**INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITÉ**

Etablissement Public institué par la loi du 9 août 1963

AVENUE DE TERVUREN 211 - 1150 BRUXELLES

**Service des soins de santé**

**CONVENTION**

**ENTRE LE COMITE DE L'ASSURANCE SOINS DE SANTE**

**DE L'INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITE**

**ET LE #####,**

**POUR LE CENTRE D’ACCOMPAGNEMENT**

**DE LA TRANSIDENTITE, A #####**

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

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

il est convenu ce qui suit entre,

d'une part,

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

et d'autre part,

le #####, à #####, pour son centre d’accompa­gnement de la transidentité.

**Article 1** Le centre d’accompagnement de la transidentité, à #####, est désigné dans la présente convention par le terme « centre ».

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

**I. BENEFICIAIRES DE LA CONVENTION**

**Article 3** Tout bénéficiaire au sens de la présente convention est un bénéficiaire de l’assurance soins de santé

1. qui adresse au centre une demande d’aide psychosociale et, si nécessaire, médicale concernant son identité ou son expression de genre,
2. et/ou qui présente des symptômes d’une dysphorie de genre ou qui en a reçu le diagnostic, selon la définition du DSM-5 (codes 302.6 [enfants], 302.85 [adolescents et adultes]), éventuellement de la CIM-11, ou d’une édition ultérieure de ces classifications.

**II. OBJECTIFS DES PROGRAMMES DE SOINS**

**Article 4** **§ 1** Une personne qui répond à la définition des bénéficiaires (article 3) peut avoir besoin d’un accompagnement psychosocial et, si nécessaire, médical. Le centre peut réaliser en sa faveur un programme de soins qui vise au moins 3 des objectifs suivants :

1. Mettre à la disposition du bénéficiaire des compétences cliniques et scientifiques, afin d’établir avec lui, et si nécessaire avec ses proches, un bilan complet de la divergence entre son identité ou expression de genre et le genre qui lui est assigné, et de déterminer si un programme de soins est indiqué.
2. Rechercher la présence d’une éventuelle dysphorie de genre ; le cas échéant, en poser ou en confirmer le diagnostic, examiner ses causes et conséquences dans la vie du bénéficiaire.
3. Informer et conseiller le bénéficiaire sur les traitements existants en particulier les traitements hormonaux, médicamenteux et chirurgicaux d’affirmation du genre (nature de ces traitements, observance qu’ils requièrent, effets attendus, effets non-désirés).
4. Prescrire, coordonner et suivre les traitements indiqués ; effectuer la gestion de cas.
5. Dispenser une psychoéducation au bénéficiaire, pour lui permettre
   * de surmonter certaines difficultés que la dysphorie de genre peut entraîner dans sa vie quotidienne,
   * et/ou de gérer le traitement d’affirmation du genre et ses conséquences.
6. En cas de prescription d’une chirurgie de réattribution sexuelle, orienter le bénéficiaire vers un hôpital qui réalise cette chirurgie, prendre tous les contacts utiles avec cet hôpital et organiser avec lui la dispensation des soins (planification de l'entretien préopératoire, consultations chez le chirurgien, opération chirurgicale...)
7. Soutenir et conseiller le bénéficiaire si des difficultés financières font obstacle à l’inter­vention chirurgicale.

Le programme de soins remboursé en application de la présente convention n’a pas pour objectif la dispensation d’une psychothérapie monodisciplinaire ou d’une psychothérapie de moyenne ou longue durée aux bénéficiaires.

**§ 2** Le centre développe un réseau de collaboration avec les acteurs de la santé et du bien-être, tels que les dispensateurs de soins de 1ère ligne (médecins, psychologues), les hôpitaux, les PMS, les centres de santé mentale, les associations… qui rencontrent des personnes susceptibles de présenter une dysphorie de genre, afin de permettre la détection et l’orientation rapides de celles qui ont besoin de soins spécialisés.

**III. NATURE DES PROGRAMMES ET DES PRESTATIONS**

**Article 5** Tout programme individuel de soins multidisciplinaire couvert par la présente convention consiste dans l’ensemble coordonné des actes réalisés en faveur d’un bénéficiaire de la convention (article 3) qui sont appropriés à sa situation, qui sont nécessaires pour atteindre les objectifs définis à l’article 4 et qui ne sont pas couverts par la nomenclature des prestations de santé (annexe à l’A.R. du 14.09.1984). Ces actes sont dispensés sous la forme de séances individuelles, de séances familiales, de séances de groupe ou d’entretiens (article 6), par les membres de l’équipe thérapeutique du centre (article 8), au cours de la période fixée par le médecin-conseil de l’organisme assureur (article 18). Les actes couverts par la nomenclature des prestations de santé peuvent être intégrés dans le programme de soins, mais ils ne sont pas couverts par la convention. Les médicaments utilisés dans le cadre du programme de soins sont remboursés en application de la législation sur le remboursement des médicaments, ou à défaut par l’intermédiaire du forfait médicaments visé à l’article 6, § 6.

**Article 6** **§ 1** Les prestations prévues par la présente convention sont dénommées :

* « séance d’accompagnement psychosocial individuelle », abrégée en « séance individuelle »,
* « séance d’accompagnement psychosocial familiale », abrégée en « séance familiale »,
* « séance d’accompagnement psychosocial en groupe », abrégée en « séance de groupe »,
* « entretien pré- ou postopératoire », abrégé en « entretien »,
* « forfait médicaments trimestriel », abrégé en « forfait médicaments ».

**§ 2** Chaque *séance individuelle* exige la présence durant une heure au total, face à un seul bénéficiaire, éventuellement accompagné de proches, d’un ou plusieurs des thérapeutes du centre visés aux points 2 à 5 de l’article 8. La séance est facturable au montant fixé à l’article 17, § 1, point 1.

Les séances qui se dérouleraient face à plusieurs bénéficiaires ne peuvent pas être considérées comme des *séances individuelles*. Elles ne peuvent être portées en compte dans le cadre de la présente convention que dans le cas où elles répondent aux conditions des *séances de groupe*. Seulement dans le cas où parmi les proches d’un bénéficiaire, il y a un ou plusieurs autres bénéficiaires, une seule *séance individuelle* peut être portée en compte pour un seul bénéficiaire qui a assisté à cette séance qui se déroulerait face à plusieurs bénéficiaires.

La première prestation réalisée dans le cadre de la présente convention auprès d’un nouveau bénéficiaire est toujours une séance individuelle.

