

I.N.A.M.I.

Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité

Soins de Santé

Circulaire OA n° 2013/246 du 22 juillet 2013

370/1686

En vigueur à partir du 1 juillet 2013 jusqu'au 30 juin 2016

Convention de rééducation pédopsychiatrique conclue avec le "Service Inter-Action"

Une nouvelle convention de rééducation fonctionnelle pédopsychiatrique a été conclue avec l'établissement suivant :

7.74.050.10
Service Inter-Action
Rue Brisselot 11
7000 MONS

Le texte de cette convention est annexé à la présente circulaire.
Elle est en vigueur du 01.07.2013 au 30.06.2016.

I. ORGANISATION DU CENTRE

Le Centre est constitué de 4 unités : 1 unité résidentielle (Mons) et 3 unités ambulatoires (Bruxelles, Mons et Liège). Dans un 1^{er} temps, seules les unités ambulatoires de Mons et Bruxelles seront actives. L'unité ambulatoire de Liège et l'unité résidentielle de Mons ouvriront au cours de la 1^{ère} année d'application de la convention.

Le Centre est tenu de gérer ses échanges de courrier, avec les organismes assureurs et avec l'INAMI, par l'intermédiaire d'un secrétariat central. Il a une seule adresse de contact à laquelle tous les courriers postaux doivent lui être adressés (l'adresse mentionnée ci-dessus). Il peut envoyer certains courriers depuis ses unités décentralisées (par exemple, les demandes individuelles), mais l'adresse de retour doit toujours être celle du secrétariat central. Les formulaires-types employés par les différentes unités ne peuvent différer en rien.

II. DÉFINITION DES BÉNÉFICIAIRES

Les bénéficiaires de la rééducation sont répartis en 2 groupes, selon le degré de sévérité des troubles du comportement (article 3) :

Groupe A (1^{er} degré de sévérité)

Le bénéficiaire répond à toutes les conditions suivantes :

1. Il a atteint son 6^e anniversaire et n'a pas atteint son 26^e anniversaire à la date de début de la période d'intervention de l'assurance ou de la prolongation de cette période.
2. Il présente des *troubles graves du comportement* ainsi définis :
 - 2.1. Ils consistent en actes observables qui ont pour effet de
 - a. nuire à la santé ou à l'intégrité physique du bénéficiaire (automutilation, ingestion de substances non-alimentaires...);
 - b. ou nuire à la santé ou à l'intégrité physique d'autrui ;
 - c. ou nuire à la santé ou à l'intégrité mentale d'autrui (notamment, en causant chez les personnes fréquemment exposés à ces comportements des troubles anxieux, des troubles liés à des facteurs de stress, des troubles des émotions, des troubles somatoformes...);
 - d. ou perturber durablement les activités d'autrui, en empêchant ou rendant excessivement difficile leur accomplissement ;
 - e. ou dégrader sensiblement les biens du bénéficiaire ou d'autrui.
 - 2.2. Ils compromettent l'intégration sociale du bénéficiaire. Ils empêchent son maintien à domicile, dans un établissement scolaire, ou dans une institution d'accueil spécialisé, même en cas de support d'une cellule mobile d'intervention (CMI).
 - 2.3. Ils surviennent plus d'une fois par semaine, s'ils ne sont pas empêchés par autrui.
 - 2.4. Ils persistent à ce niveau de gravité depuis au moins 3 mois.
 - 2.5. Ils ne sont liés
 - a. ni à la consommation de substances telles que drogue ou alcool,
 - b. ni à la présence d'un trouble neurologique acquis.
3. Le bénéficiaire présente en outre
 - 3.1. un *trouble envahissant du développement*, selon la définition du DSM IV (catégorie 299), de la CIM-10 (catégorie F84), ou d'une édition ultérieure d'une de ces 2 classifications,
 - 3.2. et/ou une *déficience mentale*, caractérisée par un QI total < 50.
4. Il est adressé au Centre par une équipe multidisciplinaire, comprenant au moins un psychiatre ou pédopsychiatre et un neuropédiatre ou neurologue, et capable
 - 4.1. de décrire avec précision les troubles du comportement du bénéficiaire,
 - 4.2. de poser un diagnostic scientifiquement valide des éventuels troubles envahissants du développement ou, le cas échéant, de s'assurer de la validité scientifique du diagnostic posé par ailleurs,
 - 4.3. de mesurer le QI du bénéficiaire, dans toutes les situations où cette mesure est possible,
 - 4.4. d'attester que le bénéficiaire peut difficilement être maintenu à domicile, dans un établissement d'enseignement spécial ou dans une institution d'accueil spécialisé, même en cas de support d'une cellule mobile d'intervention,
 - 4.5. d'exclure la présence d'un trouble neurologique acquis pouvant expliquer l'apparition des troubles du comportement.

La prescription de la rééducation par un des médecins de cette équipe reprend chacun des points 4.1. à 4.5. ci-dessus.
5. Le bénéficiaire ou ses *parents ou représentants légaux* (abrégés en *parents* dans la suite de la présente convention) et, le cas échéant, son *milieu d'accueil spécialisé* (service ou établissement d'accueil, d'hébergement, d'enseignement... – abrégé en *milieu d'accueil* dans la suite de la présente convention) concluent l'accord de collaboration visé à l'article 7, § 2. Cet accord est joint au formulaire de demande d'accord d'intervention de l'assurance.

Groupe B (2^e degré de sévérité) – les différences avec le groupe A sont notées en gras

Le bénéficiaire répond à toutes les conditions suivantes :

1. Il a atteint son **14^e** anniversaire et n'a pas atteint son 26^e anniversaire à la date de début de la période d'intervention de l'assurance ou de la prolongation de cette période.
2. Il présente des *troubles graves du comportement* ainsi définis :
 - 2.1. Ils consistent en actes observables qui ont pour effet de
 - a. nuire à la santé ou à l'intégrité physique du bénéficiaire (automutilation, ingestion de substances non-alimentaires...) ;
 - b. ou nuire à la santé ou à l'intégrité physique d'autrui ;
 - c. ou nuire à la santé ou à l'intégrité mentale d'autrui (notamment, en causant chez les personnes fréquemment exposés à ces comportements des troubles anxieux, des troubles liés à des facteurs de stress, des troubles des émotions, des troubles somatoformes...) ;
 - d. ou perturber durablement les activités d'autrui, en empêchant ou rendant excessivement difficile leur accomplissement ;
 - e. ou dégrader sensiblement les biens du bénéficiaire ou d'autrui.
 - 2.2. Ils compromettent l'intégration sociale du bénéficiaire. Ils empêchent son maintien à domicile, dans un établissement scolaire, ou dans une institution d'accueil spécialisé, même en cas de support d'une cellule mobile d'intervention (CMI).
 - 2.3. Ils surviennent plus d'une fois **par jour**, s'ils ne sont pas empêchés par autrui.
 - 2.4. Ils persistent à ce niveau de gravité depuis au moins 3 mois.
 - 2.5. Ils ne sont liés
 - a. ni à la consommation de substances telles que drogue ou alcool,
 - b. ni à la présence d'un trouble neurologique acquis.
 - 2.6. **Les troubles du comportement imposent une mise sous surveillance prolongée du bénéficiaire, ou à défaut, l'utilisation de mesures de contrainte telles que l'isolement dans un local fermé, la contention physique et/ou chimique...**
3. Le bénéficiaire présente en outre
 - 3.1. un *trouble envahissant du développement*, selon la définition du DSM IV (catégorie 299), de la CIM-10 (catégorie F84), ou d'une édition ultérieure d'une de ces 2 classifications,
 - 3.2. *et/ou une déficience mentale*, caractérisée par un QI total < 50.
4. Il est adressé au Centre par une équipe multidisciplinaire, comprenant au moins un psychiatre ou pédopsychiatre et un neuropédiatre ou neurologue, et capable
 - 4.1. de décrire avec précision les troubles du comportement du bénéficiaire,
 - 4.2. de poser un diagnostic scientifiquement valide des éventuels troubles envahissants du développement ou, le cas échéant, de s'assurer de la validité scientifique du diagnostic posé par ailleurs,
 - 4.3. de mesurer le QI du bénéficiaire, dans toutes les situations où cette mesure est possible,
 - 4.4. d'attester que le bénéficiaire peut difficilement être maintenu à domicile, dans un établissement d'enseignement spécial ou dans une institution d'accueil spécialisé, même en cas de support d'une cellule mobile d'intervention,
 - 4.5. d'exclure la présence d'un trouble neurologique acquis pouvant expliquer l'apparition des troubles du comportement.

La prescription de la rééducation par un des médecins de cette équipe reprend chacun des points 4.1. à 4.5. ci-dessus.

5. Le bénéficiaire ou ses *parents ou représentants légaux* (abrégés en *parents* dans la suite de la présente convention) et, le cas échéant, son *milieu d'accueil spécialisé* (service ou établissement d'accueil, d'hébergement, d'enseignement... – abrégé en *milieu d'accueil* dans la suite de la présente convention) concluent l'accord de collaboration visé à l'article 7, § 2. Cet accord est joint au formulaire de demande d'accord d'intervention de l'assurance.

Critères d'exclusion

Ne sont jamais considérés comme bénéficiaires de la convention, même s'ils répondent à tous les critères des groupes A ou B ci-dessus : les patients atteints d'une maladie neurolo-gique dégénérative (ex. : syndrome de Rett).

III. DEMANDE D'ACCORD D'INTERVENTION DE L'ASSURANCE

Pendant les 2 premières années de validité de la convention, la demande de fixation d'une période d'intervention de l'assurance pour un bénéficiaire doit être introduite auprès du Collège des médecins-directeurs, par l'intermédiaire du médecin-conseil de l'organisme assureur de ce bénéficiaire.

La demande doit être introduite au moyen du formulaire approuvé par le Comité de l'assurance auquel doit être joint un rapport médical établi sous la responsabilité du médecin du centre selon le modèle déterminé par le Collège des médecins-directeurs. Un modèle provisoire, qui n'a pas encore été approuvé par le Collège, est joint à la présente circulaire, pour chacun des groupes cibles (A ou B).

L'intervention de l'assurance est refusée pour toute prestation qui aurait été réalisée plus de 30 jours avant la réception de la demande par le médecin-conseil de l'organisme assureur du bénéficiaire.

IV. PRESTATIONS ET PROGRAMME

Les prestations prévues par la convention sont des journées internes, des journées ambulatoires ou des demi-journées de rééducation (art. 5).

L'instance compétente ne peut accorder qu'une seule période d'intervention de l'assurance en faveur d'un même bénéficiaire. La durée maximale de la période accordée est de 6 mois. Cette durée peut être prolongée de 3 mois, à 2 reprises (art. 12). La durée totale maximale de la rééducation en faveur d'un même bénéficiaire est donc de 12 mois non-renouvelables.

V. FACTURATION DES PRESTATIONS

A l'index actuel (indice pivot 119,62 – base 2004), les montants d'intervention de l'assurance dans les coûts des prestations de rééducation (art. 27, § 1), s'élèvent à :

journée interne	547,95 €
journée ambulatoire	383,56 €
demi-journée	273,97 €

Ces montants doivent être diminués de l'intervention personnelle des bénéficiaires prévue pour les prestations de rééducation ambulatoires ou internes (art. 27, § 3).

Les prestations doivent être facturées aux organismes assureurs des bénéficiaires au moyen de factures dont le modèle est approuvé par le Comité de l'assurance soins de santé (art. 37). Les pseudo-codes à mentionner dans ces factures sont les suivants :

	pseudo-codes	
	jusqu'à la capacité normale	au-dessus de la capacité normale
journée interne	772100	775541
journée externe	772096	775530

VI. REGLES DE CUMUL

Les règles concernant le cumul de prestations et la facturation de suppléments figurent aux articles 28 à 31.

L'interdiction de cumul avec les cellules mobiles d'intervention (art. 30) est contrôlée par l'INAMI.

La lettre d'information adressée au centre le 06.06.2013 est jointe à la présente circulaire.

Le Fonctionnaire Dirigeant,

H. De Ridder
Directeur général.

Annexes :

[InterAction Convention 2013](#)
[InterAction Convention 2013 annexe-2 Evaluation](#)
[774050 RapMéd-A 2013](#)
[774050 RapMéd-B 2013](#)
[774050 ltr 2013-03 convention1ex](#)

INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITÉ

Établissement Public institué par la loi du 9 août 1963
AVENUE DE TERVUREN 211 - 1150 BRUXELLES

Service des soins de santé

**CONVENTION DE REEDUCATION FONCTIONNELLE
ENTRE LE COMITE DE L'ASSURANCE SOINS DE SANTE
DE L'INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITE
ET LA FONDATION SUSA
POUR LE CENTRE D'EXPERTISE ET DE TRAITEMENT DES TROUBLES GRAVES DU COMPORTEMENT
SERVICE INTER-ACTION
SITUE, POUR SON UNITE RESIDENTIELLE, A MONS,
POUR SES UNITES AMBULATOIRES, A BRUXELLES, MONS ET LIEGE**

Vu la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, notamment les articles 22, 6°, 23, § 3, et 34, 7° ;

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 institué auprès du Service des soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité,

et d'autre part, la Fondation SUSA pour le centre d'expertise et de traitement des troubles graves du comportement « Service Inter-Action » situé, pour son unité résidentielle, à Mons, pour ses unités ambulatoires, à Bruxelles, Mons et Liège.

