

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

Établissement public institué par la loi du 9 août 1963  
AVENUE DE TERVUEREN 211 — 1150 BRUXELLES

**Service des soins de santé**

**CONVENTION DE RÉÉDUCATION FONCTIONNELLE RELATIVE À  
L'INSULINOTHÉRAPIE PAR PERFUSION CONTINUE À DOMICILE À L'AIDE  
D'UNE POMPE À INSULINE PORTABLE**

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 conclu 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,

.....dont le **service de diabétologie** de la/du/des.....à  
..... dépend, service désigné dans la présente convention par le terme « établissement »,

la présente convention de rééducation fonctionnelle.

**OBJET DE LA CONVENTION**

**Article 1<sup>er</sup>.** § 1<sup>er</sup>. La présente convention définit en premier lieu les rapports entre l'établissement et les bénéficiaires de l'assurance obligatoire soins de santé définis à l'article 3, de même que les rapports entre cet établissement, l'INAMI et les organismes assureurs. Elle définit en outre la rééducation en matière d'insulinothérapie par perfusion continue à domicile à l'aide d'une pompe à insuline portable (non implantée), les prestations indispensables à cet effet et les prix et honoraires de ces dernières.

**BUT DE LA CONVENTION**

**Article 2.** Le but premier et immédiat de la présente convention de rééducation fonctionnelle est d'offrir à des groupes bien définis de bénéficiaires atteints de diabète sucré, un programme de pompe à insuline qui, moyennant des conditions clairement définies, est susceptible d'être pris en considération pour une intervention de l'assurance obligatoire soins de santé, dans le but d'atteindre une glycémie normale et ainsi éviter ou ralentir les complications liées au diabète.

## BÉNÉFICIAIRES DE LA CONVENTION

**Article 3.** § 1<sup>er</sup>. Par bénéficiaire aux termes de la présente convention, il faut entendre :

- les diabétiques de type 1 pour lesquels un traitement conventionnel correctement exécuté, par insulinothérapie intensive et éducation, n'a pas abouti à une régulation suffisante de la glycémie. Il s'agit, entre autre, de patients ayant une HbA1c > 7 % (valeur mesurée avant le début du traitement par pompe à insuline, ainsi que des patients présentant des hypoglycémies sévères, répétées (avant le début du traitement par pompe à insuline), ou des patients mal équilibrés et présentant des complications graves ;
- les femmes diabétiques qui sont enceintes ou qui veulent le devenir ;
- les enfants et adolescents (< 18 ans) qui souffrent d'un diabète (moyennant respect des dispositions figurant au § 4 du présent article) ;
- des patients qui ont déjà été traités jusqu'à l'âge de 18 ans par pompe à l'insuline et pour lesquels il est jugé nécessaire de poursuivre le traitement sans interruption, même s'ils ont déjà 18 ans ou plus. Pour de tels patients, le traitement par pompe à insuline peut être poursuivi durant toute la vie s'il cela est jugé nécessaire.
- les diabétiques de type 1 présentant une sensibilité extrême à l'insuline ;
- les diabétiques en préparation à une transplantation de pancréas ou d'îlots de cellules pancréatiques et pendant la période initiale après une transplantation de pancréas ou d'îlots de cellules pancréatiques ;
- les patients diabétiques de type 1 présentant, suite à leurs conditions de travail (horaires irréguliers), un mode de vie irrégulier ou qui courent un risque spécifique (situation de travail susceptible de mettre leur sécurité et leur vie, ou celles d'autrui, en danger).

§ 2. Les bénéficiaires doivent par ailleurs être pris en charge dans le cadre de la convention de rééducation fonctionnelle en matière d'autogestion de patients atteints de diabète sucré (ci-après dénommée « convention d'autogestion ») et par conséquent satisfaire à toutes les conditions de cette convention.

Sachant que les objectifs poursuivis à travers l'insulinothérapie par perfusion sont compromis lorsque les patients visés ne font pas de l'autogestion aux termes de la convention d'autogestion (*en ce compris le nombre prescrit de mesures de glycémie et les examens médico-préventifs minimaux indispensables requis dans la convention*), les patients qui ne suivent aucun programme d'autogestion propre et/ou se soustraient aux examens préventifs obligatoires annuels n'entrent pas en ligne de compte pour la poursuite de l'insulinothérapie par perfusion continue à l'aide d'une pompe à insuline portable prévue par la présente convention.

**§ 3.** Les patients hospitalisés qui, au cours d'une hospitalisation dans un établissement hospitalier ayant conclu la présente convention (*hospitalisation liée à leur diabète*), entament pour la première fois une insulinothérapie par perfusion continue à l'aide d'une pompe à insuline portable (*et qui entrent pour ce faire en ligne de compte en vertu des dispositions de la présente convention après la sortie de l'hôpital*) font déjà partie des bénéficiaires de la présente convention (*en raison de l'éducation nécessaire à la pompe à insuline par l'équipe de diabétologie multidisciplinaire de l'établissement*), et ce dès le début du programme d'insulinothérapie (*programme de pompe à insuline par l'équipe de diabétologie multidisciplinaire visée à l'article 5 de la présente convention*), à condition que le patient soit en contact direct au moins chaque jour ouvrable avec un praticien de l'art infirmier spécialisé en diabétologie de l'équipe de diabétologie multidisciplinaire pendant le reste de son hospitalisation.

Des bénéficiaires qui sont déjà pris en charge dans le cadre de la présente convention et qui sont hospitalisés dans n'importe quel établissement hospitalier (quelle que soit la durée de l'hospitalisation) font aussi partie des bénéficiaires de cette convention pendant leur hospitalisation si le traitement par pompe à insuline est poursuivi pendant cette hospitalisation.

**§ 4.** Les bénéficiaires visés dans la présente convention sont en premier lieu des patients adultes âgés de plus de 18 ans.

Compte tenu des besoins spécifiques en matière de suivi médical, d'accompagnement et d'éducation des enfants et adolescents diabétiques ainsi que de leur entourage, et compte tenu de l'existence d'une convention séparée qui rencontre ces besoins spécifiques et qui a été conclue avec divers services hospitaliers, les enfants et adolescents portant une pompe à insuline doivent être accompagnés de préférence par un service hospitalier ayant conclu avec l'INAMI une convention distincte pour l'accompagnement et l'éducation d'enfants et d'adolescents.

Les médecins et les autres membres de l'équipe qui suivent les patients dans le cadre de la présente convention signaleront, dès lors, aux enfants et adolescents âgés de moins de 16 ans qui les ont sollicités l'existence de services hospitaliers spécialisés qui accompagnent les enfants et adolescents diabétiques et leur préciseront lesquels ils sont et s'efforceront de les inciter à s'adresser à l'un de ces services hospitaliers spécialisés pour enfants et adolescents diabétiques en vue de leur accompagnement. Ces dispositions s'appliquent entre autre aux enfants et adolescents qui n'ont pas encore été traités sous pompe à insuline dans le passé. Pour les enfants et les adolescents déjà suivis depuis un certain temps par l'établissement pour leur traitement à l'aide d'une pompe à insuline, il peut cependant être dérogé à ces dispositions.

Si le patient et son représentant légal refusent de faire appel à un service hospitalier spécialisé pour enfants et adolescents diabétiques, l'établissement peut toujours accompagner lui-même le patient aux conditions mentionnées à l'article 5 § 2 (à savoir la présence dans l'équipe de diabétologie multidisciplinaire d'un médecin spécialiste en pédiatrie fixe), et, moyennant une mention explicite de ce refus et des explications sur la raison de ce refus dans la demande de prise en charge de la rééducation fonctionnelle, visée aux articles 7 et 8.

