

I.N.A.M.I.

Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité

Soins de Santé

Circulaire OA n° 2011/267 du 28 juin 2011

370/1494

En vigueur à partir du 1 mai 2011

Nouvelles conventions catégorielles en matière de rééducation locomotrice et neurologique

En sa séance du 4 avril 2011, le Comité de l'assurance a approuvé la proposition de conclure avec :

- l'hôpital Erasme à Bruxelles
- les Cliniques universitaires Saint-Luc à Bruxelles

deux conventions de rééducation catégorielle en matière de rééducation locomotrice et neurologique.

Les numéros d'identification ainsi que la date d'entrée en vigueur de ces deux conventions sont :

	Numéro d'identification	Date d'entrée en vigueur
Hôpital Erasme	771.021.32	1 ^{er} mai 2011
Cliniques universitaires Saint Luc	771.022.31	1 ^{er} juin 2011

Ces conventions sont conclues pour une durée indéterminée.

En **annexe 1** à la présente circulaire, vous trouverez le texte de la convention dans lequel les différences (minimes) entre les deux conventions sont indiquées.

L'objectif de la rééducation est défini à l'article 3, les bénéficiaires à l'article 4.

La nature et les prix des prestations de rééducation sont repris aux articles 10 et 11. A l'indice pivot 114,97 (mai 2011 – base 2004) des prix à la consommation, les prix sont les suivants :

	Ambulatoire	Hospitalisé
Prestation de rééducation de base	53,14 EUR (prix à ± 34%)	53,14 EUR (prix à ± 34%)
Demi-journée de rééducation	74,10 EUR (prix à ± 48%)	84,16 EUR (prix à ± 54%)
Journée de rééducation	134,78 EUR (prix à ± 87%)	154,96 EUR (prix de base à 100%)

Pour les bénéficiaires hospitalisés, ces montants ne doivent pas être diminués d'une intervention personnelle mais bien pour les patients ambulatoires.

Les pseudocodes suivants doivent être utilisés pour la facturation de ces prestations :

Ambulatoire	772 030
Hospitalisé	772 041

Une demande de prise en charge par l'assurance obligatoire soins de santé pour des prestations de rééducation comme repris dans l'article 10 de cette convention, doit être introduite selon les dispositions de l'article 142, §2, de l'A.R. du 3 juillet 1996 (cf. article 15). L'article 15 § 3 des conventions respectives prévoient qu'un rapport médical doit être joint au formulaire de demande d'intervention. Le modèle de ce rapport médical peut à tout moment être imposé par le Collège des médecins-directeurs. Le Collège des médecins directeurs s'est prononcé (en séance du 4 mai 2011) sur un modèle de rapport médical dont vous trouverez un exemplaire en **annexe 2** de la présente circulaire. Ce rapport médical complété doit donc être joint au formulaire de demande d'intervention pour chaque patient.

Conformément à l'article 138 point e) de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, la compétence décisionnelle appartient au médecin conseil de l'organisme assureur du bénéficiaire.

Dorénavant, ces deux nouveaux établissements 7.71 pourront également depuis l'entrée en vigueur respectives des conventions 7.71, être considérés comme étant des centres de renvoi au sens de la convention 9.51. La présente circulaire adapte donc la liste des centres 7.71 qui peuvent renvoyer les patients vers un centre 9.51 (concernant cette matière : voir circulaire OA 2008/352 du 27 août 2008 – rubrique 370/1296).

Le Comité de l'assurance a également décidé d'ajouter ces deux hôpitaux à la liste des établissements de rééducation fonctionnelle qui peuvent introduire des demandes individuelles d'accord d'intervention de l'assurance dans les frais de transport visés par l'A.M. du 14.12.1995 (arrêté ministériel fixant l'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans les frais de déplacement exposés dans le cadre de la rééducation fonctionnelle). En cette matière, je vous réfère à la circulaire OA 2011/222 du 30/05/2011 – rubrique 371/150.

Le Fonctionnaire Dirigeant,

H. De Ridder
Directeur général.

Annexes :

[Texte convention Erasme et Saint Luc](#)
[Rapport médical Erasme et Saint Luc](#)

INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITÉ
Établissement public institué par la loi du 9 août 1963
AVENUE DE TERVUEREN 211 - 1150 BRUXELLES

Service des soins de santé

CONVENTION DE RÉÉDUCATION FONCTIONNELLE NEURO-LOCOMOTRICE

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

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

Il est convenu ce qui suit, entre :

d'une part,

le Comité de l'assurance soins de santé, désigné dans cette convention par les termes « le Comité de l'assurance »,

et d'autre part,

[CONVENTION ERASME] l'Université Libre de Bruxelles qui gère l'établissement de rééducation catégoriel « Le Centre de réadaptation fonctionnelle Neurologique de l'Hôpital ERASME – U.L.B. » à Bruxelles, ci-après dénommé « l'établissement ».

[CONVENTION ST-LUC] l'A.S.B.L. Université Catholique de Louvain Cliniques Universitaires Saint-Luc à Bruxelles, qui gère l'établissement de rééducation catégoriel « le Service de Médecine Physique et de Réadaptation Cliniques Universitaires Saint-Luc » à Bruxelles, agréé par le Fonds communautaire/régional compétent pour l'intégration sociale des personnes handicapées, établissement de rééducation ci-après dénommé par « l'établissement ».

OBJET DE LA CONVENTION

Article 1^{er}.

La présente convention décrit, là où il est question du prix par « journée de rééducation » ou par « demi-journée de rééducation » en sus de leur paiement, les relations entre l'établissement et certains bénéficiaires de l'assurance, ainsi que les relations entre l'établissement, l'INAMI et les organismes assureurs.

[CONVENTION ERASME] Les activités prévues par la présente convention ne peuvent être réalisées que sur un seul site de l'Hôpital Erasme – U.L.B. à Bruxelles.

[CONVENTION ST-LUC] Les activités prévues par la présente convention ne peuvent être réalisées que sur un seul site des Cliniques Universitaires Saint-Luc à Bruxelles.

L'ÉTABLISSEMENT

Article 2.

§ 1^{er}. L'établissement représente un établissement de rééducation catégoriel (hautement spécifique) et constitue une entité fonctionnelle disposant d'une équipe de rééducation multidisciplinaire et d'une infrastructure propres (c'est-à-dire que l'équipement et les locaux destinés aux patients visés par la présente convention ne doivent pas être utilisés au même moment par des patients qui ne font pas partie du groupe cible de la présente convention), afin d'atteindre, pour les bénéficiaires visés, l'objectif poursuivi de la rééducation à l'aide de programmes de rééducation sur mesure. Si cette infrastructure propre n'existe pas encore dans les faits au moment de la conclusion de la présente convention, cela doit effectivement être le cas endéans les 2 ans qui suivent l'entrée en vigueur de la présente convention.

L'établissement se tient à la disposition des bénéficiaires en permanence, en fonction de leurs besoins, 7 jours sur 7 et 365 jours par an. Cette obligation imposée à l'établissement n'exclut toutefois pas qu'une partie des bénéficiaires de cette convention quitte, à l'occasion du week-end, l'établissement pour autant que les résultats de la rééducation ne soient pas compromis.

L'établissement est placé sous la responsabilité médicale générale d'un directeur médical, spécialiste reconnu comme médecin spécialiste en réadaptation neurologique ou locomotrice.

L'établissement travaille dans le cadre d'un réseau qui regroupe plusieurs autres centres de rééducation catégoriels et locorégionaux et, lorsqu'il n'y en a pas, les services de médecine physique et de rééducation des hôpitaux locaux. Ce qui signifie que l'établissement peut (en concertation avec le patient et son entourage et le centre de rééducation concerné) renvoyer, vers les centres de rééducation plus proches du domicile du patient ou davantage spécialisés dans la rééducation de la problématique du patient, les patients en rééducation pour qui il n'est plus nécessaire de poursuivre la rééducation au sein de l'établissement. Ces centres de rééducation locorégionaux et catégoriels peuvent également toujours demander le transfert des patients hospitalisés et ambulatoires vers l'établissement si l'établissement est mieux placé pour rééduquer le patient concerné. Le cas échéant, l'admission dans l'établissement devrait se faire dans les meilleurs délais. La collaboration en réseau implique l'organisation régulière de pareils renvois ainsi que le partage des données/de l'expertise entre l'établissement et les centres de rééducation concernés. La collaboration entre l'établissement et les centres de rééducation qui constituent un réseau, doit être organisée à travers des conventions de collaboration écrites officialisées. [CONVENTION ERASME] *Ces conventions de collaboration écrites doivent être signées et soumises au Collège des médecins-directeurs au plus tard 18 mois après la date d'entrée en vigueur de la présente convention.*

§ 2. L'équipe de rééducation multidisciplinaire propre

a. Composition et gouvernance

L'équipe de rééducation multidisciplinaire est constituée à la fois de personnel médical et de personnel non médical.

L'équipe de rééducation multidisciplinaire est placée sous la direction médicale et la responsabilité du directeur médical.

L'équipe médicale de rééducation:

L'établissement de rééducation multidisciplinaire doit pouvoir offrir en permanence une rééducation intensive qui suppose la participation active des médecins spécialistes. Dès lors l'équipe médicale de rééducation se compose d'un nombre suffisant de médecins permettant de garantir, pendant les jours d'ouverture de l'établissement (365 jours sur 365), la participation active d'au moins un médecin spécialiste

en rééducation. Tous ces médecins spécialistes en rééducation participent aux réunions d'équipe et sont concernés par d'autres aspects du fonctionnement multidisciplinaire de l'établissement.

Exception faite des médecins spécialistes en rééducation, des médecins spécialistes de différentes disciplines (consultants) visés au § 4 du présent article auxquels l'établissement doit pouvoir toujours faire appel peuvent faire partie de l'équipe de rééducation pour certains patients.

L'équipe de rééducation non médicale :

Cette équipe se compose au moins des membres de l'équipe des disciplines et/ou compétences suivantes :

- psychologie et/ou neuropsychologie et/ou orthopédagogie ;
- logopédie et/ou neurolinguistique ;
- kinésithérapie ;
- ergothérapie ;
- infirmier qui a de l'expérience dans le domaine de la rééducation ;
- assistant social.

En outre, il doit pouvoir être fait appel aux représentants des disciplines suivantes :

- diététique ;
- technologie de rééducation (technicien d'adaptation, instrumentiste orthopédique, bandagiste, chausseur orthopédiste, spécialiste du travail).

L'équipe de rééducation non médicale doit être suffisamment large que pour permettre à l'équipe de dispenser toutes les prestations de rééducation nécessaires 7 jours sur 7 et 365 jours par an. Les dispensateurs de soins faisant partie d'une discipline qui est intégrée obligatoirement à l'équipe de rééducation, mais qui ne font eux-mêmes pas partie de l'équipe de rééducation multidisciplinaire et qui de ce fait ne participent pas aux réunions d'équipe ni ne sont concernés par d'autres aspects du fonctionnement multidisciplinaire, ne peuvent en aucun cas, pour les bénéficiaires de la présente convention, dispenser de prestations dans l'établissement. L'établissement doit donc organiser ses activités de façon à ce que les membres de l'équipe de rééducation de l'établissement puissent également dispenser les samedis, dimanches et jours fériés les prestations multidisciplinaires nécessaires dans le cadre du programme de rééducation d'un bénéficiaire.

L'établissement s'efforcera au maximum d'employer à temps plein au sein de l'établissement les membres de l'équipe de rééducation non médicale désireux de décrocher un emploi à temps plein, afin que ces membres puissent exclusivement se consacrer aux activités de rééducation de l'établissement et aient l'opportunité de s'y spécialiser. Dans ce contexte, l'établissement veillera au maximum à ce que les membres de l'équipe de rééducation non médicale exercent le moins possible d'activités professionnelles à l'extérieur de l'établissement. Afin d'assurer la continuité et la qualité du fonctionnement, au moins un kinésithérapeute et au moins un ergothérapeute de l'équipe de rééducation non médicale doivent pouvoir travailler pour l'établissement à temps plein.