Le texte de la présente convention est établi sur base du programme thérapeutique, soumis par la Fondation SUSA le 12.02.2012, et approuvé par le Collège des médecins-directeurs en sa séance du 12.12.2012.

Article 1) Le centre d'expertise et de traitement des troubles graves du comportement « Service Inter-Action » est un établissement de rééducation au sens de l'article 23, § 3, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités. Il est désigné dans la présente convention par le terme « Centre ».

Article 2) La présente convention définit les rapports entre le Centre, les bénéficiaires de l'assurance obligatoire soins de santé, l'INAMI et les organismes assureurs, en ce qui concerne notamment les bénéficiaires de la convention, le programme de rééducation, les prestations prévues par cette convention, les moyens mis en œuvre pour réaliser ces prestations, leur prix et les modalités de paiement de ces prix.

TABLE DES MATIÈRES

1. BÉNÉFICIAIRES DE LA CONVENTION	2
2. BUTS DE LA REÉDUCATION	4
3. PRESTATION ET PROGRAMME DE REÉDUCATION.....	5
3.1 Nature des prestations de rééducation	5
3.2 Forme et contenu des programmes de rééducation	6
3.3 Durée de la rééducation et procédure de sortie.....	11
3.4 Échange d'informations et accords avec le réseau de soins	12
4. ORGANISATION FONCTIONNELLE ET ADMINISTRATIVE DU CENTRE.....	12
4.1 Organisation des unités.....	12
4.2 Obligations relatives au cadre du personnel	14
5. PRIX DES PRESTATIONS ET MONTANTS D'INTERVENTION DE L'ASSURANCE.....	16
6. CUMUL DE PRESTATIONS ET SUPPLEMENTS.....	17
7. PROCEDURE DE DEMANDE D'INTERVENTION DE L'ASSURANCE	18
8. CAPACITE ET FACTURATION.....	19
9. DISPOSITIONS ADMINISTRATIVES GENERALES	20
10. DESCRIPTION DE L'ACTIVITE DU CENTRE ET MESURE DES RESULTATS	22
10.1 Compte-rendu descriptif annuel	22
10.2 Évaluation des résultats et étude scientifique	22
11. MESURES TRANSITOIRES.....	23
12. PERIODE DE VALIDITE	24

1. BÉNÉFICIAIRES DE LA CONVENTION

Article 3) Tout bénéficiaire, au sens de la présente convention, est un bénéficiaire de l'assurance soins de santé et indemnités qui, d'une part, appartient au groupe A ou B ci-dessous et d'autre part, ne répond pas aux critères d'exclusion.

Groupe A (1^{er} degré de sévérité)

Le bénéficiaire répond à toutes les conditions suivantes :

1. Il a atteint son 6^e anniversaire et n'a pas atteint son 26^e anniversaire à la date de début de la période d'intervention de l'assurance ou de la prolongation de cette période.
2. Il présente des *troubles graves du comportement* ainsi définis :

- 2.1. Ils consistent en actes observables qui ont pour effet de
 - a. nuire à la santé ou à l'intégrité physique du bénéficiaire (automutilation, ingestion de substances non-alimentaires...);
 - b. ou nuire à la santé ou à l'intégrité physique d'autrui;
 - c. ou nuire à la santé ou à l'intégrité mentale d'autrui (notamment, en causant chez les personnes fréquemment exposés à ces comportements des troubles anxieux, des troubles liés à des facteurs de stress, des troubles des émotions, des troubles somatoformes...);
 - d. ou perturber durablement les activités d'autrui, en empêchant ou rendant excessivement difficile leur accomplissement;
 - e. ou dégrader sensiblement les biens du bénéficiaire ou d'autrui.
- 2.2. Ils compromettent l'intégration sociale du bénéficiaire. Ils empêchent son maintien à domicile, dans un établissement scolaire, ou dans une institution d'accueil spécialisé, même en cas de support d'une cellule mobile d'intervention (CMI).
- 2.3. Ils surviennent plus d'une fois par semaine, s'ils ne sont pas empêchés par autrui.
- 2.4. Ils persistent à ce niveau de gravité depuis au moins 3 mois.
- 2.5. Ils ne sont liés
 - a. ni à la consommation de substances telles que drogue ou alcool,
 - b. ni à la présence d'un trouble neurologique acquis.
3. Le bénéficiaire présente en outre
 - 3.1. un *trouble envahissant du développement*, selon la définition du DSM IV (catégorie 299), de la CIM-10 (catégorie F84), ou d'une édition ultérieure d'une de ces 2 classifications,
 - 3.2. et/ou une *déficience mentale*, caractérisée par un QI total < 50.
4. Il est adressé au Centre par une équipe multidisciplinaire, comprenant au moins un psychiatre ou pédopsychiatre et un neuropédiatre ou neurologue, et capable
 - 4.1. de décrire avec précision les troubles du comportement du bénéficiaire,
 - 4.2. de poser un diagnostic scientifiquement valide des éventuels troubles envahissants du développement ou, le cas échéant, de s'assurer de la validité scientifique du diagnostic posé par ailleurs,
 - 4.3. de mesurer le QI du bénéficiaire, dans toutes les situations où cette mesure est possible,
 - 4.4. d'attester que le bénéficiaire peut difficilement être maintenu à domicile, dans un établissement d'enseignement spécial ou dans une institution d'accueil spécialisé, même en cas de support d'une cellule mobile d'intervention,
 - 4.5. d'exclure la présence d'un trouble neurologique acquis pouvant expliquer l'apparition des troubles du comportement.

La prescription de la rééducation par un des médecins de cette équipe reprend chacun des points 4.1. à 4.5. ci-dessus.
5. Le bénéficiaire ou ses *parents ou représentants légaux* (abrégés en *parents* dans la suite de la présente convention) et, le cas échéant, son *milieu d'accueil spécialisé* (service ou établissement d'accueil, d'hébergement, d'enseignement... – abrégé en *milieu d'accueil* dans la suite de la présente convention) concluent l'accord de collaboration visé à l'article 7), § 2. Cet accord est joint au formulaire visé à l'article 33), § 2.

Groupe B (2^e degré de sévérité)

Le bénéficiaire répond aux conditions du groupe A et à toutes les conditions suivantes :

1. Il a atteint son 14^e anniversaire à la date de début de la période d'intervention de l'assurance (modification de la condition 1. du groupe A.)
2. Les troubles du comportement surviennent plus d'une fois *par jour*, s'ils ne sont pas empêchés par autrui (renforcement de la condition 2.3. du groupe A.)
3. Les troubles du comportement imposent une mise sous surveillance prolongée du bénéficiaire, ou à défaut, l'utilisation de mesures de contrainte telles que l'isolement dans un local fermé, la contention physique et/ou chimique... (condition supplémentaire 2.6., au point 2. du groupe A.)
4. Les troubles du comportement persistent à ce niveau supérieur de gravité depuis au moins 3 mois.

Critères d'exclusion

Ne sont jamais considérés comme bénéficiaires de la convention, même s'ils répondent à tous les critères des groupes A ou B ci-dessus : les patients atteints d'une maladie neurologique dégénérative (ex. : syndrome de Rett).

2. BUTS DE LA REEDUCATION

Article 4) § 1 Pour chaque bénéficiaire, les buts du programme de rééducation sont :

- 1.1. D'analyser les troubles du comportement afin d'expliquer leurs causes et leurs fonctions. Il s'agit en particulier de réaliser
 - 1.1.1. un bilan médical complet : recherche d'éventuelles pathologies somatiques sous-jacentes (causes de douleurs, de nausées ou de tout autre malaise physique persistant) ;
 - 1.1.2. un bilan psychologique, centré sur l'analyse objective des situations dans lesquelles se produisent les troubles du comportement (observation des interactions avec les personnes de l'entourage, des facteurs environnementaux...) et sur la fonction de ces comportements dans ces situations.
- 1.2. Si des soins médicaux se révèlent nécessaires, de coordonner leur dispensation afin de minimiser leurs conséquences négatives pour le bénéficiaire, de conseiller les soignants et éventuellement, d'accompagner le bénéficiaire lors de la dispensation de certains soins.
- 1.3. D'élaborer des stratégies d'intervention permettant de résorber les troubles du comportement et de prévenir leur réapparition.
- 1.4. Dans un esprit de collaboration, de former les parents et les professionnels du milieu d'accueil à la compréhension des troubles du comportement présents chez le bénéficiaire, ainsi qu'à l'élaboration et l'application de stratégies visant à prévenir et résoudre ces troubles.

Afin de

- 1.5. Réduire significativement la fréquence et la gravité des troubles du comportement.
- 1.6. Prévenir l'apparition de surhandicaps.

- 1.7. Augmenter la qualité de vie du bénéficiaire et des personnes de son entourage.
- 1.8. Accroître la compétence des personnes de l'entourage habituel du bénéficiaire (famille, école, centre d'accueil spécialisé...) dans la prévention et la résolution des troubles du comportement.
- 1.9. Éviter une hospitalisation psychiatrique et permettre l'intégration du bénéficiaire dans un milieu de vie qui lui est adapté : famille, école, centre d'accueil spécialisé, habitation protégée... et de maintenir à long terme cette intégration.

§ 2 Le but du Centre n'est jamais d'offrir un accueil ou un hébergement spécialisé aux bénéficiaires de la convention.

§ 3 En tant que centre d'expertise des troubles du comportement chez les patients atteints d'autisme et/ou de déficience mentale, le Centre vise à diffuser les connaissances scientifiques sur les troubles du comportement, leur prévention et leur résolution. Il vise plus particulièrement à diffuser les stratégies d'intervention appropriées auprès des milieux d'accueil.

3. PRESTATION ET PROGRAMME DE REEDUCATION

3.1 Nature des prestations de rééducation

Article 5) § 1 Les prestations de rééducation remboursables sont dénommées « journée de rééducation interne », abrégé ci-dessous en *journée interne*, « journée de rééducation ambulatoire », abrégé ci-dessous en *journée ambulatoire* et « demi-journée de rééducation ambulatoire », abrégé ci-dessous en *demi-journée*.

§ 2 Toute *journée interne* implique la présence du bénéficiaire durant au moins 7 heures, entre 7 et 22 h, et durant la nuit qui précède ou la nuit qui suit (chaque nuit étant comptée une seule fois), toute *journée ambulatoire* implique la présence du bénéficiaire durant au moins 7 heures, toute *demi-journée* implique la présence du bénéficiaire durant au moins 4 heures.

Par « présence du bénéficiaire », on entend sa présence dans les locaux du Centre ou dans tout autre lieu où il est accompagné (seul ou en groupe) par au moins un thérapeute du Centre, dans le cadre de son programme de rééducation.

§ 3 Toute prestation de rééducation comporte, d'une part, les bilans et activités de rééducation intensives et, d'autre part, des périodes de transition (accueil, départ, repas, repos...)

Les bilans et activités de rééducation intensives peuvent être individuels ou en groupe et se dérouler dans le Centre ou à l'extérieur du Centre.

- Individuels : un seul bénéficiaire est face à au moins un thérapeute.
- En groupe : plusieurs bénéficiaires sont face à un ou plusieurs thérapeutes, sans qu'il y ait jamais moins d'1 thérapeute pour 2 bénéficiaires.
- Dans le Centre : dans une de ses unités, résidentielle ou ambulatoire.
- À l'extérieur du Centre : dans l'un des lieux de vie du bénéficiaire (domicile, école...) ou dans des lieux publics (piscine, supermarché, transports en commun...). Le rapport entre le nombre de thérapeutes et le nombre de bénéficiaires permet de garantir

la sécurité des bénéficiaires et des personnes présentes dans les lieux publics. Il n'est jamais inférieur à 1 thérapeute pour 2 bénéficiaires.

§ 4 La durée quotidienne totale des bilans et activités de rééducation intensives auxquels chaque bénéficiaire participe est,

- au minimum de 6 heures, pour toute journée de rééducation interne dispensée en semaine (du lundi au vendredi) et pour toute journée de rééducation ambulatoire,
- au minimum de 3 heures 30, pour toute demi-journée de rééducation.

Les jours où les réunions de l'équipe thérapeutique sont organisées (article 17), § 2), cette durée peut être ramenée à 4 heures pour une journée de rééducation interne ; elle est inchangée pour la journée ambulatoire et la demi-journée de rééducation. Le temps consacré aux contacts, visés à l'article 9) (cycle 3 – *Intervention auprès des parents*), entre les thérapeutes du Centre et les parents du bénéficiaire peut être pris en compte dans la durée des bilans et activités de rééducation intensives.

3.2 Forme et contenu des programmes de rééducation

Article 6) § 1 Pour chaque bénéficiaire, le Centre applique les méthodes d'observation, de test et de traitement qui présentent le plus haut niveau de pertinence et de preuve, selon la littérature scientifique disponible au moment de leur utilisation, et respecte les règles de bonne pratique.

S'il doit recourir à des méthodes ayant un faible niveau de preuve ou non validées, le Centre

- décrit de manière concrète et objective la méthode utilisée,
- montre qu'il n'existe pas de méthode pertinente offrant un plus haut niveau de preuve (p. ex. en s'appuyant sur des méta-analyses),
- montre que cette méthode est compatible avec l'état actuel des connaissances scientifiques,
- montre en quoi elle est appropriée, compte tenu de la population-cible et des objectifs poursuivis.