## PROGRAMMES DE RÉÉDUCATION FONCTIONNELLE

**Article 4.** § 1<sup>er</sup>. Par programme de rééducation fonctionnelle relatif à l'insulinothérapie par perfusion continue à domicile à l'aide d'une pompe à insuline portable aux termes de la présente convention (dénommé ci-après dans la présente convention « programme de pompe à insuline »), on entend, outre la mise à disposition par l'établissement de rééducation fonctionnelle de tout le matériel indispensable à cette thérapie, l'accompagnement et l'éducation spécialisés de 24 heures nécessaires à sa réalisation sûre et adéquate.

§ 2. Par matériel visé au § 1<sup>er</sup>, on entend entre autres :

- une pompe portable adaptée au patient et prête à l'emploi. Le type de pompe le plus recommandé pour un patient est défini par le médecin prescripteur après concertation avec le patient ;
- les batteries nécessaires ;
- une quantité suffisante de matériel jetable nécessaire (canule, cathéter, réservoir, couvercle de réservoir) ;
- les accessoires nécessaires (couvercle de batterie, clé de batterie, dispositif d'aide à l'insertion) ;
- le matériel de fixation nécessaire en quantité suffisante

§ 3. Par accompagnement et éducation visés au § 1<sup>er</sup>, il faut entendre : l'apprentissage – en ce compris un contrôle régulier et un recyclage de ces connaissances – de l'insulinothérapie par perfusion continue à domicile à l'aide d'une pompe à insuline portable. Cet apprentissage et l'entretien de ces connaissances doivent couvrir tous les aspects de l'insulinothérapie et donc être organisés par une équipe multidisciplinaire sous la direction du médecin responsable de l'établissement de rééducation fonctionnelle.

Ce dernier s'engage à informer le médecin généraliste ou le médecin spécialiste traitant à cette forme d'insulinothérapie à domicile.

Parallèlement, l'accompagnement et l'éducation visés au § 1<sup>er</sup> impliquent également la possibilité de recevoir un conseil spécialisé 24 heures sur 24 tant à l'intention du bénéficiaire et de son entourage que de son médecin généraliste ou du spécialiste traitant.

§ 4. Comme mentionné à l'article 3 § 2, les bénéficiaires de la présente convention doivent également faire de l'autogestion et réaliser à cette fin les mesures de glycémie prescrites. Le matériel nécessaire à ces mesures de glycémie n'est toutefois pas pris en charge dans le cadre de la présente convention, mais bien dans le cadre de la convention d'autogestion.

## L'ÉTABLISSEMENT

**Article 5.** § 1<sup>er</sup>. L'établissement avec lequel la présente convention peut être conclue doit être attaché à un établissement hospitalier (un hôpital) qui a déjà conclu avec l'INAMI une convention d'autogestion.

Afin de pouvoir proposer à ses patients des programmes de rééducation de bonne qualité, l'établissement organisera son fonctionnement de manière à ce qu'il réponde aux exigences suivantes :

## § 2. Composition de l'équipe de diabétologie

L'établissement tel que visé dans la présente convention est une équipe de diabétologie multidisciplinaire attachée à l'établissement hospitalier, qui constitue, avec l'équipe de diabétologie multidisciplinaire active dans le cadre de la convention d'autogestion, une équipe de coordination organisant régulièrement des réunions d'équipe communes. L'équipe multidisciplinaire dans le cadre de la présente convention se compose au moins :

- d'un médecin spécialiste en endocrino-diabétologie, qui dirige l'équipe et est responsable de son fonctionnement et de son organisation ainsi que de la qualité de l'accompagnement et de l'éducation des patients portant une pompe à insuline dans le cadre de la présente convention. Ce médecin responsable est compétent pour confier aux autres membres de l'équipe les missions nécessaires pour la réalisation du programme de rééducation fonctionnelle. Il est également associé à la sélection et au recrutement des membres de l'équipe, pour lesquels son avis favorable est requis.

un médecin qui, avant la date d'entrée en vigueur de la présente convention, était déjà responsable d'un établissement disposant d'une convention de rééducation fonctionnelle relative à l'insulinothérapie par perfusion continue à domicile à l'aide d'une pompe à insuline portable et/ou de la prescription des programmes de rééducation fonctionnelle dans le cadre de pareille convention, et dont le curriculum professionnel spécifique avait déjà été transmis au Collège des médecins-directeurs, peut garder ses prérogatives (*diriger l'équipe multidisciplinaire prévue dans la présente convention et/ou prescrire des programmes de pompe à insuline dans le cadre de la convention*).

Le médecin qui dirige l'équipe est désigné dans la suite du texte de la présente convention de rééducation fonctionnelle comme le « médecin responsable ».

Ce médecin responsable doit être actif dans le cadre de la convention d'autogestion. Toutefois, il n'est pas nécessaire que celui-ci soit actif dans le cadre de la convention d'autogestion comme médecin responsable.

Le médecin responsable de l'équipe constitue, avec tous les médecins spécialistes en endocrino-diabétologie dont l'établissement dispose, et conjointement avec les médecins visés ci-dessus qui auparavant prescrivaient déjà des programmes de rééducation fonctionnelle dans le cadre d'un établissement ayant conclu une convention de rééducation fonctionnelle en matière d'insulinothérapie par perfusion continue à domicile, et qui satisfont aux conditions pour garder leurs prérogatives en la matière, le « cadre médical » de l'établissement.

Sans préjudice des dispositions de l'article 9, l'intervention de l'assurance que prévoit la présente convention n'est octroyée que si l'insulinothérapie par perfusion continue à domicile à l'aide d'une pompe à insuline portable est prescrite par un médecin spécialiste faisant partie du « cadre médical » de l'établissement, et que cette thérapie est prescrite dans le cadre de l'activité de ce médecin spécialiste dans l'établissement hospitalier avec lequel la présente convention a été conclue.

Le cadre médical, tant celui qui est actif dans le cadre de la présente convention que celui qui est actif dans le cadre de la convention d'autogestion, doit ensemble toujours s'élever au minimum à 0,5 équivalent temps plein (ETP), même si le total du nombre de patients que l'établissement accompagne dans le cadre de la présente convention et du nombre de patients que l'hôpital, avec lequel la présente convention est conclue, suit dans le cadre de la convention d'autogestion, pourrait justifier un cadre moins important.

Le cadre médical minimal requis pour les deux conventions conjointes reste donc toujours de 0,5 ETP ;

- d'un ou de praticiens de l'art infirmier spécialisés en diabétologie, qui peut fournir la preuve qu'il a suivi une formation spécifique en diabétologie, chargés de l'éducation technique spécifique du bénéficiaire diabétique. La compétence régulièrement actualisée des praticiens de l'art infirmier spécialisés en diabétologie, aussi bien quant à l'éducation qu'à l'accompagnement du diabétique, doit être objectivée par un curriculum vitae et être garantie par l'établissement et par le médecin responsable. Si, au moment de l'entrée en vigueur de la présente convention, un praticien de l'art infirmier spécialisé en diabétologie ne peut pas fournir la preuve qu'il est éducateur spécialisé en diabétologie, il doit pouvoir fournir cette preuve – en guise de mesure transitoire – au plus tard au 1er juillet 2011. Dans le cas où un nouveau praticien de l'art infirmier ne peut fournir la preuve, lors de son entrée en service, qu'il a suivi une formation spécialisée d'éducateur en diabétologie, cette preuve doit être fournie endéans les trois ans qui suivent son entrée en service.

Le ou les praticiens de l'art infirmier spécialisés doit(vent) aussi être actif(s) dans le cadre de la convention d'autogestion.

Le nombre de praticiens de l'art infirmier spécialisés en diabétologie dont dispose l'établissement, tant ceux actifs dans le cadre de la présente convention que ceux actifs dans le cadre de la convention d'autogestion, doit ensemble s'élever toujours à 0,5 ETP au minimum, même si le total du nombre de patients que l'établissement accompagne dans le cadre de la présente convention et du nombre de patients que l'hôpital, avec lequel la présente convention est conclue, suit dans le cadre de la convention d'autogestion, pourrait justifier un cadre moins important.