L'identité de l'équipe de rééducation (médicale et non-médicale) précitée doit être rendue publique conformément aux modalités qui figurent à l'article 21.

Il n'est pas exclu que l'équipe soit subdivisée en sous-équipes. Ainsi, une équipe qui prend en charge les patients hospitalisés et une équipe qui prend en charge les patients ambulatoires peuvent travailler en parallèle. Cependant, ces deux équipes doivent travailler de manière coordonnée.

b. Fonctionnement multidisciplinaire

Outre la composition multidisciplinaire de l'équipe de rééducation, le caractère multidisciplinaire de la rééducation doit apparaître au travers des réunions d'équipe hebdomadaires, des réunions de gestion mensuelles, des réunions mensuelles de formation continue, des tables-rondes et du dossier de rééducation individuel.

- a) Réunions d'équipe hebdomadaires : ces réunions sont présidées par le directeur médical de l'établissement ou, lorsqu'il est absent, par un médecin spécialiste en rééducation de l'équipe de rééducation médicale. Chaque membre de l'équipe de rééducation multidisciplinaire (en ce compris les dispensateurs de soins médicaux et non médicaux réalisant des traitements de rééducation pendant le week-end et/ou la nuit, ainsi que les consultants médicaux – visés dans le § 4 du présent article – qui sont associés au traitement et à la rééducation du patient) est tenu, dans la mesure du possible, d'être présent lors de ces réunions au moins lorsqu'il est question des bénéficiaires dont il a la charge en matière de rééducation. Ces réunions visent l'examen systématique des bénéficiaires ou des candidats à la rééducation à partir des différentes disciplines concernées. Les conclusions tirées à partir des discussions sur les bénéficiaires individuels doivent être mentionnées dans le dossier de rééducation individuel.
- b) Réunions de gestion mensuelles : ces réunions sont présidées par le directeur médical de l'établissement ou, lorsqu'il est absent, par un médecin spécialiste en rééducation de l'équipe de rééducation médicale. Chaque discipline de l'équipe de rééducation multidisciplinaire doit compter au minimum un représentant. Ces réunions visent à discuter de l'organisation de l'équipe, de la gestion administrative du centre, etc. Un rapport est à chaque fois dressé au terme de chacune de ces réunions.
- c) Réunions mensuelles de formation continue : ces réunions sont présidées par le directeur médical de l'établissement ou, lorsqu'il est absent, par un médecin spécialiste en rééducation de l'équipe de rééducation médicale. L'ensemble de l'équipe devrait idéalement être présent. Ces réunions visent à assurer la formation continuée de l'équipe de rééducation en discutant de sujets d'ordre général en rapport avec le concept de rééducation, de thèmes scientifiques généraux relatifs à la rééducation locomotrice et neurologique, de nouvelles techniques de rééducation, etc.
- d) Tables-rondes : une table-ronde est organisée pour chaque bénéficiaire dans le courant du programme de rééducation, au moins une fois (ou plusieurs si besoin en est). Ces réunions se tiennent en présence du bénéficiaire et de sa famille, ainsi que du médecin spécialiste en rééducation et d'au moins un membre de chaque discipline de l'équipe de rééducation multidisciplinaire associé à la rééducation du bénéficiaire. Ces réunions visent à expliquer au bénéficiaire le contenu du programme de rééducation et les objectifs poursuivis, qui doivent ensuite être confrontés à la vision du bénéficiaire et de sa famille, ainsi que les accords à passer entre l'équipe et le bénéficiaire.
- e) Dossier de rééducation individuel : un dossier de rééducation individuel est établi par bénéficiaire admis en rééducation ; il présente un récapitulatif du déroulement de la rééducation au sein de l'établissement et retrace l'évolution de l'état du bénéficiaire, en utilisant le plus possible des échelles fonctionnelles avec une préférence pour l'échelle FIM ou – en fonction du groupe cible étudié – une autre échelle standardisée. Le dossier individuel doit renfermer, pour chaque bénéficiaire, au moins les éléments suivants : les antécédents, toutes les données diagnostiques, le contenu du programme de rééducation, les conclusions des réunions d'équipe, les rapports des tables-rondes, les rapports médicaux et thérapeutiques, toutes les décisions et accords importants concernant le bénéficiaire. À tout moment, chaque membre de l'équipe de rééducation peut retrouver dans ce dossier les informations médico-thérapeutiques utiles à la réalisation de ses missions.

§ 3. Locaux et infrastructure

Afin de pouvoir offrir une rééducation d'une qualité optimale, l'établissement dispose, en fonction des

troubles rééduqués, d'une infrastructure kinésithérapeutique, physiothérapeutique et ergothérapeutique complète. En outre, l'établissement dispose d'une infrastructure d'entraînement pré-professionnel et d'un entraînement aux activités de la vie journalière (au moins une cuisine d'entraînement et un parcours de marche), ainsi que d'une infrastructure pour la logopédie et la (neuro)psychologie. Il doit y avoir par ailleurs un local informatique qui peut être employé par les différentes disciplines présentes (ergothérapie, logopédie, neuropsychologie, entraînement pré-professionnel). En outre, des espaces de consultation et de rencontre pour les thérapies de groupe doivent être disponibles, ainsi qu'une salle d'exercice et des espaces de repos. L'établissement doit enfin être adapté pour accueillir les utilisateurs de voitures.

L'établissement est par ailleurs pourvu d'un atelier de technologie de la rééducation où les adaptations indispensables aux appareils d'aide peuvent avoir lieu sans interrompre la rééducation. Enfin, il doit y avoir une salle de réunion, un secrétariat et un local médical où les dossiers de rééducation individuels sont tenus à la disposition de l'équipe.

§ 4. Lien fonctionnel avec l'hôpital

Si la rééducation l'exige, il faut pouvoir toujours faire appel immédiatement à toutes les disciplines médicales concernées par les pathologies rééduquées [médecine physique et rééducation, neurologie, psychiatrie, neurochirurgie, orthopédie, chirurgie orthopédique, médecine interne, rhumatologie, urologie, ORL, médecine d'urgence, ophtalmologie, anesthésie,...] qui, pour autant qu'elles ne soient pas représentées dans l'équipe de rééducation médicale, doivent être représentées [*CONVENTION ERASME*] au sein de l'hôpital Erasme [*CONVENTION ST-LUC*] au sein des Cliniques universitaires St-Luc, et ce tant en vue d'un diagnostic que pour le traitement en ambulatoire et en hospitalisation.

OBJECTIF DE LA RÉÉDUCATION

Article 3.

La rééducation dans l'établissement vise, eu égard au décours normal des affections visées, une amélioration significative de l'état fonctionnel du bénéficiaire, ainsi qu'une augmentation de l'autonomie et du bien-être psychologique, en vue de favoriser une (ré)intégration sociale et professionnelle maximale. Pour les bénéficiaires hospitalisés, cela implique entre autres que la rééducation devrait rendre possible un retour dans le milieu de vie. Pour les bénéficiaires ambulatoires, la rééducation doit viser au moins le maintien dans le milieu de vie.

BÉNÉFICIAIRES DE LA CONVENTION

Article 4.

§ 1^{er}. Par bénéficiaires aux termes de la présente convention, [*CONVENTION ERASME*] il faut entendre les bénéficiaires de l'assurance [*CONVENTION ST-LUC*] il faut entendre les bénéficiaires adultes de l'assurance, âgés d'au moins 16 ans, dont l'affection (cf. § 2) se situe au stade immédiat qui suit la phase aiguë (c'est-à-dire lorsque les complications aiguës éventuelles sont sous contrôle et lorsque l'état général, interne ou locomoteur, permet d'entamer le programme de rééducation multidisciplinaire) ou immédiatement après une poussée.

Dans le cas d'affections dont l'évolution normale est caractérisée par une régression progressive de l'état du patient, celle-ci doit être objectivée. Pour certains troubles (précisés à l'article 8, § 6, de la présente convention) entraînant des séquelles permanentes, il est prévu, de façon restrictive, des programmes de rééducation complémentaires de courte durée dans le cas où l'état fonctionnel acquis grâce à la rééducation se voit sérieusement dégradé.

§ 2. Les maladies/troubles suivants entrent en ligne de compte pour une rééducation au terme de la présente convention :

- C1 A : après un Accident Vasculaire Cérébral grave dans le cas où le patient, suite à cet AVC, est confronté à des déficiences ou des troubles graves dans au moins deux des domaines suivants :
 - déficiences motrices graves
 - déficiences neuropsychologiques graves
 - troubles de la déglutition graves
 - troubles vésico-sphinctérien graves
 et moyennant que la rééducation puisse permettre au patient de réacquérir une autonomie suffisante rendant au moins possible le maintien du patient dans son milieu de vie habituel ;
- C1 B : après un traumatisme cérébral avec coma initial grave (score de 8 ou moins sur la Glasgow Coma Scale) ou à la suite d'un coma postanoxique ou postinfectieux ;
- C2 : à la suite d'une chirurgie intracrânienne ;
- C3 : sclérose en plaques grave dans le cas où le patient, suite à cette maladie, est confronté à des déficiences ou des troubles graves dans au moins deux des domaines suivants :
 - déficiences motrices graves
 - déficiences neuropsychologiques graves
 - troubles de la déglutition graves
 - troubles vésico-sphinctérien graves ;
- M1 : tétraplégie (ASIA A à C) ;
- M2 : tétraplégie (ASIA D) ;
- M3 : paraplégie (ASIA A à C) ;
- M4 : paraplégie (ASIA D) ;
- P1 : lésion plexus caractérisée par un membre supérieur afunctionnel à la suite d'une atteinte de plusieurs racines du plexus brachial ;
- P2 : syndrome de Guillain-Barré caractérisé par des troubles locomoteurs graves confirmés par EMG ;
- P3 : polyneuropathie avec dénervation musculaire (confirmé par EMG) ou myopathie avec nécrose musculaire (par exemple myopathie des soins intensifs) dans les quatre membres (confirmé par EMG) ;
- T1 : lésions osseuses, articulaires ou neuromusculaires à hauteur de plusieurs membres ou lésions maxillofaciales complexes y compris du massif osseux de la face, ou blessures au tronc ou au bassin avec atteintes des organes profonds ;
- T2 : amputation proximale pour des raisons non vasculaires nécessitant le port d'une prothèse hydraulique, pneumatique ou d'une prothèse de genou dirigées par des micro-processeurs ;
- B1 : tétraplégie/parésie ou paraplégie/parésie, nécessitant un traitement multidisciplinaire afin de conserver l'état fonctionnel obtenu par la rééducation, conformément aux modalités décrites à cette fin à l'article 8, §§ 2 et 6.

§ 3. Pour chaque patient individuel, les prestations de rééducation prévues dans le cadre de la présente convention ne peuvent être cumulées avec d'autres prestations de rééducation (à savoir avec d'autres prestations remboursables sur la base, soit des conventions visées dans les articles 22, 6°, et 23, § 3, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, soit de la nomenclature des prestations de santé visée à l'article 23, § 2, de la même loi) que si le Collège des médecins-directeurs juge au préalable recommandé le cumul pour ce patient, et pour autant que ce cumul ne soit pas contraire aux dispositions de la présente convention ni à la réglementation applicable à l'autre prestation de rééducation considérée.

[CONVENTION ERASME] § 4. L'hôpital Erasme s'engage à offrir exclusivement un programme de rééducation tel que prévu par la présente convention, aux bénéficiaires faisant partie du groupe cible de la convention décrit dans le présent article et pour qui il est jugé réalisable – conformément à l'article 6 de la présente convention – d'atteindre les objectifs de la rééducation fixés à l'article 3.

