

# 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 DE REEDUCATION FONCTIONNELLE  
ENTRE LE COMITE DE L'ASSURANCE SOINS DE SANTE  
DE L'INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITE  
ET « statut et dénomination du pouvoir organisateur »,  
POUR LE CENTRE DE REFERENCE  
DES TROUBLES DU SPECTRE AUTISTIQUE  
« dénomination du centre »,  
[SIS DANS LES LOCAUX DE « dénomination de l'institution »], A localité**

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,

le « *statut et dénomination du pouvoir organisateur* », pour le centre de référence des troubles du spectre autistique « *dénomination du centre* » [sis dans les locaux de « *dénomination de l'institution* »], à *localité*.

**Article 1** Le centre de référence des troubles du spectre autistique « *dénomination du centre* » [sis dans les locaux de « *dénomination de l'institution* »], à *localité*, est un établissement de rééducation au sens de l'article 23, § 3, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités. Il est désigné dans la présente convention par le terme « centre ».

## I. OBJET DES CENTRES DE REFERENCE DES TROUBLES DU SPECTRE AUTISTIQUE

**Article 2** L'évolution d'un patient atteint d'un trouble du spectre autistique est d'autant plus favorable que sa prise en charge appropriée est précoce.

L'objet des centres de référence des troubles du spectre autistique est de donner aux patients atteints d'un tel trouble les meilleures chances de bénéficier, dans les délais les plus brefs, d'une évaluation diagnostique et fonctionnelle exacte et précise et d'une prise en charge appropriée. Il est plus précisément, pour la plupart des patients, de réduire à moins d'un an le délai entre les premières plaintes des parents auprès d'un acteur du réseau de soins et la pose d'un diagnostic par un centre de référence, et à moins de 3 mois le délai entre la pose du diagnostic et la première prise en charge appropriée.

L'organisation, le fonctionnement et l'inscription du centre dans le réseau de soins et dans l'ensemble des réseaux sociaux (scolaires, institutionnels, associatifs...) que peuvent parcourir les bénéficiaires concourent à la poursuite de cette même finalité. Ils contribuent à améliorer les chances de tout bénéficiaire de mener la vie la plus autonome et la plus socialement intégrée possible, en particulier en favorisant son maintien en famille et sa fréquentation d'un enseignement adapté.

## II. BENEFICIAIRES DE LA CONVENTION

**Article 3** Tout bénéficiaire de la présente convention appartient à un des deux groupes suivants :

1. le « *groupe diagnostic* », groupe des bénéficiaires qui à la fois
  - 1.1. présentent des symptômes suggérant qu'ils peuvent être atteints d'un trouble mental repris par le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, 4<sup>ème</sup> édition (DSM-IV ou DSM-IV-TR, *text revision*) ou par la *Classification internationale des maladies*, 10<sup>ème</sup> révision (CIM-10) dans la catégorie des troubles envahissants du développement, sous l'une des dénominations suivantes :
 

DSM-IV(-TR)	CIM-10
trouble autistique (299.00)	autisme infantile (F84.0)
syndrome de Rett (299.80)	syndrome de Rett (F84.2)
trouble désintégratif de l'enfance (299.10)	autre trouble désintégratif de l'enfance (F84.3)
syndrome d'Asperger (299.80)	syndrome d'Asperger (F84.5)
trouble envahissant du développement non spécifié (y compris autisme atypique) (299.80)	autisme atypique (F84.1), trouble envahissant du développement, sans précision (F84.9)
  - 1.2. et n'ont pas encore suivi jusqu'à sa conclusion un programme de diagnostic dispensé par un centre de référence des troubles du spectre autistique conventionné avec l'INAMI ;
2. le « *groupe coordination* », groupe des bénéficiaires qui à la fois
  - 2.1. répondent aux critères diagnostiques d'un des troubles ci-dessus,
  - 2.2. ont reçu un diagnostic formulé dans les termes d'un de ces troubles,
  - 2.3. et requièrent une prise en charge de longue durée par plusieurs dispensateurs, institutions ou services du réseau de soins et/ou une mise à jour de leur diagnostic, notamment en raison de l'évolution de leurs aptitudes fonctionnelles.

### III. GROUPES-CIBLES ET OBJECTIFS DES PROGRAMMES

**Article 4 § 1** Les programmes qui peuvent être réalisés par le centre sont dénommés programme de diagnostic et programme de coordination.

