

INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITÉ

Etablissement Public institué par la loi du 9 août 1963

AVENUE GALILEE 5/01 - 1210 BRUXELLES

Service des soins de santé

CONVENTION DE REEDUCATION FONCTIONNELLE ENTRE LE COMITE DE L'ASSURANCE SOINS DE SANTE DE L'INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITE ET L'A.S.B.L. CENTRE MEDICAL « CLAIRS VALLONS » POUR SON ETABLISSEMENT DE REEDUCATION PEDIATRIQUE DU MEME NOM, A OTTIGNIES

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,

l'A.S.B.L. centre médical « Clairs Vallons », pour son établissement de rééducation pédiatrique, du même nom, à Ottignies.

Article 1.

L'établissement de rééducation fonctionnelle pédiatrique « Clairs Vallons », à Ottignies, est désignée dans la présente convention par le terme « établissement ».

Article 2.

La présente convention définit les rapports financiers et administratifs entre l'établissement et les bénéficiaires de l'assurance obligatoire soins de santé, ainsi que les rapports entre cet établissement, l'INAMI et les organismes assureurs en ce qui concerne notamment les bénéficiaires de la rééducation au sens de la présente convention, le programme de rééducation, les prestations de rééducation, les prix et honoraires relatifs à ces dernières, ainsi que leurs modalités de paiement.

I. BENEFICIAIRES ET OBJECTIFS DES PROGRAMMES DE REEDUCATION FONCTIONNELLE

Article 3.

§ 1. Tout bénéficiaire de la présente convention appartient à l'un des groupes-cibles suivants :

1. groupe des *enfants et adolescents atteints d'une maladie chronique*, désigné par les termes « groupe maladie chronique » et défini à l'article 5 ;
2. groupe des *enfants et adolescents présentant une obésité sévère*, désigné par les termes « groupe obésité » et défini à l'article 7 ;
3. groupe des *enfants et adolescents présentant les séquelles physiques et/ou psychiques d'une maltraitance*, désigné par les termes « groupe maltraitance » et défini à l'article 9 ;
4. groupe des *dyades mère/enfant ou triades parents/enfant présentant des troubles sévères des interactions précoces*, désigné par les termes « groupe mère/enfant » et défini à l'article 11.

§ 2. Ces groupes sont répartis en pavillons, nommés *unités de vie*, conformément aux dispositions de l'article 18, § 2.

Article 4.

La situation pathologique d'un bénéficiaire de la convention est qualifiée de *modérée* ou de *sévère* selon l'intensité du programme de rééducation qu'elle impose (article 16, § 2).

La situation pathologique de tout bénéficiaire des groupes maladie chronique et mère/enfant est considérée comme sévère. La situation pathologique de tout bénéficiaire des groupes obésité et maltraitance est considérée comme modérée, sauf décision contraire du médecin-directeur de l'établissement, prise en concertation avec le médecin responsable de l'unité où le bénéficiaire est admis.

	modéré	sévère
maladie chronique		X
obésité	X	(X)
maltraitance	X	(X)
mère/enfant		X

La décision du médecin-directeur de l'établissement de qualifier de *sévère* la pathologie d'un bénéficiaire du groupe obésité ou du groupe maltraitance est étayée par un dossier médical complet démontrant la pertinence de cette qualification. Pour tout bénéficiaire du groupe obésité cette décision est fondée sur la présence simultanée d'au moins une autre pathologie (une pathologie mentale qui ne résulte pas de l'obésité, ou une pathologie somatique qui justifierait l'admission dans le groupe maladie chronique, sur base des dispositions de l'article 5, § 1, point 2), de sorte que l'état de santé général du bénéficiaire justifie un programme de rééducation intensif. Le dossier médical est conservé par l'établissement et peut toujours être consulté par le Collège des médecins-directeurs ou le Service des soins de santé de l'INAMI.

1.1. Groupe maladie chronique

1.1.1. Définition des bénéficiaires

Article 5.

§ 1. Tout bénéficiaire appartenant au groupe maladie chronique est un bénéficiaire de l'assurance soins de santé et indemnités qui satisfait aux 3 conditions suivantes :

1. Il est âgé de 0 à 18 ans accomplis – toutefois, à titre d'exception, un bénéficiaire qui a débuté sa rééducation dans l'établissement avant l'âge de 18 ans accomplis et n'a pas achevé son cycle d'enseignement secondaire, peut obtenir une prolongation de la période d'intervention de l'assurance, au maximum jusqu'à l'âge de 21 ans accomplis, moyennant un accord du Collège des médecins-directeurs ou du médecin-conseil, donné conformément aux dispositions de l'article 26.
2. Il souffre d'une maladie chronique
 - clairement diagnostiquée,
 - nécessitant des soins qui relèvent d'une rééducation multidisciplinaire et qui ne peuvent être dispensés ni sous la forme d'une hospitalisation, ni sous la forme d'un traitement ambulatoire prévu par une autre convention de rééducation fonctionnelle ou par la nomenclature des soins de santé, ni sous la forme d'une prise en charge par un service résidentiel pour jeune (SRJ).

Sont notamment considérées comme maladies chroniques les maladies énumérées dans la liste non-exhaustive constituant l'annexe I à la présente convention. Pour toute maladie qui n'est pas reprise dans cette liste, son caractère de maladie chronique doit être établi de manière probante dans le rapport médical visé à l'article 26, § 1.

Ne sont jamais considérées comme des maladies chroniques justifiant à elles seules l'admission dans le groupe maladie chronique :

- un trouble de la vue ou de l'audition,
- un retard mental,
- un trouble mental, un trouble du comportement, ou un trouble de la personnalité,
- des troubles locomoteurs ou neuro-locomoteurs acquis,
- une épilepsie.

Sont considérées comme une contre-indication à l'admission dans le groupe maladie chronique :

- une déficience immunologique requérant l'isolation de l'enfant,
- une pathologie oncologique nécessitant un traitement lourd et/ou une isolation.

3. Il relève d'au moins une des situations suivantes :

- Il a été hospitalisé pour une longue durée et sa maladie a atteint un stade qui ne justifie plus son maintien en hôpital.
- Il a été hospitalisé de manière répétée et sa rééducation dans l'établissement permet d'éviter de nouvelles hospitalisations.
- Sa famille est dans l'impossibilité temporaire d'assurer à domicile le traitement prescrit de la maladie chronique, et sa rééducation dans l'établissement permet

d'éviter une aggravation de cette maladie ou de ses conséquences et une hospitalisation.

- Sa famille est dans l'incapacité momentanée de faire face aux conséquences sur la vie familiale de la maladie chronique et/ou de son traitement.

§ 2 Tout bénéficiaire appartenant au groupe maladie chronique est admis sur prescription du médecin qui a le bénéficiaire en traitement, ce médecin n'étant pas repris dans la liste du personnel annexée à la présente convention et ne remplaçant pas un médecin repris dans cette liste.

1.1.2. Objectifs de la rééducation

Article 6.

La rééducation de tout bénéficiaire appartenant au groupe maladie chronique garantit la continuité des soins médicaux et paramédicaux nécessaires au traitement de la maladie chronique. Elle permet ainsi de limiter les conséquences néfastes de cette maladie sur l'organisme. Elle préserve autant que possible le développement global du bénéficiaire, son bien être physique et mental et son insertion familiale.

