</b>	<b>Collecteurs d'urine</b>					
092709	Urinaux	A				
<b>0933</b>	<b>Aides permettant de se laver, de se baigner et de se doucher</b>					
093303	Chaises de bain/de douche (avec ou sans roulettes), planches pour le bain, tabourets, dossiers et sièges	A/L				
093309	Douches et cabines de douche, les portes de douche et les rideaux de douche en font partie	A				
093312	Brancards, tables de douche et tables à langer	L				
093321	Baignoires	A				
					cabine de douche: 10ans	
					10 ans	

093327	Aides pour raccourcir la longueur ou la profondeur de la baignoire	L					
093330	Gants de toilette, éponges, brosses avec support, poignée ou pince de fixation	A	A				
093389	Tablettes pour lavabo	A					
<b>0936</b>	<b>Aides à la manucurie et à la pédicurie</b>						
093603	Brosses à ongles	A	A				
093606	Limes à ongles et planches avec émeri	A	A				
093609	Ciseaux à ongles et coupe-ongles	A	A				
<b>0939</b>	<b>Aides aux soins des cheveux</b>						
093903	Aides au shampooing	L					
093906	Peignes et brosses à cheveux	A	A				
<b>0945</b>	<b>Aides aux soins du visage et aux soins de la peau</b>						
094509	Miroirs	A					
<b>0951</b>	<b>Horloges</b>						
095103	Montres-bracelets	A	A				
<b>12</b>	<b>Aides à la mobilité personnelle</b>						
<b>1203</b>	<b>Aides à la marche manipulées par un bras</b>						
120303	Cannes de marche	A	A				
120306	Cannes avec appui antibrachial	A	A				
120309	Cannes avec support d'avant-bras	A	A				
120312	Béquilles avec appui axillaire	A	A				
120316	Cannes de marche à trois ou à plusieurs pieds, une poignée et/ou un support d'avant-bras ou une manchette	L	L				
<b>1206</b>	<b>Aides à la marche manipulées par les deux bras</b>						
120603	Cadres de marche	L	L				
120606	Déambulateurs	L	L				
120609	Appareils de marche en position assise	L	L				
120612	Tables de marche	L	L				
1209	<b>Voitures spéciales</b>						
120903	Voitures avec un châssis à hauteur réglable	A	A		5 ans	10.000€	
<b>1212</b>	<b>Adaptations pour voitures</b>						
121204	Adaptations permettant de conduire des voitures, comprenant: les adaptations sur l'accélérateur, les freins, l'embrayage et les vitesses	A	A		5 ans	Adaptation sur l'accélérateur et les freins: 4.000€ Boîte de vitesses automatique et embrayage semi-automatique: 2.050€ Adaptation ou déplacement de la pédale d'accélérateur: 1.500€	
121205	Adaptations de voitures permettant d'actionner les freins de stationnement	A	A		5 ans	1.750€	
121207	Adaptations de voitures permettant d'actionner la direction (comprenant les boules de volant)	A	A		5 ans	200€	
121208	Adaptations des voitures permettant d'actionner des fonctions secondaires (comprenant les rétroviseurs réglables, les verrouillages centralisés, les essuie-glaces, les témoins et les phares)	A	A		5 ans	2.800€	
121209	Ceintures de sécurité et harnais de voiture	A	A		5 ans		
121212	Sièges et coussins de voiture conçus spécialement	A	A	R	5 ans/exception :siège pour enfant		
121215	Lève-personnes pour voiture (non prévus pour le fauteuil roulant)	A	A		5 ans	4.100€	
121218	Lève-personne permettant de soulever une personne assise dans son fauteuil roulant à l'intérieur d'une voiture	A	A		5 ans	10.000€	