**§ 2** Le programme de diagnostic s'adresse exclusivement aux bénéficiaires du groupe diagnostic.

Ses objectifs sont

- de formuler dans le temps le plus bref possible un diagnostic catégoriel exact des troubles dont le bénéficiaire est atteint, dans les termes du DSM-IV (ou du DSM-IV-TR) et de la CIM-10,
- de rechercher l'étiologie de ces troubles,
- d'établir un bilan fonctionnel de ses incapacités et de ses aptitudes spécifiques,
- de proposer des solutions concrètes pour une première prise en charge.

**§ 3** Le programme de coordination s'adresse exclusivement aux bénéficiaires du groupe coordination.

Ses objectifs sont

- d'établir sur base du diagnostic et du bilan fonctionnel un plan d'intervention susceptible de fonder, à chaque stade de la vie du bénéficiaire et à chaque stade de l'évolution de ses troubles, son orientation vers les modalités de prise en charge les plus appropriées,
- de suivre l'évolution de ses troubles et, si nécessaire, de mettre à jour son diagnostic,
- de superviser la mise en œuvre du plan d'intervention,
- d'informer les personnes de son entourage familial et social immédiat sur les troubles autistiques, leurs conséquences, leur pronostic et leur prise en charge.

**§ 4** Le diagnostic et la coordination par le centre n'ont pour objectif ni le traitement quotidien des troubles, ni l'accompagnement du bénéficiaire dans les actes et les tâches de sa vie quotidienne.

## IV. NATURE DES PROGRAMMES ET DES PRESTATIONS

**Article 5 § 1** Le programme de diagnostic comprend notamment

- les actes intellectuels préalables à la formulation du diagnostic dont :
  - la collecte des résultats des examens médicaux spécialisés réalisés antérieurement à la prise en charge du bénéficiaire par le centre, ainsi que la prescription et la coordination des examens supplémentaires nécessaires,
  - la réalisation d'entretiens avec le bénéficiaire et/ou une ou plusieurs personnes de son entourage,
  - si nécessaire, l'observation dans ses lieux de vie et son milieu scolaire,
  - l'administration des tests psychologiques,
  - l'interprétation des résultats et conclusions de ces examens, entretiens, observations et tests,
- les réunions de l'équipe multidisciplinaire concernant le bénéficiaire,
- la formulation du diagnostic dans les termes du DSM-IV (ou du DSM-IV-TR) et de la CIM-10, et la rédaction de 2 rapports de synthèse selon les schémas établis par le conseil d'accord visé à l'article 18, l'un à l'intention des prestataires du réseau de soins, l'autre à l'intention du bénéficiaire ou de ses parents.

**§ 2** Tout programme de diagnostic réalisé en faveur d'un bénéficiaire comporte de 1 à 8 modules de diagnostic qui constituent chacun une prestation remboursable.

Chaque module de diagnostic exige la présence d'un ou plusieurs médecins et de plusieurs thérapeutes du centre face à un seul bénéficiaire (et si nécessaire à une ou plusieurs personnes de son entourage familial ou social immédiat), durant un minimum de 4 heures au total.

Le temps de présence minimum, au cours de tout programme de diagnostic dispensé en faveur d'un bénéficiaire, est

- pour le ou les médecins, de 0,25 fois la durée totale de ce programme,
- pour le ou les thérapeutes de niveau universitaire, de 0,375 fois la durée totale de ce programme,
- pour le ou les thérapeutes de niveau A1, de 0,125 fois la durée totale de ce programme.

La ou les disciplines présentes pendant le temps restant, soit 0,25 fois la durée totale du programme, sont déterminées par le centre en fonction des besoins du bénéficiaire.

La *table 1*, ci-dessous, indique le temps de présence minimum face au bénéficiaire au cours d'un programme de diagnostic, en fonction de ces coefficients et du nombre de modules dont ce programme se compose.

**Table 1** : temps d'occupation en fonction des coefficients fixés à l'art. 5, § 2 (médecin = 0,25 ; universitaires = 0,375 ; A1 = 0,125 ; à déterminer par le centre = 0,25)

nombre de modules		1	2	3	4	5	6	7	8
durée du programme		4h	8h	12h	16h	20h	24h	28h	32h
coefficient	<b>0,125</b>	0,5h	1h	1,5h	2h	2,5h	3h	3,5h	4h
	<b>0,25</b>	1h	2h	3h	4h	5h	6h	7h	8h
	<b>0,375</b>	1,5h	3h	4,5h	6h	7,5h	9h	10,5h	12h

**§ 3** Tout programme de diagnostic se déroule conformément au protocole établi par le conseil d'accord, visé à l'article 18, sous la responsabilité du médecin responsable du centre, visé à l'article 8, § 1.