§ 2 Le Centre ne fait jamais appel à des méthodes qui peuvent être considérées comme agressives envers le bénéficiaire et qui n'appartiennent pas au répertoire des bonnes pratiques, reconnues à un niveau international, pour la population visée.

S'il est amené à utiliser des méthodes qui peuvent être considérées comme agressives, il ne le fait qu'en dernier recours, à titre exceptionnel, dans des situations où leur usage est admis par les bonnes pratiques et où il est éthiquement défendable (ex. : isolement dans un local fermé, contention physique). Il n'utilise pas ces mesures de manière prolongée ou répétée. Les mesures utilisables font l'objet d'un protocole signé au préalable par le bénéficiaire et/ou ses parents. Chaque application de telles mesures est relatée de manière circonstanciée dans le dossier médical du bénéficiaire (jour, heure, description de la situation motivant la décision, mesure appliquée, durée...) et si le bénéficiaire est mineur ou en situation d'incapacité juridique, elle est signalée à ses parents.

Article 7) § 1 Le programme de rééducation de tout bénéficiaire est accompagné par un *groupe de coordination individuel* composé au moins

- du bénéficiaire lui-même (s'il peut se représenter),
- de ses parents (avec l'accord du bénéficiaire s'il a la capacité juridique),
- d'une personne mandatée pour représenter l'équipe multidisciplinaire qui a adressé le bénéficiaire au Centre (art. 3), groupes A et B, point 4.),

- d'une personne mandatée pour représenter le milieu d'accueil du bénéficiaire à l'issue de la rééducation,
- si possible, d'un agent mandaté pour représenter de l'administration de tutelle de cette équipe, de ce service ou de cet établissement (AWIPH, COCOF...)

§ 2 Le bénéficiaire majeur, les parents de tout bénéficiaire qui est mineur ou en état d'incapacité légale, ou qui donne son accord écrit, et le cas échéant, son milieu d'accueil concluent avec le Centre un *accord de coopération* écrit, dans lequel ils s'engagent

- à contribuer activement (y compris en leur sein) à l'évaluation du bénéficiaire visée à l'article 9) – cycle 1,
- à contribuer à mettre en place les stratégies d'intervention visées à l'article 9) – cycle 2, et à poursuivre leur application aussi longtemps qu'il est nécessaire, après la période de rééducation,
- à (ré)admettre le bénéficiaire au sein de la famille et/ou du milieu d'accueil, après la période de rééducation, à la date mentionnée dans l'accord.

Cet accord de collaboration mentionne les dispositions des §§ 1 à 3 de l'article 12). Le centre en explique la signification et la portée.

§ 3 Le programme de rééducation de tout bénéficiaire est établi par écrit dans un *plan de soins individualisé* qui contient et définit notamment :

- les hypothèses sur les causes des troubles du comportement, formulées à la fin de l'évaluation initiale (article 9) – cycle 1), et éventuellement révisées en cours de rééducation,
- les objectifs du programme de rééducation dispensé par le Centre,
- les objectifs que les autres partenaires du groupe de coordination individuel s'engagent à atteindre,
- le programme et les moyens à mettre en œuvre par le Centre pour atteindre ses objectifs (les cycles d'intervention, le programme journalier individualisé, les stratégies d'interventions médicales, psychologiques, cognitives et éducatives...),
- les moyens à mettre en œuvre par les autres partenaires pour atteindre leurs objectifs.

Article 8) Au cours d'une période d'intervention de l'assurance accordée en application de l'article 33), un bénéficiaire peut obtenir le remboursement de journées internes, de journées ambulatoires et de demi-journées. Pour les bénéficiaires qui ne répondent pas aux conditions du groupe B, le nombre de journées internes qui peuvent donner lieu à un remboursement est limité à 15 maximum, pour toute la durée de la période d'intervention de l'assurance, en ce compris son éventuelle prolongation.

Lorsque la situation du bénéficiaire le permet, les prestations ambulatoires sont toujours préférées aux prestations internes et les demi-journées aux journées de rééducation.

Article 9) Le programme de rééducation d'un bénéficiaire comprend 3 cycles qui peuvent se succéder ou coïncider en partie, selon la situation du bénéficiaire considéré.

- Cycle 1 – Évaluation

Évaluation initiale

L'évaluation initiale comprend d'une part, la collecte et la synthèse des résultats des examens médicaux pertinents, réalisés antérieurement à l'admission du bénéficiaire dans le Centre, et d'autre part, la réalisation d'observations et d'évaluations spécifiques. Ces dernières peuvent être réalisées à l'extérieur du Centre, dans le milieu de vie.

Au cours de l'évaluation initiale, plusieurs des bilans spécialisés suivants sont réalisés :

- Bilan médical.
- Bilan moteur : kiné / psychomotricité.
- Bilan neuro/psychiatrique.
- Bilan fonctionnel :
 - psychologique,
 - du comportement adaptatif,
 - intellectuel et neuropsychologique,
 - logopédique (évaluation du langage et de la communication).
- Bilan comportemental.
- Bilan systémique.
- Évaluation des modèles d'intervention.

S'ils n'ont pas été réalisés auparavant, le Centre réalise en priorité les examens visant à diagnostiquer les troubles qui constituent des critères d'exclusion, selon les termes de l'article 3).

L'évaluation initiale se conclut par un rapport de synthèse et une réunion qui traitent en particulier des hypothèses sur les causes des troubles du comportement, des objectifs du programme individuel de rééducation, et des modalités de l'intervention. Participent à la réunion : les membres de l'équipe thérapeutique qui interviendront au cours des cycles 2 et/ou 3, et les membres du groupe de coordination visé à l'article 7), § 1. Le Centre veille au respect des obligations légales et déontologiques relatives au secret médical et à la protection de la vie privée.

Évaluation continue

L'évolution du bénéficiaire est évaluée de manière continue, afin de décider s'il doit poursuivre sa rééducation dans le Centre et si son programme journalier individualisé (voir ci-dessous « cycle 2 ») doit être adapté, ou s'il doit quitter le Centre pour être réintégré dans sa famille et/ou son milieu d'accueil.

Le Centre utilise les instruments psychométriques qui répondent aux conditions de l'article 6), § 1, et des grilles ad-hoc, afin de disposer de données chiffrées interprétables au niveau clinique. Les paramètres évalués sont notamment :

- l'amélioration des conditions générales de santé,
- l'amélioration des conditions développementales,
- l'amélioration des conditions comportementales,
- l'amélioration de la qualité de vie des proches (famille) et professionnels des milieux de vie,
- le transferts des pratiques professionnelles.

Tous les 3 mois, le Centre établit un rapport de synthèse fondé sur ces données.

- Cycle 2 – Intervention auprès du bénéficiaire

Un programme journalier individualisé est rédigé et mis en place, sur base de l'évaluation et du rapport établi à l'issue de l'évaluation initiale faisant partie du cycle 1. Il intègre diverses stratégies d'intervention (soins médicaux, stratégies éducatives, stratégies comportementales spécifiques, adaptation de la communication...) Celles-ci sont mises en œuvre, selon la situation spécifique du bénéficiaire et selon son évolution, dans l'unité résidentielle, dans une unité ambulatoire, ou dans les milieux de vie ou d'accueil du bénéficiaire.

Les stratégies d'interventions sont d'une part médicales, et d'autre part, psychologiques, cognitives et éducatives. Les secondes reposent sur les méthodes thérapeutiques suivantes :

- le Support Positif au Comportement en ce compris l'ABA (Applied Behaviour Analysis) : apprentissage progressif d'unités mesurables de comportement, allant du simple au complexe,
- l'apprentissage du Self-management : identification de ses comportements négatifs et de ses difficultés, autogestion de ses comportements positifs et négatifs,
- la méthode TEACCH (Treatment and Education of Autistic and Related Communication Handicapped Children) : méthode d'apprentissage concrète visuelle et structurée, éliminant les sources de distraction,
- le PECS (Picture Exchange Communication System) : apprentissage de la communication assisté par l'utilisation d'images.
- l'Incidental & Milieu Teaching : stratégie d'apprentissages centrée sur le langage (mais applicable dans d'autres secteurs de développement), basée sur un environnement qui suscite la communication, en présence d'un intervenant qui interagit,
- les Apprentissages basés sur les routines : apprentissage de routines naturelles favorisant l'autonomie de la personne.

Les principes de base de ces méthodes sont l'individualisation, l'utilisation de structures spatiales, temporelles, opératoires... codifiées, le recours à la visualisation et l'évaluation des résultats. Ils sont également pertinents pour la prise en charge des adultes.

- Cycle 3 – Collaboration avec le milieu

Ce cycle est axé sur la formation des parents et des professionnels du milieu d'accueil ainsi que sur la mise en place du programme d'intervention au sein de ce milieu d'accueil. Une attention toute particulière est portée aux paramètres systémiques mentionnés dans le rapport et au cours de la réunion qui conclut l'évaluation initiale du cycle 1.

a) Collaboration avec les parents

Le Centre collabore avec les parents de tout bénéficiaire qui est mineur ou en état d'incapacité légale, ou qui donne son accord écrit à cette collaboration.

Comme prévu à l'article 7), §§ 1 et 2, les parents font partie du groupe de coordination individuel constitué autour du bénéficiaire, et concluent avec le Centre un accord de coopération écrit qui les associe à la mise en œuvre du programme de rééducation de leur enfant.

Ils participent aux réunions au cours desquelles les résultats des évaluations (initiale et continue) sont présentés et expliqués, et au cours desquelles les décisions relatives aux cycles 2 et 3 sont prises. Ils participent à la fixation et à la réévaluation des objectifs des programmes de rééducation.

Ils reçoivent une copie des rapports d'évaluation et des documents qui décrivent le plan de soins individualisé du bénéficiaire (cf. article 1.7, § 3).

Entre les bilans, ils sont tenus informés des activités du bénéficiaire et de son évolution par un cahier de liaison où ils peuvent également mentionner leurs propres observations, et par des rencontres informelles avec les thérapeutes du Centre.

Ils peuvent assister à la dispensation de certaines activités de rééducation, soit dans le Centre, soit par l'intermédiaire d'enregistrements vidéo.

Afin de mieux comprendre leur enfant, de développer des attitudes appropriées à son égard et de participer activement à la mise en œuvre des stratégies d'intervention, les parents, en fonction des objectifs du plan de soins individualisé, peuvent recevoir une formation et une guidance, basées à la fois sur des connaissances théoriques générales, sur les conclusions des évaluations du bénéficiaire, et sur des sessions d'interventions, modélisées et guidées par un des thérapeutes du Centre.

De plus, les parents bénéficient

- d'un support social : planification et organisation des démarches administratives pour l'accès aux ressources qui concernent les troubles ayant justifié l'admission du bénéficiaire, accomplissement de certaines démarches, orientation vers un soutien psychologique extérieur si la situation des parents s'avère plus lourde à gérer (troubles psychiatriques éventuels),
- d'un support psychologique : gestion de la souffrance familiale engendrée par les troubles dont souffre le bénéficiaire, développement d'une perspective positive.

Une partie de ces activités peut avoir lieu en groupe de parents, afin de profiter de la dynamique du groupe, dans la perspective d'une mobilisation des ressources personnelles (partage d'expériences : difficultés, solutions...)

b) Collaboration avec les services et établissements

Si le bénéficiaire doit être (ré)admis dans un milieu d'accueil après la période de rééducation, le Centre collabore activement avec ce dernier. La collaboration fait l'objet d'un accord écrit comme prévu à l'article 7), § 2 ; elle est organisée par le groupe de coordination individuel (article 7), § 1).

Le Centre propose au milieu d'accueil un support à la mise en œuvre du plan de soins individualisé du bénéficiaire. Il explique le contenu de ce plan et les moyens de le mettre en œuvre aux responsables du milieu d'accueil et aux membres du personnel qui interviennent dans la prise en charge du bénéficiaire. Il forme le personnel à la prise en charge du bénéficiaire et lui propose un coaching spécifique.

À cette fin, des intervenants du milieu d'accueil sont invités à se rendre dans le Centre pour recevoir une formation, lors d'intervention préparées auprès du bénéficiaire dont ils s'occupent. Les thérapeutes du Centre se rendent dans le milieu d'accueil pour examiner les moyens de mettre en œuvre les stratégies d'intervention, dans des situations concrètes. Enfin, le Centre assure une permanence téléphonique, comme prévu à l'article 11), § 1.

Article 10) Les retours en famille du bénéficiaire, au cours de la rééducation, sont préparés par le Centre, avec ses parents, en particulier, lorsque le bénéficiaire reçoit un programme de soins sous la forme de journées internes et/ou lorsque le retour en famille doit durer plusieurs jours.

Article 11) § 1 Le Centre assure une permanence téléphonique, durant ses heures d'ouverture, afin de permettre aux parents et aux professionnels des milieux d'accueil d'obtenir des avis et des conseils, ou une aide dans la recherche de solutions concrètes à d'éventuelles situations d'urgence, pour toute matière et situation directement liées aux troubles qui ont justifié l'admission du bénéficiaire concerné.

Cette permanence est assurée

- pour tout bénéficiaire au cours de sa rééducation proprement dite,
- pour tout bénéficiaire ayant suivi un programme de rééducation d'une durée minimum de 3 mois, durant 3 ans après sa rééducation proprement dite.