121221	Aides au chargement des fauteuils roulants sur ou à l'intérieur d'une voiture	A	A			5 ans	10.000€
121224	Equipements d'arrimage d'un fauteuil roulant dans une voiture	A	A			5 ans	1.100€
121227	Adaptations de la carrosserie de la voiture (comportant les toits surélevés et les fenêtres agrandies)	A	A			5 ans	10.000€
<b>1218</b>	<b>Cycles</b>						
121803	Bicyclettes	L	L				
121806	Tricycles à propulsion podale	L	L				
121809	Cycles à propulsion manuelle	L	L				
121815	Tandems	L	L				
121821	Adaptations pour cycles	L	L				
<b>1221</b>	<b>Fauteuils roulants</b>						
122103	Fauteuils roulants manuels manœuvrés par un accompagnateur	L	L				
122106	Fauteuils roulants manuels à grandes roues arrière, manœuvrés par les deux mains	L	L				
122115	Fauteuils roulants manuels à conduite unilatérale	L	L				
122118	Fauteuils roulants à propulsion podale	L	L				
122121	Fauteuils roulants à moteur manœuvrés par un accompagnateur	L	L				
122124	Fauteuils roulants à propulsion par moteur électrique avec commande directionnelle manuelle	L	L				
122127	Fauteuils roulants à propulsion par moteur électrique avec commande directionnelle assistée	L	L				
<b>1224</b>	<b>Accessoires de fauteuils roulants</b>						
122403	Systèmes de direction et de commande	L	L				
122409	Ensembles de propulsion (comportant les systèmes de direction, de commande ou de freinage)	L	L				
122489	Appui-tête de FR pour voiture	L	L				
<b>1227</b>	<b>Véhicules</b>						
122703	Poussettes	L	L				
122715	"Crawlers" et planches à roulettes pour se déplacer	L	L				
122718	Brancards avec roues	L	L				
<b>1230</b>	<b>Aides au transfert</b>						
123003	Planches de transfert et tapis glissants	A	A				
123006	Disques de transfert	L	L				
123009	Potences de suspension sur pied	L	L				
123012	Echelles de corde	A	A				
123015	Ceintures de transfert et hamais	A	A				
<b>1233</b>	<b>Aides permettant de tourner</b>						
123306	Couvertures et tapis tournants	A	A				
<b>1236</b>	<b>Aides permettant de se lever</b>						
123603	Lève-personnes mobiles avec sangles	L	L				
123606	Lève-personnes mobiles avec siège	L	L				
123612	Lève-personnes fixés au mur, entre les murs, au sol et/ou au plafond	A	A		R	lève-personnes sur rails: 10 ans	26.000€
<b>1239</b>	<b>Aides à l'orientation</b>						
123903	Cannes (blanches) faciles et cannes blanches	A	A				
123906	Aides électroniques à l'orientation	A	A		R		
<b>15</b>	<b>Aides aux activités domestiques</b>						
<b>1503</b>	<b>Aides à la préparation de la nourriture et des boissons</b>						
150303	Aides pour peser et mesurer	A	A				
150306	Aides pour couper, hacher et séparer	A	A				