Il débute à la date de la première visite rendue au centre par le bénéficiaire ou son représentant légal dans le cadre de ce programme et s'achève par la rédaction des rapports de synthèse.

Si plusieurs modules sont réalisés en faveur d'un même bénéficiaire, en accord avec les dispositions de l'article 28, § 1, chaque module ne peut donner lieu à une intervention de l'assurance que si le module précédent n'a pas permis d'atteindre les objectifs définis à l'article 4, § 2.

**Article 6 § 1** Le programme de coordination comprend notamment

- l'élaboration du plan d'intervention permettant d'orienter le bénéficiaire vers les modalités de prise en charge les plus appropriées, compte tenu de sa situation, de son évolution et de ses prises en charge antérieures,
- la coordination de la mise en œuvre de ce plan d'intervention, incluant, en concertation avec les parents et avec les responsables de sa prise en charge actuelle, des propositions concrètes applicables pour sa (ses) prise(s) en charge future(s) et une évaluation des apports des différentes prises en charge,
- l'information et la « psycho-éducation » des personnes responsables du bénéficiaire dans les différentes situations de sa vie, en particulier de ses parents, de son médecin traitant, des enseignants...
- la réalisation de bilans fonctionnels d'évolution et, si nécessaire, de mises à jour du diagnostic,
- la rédaction d'un rapport d'évolution à l'intention du bénéficiaire ou de ses parents, selon le modèle établi par le conseil d'accord visé à l'article 18.

**§ 2** Tout programme de coordination réalisé en faveur d'un bénéficiaire est subdivisé en séances de coordination qui constituent chacune une prestation remboursable.

Chaque séance de coordination exige la présence, durant au moins une heure au total, face à un seul bénéficiaire et, si nécessaire, à une ou plusieurs person-

nes de son entourage familial et social immédiat, d'un ou plusieurs médecins du centre et/ou d'un ou plusieurs autres thérapeutes du centre.

Le temps de présence minimum, au cours de l'ensemble des séances de coordination réalisées par le centre en faveur de l'ensemble des ses bénéficiaires durant une année civile, est

- pour le ou les médecins, de 0,2 fois la durée totale de ces séances,
- pour le ou les thérapeutes de niveau universitaire, de 0,6 fois la durée totale de ces séances.

La ou les disciplines présentes pendant le temps restant, soit 0,2 fois la durée totale de ces séances, sont déterminées par le centre en fonction des besoins des bénéficiaires.

**§ 3** Tout programme de coordination se déroule conformément au protocole établi par le conseil d'accord, visé à l'article 18, sous la responsabilité du médecin responsable du centre, visé à l'article 8, § 1.

Il débute à la date de la première séance de coordination réalisée dans le centre en faveur du bénéficiaire.

## V. ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT DU CENTRE

### 5.1. Nombre minimal de bénéficiaires

**Article 7 § 1** Au cours de toute période de 2 années civiles consécutives, le centre entame un programme de diagnostic en faveur d'un minimum de 150 bénéficiaires.

Le nombre de bénéficiaires est calculé au terme de chaque année civile en additionnant le nombre de bénéficiaires répondant aux conditions précitées pour l'année écoulée et pour celle qui l'a précédée.

**§ 2** La présente convention cesse d'office d'être en vigueur 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 n'a pas été atteint.

**§ 3** Les dispositions des §§ 1er et 2 ci-dessous sont d'application à partir de la 2è année civile complète à compter de l'entrée en vigueur de la présente convention.

### 5.2. Personnel thérapeutique du centre

**Article 8 § 1** Le cadre du personnel thérapeutique du centre comprend les fonctions ci-dessous, qui peuvent être exercées chacune par une ou plusieurs personnes répondant à toutes les conditions fixées.

Fonctions médicales qui sont toujours exercées dans le centre :

- 1° Pédopsychiatre : médecin spécialiste en psychiatrie, pouvant démontrer une expérience professionnelle utile, telle que définie ci-dessous.
- 2° Neuropédiatre : médecin spécialiste en neuropédiatrie, pouvant démontrer une expérience professionnelle utile, telle que définie ci-dessous.