Les actes effectués au cours d’une *séance individuelle* peuvent être :

1. La réalisation d’un bilan multidisciplinaire, comprenant la passation de tests et échelles psychométriques pertinents.
2. L’élaboration d’un plan de soins individualisé, comprenant tous les soins prévus par la présente convention et par la nomenclature des prestations de santé, en ce compris la concertation multidisciplinaire sur l’indication ou la non-indication d’une hormonothérapie et/ou d’une opération chirurgicale (à réaliser par un service hospitalier spécialisé).
3. L’information du bénéficiaire sur les éventuelles conséquences médicales et psychosociales de la dysphorie de genre et sur les traitements.
4. La pose de l’indication de certains soins, leur coordination et l’accompagnement de leur dispensation ; la gestion des cas (*case managment*) qui nécessitent l’intervention de plusieurs dispensateurs ou services de soins.
5. En accord avec les règles de bonne pratique validées à un niveau international, la dispensation d’une psychoéducation portant sur la dysphorie de genre, sur ses répercussions dans la vie quotidienne et/ou sur l’observance et les conséquences du traitement, en particulier le traitement hormonal et les interventions chirurgicales.
6. La réorientation adéquate de bénéficiaires dont les troubles ne peuvent pas être traités ni suivis par le centre en raison de leur nature, de leur sévérité, ou de leur complexité.
7. L’aide au bénéficiaire dans les formalités administratives et dans la liaison avec les institutions de soins, les services sociaux et les services administratifs, en vue de garantir le bon déroulement du plan de soins individualisé.
8. L’information du bénéficiaire sur les aspects pertinents de la législation.
9. L’offre d’un soutien et d’un conseil, lorsque des obstacles financiers compliquent la planification d’interventions chirurgicales.

**§ 3** Chaque *séance familiale* exige la présence durant 1,5 heure au total, face à un seul bénéficiaire accompagné d’un ou plusieurs proches, d’un ou plusieurs des thérapeutes du centre visés aux points 2 à 5 de l’article 8. La séance familiale est facturable au montant fixé à l’article 17, § 1, point 2.

Dans le cas où parmi les proches d’un bénéficiaire qui assistent à une *séance familiale*, il y a un ou plusieurs autres bénéficiaires, une seule séance familiale peut être portée en compte pour un seul bénéficiaire qui a assisté à cette séance qui se déroulerait face à plusieurs bénéficiaires.

La séance familiale a pour but de répondre aux questions des proches, de donner attention au vécu émotionnel de la transidentité du bénéficiaire par le bénéficiaire et ses proches, de donner attention dans ce contexte aux relations intrafamiliales et d’améliorer ainsi les relations intrafamiliales.

**§ 4** Chaque *séance de groupe* exige la présence durant 2 heures au total, face à un maximum de 10 bénéficiaires, d’un ou plusieurs des thérapeutes du centre visés aux points 2 et 3 de l’article 8. La séance de groupe est facturable au montant fixé à l’article 17, § 1, point 3.

La séance de groupe a pour but de favoriser l’échange entre les bénéficiaires et le partage d’expériences liées à la transidentité sous la supervision d’un ou plusieurs thérapeutes du centre visés aux points 2 et 3 de l’article 8.

**§ 5** Chaque *entretien* exige la présence durant une heure au total, face à un seul bénéficiaire, éventuellement accompagné de proches, d’un ou plusieurs des thérapeutes du centre visés aux points 2 à 5 de l’article 8. L’entretien est facturable au montant fixé à l’article 17, § 1, point 4.

Les éventuels entretiens qui se dérouleraient face à plusieurs bénéficiaires ne sont pas considérés comme des prestations et ne peuvent pas donner lieu à une intervention de l’assurance ; elles ne sont pas facturables.

Les actes effectués au cours d’un *entretien* peuvent être :

1. La réalisation d’un bref bilan permettant de vérifier que le bénéficiaire a pris une décision ferme et définitive, en étant parfaitement informé de toutes les conséquences attendues à court, moyen et long terme de l’intervention chirurgicale, et des effets indésirables possibles.
2. Une information sur les modalités pratiques de l’intervention chirurgicale, sur l’équipe qui la réalisera…
3. Un bilan postopératoire, à la demande du bénéficiaire et/ou après évaluation par son médecin traitant, afin d’offrir un soutien pendant le séjour à l’hôpital, et éventuellement en cas de complications post-chirurgicales.

Un entretien peut uniquement être réalisé par le centre conventionné situé dans l’hôpital qui réalise l’opération chirurgicale de réassignation sexuelle. Si le centre n’est pas situé dans cet hôpital, il ne peut facturer d’entretien ni à l’assurance soins de santé, ni au bénéficiaire. Le cas échéant, il peut adresser le bénéficiaire à un centre situé dans l’hôpital qui réalise l’opération chirurgicale. Ce dernier centre peut réaliser l’entretien sans avoir introduit la demande d’accord d’intervention de l’assurance visée à l’article 18, et obtenir le remboursement des entretiens remboursables, si les conditions suivantes sont remplies :

* il a lui-même conclu la présente convention,
* le bénéficiaire lui est adressé par le centre qui le suit dans le cadre de la présente convention, sur la base d’un accord d’intervention de l’assurance encore valide, donné en application de l’article 18.

**§ 6** Chaque *forfait médicaments* couvre les analogues de la gonadoréline (GnRH) utilisés par le bénéficiaire, pour chaque période de traitement de 3 mois qui tombe complètement avant le 21e anniversaire du bénéficiaire, dans le cadre des soins dispensés en application de la présente convention. Il ne peut donner lieu à une intervention de l’assurance que si toutes les conditions suivantes sont remplies :

1. le centre traite le bénéficiaire dans le cadre d’un programme de soins visé à l’article 5 et lui a déjà dispensé au moins une séance individuelle remboursable, conformément au § 2,
2. les analogues de la gonadoréline ne sont pas remboursables par ailleurs,
3. ils sont prescrits par le médecin coordinateur visé à l’article 8, § 1, 1, ou par un endocrinologue pédiatrique ou un pédopsychiatre qui travaillent en concertation étroite avec l’équipe thérapeutique du centre, en application de l’article 14, § 2.

Le forfait médicaments est facturable au montant fixé à l’article 17, § 1, point 5.

**§ 7** Le ou les thérapeutes de l’équipe visés aux points 2 à 5 de l’article 8 qui interviennent au cours des prestations dont question aux § 2 à 5 possèdent les compétences nécessaires, en fonction des actes effectués.

Les prestations visées aux § 2 à 5 peuvent uniquement être réalisées dans les locaux du centre dont question à l’article 14, § 1er.

**§ 8** Les consultations chez les médecins spécialistes, ainsi que les autres formes de soins et de traitements remboursés par ailleurs (les prestations de santé prévues par la nomenclature, les médicaments…) ne sont pas couvertes par la présente convention ; elles peuvent être facturées séparément, selon les conditions fixées par la réglementation en vigueur. Le médecin coordinateur (article 8, § 1, 1) respecte les honoraires fixés par la nomenclature des prestations de santé, sans y ajouter de supplément. Pour chaque spécialité à laquelle il fait appel dans le cadre du programme de soins prévu par la présente convention, le centre collabore avec au moins un médecin qui consulte dans l’hôpital où il est situé (article 14, § 1) et qui se conforme à ces mêmes honoraires, sans y ajouter de supplément. Il adresse le bénéficiaire à ce médecin, sauf si le bénéficiaire choisit un autre médecin, en étant parfaitement informé.

Les règles de cumul fixées à l’article 25 sont d’application.