181803	Mains courantes et garde-corps		A						Au mètre linéaire y compris tout raccord: mains courantes: 1.60€ garde-corps: 425€
181806	Barres d'appui et poignées d'appui		A						
<b>1821</b>	<b>Dispositifs d'ouverture et de fermeture de portails, portes, de fenêtres et de rideaux</b>								
182103	Dispositifs d'ouverture et de fermeture des portes		A						
182106	Dispositifs d'ouverture et de fermeture des fenêtres		A						
182109	Dispositifs d'ouverture et de fermeture des rideaux		A						
182112	Dispositifs d'ouverture et de fermeture des stores		A						
182115	Verrous		A						
<b>1824</b>	<b>Eléments de construction dans la maison et dans d'autres locaux</b>								
182412	Seuils		A/L						
<b>1827</b>	<b>Echelles et escabeaux</b>		L						
182700	Echelles et escabeaux		L						
<b>1830</b>	<b>Dispositifs de changement de niveau</b>								
183006	Monte-charge et plate-formes élévatoires		A				10 ans		26.000€
183009	Élévateurs d'escaliers		A				10 ans		26.000€
183012	Dispositifs permettant de gravir les escaliers		L						
183015	Rampes portables		L						
183018	Rampes fixes		A				10 ans		26.000€
<b>1833</b>	<b>Equipements de sécurité pour la maison et autres locaux</b>								
183306	Barrières de sécurité		A						
<b>21</b>	<b>Aides à la communication, à l'information et à la signalisation</b>								
<b>2103</b>	<b>Aides optiques</b>								
210303	Véres de lunettes		A	A					
210306	Montures de lunettes		A	A					40€
210312	Loupes avec éclairage incorporé		A	A			R		
210315	Loupes sans éclairage		A	A			R		
210318	Jumelles et télescopes		A	A			R		
210321	Lunettes montées avec lentilles monoculaires ou binoculaires télescopiques pour voir de loin à la distance ordinaire de lecture		A	A					
210324	Lunettes montées avec lentilles monoculaires ou binoculaires télescopiques pour voir de près, par exemple la lecture de près		A	A					
210327	Agrandisseurs de champ de vision		A	A			R		
210333	Lunettes prismatiques (lunettes pour lire couché)		A	A			R		
210336	Filtres de lumière (filtres absorbants)		A	A					
<b>2106</b>	<b>Aides électro-optiques</b>								
210603	Systèmes vidéo agrandissant l'image		A	A			R		
210606	Machines à lire		A	A			R		
210609	Logiciels grossissant		A	A			R		
<b>2110</b>	<b>Dispositifs de sortie pour ordinateurs, machines à écrire et équipements électroniques</b>								
211003	Ecrans		A	A			R		
211006	Imprimantes et traceurs		A	A			R		
211009	Dispositifs pour synthèse vocale		A	A			R		
<b>2115</b>	<b>Machines à écrire et de traitement de textes</b>								
211512	Machines à écrire manuelles pour le braille		A	A			R		
211515	Machines à écrire électriques pour le braille		A	A			R		
<b>2118</b>	<b>Calculatrices</b>								

211800	Calculatrices		A	A	R	
<b>2124</b>	<b>Aides pour dessiner et écrire</b>					
212406	Tableaux permettant d'écrire, de tracer et de dessiner		A	A		
212409	Guides pour signer et tampons-signatures		A	A		
212412	Guide-mains pour écrire		A	A		
212419	Dispositifs électroniques portables de prise de notes pour les utilisateurs de braille.		A	A	R	
<b>2127</b>	<b>Aides de lecture non optiques</b>					
212703	Tourne-pages		A	A	R	
212706	Chevalets de lecture et porte-livres		L	L		
<b>2130</b>	<b>Enregistreurs audio et récepteurs</b>					
213009	Magnétophones à cassettes miniatures		A	A	R	
<b>2136</b>	<b>Téléphones et aides pour téléphoner</b>					
213609	Téléphones avec entrée et/ou sortie de texte		A	A	R	
213610	Téléphones visuels et vidéophones		A	A	R	
213612	Téléphones à amplificateurs de sons et accessoires		A	A	R	
	Indicateurs de composition de numéros, de numéro occupé et de sonnerie		A	A	R	
213615	Aides pour composer les numéros		A	A	R	
213618	Dispositifs d'induction		A	A		
213627	Supports d'écouteurs téléphoniques		A	A		
213630	Systèmes de transmission de son					
<b>2139</b>	<b>Systèmes de raccordement aux postes de radio et de télévision</b>					
213912	Inferphones d'entrée et amplificateurs d'interphones d'entrée		A	A		
213918	Systèmes de transmission de fréquence de radio		A	A	R	
213924	Systèmes infrarouges		A	A		
<b>2142</b>	<b>Aides à la communication face-à-face</b>					
214203	Ensemble de lettres et/ou de symboles		A	A		
214206	Tableaux de lettres et/ou de symboles		A	A		
214209	Appareils de communication portables (comprenant les écrans digitaux, les sorties papier et les synthèses vocales)		A	A	R	
214210	Dispositifs non portables permettant la communication face-à-face		A	A	R	
214215	Amplificateurs de voix à usage personnel		A	A		
214224	Logiciels permettant la communication face-à-face		A	A	R	
<b>2145</b>	<b>Aides auditives</b>					
214515	Aides auditives tactiles		A	A	R	
<b>2148</b>	<b>Aides de signalisation et d'indication</b>					
214803	Signaux de portes et avertisseurs de signal de porte		A	A	R	
214806	Avertisseurs d'ouverture de porte		A	A	R	
214815	Indicateurs de bruits		A	A	R	
214818	Indicateurs. Dispositifs appliqués à un produit		A	A	R	
214824	Calendrier électronique et systèmes de mémoire		A	A	R	
<b>24</b>	<b>Aides à la manipulation des produits et des biens</b>					
2404	Matériels et outils de marquage					
240490	Outils de marquage pour le braille		A	A		
<b>2406</b>	<b>Aides à la manipulation des récipients</b>					
240603	Aides à l'ouverture des bouteilles, des boîtes métalliques, des récipients		A	A		
240606	Clefs pour presser les tubes		A	A		
240903	Boutons-poussoirs		A	A		
240906	Poignées et boutons fixes		A	A		
240909	Poignées et boutons tournants		A	A		