Elle vise :

- à éviter les hospitalisations, ou à en réduire la durée ou la fréquence ;
- à éviter que l'impossibilité temporaire dans laquelle se trouve la famille (et/ou l'entourage) à gérer quotidiennement à domicile la maladie chronique, ses conséquences et son traitement, ne compromette les chances du bénéficiaire de voir cette maladie évoluer le plus favorablement possible.

Elle a dans tous les cas pour but de d'enseigner au bénéficiaire et à sa famille (et/ou son entourage) toutes les connaissances utiles à la compréhension et à la gestion quotidienne à domicile de la maladie chronique, de ses conséquences et de son traitement, afin notamment de garantir une administration correcte de ce dernier.

Elle a aussi pour but de prendre en compte, d'évaluer et de traiter si nécessaire les perturbations relationnelles familiales consécutives à la maladie chronique.

Elle a pour but final de favoriser le développement du bénéficiaire, malgré sa maladie, et de permettre ainsi sa réinsertion sociale, familiale (au sens large) et scolaire, la plus rapide possible.

1.2. Groupe obésité

1.2.1. Définition des bénéficiaires

Article 7.

§ 1. Tout bénéficiaire appartenant au groupe obésité est un bénéficiaire de l'assurance soins de santé et indemnités qui satisfait aux 2 conditions suivantes :

1. Il est âgé de 6 à 18 ans accomplis – toutefois, à titre d'exception, un bénéficiaire qui a débuté sa rééducation dans l'établissement avant l'âge de 18 ans accomplis et n'a pas achevé son cycle d'enseignement secondaire, peut obtenir une prolongation de la période d'intervention de l'assurance, au maximum jusqu'à l'âge de 21 ans accomplis, moyennant un accord du Collège des médecins-directeurs ou du médecin-conseil, donné conformément aux dispositions de l'article 26.

2. Il présente une obésité sévère, caractérisée

- pour les enfants de moins de 17 ans, par un Body Mass Index (BMI) > 97^e percentile, en fonction du sexe, selon les courbes établies en France par l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (I.N.S.E.R.M.),
- pour les adolescents de 17 et 18 ans, par un Body Mass Index (BMI) > 35.

§ 2 Tout bénéficiaire appartenant au groupe obésité est admis sur prescription du médecin qui a le bénéficiaire en traitement, ce médecin n'étant pas repris dans la liste du personnel annexée à la présente convention et ne remplaçant pas un médecin repris dans cette liste.

1.2.2. Objectifs de la rééducation

Article 8.

La rééducation de tout bénéficiaire appartenant au groupe obésité vise

- une diminution significative de son BMI, au cours de la période de rééducation, et une stabilisation à long terme, à l'issue de cette période,
- une réduction des complications entraînées par l'obésité,
- le changement des comportements du bénéficiaire et de sa famille qui causent ou favorisent l'obésité,
- l'amélioration de la situation psychologique du bénéficiaire, en particulier des facteurs qui causent ou favorisent l'obésité.

1.3. **Groupe maltraitance**

1.3.1. Définition des bénéficiaires

Article 9.

§ 1. Tout bénéficiaire appartenant au groupe maltraitance est un bénéficiaire de l'assurance soins de santé et indemnités qui satisfait aux 3 conditions suivantes :

1. Il est âgé de 0 à 18 ans accomplis – toutefois, à titre d'exception, un bénéficiaire qui a débuté sa rééducation dans l'établissement avant l'âge de 18 ans accomplis et n'a pas achevé son cycle d'enseignement secondaire, peut obtenir une prolongation de la période d'intervention de l'assurance, au maximum jusqu'à l'âge de 21 ans accomplis, moyennant un accord du Collège des médecins-directeurs ou du médecin-conseil, donné conformément aux dispositions de l'article 26.
2. Il a reçu un diagnostic médical faisant état de conséquences physiques et/ou psychiques sévères d'une maltraitance familiale ou extra-familiale.

Par « maltraitance » on entend des sévices corporels ou sexuels, des mauvais traitements, une négligence persistante, un abandon, un délaissement, ou des brutalités psychologiques telles que le dénigrement, l'humiliation, les menaces et intimidations, les insultes et critiques, infligées d'une manière répétée et prolongée.

Par « conséquences physiques » on entend des handicaps ou maladies sévères résultant de carences alimentaires prolongées, de carence de soins, de traumatismes...

Par « conséquences psychiques » on entend tout trouble du développement ou trouble psychopathologique, pouvant résulter de la maltraitance ou de ses conséquences physiques.

3. Il a des possibilités concrètes de réinsertion dans sa famille, ou dans un milieu d'accueil offrant les conditions de vie les plus adéquates possibles pour poursuivre son développement.

§ 2. Tout bénéficiaire appartenant au groupe maltraitance est admis sur prescription du médecin qui a le bénéficiaire en traitement, ce médecin n'étant pas repris dans la liste du personnel annexée à la présente convention et ne remplaçant pas un médecin repris dans cette liste.

1.3.2. Objectifs de la rééducation

Article 10.

Tout programme de rééducation individuel dispensé par l'établissement à un bénéficiaire du groupe maltraitance vise

- à améliorer sa santé physique et mentale et à favoriser son développement pour lui permettre d'atteindre, autant que possible, l'état considéré comme normal pour un enfant de son âge,
- à analyser les relations et les comportements au sein de la famille et à donner à la famille les moyens de changer les relations et comportements qui ont conduit à la maltraitance,
- à permettre ainsi au bénéficiaire de regagner sa famille ou, en cas d'impossibilité, un milieu d'accueil offrant les conditions de vie les plus propices à son développement.

1.4. **Groupe mère/enfant**

1.4.1. Définition des bénéficiaires

Article 11.

§ 1. On appelle bénéficiaire du groupe mère/enfant une dyade mère/enfant ou une triade parents/enfant, centrée sur l'enfant bénéficiaire de l'assurance soins de santé et indemnités, satisfaisant aux 6 conditions suivantes :

1. L'enfant n'a pas atteint son 3^e anniversaire au début du programme de rééducation dans l'établissement.
2. Les interactions entre les deux pôles de la dyade ou de la triade présentent des traits pathologiques caractérisés par de graves insuffisances, excès, ou incohérences (interactions inconséquentes, imprévisibles et/ou inadéquates), voire par de la négligence ou de la maltraitance physique et/ou psychologique, de la part de la mère ou des parents, ayant des conséquences néfastes sur le développement de l'enfant.
3. Ces interactions pathologiques se manifestent, chez la mère ou les parents, et chez l'enfant, par des troubles mentaux et/ou somatiques.

Les troubles présents chez l'enfant sont notamment :

- des troubles du développement intellectuel, psychomoteur ou du langage,
- un retard staturo-pondéral,
- des troubles neurologiques tels que l'hypo- ou l'hypertonie,

- des troubles fonctionnels tels que des affections récidivantes digestives, respiratoires, cutanées...
- des troubles alimentaires,
- des troubles du sommeil,
- des troubles du comportement,
- des troubles anxieux ou dépressifs.