§ 2 Le Centre communique les dispositions du présent article, par écrit, au bénéficiaire ou à ses parents.

3.3 Durée de la rééducation et procédure de sortie

Article 12) § 1 L'instance compétente ne peut accorder qu'une seule période d'intervention de l'assurance, visée à l'article 33), en faveur d'un même bénéficiaire. La durée maximale de la période accordée est de 6 mois. Cette durée peut être prolongée de 3 mois pour un pourcentage de bénéficiaires $X_1 < 100\%$. Elle peut être prolongée de 3 mois supplémentaires pour un pourcentage de bénéficiaires $X_2 < X_1$. Cette durée ne peut jamais excéder 12 mois au total. L'instance compétente ne peut accorder d'exception ni à l'unicité de la période, ni à la durée maximale de 12 mois.

Le Collège des médecins-directeurs fixe la valeur des pourcentages X_1 et X_2 , au plus tard 36 mois après l'entrée en vigueur de la présente convention, sur la base des données recueillies par le Centre au cours du processus d'évaluation défini au chapitre 10. Ces pourcentages sont calculés sur le nombre total de demandes (fixations d'une période d'intervention de l'assurance et prolongations d'une période accordée) que le centre introduit pour l'ensemble de ses unités, durant l'année en cours et l'année précédente.

Le centre veille à respecter ces pourcentages dès qu'ils ont été fixés.

§ 2 La durée réelle de la rééducation d'un bénéficiaire peut être inférieure à la durée de la période d'intervention de l'assurance accordée selon la procédure visée à l'article 33). Le Centre met fin à la rééducation dès qu'elle n'est plus justifiée par l'état du bénéficiaire et la capacité de son milieu à gérer ses troubles du comportement. En particulier, il y met fin lorsqu'une des évaluations menées au cours du cycle 1 (article 9)) montre que

- les objectifs du programme individuel de rééducation sont atteints,
- les conditions de la définition des bénéficiaires ne sont plus remplies,
- l'état du bénéficiaire n'a pas évolué favorablement depuis l'évaluation précédente.

Le Centre ne demande de prolongation de la période d'intervention de l'assurance que si l'état du bénéficiaire et la compétence de son milieu de vie dans la gestion des troubles du comportement la justifient. Par exemple, il peut demander une prolongation de la période si

- les troubles du comportement persistent à un degré de fréquence ou de sévérité excessif mais évoluent favorablement et peuvent encore être atténués,
- l'amélioration des troubles du comportement a besoin d'être consolidée et peut l'être au cours de la prolongation,
- la compétence des milieux de vie dans la gestion des troubles du comportement est insuffisante, mais peut encore être augmentée.

Un éventuel manque de places d'accueil ne constitue jamais un motif de continuation de la rééducation.

§ 3 La sortie du bénéficiaire, à l'issue de la rééducation, est préparée par le Centre, au cours du cycle 3 du programme, avec ses parents et avec les professionnels de son futur milieu d'accueil. Le Centre prend toutes les mesures pour ne pas devoir renvoyer à domicile un bénéficiaire dont il n'aurait pas préparé la sortie avec son milieu d'accueil et pour ne pas devoir continuer la rééducation par défaut de préparation.

§ 4 L'accord de coopération écrit visé à l'article 7), § 2, mentionne les dispositions des §§ 1 à 3 ci-dessus.

§ 5 Le Centre analyse les facteurs qui déterminent la durée effective des programmes individuels de rééducation, dans les rapports visés à l'article 44).

3.4 Échange d'informations et accords avec le réseau de soins

Article 13) § 1 Le Centre peut proposer à ses bénéficiaires des solutions concrètes pour la réalisation des examens médicaux nécessaires, afin d'atteindre dans les délais les plus brefs les buts visés à l'article 4), § 1, points 1 et 2. Il conclut avec des services, des centres spécialisés ou tout autre prestataire de soins compétent, des accords de collaboration qui précisent notamment le délai maximal de réalisation des examens demandés et, si nécessaire, le protocole des examens.

§ 2 Le Centre maintient des contacts suivis avec des médecins spécialistes, des établissements ou services de soins, des centres d'accueil spécialisé, des établissements scolaires... suffisamment nombreux et diversifiés, pour pouvoir proposer aux bénéficiaires qui en ont besoin une prise en charge adaptée à leur condition.

§ 3 Le Centre maintient des contacts permanents avec les centres de référence de l'autisme afin d'échanger avec eux l'information scientifique spécialisée relative à l'autisme et aux troubles du comportement.

Article 14) Le Centre envoie au médecin généraliste du bénéficiaire et au médecin spécialiste qui le suit éventuellement les rapports de synthèse visés à l'article 9) (cycle 1. – évaluation), à moins que le bénéficiaire ou ses parents ne s'y opposent.

4. ORGANISATION FONCTIONNELLE ET ADMINISTRATIVE DU CENTRE

4.1 Organisation des unités

Article 15) § 1 Le Centre est subdivisé en 4 unités interdépendantes, 1 unité résidentielle et 3 unités ambulatoires. Leurs capacités sont définies à l'article 35).

§ 2 Ces unités sont initialement localisées à Mons (unité résidentielle), Bruxelles, Mons et Liège (unités ambulatoires). Elles sont situées de manière à permettre un accès aisé par la route et par les transports en commun. Le Centre ne peut déplacer une unité qu'avec l'accord du Collège des médecins-directeurs. Le Collège ne peut donner son

accord que s'il peut vérifier que la répartition géographique des 4 unités et la nouvelle localisation de l'unité déplacée garantissent une accessibilité des soins au moins égale à la situation précédente. Le Centre apporte les preuves que cette condition est respectée.

§ 3 La gestion administrative des unités est centralisée. En particulier, les demandes d'accord d'intervention de l'assurance (article 33), la facturation des prestations (article 37), la transmission des chiffres de production (article 40), § 2), ainsi que tous les autres contacts entre le Centre et les organismes assureurs ou l'INAMI sont traités par un seul secrétariat centralisé.

Article 16) § 1 Le personnel thérapeutique est réparti entre les différentes unités. Le personnel administratif et logistique peut être regroupé, afin de réduire les coûts.

§ 2 Le cadre du personnel thérapeutique minimum en fonction dans une unité est le suivant :

Discipline	Unité résidentielle		Unité ambulatoire (par unité)	
	h/sem.	ETP	h/sem.	ETP
Médecin	9h25	0,25	1h00	0,02
Psychologue	42h45	1,13	24h00	0,63
Logopède	14h15	0,38	12h00	0,32
Kinésithérapeute	14h15	0,38	-	-
Assistant social	14h15	0,38	3h45	0,10
Enseignant	28h30	0,75	16h30	0,43
Infirmier	14h15	0,38	-	-
Éducateur A1	254h00	6,68	33h45	0,89
Éducateur A2	102h20	2,69	-	-

Ce cadre du personnel thérapeutique minimum correspond à près de 75% du cadre repris en annexe à la présente convention. La fraction du cadre qui se situe au-delà de ces minimums est répartie par le Centre entre ses différentes unités, en fonction des besoins, en respectant les obligations relatives au cadre du personnel énoncées au point 4.2. Le Centre peut à tout moment indiquer dans quelle unité travaille chaque membre de son personnel.

§ 3 L'unité ambulatoire de Liège dispose en outre du personnel nécessaire pour pouvoir dispenser le programme de rééducation prévu par la présente convention à des patients germanophones.

Article 17) § 1 La rééducation est un processus multidisciplinaire auquel participent l'ensemble des thérapeutes repris en annexe à la présente convention.

§ 2 Les réunions de l'équipe thérapeutique contribuent à assurer la cohérence de son fonctionnement et des programmes de rééducation individuels qu'elle dispense.

Ces réunions concernent notamment :

- l'étude des cas individuels,

- les fondements théoriques, la méthodologie des programmes de rééducation et, d'une manière générale, toute matière qui a trait à la prise en charge des bénéficiaires de la convention, et qui intéresse l'équipe.

Une réunion commune de l'ensemble du personnel thérapeutique des 4 unités se tient tous les 3 mois. Une réunion par unité, du personnel thérapeutique de cette unité, se tient chaque semaine, à l'exception de la semaine au cours de laquelle se tient la réunion commune.

Le médecin responsable et le directeur visés à l'article 18) assistent à toutes les réunions communes. Au moins l'un des deux est présent à chaque réunion d'unité.

Durant ces réunions, le Centre maintient un personnel thérapeutique de garde auprès des bénéficiaires présents, pour assurer leur bien-être et leur sécurité. Une rotation du personnel de garde permet à chaque thérapeute d'assister régulièrement aux réunions.

Chaque réunion donne lieu à la rédaction d'un compte-rendu distribué aux membres des équipes thérapeutiques de toutes les unités.

Article 18) La direction du Centre est assurée par un médecin responsable, un directeur et un coordinateur administratif.

Le médecin responsable et le directeur veillent à la bonne application de la présente convention dans sa dimension thérapeutique. Ils se portent garant,

- des compétences des membres de l'équipe,
- de l'actualité et de la validité théorique des principes qui sous-tendent les programmes de rééducation,
- de la pertinence et de la cohérence clinique de chaque programme individuel.

Le coordinateur administratif veille à la bonne application de la présente convention dans sa dimension administrative et financière. En concertation avec le médecin responsable et le directeur, il veille à ce que la gestion du personnel et l'organisation matérielle du Centre permettent un déroulement optimal des programmes de rééducation.

4.2 Obligations relatives au cadre du personnel

Article 19) Le cadre du personnel du Centre pris en compte pour le calcul des montants d'intervention de l'assurance visés à l'article 27), § 1, est établi en annexe à la présente convention. Les membres du personnel du Centre visés par les articles 16) à 25) sont les médecins, thérapeutes, employés administratifs et ouvriers qui sont repris dans ce cadre, ou qui remplacent ces derniers conformément aux dispositions de la présente convention.

Article 20) Chaque membre du personnel preste, au sein du Centre, pour les activités prévues par le programme de rééducation décrit par la présente convention, au minimum le nombre d'heures fixé en annexe à cette convention.

Article 21) § 1 Afin de garantir la qualité de la rééducation, le Centre s'engage à occuper en permanence le cadre du personnel prévu. Cela implique qu'il s'engage à prendre sans délai toutes les dispositions pour éviter qu'une fonction prévue ne soit pas remplie. Ainsi, dès qu'une fonction prévue n'est plus remplie, à la suite d'une démission, d'un licenciement ou pour un motif justifié d'absence de longue durée (interruption de carrière, congé sans solde, maladie, ...), il prend immédiatement toutes les mesures utiles afin de pourvoir au remplacement du membre du personnel temporairement ou définitivement absent.

Le Centre n'est toutefois pas tenu de remplacer un membre du personnel licencié, qui ne travaille plus au cours de la période de préavis légal rémunéré, aussi longtemps qu'il est effectivement rémunéré par le Centre. Il n'est pas davantage tenu de remplacer un membre du personnel absent pour maladie au cours de la période légale de salaire garanti, pendant laquelle le membre du personnel malade est effectivement rémunéré par le Centre.

§ 2 Si le Comité de l'assurance constate que le Centre n'a pas respecté les dispositions du § 1, il peut décider, en plus de toute mesure qu'il juge pertinente, de diminuer pendant une période à déterminer par lui, le montant de l'intervention de l'assurance fixé à l'article 27), § 1. Cette période ne peut pas dépasser la durée de non-respect des dispositions du § 1, et avant toute décision du Comité de l'assurance, le Centre doit avoir eu l'occasion d'expliquer par écrit les raisons de ce non-respect.

Le Centre s'engage à ne répercuter en aucun cas, ni sur les bénéficiaires qu'il prend en charge, ni sur les membres de son personnel, les réductions qui seraient appliquées sur base des dispositions du présent paragraphe.

Article 22) § 1 Le Centre s'engage à rémunérer les membres de son personnel au moins sur base des principes qui ont fondé le calcul de son coût, tel que repris en annexe à la présente convention.

Ce calcul est notamment basé sur les barèmes des médecins-conseil, pour les médecins, sur les barèmes des agents de l'état fédéral, pour le directeur, et sur les barèmes de la Commission paritaire des établissements et services de santé (CP 330) applicables au personnel des hôpitaux, pour les autres membres du personnel, ainsi que sur les décisions prises par le Comité de l'assurance soins de santé de l'INAMI

Le Centre s'engage également à accorder aux membres du personnel concernés les avantages prévus dans le cadre de nouvelles dispositions prises au sujet des barèmes qui leur sont applicables et ce, à condition que leur coût soit intégré par le Comité de l'assurance soins de santé de l'INAMI dans le montant du forfait.

Le Centre s'engage à verser annuellement et ce, au plus tard le 31 mars, au « Fonds pour la prime syndicale » le montant admis par le Comité de l'assurance soins de santé et fixé par équivalent de forfait remboursé pour l'année civile précédente.

§ 2 Si une fonction prévue au sein du cadre du personnel est occupée de façon contractuelle par un médecin ou un thérapeute indépendant, le Centre s'engage à payer pour ses prestations des honoraires au moins égaux à la charge salariale totale qui lui serait accordée s'il possédait le statut de salarié. La charge salariale totale précitée comporte, outre la rémunération brute, entre autres, le supplément pour heures irrégulières, le pécule de vacances, l'ensemble des primes et cotisations patronales à l'O.N.S.S., l'assurance loi...