Le nombre minimum de praticiens de l'art infirmier spécialisés en diabétologie s'élève donc pour les deux conventions conjointes toujours à 0,5 ETP ;

- d'un médecin spécialiste en pédiatrie fixe ayant une compétence spéciale et une expérience en matière de diabétologie, dans le cas où l'établissement, compte tenu des dispositions de l'article 3, § 4 de la présente convention, prend en rééducation fonctionnelle des enfants ou adolescents diabétiques âgés de moins de 16 ans.

### § 3. Taille de l'équipe

Le nombre d'équivalents temps plein (ETP) dont l'équipe de diabétologie de l'établissement visée au § 2 du présent article doit être constituée est fonction du nombre de patients portant une pompe à insuline que l'établissement accompagne dans le cadre de la présente convention, tels qu'ils peuvent notamment être déduits des chiffres de production visés à l'article 16 de la présente convention. Ces nombres de patients peuvent être déduits des chiffres de production en divisant le nombre total de forfaits réalisés (au cours d'une année civile déterminée) par 365 (soit le nombre maximum de forfaits par année qui peut être attesté pour un même patient) ou 366 (soit le nombre maximum de forfaits par année pouvant être attesté pour un même patient s'il s'agit d'une année bissextile).

Il est attendu d'un établissement qui, au cours d'une année civile, accompagne 100 patients portant une pompe à insuline, qu'il dispose pour l'éducation et l'accompagnement de ces patients du cadre suivant minimum en sus du cadre déjà prévu par la convention d'autogestion :

- minimum 0,05 ETP cadre médical, normalement occupé par des médecins spécialistes en endocrino-diabétologie et/ou par les médecins, visés au § 2 ayant des prérogatives particulières. Comme l'indique le § 2, le total du cadre médical actif pour la présente convention et du cadre médical actif pour la convention d'autogestion doit toujours s'élever au minimum à 0,5 ETP même si, sur la base du nombre de patients, un cadre moins important pourrait se justifier.
- minimum 0,3060 ETP praticien de l'art infirmier spécialisé en diabétologie. Comme l'indique le § 2, le total du nombre d'infirmiers spécialisés en diabétologie actifs pour la présente convention et ceux actifs pour la convention d'autogestion doit toujours s'élever au minimum à 0,5 ETP même si, sur la base du nombre de patients, un cadre moins important pourrait se justifier.
- minimum 0,0667 ETP collaborateur de secrétariat et/ou infirmier spécialisé en diabétologie supplémentaire.

Si certains membres de l'équipe de diabétologie multidisciplinaire de l'établissement sont déjà actifs dans le cadre de la convention d'autogestion, les heures à prester par ces membres de l'équipe pour la présente convention, doivent être prévues en sus des heures à prester par ces membres de l'équipe aux termes de la convention d'autogestion.

L'équipe de diabétologie multidisciplinaire doit toujours être adaptée proportionnellement en fonction du nombre réel de patients qui suivent effectivement un programme de pompe à insuline dans le cadre de la présente convention (comme ces nombres peuvent entre autres être déduits des chiffres de production). Afin d'éviter des adaptations multiples de ce cadre du personnel requis, l'établissement de rééducation fonctionnelle pourra toutefois s'appuyer, pour la taille du cadre du personnel requis au cours d'une année civile déterminée, sur le nombre moyen de patients qui a été accompagné dans le cadre de la présente convention au cours des deux années civiles complètes qui ont précédé. Une hausse proportionnelle du cadre du personnel ne doit être réalisée que si, sur la base du nombre moyen de patients, le cadre du personnel commun existant s'élève à minimum 0,5 ETP médecin et/ou à minimum 0,5 ETP infirmier spécialisé en diabétologie par rapport au cadre existant. Si, soit pour le cadre médical, soit pour le cadre paramédical, cette hausse minimale n'est pas atteinte, cette fonction peut continuer à s'appuyer sur le cadre existant. L'obligation d'augmenter effectivement le cadre du personnel dès que 0,5 ETP médecin et/ou 0,5 ETP infirmier spécialisé en diabétologie supplémentaires doivent être embauchés, doit, pour la présente convention et la convention d'autogestion de l'hôpital avec lequel la présente convention a été conclue, être examinée ensemble. Dès que, sur la base du nombre de patients dans le cadre d'une part, de la présente convention et d'autre part, de la convention d'autogestion, le cadre du personnel des deux conventions confondues s'élève à 0,5 ETP médecin et/ou 0,5 ETP infirmier spécialisé en diabétologie ou autre auxiliaire paramédical, le cadre du personnel disponible doit donc effectivement être élargi.

Exemple : si, sur la base du nombre de patients dans le cadre de la présente convention, un établissement doit élargir son cadre du personnel à 0,27 ETP infirmier spécialisé en diabétologie et, sur la base du nombre de patients pour la convention d'autogestion, de 0,32 ETP auxiliaire paramédical, le cadre du personnel occupé pour les conventions doit être effectivement rehaussé sachant que, pour les deux conventions confondues, il faudrait embaucher au total 0,59 ETP auxiliaire paramédical supplémentaire. Conséquence : la valeur seuil de 0,50 ETP infirmier spécialisé en diabétologie supplémentaire ou autre auxiliaire paramédical est dépassée bien qu'elle n'ait pas été dépassée pour une des conventions séparément.

Si l'établissement opte pour le remplacement, total ou partiel, de la fonction de collaborateur du secrétariat (dont il devrait disposer conformément aux dispositions du § 2 du présent article) par un infirmier spécialisé en diabétologie supplémentaire, il peut – compte tenu des écarts dans le coût salarial, partir du principe que 1 ETP collaborateur de secrétariat ne doit être remplacé que par 0,75 ETP cadre paramédical.

Concernant le cadre requis dans le cadre de la présente convention, il ne peut être tenu compte que du temps de travail que les différents membres de l'équipe consacrent à l'accompagnement des patients prévu dans la présente convention, l'accompagnement direct (*contacts directs avec les patients et leur entourage, en ce compris le temps des consultations*) et l'accompagnement indirect (*concertation sur les patients, réunions d'équipe, assistance téléphonique, rapports, etc.*) étant tous deux pris en compte tant pour les patients ambulatoires qu'hospitalisés.

Le temps de travail consacré aux soins médicaux et infirmiers ordinaires dispensés aux bénéficiaires hospitalisés de la présente convention ne peut toutefois jamais être pris en considération comme temps de travail afin de respecter le cadre requis en vertu du présent article.

Pour les nouveaux établissements de rééducation qui adhèrent à la présente convention et qui ne disposaient donc pas, dans le passé, d'une convention de rééducation fonctionnelle relative à l'insulinothérapie par perfusion continue à domicile à l'aide d'une pompe à insuline portable, l'équipe de départ doit proportionnellement correspondre au nombre de patients que l'établissement suit à la date d'entrée en vigueur de la convention. L'équipe doit être adaptée, au plus tard tant à la fin de la première année civile complète durant laquelle la convention était d'application qu'à la fin de la deuxième année civile complète, en fonction du nombre de patients qui suivent effectivement à la fin de l'année un programme de rééducation dans le cadre de la présente convention (tels que l'indiquent notamment les chiffres de production visés à l'article 16). Pour les années suivantes, les dispositions des paragraphes précédents du présent article sont d'application.

L'établissement doit tenir en permanence un relevé des membres de l'équipe qu'il occupe réellement. Cet aperçu doit indiquer qui fait partie de l'équipe de l'établissement à n'importe quel moment, pour quel nombre d'ETP par semaine et avec quel horaire de travail. Il doit également pouvoir être présenté immédiatement lors de chaque visite de contrôle d'un représentant de l'INAMI ou des organismes assureurs.