L'hôpital Erasme ne proposera pas à pareils bénéficiaires de programmes de rééducation pour lesquels il est fait appel à des prestations de physiothérapie, des prestations de kinésithérapie ou des prestations de logopédie reprises dans la nomenclature des prestations de santé. L'hôpital Erasme ne proposera pas non plus (pas même après expiration des possibilités en matière de rééducation que propose la présente convention) à ces bénéficiaires (pour la même pathologie) des programmes de rééducation dans le cadre

de la convention de rééducation fonctionnelle en matière de rééducation locomotrice et neurologique générale signée le 20 septembre 2005 entre le comité de l'assurance soins de santé et l'Université Libre de Bruxelles assurant la gestion de l'établissement de rééducation fonctionnelle « le Centre de Réadaptation Fonctionnelle Neurologique de l'Hôpital ERASME – U.L.B. », 1070 BRUXELLES (agrée par l'Agence wallonne pour l'intégration des personnes handicapées / Fonds bruxellois francophone pour l'intégration sociale et professionnelle des personnes handicapées) portant le numéro d'identification 9.50.076.39.

Etant donné cependant qu'il n'est pas toujours possible de déterminer si le bénéficiaire répond aux conditions fixées par la présente convention au moment où il est admis au sein de l'hôpital Erasme (en ce qui concerne notamment les dispositions relatives au groupe cible des patients visés par la présente convention) et de juger immédiatement les besoins de réadaptation de ces bénéficiaires, des prestations de physiothérapie, de kinésithérapie et/ou de logopédie prévues par la nomenclature des prestations de santé peuvent être portées en compte uniquement pour ces bénéficiaires dont la situation au moment de l'admission au sein de l'hôpital Erasme ne permet pas de savoir si une prise en charge dans le cadre de la convention est appropriée. Ces prestations de nomenclature peuvent être portées en compte pendant une durée maximale d'un mois qui commence à courir à partir du jour de l'admission du bénéficiaire au sein de l'hôpital Erasme. Si, au terme de ce délai d'un mois, il apparaît que le bénéficiaire ne fait pas partie du groupe cible des patients visés par la présente convention et qu'une prise en charge dans ce cadre n'est pas appropriée, une prise en charge dans le cadre de la présente convention ne sera plus possible à l'avenir sauf dans le cas où ce bénéficiaire est victime d'un nouvel incident médical pouvant justifier à ce moment là une prise en charge dans le cadre de la présente convention (cf. dispositions de l'article 8 § 4 de la présente convention qui définit la notion de nouveau fait).

[CONVENTION ST-LUC] § 4. Les Cliniques universitaires Saint-Luc s'engagent à offrir exclusivement un programme de rééducation tel que prévu par la présente convention, aux bénéficiaires faisant partie du groupe cible de la convention décrit dans le présent article et pour qui il est jugé réalisable – conformément à l'article 6 de la présente convention – d'atteindre les objectifs de la rééducation fixés à l'article 3.

Les Cliniques universitaires St-Luc ne proposeront pas à pareils bénéficiaires de programmes de rééducation pour lesquels il est fait appel à des prestations de physiothérapie, des prestations de kinésithérapie ou des prestations de logopédie reprises dans la nomenclature des prestations de santé. Les Cliniques universitaires St-Luc ne proposeront pas non plus (pas même après expiration des possibilités en matière de rééducation que propose la présente convention) à ces bénéficiaires (pour la même pathologie) des programmes de rééducation dans le cadre des conventions de rééducation fonctionnelle suivantes :

- la convention de rééducation fonctionnelle signée le 17 novembre 2005 entre le Comité de l'assurance et l'ASBL Université Catholique de Louvain Cliniques Universitaires Saint-Luc assurant la gestion de l'établissement de rééducation fonctionnelle « Service de Médecine Physique et de Réadaptation Cliniques Universitaires Saint-Luc » (agrée par l'Agence wallonne pour l'intégration sociale et professionnelle des personnes handicapées / Fonds bruxellois francophone pour l'intégration sociale et professionnelle des personnes handicapées) qui porte le numéro d'identification **9.50.281.28**.
- la convention de rééducation fonctionnelle en matière de rééducation locomotrice et neurologique signée le 15 septembre 2005 entre le Comité de l'assurance soins de santé et l'ASBL Université Catholique de Louvain Cliniques Universitaires Saint-Luc assurant la gestion de l'établissement de rééducation fonctionnelle « Centre de rééducation neuro-psychologique Cliniques Universitaires Saint-Luc », agréé par l'Agence wallonne pour l'intégration sociale et professionnelle des personnes handicapées / Fonds bruxellois francophone pour l'intégration sociale et professionnelle des personnes handicapées qui porte le numéro d'identification **9.50.444.59**

Etant donné cependant qu'il n'est pas toujours possible de déterminer si le bénéficiaire répond aux conditions fixées par la présente convention au moment où il est admis au sein des Cliniques universitaires Saint-Luc (en ce qui concerne notamment les dispositions relatives au groupe cible des patients visés par la présente convention) et de juger immédiatement les besoins de réadaptation de ces bénéficiaires, des prestations de physiothérapie, de kinésithérapie et/ou de logopédie prévues par la nomenclature des

prestations de santé peuvent être portées en compte uniquement pour ces bénéficiaires (dont la situation au moment de l'admission au sein des Cliniques universitaires Saint-Luc ne permet pas de savoir si une prise en charge dans le cadre de la convention est appropriée). Ces prestations de nomenclature peuvent être portées en compte pendant une durée maximale d'un mois qui commence à courir à partir du jour de l'admission du bénéficiaire au sein des Cliniques universitaires Saint-Luc. Si, au terme de ce délai d'un mois, il apparaît que le bénéficiaire ne fait pas partie du groupe cible des patients visés par la présente convention et qu'une prise en charge dans ce cadre n'est pas appropriée, une prise en charge dans le cadre de la présente convention ne sera plus possible à l'avenir sauf dans le cas où ce bénéficiaire est victime d'un nouvel incident médical pouvant justifier à ce moment là une prise en charge dans le cadre de la présente convention (cf. dispositions de l'article 8 § 4 de la présente convention qui définit la notion de nouveau fait).

§ 5. Les patients qui, sur le plan médical, font partie du groupe cible de la présente convention mais dont la rééducation ne doit pas être prise en charge par l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités (*mais bien par une assurance privée, en dehors du cadre de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités*) peuvent être rééduqués avec les bénéficiaires de l'assurance qui font partie du groupe cible de la présente convention.

BROCHURE DE RÉÉDUCATION

Article 5.

L'établissement rédige une brochure de rééducation qui retrace, en langage clair pour chaque bénéficiaire en rééducation et son entourage, les lignes directrices du concept de rééducation. Cette brochure est à transmettre au bénéficiaire et à sa famille à l'entame du programme de rééducation.

LES PROGRAMMES DE RÉÉDUCATION

Article 6.

§ 1^{er}. Après examen, dont il ressort que le médecin spécialiste en rééducation a acquis la conviction d'une part, qu'il est faisable d'atteindre le but de la rééducation décrit à l'article 3 pour un bénéficiaire concerné mais que d'autre part, la réalisation de ce but n'est possible que dans le cas où le bénéficiaire suit un programme de rééducation fonctionnelle tel que visé par la présente convention, un médecin spécialiste en rééducation établit le programme de rééducation individuel pour le bénéficiaire concerné (disciplines, rythme, durée).

§ 2. L'établissement s'engage à ne dispenser une rééducation pour un bénéficiaire qu'après qu'un médecin spécialiste en rééducation (soit un médecin spécialiste en rééducation qui fait partie de l'équipe de l'établissement, soit un médecin externe spécialiste en rééducation) ait dressé le programme de rééducation individuel visé au § 1^{er}.

§ 3. Le programme de rééducation doit, notamment en ce qui concerne les objectifs réalisables, l'implication du bénéficiaire, de son entourage proche et des médecins traitants, être traduit auprès du bénéficiaire et/ou de son entourage proche, par exemple au travers des tables-rondes visées à l'article 2, § 2, par un médecin spécialiste en rééducation de l'établissement ou un membre de l'équipe de rééducation multidisciplinaire propre pendant les premières interventions de rééducation. Il convient à cet égard d'également s'engager vis-à-vis du bénéficiaire et/ou de son entourage à ce que, si la rééducation multidisciplinaire ne produisait pas le résultat escompté, l'établissement offre, à la fin de la rééducation, l'accompagnement nécessaire vers une forme de prise en charge adaptée. Il est de la compétence des médecins de l'équipe de rééducation d'assurer dans pareils cas l'accompagnement au terme du programme de rééducation, et fournir au patient et à son entourage les explications nécessaires.

Article 7.

Un programme de rééducation multidisciplinaire couvre l'ensemble des différentes prestations de rééducation dispensées aux bénéficiaire et que prévoit la présente convention, à savoir la « journée de rééducation », la « demi-journée de rééducation » et la « prestation de rééducation de base ».

Article 8.

§ 1^{er}. Pour chaque maladie ou trouble, comme le prévoit l'article 4 de la présente convention, un bénéficiaire ne peut bénéficier d'une intervention lors d'une « journée de rééducation », une « demi-journée de rééducation » ou une « prestation de rééducation de base » visée dans la présente convention que pour une durée maximale donnée prenant cours le jour durant lequel la « journée de rééducation », la « demi-journée de rééducation » et ou « prestation de rééducation de base » est réalisée pour la première fois et qui a lieu de manière ininterrompue à partir de cette journée, sauf si dispositions contraires spécifiées ci-après.

§ 2. La durée maximale de la rééducation visée au § 1^{er} pour chaque indication visées à l'article 4 est fixée comme suit :

MALADIE OU TROUBLE (INDICATION DE RÉÉDUCATION)		DURÉE MAXIMALE DE LA RÉÉDUCATION
I.	Pathologie aiguë avec évolution stable	
	<i>Neurologique – Système nerveux central</i>	
	<i>Cérébral : troubles locomoteurs et/ou neuropsychologiques graves. La gravité sera démontrée sur la FIM.</i>	
C1	A) À la suite d'un Accident Vasculaire Cérébral grave dans le cas où le patient, suite à cet AVC, est confronté à des déficiences ou des troubles graves dans au moins deux des domaines suivants : <ul style="list-style-type: none">➤ déficiences motrices graves➤ déficiences neuropsychologiques graves➤ troubles de la déglutition graves➤ troubles vésico-sphinctérien graves et moyennant que la rééducation puisse permettre au patient de réacquérir une autonomie suffisante rendant au moins possible le maintien du patient dans son milieu de vie habituel ; B) A la suite d'un traumatisme cérébral avec coma initialement grave (score 8 ou moins sur la Glasgow Coma Scale) ou après coma postanoxique ou postinfectieux	2 ans
C2	À la suite d'une chirurgie intracrânienne	2 ans
C3	Sclérose en Plaques grave dans le cas où le patient, suite à cette maladie, est confronté à des déficiences ou des troubles graves dans au moins deux des domaines suivants : <ul style="list-style-type: none">➤ déficiences motrices graves➤ déficiences neuropsychologiques graves➤ troubles de la déglutition graves➤ troubles vésico-sphinctérien graves	12 mois + 3 mois par poussée (cf. § 5)
	Pour les indications de rééducation suivantes, le score moteur des lésions doit s'élever à moins de 70 moteur dans la classification neurologique standard ASIA-IMSOP	
M1	Tétraplégie (ASIA A à C)	15 mois
M2	Tétraplégie (ASIA D)	15 mois
M3	Paraplégie (ASIA A à C)	9 mois
M4	Paraplégie (ASIA D)	9 mois

<i>Neurologique – Système nerveux périphérique</i>		
P1	Lésion plexus caractérisée par un membre supérieur afonctionnel à la suite d'une atteinte de plusieurs racines du plexus brachial	4 x 3 mois, à répartir sur une période de 2 ans
P2	Syndrome de Guillain-Barré caractérisé par des troubles locomoteurs graves confirmés par EMG	15 mois
P3	Polyneuropathie avec dénervation musculaire (confirmé par EMG) ou myopathie avec nécrose musculaire (par exemple myopathie des soins intensifs) dans les quatre membres (confirmé par EMG)	1 an
<i>Traumatismes</i>		
T1	Lésions osseuses, articulaires ou neuromusculaires à hauteur de plusieurs membres ou lésions maxillofaciales complexes y compris du massif osseux de la face, ou blessures au tronc ou au bassin avec atteintes des organes profonds	1 an
T2	Amputation proximale pour des raisons non vasculaires nécessitant le port d'une prothèse hydraulique, pneumatique ou d'une prothèse de genou dirigée par des micro-processeurs	1 an
II. État fonctionnel menacé		
B1	Tétraplégie/parésie ou paraplégié/parésie nécessitant un traitement multidisciplinaire afin de conserver l'état fonctionnel obtenu par la rééducation	1 mois par année civile, max. 3 fois

§ 3. Pour chaque bénéficiaire individuel, la durée de la rééducation est celle telle qu'elle est prescrite par le médecin spécialiste en réadaptation concerné, notamment en fonction de la maladie ou du trouble dont l'intéressé souffre, et de son état. Aussi il n'est pas forcément nécessaire, sur le plan médical, de laisser se poursuivre la prise en charge dans le cadre de la présente convention jusqu'à atteindre les durées maximales mentionnées dans le paragraphe précédent ; celles-ci étant mentionnées à titre indicatif et certainement pas comme un droit exigible par le bénéficiaire vis-à-vis de son médecin de rééducation traitant. Leur but est purement à vocation technique de l'assurance.