Les troubles présents chez la mère ou les parents sont notamment :

- des troubles du comportement,
 - des troubles dépressifs ou une dépression post-natale,
 - un trouble anxieux, phobique ou un trouble panique,
 - une schizophrénie,
 - un trouble délirant,
 - des conduites addictives stabilisées,
 - des troubles de la personnalité, notamment : personnalité borderline, psychotique ou névrotique.
4. Le pôle adulte de la dyade ou de la triade ne présente pas, au moment de l'admission, des troubles mentaux, en phase aiguë ou non stabilisés, nécessitant l'admission dans une structure psychiatrique adéquate.
 5. La mère (dans le cas d'une dyade), la mère ou le père (dans le cas d'une triade) ne présentent pas de débilité mentale modérée ou sévère.
 6. En cas de conduites addictives chez la mère (dans le cas d'une dyade), chez la mère et/ou le père (dans le cas d'une triade), ces conduites sont stabilisées, elles font l'objet d'un traitement de substitution et elles sont suivies régulièrement par un médecin traitant extérieur à l'établissement.

§ 2. Tout bénéficiaire appartenant au groupe mère/enfant est admis à la demande d'un tiers compétent (médecin, autorité judiciaire, intervenants sociaux...) n'appartenant pas au personnel de l'établissement repris en annexe à la présente convention et ne remplaçant pas une ou plusieurs personnes reprises dans cette liste.

1.4.2. Objectifs de la rééducation

Article 12.

§ 1. Tout programme de rééducation individuel dispensé par l'établissement à un bénéficiaire du groupe mère/enfant vise :

1. L'amélioration du tableau clinique présenté à l'admission par la dyade ou la triade.
2. L'amélioration des interactions au sein de la dyade ou de la triade, observable notamment dans la réduction des traits pathologiques présents à l'admission.
3. L'instauration ou le renforcement des liens d'attachement mère/enfant ou parents/enfant.
4. La stabilisation à long terme des améliorations précitées, permettant à l'enfant de vivre au sein de sa famille, sans interventions extérieures motivées par un trouble persistant des interactions, et d'atteindre un niveau de développement optimal.

5. Dans certaines situations où une amélioration significative des interactions ne peut pas être envisagée, en raison de la sévérité des troubles et d'un pronostic défavorable, de préparer et d'accompagner la séparation de la dyade ou de la triade.

§ 2. Au cours du séjour dans l'établissement, tous les soins médicaux nécessaires sont apportés à la mère (ou aux parents) et à l'enfant. Cependant, aucune dyade ou triade n'est jamais accueillie en vue de la dispensation d'un traitement médical, ou en vue d'une rééducation de troubles présents chez un seul de ses constituants.

Article 12 bis.

§ 1. L'établissement a pour mission d'apporter un soutien global à la prise en charge des enfants et adolescents obèses suivis en deuxième ligne par un Centre Multidisciplinaire Pédiatrique de l'Obésité (CMPO), y compris par le transfert de connaissances. A cette fin, l'établissement peut développer toute initiative jugée utile.

§ 2. Si, après sa rééducation dans l'établissement, le bénéficiaire est orienté vers un Centre Multidisciplinaire Pédiatrique pour l'Obésité (CMPO) de deuxième ligne, l'établissement s'engage à se concerter avec le CMPO concerné au sujet du traitement et du suivi du bénéficiaire. L'établissement collabore, à cet effet, à l'élaboration d'un plan de traitement approprié pour le bénéficiaire concerné.

§ 3. Lorsqu'un CMPO envisage d'orienter un patient traité dans un CMPO vers l'établissement ou que le patient (ou ses proches) le demande lui-même, l'établissement se concerte avec le CMPO sur l'admission éventuelle du patient dans l'établissement afin de prendre connaissance du dossier du patient et des problèmes posés par la prise en charge dans le CMPO et de déterminer s'il y a lieu d'entreprendre d'autres démarches pouvant conduire à terme à l'admission dans l'établissement.

§ 4. Si après la rééducation dans l'établissement, le bénéficiaire reçoit un soutien supplémentaire de la part des prestataires de soins de première ligne et de tout autre acteur, l'établissement s'engage à formuler une recommandation spécifique pour la poursuite de la prise en charge dans le cadre de la première ligne pour le bénéficiaire en question.

§ 5. Pour l'interaction avec la première et la deuxième ligne décrite aux §§ 1 à 4, 0,25 ETP médecin et 0,75 ETP fonction master supplémentaires sont financés. Le 0,75 ETP fonction master peut être occupé par une ou plusieurs personnes titulaires d'un master en psychologie, en orthopédagogie ou en pédagogie. Les frais de personnel pour ces fonctions sont inclus dans le calcul du prix par journée de rééducation repris en annexe à la présente convention.

Toutefois, le fait que 0,25 ETP médecin et 0,75 ETP fonction master supplémentaires soient financés ne signifie pas que seules les personnes assurant ces fonctions supplémentaires peuvent être chargées de l'interaction avec la première et deuxième ligne et que ces personnes ne peuvent pas remplir d'autres tâches dans l'établissement. D'autres membres du personnel de l'établissement peuvent également assumer des tâches liées aux missions d'interaction de l'établissement avec la première et la deuxième ligne. D'une manière générale, il est attendu de l'établissement qu'il s'engage suffisamment dans cette interaction avec la première et la deuxième ligne et qu'il libère 1 ETP à cet effet.

§ 6. L'établissement doit tenir un registre des activités qu'il réalise concernant l'interaction avec la première et la deuxième ligne à l'aide d'un formulaire dont le modèle a été approuvé par le Collège des médecins-directeurs. L'établissement transmet les données d'enregistrement de l'année précédente au Service des soins de santé de l'INAMI au plus tard le 31 mars de chaque année.

II. NATURE DES PRESTATIONS ET DES PROGRAMMES DE REEDUCATION FONCTIONNELLE

2.1. Prestations de rééducation fonctionnelle

Article 13.

§ 1. Les prestations de rééducation prévues par la présente convention sont dénommées « journée (de rééducation) interne », « journée (de rééducation) ambulatoire » et « module (de pré-admission ou de suivi) ».

§ 2. Sauf application des dispositions de l'article 14,

- toute journée interne implique la présence du bénéficiaire dans l'établissement 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 dans l'établissement durant au moins 7 heures,
- tout module de pré-admission ou de suivi implique la présence du bénéficiaire dans l'établissement durant au moins 3 heures, soit consécutives, soit réparties sur plusieurs jours en unités de 1 heure minimum, facturables uniquement par module, lorsque les 3 heures sont atteintes.

Article 14.

§ 1. Est assimilable au temps de présence dans l'établissement, le temps durant lequel le bénéficiaire est présent dans l'un de ses lieux de vie (domicile, école, hébergement spécialisé...) en compagnie d'un ou plusieurs membres l'équipe thérapeutique de l'établissement, dans le cadre des prestations prévues par la présente convention.