Afin de respecter le cadre prévu dans le présent article, il convient de tenir compte du fait que pour tous les membres de l'équipe (médecins inclus), 1 ETP est assimilé à un temps de travail de 38 heures et qu'une même personne (sauf en ce qui concerne les médecins) ne peut jamais faire partie du cadre requis aux termes de la présente convention à raison de plus de 1 ETP.

Aussi longtemps que sur la base des dispositions du présent article, l'hôpital dont fait partie l'établissement ne doit pas occuper plus de 0,5 ETP médecin responsable à la fois dans le cadre de la présente convention et dans le cadre de la convention d'autogestion, le médecin responsable travaillant pour la convention d'autogestion doit être le même que celui travaillant pour la présente convention. Si l'hôpital dont fait partie l'établissement souhaite opter pour l'engagement, dans le cadre de la présente convention et dans le cadre de la convention d'autogestion, pour 2 médecins responsables différents, le médecin responsable pour la présente convention et pour la convention d'autogestion doit être engagé chacun pour 0,5 ETP.

Dans le cas où le temps de travail des praticiens de l'art infirmier spécialisés en diabétologie qui font partie de l'équipe de diabétologie multidisciplinaire de l'établissement est plus important dans l'hôpital que le temps de travail prévu dans le cadre de la présente convention, l'établissement veillera un maximum à les occuper exclusivement dans l'équipe multidisciplinaire de diabétologie de coordination, de sorte que ces membres de l'équipe puissent se spécialiser dans l'éducation et l'accompagnement de patients diabétiques (et éventuellement les soins des patients diabétiques avec des plaies au pied) et qu'ils puissent accomplir un minimum d'autres tâches dans l'établissement hospitalier dont l'établissement fait partie. L'établissement fractionnera le nombre d'ETP requis pour chacune de ces fonctions en un minimum de personnes. Compte tenu des exigences de l'article 5 § 9 de la présente convention relative à l'accessibilité et à la disponibilité de l'établissement et à la continuité du fonctionnement, la fonction de praticien de l'art infirmier spécialisé en diabétologie et la fonction de diététicien peuvent toutefois toujours être fractionnées en 3 personnes pour les deux conventions.

Le non-respect du cadre requis au cours d'une année civile déterminée, à condition que l'établissement ait eu la possibilité d'en exposer les raisons, constitue un motif pour la dénonciation de la présente convention et/ou, à titre de sanction pour l'établissement (sur la base d'une décision du Comité de l'assurance), pour une récupération d'un pourcentage de l'intervention de l'assurance dans les prestations de rééducation versée pour cette année civile ; pourcentage qui peut atteindre le double du pourcentage du cadre du personnel manquant au cours de l'année civile en question. L'établissement s'engage dans ce cas à ne pas facturer aux patients la partie récupérée des prestations de rééducation fonctionnelle.

#### **§ 4.** *Consultants auxquels l'établissement peut faire appel*

L'équipe multidisciplinaire de diabétologie peut toujours, au sein de l'hôpital auquel appartient l'établissement, faire appel d'une part, à un diététicien familiarisé avec la diététique diabétologique et qui fait partie de l'équipe de la convention d'autogestion et d'autre part, à un assistant social ou praticien de l'art infirmier social familiarisé avec la problématique sociale du diabète sucré, un psychologue et un podologue.

#### **§ 5.** *Consultation multidisciplinaire*

L'établissement fera en sorte que les consultations pour patients appartenant au groupe cible de la convention se déroulent dans le cadre des consultations multidisciplinaires. A ces consultations multidisciplinaires tous les membres de l'équipe visé à l'article 5 § 2 sont présents et les disciplines mentionnées au § 4 du présent article doivent pouvoir être consultées. Il est autorisé de suivre au cours d'une même consultation tant l'autogestion que la pompe à insuline.

Les consultations multidisciplinaires pour patients portant une pompe à insuline peuvent être organisées pendant les demi-journées de consultation multidisciplinaire prévues dans la convention d'autogestion. Ces consultations doivent être communiquées aux patients. Sous les conditions précisées à l'article 6 § 2, les consultations multidisciplinaires requises peuvent être organisées éventuellement sur des sites différents.

En outre, pour les patients pour lesquels un contact avec certains des consultants mentionnés ci-dessus est indiqué, l'établissement est censé - dans les cas où un contact immédiat n'est pas faisable - pouvoir organiser et réaliser ce contact dans le cadre de la consultation suivante convenue avec le patient. Lors de cette consultation suivante, il doit également être possible d'avoir des contacts avec les différents membres de l'équipe prévus à l'article 5 § 2, comme il a déjà été mentionné ci-dessus.

#### **§ 6.** *Réunions d'équipe*

L'équipe multidisciplinaire de la présente convention doit se réunir au moins six fois par an avec l'équipe multidisciplinaire dans le cadre de la convention d'autogestion de l'hôpital.

Chaque réunion fait l'objet d'un rapport qui comporte la liste des participants.

## **§ 7. Dossiers individuels**

Un dossier individuel est tenu pour chaque patient mentionnant au moins les contacts avec le patient en vue de l'accompagnement, de l'éducation et de la remise du matériel d'insulinothérapie par perfusion continue à domicile à l'aide d'une pompe à insuline portable (dates, membres de l'équipe concernés).

Ces dossiers doivent être accessibles aux différents membres de l'équipe de diabétologie multidisciplinaire qui ont des contacts avec le patient ainsi que, le cas échéant, aux collaborateurs du service des urgences mentionné plus loin dans le présent article.

Le dossier individuel relatif au traitement par pompe à insuline peut, avec le dossier individuel d'éducation requis dans la convention d'autogestion, constituer un dossier commun.

## **§ 8. Infrastructure et équipement**

L'établissement dispose d'espaces de consultation pour les praticiens de l'art infirmier spécialisés en diabétologie de l'équipe. Ces locaux peuvent faire partie des locaux disponibles dans le cadre de la convention d'autogestion.

L'établissement dispose en outre du matériel de démonstration et d'instruction nécessaire pour pouvoir assurer de façon optimale la formation et l'accompagnement continu des bénéficiaires de l'insulinothérapie par perfusion continue à domicile à l'aide d'une pompe à insuline portable.

## **§ 9. Accessibilité - Disponibilité**

L'équipe multidisciplinaire doit organiser elle-même, pendant les heures de travail normales mais aussi en dehors des heures de consultation, une permanence téléphonique au moyen de suffisamment de lignes téléphoniques directes connues par tous les intéressés pour répondre aux appels des patients, de leurs proches et des prestataires de première ligne, en ce compris le pharmacien.

L'équipe multidisciplinaire doit prendre, au moins au niveau du service des urgences de l'hôpital auquel elle est attachée, les mesures organisationnelles nécessaires afin de garantir une disponibilité permanente (24 heures sur 24, 7 jours sur 7) de médecins en vue de garantir la continuité de l'accueil des bénéficiaires. Cela implique que 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, un endocrino-diabétologue ou assimilé (selon les dispositions de l'art. 5 § 2), familiarisé avec l'utilisation des pompes à insuline, doit pouvoir être consulté.

## **§ 10. Continuité de l'accompagnement en cas d'hospitalisation**

Dans le cas où un bénéficiaire de la présente convention est hospitalisé dans l'établissement hospitalier auquel l'établissement conventionné est attaché, il sera suivi pour son traitement au moyen d'une pompe à insuline par l'équipe multidisciplinaire visée dans la présente convention.

## **§ 11. Intégration à la première ligne**

Le médecin généraliste est informé des changements de thérapie importants au moyen d'un rapport. Au moins une fois par an, il convient d'envoyer au médecin généraliste un rapport détaillé de l'état du

patient ainsi qu'un programme de traitement actualisé. Le rapport et le plan de traitement relatifs au traitement par pompe à insuline peuvent être intégrés dans le rapport requis par la convention d'autogestion. Conformément aux dispositions de la convention d'autogestion, l'équipe de diabétologie doit également s'engager activement dans la formation continue en matière de diabète des médecins généralistes avec lesquels elle collabore.