§ 4. Une nouvelle période de prise en charge dans le cadre de la présente convention n'est possible que dans le cas où le bénéficiaire est confronté à un « nouveau fait » et que, suite à ce nouveau fait, la situation médicale fonctionnelle s'est détériorée par rapport à la situation antérieure. Ces bénéficiaires doivent répondre à nouveau aux conditions fixées par la présente convention.

Par nouveau fait, il y a lieu d'entendre :

- soit une nouvelle maladie ou un nouveau trouble (c'est-à-dire une maladie ou un trouble d'une autre catégorie que celle pour laquelle le patient a déjà bénéficié d'une prise en charge dans le cadre de la présente convention et qui n'a aucun lien avec la maladie ou le trouble dont le patient a souffert lorsqu'il a été pris en charge dans le cadre de la présente convention) qui entre en ligne de compte pour le suivi d'un programme de rééducation fonctionnelle dans le cadre de la présente convention (cf. liste des pathologies reprises dans l'article 4 § 2 de la présente convention) ;
- soit la même maladie ou le même trouble pour laquelle/lequel le patient a déjà bénéficié d'un programme de rééducation fonctionnelle dans le cadre de la présente convention antérieurement qui se présente à nouveau au patient. Il ne s'agit donc pas dans ce cas de figure des séquelles liées à la maladie ou au trouble pour laquelle/lequel le patient a déjà bénéficié antérieurement d'une prise en charge dans le cadre de la présente convention mais bien d'une nouvelle maladie ou d'un nouveau trouble de la même catégorie que celle pour laquelle le patient a déjà été suivi dans le cadre de la convention mais qui se présente à nouveau au patient (par exemple, un nouvel Accident Vasculaire Cérébral).

Les maladies évolutives pour lesquelles aucune guérison n'est possible n'entrent pas en ligne de compte pour le renouvellement de la période de prise en charge dans le cadre de la présente convention. Elles ne peuvent donc jamais constituer un nouveau fait au sens du présent paragraphe.

§ 5. Les bénéficiaires souffrant de Sclérose en Plaques ne peuvent entrer en ligne de compte dans le cadre de la présente convention que si la rééducation leur permet de réacquérir une autonomie suffisante qui, de préférence, leur permette d'exercer une activité professionnelle.

La prise en charge pour ces bénéficiaires dans le cadre de la présente convention est fixée à maximum 12 mois, non renouvelable.

Pour le traitement des poussées, des périodes de prise en charge dans le cadre de la présente convention de 3 mois par poussée peuvent être mise en place à condition qu'il y ait un délai de 12 mois qui ce soit écoulé entre la date de fin réelle du programme antérieur de 12 mois et la date de début de la prise en charge dans le cadre des poussées. Ce délai de 12 mois est également d'application entre la date de fin réelle de la prise en charge de 3 mois dans le cadre d'une poussée et la date de début de la prise en charge d'une autre poussée.

Un patient ne peut entrer en ligne de compte pour le traitement d'une poussée que dans le cas où, après la poussée, les capacités fonctionnelles du patient sont réduites de manière importante par rapport à la situation antérieure à la poussée et pour autant que la situation après la poussée répond aux critères de l'article 4 § 2, C3 et de l'article 8, § 2, C3. Cette perte importante des capacités fonctionnelles par rapport à la situation antérieure à la poussée doit clairement ressortir du rapport médical visé à l'article 15 § 3 de la présente convention.

§ 6. Pour les bénéficiaires atteints de tétraplégie ou de paraplégie, comme visés dans la présente convention, pour qui la rééducation multidisciplinaire est terminée et chez qui, à la suite de complication, l'état fonctionnel acquis par la rééducation se voit menacé, trois périodes de rééducation supplémentaires au maximum sont prévues pendant l'évolution ultérieure de la pathologie. La durée de chacune de ces périodes est limitée à maximum un mois par année calendrier.

§ 7. L'établissement s'engage à ne plus prendre en rééducation multidisciplinaire que pour la durée restante un bénéficiaire qui pour la même maladie ou le même trouble a déjà été rééduqué pour une durée déterminée dans un autre établissement de rééducation ayant conclu une convention avec le Comité de l'assurance, ou dans un service de médecine physique et de rééducation (que l'établissement concerné fasse partie ou non du réseau visé à l'article 2), de sorte que la durée totale de rééducation dans les différents établissements n'excède pas la durée maximale visée au § 2 du présent article.

Si un patient, avant sa prise en charge dans le cadre de la présente convention, a déjà été traité, pour la même indication de rééducation via la nomenclature monodisciplinaire (kinésithérapie, logopédie ou physiothérapie), ou la nomenclature pluridisciplinaire (K30/K60), l'équipe multidisciplinaire tiendra évidemment compte, dans son programme de rééducation, de la durée de la période au cours de laquelle pareilles prestations ont été réalisées de sorte que, dans ce cas également, la durée totale des prestations axées sur la rééducation n'excède pas la durée maximale fixée au § 2 du présent article. Pour l'application de ce principe, il faut également tenir compte de la période visée par l'article 4 § 4, 3^{ème} alinéa durant laquelle des prestations ont été facturées dans le cadre de la nomenclature des prestations de santé.

Si l'établissement qui a conclu la présente convention renvoie un bénéficiaire vers un centre de rééducation fonctionnelle neurologique et locomotrice dont le numéro d'identification commence par 9.50.###.## ou par 9.51.###.## qui a signé une convention de rééducation fonctionnelle avec le Comité de l'assurance du Service des soins de santé de l'INAMI, ce centre de rééducation fonctionnelle doit tenir compte de la durée effectuée dans le cadre de la présente convention et déduire la période de prise en charge effectuée dans le cadre de la présente convention afin que la durée totale n'excède pas la durée maximale prévue dans le cadre de cette convention 9.50.###.## ou 9.51.###.##. [CONVENTION ERASME] Toutefois, en tenant compte des dispositions de l'article 4 § 4, deuxième alinéa, un bénéficiaire ayant été pris en charge dans le cadre de la présente convention, ne peut, après son programme de rééducation fonctionnelle dans le cadre de la présente convention, jamais être pris en charge par l'Hôpital Erasme dans le cadre de la convention de rééducation locomotrice et neurologique générale portant le numéro d'identification 9.50.076.39 et ayant été conclue également avec le « Centre de Réadaptation Fonctionnelle Neurologique de l'Hôpital ERASME – U.L.B. ». [CONVENTION ST-LUC] Toutefois, en tenant

compte des dispositions de l'article 4 § 4, deuxième alinéa, un bénéficiaire ayant été pris en charge dans le cadre de la présente convention, ne peut, après son programme de rééducation fonctionnelle dans le cadre de la présente convention, jamais être pris en charge par les Cliniques universitaires St-Luc dans le cadre des conventions de rééducation locomotrice et neurologique générales portant les numéros d'identification 9.50.281.28 ou 9.50.444.59 et ayant également été conclues avec les Cliniques Universitaires Saint-Luc.

§ 8. Les exceptions à la durée maximale de rééducation fixée aux §§ 2 et 6 du présent article sont exclusivement possibles dans le cas où un bénéficiaire a été renvoyé tardivement vers l'établissement par un centre de rééducation locorégional ou par un service de médecine physique et de rééducation d'un hôpital où il a déjà été rééduqué précédemment pour la même pathologie, sans que des résultats de rééducation satisfaisants n'aient été obtenus. Partant de l'idée que les établissements de rééducation visés à l'article 2 avec lesquels l'établissement travaille en réseau peuvent évaluer correctement dans quelles situations un renvoi d'un patient vers l'établissement s'avère indiqué, cette exception ne pourra toutefois jamais être invoquée pour les patients qui ont d'abord été rééduqués dans un centre de rééducation du réseau visé à l'article 2.

Pour les bénéficiaires pour lesquels cette exception est invoquée – si l'établissement estime, conformément à l'article 6, § 1^{er}, pouvoir encore atteindre, pour ce bénéficiaire, le résultat de réintégration mentionné à l'article 3 – , la durée de la rééducation à l'établissement (y compris la durée de la rééducation dans un centre de rééducation qui fait partie du réseau de l'établissement visé à l'article 2 de la présente convention) ne peut toutefois jamais représenter plus de 75 % de la durée maximale fixée au § 2 du présent article. Il fait partie des missions du Conseil d'accord visé à l'article 23, entre autres, d'évaluer dans quelle mesure l'établissement parvient, en pareils cas, à atteindre dans un délai raisonnable les objectifs de rééducation poursuivis.

§ 9. Si, pour un bénéficiaire déterminé, il est mis temporairement un terme à la rééducation multidisciplinaire et que, pendant cette interruption, il est fait appel pour ce bénéficiaire en dehors de l'établissement à des prestations de kinésithérapie, de physiothérapie ou de logopédie prévues dans la nomenclature des prestations de santé, l'établissement doit veiller, en matière thérapeutique, à ce que les deux prises en charge soient adéquatement coordonnées.

Article 9.

§ 1^{er}. À la fin de la rééducation, l'établissement transmettra au médecin généraliste, et le cas échéant au médecin externe qui a renvoyé le bénéficiaire, une copie du bilan final de la rééducation. Ce bilan doit comporter un résumé de la rééducation réalisée, mentionner les résultats acquis et apporter au(x) médecin(s) concerné(s) les éléments nécessaires permettant de maintenir et de prolonger ces résultats.

§ 2. Ce bilan final doit être communiqué et explicité (entre autres dans les conseils concrets en vue de la réintégration, ...) par les principaux intervenants de l'équipe de rééducation multidisciplinaire – parmi lesquels un médecin spécialiste en rééducation – au bénéficiaire et/ou à l'entourage proche du bénéficiaire, par exemple via les tables rondes visées à l'article 2, § 2.

NATURE ET PRIX DES PRESTATIONS DE RÉÉDUCATION

Article 10.

§ 1^{er}. Les prestations de rééducation remboursables sur la base de la présente convention sont la « journée de rééducation », la « demi-journée de rééducation » et la « prestation de rééducation de base ».

Par « journée de rééducation », il faut entendre chaque journée pendant laquelle un bénéficiaire bénéficie pendant au moins 5 heures d'interventions de rééducation multidisciplinaires dispensées par l'équipe de rééducation multidisciplinaire de l'établissement visé.

Par « demi-journée de rééducation », il faut entendre chaque journée pendant laquelle un bénéficiaire bénéficie pendant au moins 2 heures et 30 minutes d'interventions de rééducation multidisciplinaires dispensées par l'équipe de rééducation multidisciplinaire de l'établissement visé.

Par interventions de rééducation multidisciplinaires, il faut entendre des interventions de rééducation réalisées par au moins 2 intervenants attachés à une discipline différente, outre l'intervention médicale obligatoire d'un médecin spécialiste en rééducation qui fait partie de l'équipe de rééducation (sans pareille intervention médicale, aucune prestation de rééducation remboursable ne peut être dispensée à aucun moment). Si une journée de rééducation complète est réalisée, des interventions de rééducation doivent être dispensées tant l'avant-midi que l'après-midi par au moins deux intervenants attachés à une discipline différente, en plus de l'intervention médicale obligatoire journalière d'un médecin spécialiste en rééducation qui fait partie de l'équipe de rééducation.