Fonction médicale supplémentaire qui peut être exercée dans le centre :

- 3° Médecin spécialiste pouvant démontrer une expérience professionnelle utile, telle que définie ci-dessous.

Un et un seul des médecins repris aux points 1° à 3° ci-dessus exerce en outre la fonction de médecin responsable du centre ; ce médecin doit pouvoir démontrer que son expérience professionnelle utile consiste en au moins 3 années de pratique clinique exercées au sein d'une équipe multidisciplinaire spécialisée dans le diagnostic des troubles mentaux sévères de l'enfant et de l'adolescent.

De plus, au moins un de ces médecins doit être attaché à une université ou à un hôpital universitaire et y exercer une activité en relation directe avec les troubles du spectre autistique.

Fonctions de licencié qui sont toujours exercées dans le centre :

- 4° Psychologue : titulaire d'un diplôme de licence en psychologie pouvant démontrer une expérience professionnelle utile, telle que définie ci-dessous.
- 5° Orthopédagogue : titulaire d'un diplôme de licence en orthopédagogie, en sciences de l'éducation, ou en psychologie pouvant démontrer une expérience professionnelle utile, telle que définie ci-dessous.

Fonctions de niveau A1 qui sont toujours exercées dans le centre :

- 6° Logopède : titulaire d'un diplôme de logopédie pouvant démontrer une expérience professionnelle utile, telle que définie ci-dessous.
- 7° Psychomotricien : kinésithérapeute ou ergothérapeute pouvant justifier d'une formation en psychomotricité et démontrer une expérience professionnelle utile, telle que définie ci-dessous.
- 8° Travailleur social : titulaire du diplôme d'assistant social ou d'infirmier social pouvant justifier d'une expérience du travail social avec des patients atteints de troubles psychiatriques.

Par *expérience professionnelle utile*, telle que visée aux points 1° à 7° ci-dessus, on entend au moins une année de pratique clinique, dans la même fonction, au sein d'une équipe multidisciplinaire spécialisée dans le diagnostic des troubles mentaux sévères de l'enfant et de l'adolescent, ou à défaut, au moins 3 années de pratique clinique avec des enfants et adolescents.

Toute période au cours de laquelle un membre du personnel a effectué des stages et/ou suivi une formation complémentaire spécialisée en rapport direct avec sa fonction est comptée dans son expérience professionnelle utile.

**§ 2** Les fonctions médicales (1° à 3°) sont remplies durant un minimum de 19 heures par semaine au total, dans le contexte de la présente convention, dont un minimum de 8 heures par semaine par le médecin exerçant la fonction de médecin responsable.

Les fonctions non-médicales (4° à 8°) sont remplies durant un minimum de 57 heures par semaine au total, dans le contexte de la présente convention.

**Article 9 § 1** Le centre s'engage à prendre 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 ces membres du personnel.

Sauf cas de force majeure à soumettre à l'appréciation du Collège des médecins-directeurs, le centre s'engage à ne facturer aucun prix à l'assurance soins de

santé ou au bénéficiaire pour des prestations de rééducation effectuées au cours de toute période durant laquelle les dispositions de l'article 8 ci-dessus ne sont pas respectées.

**§ 2** Le cadre effectif du personnel du centre (incluant les horaires de chaque membre du personnel) est envoyé chaque année, en annexe à la comptabilité prévue à l'article 34.

**Article 10** Les réunions de l'équipe thérapeutique contribuent à assurer la cohérence de son fonctionnement et de ses interventions. Elles sont dirigées par le médecin responsable.

Elles concernent notamment :

- l'étude des cas individuels,
- les fondements théoriques et la méthodologie des programmes de diagnostic et de coordination, et d'une manière générale, toute matière ayant trait à la prise en charge des patients atteints de troubles du spectre autistique, intéressant l'équipe multidisciplinaire.

**Article 11** Le médecin responsable se porte garant,

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

**Article 12** Le centre entretient avec au moins une université belge tous les liens nécessaires à la mise à jour permanente de son fonds de connaissances concernant d'une part les troubles du spectre autistique, et d'autre part les troubles mentaux que le diagnostic différentiel doit distinguer des troubles du spectre autistique.

La nature de ces liens est précisée dans un accord écrit conclu entre le centre et cette université.

### **5.3. Inscription du centre dans les réseaux médicaux et sociaux**

**Article 13** Le centre est un point de convergence pour les réseaux médicaux et sociaux que les bénéficiaires peuvent parcourir. Il veille à optimiser les interactions entre lui-même, les différentes composantes de ces réseaux et les bénéficiaires.