## APPLICATION DE LA CONVENTION Á PLUSIEURS SITES HOSPITALIERS CONSÉQUENCES POUR LA CONVENTION EN CAS DE FUSION OU DE DÉFUSION D'ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS

**Article 6. § 1<sup>er</sup>.** La présente convention ne peut être conclue qu'une seule fois avec un même établissement hospitalier (hôpital) et ce, uniquement dans le cas où l'établissement hospitalier a déjà conclu une convention de rééducation en matière d'autogestion de patients atteints de diabète sucré avec le Comité de l'assurance. La convention concerne exclusivement les activités d'un même établissement hospitalier dans le cadre de la présente convention, jamais les activités de plusieurs établissements hospitaliers différents.

Chaque convention conclue se voit attribuer un seul et unique numéro d'identification.

**§ 2.** Si l'établissement hospitalier avec lequel est conclue la présente convention souhaite offrir aux patients portant une pompe à insuline le suivi, l'accompagnement et l'éducation prévus dans cette convention sur plusieurs sites hospitaliers dont il dispose, il doit respecter les conditions suivantes :

- Les activités de rééducation fonctionnelle que prévoit cette convention ne peuvent être offertes que sur les sites hospitaliers où est appliquée la convention de rééducation d'autogestion de patients atteints de diabète sucré ;
- Conformément aux dispositions de l'article 5 § 5, les consultations pour patients faisant partie du groupe cible de la convention doivent se donner sur chaque site dans le cadre de consultations multidisciplinaires, auxquelles le médecin responsable et le ou les praticiens de l'art infirmier spécialisés en diabétologie prévus à l'article 5 § 2, sont en même temps présents et disponibles pour les patients et pendant lequel appel peut être fait aux consultants visés à l'article 5 § 4. Sur chaque site où il offre les activités de la présente convention, l'établissement organisera les consultations multidisciplinaires et fera connaître cette consultation multidisciplinaire aux patients ;
- L'établissement ne dispose que d'une seule équipe de diabétologie multidisciplinaire comprenant un seul médecin responsable. Les membres de l'équipe actifs sur un site déterminé doivent répondre à toutes les conditions précisées dans l'article 5 § 2, et participer aux réunions d'équipe de tous les membres de l'équipe de l'établissement prévues à l'article 5 § 6, quel que soit le site où ils sont actifs ;

- L'établissement mentionnera annuellement les différents sites sur lesquels sont offertes les activités de rééducation fonctionnelle que prévoit cette convention dans les données de gestion annuelles qui sont demandées dans l'article 13 de la présente convention ;
- L'établissement fournira pour tous les sites hospitaliers confondus les chiffres de production demandés à l'article 16 de la présente convention.

Ces conditions s'appliquent également si l'établissement hospitalier fusionne avec un établissement hospitalier qui n'a pas conclu cette convention et que le nouvel établissement hospitalier fusionné souhaite lui aussi offrir les activités de la présente convention sur des sites de l'ancien établissement hospitalier qui ne disposait pas de cette convention.

**§ 3.** Si l'établissement hospitalier ayant conclu cette convention fusionne, après conclusion de la présente convention, avec un autre établissement hospitalier avec lequel cette convention a également été conclue, les deux conventions peuvent durer encore deux ans au maximum et les deux numéros d'identification peuvent être utilisés encore deux ans au maximum, à condition que le nouvel établissement hospitalier fusionné reprenne tous les droits et obligations découlant des conventions. Le nouvel établissement hospitalier fusionné doit dans ce cas prendre les mesures organisationnelles nécessaires afin de pouvoir mettre fin après deux ans au plus tard à une des deux conventions et informer par écrit (lettre recommandée) le Service des soins de santé de l'INAMI de quelle convention il s'agit, information qui sera communiquée par circulaire aux organismes assureurs. L'autre convention continuera à produire ses effets à condition que le nouvel établissement hospitalier reprenne tous les droits et obligations découlant de la convention et le déclare formellement dans la lettre recommandée précitée.

Afin de pouvoir arrêter effectivement une des deux conventions après deux ans, les demandes individuelles de prise en charge visées aux articles 7 et 8 doivent être introduites au plus tard un an après la fusion des hôpitaux sous le numéro d'identification de la convention qui sera maintenue à l'avenir, de sorte que les périodes de prise en charge accordées, visées à l'article 9, qui ont été demandées sous le numéro d'identification à supprimer expirent au plus tard deux ans après la fusion des hôpitaux.

Aussi longtemps (dans les limites de la période précitée de maximum deux ans après la fusion des hôpitaux) que les activités offertes par les deux établissements hospitaliers fusionnés dans le cadre de la présente convention, n'ont pas été totalement intégrées, les chiffres de production demandés à l'article 16 sont indiqués séparément. Toutefois, il est également autorisé de regrouper les prestations réalisées dans les chiffres de production sous le numéro d'identification d'une des entités (à savoir le numéro d'identification de la convention qui sera maintenue à l'avenir) et de mentionner pour l'autre entité que la production est nulle. En aucun cas, une même prestation ne peut être inscrite deux fois dans les chiffres de production, à savoir tant dans les chiffres de production de l'une des entités avant fusion que dans ceux de l'autre entité avant fusion.

**§ 4.** Si l'établissement hospitalier avec lequel a été conclue la présente convention est, dans le cadre d'une défusion d'hôpitaux, scindé en plusieurs établissements hospitaliers séparés, la présente convention peut (dans le cadre de l'accord de défusion) être automatiquement reprise par un des deux établissements hospitaliers apparus après la défusion, qui reprend aussi la convention d'autogestion de patients atteints de diabète sucré, à condition que ce nouvel établissement hospitalier (défussionné) reprenne tous les droits et obligations découlant de la convention. Il appartient aux responsables de l'établissement hospitalier avec lequel la présente convention a été conclue et du nouvel établissement hospitalier qui reprend les droits et obligations de la convention d'informer par écrit (par une lettre recommandée commune, adressée au Service des soins de santé de l'INAMI) quel établissement hospitalier (dans le cadre de l'accord de défusion) poursuivra les activités de la convention et reprendra à cette fin les droits et obligations de la convention.

Si les deux établissements hospitaliers apparus après la défusion d'hôpitaux souhaitent offrir à leurs patients les activités de rééducation fonctionnelle que prévoit la convention, la présente convention (en ce compris les périodes de prise en charge individuelles accordées visées à l'article 9) expire automatiquement à la date de prise d'effet de la défusion et les deux établissements hospitaliers doivent introduire au moins quatre mois avant que la défusion ne prenne effet une demande en vue de conclure une nouvelle convention avec le Comité de l'assurance. Dans leur dossier de demande, les établissements hospitaliers intéressés doivent démontrer que même après la défusion, ils satisfont chacun séparément à toutes les conditions de la convention. Les nouvelles conventions pourront alors entrer en vigueur au plus tôt à la date à laquelle la défusion prend effet. Pour les patients qui seront suivis dans le cadre des nouvelles conventions conclues avec les établissements hospitaliers défussionnés, une nouvelle demande individuelle de prise en charge de la rééducation fonctionnelle doit être introduite à partir de la date de prise d'effet de la nouvelle convention, conformément à la procédure prévue aux articles 7 et 8.

LA PRESCRIPTION DU PROGRAMME INDIVIDUEL DE RÉÉDUCATION FONCTIONNELLE  
ET LA DEMANDE PAR LE BÉNÉFICIAIRE D'UNE  
INTERVENTION DANS LE COÛT DU PROGRAMME DE RÉÉDUCATION FONCTIONNELLE

**Article 7.** § 1<sup>er</sup>. Le bénéficiaire auquel est prescrit le programme de rééducation fonctionnelle prévu dans la présente convention introduit une demande d'intervention auprès du médecin-conseil de son organisme assureur, au moyen du formulaire qui est joint à la présente convention.