240912	Pédales ( non électriques)		A	A		
240915	Volants et manivelles		A	A		
240918	Interrupteurs (marche/arrêt)		A	A		
240924	Tableaux-commutateurs		A	A		
<b>2410</b>	<b>Dispositifs d'entrée pour les ordinateurs et équipements électroniques</b>					
241003	Claviers		A	A	R	
241006	Souris		A	A	R	
241012	Autres dispositifs d'entrée		A	A	R	
241015	Accessoires pour dispositifs d'entrée		A	A	R	
241018	Modifications des dispositifs d'entrée		A	A	R	
<b>2412</b>	<b>Systèmes de contrôle de l'environnement</b>					
241203	Systèmes de commande à distance		A	A	R	
241206	Logiciels de contrôle de l'environnement		A	A	R	
<b>2418</b>	<b>Aides pour compenser et/ou pour remplacer la fonction du bras, de la main et/ou des doigts</b>					
241803	Aides à la préhension		A	A		
241806	Adaptateurs de préhension et fixations		A	A		
241812	Supports		A	A		
241815	Tiges de commande (comprenant celles manœuvrées par la tête, le menton et la bouche)		A	A		
241818	Lampes directionnelles		A	A		
241827	Supports d'avant-bras pour permettre des activités manuelles		L	L		
<b>2421</b>	<b>Aides à la saisie à distance</b>					
242103	Pinces de préhension manuelles		A	A		
242109	Prolongateurs sans fonction de préhension		A	A		
<b>2427</b>	<b>Aides pour fixer</b>					
242703	Ventouses		A	A		
242706	Tapis antidérapants		A	A		
242709	Serre-joints à vis		A	A		
242715	Etaux		A	A		
<b>2436</b>	<b>Aides pour porter et transporter</b>					
243606	Jeux de roulettes		A			
<b>2706</b>	<b>Instruments de mesure</b>					
270624	Aides et outils pour mesurer les couleurs		A	A	R	

**Règlement grand-ducal du 22 décembre 2006 modifiant le règlement grand-ducal du 25 juin 1998 relatif au fonctionnement de la Commission consultative prévue à l'article 387, alinéa 4 du Code des assurances sociales.**

Nous Henri, Grand-Duc de Luxembourg, Duc de Nassau,

Vu l'article 387, alinéa 4) du Code des assurances sociales;

Vu l'avis de la Commission consultative prévue à l'article 387 du Code des assurances sociales;

Vu l'article 2 (1) de la loi du 12 juillet 1996 portant réforme du Conseil d'Etat et considérant qu'il y a urgence;

Sur le rapport de Notre Ministre de la Santé et de la Sécurité Sociale, de Notre Ministre de la Famille et de l'Intégration et de Notre Ministre du Trésor et du Budget et après délibération du Gouvernement en Conseil;

Arrêtons :