§ 2. Est assimilable au temps de présence dans l'établissement, jusqu'à un maximum de 12 heures par semaine, le temps durant lequel le bénéficiaire se rend dans un établissement hospitalier ou dans un autre établissement de soins, dans le cadre de son programme de rééducation, pour y recevoir une des prestations reprises à l'annexe I à la convention avec les établissements hospitaliers et organismes assureurs entrée en vigueur le 01/01/1996, ou une autre prestation technique, ou une consultation visant soit à préciser son diagnostic, soit à évaluer son évolution, à condition :

1. que ces prestations et/ou consultations ne puissent pas être effectuées au sein de l'établissement et/ou par un médecin de l'établissement ;
2. que ces prestations et/ou consultations ne puissent pas être effectuées durant une journée, ou durant un moment de la journée, pendant lequel le bénéficiaire n'est pas pris en charge par l'établissement ;
3. que le bénéficiaire soit pris en charge par l'établissement au moins trois jours par semaine
4. que le bénéficiaire soit accompagné par au moins un membre du personnel thérapeutique de l'établissement.

Article 15.

§ 1. Sont assimilables à des journées de rééducation internes les journées d'activités organisées sporadiquement par l'établissement qui, en raison de leur caractère, exigent que le bénéficiaire passe une ou plusieurs nuits en dehors de l'établissement, à condition :

1. que ces activités aient une fonction thérapeutique évidente dans le cadre de la rééducation,
2. qu'elles soient encadrées par un personnel médical et thérapeutique au moins équivalent à celui qui encadre les programmes de rééducation sur le site de l'établissement,

3. qu'elles se déroulent en Belgique,
4. que leur assimilation ait été approuvée préalablement par le Collège des médecins-directeurs.

La demande d'autorisation pour cette assimilation doit être adressée au Service des soins de santé de l'INAMI à l'attention du Collège des médecins-directeurs, au moins un mois auparavant. Elle doit notamment comprendre une description des activités (type d'activités, localisation, période, liste des participants et accompagnateurs) et de leur apport dans le programme thérapeutique. Les éventuelles modifications intervenues au niveau des participants ou des accompagnateurs doivent être communiquées, au plus tard le jour du départ, au Collège des médecins-directeurs.

§ 2. Les jours de retour en famille visés à article 17, § 2, ne sont pas assimilables à des journées de rééducation.

2.2. Programmes de rééducation fonctionnelle

Article 16.

§ 1. Les programmes individuels de rééducation multidisciplinaire peuvent comporter 3 phases : une « phase de pré-admission », une « phase de rééducation » proprement dite et une « phase de suivi ».

Leur contenu thérapeutique est décrit à l'annexe II.

1. La phase de pré-admission peut comporter un maximum de 4 modules par bénéficiaire, réalisés en un maximum de 12 mois, à compter de la date de début du 1^{er} module. Elle peut conduire ou non à une indication de prise en charge par l'établissement pour une phase de rééducation.
2. La phase de rééducation proprement dite suit immédiatement la phase de pré-admission qu'elle clôture, lorsque cette dernière a conduit à une indication de prise en charge par l'établissement. La phase de rééducation consiste dans l'ensemble des journées ambulatoires et/ou internes, dispensées au bénéficiaire dans le cadre de son programme de rééducation individuel, tel que visé au § 2, ci-dessous.

Pour les bénéficiaires du groupe maladie chronique, cette phase peut être réalisée en autant de périodes d'un an maximum que la situation du bénéficiaire le requiert, sans limite de temps autre que la limite d'âge fixée à l'article 5, § 1.

Pour les bénéficiaires des groupes obésité, maltraitance et mère/enfant, cette phase est réalisée en une seule période de 12 mois qui peut être exceptionnellement prolongée par un maximum de 2 périodes de 6 mois chacune. Chaque demande de prolongation doit être étayée de manière probante dans le rapport médical visé à l'article 26, § 1, elle fait l'objet d'une décision de l'instance compétente, conformément aux dispositions du même article.

3. La phase de suivi succède immédiatement à la phase de rééducation. Elle s'adresse à tout bénéficiaire ayant été admis en phase de rééducation durant un minimum de 3 mois. Elle comporte une permanence téléphonique offerte au bénéficiaire ou à toute personne responsable du bénéficiaire dans les différentes situations de sa vie, pour toute question liée à sa prise en charge par l'établissement. Pour les bénéficiaires des groupes obésité et maltraitance, elle peut également comporter des modules de suivi auxquels les bénéficiaires, éventuellement accompagnés de leurs parents, sont invités à participer, à une fréquence déterminée par leur situation médicale et psychosociale.

Cette phase est réalisée en une seule période de 3 ans. Pour les bénéficiaires des groupes maladie chronique et mère/enfant, elle ne peut donner lieu à la facturation d'aucune prestation et ne fait pas l'objet d'une demande d'accord d'intervention de l'assurance. Pour les bénéficiaires des groupes obésité et maltraitance, elle peut donner lieu à la facturation de modules de suivi. Dans ce cas, elle doit au préalable faire l'objet d'une demande d'accord d'intervention de l'assurance, conformément aux dispositions de l'article 26.

§ 1 bis. Un même bénéficiaire ne peut obtenir le remboursement que d'un seul programme individuel de rééducation. Toutefois, à titre exceptionnel, un bénéficiaire peut obtenir le remboursement d'un 2^e programme dans un groupe cible différent du 1^{er}, pour une condition pathologique clairement distincte de celle qui a justifié l'admission dans le 1^{er} groupe-cible. Si la compétence de décision revient au médecin conseil (art. 26), celui-ci demande préalablement l'avis du Collège des médecins-directeurs. L'établissement tient compte du fait que la demande d'avis du Collège entraîne un allongement du temps nécessaire au médecin conseil pour notifier sa décision et du fait que cette décision peut être négative. En cas de décision négative, l'établissement ne peut facturer au bénéficiaire ou à l'assurance soins de santé aucune prestation correspondant au 2^e programme demandé.

§ 2. Le contenu du programme individuel de tout bénéficiaire admis en phase de rééducation est établi sous une forme écrite détaillée, par l'équipe multidisciplinaire, dès le début de la rééducation. Il est spécifique au bénéficiaire ; il dépend de sa situation pathologique, familiale et sociale et des objectifs spécifiques de sa rééducation. Il comprend toujours plusieurs des composantes thérapeutiques reprises au point B de l'annexe II à la présente convention. Il fait l'objet d'une réévaluation régulière, et, le cas échéant, d'une adaptation à l'évolution de la situation du bénéficiaire et des objectifs de sa rééducation.

Tout programme de rééducation peut être soit *ordinaire*, soit *intensif*, selon que la situation pathologique du bénéficiaire est qualifiée respectivement de modérée ou de sévère, conformément aux dispositions de l'article 4.

- Le programme ordinaire, dispensé aux bénéficiaires présentant une pathologie modérée, comporte un minimum hebdomadaire de 10 heures de prise en charge individuelle ou en groupe de maximum 8 bénéficiaires.
- Le programme intensif, dispensé aux bénéficiaires présentant une pathologie sévère, requiert des interventions de l'équipe thérapeutique plus fréquentes, plus soutenues et plus individualisées que le programme non-intensif, avec un minimum hebdomadaire de 7 heures de prise en charge individuelle ou en groupe de maximum 3 bénéficiaires et 7 heures de prise en charge en groupe de maximum 8 bénéficiaires, en dehors des activités scolaires.