Par « prestation de rééducation de base », il faut entendre l'intervention (pendant la durée totale minimale d'une heure) de l'infirmier ayant de l'expérience dans le domaine de la rééducation et d'au moins un des membres de l'équipe d'une autre discipline qui, conformément à l'article 2, § 2, fait obligatoirement partie de l'équipe de rééducation, outre un contact personnalisé du bénéficiaire ce jour-là avec un médecin spécialiste en rééducation qui fait partie de l'équipe de rééducation (sans pareille intervention médicale, aucune prestation de rééducation remboursable ne peut être dispensée à aucun moment).

Eu égard à l'obligation contractuelle visant à disposer d'une équipe de rééducation dont les « disciplines » participantes ont été fixées, vu également l'obligation de prévoir un fonctionnement multidisciplinaire via différentes modalités prévues dans la convention, vu la continuité obligatoire (7 jours sur 7, 365 jours par an) dans le fonctionnement de l'établissement avec chaque patient, pareille prestation de rééducation moins intensive est prévue pour être exclusivement attestée dans les situations où un bénéficiaire de la convention ne reçoit pas – pour des raisons médicales ou des raisons liées à la faisabilité opérationnelle (dimanches et jours fériés) – de « journée de rééducation » ou de « demi-journée de rééducation ».

Par ailleurs, la prestation de rééducation de base peut également être attestée pour les patients ambulatoires de l'établissement moyennant le respect de toutes les conditions suivantes :

- Il s'agit de patients ambulatoires qui sont parvenus à la phase finale de leur programme de rééducation fonctionnelle intensive dans l'établissement ;
- Lors de leur programme de rééducation fonctionnelle intensive dans l'établissement, ces patients ont bénéficié surtout des journées et de demi-journées de rééducation ;
- A ce stade final de leur programme de rééducation fonctionnelle dans l'établissement, la prestation de rééducation de base répond parfaitement aux besoins de rééducation du patient ;
- Les prestations de rééducation de base ont été réalisées dans la période de rééducation fonctionnelle prévue par l'article 8 de la présente convention.

Dans le cas où une prestation de rééducation de base est effectuée pour un patient ambulatoire qui répond à toutes les conditions mentionnées ci-dessus, une intervention de l'infirmier ayant de l'expérience dans le domaine de la rééducation n'est pas requise. Afin de pouvoir porter en compte une telle prestation de rééducation de base pour un tel patient ambulatoire, il suffit donc qu'au moins un membre de l'équipe de rééducation intervienne pour le patient, outre un contact personnalisé du bénéficiaire ce jour-là avec un médecin spécialiste en rééducation qui fait partie de l'équipe de rééducation. La durée totale de ces interventions doit s'élever à au moins 1 h.

§ 2. La valeur pécuniaire de toutes les prestations de rééducation de base réalisées au cours d'une année calendrier (pour tous les patients ambulatoires confondus) et portées en compte à tous les organismes assureurs confondus, ne peut jamais dépasser 10 % de l'enveloppe annuelle de l'établissement fixée à l'article 11 § 10.

En outre, la valeur pécuniaire de toutes les prestations de rééducation de base réalisées au cours d'une année calendrier (pour tous les patients hospitalisés et ambulatoires confondus) et portées en compte à tous les organismes assureurs confondus, ne peut jamais dépasser 20 % de l'enveloppe annuelle de l'établissement fixée à l'article 11 § 10.

Le maximum de 10 % de prestations de rééducation de base pour les patients ambulatoires, fait partie du maximum global précité de 20 % pour tous les patients de l'établissement (patients hospitalisés et ambulatoires confondus).

Afin de respecter ces limitations de facturation, il convient de se baser sur les prix des prestations de rééducation tels qu'ils ont été fixés conformément à la présente convention, sans tenir compte des cotisations personnelles ou tickets modérateurs dont ces prix doivent légalement être déduits.

Toutes les dispositions de l'article 11 § 10 (relatives au respect de l'enveloppe annuelle) s'appliquent également aux dispositions du présent paragraphe, en ce qui concerne le respect des quotas pour les prestations de rééducation de base.

Article 11.

§ 1^{er}. Le prix par « journée de rééducation », le prix par « demi-journée de rééducation » et le prix par « prestation de rééducation de base » sont des montants forfaitaires qui couvrent pour les bénéficiaires le coût total de la rééducation. Ces prix comprennent notamment :

- toutes les prestations réalisées par le personnel de l'établissement, en ce compris :
 - a) les prestations des médecins de l'établissement, en particulier lorsqu'il s'agit :
 1. d'un bilan fonctionnel médical périodique et d'un contrôle de l'évolution ;
 2. des concertations avec les familles et l'environnement social ;
 3. de la gestion des réunions d'équipe et de la coordination de l'équipe thérapeutique ;
 4. des rapports relatifs aux points 1, 2 et 3 précités.
 - b) les prestations du personnel paramédical ainsi que des psychologues, des ergothérapeutes et des travailleurs sociaux.
- tous les frais de fonctionnement
- tous les frais découlant des activités qui se déroulent à l'établissement pendant la « journée de rééducation, la « demi-journée de rééducation » ou la « prestation de rééducation de base », comme visé dans la présente convention (donc également le coût du matériel de consommation pour les ateliers, etc.).

§ 2. Pour les bénéficiaires en rééducation ambulatoire, le prix par « journée de rééducation » défini aux articles 10 et 11, § 1^{er}, est fixé à 132,14 euros.

§ 3. Pour les bénéficiaires en rééducation ambulatoire, le prix par « demi-journée de rééducation » défini aux articles 10 et 11, § 1^{er}, est fixé à 72,65 euros.

§ 4. Pour les bénéficiaires en rééducation ambulatoire, le prix par « prestation de rééducation de base » défini aux articles 10 et 11, § 1^{er}, est fixé à 52,10 euros.

§ 5. Pour les bénéficiaires admis dans l'établissement hospitalier auquel est attaché l'établissement, le prix par « journée de rééducation » défini aux articles 10 et 11, § 1^{er}, est fixé à 151,92 euros.

§ 6. Pour les bénéficiaires admis dans l'établissement hospitalier auquel est attaché l'établissement, le prix par « demi-journée de rééducation » défini aux articles 10 et 11, § 1^{er}, est fixé à 82,51 euros.

§ 7. Pour les bénéficiaires admis dans l'établissement hospitalier auquel est attaché l'établissement, le prix par « prestation de rééducation de base » défini aux articles 10 et 11, § 1^{er}, est fixé à 52,10 euros.

§ 8. Les prix par « journée de rééducation », « demi-journée de rééducation » et « prestation de rééducation de base » fixés dans les paragraphes 2 à 7 compris du présent article sont liés à l'indice-pivot 112,72 (septembre 2010) des prix à la consommation et sont adaptés conformément aux dispositions de la loi du 1^{er} mars 1977 organisant un régime de liaison à l'indice des prix à la consommation du Royaume de certaines dépenses dans le secteur public.

§ 9. Par bénéficiaire, aux termes de la présente convention, seule une « journée de rééducation », « demi-journée de rééducation » ou « prestation de rééducation de base » entre en ligne de compte chaque jour pour le remboursement.

§ 10. Le montant total pour lequel l'établissement peut attester aux organismes assureurs les prestations de rééducation remboursables conformément à la présente convention (soit la journée de rééducation, la demi-journée de rééducation, la prestation de rééducation de base et les rapports de fonctionnement qui peuvent être réalisés conformément au chapitre qui suit) est limité à [CONVENTION ERASME] 674.505,30 euros sur une base annuelle [CONVENTION ST-LUC] 1.009.632,71 euro sur une base annuelle. La valeur pécuniaire totale de toutes les journées de rééducation, demi-journées de rééducation, prestations de rééducation de base et rapports de fonctionnement réalisés au cours d'une même année civile et attestés (peu importe la date de facturation) aux organismes assureurs, ne peut quoi qu'il en soit jamais être supérieure à ce montant qui doit être considéré comme l'enveloppe annuelle de l'établissement. Afin de respecter cette enveloppe annuelle, il convient de se baser sur les prix des prestations de rééducation tels qu'ils ont été fixés conformément à la présente convention, sans tenir compte des cotisations personnelles ou tickets modérateurs dont ces prix doivent légalement être déduits.

L'établissement s'engage à ne pas dépasser l'enveloppe annuelle précitée dans sa facturation à tous les organismes assureurs confondus, pour toutes les prestations de rééducation réalisées au cours d'une même année civile et attestées aux organismes assureurs.

Si la convention, au cours d'une année civile donnée, n'est d'application que pour une partie de l'année civile considérée, l'enveloppe annuelle précitée doit proportionnellement être réduite en tenant compte de la période à laquelle la convention est applicable au cours de l'année civile visée.

L'enveloppe annuelle précitée est liée à l'indice-pivot 112,72 des prix à la consommation et est adaptée conformément aux dispositions de la loi mentionnée au § 8 du présent article.

Si l'enveloppe annuelle a été indexée au cours d'une année civile donnée, l'enveloppe annuelle remboursable pour cette année-là doit proportionnellement être calculée, sur la base des enveloppes annuelles respectives avant et après l'indexation compte tenu de la durée de la période avant l'indexation et de la durée de la période qui suit l'indexation.

Toutes les dispositions du présent paragraphe s'appliquent également au quota des prestations de rééducation de base pour les patients ambulatoires (qui ne peut jamais dépasser 10 % de l'enveloppe annuelle) et au quota global des prestations de rééducation de base (qui ne peut jamais dépasser 20 % de l'enveloppe annuelle, patients hospitalisés et patients ambulatoires confondus), fixés dans l'article 10 § 2 de la présente convention. L'établissement s'engage à ne pas dépasser ces quotas dans sa facturation à tous les organismes assureurs confondus.

AIDES A LA MOBILITE
PROGRAMME SPECIFIQUE DE REEDUCATION FONCTIONNELLE AFIN
D'ETABLIR UN RAPPORT DE FONCTIONNEMENT MULTIDISCIPLINAIRE

Article 12.

§ 1. Dans le cadre de l'article 28, § 8 de la nomenclature des prestations de santé, une prestation spécifique de rééducation fonctionnelle est prévue dans la présente convention et elle doit conduire à la

rédaction du rapport de fonctionnement visé dans cet article.

§ 2. Une exception au groupe cible de la présente convention de rééducation fonctionnelle est le groupe cible de ce programme de rééducation fonctionnelle spécifique figurant dans la nomenclature.

§ 3. Ce rapport de fonctionnement est le résultat de l'étude de l'équipe multidisciplinaire du centre avec interventions obligatoires d'un médecin spécialiste en médecine physique et rééducation ou d'un médecin spécialiste disposant d'un certificat complémentaire en rééducation pour les affections locomotrices, neuromotrices et neurologiques et d'un ergothérapeute ou kinésithérapeute. L'équipe peut être étendue de manière facultative au médecin de famille, infirmier(e), assistant(e) social(e) ou expert faisant partie de l'entourage du bénéficiaire. Le dispensateur de soins agréé peut être impliqué dans l'évaluation fonctionnelle.

L'évaluation complète entre la demande et la transmission du rapport de fonctionnement au bénéficiaire demande 4 semaines au maximum et se déroule sur une journée, sauf en ce qui concerne la visite à domicile. Autant que possible, toutes les parties de l'évaluation s'effectuent de manière groupée, ce qui limite le plus possible le nombre de déplacements du bénéficiaire vers le centre.

Ce rapport de fonctionnement est transmis au bénéficiaire. Si le bénéficiaire est renvoyé à l'équipe par un bandagiste, le rapport de fonctionnement est également transmis à ce bandagiste renvoyant.