**Art. 1<sup>er</sup>.** L'article 1<sup>er</sup>, alinéa 1, du règlement grand-ducal du 25 juin 1998 relatif au fonctionnement de la Commission consultative prévue à l'article 387, alinéa 4 du Code des assurances sociales prend la teneur suivante:

«En vue de la constitution de la Commission consultative prévue à l'article 387 du Code des assurances sociales, désignée ci-après par «Commission consultative»,

- les ministres ayant dans leurs attributions la Santé et la Famille,
- le président de l'Union des caisses de maladie,
- le groupement représentatif des organisations agréées en vue de la dispensation d'aides et de soins,
- le Conseil supérieur des personnes handicapées et le Conseil supérieur des personnes âgées,
- les délégués visés à l'article 48, alinéa 1, points 1 à 4,
- le fonctionnaire dirigeant de la Cellule d'évaluation et d'orientation,

communiquent par simple lettre au ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale, la liste des membres effectifs et suppléants pour faire partie de cette Commission.»

**Art. 2.** L'article 2 du règlement grand-ducal du 25 juin 1998 relatif au fonctionnement de la Commission consultative prévue à l'article 387, alinéa 4 du Code des assurances sociales est modifié comme suit:

«Art. 2. La Commission consultative peut se saisir elle-même de toutes les affaires relatives à ses attributions prévues aux articles 350, 356 paragraphe 2 et 361 du Code des assurances sociales.

Elle peut être saisie également de toute proposition d'inscription, de modification ou de suppression d'aides ou de soins lui soumises par les ministres ayant dans leurs attributions la Sécurité sociale, la Santé ou la Famille, la Cellule d'évaluation et d'orientation, l'organisme chargé de la gestion de l'assurance dépendance ou les organismes agréés ayant conclu une convention-cadre avec l'organisme gestionnaire.

Elle se réunit sur convocation de son président dans le mois suivant la saisine de celui-ci moyennant une demande écrite et motivée.

Hormis le cas d'urgence, la convocation, contenant l'ordre du jour et mentionnant le lieu, le jour et l'heure de la réunion, est faite par écrit à chaque membre effectif au moins cinq jours avant la réunion. Les documents nécessaires à l'information des membres sont joints à la convocation.»

**Art. 3.** A la suite de l'article 6 du règlement grand-ducal du 25 juin 1998 relatif au fonctionnement de la Commission consultative prévue à l'article 387, alinéa 4 du Code des assurances sociales, il est inséré un article 7 nouveau, libellé comme suit:

«Art. 7. La Commission consultative peut décider d'instituer des sous-commissions en vue du traitement de points particuliers relevant de ses attributions. Les résultats des travaux en sous-commission sont proposés à l'ensemble de la Commission consultative pour décision.»

Les articles 7 à 8 deviennent les articles 8 à 9 nouveaux.

**Art. 4.** L'article 9 nouveau du règlement grand-ducal du 25 juin 1998 relatif au fonctionnement de la Commission consultative prévue à l'article 387, alinéa 4 du Code des assurances sociales prend la teneur suivante:

«Art. 9. Les membres de la Commission consultative, le secrétaire et les experts touchent pour chaque réunion une indemnité fixée à 18,59 euros.

Par dérogation à l'alinéa qui précède, la Commission consultative peut proposer au ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale, de rémunérer les services particuliers rendus par un expert dans la limite des crédits disponibles prévus au budget de l'Etat.»

**Art. 5.** Notre Ministre de la Santé et de la Sécurité Sociale, Notre Ministre de la Famille et de l'Intégration et Notre Ministre du Trésor et du Budget sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution des dispositions du présent règlement grand-ducal qui est publié au Mémorial et qui entre en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2007.