Le formulaire joint à la présente convention peut être modifié à tout moment par le Comité de l'assurance (après avis du Collège des médecins-directeurs et en concertation avec le Conseil d'accord visé à l'article 20).

**§ 2.** Il appartient aux organismes assureurs d'informer les bénéficiaires des possibilités offertes par la présente convention à certains diabétiques, moyennant prescription et engagement personnel, en matière d'intervention dans le programme de pompe à insuline, ainsi que de la procédure de demande d'intervention, y compris en ce qui concerne les délais légaux.

**§ 3.** Il appartient à l'établissement, avant signature de la demande d'intervention, d'attirer l'attention du bénéficiaire auquel un traitement par pompe à insuline est prescrit, sur son investissement personnel dans la réalisation de l'objectif du programme (e.a. les obligations en matière d'autogestion et en matière d'examen médicaux préventifs), ainsi que sur les moyens prévus pour lui dans le cadre de la convention de rééducation fonctionnelle et sur les dispositions de l'article 9 relatives à la fin du programme de pompe à insuline dans l'établissement. L'établissement lui signalera l'importance réelle de la collaboration entre les différents intervenants dans le traitement par pompe à insuline, en premier lieu le médecin généraliste mais aussi le pharmacien, et - dans le cas où le patient introduit lui-même une demande d'intervention - les conséquences d'une introduction tardive (après le délai légal) de la demande d'intervention.

**§ 4.** Dans le cas où l'établissement a pris sur lui la responsabilité d'introduire la demande d'intervention pour le bénéficiaire, il s'engage à ne pas lui porter en compte les frais qui ne sont pas remboursés par l'organisme assureur pour cause d'introduction tardive de la demande (après le délai légal).

**Article 8.** **§ 1<sup>er</sup>.** Le formulaire à utiliser en vertu de l'article 7 § 1<sup>er</sup>, pour les demandes d'intervention contient, outre la déclaration du patient, également une prescription médicale qui doit être signée par le médecin responsable ou par un endocrino-diabétologue de l'équipe multidisciplinaire ou par un autre médecin visé à l'article 5 § 2, qui sur la base de son curriculum vitae et de ses activités antérieures dans le cadre de la présente convention, est compétent pour prescrire les programmes pompe à insuline prévus dans la présente convention.

Le Service des soins de santé de l'INAMI communiquera par circulaire aux organismes assureurs les médecins de chaque établissement qui sont habilités à prescrire l'insulinothérapie par perfusion continue à domicile à l'aide d'une pompe à insuline portable.

L'établissement s'engage à informer immédiatement le Service des soins de santé de l'INAMI des modifications apportées à l'équipe médicale visée à l'article 5 § 2, active dans le cadre de la présente convention et habilitée à prescrire l'insulinothérapie par perfusion continue à domicile à l'aide d'une pompe à insuline portable.

**§ 2.** La prescription médicale doit mentionner l'indication motivant le traitement par pompe à insuline et, en cas de prolongation (*qui doit d'abord être sollicitée par le bénéficiaire – voir article 7*), rendre compte de l'insulinothérapie à domicile effectuée pendant la période écoulée.

**Article 9.** **§ 1<sup>er</sup>.** La rééducation fonctionnelle d'un bénéficiaire n'entre en ligne de compte pour un remboursement par l'assurance soins de santé que si le Collège des médecins-directeurs institué auprès du Service des soins de santé de l'INAMI ou le médecin-conseil – dans le cas où celui-ci est réglementairement compétent – s'est prononcé en faveur de la prise en charge de la rééducation fonctionnelle de ce bénéficiaire.

La période autorisée par le médecin-conseil, éventuellement renouvelable, débute à la date de la prescription (excepté en cas d'introduction tardive d'une demande d'intervention) et ne peut dépasser 12 mois.

Seules les prestations, telles que visées dans la présente convention, qui sont réalisées dans la période de rééducation fonctionnelle admise par le Collège des médecins-directeurs ou le médecin-conseil – dans le cas où celui-ci est réglementairement compétent – et dans le respect d'éventuelles conditions supplémentaires posées par eux, sont prises en considération pour le remboursement.

**§ 2.** Le remboursement du programme individuel pour lequel le Collège des médecins-directeurs ou le médecin-conseil – dans le cas où celui-ci est réglementairement compétent – s'est prononcé favorablement, prend fin :

- dès que le bénéficiaire est rééduqué dans le cadre d'une convention d'insulinothérapie par perfusion continue à domicile à l'aide d'une pompe à insuline portable, conclue avec un autre établissement hospitalier ou rééduqué dans le cadre de la convention de rééducation en matière d'autogestion du diabète sucré chez les enfants et les adolescents. Il appartient au bénéficiaire de notifier en temps utile sa décision à l'établissement. Dans le cas où des prestations de rééducation fonctionnelle ont été indûment portées en compte par l'établissement suite à une notification tardive ou défailante de ladite décision par le bénéficiaire, ce dernier doit alors rembourser lui-même ces prestations à l'établissement. Conformément aux dispositions de l'article 7 § 3, de la présente convention, l'établissement doit informer le bénéficiaire de cette disposition par écrit.

Afin d'éviter et/ou de limiter un maximum les problèmes en la matière au bénéficiaire, le Collège des médecins-directeurs ou le médecin-conseil – *dans le cas où ce dernier est réglementairement compétent* – avertira l'établissement si un bénéficiaire – *pour lequel un accord pour la prise en charge dans l'établissement est encore en cours ou pour lequel l'accord est arrivé à échéance depuis maximum 2 mois* – introduit une demande de prise en charge pour un programme par pompe à insuline dans un autre service hospitalier conventionné. Le Collège des médecins-directeurs, l'organisme assureur et son médecin-conseil – *dans le cas où ce dernier est réglementairement compétent* – ne peuvent toutefois pas être tenus responsables si des prestations prévues dans la présente convention ne sont pas remboursées (pour un patient déterminé), si le Collège des médecins-directeurs ou le médecin-conseil – *dans le cas où ce dernier est réglementairement compétent* – a oublié d'avertir l'établissement qu'un bénéficiaire a introduit une demande de prise en charge pour un programme pompe à insuline dans un autre service hospitalier.

- lorsque l'établissement décide de ne plus admettre un bénéficiaire en rééducation. Cette décision doit être notifiée à l'intéressé au moins un mois à l'avance.

**§ 3.** L'établissement s'engage à fournir au Collège des médecins-directeurs ou au médecin-conseil – *dans le cas où ce dernier est réglementairement compétent* – toutes les informations qu'il juge utiles afin de pouvoir se prononcer sur la prise en charge du programme de rééducation fonctionnelle du bénéficiaire.

**§ 4.** La convention doit être considérée pour tous les hôpitaux qui adhèrent à cette convention-type – concernant le programme de pompe à insuline – comme la poursuite de la convention-type en matière d'insulinothérapie par perfusion continue à domicile à l'aide d'une pompe à insuline portable qui était d'application avant le 1er août 2008.

Par conséquent, en signant la présente convention, les deux parties conviennent de la considérer comme une convention qui, en ce qui concerne les demandes d'intervention pour les prestations de rééducation fonctionnelle qu'elle prévoit, est la poursuite de la convention-type précédemment visée. De ce fait, elle est soumise à l'application de l'art. 138, 2°, g), de l'AR du 3 juillet 1996 et le médecin-conseil de l'organisme assureur du bénéficiaire est compétent pour les décisions concernant ces demandes.