Pour une semaine donnée, ces durées sont adaptées au prorata du nombre de jours durant lequel le bénéficiaire est effectivement pris en charge par l'établissement. Le temps pendant lequel le bénéficiaire se trouve dans l'école située sur le site du centre ne peut pas être pris en compte dans ces durées.

Article 17.

§ 1. Tout programme individuel est organisé de manière à réduire autant que possible les conséquences de la maladie et en particulier de manière à garantir au bénéficiaire la scolarité la plus normale possible, compte tenu des contingences de la maladie traitée et de ses répercussions.

§ 2. Dans le but de favoriser l'intégration du bénéficiaire dans son milieu familial, la direction médicale de l'établissement peut organiser en concertation avec les parents du bénéficiaire (ou avec les membres de son entourage) des retours en famille pour raisons thérapeutiques.

Pour chaque bénéficiaire, la durée maximale de chaque retour en famille est fixée à 14 jours consécutifs.

Afin d'assurer la continuité des soins durant les retours en famille, l'établissement établit les contacts nécessaires avec le médecin traitant du bénéficiaire ou tout autre intervenant participant activement au suivi thérapeutique de l'enfant.

L'établissement est tenu, au cours de chaque période de retour en famille, de garantir la continuité de la fourniture au bénéficiaire des produits pharmaceutiques présents. Cette fourniture est intégralement à charge de l'établissement, à l'exception de la part du coût de certains médicaments orphelins, visée à l'article 32, § 2 bis, qui est remboursée par les organismes assureurs.

§ 3. La rééducation favorise, à chacune de ses étapes, la collaboration active des médecins traitants (généralistes, spécialistes) qui ont le bénéficiaire en traitement.

En outre, l'établissement est constamment en liaison fonctionnelle étroite avec le(s) service(s) d'un hôpital correspondant aux types de maladies traitées par l'établissement. Cette liaison fait l'objet d'un accord écrit qui en précise les modalités.

III. L'ETABLISSEMENT

3.1. Nombres de bénéficiaires et répartition par unité

Article 18.

§ 1. L'établissement est ouvert 365 jours par année civile. Il peut accueillir une moyenne par jour de 116 bénéficiaires, en phase de rééducation, avec un maximum par jour de 130 bénéficiaires en phase de rééducation, à charge ou non de l'assurance obligatoire soins de santé.

§ 2. Les bénéficiaires sont répartis dans 7 pavillons, nommés *unités de vie*, en fonction du groupe-cible auquel ils appartiennent, comme indiqué dans le tableau ci-dessous :

	nombre d'unités
groupe maladie chronique	1
groupe obésité	2
groupe maltraitance	3
groupe mère/enfant	1

Les unités affectées aux groupes maladie chronique, obésité et maltraitance ont chacune une capacité d'accueil maximale de 20 bénéficiaires internes. L'unité réservée au groupe mère/enfant a une capacité maximale de 10 bénéficiaires internes (10 dyades ou triades). Aucune unité n'accueille de bénéficiaire au-delà de sa capacité maximale.

L'unité mère/enfant accueille exclusivement des bénéficiaires du groupe mère/enfant, et les bénéficiaires de ce groupe sont accueillis exclusivement dans cette unité. Les autres unités peuvent

accueillir des bénéficiaires appartenant à d'autres groupes-cibles que celui auquel elles sont affectées, avec un maximum de 2 bénéficiaires appartenant aux groupes obésité et maltraitance ou de 4 bénéficiaires appartenant au groupe maladie chronique. Dans ce cas, l'établissement veille à la parfaite compatibilité au sein d'une même unité des bénéficiaires issus de groupes-cibles différents. L'établissement peut toujours démontrer cette parfaite compatibilité des bénéficiaires, à la demande du Collège des médecins-directeurs ou du Service des soins de santé de l'INAMI.

§ 3. Dans tous les cas, le groupe obésité peut comporter un maximum de 45 bénéficiaires et la population totale de l'établissement est toujours composée au moins pour moitié de bénéficiaires présentant une pathologie sévère, tels que définie à l'article 4.

§ 4. Le non-respect durant 2 années civiles consécutives des nombres de bénéficiaires par groupe-cible et par degré de sévérité, prévus aux §§ 2 et 3 ci-dessus, entraînera d'office un réexamen de la convention par le Collège des médecins-directeurs, et pourra conduire à une réduction du cadre du personnel prévu en annexe à la présente convention.

3.2. Personnel de l'établissement

Article 19.

§ 1. Le cadre du personnel de l'établissement est défini par l'annexe III à la présente convention. Les membres du personnel de l'établissement visés par les articles 20 à 24 sont les membres de l'équipe thérapeutique, les employés administratifs et les ouvriers qui sont repris dans cette annexe, ou ceux qui les remplacent conformément aux dispositions de la présente convention.

§ 2. Le personnel de l'école visée à l'article 25, § 2, ne fait pas partie du personnel de l'établissement visé par la présente convention.

Article 20.

§ 1. Chaque membre du personnel preste, au sein de l'établissement, pour les activités prévues par le programme de rééducation décrit par la présente convention ou pour les activités de soutien à ce programme, au minimum, le nombre d'heures fixé par l'annexe précitée.

§ 2. L'établissement occupe en permanence le cadre du personnel prévu. Il prend sans délai toutes les dispositions utiles pour éviter qu'une fonction prévue ne soit pas remplie ; notamment, à la suite d'une démission, d'un licenciement, d'une absence de longue durée (interruption de carrière, congé sans solde, maladie, ...), il prend toutes les mesures utiles afin de pourvoir au remplacement du membre du personnel temporairement ou définitivement absent.

L'établissement n'est toutefois pas tenu de remplacer un membre du personnel licencié qui ne travaille pas au cours de la période de préavis légal rémunéré, aussi longtemps qu'il rémunère effectivement ce membre du personnel licencié. Il n'est pas davantage tenu de remplacer un membre du personnel absent pour maladie au cours de la période légale de salaire garanti, aussi longtemps qu'il rémunère effectivement ce membre du personnel malade.

§ 3. Le cadre effectif du personnel du centre est transmis chaque année, en annexe à la compatibilité prévue à l'article 35.

§ 4. Si le Comité de l'assurance constate que l'établissement ne respecte pas, ou n'a pas respecté les dispositions du § 1 ci-dessus, pendant une certaine période, il peut décider, en plus de toute mesure qu'il juge pertinente, de diminuer d'un montant et pendant une période à déterminer par

lui, les montants d'intervention de l'assurance fixés à l'article 27. La durée de cette dernière période ne peut pas dépasser la durée de non-respect des dispositions du § 1 du présent article et avant toute décision du Comité de l'assurance, l'établissement doit avoir eu l'occasion d'expliquer par écrit les raisons de ce non-respect.

L'établissement ne fait supporter en aucune manière par les bénéficiaires ou les membres de son personnel les conséquences des réductions des montants d'intervention de l'assurance appliquées sur base des dispositions du présent paragraphe.

Article 21.

§ 1. L'établissement verse à chaque membre de son personnel un salaire au moins égal au montant obtenu sur base des principes appliqués pour le calcul de son coût, tel que repris en annexe à la présente convention.