**§ 9** La présente convention ne couvre ni le remboursement d’une psychothérapie monodisciplinaire, ni le remboursement d’une psychothérapie de moyenne ou longue durée au-delà du nombre maximum de séances remboursables fixé à l’article 21, § 1. Si le bénéficiaire a besoind’une psychothérapie monodisciplinaire ou d’une psychothérapie de moyenne ou longue durée, le centre peut soit l’adresser à un psychothérapeute qui n’appartient pas à l’équipe multidisciplinaire visée à l’article 8, soit dispenser lui-même cette psychothérapie, hors du cadre de la présente convention. Le centre veille à l’application des dispositions du § 10 et de l’article 28.

**§ 10** Le centre explique clairement à chaque bénéficiaire les objectifs et la nature des soins dispensés, en distinguant :

* les soins dispensés et remboursés en application de la convention,
* les soins dispensés dans le cadre du programme prévu par la convention, mais remboursés par l’assurance soins de santé dans un autre cadre réglementaire,
* les soins ou services qui ont un lien avec le programme prévu par la convention et/ou qui peuvent être proposés par l’équipe multidisciplinaire, mais qui ne sont pas remboursés par l’assurance soins de santé.

Avant ou au cours de la 1ère séance individuelle, le centre détaille les coûts liés à l’ensemble de ces soins, en distinguant les coûts à charge de l’assurance et les coûts à charge du bénéficiaire. Il lui remet un document explicatif contre accusé de réception signé.

**IV. DEFINITION DE L’ETABLISSEMENT**

**4.1. Définition**

**Article 7** Le centre visé par la présente convention est l’équipe multidisciplinaire (article 8) qui travaille de manière coordonnée à l’exécution des actes prévus par la présente convention (article 6, §§ 1 à 6), afin d’atteindre les objectifs fixés (article 4), en faveur des bénéficiaires visés par cette même convention (article 3).

**4.2. Cadre du personnel**

**Article 8 § 1** Le cadre du *personnel thérapeutique* du centre comprend au moins les fonctions 1 à 5 ci-dessous :

1. Médecin coordinateur,
2. - Psychologue pour enfants et adolescents (si le centre traite des bénéficiaires de moins de 16 ans)

- [FACULTATIF, donc sans obligation pour l’établissement] orthopédagogue clinicien pour enfants et adolescents (si le centre souhaite faire appel à cette fonction pour la prise en charge des bénéficiaires de moins de 18 ans),

1. Psychologue sexologue (si le centre traite des bénéficiaires de 16 ans et plus),
2. Case manager (gestionnaire de cas),
3. Travailleur social.

Le cadre du *personnel administratif* comprend toujours la fonction suivante :

1. Secrétaire.

**§ 2** Tous les membres de l’équipe thérapeutique (fonctions 1 à 5) répondent aux conditions fixées à l’article 9. La fonction 1 est exercée par une seule personne. Aucun membre de l’équipe exerçant les fonctions 2 à 5 ne travaille moins de 5 heures par semaine dans le cadre de la convention. La fonction 6 est exercée par une ou plusieurs personnes répondant aux conditions fixées à l’article 9, § 1.

En cas d’absence de courte durée des titulaires d’une fonction thérapeutique (1 à 5), celle-ci peut être exercée temporairement par un remplaçant qui est de préférence issu du service hospitalier auquel le centre appartient, et qui possède les qualifications, connaissances et expérience requises pour exercer cette fonction. Le centre prend toutes les dispositions nécessaires pour éviter que les remplacements de membres du personnel thérapeutique aient des conséquences négatives pour les bénéficiaires. Afin de garantir la parfaite continuité des soins, les remplaçants ont une connaissance approfondie de la situation des bénéficiaires qui ont déjà reçu des séances dans le centre. Ils consignent toutes les observations utiles dans le dossier du bénéficiaire.

**Article 9 § 1** Tous les membres du personnel thérapeutique selon leur fonction (article 8, § 1, 1 à 5) prouvent, par leur formation et par leur expérience professionnelle, leur compétence et leur expérience concernant les aspects médicaux et psychosociaux de la dysphorie de genre, de ses causes, de ses conséquences et de son traitement.

Les membres du personnel administratif possèdent une connaissance suffisante de la dysphorie de genre, afin d’accueillir les bénéficiaires de manière adéquate.

**§ 2** Des dispositions particulières sont d’application pour les personnes qui occupent les fonctions suivantes :

*Médecin coordinateur*

Un et un seul médecin spécialiste exerce la fonction de coordinateur. En plus des tâches découlant de sa fonction de spécialiste du transgénérisme et de la dysphorie de genre, il assume la direction médicale et la coordination de l’équipe multidisciplinaire visée à l’article 8, § 1, 2-6, pour tout ce qui concerne l’application de la présente convention. Il est en particulier responsable de

* la coordination de l’équipe multidisciplinaire,
* la qualité et la bonne organisation des soins dispensés,
* la pertinence et la cohérence de chaque programme de soins individuel,
* l’expérience, la compétence et la formation continue de chaque membre de l’équipe thérapeutique, dans la fonction qu’il exerce en application de la convention,
* l’actualité et la validité médicale des concepts qui fondent les programmes de soins,
* la qualité des données recueillies et transmises.

Il a une voix prépondérante dans le recrutement et la sélection des membres de l’équipe multidisciplinaire visée à l’article 8, § 1, 2-6.

Il démontre – par sa formation, par son parcours professionnel et par ses publications scientifiques dans des revues internationales soumises au peer review – sa compétence et son expérience approfondies des éventuels aspects médicaux et psychosociaux de la dysphorie de genre.

*Psychologue de l’enfant et de l’adolescent ; psychologue sexologue pour adultes*

La ou les personnes qui exercent la fonction de psychologue de l’enfant et de l’adolescent, ou la fonction de psychologue sexologue possèdent un diplôme de master (licence) qui les qualifie pour exercer leur fonction de psychologue. Le psychologue qui travaille avec des enfants et des adolescents de moins de 16 ans démontre son expérience clinique dans cette classe d’âge. Le psychologue qui travaille avec des adultes possède également un diplôme de sexologue. Ils peuvent en outre démontrer leur expérience de la prise en charge de patients dont la condition de santé a des répercussions sur l’image de soi, l’identité de genre, la sexualité et le fonctionnement psychosexuel. Elles ont une connaissance approfondie de la dimension existentielle de la dysphorie de genre et une bonne connaissance de ses aspects médicaux.

*Orthopédagogue clinicien pour enfants et adolescents*

Dans le cas où l’établissement souhaite inclure la fonction d’orthopédagogue clinicien pour enfants et adolescents de moins de 18 ans dans le cadre du personnel thérapeutique : la ou les personnes qui exercent la fonction d’orthopédagogue clinicien pour enfants et adolescents possèdent un diplôme de master (licence) qui les qualifie pour exercer leur fonction d’orthopédagogue clinicien. L’orthopédagogue clinicien travaille avec des enfants et des adolescents de moins de 18 ans et démontre son expérience clinique dans cette classe d’âge. Il peut en outre démontrer son expérience dans l’accompagnement et la prise en charge de patients dont la condition de santé a des répercussions sur l’image de soi, l’identité de genre, la sexualité et le fonctionnement psychosexuel. Il a une connaissance approfondie de la dysphorie de genre et une bonne connaissance de ses aspects médicaux.