**Article 14** Le centre peut proposer aux bénéficiaires des solutions concrètes pour la réalisation, dans des délais fixés et selon un protocole standardisé, des examens neurologiques, électrophysiologiques, génétiques, métaboliques, auditifs et visuels, ainsi que des examens radiographiques par résonance magnétique, susceptibles d'être prescrits dans le cadre d'un programme de diagnostic. Pour chacun de ces examens, il conclut avec au moins un service hospitalier ou un centre spécialisé des accords de collaboration précisant notamment le délai maximal dans lequel ce service s'engage à réaliser les examens demandés et le protocole de l'examen.

**Article 15 § 1** Le centre tient à jour une liste des médecins spécialistes, des établissements et services de soins, ainsi que des établissements scolaires qui prennent en charge des patients souffrant d'un trouble du spectre autistique. Cette liste indique, pour chaque établissement et pour chaque service, la population à laquelle il s'adresse ainsi que le but précis et la nature exacte des soins qu'il dispense.

**§ 2** Le centre maintient avec des médecins spécialistes, des établissements de soins et des services suffisamment nombreux et diversifiés les contacts nécessaires pour pouvoir proposer aux bénéficiaires des solutions concrètes adaptées pour leur prise en charge thérapeutique. Il conclut avec chacun d'entre eux un accord de collaboration précisant notamment les but et modalités de cette prise en charge, ainsi que les délais dans lesquels celle-ci peut usuellement être assurée.

**Article 16** Le centre envoie au médecin généraliste du bénéficiaire et au médecin spécialiste qui le suit éventuellement les rapports visés aux articles 5, § 1<sup>er</sup>, et 6, § 1<sup>er</sup>, à moins que le patient ou son représentant légal ne s'y oppose.

Il met en outre à la disposition du ou des médecins responsables de la prise en charge thérapeutique du bénéficiaire un dossier médical reprenant notamment le diagnostic formulé, les résultats de tous les tests passés et de tous les examens médicaux réalisés, ainsi que les rapports de synthèse.

Si le bénéficiaire entame un programme de diagnostic ou un programme de coordination dans un autre centre de diagnostic et de coordination conventionné avec l'INAMI, le centre transmet ce dossier médical complet à cet autre centre dès que le patient ou son représentant légal en fait la demande.

**Article 17 § 1** Le centre entreprend toutes les démarches utiles, dans le respect des règles déontologiques imposées au personnel et établissements de soins, pour faire clairement connaître ses missions et ses activités auprès du plus grand nombre de personnes et d'institutions susceptibles d'entrer régulièrement en contact avec des personnes atteintes de troubles du spectre autistique, et notamment auprès des acteurs des réseaux de soins et d'aide aux personnes handicapées : médecins généralistes, psychiatres ou neurologues, services de psychiatrie, centres de santé mentale, établissements de rééducation, services d'aide précoce et d'accompagnement... et auprès des acteurs du réseau scolaire : établissements d'enseignement, IMP, centres PMS...

**§ 2** A leur demande, il fournit informations, avis et conseils à l'ensemble de ces personnes et institutions. Il organise à leur intention au moins 1 fois par an une journée d'information et au moins 2 fois par an une conférence, une rencontre ou un séminaire concernant les troubles du spectre autistique, leur nature, leurs conséquences, leur prise en charge...

#### 5.4. Conseil d'accord

**Article 18 § 1** Par la conclusion de la présente convention, le centre adhère au conseil d'accord des centres de référence des troubles du spectre autistique.

**§ 2** Ce conseil d'accord est chargé

- de veiller à la cohérence des pratiques entre les différents centres, notamment par la rédaction d'un protocole fixant le déroulement des programmes de diagnostic et de coordination, et d'évaluer le fonctionnement de la convention par l'examen des résultats des rapports d'évaluation annuels, visés à l'article 33,
- d'évaluer l'interaction entre les centres et les différents acteurs du réseau de soins,
- d'évaluer et de diffuser entre ses membres les principales innovations théoriques et cliniques survenues durant l'année écoulée.

**§ 3** Le conseil d'accord est composé

- d'un représentant de chaque centre conventionné, soit un des médecins prévus à l'article 8, § 1, 1° à 3°, soit un des thérapeutes de niveau universitaire prévus aux points 4° et 5° du même paragraphe,
- d'un représentant de chacune des plates-formes de concertation en santé mentale prévues par la loi du 26 juin 1990, officiellement mandaté par le président de la plate-forme qu'il représente,
- et des membres du Collège des médecins-directeurs du Service des soins de santé de l'INAMI.