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

L'établissement accorde aux membres du personnel concernés les avantages prévus dans le cadre de nouvelles dispositions prises au sujet des barèmes qui leur sont applicables, lorsque leur coût est intégré par le Comité de l'assurance soins de santé de l'INAMI dans le montant du forfait.

L'établissement verse annuellement au Fonds pour la prime syndicale, au plus tard le 31 mars, 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 travailleur indépendant, l'établissement paye 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 en plus de 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 22.

§ 1. Pour toute fonction reprise au cadre du personnel (quel que soit le statut de la personne remplissant cette fonction), l'établissement transmet au Service des soins de santé copie d'un contrat mentionnant le nom et la qualification du membre du personnel qui remplit cette fonction ainsi que le nombre effectif d'heures/semaine durant lequel il la remplit.

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

Article 23.

§ 1. L'intervention de l'assurance dans les prestations de rééducation est adaptée en fonction des frais réels de l'établissement, si le coût effectif du personnel repris en annexe à la présente convention, calculé sur base des principes ci-dessus, excède d'au moins 1% le montant des frais de personnel repris dans cette annexe.

§ 2. À cet effet, l'établissement adresse au Service des soins de santé un dossier « frais de personnel » entièrement actualisé et documenté qui respecte le modèle et les principes du calcul des frais de personnel joint en annexe, notamment en ce qui concerne les fonctions prévues par le cadre du personnel, le nombre d'heures par semaine durant lequel elles sont exercées et les qualifications des membres du personnel qui remplissent ces fonctions.

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 l'établissement en est informé.

§ 3. L'avenant permettant d'adapter les prix est soumis à l'approbation du Collège des médecins-directeurs et du Comité de l'assurance.

Le montant de l'intervention de l'assurance 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 recevable.

Article 24.

§ 1. L'établissement communique par écrit à chaque membre de son personnel le texte des chapitres I à III de la présente convention ainsi que les annexes I et II, de même que toute modification qui y serait apportée.

L'établissement conserve et tient à la disposition du Service des soins de santé de l'INAMI les pièces prouvant que les membres du personnel ont pris connaissance de ces chapitres et annexes.

§ 2. L'établissement 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.

3.3. Infrastructure et équipement de l'établissement

Article 25.

§ 1. L'infrastructure et l'équipement de l'établissement lui permettent de dispenser dans des conditions optimales les programmes et prestations prévus par la présente convention.

L'infrastructure offre aux enfants un milieu de vie le plus adapté possible, à leur âge et aux pathologies qu'ils présentent.

L'établissement dispose de locaux appropriés pour les consultations et les soins médico-techniques et paramédicaux ainsi que d'une section spéciale pour les enfants alités temporairement, atteints ou convalescents d'affections intercurrentes aiguës..

L'équipement est adapté à l'âge des bénéficiaires et aux pathologies et limitations que ceux-ci présentent.

§ 2. Une école est installée sur le site de l'établissement. Ses bâtiments et locaux ne font pas partie de l'établissement, tel que défini par la présente convention. Les frais inhérents à leur usage et à leur entretien ne sont pas inclus dans l'enveloppe globale annuelle, définie en annexe à la présente convention.

IV. INTERVENTION DE L'ASSURANCE DANS LES HONORAIRES ET PRIX FIXES POUR LES PRESTATIONS DE REEDUCATION

4.1. Demande d'accord d'intervention de l'assurance

Article 26.

§ 1. Pour tout bénéficiaire, l'intervention de l'assurance dans les honoraires et prix des prestations de rééducation est subordonnée à un accord préalable du Collège des médecins-directeurs ou du médecin-conseil de l'organisme assureur auquel le bénéficiaire est affilié ou inscrit, conformément aux dispositions des articles 138, 139 et 142, § 2, de l'A.R. du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

En application des dispositions de l'article 142, § 2, de l'A.R. ci-dessus, la demande d'accord doit parvenir au médecin-conseil de la mutualité du bénéficiaire, au plus tard, dans les 30 jours qui suivent la date de réalisation de la 1^{ère} unité d'une heure dans le cadre d'un module, ou de la première journée interne ou ambulatoire.

La demande d'accord d'intervention de l'assurance est introduite au moyen du formulaire approuvé par le Comité de l'assurance soins de santé, auquel est joint un rapport médical, établi par un médecin de l'établissement selon le modèle approuvé par le Collège des médecins-directeurs.

En cas de décision favorable, l'instance compétente fixe les dates de début et de fin de la période d'intervention de l'assurance pour ce bénéficiaire.

§ 2. Toute demande de prolongation de la période d'intervention de l'assurance, et toute demande de fixation d'une nouvelle période d'intervention de l'assurance dans un programme de rééducation, est introduite selon les modalités prévues au § 1 ci-dessus.

§ 3. Lorsque la durée effective de la phase de pré-admission le permet et lorsque cette phase conclut à une indication d'admission du bénéficiaire en phase de rééducation, l'établissement peut introduire simultanément, à l'aide du même formulaire, une demande d'accord d'intervention de l'assurance dans une phase de pré-admission et dans une phase de rééducation.

§ 4. L'établissement informe les bénéficiaires et les aide à accomplir les démarches visées par le présent article. S'il introduit lui-même les demandes, il s'engage à ne pas facturer aux bénéficiaires les frais qui ne seraient pas remboursés par l'organisme assureur en raison d'introduction tardive de la demande, aux termes de l'article 142, § 2, de l'A.R. du 3 juillet 1996.

4.2. Intervention de l'assurance dans les honoraires et prix des prestations de rééducation

Article 27.

§ 1. Les honoraires et prix prévus pour les prestations de rééducation visées à l'article 13 s'élèvent à :

	montant total	partie in-dexable	partie non-in-dexable
1° journée interne (100%)	563,22 €	538,30 €	24,92 €
2° journée ambulatoire (70%)	394,25 €	376,81 €	17,44 €

3° module de 3h (pré-admission ou suivi) (40%)	225,29 €	215,32 €	9,97 €
---	----------	----------	--------

§ 2. La partie indexable de ces honoraires et prix est liée à l'indice pivot **128,11 (mai 2024 ; base 2013)** des prix à la consommation. Cette partie indexable, dont le montant est précisé en annexe à la présente convention, est adaptée conformément aux dispositions de la loi du 1^{er} mars 1977 organisant un régime de liaison à l'indice des prix à la consommation du Royaume pour certaines dépenses dans le secteur public.

Article 28.

§ 1. Une intervention de l'assurance est due pour toute prestation réalisée en faveur d'un bénéficiaire, si elle respecte les conditions prévues par la présente convention.

§ 2. Le montant d'intervention de l'assurance dans les honoraires et prix de la *journée interne* est égal au montant fixé à l'article 27, § 1, 1°, diminué de l'intervention personnelle du bénéficiaire, fixée en application des dispositions de l'arrêté royal du 5 mars 1997 fixant le montant de la réduction de l'intervention de l'assurance en cas d'hospitalisation ou de séjour dans un établissement de rééducation.

Les montants d'intervention de l'assurance dans les honoraires et prix de la *journée ambulatoire* et du *module de pré-admission ou de suivi* sont égaux aux montants fixés respectivement aux points 2° et 3° de l'article 27, § 1, diminués de l'intervention personnelle du bénéficiaire, fixée 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.