Article 23) § 1 En toute situation et pour toute fonction reprise au tableau en annexe à la présente convention (quel que soit le statut de la personne remplissant cette fonction), le Centre s'engage à transmettre au Service des soins de santé copie d'un contrat mentionnant le nom et la qualification du membre du personnel ainsi que le nombre effectif d'heures/semaine durant lequel il s'engage à être réellement présent, dans le Centre ou dans tout autre lieu où sa présence est requise par l'exercice de sa fonction dans le cadre de la convention.

§ 2 Le Comité de l'assurance soins de santé n'est pas considéré comme partie dans le contrat d'emploi qui lie le Centre et son personnel.

Article 24) § 1 Le montant dû de l'intervention de l'assurance dans les prestations de rééducation sera adapté en fonction des frais réels du Centre, si le coût effectif du personnel repris en annexe à la présente convention excède d'au moins 1% le coût prévu par ce montant.

§ 2 À cet effet, le Centre constitue un dossier «frais de personnel» entièrement actualisé et documenté qui est soumis dans les meilleurs délais au Collège des médecins-directeurs et au Comité de l'assurance, en même temps qu'un avenant permettant d'adapter les prix fixés dans la présente convention.

Le dossier « frais de personnel » à constituer par le Centre respecte le modèle et les principes du calcul des frais de personnel joint en annexe, notamment en ce qui concerne le nombre de membres du personnel du Centre et leur qualification. L'actualisation des frais de personnel est toujours conforme en tous points aux principes de calcul normalement appliqués par le Service des soins de santé.

Si le dossier « frais de personnel » ne répond pas à ces critères, il est considéré comme irrecevable par le Service des soins de santé et le Centre en est avisé.

§ 3 Le montant du forfait ainsi recalculé est d'application le premier jour du mois suivant son approbation par le Comité de l'assurance et au plus tard le premier jour du quatrième mois suivant la date de réception par le Service des soins de santé, d'un dossier «frais de personnel» complet, précis et donc recevable.

Article 25) § 1 Le Centre fournit à chaque membre du personnel le texte des chapitres I à IV & VI de la présente convention, de même que toute éventuelle modification de ce texte, ainsi que le « Programme thérapeutique » visé dans les préliminaires à la présente convention. Il conserve et tient à la disposition du Service des soins de santé de l'INAMI les pièces prouvant que chaque membre du personnel a reçu ces documents.

§ 2 Le Centre autorise le Service des soins de santé de l'INAMI à communiquer à chaque membre du personnel qui le lui demande, les données relatives au mode de calcul de sa rémunération.

5. PRIX DES PRESTATIONS ET MONTANTS D'INTERVENTION DE L'ASSURANCE

Article 26) Une intervention de l'assurance est due pour toute prestation qui respecte les conditions prévues par la présente convention.

Article 27) § 1 Les honoraires et prix prévus pour les prestations de rééducation visées à l'article 5) s'établissent à :

	pseudo-codes	montant total (en euros)	indexable (en euros)	non-indexable (en euros)
journée interne	#	547,95	535,73	12,22
journée ambulatoire	#	383,56		
demi-journée	#	273,97		

§ 2 La partie indexable de ces honoraires et prix est liée à l'indice pivot 119,62 (base 2004) des prix à la consommation.

§ 3 L'intervention de l'assurance doit être diminuée du montant fixé en application des dispositions de l'arrêté royal du 29 avril 1996, modifié par l'arrêté royal du 12 février 1999, portant fixation de la réduction de l'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans les honoraires et prix fixés dans certaines conventions avec les établissements de rééducation visés à l'article 22, 6°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

6. CUMUL DE PRESTATIONS ET SUPPLEMENTS

Article 28) § 1 Un médecin ou thérapeute du Centre, repris en annexe à la présente convention, ne peut facturer à l'assurance soins de santé ou à un bénéficiaire aucune prestation prévue dans la nomenclature des prestations de santé (A.R. du 14 septembre 1984) qu'il aurait dispensée à ce bénéficiaire durant la période d'intervention de l'assurance visée à l'article 34), dans les locaux ou hors des locaux du Centre.

§ 2 Les dispensateurs de soins qui n'appartiennent pas au personnel du Centre repris en annexe à la présente convention peuvent facturer les prestations prévues dans la nomenclature des prestations de santé (A.R. du 14 septembre 1984) dispensées à un bénéficiaire, durant la période d'intervention de l'assurance visée à l'article 34), dans les locaux ou hors des locaux du Centre, à l'exception des prestations dispensées par un (pédo)psychiatre, un logopède, ou un kinésithérapeute.

Article 29) Aucune intervention de l'assurance dans les prestations prévues par la présente convention n'est due si le bénéficiaire perçoit une intervention de l'assurance dans une prestation réalisée, au cours de la même journée, par un autre établissement de rééducation fonctionnelle conventionné.

Article 30) Le Centre s'abstient de réaliser des prestations en faveur de patients qui sont suivis par une cellule mobile d'intervention (CMI) régie par une convention conclue avec l'État belge, représenté par la Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales. Pour tout patient, avant son éventuelle admission dans un programme de rééducation, le Centre s'informe à ce sujet auprès de la CMI active dans la région où il réside. Le passage d'un patient d'une CMI au Centre implique l'interruption du suivi par la CMI et inversement, le passage du Centre à une CMI implique l'interruption de la prise en charge par le Centre. Une concertation est organisée entre la CMI, le Centre et les responsables légaux du patient, afin que la transition se passe au mieux et que les connaissances acquises à propos du patient soient partagées, dans le strict

respect des obligations légales et déontologiques relatives au secret médical et à la protection de la vie privée.

Article 31) Le Centre s'engage à ne facturer ni au bénéficiaire, ni à l'assurance soins de santé, de supplément aux prix des prestations fixés à l'article 31), § 1, à la seule exception d'une éventuelle participation aux frais occasionnés par la fourniture des biens ou des services suivants : repas de midi (pour les seuls bénéficiaires des journées ambulatoires ou demi-journées), transport des bénéficiaires entre le Centre et leur lieu de résidence avant et après la journée ou demi-journée de rééducation, activités de socialisation hors du Centre (transport collectif, tickets d'entrée et petits frais annexes).

Ces biens et services peuvent être proposés aux bénéficiaires ou à leurs parents, mais ils ne peuvent en aucune manière leur être imposés. La participation aux frais ne peut pas excéder les frais réels supportés par le Centre pour la fourniture de ces biens ou services. Cette participation ne peut être réclamée que si les biens ou services sont effectivement fournis. Le bénéficiaire ou ses parents doivent toujours être informés à l'avance, par écrit, de manière précise et complète, du montant de la participation qui peut leur être réclamée dans chacun de ces biens et services.

Article 32) Le Centre prend toutes mesures utiles en vue de l'application de l'article 31). Il en communique les termes par écrit, contre récépissé signé par le bénéficiaire ou ses parents, et en explique la portée. Il recueille également l'accord ou le refus écrit du bénéficiaire ou de ses parents quant à la fourniture et à la facturation de chacun des biens et services visés à l'article 31). Il conserve un double des documents signés.

7. PROCEDURE DE DEMANDE D'INTERVENTION DE L'ASSURANCE

Article 33) § 1 La demande d'accord d'intervention de l'assurance dans les prestations de rééducation est introduite par le bénéficiaire ou ses parents auprès du médecin-conseil de son organisme assureur et ce, en vertu des dispositions des articles 138 et 139 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.

Le Centre s'engage à les informer dûment à cet égard et à les aider à effectuer les démarches.

§ 2 L'arrêté royal cité au § 1 prévoit entre autres que la demande d'accord d'intervention de l'assurance soit introduite au moyen du formulaire approuvé par le Comité de l'assurance soins de santé.

A ce formulaire doit être joint un « rapport médical » établi sous la responsabilité du médecin responsable et du directeur du Centre, selon le modèle défini par le Collège des médecins-directeurs, démontrant que le bénéficiaire répond aux conditions de la convention.

Article 34) En cas d'accord, l'instance compétente fixe, pour le bénéficiaire, en fonction du programme de rééducation spécifiquement prévu par le Centre, la date de début de la période d'intervention de l'assurance et la durée de cette période.

8. CAPACITE ET FACTURATION

Article 35) L'unité résidentielle est ouverte tous les jours sans interruption. Les unités ambulatoires sont ouvertes 5 jours par semaine, chaque semaine à l'exception de 2 semaines de fermeture consécutives en juillet/août et de 2 semaines de fermeture non-consécutives, correspondant à des congés scolaires.

Les patients sont répartis dans 1 unité résidentielle et 3 unités ambulatoires. L'unité résidentielle peut accueillir une moyenne de 6 bénéficiaires par jour, avec un maximum de 8 patients (à charge ou non de l'assurance soins de santé) par jour. Chaque unité ambulatoire peut accueillir une moyenne de 4 bénéficiaires par jour, avec un maximum de 6 patients (à charge ou non de l'assurance soins de santé) par jour.

Article 36) § 1 La « capacité réalisable » du Centre est fixée par l'annexe à la présente convention à l'équivalent de 3.405 journées internes.

Sa « capacité normale de facturation » est fixée à 90% de la capacité réalisable, soit l'équivalent de 3.065 journées internes.

Sa « capacité maximale de facturation » est fixée à 98% de la capacité réalisable, soit l'équivalent de 3.337 journées internes.

§ 2 Le Centre s'engage à ne facturer aucune prestation de rééducation fonctionnelle aux bénéficiaires ou aux organismes assureurs au-delà de sa capacité maximale de facturation.

§ 3 Pour toute prestation facturable réalisée au-delà de sa capacité normale de facturation au cours d'une année civile déterminée, le Centre s'engage à facturer des prix réduits s'élevant, soit à 50%, soit à 25% du prix plein des prestations, en fonction du nombre de jours remboursables réalisées au cours des années civiles précédentes.

Ces prix réduits s'élèvent à :

1. 50% du prix plein :
 - a. si le Centre n'a pas réalisé plus de l'équivalent de 3.065 journées internes remboursables, au cours de l'année civile qui précède l'année civile considérée,
 - b. ou, lorsque la condition ci-dessus n'est pas remplie, si le Centre n'a réalisé plus de l'équivalent de 3.201 journées internes remboursables au cours d'aucune année civile, depuis l'année civile la plus récente au cours de laquelle il n'a pas réalisé plus de l'équivalent de 3.065 journées internes remboursables ;
2. 25% du prix plein :
 - a. si, au cours de l'année civile qui précède l'année civile considérée, le Centre a réalisé plus de l'équivalent de 3.201 journées internes remboursables,
 - b. ou si, depuis l'année civile la plus récente au cours de laquelle le Centre n'a pas réalisé plus de l'équivalent de 3.065 journées internes remboursables, il a réalisé, au cours d'au moins une année civile plus de l'équivalent de 3.201 journées internes remboursables.

§ 4 Dans le calcul des capacités de facturation visées aux §§ 1 à 3 ci-dessus, les prestations réalisées par les 4 unités sont additionnées. Toute journée interne vaut 1, toute journée ambulatoire vaut 0,70 et toute demi-journée vaut 0,50.

§ 5 Les prestations de rééducation fonctionnelle portées en compte aux organismes assureurs belges pour des patients à charge d'un organisme assureur étranger, sont prises en compte dans le calcul des capacités normale et maximale de facturation.

§ 6 Les prestations de rééducation fonctionnelle réalisées par le Centre pour des patients qui ne sont pas des bénéficiaires de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités peuvent être portées en compte à d'autres instances. Le total des prestations facturables aux organismes assureurs et à des tiers, réalisées au cours d'une année civile déterminée, ne peut jamais dépasser la capacité réalisable du Centre, telle que définie au § 1.

§ 7 Pour les années civiles d'entrée en vigueur et de cessation de vigueur de la présente convention, les capacités de facturation sont réduites proportionnellement à la durée de la période de validité de la convention durant ces années civiles.

Article 37) Pour chaque bénéficiaire, le Centre s'engage à facturer aux organismes assureurs le montant des jours de rééducation au moyen d'une facture dont le modèle est approuvé par le Comité de l'assurance soins de santé. Sur celle-ci sont également repris à titre d'information les éventuels autres montants facturés au bénéficiaire par le Centre, en accord avec l'article 31). Une copie de cette facture est remise au bénéficiaire ou à ses parents.

Article 38) Le Centre s'engage à ne pas facturer plus d'une prestation prévue par la présente convention par jour et par bénéficiaire.

9. DISPOSITIONS ADMINISTRATIVES GENERALES

Article 39) Le Pouvoir organisateur du Centre tient une comptabilité basée, d'une part, autant que possible, sur le plan comptable normalisé minimum pour les hôpitaux (A.R. du 14.08.1987), et d'autre part, sur les décisions prises en la matière par le Comité de l'assurance soins de santé. Si le Centre fait partie d'une institution ou d'un ensemble d'institutions gérées par le même Pouvoir organisateur, les données comptables liées à l'application de la présente convention sont rassemblées sous un poste de frais distinct de telle sorte que les dépenses et revenus puissent être immédiatement connus. Avant la fin du mois de juin de chaque année, le Pouvoir organisateur du Centre envoie au Service des soins de santé de l'INAMI les données comptables liées à l'application de la présente convention et relatives à l'année civile précédente.