LES PRESTATIONS REMBOURSABLES PAR  
L'ASSURANCE OBLIGATOIRE SOINS DE SANTÉ -  
DÉFINITIONS, PRIX ET HONORAIRES

**Article 10.** § 1<sup>er</sup>. La prestation susceptible d'être prise en charge par l'assurance obligatoire soins de santé comprend, par bénéficiaire, l'exécution pendant un jour des programmes de rééducation fonctionnelle définis à l'article 4.

Le prix de cette prestation comprend le coût de l'accompagnement total et de l'éducation du patient ainsi que le coût de tout le matériel nécessaire à l'application de l'insulinothérapie par perfusion continue, dont (pour les enfants de moins de 8 ans) le coût de la pommade anesthésiante utilisée pour l'introduction de l'aiguille, dans le cas où l'utilisation de cette pommade anesthésiante est conseillée.

§ 2. Les prix et honoraires des prestations telles que visées au § 1<sup>er</sup> du présent article sont, par prestation, fixés à 7,37 EUR, dont 0,84 EUR indexables et 6,53 EUR non indexables.

§ 3. La partie indexable des prix et honoraires fixés au § 2 du présent article est liée à l'indice pivot 108,34 (mai 2008 – base 2004) des prix à la consommation. Cette partie indexable est adaptée selon les dispositions de la loi du 1<sup>er</sup> mars 1977 organisant un régime de liaison à l'indice des prix à la consommation du Royaume de certaines dépenses dans le secteur public.

§ 4. L'établissement s'engage à ne réclamer aux bénéficiaires aucun supplément par rapport aux prix fixés à l'article 10 § 2.

§ 5. Les prix fixés dans le présent article ne comprennent toutefois pas les prestations des médecins prévues dans la nomenclature des prestations de santé.

§ 6. La composition précise des prix mentionnés dans le présent article se trouve dans les annexes à la présente convention.

§ 7. La prestation visée dans la présente convention peut être cumulée avec les prestations reprises dans la convention d'autogestion.

**Article 11.** Le montant de l'intervention de l'assurance est facturé par l'établissement à l'organisme assureur du bénéficiaire sur la base de la bande magnétique de l'établissement hospitalier dont l'établissement fait partie (facturation électronique obligatoire sur support magnétique). Au moins une fois par année civile, le bénéficiaire reçoit sur papier un récapitulatif de ce que l'établissement a porté en compte pour lui à l'organisme assureur.

Chaque prestation ne peut être attestée qu'après que cette prestation ait été effectivement effectuée, donc après le jour où le bénéficiaire concerné bénéficie de l'insulinothérapie par perfusion continue.

CONTRÔLE DE LA QUALITÉ

**Article 12.** Chaque établissement participe à une initiative, approuvée par le Conseil d'accord, de collecte de données à des fins épidémiologiques et de promotion de la qualité telle que décrite à l'article 17 de la convention d'autogestion.

**Article 13.** L'établissement fournit au Collège des médecins-directeurs toutes les données utiles à la gestion de la convention type de rééducation fonctionnelle relative à l'insulinothérapie par perfusion continue à domicile à l'aide d'une pompe à insuline portable et plus précisément :

- la liste avec noms et qualifications des membres de l'équipe, avec mention de la durée de leur activité spécifique, exprimée en ETP, dans le cadre de la convention de rééducation fonctionnelle relative à l'insulinothérapie par perfusion continue à domicile à l'aide d'une pompe à insuline portable. Ces données doivent pouvoir être objectivées en détail pour chaque membre de l'équipe au moyen des carnets de rendez-vous, de journaux de bord ... ;
- les noms et adresses des sites hospitaliers où sont offertes les activités de rééducation fonctionnelle prévues par la présente convention, avec mention des jours (matinées / après-midis) de la semaine pendant lesquels une consultation multidisciplinaire comme définie à l'article 5 § 5 et à l'article 6 est organisée sur chaque site hospitalier.

Le Service des soins de santé peut à tout moment imposer et modifier des modèles suivant lesquels les données susvisées doivent être transmises.

Les données visées doivent en tout cas être transmises au Service des soins de santé avant la fin du mois de juin qui suit chaque année civile.

**Article 14.** L'établissement s'engage à autoriser tous les délégués du Service des soins de santé de l'INAMI, du Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'INAMI ou des organismes assureurs à effectuer les visites utiles en ce qui concerne le contrôle de l'exécution de la présente convention.

#### CONSEIL D'ACCORD

**Article 15.** Afin de contribuer au contrôle de la qualité (*aussi bien au niveau du patient individuel et des établissements conventionnés qu'en ce qui concerne le système même d'intervention dans les frais de l'insulinothérapie par perfusion continue à domicile à l'aide d'une pompe à insuline portable, dans le strict respect, évidemment, de la vie privée à tous les niveaux*) et à l'évolution des effectifs des bénéficiaires de la convention de rééducation fonctionnelle relative à l'insulinothérapie par perfusion continue à domicile à l'aide d'une pompe à insuline portable, l'application de la présente convention sera évaluée dans le cadre du Conseil d'accord prévu à l'article 20 de la convention d'autogestion.

#### OBLIGATIONS ADMINISTRATIVES ET COMPTABLES

**Article 16.** L'établissement tient un registre dans lequel sont inscrites, par bénéficiaire, les données relatives à la mise à disposition du matériel avec des indications précises sur la nature et la quantité du matériel fourni.

Sur la base des données du registre mentionné à l'alinéa précédent, l'établissement de rééducation fonctionnelle établit ses chiffres de production (soit le nombre de prestations effectuées, par type, multiplié par leurs prix respectifs). Avant la fin du mois suivant la fin de chaque trimestre, il transmet les chiffres de production relatifs à ce trimestre au moyen de l'application informatique que le Service des soins de santé a fait parvenir à cet effet. Chaque prestation effectuée ne peut figurer qu'une seule fois dans les chiffres de production. Les prestations dont il apparaît d'avance qu'elles ne sont pas remboursables (p.ex. parce qu'elles ne répondent pas aux conditions de la présente convention ou parce que le bénéficiaire est assuré en dehors du cadre de l'assurance obligatoire soins de santé) ne doivent pas figurer dans les chiffres de production.

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

Si les chiffres de production ne sont pas envoyés avant la fin du deuxième mois qui suit la fin d'un trimestre, l'établissement sera rappelé à ses obligations par lettre recommandée. Si les chiffres de production n'ont toujours pas été communiqués 30 jours civils après l'envoi de la lettre recommandée, les paiements par les organismes assureurs (dans les liens de la convention entre l'INAMI et l'établissement) sont suspendus d'office tant qu'il n'est pas satisfait à cet engagement.

**Article 17.** L'établissement tient la comptabilité des prestations visées dans l'actuelle convention, qui se compose, d'une part, des factures d'achat du matériel visé à l'article 4 § 2 (qui doivent être regroupées clairement dans la comptabilité) et des frais salariaux spécifiques de l'équipe de diabétologie multidisciplinaire définie à l'article 5 § 2 (frais salariaux limités à la charge salariale de leurs activités dans le cadre de la convention) et, d'autre part, des factures adressées aux organismes assureurs (qui doivent aussi être regroupées clairement dans la comptabilité). Le cas échéant, les diminutions de prix ou les ristournes que les firmes chez lesquels l'établissement a acheté le matériel nécessaire pour le traitement à l'aide d'une pompe à insuline, ont accordées à l'établissement et qui sont liées à l'achat de ce matériel, doivent également être reprises dans cette comptabilité. Il s'agit tant des diminutions de prix et des ristournes directes liées à l'achat du matériel, que des diminutions de prix qui ont été accordées à l'établissement hospitalier relatives à l'achat d'autre matériel, dispositifs ou produits (pharmaceutiques) chez ces firmes et liées à la quantité du matériel achetée par l'établissement.