§ 4. Pour les bénéficiaires hospitalisés ou les bénéficiaires qui suivent un programme de rééducation fonctionnelle dans un centre de rééducation fonctionnelle, le remboursement s'élève à 145,48 euros. Ce remboursement comprend entre autres:

- les prestations du/des médecin(s) de l'établissement:
 - pour l'exécution et/ou l'accompagnement de l'évaluation fonctionnelle
 - pour la concertation multidisciplinaire avec l'équipe qui a effectué l'évaluation
 - pour la rédaction du rapport de fonctionnement;
 - pour la traduction de ce rapport de fonctionnement au bénéficiaire et/ou son entourage proche, ainsi qu'au bandagiste choisi par le bénéficiaire;
- les prestations des collaborateurs paramédicaux ainsi que des ergothérapeutes;
- une visite à domicile afin d'évaluer l'entourage du bénéficiaire, sauf si l'entourage du bénéficiaire est connu par le centre. Cette visite à domicile doit s'effectuer si le médecin traitant l'a demandé.

Pour les bénéficiaires qui ne suivent pas de programme de rééducation fonctionnelle dans l'établissement ou un autre établissement, le remboursement est fixé à 238,05 euros. Ce remboursement comprend entre autres:

- les prestations du/des médecin(s) de l'établissement:
 - pour l'exécution et/ou l'accompagnement de l'évaluation fonctionnelle
 - pour la concertation multidisciplinaire avec l'équipe qui a effectué l'évaluation.
 - pour la rédaction du rapport de fonctionnement;
 - pour la traduction de ce rapport de fonctionnement au bénéficiaire et/ou son entourage proche, ainsi qu'au bandagiste choisi par le bénéficiaire;
- les prestations des collaborateurs paramédicaux ainsi que des ergothérapeutes;
- une visite à domicile afin d'évaluer l'entourage du bénéficiaire, sauf si l'entourage du bénéficiaire est connu par le centre. Cette visite à domicile doit s'effectuer si le médecin traitant l'a demandé.

§ 5. Les prix mentionnés au § 4 du présent article sont liés à l'indice-pivot 112,72 des prix à la consommation et sont adaptés conformément aux dispositions de la loi du 1^{er} mars 1977 organisant un régime de liaison à l'indice des prix à la consommation du Royaume de certaines dépenses dans le secteur public

SUPPLÉMENTS ET CUMULS

Article 13.

§ 1^{er}. L'établissement s'engage à ne pas réclamer aux bénéficiaires de supplément au prix fixé dans la présente convention par « journée de rééducation », par « demi-journée de rééducation » et par « prestation de rééducation de base ».

Le prix des repas et des boissons consommés éventuellement dans l'établissement peut toutefois être facturé aux bénéficiaires ambulatoires.

§ 2. Les consultations au sens de l'article 2 de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité, les prestations techniques médicales au sens de l'article 3, § 1^{er}, de l'annexe à l'arrêté royal précité, les prestations techniques médicales spéciales au sens des articles 10 et suivants de l'annexe à l'arrêté royal précité, les honoraires de surveillance d'un bénéficiaire hospitalisé au sens de l'article 25, § 1^{er} ou § 3 de l'annexe à l'arrêté royal précité, peuvent, le cas échéant et compte tenu des autres dispositions de la présente convention, être portés en compte pour le bénéficiaire à l'assurance obligatoire.

§ 3. Les prestations de kinésithérapie, les prestations de physiothérapie et les prestations de logopédie telles qu'elles sont prévues dans la nomenclature des prestations de santé peuvent, pour les bénéficiaires qui suivent un programme de rééducation dans l'établissement, exclusivement être portées en compte si elles ont été dispensées [*CONVENTION ERASME*] en dehors de l'Hôpital Erasme [*CONVENTION ST-LUC*] en dehors des Cliniques universitaires St-Luc par des dispensateurs qui ne font pas partie de l'équipe de rééducation pour autant qu'elles satisfassent aux conditions en la matière de la nomenclature des prestations de santé et si elles ne sont pas réalisées le jour où une « journée de rééducation », une « demi-journée de rééducation » ou une « prestation de rééducation de base » a été réalisée.

§ 4. L'établissement, soucieux de respecter les dispositions des §§ 1^{er} et 2, s'engage à prendre toutes les mesures nécessaires pour les bénéficiaires hospitalisés. En outre, il avertira par écrit les bénéficiaires (ambulatoires) non hospitalisés qu'un certain nombre de prestations ne peuvent plus leur être remboursées pour les journées auxquelles le bénéficiaire fait appel à l'établissement.

DISPOSITIONS MÉDICO-ADMINISTRATIVES ET COMPTABLES

Article 14.

La rééducation d'un bénéficiaire n'entre en ligne de compte pour un remboursement dans le cadre de l'assurance maladie-invalidité que si le médecin-conseil de l'organisme assureur auquel est affilié ou inscrit le bénéficiaire a marqué son accord sur la prise en charge de la rééducation de ce dernier.

Seuls les prestations de rééducation visées dans la présente convention, réalisées dans le courant de la période de rééducation acceptée par le médecin-conseil de l'organisme assureur auquel est affilié ou inscrit le bénéficiaire, et moyennant le respect des modalités supplémentaires fixées par le médecin-conseil, entrent en ligne de compte pour un remboursement.

Article 15.

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

En cas de décision favorable du médecin-conseil, cette intervention n'est due que pour les prestations

réellement dispensées conformément à l'ensemble des dispositions de la présente convention, à partir de la date fixée par le médecin-conseil et au plus tôt dans les 30 jours qui précèdent la date de réception de la demande de prise en charge par le médecin-conseil. Un accord donné est valable jusqu'à la date qui y est mentionnée.

L'établissement s'engage à aider le bénéficiaire lors de l'introduction des demandes.

§ 2. Le pouvoir organisateur de l'établissement s'engage à ne pas récupérer auprès du bénéficiaire, si l'établissement a pris la responsabilité d'introduire lui-même la demande de prise en charge, le coût d'éventuelles prestations qui n'entraînent pas une prise en charge dans le cadre de l'assurance à la suite de l'introduction tardive de la demande.

§ 3. L'arrêté royal mentionné au § 1^{er} prévoit entre autres que le bénéficiaire introduit la demande de prise en charge suivant un modèle approuvé par le Comité de l'assurance. Le rapport médical qui doit être joint en annexe au formulaire de demande, doit être rédigé sous la responsabilité d'un médecin spécialiste en rééducation de l'établissement et il doit entre autres comprendre un rapport diagnostique, la période de rééducation demandée et le contenu prévu de la rééducation. Ce rapport médical doit également contenir une évaluation fonctionnelle du bénéficiaire suivant la Classification Internationale du Fonctionnement, de l'incapacité et de la Santé (ICF) et doit également faire mention de l'importance des incapacités par le biais de la Mesure de l'Indépendance Fonctionnelle (MIF) et ce, à titre indicatif.

Le Collège des médecins-directeurs peut à tout moment imposer un modèle pour l'établissement de ce rapport médical.

Pour une demande de prolongation, le rapport médical susmentionné doit décrire les résultats déjà obtenus grâce à la rééducation multidisciplinaire et doit contenir tous les éléments démontrant clairement que la rééducation multidisciplinaire est encore nécessaire pendant la période de prolongation demandée, pour atteindre le but déterminé initialement.

Article 16.

§ 1^{er}. Une période de rééducation acceptée par les médecins-conseils pour un bénéficiaire donné expire pour la partie restante de cette période si l'établissement ne réalise avec le bénéficiaire aucune « journée de rééducation », aucune « demi-journée de rééducation » ou aucune « prestation de rééducation de base » pendant 30 jours consécutifs.

Le bénéficiaire a toutefois la possibilité de demander, après une évaluation, la reprise d'une période de rééducation.

La partie restante d'une période de rééducation acceptée expire également :

- si l'équipe de rééducation multidisciplinaire décide d'arrêter le programme de rééducation ;
- si le bénéficiaire est rééduqué dans un autre établissement avec lequel le Comité de l'assurance a conclu une convention en matière de rééducation locomotrice et neurologique ;
- si le bénéficiaire est rééduqué dans un autre établissement avec lequel le Comité de l'assurance a conclu une convention qui interdit le cumul avec la présente convention ;
- si le bénéficiaire est admis dans un autre hôpital [*CONVENTION ERASME*] que l'*Hôpital Erasme* [*CONVENTION ST-LUC*] que les *Cliniques universitaires St-Luc*
- si le bénéficiaire est admis dans une maison de soins psychiatriques, une maison de repos et de soins ou une maison de repos pour personnes âgées. Si un patient qui n'entre pas en ligne de compte pour une rééducation ambulatoire conformément aux dispositions de l'article 8 est admis à titre temporaire dans une maison de repos pour personnes âgées ou dans une maison de repos et de soins dans l'attente qu'une place vienne à se libérer dans une résidence adaptée pour personnes handicapées, la rééducation peut se poursuivre sous réserve de l'accord explicite du médecin-conseil.

§ 2. Le non-respect des dispositions de l'article 13, § 4, fait expirer automatiquement une période de prise en charge acceptée par le médecin-conseil, à partir du jour auquel une prestation a été indûment portée en compte pour la première fois.

Article 17.

L'établissement s'engage à transmettre, au médecin-conseil de l'organisme assureur auquel est affilié ou inscrit le bénéficiaire, toutes les informations demandées afin d'évaluer les demandes individuelles d'intervention.

L'établissement s'engage également, à la fin de la rééducation, à transmettre au médecin-conseil de l'organisme assureur du bénéficiaire une copie du bilan final visé à l'article 9.

Article 18.

§ 1^{er}. L'établissement tient un registre des « journées de rééducation », des « demi-journées de rééducation », des « prestations de rééducation de base » et des « rapports de fonctionnement » tels que visés dans la convention. Le registre doit mentionner l'identité du bénéficiaire. Il convient également de faire la distinction entre les prestations de rééducation ambulatoires et les prestations de rééducation réalisées pendant une admission du bénéficiaire à l'hôpital. Ce registre est à compléter obligatoirement chaque jour, avant l'heure de fermeture de l'établissement. Le modèle du registre visé peut à tout moment être fixé par le Service des soins de santé de l'INAMI.

§ 2. Il appartient à l'établissement d'apporter la preuve, à travers un système d'enregistrement concluant, où, par qui et à quel moment chaque « journée de rééducation », « demi-journée de rééducation », « prestation de rééducation de base » ou « rapport de fonctionnement » mentionné dans le registre visé et porté en compte a été presté.

L'établissement s'engage à rembourser les prestations de rééducation qui ont été portées en compte à un organisme assureur et pour lesquelles un médecin-inspecteur du Service d'évaluation et de contrôle médicaux a constaté que l'enregistrement visé ci-dessus ne permettait pas de prouver que les prestations portées en compte satisfont aux dispositions de la convention.

Toutefois, l'établissement s'engage à ne pas attester au bénéficiaire les « journées de rééducation, « demi-journées de rééducation », « prestations de rééducation de base » et les « rapports de fonctionnement » visés ci-dessus pour lesquels l'établissement a dû rembourser l'organisme assureur auquel ce bénéficiaire est affilié et à qui il a indûment porté en compte (pour les motifs explicités ci-avant) des prestations visées par la présente convention.

§ 3. Sur la base des données mentionnées à l'alinéa premier du présent article, l'établissement établit ses chiffres de production (soit le nombre de prestations effectuées, par type, multiplié par leur prix respectif). Il transmet au Service des soins de santé de l'INAMI, pour la fin du mois qui suit la fin de chaque trimestre, les chiffres de production portant sur le trimestre considéré au moyen d'une application informatique que lui a transmis le Service des soins de santé précité.

L'établissement s'engage, à la demande du Service des soins de santé ou du Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'INAMI, à fournir tous les documents nécessaires visant à justifier les chiffres de production fournis. La livraison intentionnelle de chiffres de production erronés entraînera une suspension de paiement par les organismes assureurs dans le cadre de la présente convention.

Si les chiffres de production ne sont pas livrés avant la fin du mois qui suit la fin d'un trimestre, l'établissement est rappelé à ses obligations par envoi recommandé. Si les chiffres de production n'ont toujours pas été livrés dans les 30 jours civils qui suivent l'envoi du recommandé, les paiements effectués

dans le chef des organismes assureurs (dans le cadre de la présente convention conclue entre l'INAMI et l'établissement) sont suspendus d'office jusqu'à ce que l'engagement soit effectivement respecté.