Article 40) § 1 Le Centre tient un registre des présences selon un modèle qui peut être déterminé par le Service des soins de santé de l'INAMI, dans lequel il mentionne, avant la fin de chaque journée, pour chaque bénéficiaire en faveur duquel il a réalisé une prestation prévue par la présente convention, l'identité du bénéficiaire, l'horaire de toutes les activités de rééducation réalisées en sa faveur et les noms des thérapeutes qui les ont réalisées.

§ 2 Il établit sur cette base ses chiffres de production (soit les nombres de forfaits prestés, par type, multipliés par leurs prix respectifs). Avant la fin du mois qui suit le dernier mois de chaque trimestre, il transmet les chiffres de production relatifs à ce trimestre au moyen de l'application informatique qui lui est fournie par le Service des soins de santé.

§ 3 Le Centre désigne une personne de contact chargée de la transmission des chiffres de production. Il communique ses coordonnées (nom, numéro de téléphone direct et adresse électronique) au Service des soins de santé de l'INAMI qu'il informe également de tout changement de ces coordonnées.

Le Centre s'engage à soumettre, à la demande du Service des soins de santé ou du Service d'évaluation et de contrôle médicaux, les registres de présence pour étayer les chiffres de production transmis. La transmission délibérée de chiffres de production erronés entraînera la suspension d'office du paiement par les organismes assureurs dans le cadre de la présente convention.

§ 4 Le Centre s'engage à observer scrupuleusement les instructions relatives à la tenue journalière du registre de présence et les instructions relatives à la transmission des chiffres de production.

En cas de non-respect de l'obligation de compléter correctement les registres de présence, lors d'une première infraction, les prestations dispensées le jour où l'infraction a été constatée ne sont pas remboursées. Dans le cas d'une deuxième infraction, aucune prestation ne sera remboursée pour les jours où le registre de présence n'aura pas été complété correctement.

Si les chiffres de production ne sont pas transmis avant la fin du deuxième mois qui suit la fin d'un trimestre, le Centre est rappelé à ses obligations par lettre recommandée. Si les chiffres de production ne sont toujours pas transmis dans les 30 jours civils suivant l'envoi recommandé, les paiements par les organismes assureurs (dans le cadre de la convention conclue entre l'INAMI et le Centre) sont suspendus d'office.

Article 41) § 1 Le Centre s'engage à fournir au Service des soins de santé de l'INAMI et/ou aux organismes assureurs concernés toute information leur permettant de contrôler le respect des dispositions de la présente convention sous tous leurs aspects.

§ 2 Le Centre autorise tout représentant de l'INAMI ou des organismes assureurs à effectuer les visites que celui-ci juge utile à l'accomplissement de sa mission de contrôle du respect des dispositions de la présente convention.

Article 42) Le Centre s'engage, le cas échéant, à communiquer toutes les informations dont la transmission est explicitement prévue par la présente convention par voie de support informatique selon le format demandé par le Collège des médecins-directeurs ou par le Service des soins de santé.

Article 43) § 1 Le Pouvoir organisateur du Centre s'engage à créer les conditions permettant au médecin responsable, au directeur et au coordinateur administratif de respecter toutes les dispositions de la présente convention.

§ 2 Le Pouvoir organisateur du Centre assume l'entière responsabilité de l'éventuel non-respect des dispositions de la présente convention par le Centre et des conséquences, notamment financières, qui en résultent.

10. DESCRIPTION DE L'ACTIVITE DU CENTRE ET MESURE DES RESULTATS

Article 44) Dès l'entrée en vigueur de la présente convention, le Centre met en œuvre une procédure d'évaluation qui comporte 3 volets : un compte-rendu descriptif annuel, une procédure d'évaluation des résultats, une étude scientifique.

10.1 Compte-rendu descriptif annuel

Article 45) De la 2^e à la 5^e année de validité de la convention, chaque année, avant le 30 juin, le Centre adresse au Service des soins de santé de l'INAMI un compte-rendu descriptif portant sur l'année précédente. Ce compte-rendu décrit notamment :

- la population du Centre : nombre de bénéficiaires par âge et sexe ; diagnostics principaux et secondaires (dénomination et codification standardisées) ; équipes ayant posé les diagnostics justifiant l'admission (centre de référence, centre de rééducation ambulatoire, centre de santé mentale...) ; envoyeur (équipe multidisciplinaire...) ; situation familiale...
- le rythme et la durée des programmes : nombre de prestations de chaque type par bénéficiaire des groupes A et B (moyenne, médiane, écart-type) ; durée totale de la rééducation à la date de sortie ; description du groupe-cible en fonction de la durée de la période d'intervention de l'assurance (6, 9, 12 mois)...
- chaque recours à des mesures de contention physique ou chimique (description de l'incident, mesures prises, durée...)

Dans les 6 mois qui suivent l'entrée en vigueur de la présente convention, le Centre transmet au Collège des médecins-directeurs un projet détaillé de modèle de compte-rendu. Le modèle définitif est établi et approuvé par le Collège des médecins-directeurs. Le centre recueille toutes les données utiles dès l'entrée en vigueur de la présente convention, sans attendre l'approbation du modèle de compte-rendu.

10.2 Évaluation des résultats et étude scientifique

Article 46) § 1 Dès l'entrée en vigueur de la convention, le Centre met en œuvre le protocole d'évaluation des résultats qui figure à l'annexe II.

Il produit sur cette base 2 comptes-rendus d'évaluation des résultats qui mesurent objectivement l'efficacité¹ et l'efficience² des programmes de rééducation dispensés, au niveau global et au niveau de sous-groupes pertinents. Il examine en particulier le sous-groupe des *non-responders* (bénéficiaires pour lesquels les programmes de rééducation n'ont pas d'effet positif significatif) et tente d'établir un profil prédictif permettant de les retrancher du groupe-cible de la convention.

Il transmet ces comptes-rendus d'évaluation au Service des soins de santé, à l'attention du Collège des médecins directeurs,

- pour le 1^{er}, au plus tard 30 mois après la date début de validité de la présente convention,
- pour le 2^e, si la convention est prolongée au-delà de 36 mois de validité, au plus tard 54 mois après la date début de validité de la présente convention.

¹ Rapport entre les objectifs visés et les objectifs atteints.

² Rapport entre les objectifs atteints et le coût, en comparaison avec d'autres formes de prise en charge des mêmes patients (ex. : hospitalisation psychiatrique de longue durée).

§ 2 Le Collège des médecins directeurs peut proposer au Comité de l'assurance de ne pas prolonger la validité de la convention si

- les comptes-rendus d'évaluation ne sont pas transmis chacun à la date fixée,
- les comptes-rendus d'évaluation ne donnent pas chacun une mesure claire et objective l'efficacité et l'efficience des programmes de rééducation dispensés,
- les comptes-rendus d'évaluation ne démontrent pas chacun que les programmes de rééducation dispensés sont efficaces et efficaces par rapport à d'autres formes de prise en charge.

Le cas échéant, le Collège argumente sa proposition de ne pas prolonger la convention. Il donne au Centre un délai de 4 semaines, pour répondre à ses arguments avant la soumission de sa proposition au Comité de l'assurance. La proposition du Collège, ses arguments, et la réponse éventuelle du Centre sont soumis au Comité de l'assurance.

Article 47) Le Centre soutient une étude scientifique portant sur l'efficacité des programmes de rééducation et sur les facteurs prédictifs d'efficacité. Il entreprend les démarches pour en obtenir le financement, il collabore au travail de recherche, il soumet au moins un article à une revue scientifique avec comité de lecture.

Il planifie les étapes de cette étude scientifique afin d'obtenir un accord de publication de l'article, ou au moins sa révision par le comité de lecture, au plus tard 54 mois après la date début de validité de la présente convention.

11. MESURES TRANSITOIRES

Article 48) § 1 Le Centre est composé d'1 unité résidentielle et de 3 unités ambulatoires. Dès l'entrée en vigueur de la présente convention, les unités ambulatoires de Bruxelles et de Mons sont actives, et toute fonction attribuée nominativement dans le cadre du personnel annexé à la présente convention est effectivement occupée par le membre du personnel désigné, ou la personne qui le remplace conformément aux dispositions de l'article 21), § 1. Le cadre du personnel de ces 2 unités est complet au plus tard 4 mois après l'entrée en vigueur de la présente convention.

L'unité résidentielle et l'unité ambulatoire restante débutent leurs activités dans un délai de 12 mois suivant l'entrée en vigueur de la présente convention. Le cadre de leur personnel est complet au plus tard 4 mois après leur début d'activité.

§ 2 Le calcul de l'enveloppe annuelle du Centre annexé à la présente convention est revu, 18 mois après son entrée en vigueur, pour prendre en compte les membres du personnel engagés et employés par le Centre, ainsi que les frais généraux réels pour ceux qui ne sont pas forfaitaires. L'enveloppe est alors recalculée en appliquant les règles d'un calcul d'enveloppe spécifique usuellement approuvées par le Comité de l'assurance.

12. PERIODE DE VALIDITE

Article 49) La présente convention, faite en deux exemplaires et dûment signée par les deux parties, sort ses effets à la date du 01.07.2013.

Elle est valable jusqu'au 01.07.2016. Toutefois, chacune des parties peut à tout moment la dénoncer par lettre recommandée à la poste adressée à l'autre partie. Les effets de la convention expirent à l'issue d'un délai de préavis de trois mois prenant cours le premier jour du mois qui suit la date de l'envoi de la lettre recommandée.

Article 50) L'annexe à la présente convention fait partie intégrante de celle-ci.

Bruxelles, le

Pour la Fondation SUSA, Pouvoir organisateur
du centre d'expertise et de traitement des
troubles graves du comportement « *Service
Inter-Action* »,

Pour le Comité de l'assurance soins de santé
de l'Institut national d'assurance maladie-
invalidité

Le Président du Pouvoir organisateur,

Le Fonctionnaire Dirigeant,

P. GONTIER,

Dr H. DE RIDDER,
Directeur général.

Le Médecin responsable,

Dr F. PRAYEZ,
pédopsychiatre,

Le Directeur,

M. E. WILLAYE.

Évaluations prévues dans le cadre du service Inter-Action

Les objectifs du service Inter-Action sont les suivants :

1. Réduire significativement la fréquence et la gravité des troubles du comportement
2. Prévenir l'apparition de surhandicaps
3. Augmenter la qualité de vie du bénéficiaire et des personnes de son entourage
4. Accroître la compétence des personnes de l'entourage habituel du bénéficiaire dans la prévention et la résolution des troubles du comportement
5. Éviter une hospitalisation psychiatrique et permettre l'intégration du bénéficiaire dans un milieu de vie qui lui est adapté : famille, école, centre d'accueil spécialisé, habitation protégée, et de maintenir à long terme cette intégration.

Afin d'évaluer l'efficacité de la rééducation et l'atteinte des objectifs du service, des mesures directes et indirectes seront utilisées. Des mesures seront réalisées avant le début de l'intervention, pendant la participation du bénéficiaire au service de rééducation Inter-Action, et lorsque l'intervention prendra fin. Les mesures sont détaillées ci-dessous et un calendrier d'évaluation est présenté à la fin du document.

1. Réduire significativement la fréquence et la gravité des troubles du comportement

Mesures directes

Observation directe des comportements-défis

- Grilles de dispersion complétée tous les jours par les éducateurs
- Périodes d'observation moléculaire 2-3x/sem
 - Fréquence/durée des comportements-défis
 - Accord inter-juges réalisé sur au moins 10% des périodes d'observation afin d'assurer une validité interne des mesures d'observation directe.

Analyse fonctionnelle et analyse fonctionnelle expérimentale

Observations dans le milieu des comportements présentés par le bénéficiaire, des événements antécédents et des conséquences associées à ceux-ci afin de déterminer les facteurs liés à l'apparition des comportements-défis. L'analyse fonctionnelle (AF) est considérée par le milieu scientifique comme étant la meilleure évaluation des comportements-défis car elle cible les fonctions potentielles et permet de déterminer les interventions les plus susceptibles d'être efficaces.

Dans quelques cas, une analyse fonctionnelle expérimentale (AFE) peut être utilisée lorsque l'AF ne suffit pas à mettre en lumière les fonctions des comportements présentés par le bénéficiaire. Dans l'AFE, les variables pouvant avoir une influence sur les comportements-défis sont isolées et contrôlées afin d'apprécier et de mesurer de façon précise les effets de celles-ci. Les antécédents et conséquences des

comportements sont manipulés dans le but d'observer les conditions d'apparition des comportements-défis et ainsi mettre en place les interventions les plus adaptées à la situation spécifique du bénéficiaire.

Mesures indirectes

La Grille d'évaluation comportementale pour enfants Nisonger - GECEN (Aman, Tassé, Rojahn, et Hammer, 1996)

Cette grille permet l'évaluation globale du fonctionnement des enfants et adolescents âgés entre 5 à 18 ans ayant une déficience intellectuelle. Elle mesure les compétences sociales et les comportements problématiques. Les comportements internalisés et externalisés sont considérés par cet outil et les résultats sont détaillés en 8 sous-échelles, permettant ainsi de détailler le profil du bénéficiaire.