*Case manager*

La ou les personnes qui exercent la fonction de case manager possèdent un diplôme de master (licence) qui les qualifie pour exercer leur fonction. Elles ont une connaissance approfondie de la dysphorie de genre. Elles sont capables

* de tenir le rôle de premier point de contact entre les bénéficiaires et le centre,
* de coordonner toutes les composantes médicales, psychologiques et psychosociales du traitement et de l’accompagnement des bénéficiaires, pour tous les aspects de la dysphorie de genre visés par la présente convention, en ce compris les soins qui ne sont pas dispensés par le centre lui-même,
* de conseiller les bénéficiaires et les membres de leur entourage afin de leur permettre de gérer eux-mêmes certains aspects du traitement,
* d’enregistrer les données relatives aux bénéficiaires, et de les gérer de manière sécurisée, dans la stricte application de la législation relative à la vie privée et au secret médical.

*Travailleur social*

La ou les personnes qui exercent la fonction de travailleur social possèdent la qualification d’infirmier social, d’infirmier spécialisé en santé communautaire, ou d’assistant social. Elles possèdent des connaissances suffisantes sur la dysphorie de genre et une connaissance approfondie de la sécurité sociale à tous ses niveaux d’organisation. Elles peuvent proposer des solutions concrètes aux problèmes sociaux et/ou financiers qui se posent aux bénéficiaires, en conséquence directe ou indirecte de leur dysphorie de genre. Dans ce contexte, elles aident les bénéficiaires dans les formalités administratives et assurent la liaison avec les institutions et services sociaux et administratifs.

**Article 10 § 1** Le *temps de travail pour la réalisation des séances visées à l’article 6, §§ 2 à 4 en application de la convention* (ci-dessous : *temps de travail*) est le temps effectivement consacré à la réalisation des séances prévues par la convention ou des tâches induites par la réalisation de ces séances, en la présence ou hors de la présence des bénéficiaires. Il s’agit du temps pris en compte dans le calcul du prix des prestations (points 2 à 4 de l’annexe). En application de l’article 6, § 8, le temps consacré à la réalisation d’actes financés dans un autre cadre réglementaire n’est jamais pris en compte dans le temps de travail dans le cadre de la convention ; ce dernier est résiduaire par rapport au temps consacré à tous les actes financés par ailleurs.

Le *temps de travail total* est la somme des temps de travail de tous les membres de l’équipe.

**§ 2** Afin de garantir la qualité des soins, le centre respecte une règle de proportionnalité entre le temps de travail total de son équipe thérapeutique et administrative et le nombre de séances qu’il réalise au cours d’une année civile. Cette règle est fondée sur le calcul du coût des séances. Elle est énoncée au point 5 de l’annexe.

Le centre respecte également une règle de proportionnalité, fondée sur le coût des séances dont question à l’article 6, §§ 2 à 4, pour la répartition des temps de travail entre les différentes fonctions. Selon cette règle :

1. Le temps de travail total dans chaque fonction ou groupe de fonction est la somme du temps de travail de tous les membres de l’équipe multidisciplinaire qui exercent cette fonction. Le minimum ou le maximum du rapport entre le temps de travail total par fonction et le temps de travail total l’ensemble de l’équipe est mentionné dans le tableau suivant :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| (Groupes de) fonctions | % minimum | % maximum |
| Médecin coordinateur (art. 8, § 1er, point 1) : | 5 |  |
| Masters (art. 8, § 1er, points 2, 3 et 4) : | 70 |  |
| Bacheliers (art. 8, § 1er, point 5) : | 5 |  |
| Secrétaires (art. 8, § 1er, point 6) : |  | 12 |

1. Le temps de travail total n’est jamais inférieur à 5 heures par semaine pour aucune des fonctions mentionnées aux points 1 à 4 de l’article 8.

**Article 11 § 1** Le centre prend sans délai toutes les dispositions afin de compléter le cadre du personnel pour toute fonction qui serait vacante, en tout ou en partie, temporairement (pour cause de maladie, interruption de carrière, congé sans solde...) ou définitivement (pour cause de licenciement, démission...). Il n’est toutefois pas tenu de compléter le cadre du personnel pour une fonction laissée vacante, soit par un membre du personnel licencié, au cours de la période de préavis légal rémunéré, soit par un membre du personnel absent pour maladie, au cours de la période légale de salaire garanti, tant qu’il rémunère effectivement ce membre du personnel.

Si des membres de l’équipe en fin de carrière sont dispensés de prestations de travail conformément aux dispositions de la CCT en la matière, cette dispense doit être compensée par de nouveaux engagements ou par une augmentation de la durée du temps de travail d‘autres membres de l’équipe, en tenant compte des qualifications prévues pour chaque fonction. Le financement de cette occupation compensatoire n’est pas réglé par la présente convention, mais n'est pas en contradiction avec celle-ci.

**§ 2** Le centre tient à jour un relevé complet des membres de l’équipe qu’il emploie. Ce relevé indique à tout moment l’identité de chaque membre de l’équipe, sa fonction, ainsi que son temps de travail et son horaire hebdomadaire dans le cadre de la convention. Ce relevé doit pouvoir être présenté immédiatement lors de la visite d’un représentant de l’INAMI ou d’un organisme assureur.

Un récapitulatif de l’évolution du cadre du personnel du centre au cours de l’année précédente (reprenant l’identité de chaque membre du personnel, sa fonction, et son temps de travail) est établi selon un modèle défini par le Service des soins de santé. Il est adressé chaque année au Service des soins de santé de l’INAMI, avec la comptabilité visée à l’article 30.

**§ 3** En cas de non-respect du cadre requis, au cours d’une année civile déterminée, le Comité de l'assurance peut décider, sur proposition du Collège des médecins-directeurs, de résilier la présente convention et/ou de récupérer un pourcentage de l’intervention de l’assurance dans les prestations qui peut atteindre le double du pourcentage du cadre du personnel manquant au cours de l’année civile considérée. Dans tous les cas, avant toute décision du Collège et du Comité de l'assurance, le centre a l’occasion d’expliquer par écrit les raisons du non-respect du cadre.

Le centre s’engage à ne pas récupérer auprès de ses bénéficiaires le montant des interventions de l’assurance qu’il aurait dû rembourser en application des dispositions ci-dessus.

**Article 12** Le coût salarial du personnel occupé dans le cadre de la convention est entièrement supporté par le centre sur la base du remboursement du coût des prestations obtenu en application de cette convention. Le centre ne peut dès lors percevoir aucune autre intervention financière de la part d’une autorité publique – quel qu’en soit le montant, la nature ou la forme – dans le coût salarial du personnel financé par la présente convention.

**Article 13** L’équipe thérapeutique multidisciplinaire se réunit au moins une fois par mois. Ces réunions contribuent à la cohérence de son fonctionnement et de ses interventions auprès de bénéficiaires ainsi qu’au partage et à la mise à jour des connaissances de ses membres dans toutes les matières utiles. Elles sont placées sous la supervision du médecin coordinateur.