Article 19.

L'établissement s'engage à facturer aux organismes assureurs les prix par « journée de rééducation », par « demi-journée de rééducation », par « prestation de rééducation de base » et par « rapport de fonctionnement » au moyen de la bande magnétique de l'établissement hospitalier auquel il est attaché (facturation électronique). Au moins une fois tous les trimestres, le bénéficiaire reçoit un aperçu de ce qui a été attesté aux organismes assureurs par l'établissement.

Article 20.

Les recettes et dépenses qui découlent des activités de l'établissement doivent être intégrées à la comptabilité que l'établissement hospitalier lié à l'établissement tient sur la base de la répartition minimale d'un système de comptes général pour les hôpitaux (AR du 14 août 1987). Les activités de l'établissement doivent être considérées comme une rubrique distincte quant au coût et aux revenus permettant de vérifier le coût et les recettes des activités visées. À cet égard, une distinction est à faire entre les recettes produites dans le cadre de la présente convention (*produits venant de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités*) et les recettes de l'établissement quant aux patients visés à l'article 4, § 5, qui ne sont pas pris en charge par l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités. Les justificatifs des recettes et dépenses en rapport avec ces activités doivent être conservés pendant le délai légal.

L'établissement s'engage à transmettre annuellement au Service des soins de santé, dans les six mois qui suivent la clôture de l'exercice, commençant le 1^{er} janvier et se terminant le 31 décembre, une liste des recettes et dépenses de l'établissement. Le Service des soins de santé peut à tout moment imposer un modèle uniforme pour l'établissement de cette liste.

En annexe à cette liste des recettes et dépenses doit figurer un tableau récapitulatif détaillé du personnel employé par l'établissement, rédigé conformément aux instructions formulées par le Service des soins de santé.

Si les documents comptables, établis suivant les principes édictés en la matière par le Comité de l'assurance soins de santé et par le Service des soins de santé, ne sont pas transmis avant la fin du sixième mois qui suit la clôture de l'exercice, l'établissement est rappelé à ses obligations par envoi recommandé. Si, dans les 30 jours civils qui suivent l'envoi de ce pli recommandé, ces documents n'ont toujours pas été transmis, les paiements effectués dans le chef des organismes assureurs dans le cadre de la présente convention sont suspendus d'office.

L'établissement hospitalier, auquel est attaché l'établissement visé, s'engage à toujours autoriser l'accès à sa comptabilité pour tous les représentants du Service des soins de santé ou des organismes assureurs afin qu'ils soient en mesure de réaliser un contrôle des activités de l'établissement.

PERSONNEL

Article 21.

L'établissement dispose d'une propre équipe de rééducation multidisciplinaire (médecins + membres d'autres disciplines) dont la composition précise (avec indication du nom de chaque membre de l'équipe, la discipline à laquelle appartient ce membre de l'équipe, et le temps de travail prévu par semaine dans le cadre de la convention) figure en annexe à la présente convention.

L'établissement doit tenir en permanence une liste de l'équipe de rééducation multidisciplinaire effectivement employée par l'établissement, qui doit faire apparaître qui fait partie à quel moment de l'équipe, pour quel nombre d'ETP par semaine et sous quel horaire. Cette liste doit pouvoir être présentée immédiatement lors de chaque visite de contrôle par les représentants de l'INAMI ou des organismes assureurs. Pour la fixation du nombre d'ETP par semaine, il convient de tenir compte du fait qu'1ETP pour tous les membres de l'équipe (en ce compris des médecins) est assimilé à un temps de travail de 38h, et qu'une seule et même personne ne peut en aucun cas faire partie de l'équipe de rééducation multidisciplinaire plus de 1 ETP.

Si certains membres de l'équipe de rééducation multidisciplinaire sont déjà financés (partiellement ou intégralement) à l'aide du prix de la journée d'entretien de l'établissement hospitalier auquel est attaché l'établissement, il convient de le mentionner expressément dans la liste et de préciser le temps de travail financé par le prix de la journée d'entretien.

Les autres membres de l'équipe cités dans la liste sont censés, pour le temps de travail effectué à l'établissement, être financés à l'aide des moyens que l'établissement peut extraire à partir de la présente convention ou de ses activités destinées aux patients visés à l'article 4 § 5 de la présente convention qui ne sont pas pris en charge par l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités. Si tel n'était pas le cas pour certains membres de l'équipe en totalité ou en partie de leur temps de travail, , il convient également de l'expliciter dans la liste.

Article 22.

L'établissement s'engage à rémunérer son propre personnel au moins suivant les mêmes échelles barémiques que celles appliquées au personnel employé à l'hôpital auquel est attaché l'établissement, ne pouvant jamais être inférieure à la rémunération due au personnel hospitalier conformément aux CCT du comité paritaire 330 (Comité paritaire des établissements et services de soins).

Si certaines tâches des membres de l'équipe de rééducation non médicale sont reprises contractuellement par un travailleur indépendant, l'établissement s'engage, pour les prestations de cet indépendant, à verser des honoraires qui soient au moins égaux au coût salarial total en cas d'engagement sur la base du statut de travailleur salarié tel qu'il est fixé conformément aux CCT susvisées. Le coût salarial total en cas d'engagement sur la base du statut de travailleur salarié couvre, parallèlement à la rémunération brute, entre autres l'allocation pour les heures irrégulières, le pécule de vacances, toutes les primes et les cotisations ONSS patronales.

CONTROLE DE QUALITÉ – ÉVALUATION – PEER REVIEW – CONSEIL D'ACCORD

Article 23.

Le concept de centre catégoriel pour l'évaluation locomotrice se base, entre autres, sur un certain nombre de prémisses, sur des données scientifiques et cliniques et sur l'idée de réintégration, un ensemble de notions qu'est tenu de respecter l'établissement afin de pouvoir fonctionner de façon optimale dans l'état actuel de la médecine de rééducation.

C'est notamment pour remplir concrètement ces notions en termes d'exigences de qualité et, à terme, pour les indicateurs de prestation, qu'il a été institué un Conseil d'accord composé des directeurs médicaux de chaque établissement de rééducation catégoriel disposant d'un groupe cible de patients similaire (éventuellement étoffé des responsables de certaines disciplines devant obligatoirement faire partie de l'équipe de rééducation multidisciplinaire), et du Collège des médecins-directeurs.

Le Président du Collège des médecins-directeurs préside également le Conseil d'accord.

Les missions dévolues à ce Conseil d'accord sont les suivantes :

- mettre sur pied un système de tests inter-institutionnel qui permet de suivre, globalement et au niveau du patient individuel, le processus de rééducation et les paramètres d'évaluation fonctionnelle sur la base des données agrégées (tant au niveau de l'établissement de rééducation qu'au niveau des données anonymisées relatives aux patients, dont l'exactitude est garantie) ;

- fixer les paramètres de qualité auxquels doit satisfaire chaque établissement concerné, surtout en ce qui concerne la durée de la rééducation, l'intégration à réaliser, la communication et l'ensemble des soins apportés.

Sachant que ces paramètres concernent au final des « cas » individuels et généralement complexes, l'appréciation des résultats obtenus par un établissement individuel se traduira toujours par des avis, en premier lieu destinés aux établissements concernés et, dans la mesure où l'avis a des répercussions générales organisationnelles et structurelles, au Comité de l'assurance.

La concrétisation de cette mission débouche sur un rapport trisannuel du Conseil d'accord à l'attention du Comité de l'assurance.

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Article 24.

L'établissement s'engage à prendre toutes les mesures nécessaires en matière de sécurité incendie. À cet effet, l'établissement gardera en permanence un contact avec un service incendie compétent et réalisera immédiatement les mesures et travaux imposés par ce dernier.

Article 25.

Afin de garantir la qualité de la rééducation, l'établissement s'engage à informer chaque membre du personnel des dispositions de la présente convention qui lui sont applicables pour lui permettre de réaliser sa mission dans l'établissement conformément aux dispositions de la présente convention.

L'établissement transmettra au moins à chaque membre du personnel le texte des articles 2 à 13 inclus de la présente convention.

Article 26.

L'établissement s'engage à transmettre au Service des soins de santé de l'INAMI ou au médecin-conseil de l'organisme assureur du bénéficiaire toutes les informations demandées en vue du contrôle du respect de la présente convention sur le volet thérapeutique et financier ou en vue de la gestion globale des conventions de rééducation. L'établissement s'engage par ailleurs à permettre à tous les représentants de l'INAMI ou des organismes assureurs d'effectuer toutes les visites qu'ils jugent nécessaires.

Article 27.

[CONVENTION ERASME] *L'hôpital Erasme s'engage* [CONVENTION ST-LUC] *Les Cliniques universitaires St-Luc s'engagent* à consacrer intégralement les recettes produites à partir des activités de l'établissement (qu'il s'agisse des produits dans le cadre de la présente convention, des produits émanant de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités ou des recettes de l'établissement en rapport avec les patients visés à l'article 4, § 5, qui ne sont pas pris en charge dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités) au financement des activités de l'établissement. En vue d'une affectation optimale des moyens, il importe de tenir une concertation avec le directeur médical de l'établissement. Si une partie de ces recettes est destinée au financement des activités qui ne bénéficient qu'indirectement à

l'établissement, la partie des recettes employée à cette fin doit être fixée en se conformant aux paramètres logiques qui sont en principe également appliqués à d'autres activités réalisées [CONVENTION ERASME] à l'hôpital Erasme. [CONVENTION ST-LUC] au sein des Cliniques universitaires St-Luc.

Article 28.

§ 1. La présente convention, établie en double exemplaire et dûment signée par les deux parties, entre en vigueur le

[CONVENTION ST-LUC] 1^{er} juin 2011.

[CONVENTION ERASME] 1^{er} mai 2011.

§ 2. La présente convention est conclue pour une durée indéterminée, mais peut à tout moment être dénoncée par une des deux parties, quel qu'en soit le motif, à l'aide d'un recommandé adressé à l'autre partie sous réserve d'un délai de préavis de trois mois prenant cours le premier jour du mois qui suit la date d'envoi du recommandé.

[CONVENTION ERASME] Toutefois, dans le cas où l'établissement ne soumet pas au Collège des médecins-directeurs, dans les 18 mois qui suivent la date d'entrée en vigueur de la présente convention, les conventions de collaboration écrites prévues par l'article 2 § 1^{er} de la présente convention et conclues avec au moins trois autres établissements hospitaliers, la présente convention expire en tout cas 2 ans après sa date d'entrée en vigueur.

§ 3. Les annexes à la présente convention font partie intégrante de celle-ci. Il s'agit des annexes suivantes :

- Composition de l'équipe de rééducation multidisciplinaire de l'établissement (à la date d'entrée en vigueur de la convention);
- [CONVENTION ST-LUC] Relevé des centres de rééducation catégoriels et locorégionaux et des services de médecine physique et de rééducation des hôpitaux locaux avec lesquels les Cliniques universitaires St-Luc collaborent à travers des conventions de collaboration écrites (cf. art. 2 § 1^{er} de la convention).

[CONVENTION ERASME]

Pour l'hôpital Erasme:

*Pour le Comité de l'assurance soins
de santé :*

Bruxelles,

Le Directeur Gestionnaire,

Le Médecin Directeur,

Le Fonctionnaire dirigeant,

M. P. GOBLET

Pr. J.P. VAN VOOREN

*H. De Ridder,
Directeur général*

Pour l'établissement :

*Prof. Dr D. ZEGERS DE BEYL
Médecin responsable*

[CONVENTION ST-LUC]

Pour les Cliniques universitaires St-Luc :

Le mandataire,

*Prof. J. MELIN
Coordonnateur Général - Directeur Médical.*

Pour l'établissement :

*Prof. Dr T. LEJEUNE
Médecin responsable*

*Pour le Comité de l'assurance soins
de santé :*

Bruxelles,

Le Fonctionnaire dirigeant,

*H. De Ridder,
Directeur général*

Centre de réadaptation fonctionnelle Neurologique de l'Hôpital ERASME – U.L.B.