Échelle d'évaluation globale de la gravité des comportements problématiques, 2e édition – EGCP-II (Sabourin, 2004;2007)

Cette échelle permet d'établir le profil psychométrique de comportements problématiques chez une personne de 16 ans et plus ayant une déficience intellectuelle. Neuf grandes catégories de comportements sont évaluées et l'échelle permet d'obtenir des scores pondérés sur 3 grands facteurs : troubles du comportement externalisés, troubles du comportement internalisés, et un facteur global de troubles du comportement. Elle permet de déterminer la présence de troubles du comportement généralisés ou spécifiques ainsi que la présence de troubles graves du comportement généralisés ou spécifiques en évaluant la fréquence, la durée et l'intensité des comportements-défis, et la sévérité de ceux-ci au regard des impacts personnels et environnementaux.

2. Prévenir l'apparition / réduire la présence de surhandicaps

Évaluation des comportements adaptatifs

Adaptive Behavior Assessment System – second edition, version française – ABAS-II (Harrisson et Oakland, 2000)

Cette échelle mesure les comportements adaptatifs des personnes de 0 à 89 ans. Il est basé sur les lignes directrices de l'American Association on Intellectual and Developmental Disabilities. Il permet d'évaluer les domaines de fonctionnement et de déterminer les forces et limites des bénéficiaires afin de cibler les besoins de soutien.

Évaluation de l'utilisation des mesures de contrôle

- Quantification des mesures de contention utilisées (fréquence, durée)
- Quantification des mesures d'isolement (fréquence, durée)

- Notation de la prise de médication et des changements dans les prescriptions
- Mise sous graphique de ces indicateurs
- Calcul de corrélations de Pearson avec les mesures directes de comportements-défis
- Mise en relation de l'effet de la médication avec les modulations comportementales

3. Augmenter la qualité de vie du bénéficiaire et des personnes de son entourage

Évaluation de la qualité de vie des bénéficiaires

Questionnaire d'évaluation de la qualité de vie et de planification du soutien à offrir (Labbé, Brault-Labbé et Proulx, 2010).

Ce questionnaire évalue la qualité de vie des personnes ayant une déficience intellectuelle au regard du bien-être physique, psychologique, de la vie relationnelle, des loisirs, des occupations (école, travail, activités), du bien-être matériel, de l'appartenance sociale, de l'autodétermination, de l'utilisation des mesures de contrôle, de la situation familiale, et de la situation en milieu vie substitut. Il inclut également une fiche synthèse permettant de planifier le soutien à offrir et l'élaboration d'un projet personnel. Il permet de cibler les aspects préoccupants, et de cibler les actions préventives dans une perspective de compréhension globale des besoins de la personne.

Évaluation de la qualité de vie de la famille

Questionnaire sur la qualité de vie en milieu familial : Principales personnes «soutien» aux personnes présentant une déficience intellectuelle ou développementale (Brown et al., 2006).

Ce questionnaire évalue la qualité de vie des familles, les défis rencontrés et le soutien nécessaire à l'amélioration de leur vie quotidienne. Il a été traduit en 6 langues et a été utilisé dans plusieurs études à l'international. Le questionnaire évalue la santé de la famille, le bien-être économique, les relations familiales, le soutien extérieur, le soutien des services spécialisés, l'influence des valeurs sur la qualité de vie, le bien-être professionnel, et les loisirs. L'importance de chacune de ces sphères pour la famille est considérée dans l'évaluation de la qualité de vie.

Questionnaire de la qualité de vie des intervenants

Professional Quality of Life, version française, 5^e édition (Stamm, 2009)

Ce questionnaire mesure la qualité de vie des personnes travaillant dans un contexte de relation d'aide. Il évalue les sentiments de compassion positive, de compassion

négative pouvant être liée à l'absentéisme au travail ou à la maladie et les événements pouvant être vécus comme traumatiques en milieu de travail.

Questionnaire sur la qualité de vie au travail et la santé (adaptation du WHOQOL-26, du CISS et du WCC-R, de Roussel-Montfajon)

Ce questionnaire a pour but d'évaluer la qualité perçue de la vie au travail, l'état de santé des professionnels et les façons de faire face aux situations difficiles.

Questionnaire de validité sociale pour les parents

Questionnaire adapté d'évaluation de la validité sociale

- Importance et adéquation des objectifs ciblés par le service de rééducation Inter-Action
- perception de l'efficacité des interventions proposées par l'équipe
- attentes face au service
- adhésion aux principes de base de l'approche
- adhésion aux interventions proposées
- satisfaction face au service

4. Accroître la compétence des personnes de l'entourage habituel du bénéficiaire dans la prévention et la résolution des troubles du comportement

Évaluation des connaissances de l'entourage sur les troubles de comportement

Questionnaire adapté d'évaluation des connaissances et des compétences

- *Modalités d'observation des comportements*
- *Facteurs liés à l'apparition des comportements-défis*
- *Facteurs liés au maintien des comportements-défis*
- *Mise en place d'une intervention*
- *Modalités de modification des interventions*

5. Éviter une hospitalisation psychiatrique et permettre l'intégration du bénéficiaire dans un milieu de vie qui lui est adapté : famille, école, centre d'accueil spécialisé, habitation protégée, et de maintenir à long terme cette intégration.

Suivi par l'équipe ESCAPE pour assurer la transition suite à la fin des services Inter-Action

Follow-up avec les mesures indirectes des comportements-défis, de la qualité de vie des bénéficiaires, de leur famille et des intervenants

	Mesures pré	Début Inter-Action	Inter-Action 2 mois (par période d'intervention de 6 mois)	Inter-Action 5 mois (par période d'intervention de 6 mois)	Après Inter-Action 3 mois	Après Inter-Action 6 mois
Mesures directes bénéficiaire	Observation directe des comportements-défis (2-3 périodes)	Analyse fonctionnelle et analyse fonctionnelle expérimentale	Observation directe des comportements-défis (4 périodes/semaine) Quantification des mesures de contrôle: contention, isolement, médication (compilation des données à toutes les semaines)			
Mesures indirectes bénéficiaire	GECEN ou EGCP-II (en fonction de l'âge) Questionnaire de qualité de vie pour le bénéficiaire	ABAS-II GECEN ou EGCP-II* Questionnaire de qualité de vie pour le bénéficiaire* *si plus de 3 mois entre la mesure pré et le début dans le service Inter-Action	GECEN ou EGCP-II	ABAS-II GECEN ou EGCP-II Questionnaire de qualité de vie pour le bénéficiaire	GECEN ou EGCP-II	GECEN ou EGCP-II Questionnaire de qualité de vie pour le bénéficiaire

Mesures indirectes parents	Questionnaire de qualité de vie pour la famille	Questionnaire de qualité de vie pour la famille		Questionnaire de qualité de vie pour la famille Questionnaire de validité sociale		Questionnaire de qualité de vie pour la famille
Mesures indirectes professionnels	Questionnaire de qualité de vie pour les professionnels des différents milieux et d'Inter-Action			Questionnaire de qualité de vie pour les professionnels des différents milieux et d'Inter-Action		Questionnaire de qualité de vie pour les professionnels des différents milieux et d'Inter-Action

RAPPORT MEDICAL

à annexer au formulaire de demande d'intervention
dans le coût de prestations de rééducation fonctionnelle (art. 33, § 2, de la convention)

GROUPE A

I. DONNÉES ADMINISTRATIVES

1.1. Identification du bénéficiaire

Nom et prénom :

Date de naissance :

1.2. Période d'intervention de l'assurance

Période demandée : du _____ au _____

Il s'agit

- de la 1^{ère} demande pour ce bénéficiaire dans l'établissement (max. 6 mois)
- de la 1^{ère} prolongation de la période (max. 3 mois),
- de la 2^e prolongation de la période (max. 3 mois).

II. DONNÉES MÉDICALES

2.1. Conditions d'admission (diagnostic et envoyeur)

Le bénéficiaire répond à toutes les conditions suivantes :

1. Il a atteint son 6^e anniversaire et n'a pas atteint son 26^e anniversaire à la date de début de la période d'intervention de l'assurance ou de la prolongation de cette période.

Âge du bénéficiaire au début de la période (années, mois) :

2. Il présente des *troubles graves du comportement* ainsi définis :

- 2.1. Ils consistent en actes observables qui ont pour effet de
 - a. nuire à la santé ou à l'intégrité physique du bénéficiaire (automutilation, ingestion de substances non-alimentaires...);
 - b. ou nuire à la santé ou à l'intégrité physique d'autrui ;
 - c. ou nuire à la santé ou à l'intégrité mentale d'autrui (notamment, en causant chez les personnes fréquemment exposés à ces comportements des troubles anxieux, des troubles liés à des facteurs de stress, des troubles des émotions, des troubles somatoformes...);
 - d. ou perturber durablement les activités d'autrui, en empêchant ou rendant excessivement difficile leur accomplissement ;
 - e. ou dégrader sensiblement les biens du bénéficiaire ou d'autrui.

Description précise des principaux troubles du comportement et démonstration du fait qu'au moins une des conditions a. à e. est remplie :

2.2. Ils compromettent l'intégration sociale du bénéficiaire. Ils empêchent son maintien à domicile, dans un établissement scolaire, ou dans une institution d'accueil spécialisé, même en cas de support d'une cellule mobile d'intervention (CMI).

Institutions dont le bénéficiaire a été exclu ou par lesquelles il a été refusé, explicitement en raison de ses troubles du comportement :

2.3. Ils surviennent plus d'une fois par semaine, s'ils ne sont pas empêchés par autrui.

Fréquence des troubles mentionnés :

2.4. Ils persistent à ce niveau de gravité depuis au moins 3 mois.

Période d'apparition des troubles, à ce niveau de gravité (mois, année) :

2.5. Ils ne sont liés

- a. ni à la consommation de substances telles que drogue ou alcool,
- b. ni à la présence d'un trouble neurologique acquis.

3. Le bénéficiaire présente en outre

- 3.1. un *trouble envahissant du développement*, selon la définition du DSM IV (catégorie 299), de la CIM-10 (catégorie F84), ou d'une édition ultérieure d'une de ces 2 classifications,
- 3.2. et/ou une *déficience mentale*, caractérisée par un QI total < 50.

Code et dénomination du trouble éventuel :

QI total :

(Au moins une des conditions 3.1. ou 3.2. doit être satisfaite.)

4. Le bénéficiaire est adressé au Centre par une équipe multidisciplinaire, comprenant au moins un psychiatre ou pédopsychiatre et un neuropédiatre ou neurologue, et capable
- 4.1. de décrire avec précision les troubles du comportement du bénéficiaire,
 - 4.2. de poser un diagnostic scientifiquement valide des éventuels troubles envahissants du développement ou, le cas échéant, de s'assurer de la validité scientifique du diagnostic posé par ailleurs,
 - 4.3. de mesurer le QI du bénéficiaire, dans toutes les situations où cette mesure est possible,
 - 4.4. d'attester que le bénéficiaire peut difficilement être maintenu à domicile, dans un établissement d'enseignement spécial ou dans une institution d'accueil spécialisé, même en cas de support d'une cellule mobile d'intervention,
 - 4.5. d'exclure la présence d'un trouble neurologique acquis pouvant expliquer l'apparition des troubles du comportement.

La prescription de la rééducation par un des médecins de cette équipe reprend chacun des points 4.1. à 4.5. ci-dessus.

Identification de l'équipe multidisciplinaire (si nécessaire, démontrer que cette équipe remplit les conditions 4.1. à 4.5. ci-dessus) :

5. Le bénéficiaire ou ses *parents ou représentants légaux* et, le cas échéant, son *milieu d'accueil spécialisé* (service ou établissement d'accueil, d'hébergement, d'enseignement... concluent l'accord de collaboration visé à l'article **Error! Reference source not found.**, § 2. **Cet accord est joint au présent formulaire.**

Ne sont jamais considérés comme bénéficiaires de la convention, même s'ils répondent à tous les critères ci-dessus : les patients atteints d'une maladie neurologique dégénérative (ex. : syndrome de Rett).

2.2. Objectifs et programme de la rééducation

Objectifs fixés pour la période de rééducation demandée :

- Analyse des troubles du comportement visant à expliquer leurs causes et leurs fonctions ; réalisation d'un bilan médical complet et d'un bilan psychologique.
- Coordination de la dispensation des soins médicaux nécessaires afin de minimiser leurs conséquences négatives pour le bénéficiaire, conseil des soignants et accompagnement éventuel du bénéficiaire lors de la dispensation de certains soins.
- Élaboration des stratégies d'intervention permettant de résorber les troubles du comportement et de prévenir leur réapparition.
- Formation des parents et des professionnels du milieu d'accueil à la compréhension des troubles du comportement observés, ainsi qu'à l'élaboration et l'application de stratégies visant à prévenir et résoudre ces troubles.

2.3. Prolongation de la période (à compléter pour toute demande de prolongation)

Le médecin du Centre certifie que l'état du bénéficiaire et la compétence de son milieu de vie dans la gestion des troubles du comportement justifient une prolongation :

- Les troubles du comportement persistent à un degré de fréquence ou de sévérité excessif mais évoluent favorablement et peuvent encore être atténués.
- L'amélioration des troubles du comportement a besoin d'être consolidée et peut l'être au cours de la prolongation.
- La compétence des milieux de vie dans la gestion des troubles du comportement est insuffisante, mais peut encore être augmentée.
- Autre(s) motif(s), à préciser :

Justification :

2.4. Commentaires éventuels

Le médecin de l'établissement certifie que toutes les obligations et conditions reprises dans la convention sont remplies.