Chaque réunion donne lieu à la rédaction d’un compte-rendu écrit qui reprend au moins les noms des participants, la liste des sujets abordés et les noms des bénéficiaires dont le cas a été discuté. Ce compte-rendu écrit est conservé par le centre.

**4.3. Unité de fonctionnement et accessibilité**

**Article 14 § 1** Le centre est installé dans les locaux d’un hôpital, sur un seul site de cet hôpital. Il constitue une unité organisationnelle et fonctionnelle aisément identifiable comme telle par les bénéficiaires. Il dispose des espaces de consultation et d'entretien individuels et des espaces de séance de groupe nécessaires, d'une salle de réunion et d'un secrétariat où les dossiers patients sont gardés à la disposition de l'équipe pluridisciplinaire. Il dispose en permanence de tout le matériel utile au bon déroulement des programmes de soins couverts par la présente convention.

**§ 2** Le centre peut faire appel à tout médecin dont la spécialité est requise pour une prise en charge optimale des bénéficiaires dans le cadre de la présente convention, conformément aux dispositions de l’article 6, § 8. Il peut en particulier faire appel à un spécialiste, ayant une expérience du traitement de la dysphorie de genre, dans chacune des spécialités suivantes,

* s’il traite des bénéficiaires de moins de 16 ans : urologie pédiatrique, endocrinologie pédiatrique, pédopsychiatrie,
* s’il traite des bénéficiaires de 16 ans et plus : endocrinologie, urologie, gynécologie, chirurgie plastique, génétique, psychiatrie.

Ces médecins travaillent dans l’hôpital auquel le centre appartient, en concertation étroite avec l’équipe thérapeutique du centre. Ils assistent aux réunions de l’équipe multidisciplinaire chaque fois que leurs compétences y sont requises.

Néanmoins, le personnel de l’hôpital qui intervient auprès des bénéficiaires de la présente convention mais qui n’est pas explicitement repris dans le cadre effectif du personnel du centre, visé aux articles 8 et 9, ne fait pas partie du centre et ses interventions ne sont pas financées par la présente convention.

**§ 3** Le centre veille à maximiser le temps de présence simultanée des membres de son personnel, afin de garantir son unité de fonctionnement et la disponibilité des différentes disciplines, lors de la venue des bénéficiaires. Il communique l’horaire hebdomadaire de ses activités et tout changement qui y est apporté, à ses bénéficiaires et au Service des soins de santé de l’INAMI.

Il prend toutes les mesures utiles pour qu’au moins 1 titulaire des fonctions 1 à 4, visées à l’article 8, § 1, soit rapidement accessible pendant les heures d’activité du centre.

**4.6. Nombre minimal de bénéficiaires**

**Article 15** **§ 1** Afin de démontrer sa compétence et son expérience acquises dans la dysphorie de genre et ses conséquences, et dans la prise en charge thérapeutique des bénéficiaires, tout centre candidat à la conclusion de la présente convention prouve qu’au cours des 2 années civiles complètes qui précèdent l’année d’introduction de sa demande, il a suivi annuellement, en moyenne, un minimum de 100 personnes répondant aux conditions de l’article 3.

A partir de l’entrée en vigueur de la présente convention, au cours de chaque année civile, le centre réalise au moins une séance individuelle, une séance familiale, une séance de groupe ou un entretien dans le cadre de la présente convention en faveur d’un minimum de 100 bénéficiaires différents, répondant aux conditions de l’article 3. Les bénéficiaires en faveur desquels le centre ne réalise qu’un forfait médicaments ne sont pas pris en compte.

**§ 2** La présente convention cesse d’être en vigueur, par décision du Comité de l'assurance sur proposition du Collège des médecins-directeurs, le 1er juillet de l’année qui suit la 1ère période de 2 années civiles consécutives au cours de laquelle le nombre minimum de bénéficiaires différents n’a pas été atteint. Dans tous les cas, avant toute décision du Collège et du Comité de l'assurance, le centre a l’occasion d’expliquer par écrit les raisons de l’insuffisance du nombre de ses bénéficiaires.

**V. INTERVENTION DE L’ASSURANCE   
DANS LE COUT DES PRESTATIONS**

**5.1. Intervention de l’assurance**

**Article 16** L’intervention de l’assurance dans le coût ou « prix » de toute prestation prévue par la présente convention est un forfait qui couvre la totalité des frais engendrés par la réalisation de cette prestation en faveur d’un bénéficiaire. Elle est due pour toute prestation qui respecte les conditions prévues par la convention.

**Article 17 § 1** Le montant de l’intervention de l’assurance est établi sur base de l’annexe à la présente convention. Il est fixé à :

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | pseudocode | total (en euros) | indexable | non-indexable |
| 1. Séance individuelle (art. 6, § 2) | 787916-787920 | 100,53 | 95,78 | 4,75 |
| 2. Séance familiale (art. 6, § 3) | 791571-791582 | 150,80 | 143,67 | 7,13 |
| 3. Séance de groupe (art. 6, § 4) : prix par bénéficiaire qui assiste à la séance de groupe | 791792-791803 | 33,51 | 31,93 | 1,58 |
| 4. Entretien (art. 6, § 5) | 787931-787942 | 100,53 | 95,78 | 4,75 |
| 5. Forfait médic. (art. 6, § 7) | 787953-787964 | 273,79 | 0 | 273,79 |

**§ 2** La partie indexable de ce montant est liée à l’indice pivot 107,20 (mars 2020 – base 2013) des prix à la consommation. Elle est adaptée selon les dispositions de la loi du 1er mars 1977 organisant un régime de liaison à l’indice des prix à la consommation du Royaume pour certaines dépenses dans le secteur public.

**§ 3** L’intervention de l’assurance doit être diminuée 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.

**5.2. Demande d’accord et période d’intervention de l’assurance**

**Article 18 § 1** Pour tout bénéficiaire, l’intervention de l’assurance dans le coût des prestations est subordonnée à un accord préalable 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 la 1ère prestation (séance individuelle) réalisée par le centre, en faveur de ce bénéficiaire, dans le cadre de la période demandée. Elle doit être 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 du centre, selon le modèle approuvé par le Collège des médecins-directeurs.

En cas d'accord, le médecin-conseil fixe la date de début de la période d'intervention de l'assurance et la durée de cette période. La durée maximale de chaque période est de 36 mois, à compter de la date de début. Toute décision de refus est motivée.

Un seul accord est requis pour les séances individuelles, les séances familiales, les séances de groupe et l’entretien (article 6, §§ 2 à 5) ; un autre accord est requis pour le forfait médicaments (article 6, § 6).

**§ 2** Toute demande de prolongation ou de renouvellement de la période d’intervention de l’assurance doit être introduite selon les modalités prévues au § 1 ci-dessus. Cependant, la première prestation réalisée dans le cadre de cette période de prolongation ne doit pas forcément être une séance individuelle.