**Composition de l'équipe de rééducation multidisciplinaire
visée à l'article 21 de la convention**

Composition de l'équipe multidisciplinaire pour la convention 771 de l'hôpital Erasme. Pour chaque membre la discipline, le temps de travail du contrat Erasme (en gras; **4/4**: plein-temps **3/4**: trois-quart temps **2/4**: mi-temps) et le temps de travail dans le cadre de la convention 771 (en italique) sont mentionnés. Ce temps de travail dans le cadre de la convention 771 (en italique) est censé être financé à l'aide des moyens financiers que l'établissement peut puiser des activités prévus par la présente convention. Ce nombre d'ETP n'est donc pas déjà financé par le prix de la journée d'entretien de l'hôpital.

Assistante sociale :	Géraldine Guelder (4/4)	<u>2/4</u>
Ergothérapeute:	Olivier Camut (4/4)	<u>2/4</u>
	Stefan Camut (3/4)	3/4
	Marie Astrid Rubens (3/4)	<u>2/4</u>
	Jean Pierre Mahiant (4/4)	4/4
	Gisèle van Campenhoudt (2/4)	<u>1/4</u>
Kinésithérapeute:	Cloé Sauvage (3/4)	<u>1/4</u>
	Sara Faveers (3/4)	2/4
	Michel Duchene (4/4)	4/4
	Ralph Delire (4/4)	<u>3/4</u>
	Melanie Verschoren (2/4)	<u>1/4</u>
Psychologue et neuropsychologue:	Nadine Bosman (2/4)	<u>1/4</u>
	Alexia Wathelet (3/4)	<u>1/4</u>
	Catherine Digiorgio (3/4)	<u>2/4</u>
Logopède et neurolinguiste:	Costanza Rollo Collura (4/4)	<u>2/4</u>
	Nathalie Guerry (2/4)	<u>1/4</u>
	Agnes Brison (2/4)	<u>2/4</u>
Secrétaire	Anne Drion (2/4)	<u>1/4</u>
Médecin:		
	Françoise Degreef, spécialiste en médecine Physique et revalidation (4/4)	2/4
	Diederik Zegers de Beyl, Neurologue, agréée en réadaptation fonctionnelle pour les handicaps neurologiques (4/4)	<u>1/4</u>

Equipe d'infirmiers et d'aide soignante pour l'unité d'hospitalisation :

Infirmière:

*Giuliana Pasuch
Gino Mootooveeren
Joelle Hoflyk
Kumba Doucoure
Patricia Djansgar Milanem
Pelaez Carolina*

*Catherin Goris
Christel machtelinck
Annick Carroy
Catherine Bukovec
Laurence Rouhard
Simula Anna*

Aide soignante:

*Samira Aarab
Hassan El fares*

*Regine Cornelis
Anne Sophie Petit*

Service de Médecine Physique et de Réadaptation des Cliniques Universitaires Saint-Luc

**Composition de l'équipe de rééducation multidisciplinaire
visée à l'article 21 de la convention**

Nom	Prénom	Discipline	Temps de Travail (ETP) dans le cadre de la convention	Partie du temps de travail dans le cadre de la convention (en ETP) déjà financée par le prix de la journée d'entretien de l'hôpital
Ivanoiu	Adrian	Médecin	0.25	0
Lejeune	Thierry	Médecin	0.25	0
Stoquart	Gaëtan	Médecin	0.25	0
Vanmarsenille	Jean-Marie	Médecin	0.25	0
MACCS	MACCS	Médecin	0.4	0
MACCS	MACCS	Médecin	0.4	0
	Total	Médecin	1.8	
Martins	Pedro	Infirmier	0.5	0.5
Lardinois	Thierry	Infirmier	0.5	0.5
Orban	Nadine	Infirmier	0.375	0.375
Dedonckeer	Celia	Infirmier	0.5	0.5
X	A engager	Infirmier	1	0.5
	Total	Infirmier	2.875	2.375
Detry	Caroline	Logopède	0.15	0
Léonard	Bénédicte	Logopède	0.15	0
Meys	Pauline	Logopède	0.10	0
X	A engager	Logopède	1	0
	Total	Logopède	1.4	0
De Partz	Marie-Pierre	Logopède & Neuropsychologue	0.10	0
Prairial	Cécile	Neuropsychologue	0.20	0
Turconi	Eva	Neuropsychologue	0.10	0
	Total	Neuropsychologue	0.4	0
Clerens	Caroline	Ergothérapeute	1	0
Coyette	Françoise	Ergothérapeute	0.20	0
Meurou	Charlène	Ergothérapeute	0.5	0
X	A engager	Ergothérapeute	1	0.5
X	A engager	Ergothérapeute	0.5	0
	Total	Ergothérapeute	3.2	0.5
Briart	Christian	Kinésithérapeute	0.5	0
Haine	Morgane	Kinésithérapeute	0.5	0
Huet	Eric	Kinésithérapeute	0.5	0
Lecomte	Chantal	Kinésithérapeute	0.5	0
Paquet	Cécile	Kinésithérapeute	0.5	0

X	A engager	Kinésithérapeute	1	0
X	A engager	Kinésithérapeute	1	0
	Total	Kinésithérapeute	4.5	0
Antoine	Sylvie	Psychologue	0.5	0
X	A engager	Psychologue	0.5	0
	Total	Psychologue	1	0
X	A engager	Educateur Physique	0.5	0
	Total	Educateur Physique	0.5	0
Willems	Sylvie	Assistante Sociale	0.8	0
	Total	Assistant Social	0.8	0
Zizzi	Alessandra	Secrétaire	0.8	0
	Total	Secrétaire	0.8	0
	Total	Equipe de Réadaptation	17.275	2.875

[CONVENTION ST-LUC] Annexe 2 à la convention

Service de Médecine Physique et de Réadaptation des Cliniques Universitaires Saint-Luc

Relevé des centres de rééducation catégoriels et locorégionaux et des services de médecine physique et de rééducation des hôpitaux locaux avec lesquels les Cliniques Universitaires St. Luc UCL collaborent à travers des conventions de collaboration écrites (cf. art. 2 § 1ier de la convention).

- *Centre Neurologique William Lennox, Ottignies*
- *Valida, Berchem Saint-Agathe*
- *UZ Pellenberg*
- *Service de Médecine Physique, Clinique Saint-Pierre, Ottignies*

RAPPORT MEDICAL ETABLISSANT QUE LE PATIENT REpond AUX CONDITIONS D'INTERVENTION DANS LE COUT DE PRESTATIONS DE REEDUCATION FONCTIONNELLE EFFECTUEES DANS LE CADRE DE LA CONVENTION DE REEDUCATION FONCTIONNELLE.

Il s'agit d'une :

- Première demande
- Demande de prolongation

IDENTIFICATION DE L'ETABLISSEMENT CONVENTIONNE

Nom:

Numéro d'identification:

Personne à contacter:

Téléphone:

IDENTIFICATION DU PATIENT

Nom et prénom du patient:

Date de naissance:

Numéro de dossier I.N.A.M.I. (si connu) :

O.A.: références O.A.:

DONNEES MEDICALES LIEES A LA MALADIE OU AU TROUBLE CONCERNE

Diagnostic:

Anamnèse chronologique précise:

Évaluation fonctionnelle du bénéficiaire suivant la « Classification Internationale du Fonctionnement, de l'Incapacité et de la Santé » :

Évaluation de l'importance des incapacités du bénéficiaire par le biais de la « Mesure de l'Indépendance Fonctionnelle » :

Levels: 7 Complete Independence 6 Modified Independence	No Helper
Modified Dependence 5 Supervision 4 Minimal Assist (Subject = 75 % +) 3 Moderate Assist (Subject = 50 % +) Complete Dependence 2 Maximal Assist (Subject = 25 % +) 1 Total Assist (Subject = 0 %)	Helper
Self Care	
A. Feeding	
B. Grooming	
C. Bathing	
D. Dressing – Upper Body	
E. Dressing – Lower Body	
F. Toileting	
Sphincter Control	
G. Bladder Managment	
H. Bowel Managment	
Mobility Transfer	
I. Bed, Chair, Wheelchair	
J. Toilet	
K. Tub, Shower	
Locomotion	
L. Walk / wheel Chair	
M. Stairs	
Communication	
N. Comprehension	
O. Expression	
Social Cognition	
P. Social Interaction	
Q. Problem Solving	
R. Memory	
Total	/126

REEDUCATION FONCTIONNELLE

Description des besoins rééducationnels:

Objectifs de la rééducation:

Contenu du programme de rééducation prévu:

~~A ne remplir uniquement qu'en cas de demande de prolongation :~~

Résultats déjà obtenus par la rééducation durant la période écoulée :

Éléments qui permettent de démontrer que la rééducation multidisciplinaire est encore nécessaire pendant la période de rééducation demandée pour atteindre le but déterminé initialement :

INDICATION DE REEDUCATION telle que prévue par l'article 4, § 2, de la convention conclue avec le service de rééducation susmentionné :

- 1. C1 A : après un Accident Vasculaire Cérébral (AVC) grave, dans le cas où le patient, suite à cet AVC, est confronté à des déficiences ou des troubles graves dans au moins deux des domaines suivants :
 - déficiences motrices graves
 - déficiences neuropsychologiques graves
 - troubles de la déglutition graves
 - troubles vésico-sphinctérien graves
 et moyennant que la rééducation puisse permettre au patient de réacquérir une autonomie suffisante rendant au moins possible le maintien du patient dans son milieu de vie habituel ;
- 2. C1 B : après un traumatisme cérébral avec coma initial grave (score de 8 ou moins sur la Glasgow Coma Scale) ou à la suite d'un coma postanoxique ou postinfectieux ;
- 3. C2 : à la suite d'une chirurgie intracrânienne ;
- 4. C3 : sclérose en plaques grave dans le cas où le patient, suite à cette maladie, est confronté à des déficiences ou des troubles graves dans au moins deux des domaines suivants :
 - déficiences motrices graves
 - déficiences neuropsychologiques graves
 - troubles de la déglutition graves
 - troubles vésico-sphinctérien graves ;
- 5. M1 : tétraplégie (ASIA A à C) ;
- 6. M2 : tétraplégie (ASIA D) ;
- 7. M3 : paraplégie (ASIA A à C) ;
- 8. M4 : paraplégie (ASIA D) ;
- 9. P1 : lésion plexus caractérisée par un membre supérieur afonctionnel à la suite d'une atteinte de plusieurs racines du plexus brachial ;
- 10. P2 : syndrome de Guillain-Barré caractérisé par des troubles locomoteurs graves confirmés par EMG ;
- 11. P3 : polyneuropathie avec dénervation musculaire (confirmé par EMG) ou myopathie avec nécrose musculaire (par exemple myopathie des soins intensifs) dans les quatre membres (confirmé par EMG) ;
- 12. T1 : lésions osseuses, articulaires ou neuromusculaires à hauteur de plusieurs membres ou lésions maxillofaciales complexes y compris du massif osseux de la face, ou blessures au tronc ou au bassin avec atteintes des organes profonds ;
- 13. T2 : amputation proximale pour des raisons non vasculaires nécessitant le port d'une prothèse hydraulique, pneumatique ou d'une prothèse de genou dirigées par des micro-processeurs ;
- 14. B1 : tétraplégie/parèse ou paraplégie/parèse, nécessitant un traitement multidisciplinaire afin de conserver l'état fonctionnel obtenu par la rééducation.

**Pour le bénéficiaire mentionné ci-dessus, le programme de rééducation est prescrit du/...../..... au/...../.....
Ce programme ne peut être prescrit qu'au moyen de (d'une combinaison de) journée de rééducation complète, de demi-journée de rééducation et/ou de prestation de rééducation de base.**

DATE DE DEBUT EFFECTIVE DE LA REEDUCATION (à mentionner uniquement en cas de prolongation), soit dans l'établissement susmentionné, soit dans un autre établissement:/...../.....

IDENTIFICATION DU MEDECIN PRESCRIPTEUR SPECIALISTE EN READAPTATION FONCTIONNELLE