Le médecin
de l'établissement conventionné :
(nom+date+signature+n° d'identification INAMI)

RAPPORT MEDICAL

à annexer au formulaire de demande d'intervention
dans le coût de prestations de rééducation fonctionnelle (art. 33, § 2, de la convention)

GROUPE B

I. DONNÉES ADMINISTRATIVES

1.1. Identification du bénéficiaire

Nom et prénom :

Date de naissance :

1.2. Période d'intervention de l'assurance

Période demandée : du _____ au _____

Il s'agit

- de la 1^{ère} demande pour ce bénéficiaire dans l'établissement (max. 6 mois)
- de la 1^{ère} prolongation de la période (max. 3 mois),
- de la 2^e prolongation de la période (max. 3 mois).

II. DONNÉES MÉDICALES

2.1. Conditions d'admission (diagnostic et envoyeur)

Le bénéficiaire répond à toutes les conditions suivantes :

1. Il a atteint son 14^e anniversaire et n'a pas atteint son 26^e anniversaire à la date de début de la période d'intervention de l'assurance ou de la prolongation de cette période.

Âge du bénéficiaire au début de la période (années, mois) :

2. Il présente des *troubles graves du comportement* ainsi définis :

- 2.1. Ils consistent en actes observables qui ont pour effet de
 - a. nuire à la santé ou à l'intégrité physique du bénéficiaire (automutilation, ingestion de substances non-alimentaires...);
 - b. ou nuire à la santé ou à l'intégrité physique d'autrui ;
 - c. ou nuire à la santé ou à l'intégrité mentale d'autrui (notamment, en causant chez les personnes fréquemment exposés à ces comportements des troubles anxieux, des troubles liés à des facteurs de stress, des troubles des émotions, des troubles somato-formes...);
 - d. ou perturber durablement les activités d'autrui, en empêchant ou rendant excessivement difficile leur accomplissement ;
 - e. ou dégrader sensiblement les biens du bénéficiaire ou d'autrui.

Description précise des principaux troubles du comportement et démonstration du fait qu'au moins une des conditions a. à e. est remplie :

2.2. Ils compromettent l'intégration sociale du bénéficiaire. Ils empêchent son maintien à domicile, dans un établissement scolaire, ou dans une institution d'accueil spécialisé, même en cas de support d'une cellule mobile d'intervention (CMI).

Institutions dont le bénéficiaire a été exclu ou par lesquelles il a été refusé, explicitement en raison de ses troubles du comportement :

2.3. Ils surviennent plus d'une fois par jour, s'ils ne sont pas empêchés par autrui.

Fréquence des troubles mentionnés :

2.4. Ils persistent à ce niveau de gravité depuis au moins 3 mois.

Période d'apparition des troubles, à ce niveau de gravité (mois, année) :

2.5. Ils ne sont liés

- a. ni à la consommation de substances telles que drogue ou alcool,
- b. ni à la présence d'un trouble neurologique acquis.

2.6. Ils imposent une mise sous surveillance prolongée du bénéficiaire, ou à défaut, l'utilisation de mesures de contrainte telles que l'isolement dans un local fermé, la contention physique et/ou chimique...

Justification (si nécessaire) :

Le bénéficiaire présente en outre

- 2.7. un *trouble envahissant du développement*, selon la définition du DSM IV (catégorie 299), de la CIM-10 (catégorie F84), ou d'une édition ultérieure d'une de ces 2 classifications,
- 2.8. et/ou une *déficience mentale*, caractérisée par un QI total < 50.

Code et dénomination du trouble éventuel :

QI total :

(Au moins une des conditions 3.1. ou 3.2. doit être satisfaite.)

- 3. Le bénéficiaire est adressé au Centre par une équipe multidisciplinaire, comprenant au moins un psychiatre ou pédopsychiatre et un neuropédiatre ou neurologue, et capable
 - 3.1. de décrire avec précision les troubles du comportement du bénéficiaire,
 - 3.2. de poser un diagnostic scientifiquement valide des éventuels troubles envahissants du développement ou, le cas échéant, de s'assurer de la validité scientifique du diagnostic posé par ailleurs,
 - 3.3. de mesurer le QI du bénéficiaire, dans toutes les situations où cette mesure est possible,
 - 3.4. d'attester que le bénéficiaire peut difficilement être maintenu à domicile, dans un établissement d'enseignement spécial ou dans une institution d'accueil spécialisé, même en cas de support d'une cellule mobile d'intervention,
 - 3.5. d'exclure la présence d'un trouble neurologique acquis pouvant expliquer l'apparition des troubles du comportement.

La prescription de la rééducation par un des médecins de cette équipe reprend chacun des points 4.1. à 4.5. ci-dessus.

Identification de l'équipe multidisciplinaire (si nécessaire, démontrer que cette équipe remplit les conditions 4.1. à 4.5. ci-dessus) :

- 4. Le bénéficiaire ou ses *parents ou représentants légaux* et, le cas échéant, son *milieu d'accueil spécialisé* (service ou établissement d'accueil, d'hébergement, d'enseignement... concluent l'accord de collaboration visé à l'article **Error! Reference source not found.**, § 2. **Cet accord est joint au présent formulaire.**

Ne sont jamais considérés comme bénéficiaires de la convention, même s'ils répondent à tous les critères ci-dessus : les patients atteints d'une maladie neurologique dégénérative (ex. : syndrome de Rett).

2.2. Objectifs et programme de la rééducation

Objectifs fixés pour la période de rééducation demandée :

- Analyse des troubles du comportement visant à expliquer leurs causes et leurs fonctions ; réalisation d'un bilan médical complet et d'un bilan psychologique.
- Coordination de la dispensation des soins médicaux nécessaires afin de minimiser leurs conséquences négatives pour le bénéficiaire, conseil des soignants et accompagnement éventuel du bénéficiaire lors de la dispensation de certains soins.
- Élaboration des stratégies d'intervention permettant de résorber les troubles du comportement et de prévenir leur réapparition.
- Formation des parents et des professionnels du milieu d'accueil à la compréhension des troubles du comportement observés, ainsi qu'à l'élaboration et l'application de stratégies visant à prévenir et résoudre ces troubles.

2.3. Prolongation de la période (à compléter pour toute demande de prolongation)

Le médecin du Centre certifie que l'état du bénéficiaire et la compétence de son milieu de vie dans la gestion des troubles du comportement justifient une prolongation :

- Les troubles du comportement persistent à un degré de fréquence ou de sévérité excessif mais évoluent favorablement et peuvent encore être atténués.
- L'amélioration des troubles du comportement a besoin d'être consolidée et peut l'être au cours de la prolongation.
- La compétence des milieux de vie dans la gestion des troubles du comportement est insuffisante, mais peut encore être augmentée.
- Autre(s) motif(s), à préciser :

Justification :

2.4. Commentaires éventuels

Le médecin de l'établissement certifie que toutes les obligations et conditions reprises dans la convention sont remplies.

Le médecin
de l'établissement conventionné :
(nom+date+signature+n° d'identification INAMI)

7.74.050.10
SUSA
Monsieur Eric Willaye Directeur
Rue Brisselot 1
7000 MONS

INAMI

Institut National d'Assurance Maladie • Invalidité

Correspondant : Olivier Fourez

Tél.: 02/739.73.92 - **Fax :** 02/739.73.52

E-mail : olivier.fourez@inami.fgov.be

Nos références : 1831/OF/2013/

Bruxelles, le

Convention entre le « Service Inter-Action » et l'INAMI

- **Votre exemplaire signé**
- **Instructions pratiques pour l'application de la convention**

Monsieur le Directeur,

Vous trouverez à l'annexe I votre exemplaire daté et signé de la convention visée en rubrique.

A. Cette convention est en vigueur du 01.07.2013 au 30.06.2016. Elle porte le numéro d'identification **7.74.050.10**. Ce numéro doit figurer sur toute correspondance que vous adressez à l'INAMI ou aux organismes assureurs.

B. Votre centre fonctionne de manière décentralisée. Cependant, pour ne pas causer de confusions, il est indispensable qu'il gère ses échanges de courrier, avec les organismes assureurs et avec l'INAMI, par l'intermédiaire d'un secrétariat central. En pratique, cela implique que vous ayez une seule adresse de contact à laquelle tous les courriers postaux vous sont adressés. Vous pouvez vous-mêmes envoyer certains courriers depuis les unités décentralisées (par exemple, les demandes individuelles mentionnées au point suivant), mais l'adresse de contact doit toujours rester celle du secrétariat central. Les formulaires-types employés par vos différentes unités ne peuvent différer en rien.

Je vous invite à nous communiquer cette adresse de contact le plus rapidement possible, pour que nous puissions en informer les organismes assureurs.

C. Pendant les 2 premières années de validité de la convention, la demande de fixation d'une période d'intervention de l'assurance pour un bénéficiaire (art. 33) doit être introduite auprès du Collège des médecins-directeurs, par l'intermédiaire du médecin-conseil de l'organisme assureur de ce bénéficiaire (art. 138 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).

Vous devez utiliser le formulaire fourni à l'annexe II¹, et y joindre un rapport médical établi selon un modèle approuvé par le Collège. Celui-ci n'a pas encore approuvé de modèle définitif. Je vous recommande d'utiliser les modèles provisoires figurant à l'annexe III. Pour plus de clarté, nous suggérons d'utiliser des modèles différents pour les groupes A et B de la convention. Si vous avez des suggestions pour les améliorer, vous pouvez contacter notre Service jusqu'à la fin du mois de juillet prochain.

J'attire votre attention sur le fait que l'intervention de l'assurance est refusée pour toute prestation qui aurait été réalisée plus de 30 jours avant la réception de la demande par le médecin-conseil de l'organisme assureur du bénéficiaire (art. 142, § 2, de l'A.R. du 3 juillet 1996).

D. A l'index actuel (indice pivot 119,62 – base 2004), les montants d'intervention de l'assurance dans les coûts des prestations de rééducation (art. 27, § 1), s'élèvent à :

journée interne	547,95 €
journée ambulatoire	383,56 €
demi-journée	273,97 €

Ces montants doivent être diminués de l'intervention personnelle des bénéficiaires (art. 27, § 3) prévue pour les prestations ambulatoires ou pour les prestations internes.

- a) Prestations ambulatoires (journées ambulatoires et demi-journées) : l'intervention personnelle s'élève à 1,73 € par prestation effectuée.
- b) Prestations internes (journées internes) :

L'intervention personnelle s'élève à	Jour d'admission	Jours suivants
bénéficiaires de l'intervention majorée (BIM) et personne à charge	5,44 €	5,44 €
enfants à charge d'un assuré sans statut BIM	32,71 €	5,44 €
chômeur complet indemnisé depuis au moins douze mois, isolé ou avec charge de famille, ainsi que les personnes qui sont à sa charge à charge	32,71 €	5,44 €
autres bénéficiaires	42,58 €	15,31 €

En cas de doute sur le statut d'un bénéficiaire, je vous invite à contacter son organisme assureur.

¹ Vous pouvez obtenir une version informatique (Word ou Excel) de tous les formulaires annexés, en envoyant votre demande par courrier électronique à notre Service.

Les prestations doivent être facturées aux organismes assureurs des bénéficiaires au moyen de factures dont le modèle est approuvé par le Comité de l'assurance soins de santé (art. 37). Les modèles de facture individuelle et de facture récapitulative vous sont fournis respectivement aux annexes IV et V. Les pseudo-codes à mentionner dans ces factures sont les suivants :

	pseudo-codes	
	jusqu'à la capacité normale	au-dessus de la capacité normale
journée interne	772100	775541
journée ambulatoire et demi-journée	772096	775530

Je vous invite à prendre contact avec les organismes assureurs des bénéficiaires pour l'application concrète de la procédure de facturation.

E. Le modèle de grille à utiliser pour le registre des présences (art. 40, § 1) est fourni à l'annexe VI, ainsi que les instructions pour le compléter. Si vous le souhaitez apporter des modifications à ce registre, pour des raisons pratiques, vous pouvez contacter notre Service pour expliquer ces modifications.

La transmission des chiffres de production, visés à l'art. 40, § 2 se fait au moyen d'un programme informatique dont vous trouverez le manuel d'utilisation à l'annexe VII. Je vous invite à prendre contact avec Monsieur E. Moonen, par courrier électronique (emmanuel.moonen@inami.fgov.be) ou par téléphone (02/739.73.98), pour obtenir le programme lui-même.

F. Les instructions relatives au plan comptable (art. 39) et à la transmission annuelle de votre cadre du personnel figurent aux annexes VIII et IX.

G. Enfin, je vous rappelle les termes de l'article 45 de votre convention, selon lesquels : « *Dans les 6 mois qui suivent l'entrée en vigueur de la présente convention, le Centre transmet au Collège des médecins-directeurs un projet détaillé de modèle de compte-rendu.* » Je vous invite à réfléchir, sans tarder, au contenu précis de ce rapport, afin de pouvoir commencer à recueillir les données pertinentes dès l'entrée en vigueur de la convention. N'hésitez pas à adresser des modèles provisoires à notre Service, avant la date prévue par la convention.

Veuillez croire, Monsieur le Directeur, en l'expression de ma considération distinguée.

G. VERSCUREN
Conseiller