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 la 1ère prestation réalisée par le centre, en faveur de ce bénéficiaire, dans le cadre de la période demandée. Elle doit être 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 du centre, selon le modèle approuvé par le Collège des médecins-directeurs.

Les périodes sont prolongeables ou renouvelables tant que le nombre maximum de séances (séances individuelles dont question à l’article 6, § 2, séances familiales dont question à l’article 6, § 3 et séances de groupe dont question à l’article 6, § 4) et le nombre maximum d’entretiens (dont question à l’article 6, § 5) ne sont pas atteints pour le bénéficiaire considéré. Elles ne le sont plus lorsqu’il est atteint.

**§ 3** Le centre informe le bénéficiaire et l'aide dans les démarches à accomplir.

**Article 19 § 1** La période d’intervention de l’assurance est interrompue d’office si le bénéficiaire interrompt son programme dans le centre pour le poursuivre dans un autre centre conventionné avec l’INAMI. Un nouvel accord d’intervention conforme aux dispositions de l’article 18 est requis pour la poursuite du programme dans ce second centre.

Moyennant l’accord du bénéficiaire, le centre qui a entamé le programme et celui qui le poursuit maintiennent tous les contacts utiles pour assurer le déroulement optimal du programme de soins. Ils prennent les mesures qui s’imposent pour garantir le respect des dispositions de la convention.

**§ 2** L’interruption d’un programme dans un centre, et sa poursuite dans un autre ne modifie en rien les dispositions de la présente convention, notamment en ce qui concerne le nombre total de prestations remboursables qui reste identique aux maximums fixés à l’article 21).

**§ 3** L’envoi d’un bénéficiaire vers un centre conventionné qui réalise uniquement l’entretien préopératoire et l’éventuel entretien postopératoire, en application de l’article 6, § 5, ne constitue pas un motif d’interruption de la période d’intervention dans le centre. Le centre qui ne réalise que l’entretien ne peut pas demander l’ouverture d’une période d’intervention de l’assurance pour cette seule prestation.

**5.3. Nombres maximums de prestations remboursables**

**Article 20** Au cours d’une même année civile, le centre peut réaliser des prestations facturables jusqu’à un maximum de #### unités de facturation. Dans le calcul du nombre maximum de prestations facturables :

* + - * chaque séance individuelle vaut 1 unité de facturation ;
      * chaque séance familiale vaut 1,5 unité de facturation ;
      * chaque séance de groupe vaut 0,33 unité de facturation ;
      * chaque entretien vaut 1 unité de facturation ;
      * chaque forfait médicaments vaut 2,7 unités de facturation.

L’entretien est décompté du total de l’établissement qui le réalise et le facture conformément aux dispositions de l’article 6, § 5.

L’année d’entrée en vigueur et l’année de cessation de vigueur de la présente convention, la capacité maximale de facturation est adaptée au prorata de la durée de validité de la convention au cours de cette année civile.

**Article 21** **§ 1** Le nombre maximum de séances remboursables (séances individuelles dont question à l’article 6, § 2, séances familiales dont question à l’article 6, § 3 et séances de groupe dont question à l’article 6, § 4) en faveur d’un même bénéficiaire est limité à 40 séances au total pour toute la durée de la prise en charge dans le cadre de la présente convention à répartir comme suit en fonction de l’âge du bénéficiaire :

1. avant son 16e anniversaire, le bénéficiaire peut obtenir le remboursement d’un maximum de 30 séances,
2. à partir de son 16e anniversaire, le bénéficiaire peut obtenir le remboursement d’un maximum de 25 séances.

Dans le cas où le bénéficiaire a épuisé le nombre maximum de 30 séances remboursables avant son 16e anniversaire (point 1 ci-dessus), il ne peut plus bénéficier que de 10 séances remboursables à partir de son 16e anniversaire (30 + 10 = 40) ; le maximum absolu étant, quoi qu’il en soit, fixé à 40 séances remboursables.

Dans le cas où le bénéficiaire atteint son 16e anniversaire sans avoir épuisé le nombre maximum de 30 séances remboursables (point 1 ci-dessus), les séances restantes ne peuvent pas être ajoutées à la période suivante (point 2 ci-dessus) pour en augmenter le maximum ; ce maximum reste, dans tous les cas, fixé à 25 séances remboursables pour un maximum absolu de 40 séances remboursables. Par conséquent, si un bénéficiaire a bénéficié de 5 séances avant son 16e anniversaire, il ne peut plus bénéficier que de 25 séances remboursables après son 16e anniversaire. Pour un tel bénéficiaire, le maximum de 40 séances remboursables ne pourra pas être atteint.

Parmi les 40 séances dont question au § 1er, seules sont facturables un maximum de 5 séances familiales et de 5 séances de groupe.

Au cours d’une même année civile, le nombre maximum de prestations remboursables en faveur d’un même bénéficiaire est limité à 8 séances dont au maximum 2 séances familiales et au maximum 2 séances de groupe. Dans le décompte du nombre maximum de prestations (séances) remboursables, chaque séance familiale et chaque séance de groupe compte pour une prestation.

Au cours de la même journée, un bénéficiaire peut recevoir au maximum soit 2 séances individuelles, soit 1 séance individuelle et 1 entretien, soit 1 séance familiale, soit 1 séance de groupe.

**§ 2** Le nombre maximum d’entretiens dont question à l’article 6, § 5 remboursables en faveur d’un même bénéficiaire est fixé à 2 à partir de son 16e anniversaire.

**§ 3** Un même bénéficiaire peut recevoir une intervention de l’assurance dans un seul forfait médicaments par période de 3 mois qui tombe complètement avant son 21e anniversaire.

**5.4. Modalités de facturation des prestations**

**Article 22** Le centre facture le montant de l'intervention de l'assurance à l'organisme assureur du bénéficiaire en suivant la procédure de facturation électronique de l’établissement hospitalier dont il fait partie. Il informe le bénéficiaire au moins une fois par an par écrit des montants qu’il a facturés à son organisme assureur, en application de la présente convention.

**Article 23**  **§ 1** Le centre s’engage à rembourser toute intervention de l’assurance indûment perçue, conformément aux dispositions de l’article 164 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

**§ 2** Il s’engage à ne facturer aux bénéficiaires :

* aucun acte pour lequel l’intervention de l’assurance est refusée, quel que soit le motif du refus.
* aucune intervention de l’assurance qu’il aurait dû rembourser, en vertu des dispositions du § 1, quel que soit le motif de l’obligation de remboursement.

**5.5. Règles de cumul**

**Article 24** Si en application des dispositions de l’article 18, deux ou plusieurs périodes d’intervention de l’assurance sont accordées à un même bénéficiaire dans un programme de soins réalisé par le centre et par un ou plusieurs autres centres d’accompagnement de la transidentité, conventionnés avec l’INAMI, ces périodes ne peuvent jamais coïncider, même partiellement.

**Article 25** Selon les dispositions de l’article 6, § 8, les soins et traitements remboursés par l’assurance soins de santé dans un autre cadre règlementaire ne sont pas inclus dans les prestations prévues par la présente convention. Ils peuvent être cumulés avec ces prestations.