Sa présidence est assurée par le président du Collège des médecins-directeurs.

Il se réunit au moins une fois par an, à la demande du Collège des médecins-directeurs ou des représentants d'au moins 2 centres de référence conventionnés.

**§ 4** Le conseil d'accord est convoqué par lettre ordinaire ou à sa demande par lettre recommandée.

L'absence répétée du représentant du centre aux réunions du conseil d'accord est considérée comme une manifestation objective de désintérêt envers les principes de la présente convention. Elle peut donner lieu à une proposition de résiliation de la convention, soumise par le Collège des médecins-directeurs au Comité de l'assurance. Le représentant du centre sera auparavant invité par lettre recommandée du Président du conseil d'accord à exposer les raisons de son absence répétée.

## **5.5. Personnel administratif, locaux**

**Article 19 § 1** Le centre dispose du personnel administratif suffisant pour garantir sa bonne gestion administrative. Les membres du personnel administratif qui accueillent les bénéficiaires sont formés à cet effet.

**§ 2** Le centre dispose des locaux nécessaires pour la bonne exécution des programmes individuels et leur encadrement.

**Article 20 § 1** Le centre s'engage à respecter en permanence les normes de protection contre l'incendie. Il fait contrôler le respect de ces normes par un service compétent, conformément à la réglementation en vigueur. Il prend sans délai les mesures et exécute les travaux recommandés par ce service.

**§ 2** Le centre s'engage à ne réaliser aucune prestation de rééducation dans des locaux ou des bâtiments pour lesquels il ne possède pas de certificat valide attestant leur conformité aux normes de protection contre l'incendie.

## VI. INTERVENTION DE L'ASSURANCE DANS LE COUT DES PRESTATIONS

### 6.1. Principe d'intervention de l'assurance

**Article 21** Une intervention de l'assurance est due pour toute prestation, réalisée en faveur d'un bénéficiaire, qui respecte les conditions prévues par la présente convention.

### 6.2. Montants d'intervention de l'assurance

**Article 22 § 1** Les montants d'intervention de l'assurance dans le coût (ou prix) des prestations de rééducation prévues aux articles 5 et 6 s'établissent à :

	total	indexable	non-indexable
1° module de diagnostic :	395,95 EUR	376,15 EUR	19,80 EUR
2° séance de coordination :	94,50 EUR	89,77 EUR	4,72 EUR

**§ 2** La partie indexable de ces montants est liée à l'indice pivot 104,14 au 01.10.2006 (base 2004) 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.

### 6.3. Cumul avec les prestations prévues par la nomenclature soins de santé

**Article 23** Le centre fixe un horaire pour la réalisation des activités face à chaque bénéficiaire prévues aux articles 5 et 6 de la présente convention. Il communique cet horaire au Service des soins de santé de l'INAMI. Aucun acte exécuté par un médecin ou autre thérapeute du centre hors de cet horaire ne peut être pris en compte pour le calcul des temps d'activité face au bénéficiaire prévus par la présente convention. Aucun acte exécuté par un médecin ou autre thérapeute du centre dans cet horaire ne peut donner lieu à une intervention de l'assurance soins de santé dans le cadre de la nomenclature des prestations de santé, ni être facturée au bénéficiaire.

#### **6.4. Demande d'accord d'intervention de l'assurance**

**Article 24 § 1** Pour tout bénéficiaire, l'intervention de l'assurance dans le coût des prestations, considérées comme 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.

La demande d'accord 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 du centre, selon le modèle approuvé par le Collège des médecins-directeurs.

En cas d'accord, l'instance compétente fixe la date de début de la période d'intervention de l'assurance et la durée de cette période conformément aux dispositions des articles 25 et 27, ci-dessous.

**§ 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 coordination, doit être introduite selon les modalités prévues au § 1er ci-dessus.

**§ 3** Le centre s'engage à informer le bénéficiaire et à l'aider dans les démarches à accomplir.

#### **6.5. Périodes et limites d'intervention de l'assurance**

**Article 25 § 1** La période d'intervention de l'assurance dans un programme de diagnostic débute, avec le programme, à la date de la première visite rendue au centre par le bénéficiaire ou son représentant légal dans le cadre de ce programme.