*Le Ministre de la Santé  
et de la Sécurité Sociale,*  
**Mars Di Bartolomeo**

Crans-Montana, le 22 décembre 2006.  
**Henri**

*La Ministre de la Famille  
et de l'Intégration,*  
**Marie-Josée Jacobs**

*Le Ministre du Trésor  
et du Budget,*  
**Luc Frieden**

---

**Règlement grand-ducal du 22 décembre 2006 déterminant les conditions, limites et modalités du dépassement du plan de prise en charge en cas de fluctuations imprévisibles dans l'état de dépendance.**

Nous Henri, Grand-Duc de Luxembourg, Duc de Nassau,

Vu l'article 359 du Code des assurances sociales;

Vu l'article 2 (1) de la loi du 12 juillet 1996 portant réforme du Conseil d'Etat et considérant qu'il y a urgence;

Sur le rapport de Notre Ministre de la Santé et de la Sécurité Sociale et après délibération du Gouvernement en Conseil;

Arrêtons:

**Art. 1<sup>er</sup>.** Les aides et soins pour les actes essentiels de la vie délivrés en dépassement du plan de prise en charge peuvent être prestés à charge de l'assurance dépendance si, par suite d'une hospitalisation en milieu aigu de sept jours consécutifs au moins, la personne dépendante présente un besoin momentané d'assistance dépassant les aides et soins pour les actes essentiels de la vie, requis au plan de prise en charge en cours.

**Art. 2.** Le besoin d'assistance doit s'étendre sur sept jours consécutifs au moins et ne peut être supérieur à deux mois.

Les aides et soins prestés en dépassement du plan de prise en charge doivent être motivés et documentés par le prestataire qui les met en compte.

La prise en charge de prestations injustifiées peut être refusée a posteriori par l'organisme gestionnaire sur avis de la Cellule d'évaluation et d'orientation.

**Art. 3.** Notre Ministre de la Santé et de la Sécurité sociale est chargé de l'exécution du présent règlement qui entre en vigueur le premier jour du mois qui suit sa publication au Mémorial.

*Le Ministre de la Santé  
et de la Sécurité Sociale,*  
**Mars Di Bartolomeo**

Crans-Montana, le 22 décembre 2006.  
**Henri**

---

**Règlement grand-ducal du 22 décembre 2006 déterminant le fonctionnement de la Commission de qualité des prestations prévue à l'article 387bis du Code des assurances sociales.**

Nous Henri, Grand-Duc de Luxembourg, Duc de Nassau,

Vu l'article 387bis du Code des assurances sociales;

Vu l'article 2 (1) de la loi du 12 juillet 1996 portant réforme du Conseil d'Etat et considérant qu'il y a urgence;

Sur le rapport de Notre Ministre de la Santé et de la Sécurité sociale, de Notre Ministre de la Famille et de l'Intégration et de Notre Ministre du Trésor et du Budget et après délibération du Gouvernement en Conseil;

Arrêtons:

**Art. 1<sup>er</sup>.** En vue de la constitution de la Commission de qualité des prestations prévue à l'article 387bis du Code des assurances sociales, désignée ci-après par «Commission de qualité», les groupements professionnels représentatifs des prestataires signataires de la convention-cadre visée à l'article 388 du Code des assurances sociales et l'association la plus représentative des patients visée à l'article 387bis du Code des assurances sociales communiquent par simple lettre au ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale, la liste des membres effectifs et suppléants qu'ils ont désignés pour faire partie de cette Commission de qualité.

En cas de refus du ou des groupements de désigner leurs représentants, ils sont désignés par le ministre ayant dans ses attributions la Sécurité Sociale.

**Art. 2.** Deux membres sont désignés par le ministre ayant dans ses attributions la Famille.

Les deux membres de la Cellule d'évaluation et d'orientation sont désignés par le ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale.

Deux experts en matière de qualité sont désignés par le ministre ayant dans ses attributions la Santé.

Les membres sont désignés pour une période indéterminée et peuvent à tout moment être remplacés. Le nouveau membre entre en fonction le premier jour du mois qui suit celui pendant lequel la lettre visée à l'article 1er est parvenue au ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale, à moins que celle-ci n'indique une autre date.

**Art. 3.** Pour chaque membre effectif, un membre suppléant est désigné d'après les modalités ci-dessus prévues.

**Art. 4.** Le président de la Commission de qualité est désigné par arrêté du ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale parmi les membres de la Commission de qualité.