**Article 26** Le centre s’engage à ne facturer aucun supplément aux bénéficiaires ou aux organismes assureurs, pour les prestations réalisées dans le cadre de la présente convention.

**Article 27** Le centre prend toutes mesures utiles afin de garantir l'application des dispositions des articles 24 à 26 ci-dessus. Il en expose les termes et en explique la portée au bénéficiaire ou à son représentant légal, dans un document écrit qu’il leur remet contre récépissé signé.

**VI. GESTION DES DONNEES MEDICALES  
ET RAPPORT ANNUEL**

**Article 28** **§ 1** Le centre établit pour chaque bénéficiaire un dossier patient reprenant au moins :

* Ses données d’identification.
* Une copie du plan de soins individualisé.
* Les résultats des examens réalisés.
* Une synthèse des prestations réalisées en sa faveur, des objectifs visés et des résultats effectivement atteints.
* Les conclusions des réunions d’équipe le concernant.
* Une copie de la correspondance échangée, le cas échéant, avec son médecin généraliste et son médecin spécialiste traitant.
* Toute autre correspondance concernant ce bénéficiaire.

**§ 2** À moins que le bénéficiaire s’y oppose, le centre communique à son médecin traitant,

* au début du programme : le plan de soins individualisé,
* dès que le programme est achevé : un rapport de synthèse qui mentionne les soins effectivement dispensés, leurs résultats et les points d’attention éventuels.

**§ 3** Le recueil, la conservation, la transmission et l’usage des données reprises dans les dossiers patients se conforment aux obligations légales et déontologiques relatives au respect du secret médical et à la protection de la vie privée.

**Article 29 § 1** Le centre transmet chaque année, au plus tard le 31 mars, un rapport annuel relatif à l’année écoulée contenant des données détaillées sur :

* Les caractéristiques de la population des bénéficiaires de la convention,
* Les soins dispensés et les résultats obtenus,
* Le fonctionnement du centre.

Le rapport respecte les obligations légales relatives à la protection de la vie privée. Il ne contient que des données globalisées qui ne permettent pas d’identifier les bénéficiaires.

**§ 2** Le centre met scrupuleusement en œuvre la procédure de recueil, d’analyse et de transmission des données définie par le Collège, dès réception de ces instructions. Aussi longtemps que le Collège n’a pas donné des instructions précises relatives à la rédaction du rapport annuel, le centre est libre dans la rédaction de ce rapport qui doit en tout cas répondre aux conditions du présent article 29.

Les frais engendrés par le recueil des données et leur analyse, ainsi que par la rédaction et l’envoi du rapport annuel sont couverts par le remboursement des séances individuelles, séances familiales, séances de groupe et entretiens fixé à l’article 17.

**VIII DISPOSITIONS ADMINISTRATIVES GENERALES**

**Article 30** Le Pouvoir organisateur du centre tient une comptabilité basée, d’une part, 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. 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 31 § 1** Le centre s'engage à fournir au Service des soins de santé de l'INAMI et/ou aux organismes assureurs concernés toutes les informations 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 utiles à l'accomplissement de sa mission de contrôle du respect des dispositions de la présente convention.

**Article 32 § 1** Le Pouvoir organisateur du centre s’engage à créer toutes les conditions permettant à ce dernier de mettre en œuvre les programmes de soins individuels dans des conditions optimales et 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.

**§ 3** Le Pouvoir organisateur du centre s’engage à informer chaque membre de l’équipe de toutes les dispositions de la présente convention afin de lui permettre d’accomplir ses tâches conformément aux dispositions de la présente convention. A cet effet, le Pouvoir organisateur remet à chaque membre du personnel le texte complet de la présente convention. Il conserve, à cet égard, et tient à la disposition du Service des soins de santé de l’INAMI les accusés de réception signés par les membres de l’équipe.

**IX MESURES TRANSITOIRES**

**Article 33** **§ 1** Les accords individuels qui ont été donnés dans le cadre de la précédente convention restent valables et continuent à courir jusqu’à leur date de fin sur base des modalités prévues dans le cadre de la précédente convention.

**§ 2** Les bénéficiaires dont l’accord individuel a été donné dans le cadre de la précédente convention peuvent bénéficier des nouvelles prestations prévues par la présente convention et visées à l’article 6, §§ 3 et 4, pour autant que toutes les conditions soient remplies. Le nombre maximum de prestations remboursables tel que visé à l’article 21 de la présente convention s’applique également aux bénéficiaires dont l’accord individuel en cours a été donné dans le cadre de la précédente convention. Pour l’application des dispositions relatives au nombre maximum de prestations remboursables tel que visé à l’article 21 de la présente convention, il y a lieu de tenir compte des prestations réalisées dans le cadre de la précédente convention.

**§ 3** Les accords individuels pour des forfaits médicaments trimestriels donnés dans le cadre de la précédente convention sont prolongés automatiquement jusqu’à la veille du 21e anniversaire du bénéficiaire.

**§ 4** Jusqu’au 31 décembre 2020, le centre peut déroger aux dispositions de l’article 21, § 1er qui stipulent qu’« *Au cours d’une même année civile, le nombre maximum de prestations remboursables en faveur d’un même bénéficiaire est limité à 8 séances dont au maximum 2 séances familiales et au maximum 2 séances de groupe. Dans le décompte du nombre maximum de prestations (séances) remboursables, chaque séance familiale et chaque séance de groupe compte pour une prestation*. ». Par conséquent, au cours de l’année civile 2020, la limite par année civile fixée à un maximum de 8 séances remboursables en faveur d’un même bénéficiaire ne s’applique pas. A partir du 1er janvier 2021, ces dispositions s’appliquent strictement à tous les bénéficiaires de la présente convention, en ce compris les bénéficiaires dont l’accord individuel a été donné dans le cadre de la précédente convention.

**X PERIODE DE VALIDITE DE LA PRESENTE CONVENTION**

**Article 34 § 1** La présente convention, faite en deux exemplaires et dûment signée par les deux parties, sort ses effets à la date du 01.10.2020.

**§ 2** Elle est valable jusqu’au 31.12.2022 ; 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.

**§ 3** L’annexe à la présente convention fait partie intégrante de celle-ci mais ne change rien à ses dispositions proprement dites. Il s’agit de l’annexe suivante :

* Annexe : Calculs du coût des séances

|  |  |
| --- | --- |
| Pour le #####, pour son centre d’accompagnement de la transidentité, | Pour le Comité de l'assurance soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité |
| (nom + fonction + signature) | Le Fonctionnaire Dirigeant,  Brieuc VAN DAMME  Directeur-général des soins de santé |