Elle prend fin, au plus tard, le dernier jour du 36<sup>e</sup> mois qui suit le mois au cours duquel cette période a débuté. Elle ne peut en aucun cas être prolongée ou renouvelée au-delà de cette date finale.

Elle ne peut être scindée que si le bénéficiaire interrompt son programme dans le centre pour le poursuivre dans un autre centre de référence conventionné, conformément aux modalités et conditions prévues par les articles 26 et 27. Cette scission de la période d'intervention de l'assurance en 2 ou plusieurs périodes ne modifie pas la date finale d'intervention qui reste dans tous les cas identique à la date de fin de la période initiale.

**§ 2** La période d'intervention de l'assurance dans un programme de coordination débute à la date de la première visite rendue au centre par le bénéficiaire ou

son représentant légal dans le cadre de ce programme et prend fin au plus tard 60 mois après cette date. Elle peut être prolongée ou renouvelée, aux conditions prévues par les articles 26 et 27, par périodes d'une durée maximale de 60 mois.

**Article 26 § 1** L'interruption d'un programme dans le centre et sa poursuite dans un autre centre de référence interrompt la période d'intervention de l'assurance accordée par l'instance compétente, conformément aux dispositions de l'article 24, et requiert un nouvel accord d'intervention conforme aux dispositions de ce même article.

**§ 2** Le centre dans lequel le programme a été entamé et le centre qui le poursuit maintiennent tous les contacts utiles pour assurer son déroulement optimal et garantir le respect des dispositions de la présente convention.

**Article 27** Deux ou plusieurs périodes d'intervention de l'assurance accordées à un même bénéficiaire, dans un programme de diagnostic ou de coordination réalisé dans le centre ou dans tout autre centre de référence des troubles du spectre autistique conventionné avec l'INAMI, ne peuvent jamais ni coïncider, ni se recouper.

**Article 28 § 1** Au cours de l'ensemble des périodes d'intervention de l'assurance dans un programme de diagnostic,

- un bénéficiaire qui n'a pas atteint son 18<sup>e</sup> anniversaire au début de la période initiale d'intervention de l'assurance peut obtenir, au total, une intervention de l'assurance dans un maximum de 8 modules de diagnostic,
  - un bénéficiaire qui a atteint son 18<sup>e</sup> anniversaire au début de la période initiale d'intervention de l'assurance peut obtenir, au total, une intervention de l'assurance dans un maximum de 4 modules de diagnostic,
- réalisés par le centre ou par tout autre centre de référence des troubles du spectre autistique conventionné avec l'INAMI.

**§ 2** Durant une période d'intervention de l'assurance dans un programme de coordination, un même bénéficiaire peut obtenir, par année civile, une intervention de l'assurance dans un maximum de 10 séances de coordination, réalisées par le centre ou par tout autre centre de référence des troubles du spectre autistique conventionné avec l'INAMI. Ce nombre maximum de séances par année civile est maintenu les années au cours desquelles une ou plusieurs périodes d'intervention de l'assurance débutent et/ou s'achèvent, quelle que soit la durée de ces périodes au cours de cette année civile.

**§ 3** Plusieurs séances de coordination peuvent être réalisées en faveur d'un même bénéficiaire au cours de la même journée. Conformément aux dispositions de l'art. 6, § 2, pour qu'un nombre n de séances puisse être facturé, au moins n fois une heure de présence face au bénéficiaire et aux éventuelles personnes de son entourage doivent avoir été prestées.

**Article 29** Le centre prend toutes mesures utiles afin de garantir l'application des dispositions des articles 25 à 28 ci-dessus. Il en expose les termes et en explique la portée au bénéficiaire ou à son représentant légal, dans un document écrit, signé en 2 exem-

plaires pour réception. Il conserve un exemplaire signé et remet l'autre exemplaire au bénéficiaire ou à son représentant légal.

## **6.6. Capacité et modalités de facturation des prix des prestations de ré-éducation**

**Article 30 § 1** Le centre s'engage à ne pas facturer plus de 5.493 unités de facturation au cours d'une même année civile. Ce nombre constitue sa capacité maximale de facturation.

Dans le calcul du nombre d'unités de facturation atteint au cours d'une année civile, chaque module de diagnostic vaut 4,19 unités et chaque séance de coordination vaut 1 unité.

**§ 2** 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 31** Le centre facture aux organismes assureurs les prix des prestations, fixés à l'article 22, § 1, au moyen d'une facture dont le modèle est approuvé par le Comité de l'assurance soins de santé de l'I.N.A.M.I. 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.