**Art. 5.** La Commission de qualité se réunit, sur convocation de son président, toutes les fois que l'exigent les affaires comprises dans ses attributions.

Si trois membres désirent que la Commission de qualité se réunisse, ils doivent adresser à cet effet une demande écrite et motivée au président, qui est alors tenu de convoquer la Commission de qualité avec l'ordre du jour proposé dans un délai de quinze jours.

La convocation, contenant l'ordre du jour et mentionnant le lieu, le jour et l'heure de la réunion, est faite par écrit au moins cinq jours avant la réunion. Les projets de recommandations et les documents nécessaires à l'information des membres sont joints à la convocation.

**Art. 6.** La Commission de qualité délibère valablement si cinq au moins de ses membres sont présents.

Lorsque le président constate que la Commission de qualité n'est pas en nombre pour délibérer valablement, il clôt la réunion.

Dans ce cas, il convoque, dans un délai de trois jours, la Commission de qualité avec le même ordre du jour en respectant le délai prévu sous l'article 5, alinéa 3. La Commission de qualité siège alors valablement quelque soit le nombre des membres présents.

**Art. 7.** Le président ouvre et clôt la réunion et dirige les débats. Il en fait le résumé et formule, le cas échéant, la question à mettre au vote.

Les membres votent à main levée. Les décisions relatives aux propositions sont prises à la majorité des voix exprimées. En cas de partage de voix, celle du président est prépondérante.

Le président et les huit autres membres disposent chacun d'une voix. Les décisions sont prises à la majorité des voix exprimées. En cas de partage des voix, celle du président est prépondérante.

Dans les conditions prévues aux alinéas qui précèdent, la Commission de qualité décide des propositions élaborées sur sa propre initiative et décide de la désignation d'experts permanents ou de la désignation d'experts temporaires pour des problèmes particuliers.

Les experts désignés par la Commission de qualité ne participent pas aux votes.

**Art. 8.** Sont également soumises au vote les propositions circonstanciées que la Commission de qualité fait parvenir aux présidents des parties visées à l'article 388bis du Code des assurances sociales. Chaque membre ayant voté contre l'adoption d'une recommandation ou s'étant abstenu lors du vote, a le droit de formuler une proposition séparée qui est jointe à la recommandation principale.

**Art. 9.** La Commission de qualité est assistée d'un secrétaire administratif et d'un secrétaire technique désignés par le ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale.

Le secrétaire administratif établit pour chaque réunion un rapport indiquant le nom des délégués présents ou excusés, l'ordre du jour de la réunion ainsi que les décisions ou les recommandations prises en évoquant pour chaque vote le nom des votants, les votes positifs et négatifs ainsi que les abstentions.

Le secrétaire technique est responsable de la tenue et de la diffusion de la documentation nécessaires à l'information des membres ainsi que des travaux administratifs en relation avec l'organisation des réunions de la Commission de qualité.

**Art. 10.** Les membres de la Commission de qualité, les secrétaires et les experts touchent pour chaque réunion une indemnité fixée à 18,59 euros.

Par dérogation à l'alinéa qui précède, la Commission de qualité peut décider de rémunérer les services particuliers rendus par un expert dans la limite des crédits disponibles prévus au budget de l'Etat.

**Art. 11.** Les frais de fonctionnement de la Commission de qualité sont entièrement à charge de l'Etat.

**Art 12.** Notre Ministre de la Santé et de la Sécurité Sociale, Notre Ministre de la Famille et de l'Intégration et Notre Ministre du Trésor et du Budget sont chargés chacun en ce qui le concerne de l'exécution du présent règlement qui entre en vigueur le premier jour du mois qui suit sa publication au Mémorial.

*Le Ministre de la Santé  
et de la Sécurité Sociale,*  
**Mars Di Bartolomeo**

Crans-Montana, le 22 décembre 2006.  
**Henri**

*La Ministre de la Famille  
et de l'Intégration,*  
**Marie-Josée Jacobs**

*Le Ministre du Trésor  
et du Budget,*  
**Luc Frieden**

---