4.3. Modalités et capacité de facturation

Article 29.

L'établissement facture aux organismes assureurs les prix des prestations, fixés à l'article 28, au moyen d'une facture dont le modèle est approuvé par le Comité de l'assurance soins de santé de l'INAMI Il inscrit également sur cette facture, à titre d'information, tous les montants facturés au bénéficiaire pour des services qui ne donnent pas droit à une intervention de l'assurance soins de santé. Une copie de chaque facture est remise au bénéficiaire ou à son représentant légal.

Article 30.

§ 1. Au cours d'une année civile, le nombre de prestations réalisées par l'établissement qui peuvent donner lieu à une intervention de l'assurance dépend de ses capacités de facturation.

§ 2. La « capacité réalisable » de l'établissement est fixée par l'annexe à la présente convention à l'équivalent de 30.276 journées internes.

Sa « capacité normale de facturation » est fixée à 90% de la capacité réalisable, soit l'équivalent de 27.248 journées internes.

Sa « capacité maximale de facturation » est fixée à 98% de la capacité réalisable, soit l'équivalent de 29.670 journées internes.

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

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

Ces prix réduits s'élèvent à :

1. 50% des prix pleins :
 - a. si l'établissement n'a pas réalisé plus de l'équivalent de 27.248 journées de rééducation internes remboursables, au cours de l'année civile qui précède l'année civile considérée,
 - et
 - b. si, depuis la dernière année civile au cours de laquelle il n'a pas réalisé plus de l'équivalent de 27.248 journées de rééducation internes remboursables, il n'a jamais réalisé plus de l'équivalent de 28.459 journées de rééducation internes remboursables ;
2. 25% du prix normal des prestations de rééducation fonctionnelle :
 - a. si, au cours de l'année civile qui précède immédiatement l'année civile considérée, l'établissement a réalisé plus de l'équivalent de 28.459 journées de rééducation internes remboursables,
 - ou
 - b. s'il a réalisé plus de l'équivalent de 28.459 journées de rééducation internes remboursables au cours d'au moins une année civile, depuis la dernière année civile au cours de laquelle il n'a pas réalisé plus de l'équivalent de 27.248 journées de rééducation internes remboursables.

§ 5. Dans le calcul des capacités de facturation visées aux §§ 1 à 3 ci-dessus, toute journée interne vaut 1, toute journée externe vaut 0,70 et tout module de 3h vaut 0,4.

§ 6. 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.

§ 7. Les prestations de rééducation fonctionnelle réalisées par l'établissement 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 de l'établissement, telle que définie au § 1 ci-dessus.

§ 8. 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.

4.4. Interdictions de cumul

Article 31.

Au cours d'une même journée, l'établissement peut facturer au maximum par bénéficiaire

- 1 journée interne,
- ou 1 journée ambulatoire,
- ou 2 modules de pré-admission,
- ou 2 modules de suivi.

Il ne peut pas facturer des prestations de différents types (ex. : une journée ambulatoire et un module de suivi) pour des actes prestés un même jour.

Article 31 bis.

Un même bénéficiaire peut suivre un seul programme de rééducation dans un seul groupe à la fois.

Article 32.

§ 1. Durant la période d'intervention de l'assurance dans le programme de rééducation d'un bénéficiaire (article 26), aucune prestation prévue par la nomenclature des soins de santé ne peut être portée en compte au bénéficiaire ou à l'assurance soins de santé dans les cas suivants :

- La prestation est réalisée sur le site de l'établissement, ou dans tout local qu'il utilise dans le cadre de la dispensation des programmes prévus par la présente convention.
- La prestation est réalisée par un prestataire de soins faisant partie du personnel de l'établissement, visé à l'article 20, § 1.

§ 2. En outre, durant la période d'intervention de l'assurance dans le programme de rééducation d'un bénéficiaire en phase de rééducation (articles 16, § 1, 2 et 26), aucune prestation prévue par la nomenclature des soins de santé ne peut être portée en compte au bénéficiaire ou à l'assurance soins de santé par un prestataire de soins dont la discipline ou la spécialité est représentée parmi les membres du personnel de l'établissement.

Sont ainsi exclus du remboursement :

- la consultation, la visite ou l'avis d'un médecin spécialisée en pédiatrie, en pédopsychiatrie ou en psychiatrie – cependant, moyennant le respect des dispositions du § 1 ci-dessus, ces prestations peuvent être portés en compte par un médecin ayant l'une de ces spécialités si elles sont dispensées dans le cadre d'un accord de collaboration conclu avec l'établissement pour le suivi thérapeutique du bénéficiaire, ou si elles sont justifiées par une situation médicale d'urgence, survenant en dehors des heures de présence des médecins de l'établissement, et n'ayant pas un rapport direct avec la prise en charge assurée par l'établissement ;
- les prestations de kinésithérapie (article 7, § 1, de la nomenclature des prestations de santé) ;
- les soins dispensés par des praticiens de l'art infirmier (article 8, § 1, de la nomenclature des prestations de santé) ;
- les prestations de logopédie (article 36, § 1, de la nomenclature des prestations de santé) ;
- les prestations de diététique (arrêté royal du 10 janvier 1991 établissant la nomenclature des prestations de rééducation).

§ 2 bis. Les produits pharmaceutiques ne peuvent pas être portés en compte aux organismes assureurs, à la seule exception des médicaments orphelins pour lesquels il existe un Collège de médecins pour les médicaments orphelins. La part du coût de ces médicaments orphelins qui est remboursée par les organismes assureurs peut être portée en compte par l'établissement à l'organisme assureur pourvu qu'il soit satisfait aux conditions de remboursement de la réglementation sur le remboursement de médicaments.

Les produits pharmaceutiques ne peuvent jamais être portés en compte au bénéficiaire.

Article 33.

§ 1. Lorsque des prestations facturables sont réalisées par un autre dispensateur de soins, en faveur d'un bénéficiaire, au cours de la période d'intervention de l'assurance dans la phase de rééducation de son programme individuel, et pendant toute la période où cette rééducation est dispensée en internat, l'établissement avertit cet autre dispensateur de soins du fait que le bénéficiaire est pris en charge en internat par un établissement conventionné avec l'INAMI et lui communique son numéro d'identification.

Il rappelle au dispensateur de soins qu'il doit utiliser les numéros de code de nomenclature et appliquer les honoraires prévus pour les patients internes et qu'il doit faire figurer le numéro d'identification de l'établissement de rééducation dans la case prévue pour le numéro de l'établissement de soins.

En ce qui concerne plus particulièrement les prestations de biologie clinique, l'établissement fait parvenir au service des soins de santé de l'INAMI, pour tout laboratoire de biologie clinique effectuant des analyses pour l'établissement, un document attestant que le laboratoire marque son accord sur le fait d'utiliser pour ces analyses des numéros de code de nomenclature et d'appliquer des honoraires réservés aux bénéficiaires hospitalisés, ainsi que sur le fait de mentionner sur les attestations de soins le numéro d'identification de l'établissement.

§ 2. L'établissement prend toutes les mesures utiles en vue de l'application des dispositions du § 1 ci-dessus. Il en expose les termes par écrit au représentant légal du bénéficiaire, moyennant récépissé signé par ce dernier, et lui en explique la portée.