**CONVENTION AVEC LES CENTRES**

**D’ACCOMPAGNEMENT DE LA TRANSIDENTITE**

Annexe : calculs du coût des séances

1. Données de base

|  |  |
| --- | --- |
| Tableau 1 |  |
| **Actualisation** | 01.01.2017 |
| **Indice pivot** | 101,02 |
| **Ancienneté** | 10 ans |
| **Heures/jour** | 7,6 |
| **Jours de travail/an\*** | 215 |
| **Heures de travail/an/ETP** | 1.634 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Tableau 2 | | **WE** | **férié** | **congés** | **absence** | **non-travaillé** | **travaillé** |
| ***\*jours de travail/an*** | 365 | 104 | 12 | 24 | 10 | 150 | 215 |
|  | 100% |  | | | | 41% | 59% |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Tableau 3 | **coût annuel** | **coût horaire\*** |
| **Médecins** | 135.289,26 | 82,80 |
| **Masters** | 69.234,80 | 42,37 |
| **Bacheliers** | 56.366,83 | 34,50 |
| **Secrétaire** | 44.221,38 | 27,06 |

\* coût horaire = coût annuel / 1.634

2. Coût de la séance individuelle

Les masters (psychologues, sexologues et orthopédagogues cliniciens) et les bacheliers (travailleurs sociaux) réalisent les séances face au bénéficiaire. Leur temps de travail total face au bénéficiaire est de 60 minutes (durée de la séance individuelle). Les masters interviennent, en moyenne, pour 88% du temps et les bacheliers pour 12% du temps. Le temps de travail hors bénéficiaire est fixé à 40% de leur temps de travail total.

Le temps de travail des médecins face au bénéficiaire est financé par l’intermédiaire de la nomenclature des prestations de santé. Leur temps de travail hors bénéficiaire est financé par l’intermédiaire des séances. Il est ajouté au calcul du coût des séances individuelles.

Le temps de travail de la secrétaire est également financé par l’intermédiaire des séances.

Le tableau suivant détaille le calcul des frais de personnel couverts par la séance individuelle, selon ces principes :

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Tableau 4 | **Temps de travail en minutes**  **par séance individuelle d’une heure** | | | **Coût**  **en euros** |
| **avec le bénéficiaire** | **sans le bénéficiaire** | **total** |
| **Médecins** |  | 7,00 | 7,00 | 9,66 |
| **Masters** | 53,00 | 35,33 | 88,33 | 62,38 |
| **Bacheliers** | 7,00 | 4,67 | 11,67 | 6,71 |
| **Secrétaire** |  | 15,00 | 15,00 | 6,77 |
|  | **60,00** | **62,00** | **122,00** | **85,51** |

On considère que les frais de personnel représentent 90% des frais totaux et les frais généraux en représentent 10%. On considère enfin que 95% des frais totaux sont indexables.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Tableau 5 | **frais de**  **personnel** | **frais**  **généraux** | **total** | **indexable** | **non-indexable** |
| **Coût d’une séance individuelle** | 85,51 | 9,50 | **95,01\*** | 90,26 | 4,75 |

\* Prix calculé à l’indice pivot 103,04 (base 2013) des prix à la consommation

Le prix calculé à l’indice pivot 107,20 (mars 2020 – base 2013) des prix à la consommation correspond à 100,53 €. Ce prix est repris dans le tableau de l’article 17, § 1er de la présente convention.

3. Coût de la séance familiale

Le coût de la séance familiale correspond à 1,5 fois le coût de la séance individuelle. Ce coût s’élève à 150,795 € (= 100,53 \* 1,5).

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Tableau 6 | **Total en euros** | **indexable** | **non-indexable** |
| **Coût d’une séance familiale** | **150,795\*** | 143,67 | 7,125 |

\* Prix calculé à l’indice pivot 107,20 (mars 2020 – base 2013) des prix à la consommation.

Les masters (psychologues, sexologues et orthopédagogues cliniciens) et les bacheliers (travailleurs sociaux) réalisent les séances familiales face au bénéficiaire et un ou plusieurs de ses proches. Leur temps de travail total face au bénéficiaire et un ou plusieurs de ses proches est de 90 minutes (durée de la séance familiale). Les masters interviennent, en moyenne, pour 88% du temps et les bacheliers pour 12% du temps. Le temps de travail hors bénéficiaire est fixé à 40% de leur temps de travail total.

Le temps de travail des médecins face au bénéficiaire est financé par l’intermédiaire de la nomenclature des prestations de santé. Leur temps de travail hors bénéficiaire est financé par l’intermédiaire des séances. Il est ajouté au calcul du coût des séances familiales.

Le temps de travail de la secrétaire est également financé par l’intermédiaire des séances.

4. Coût de la séance de groupe

Le coût de la séance de groupe correspond à 2 fois le coût de la séance individuelle divisé par le nombre moyen de bénéficiaires qui doit constituer le groupe. Ce coût s’élève à 33,51 € (= 100,53 \* 2 /6).

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Tableau 7 | **Total en euros** | **indexable** | **non-indexable** |
| **Coût d’une séance de groupe** | **33,51\*** | 31,927 | 1,583 |

\*Prix calculé à l’indice pivot 107,20 (mars 2020 – base 2013) des prix à la consommation. Il s’agit du prix par bénéficiaire qui assiste à la séance de groupe.

Les masters (psychologues, sexologues et orthopédagogues cliniciens) réalisent les séances de groupe face à un maximum de 10 bénéficiaires par séance. Leur temps de travail total face aux bénéficiaires est de 120 minutes (durée de la séance de groupe). Le temps de travail hors bénéficiaire est fixé à 40% de leur temps de travail total.

Le temps de travail des médecins face au bénéficiaire est financé par l’intermédiaire de la nomenclature des prestations de santé. Leur temps de travail hors bénéficiaire est financé par l’intermédiaire des séances. Il est ajouté au calcul du coût des séances de groupe.

Le temps de travail de la secrétaire est également financé par l’intermédiaire des séances.

5. Nombre de séances par ETP de personnel thérapeutique (masters et bacheliers)

Un ETP correspond à 1.634 heures de travail effectif par an (point 1).

Une séance individuelle de 60 minutes occupe les masters et bacheliers durant 100 minutes, en raison de la prise en compte du travail effectué hors de la présence du bénéficiaire (point 2 – case en grisé dans le tableau 4).

Pour 1 ETP de personnel thérapeutique, le centre sait donc réaliser 980 séances individuelles (1.634/1,6667) par an.

Le centre saurait éventuellement réaliser un peu plus de séances individuelles, s’il pouvait réduire son temps de travail hors de la présence des bénéficiaires. Il pourrait ainsi répondre à une demande plus forte et anticiper une augmentation de capacité liée à un accroissement de son équipe. Pour prendre en compte cette possibilité, on ajoute 5% au nombre maximum de séances individuelles qui passe ainsi à 1.029 par an. La capacité maximum de facturation annuelle fixée à l’article 20 reste cependant inchangée ; les 5% de marge n’y sont pas ajoutés.

Le nombre maximum de séances individuelles par ETP de personnel thérapeutique, par an est donc donné par la formule :

n. max. séances individuelles = (n ETP x 1.634 / 1,6667) + (n ETP x 1.634 / 1,6667 x 0,05)

Cette formule donne les résultats suivants, pour des nombres d’ETP choisis par commodité :

|  |  |
| --- | --- |
| ETP  thérapeutique | nombre maximum de séances individuelles / an |
| 1,00 | 1.029 |
| 2,00 | 2.059 |
| 3,00 | 3.088 |
| … | **…** |