La transmission des données de facturation se fait par voie informatique.

**Article 32 § 1** Le centre s'engage à ne pas facturer aux organismes assureurs de prix pour des services rendus au bénéficiaire qui ne donnent pas droit à une intervention de l'assurance, telle que prévue à l'article 21, ci-dessus.

**§ 2** 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.

**§ 3** Le centre s'engage à ne facturer au bénéficiaire aucune activité de ré-éducation pour laquelle l'intervention de l'assurance est refusée, quel que soit le motif du refus.

**§ 4** Le centre s'engage à ne facturer aux bénéficiaires aucune intervention de l'assurance qu'il aurait dû rembourser, quel que soit le motif de l'obligation de remboursement.

## VII L'EVALUATION ANNUELLE

**Article 33 § 1** Le centre s'engage à transmettre au Service des soins de santé de l'INAMI, avant la fin du premier trimestre de chaque année, un rapport annuel portant sur l'année précédente. La nature et les modalités de présentation des données contenues dans ce rapport sont fixées par le Collège des médecins-directeurs et éventuellement adaptées selon les nécessités techniques par le Service des soins de santé.

Le centre s'engage à ne facturer aucun prix à l'assurance soins de santé ou au bénéficiaire pour des prestations de rééducation effectuées à partir du 1er avril de chaque année, tant que les obligations visées au 1er alinéa du présent paragraphe n'ont pas été remplies.

### § 2 Les données recueillies concernent

- 1° le centre, et notamment
  - son pouvoir organisateur,
  - les réunions de l'équipe thérapeutique,
  - les activités d'information prévues à l'article 17,
- 2° chaque bénéficiaire ayant obtenu durant l'année considérée, au moins une intervention de l'assurance pour une prestation, et notamment
  - son profil administratif et social,
  - son profil médical,
  - la nature et le nombre de prestations réalisées en sa faveur.

## VIII DISPOSITIONS ADMINISTRATIVES GENERALES

**Article 34** Le Pouvoir organisateur du centre tient une comptabilité basée, d'une part, autant que possible, sur le plan comptable normalisé minimum pour les hôpitaux (A.R. du 14.08.1987), et d'autre part, sur les décisions prises en la matière par le Comité de l'assurance soins de santé. Si le centre fait partie d'une institution ou d'un ensemble d'institutions gérées par le même Pouvoir organisateur, les données comptables liées à l'application de la présente convention sont rassemblées sous un poste de frais distinct de telle sorte que les dépenses et revenus puissent être immédiatement connus. Avant la fin du mois de juin de chaque année, le Pouvoir organisateur du centre envoie au Service des soins de santé de l'INAMI les données comptables liées à l'application de la présente convention et relatives à l'année civile précédente.

**Article 35 § 1** Le centre 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** Il établit sur cette base ses chiffres de production (soit les nombres de forfaits prestés, par type, multipliés par leurs prix respectifs). Avant la fin du mois qui suit le dernier mois de chaque trimestre, il transmet les chiffres de production relatifs à ce trimestre au moyens de l'application informatique qui lui est fournie par le Service des soins de santé.

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

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

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

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

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

**§ 5** Chaque membre du personnel thérapeutique du centre tient un livre d'activités dans lequel il mentionne, avant la fin de chaque journée, pour chaque bénéficiaire en faveur duquel il a effectué une ou plusieurs prestations dans le courant de la même journée, son identité ainsi que la liste exhaustive et précise des prestations effectuées et les heures auxquelles elles ont été effectuées.

**Article 36 § 1** Le centre s'engage à fournir au Service des soins de santé de l'INAMI et/ou aux organismes assureurs concernés toute information leur permettant de contrôler le respect des dispositions de la présente convention sous tous leurs aspects.

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

**Article 37** Le centre s'engage, le cas échéant, à communiquer toutes les informations dont la transmission est explicitement prévue par la présente convention par voie de support informatique selon le format demandé par le Collège des médecins-directeurs ou par le Service des soins de santé.

**Article 38 § 1** Le Pouvoir organisateur du centre 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 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.

## IX PERIODE DE VALIDITE DE LA PRESENTE CONVENTION

**Article 39 § 1** La présente convention, faite en deux exemplaires et dûment signée par les deux parties, sort ses effets à la date du ##.##.2004.

**§ 2** Elle est valable jusqu'au [##.##.2004 + 5 ans], 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.