Article 34.

L'établissement s'engage à ne pas réclamer au bénéficiaire de supplément aux prix des prestations fixés à l'article 27, à l'exception des éventuels frais occasionnés,

- par les avances sur les prestations de santé visées par l'article 14, § 2, de la présente convention ;
- ou par la fourniture de services liés à des besoins personnels indépendants de la rééducation.

VI. DISPOSITIONS ADMINISTRATIVES GENERALES

Article 35.

Le Pouvoir organisateur de l'établissement 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 l'établissement 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 une rubrique distincte 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 de l'établissement 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 36.

§ 1. L'établissement tient un registre des présences selon un modèle 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 est intervenu durant cette journée dans le cadre de la convention, son identité ainsi que la liste des interventions réalisées en sa faveur.

§ 2. L'établissement observe scrupuleusement les instructions relatives à la tenue journalière du registre de présence.

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 pourront pas donner lieu à une intervention de l'assurance. Dans le cas d'une deuxième infraction, aucune prestation ne pourra donner lieu à une intervention de l'assurance pour tous les jours où le registre de présence n'aura pas été complété correctement.

L'établissement ne fait supporter en aucune manière par les bénéficiaires ou les membres de son personnel les conséquences d'un refus ou d'une suspension des interventions de l'assurance décidés sur base des dispositions du présent paragraphe.

§ 3. La grille horaire des activités de tous les membres du personnel de l'établissement au cours d'une journée est établie, au plus tard, au cours de la journée qui précède. Cette grille mentionne explicitement le nom de chaque membre du personnel présent au cours de la journée et ses heures de présence. Elle mentionne également, heure par heure, la liste des activités thérapeutiques prévues au cours de la journée, ainsi que la liste des thérapeutes et des bénéficiaires (et/ou membres de leur entourage) qui y prennent part. Pour toute différence qui serait constatée par rapport à l'horaire prévu (par exemple, l'absence d'un membre du personnel), l'établissement peut expliquer la cause de cette différence et les mesures prises pour prévenir ses éventuelles conséquences négatives sur la qualité des prestations réalisées au cours de la journée.

Article 37.

§ 1. L'établissement 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. L'établissement 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 38.

L'établissement 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 39.

§ 1. Le Pouvoir organisateur de l'établissement s'engage à créer toutes les conditions permettant à ce dernier de mettre en œuvre les programmes de rééducation individuels dans des conditions optimales et de respecter toutes les dispositions de la présente convention.

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

VII. VALIDITE DE LA CONVENTION, EVALUATION, ET DISPOSITIONS TRANSITOIRES

Article 40.

§ 1. La présente convention, faite en deux exemplaires et dûment signée par les deux parties, entre en vigueur à la date du 15.06.2009.

§ 2. Elle cesse d'être en vigueur le 31.12.2025. Toutefois, chacune des parties peut la dénoncer avant cette date par lettre recommandée à la poste adressée à l'autre partie, la convention cesse alors d'être en vigueur 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 41.

Les annexes à la présente convention font partie intégrante de celle-ci.

Article 42.

La présente convention annule et remplace la convention de rééducation fonctionnelle conclue entre le Comité de l'assurance de l'INAMI et l'A.S.B.L. « Clairs vallons » pour son unité de rééducation fonctionnelle pour enfants atteints d'une maladie chronique, en vigueur depuis le 01.08.2004 (numéro d'identification 7.76.601.78.).

Elle annule

- la convention de rééducation fonctionnelle conclue entre le Comité de l'assurance de l'INAMI et l'A.S.B.L. « Clairs vallons », pour son unité thérapeutique mère/enfant - parent/enfant, en vigueur depuis le 06.12.1999 (numéro d'identification 7.74.502.43)

et

- la convention de rééducation fonctionnelle conclue entre le Comité de gestion du Service des soins de santé de l'INAMI et l'A.S.B.L. « Clairs vallons », pour son unité de rééducation fonctionnelle pour enfants atteints d'une pathologie médico-psycho-sociale grave, en vigueur depuis le 18.07.1989 (numéro d'identification 7.75.501.14).

Article 43.

Pour tout bénéficiaire ayant obtenu un accord d'intervention de l'assurance dans le cadre de l'une des 3 conventions précitées, l'établissement peut poursuivre le programme de rééducation entamé, aux conditions, dans les limites et aux prix fixés par la présente convention, jusqu'au terme de la période accordée.

Article 44.

L'établissement s'engage à soumettre périodiquement des rapports d'évaluation au Collège des médecins-directeurs et au Comité de l'assurance soins de santé, conformément aux instructions qui se trouvent en annexe au présent avenant.

Comme il est précisé dans ces instructions, ces instructions peuvent être adaptées et affinées dans les prochaines années, dans le cadre de la concertation de l'établissement avec le Collège des médecins-directeurs et/ou le Comité de l'assurance soins de santé.

Dans le cas où le Collège des médecins-directeurs et/ou le Comité de l'assurance soins de santé demande(nt) à ce que d'autres données soient enregistrées ou intégrées dans les rapports d'évaluation futurs, l'établissement s'engage à incorporer ces données dans ses rapports d'évaluation futurs. Dans le cas où l'établissement est d'avis qu'il ne peut pas rencontrer la demande du Collège des médecins-directeurs et/ou du Comité de l'assurance, il explique et justifie son point de vue le plus rapidement possible à ces (cette) instance(s).

Article 45.

§ 1. Un montant maximum de 4.640.000 EUR, amorti sur 33 ans (soit 140.606 EUR sur base annuelle), pourra être pris en compte dans l'enveloppe de l'établissement et dans le prix des prestations établi à l'annexe III, pour le remboursement des travaux de rénovation décrits à l'annexe IV.

Ce montant de 4.640.000 EUR comprend la TVA, les honoraires d'architecte et d'une manière générale tout frais lié à l'exécution de ces travaux, à l'exclusion de l'éventuelle charge d'intérêts occasionnée par les emprunts destinés à les financer. Cette éventuelle charge d'intérêts pourra être prise en compte en supplément du montant annuel de 140.606 EUR, à concurrence du montant total des charges d'intérêts divisé par le nombre d'années pour lequel l'emprunt est effectivement contracté (charge d'intérêts annuelle moyenne).

§ 2. Le coût réel des travaux, au maximum jusqu'à concurrence du montant annuel visé au § 1 ci-dessus, et la charge d'intérêts annuelle moyenne ne pourront être pris en compte dans l'enveloppe de l'établissement qu'une fois les travaux achevés, sur base des factures démontrant leur réalisation et leur coût réel, et des documents bancaires établissant le montant total des charges d'intérêts.

§ 3. Des bâtiments, tels que l'école située sur le site du centre, qui ne sont pas utilisés pour la dispensation des programmes de rééducation et/ou qui sont financés par d'autres instances publiques ne peuvent en aucun cas être entretenus, rénovés ou financés de quelque manière que ce soit, en utilisant les sommes versées par l'assurance soins de santé en application de la présente convention.

Pour l'a.s.b.l. « CLAIRS VALLONS », pour son établissement de rééducation pédiatrique du même nom, à Ottignies

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

Bruxelles, le

Le Fonctionnaire Dirigeant,