Cette comptabilité peut être effectuée en commun avec la comptabilité de la convention en matière d'autogestion de patients atteints de diabète sucré, à condition qu'une distinction soit faite dans la comptabilité entre le matériel spécifiquement utilisé dans le cadre de la présente convention, et le matériel utilisé dans le cadre de la convention d'autogestion.

A la demande explicite du Service des soins de santé, un récapitulatif de ces recettes et dépenses spécifiques dans le cadre de la convention, (*le cas échéant, un récapitulatif commun avec la convention d'autogestion, à condition qu'une distinction soit faite entre le matériel spécifiquement utilisé pour l'autogestion et le matériel utilisé dans le cadre du programme de pompe à insuline*) doit être transmis au Service des soins de santé suivant le modèle établi par celui-ci.

## DISPOSITIONS TRANSITOIRES

**Article 18. § 1.** Les accords individuels pour la prise en charge de la rééducation fonctionnelle qui (dans le cadre de la précédente convention relative à l'insulinothérapie par perfusion continue) ont déjà été octroyés aux bénéficiaires avant l'entrée en vigueur de la présente convention pour les périodes soumises au délai d'application de la présente convention, restent en vigueur en ce qui concerne le programme de pompe à insuline. Pour ce qui est des patients qui appartiennent au groupe 1A ou 1B de la convention d'autogestion, cet accord individuel reste également valable pour le programme d'autogestion dans le cadre de la convention d'autogestion. Pour ce qui est des patients qui ne font pas partie du groupe 1A ou 1B, leur accord individuel pour le programme d'autogestion prend fin au 31 juillet 2008 et ils doivent demander à partir du 1<sup>er</sup> août 2008 un nouvel accord individuel dans le cadre de la convention d'autogestion. Pour ces patients portant une pompe à insuline qui font partie du groupe 2 ou du groupe 3 de la convention d'autogestion, la demande de prise en charge (à partir du 1<sup>er</sup> août 2008) du programme d'autogestion doit être reçue au plus tard le 31 octobre 2008 par le médecin-conseil de l'organisme assureur. À partir de la date d'entrée en vigueur de la présente convention, seul le forfait mentionné à l'article 10 § 2, peut être attesté en ce qui concerne le programme de pompe à insuline et en ce qui concerne l'autogestion que ces patients pratiquent obligatoirement, dans le cadre de la convention d'autogestion, seul peut être attesté le forfait que prévoit pour eux la convention d'autogestion en fonction du nombre de mesures de glycémie qu'ils ont effectivement effectuées (donc soit le forfait du groupe 1A, soit le forfait du groupe 1B, soit le forfait du groupe 2, soit le forfait du groupe 3).

Les demandes individuelles introduites avant le 1<sup>er</sup> août 2008 sont traitées sur la base des critères de la convention qui était d'application avant le 1<sup>er</sup> août 2008.

**§ 2.** A partir de la date d'entrée en vigueur de la présente convention, c'est-à-dire à partir du 1<sup>er</sup> août 2008, l'établissement a, en guise de mesure transitoire, 6 mois de temps, à savoir jusqu'au 31 janvier 2009, pour remplir les dispositions de la présente convention relatives au nombre exigé de membres de l'équipe de chaque discipline. Etant donné que l'établissement, dans le cadre de la convention qui était d'application jusqu'au 31 juillet 2008, devait déjà disposer de tous ces membres de l'équipe de ces disciplines, toutes les disciplines exigées (et aussi les consultants exigés) doivent cependant être déjà présents durant la période du 1<sup>er</sup> août 2008 au 31 janvier 2009, mais pas nécessairement en ce qui concerne le nombre exigé prévu par la présente convention.

**§ 3.** L'exigence relative à l'organisation des consultations sous forme de consultations multidisciplinaires, pour les patients visés par la convention (cf. article 5 § 5 de la présente convention) n'est d'application qu'à la date du 1<sup>er</sup> octobre 2008.

**§ 4.** Les conditions de l'article 6 § 2 relatives à l'application de la présente convention sur plusieurs sites hospitaliers ne sont d'application qu'à partir de la date du 1<sup>er</sup> octobre 2008.

**§ 5.** L'ancien formulaire de demande de prise en charge du programme de rééducation peut être utilisé jusqu'au 30 septembre 2008 (cette date correspond à la date de réception de la demande auprès du médecin-conseil de l'organisme assureur concerné). L'utilisation du nouveau formulaire (annexé à la présente convention) est toutefois souhaitée dès que l'établissement l'a en sa possession.

**§ 6.** En dérogation aux dispositions de l'article 11, jusqu'au 1<sup>er</sup> octobre 2008, l'établissement n'est pas obligé de facturer aux organismes assureurs, au moyen de la bande magnétique de l'hôpital, les prestations remboursables dans le cadre de la présente convention. Le cas échéant, jusqu'au 1<sup>er</sup> octobre 2008, l'hôpital peut donc continuer à facturer ces prestations au moyen des anciens modèles de facture.

### DISPOSITIONS SPÉCIALES

**Article 19.** La personne morale (pouvoir organisateur) avec laquelle a été conclue la présente convention et qui gère l'établissement hospitalier dont fait partie l'établissement s'engage à veiller à ce que les fonds provenant de cette convention ainsi que, le cas échéant, les diminutions de prix et ristournes visées à l'article 17 et liées à l'achat du matériel nécessaire pour l'insulinothérapie par perfusion continue à domicile à l'aide d'une pompe à insuline portable, ne puissent être utilisés que pour son fonctionnement dans le cadre de la convention. L'affectation de ces moyens pour d'autres buts constitue un motif pour la dénonciation de la présente convention.

### DISPOSITIONS GÉNÉRALES

**Article 20.** L'établissement s'engage à rémunérer les membres de l'équipe multidisciplinaire au moins selon les mêmes échelles salariales que celles du personnel de l'établissement hospitalier dont l'établissement fait partie.

En ce qui concerne le praticien de l'art infirmier spécialisé en diabétologie, le coût de l'occupation du cadre du personnel requis en vertu de l'article 5 § 2, de la présente convention est supposé être supporté entièrement par l'établissement sur la base des ressources que l'établissement peut puiser dans la présente convention. Les fonctions prévues dans le cadre du personnel requis ne peuvent donc jamais être remplies (concernant l'horaire de travail prévu dans le cadre du personnel requis) par des membres du personnel qui occuperaient ces fonctions dans le cadre d'un régime financier sur la base duquel d'autres organismes (publics) interviennent entièrement ou partiellement, directement ou indirectement dans la charge salariale.

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



**DEMANDE D'INTERVENTION AU MÉDECIN-CONSEIL DE L'ORGANISME ASSUREUR  
DANS LE COÛT DES PRESTATIONS DE RÉÉDUCATION POUR L'INSULINOTHÉRAPIE PAR  
PERFUSION CONTINUE À DOMICILE À L'AIDE D'UNE POMPE À INSULINE PORTABLE<sup>1</sup>**

À COMPLÉTER PAR LE PATIENT FAISANT PARTIE DU GROUPE CIBLE DE LA CONVENTION.

Le soussigné

Collez ici une vignette s.v.p.

..... (nom et prénom)

- demande une intervention pour les prestations effectuées dans le cadre du programme de rééducation indiqué ci-dessous qui lui a été prescrit et expliqué et qu'il/elle s'engage à suivre
- a moins de 16 ans et ne souhaite pas recourir à un service hospitalier spécialisé dans le traitement des enfants et adolescents diabétiques pour les raisons suivantes :

.....

Date de la demande : ...../...../.....

Signature du bénéficiaire :

(si un mandataire complète et signe la présente demande, indiquer son nom, sa relation par rapport au bénéficiaire et sa résidence principale – commune, rue et numéro)

**À COMPLÉTER PAR LE SERVICE CONVENTIONNÉ D'INSULINOTHÉRAPIE PAR PERFUSION CONTINUE À  
DOMICILE À L'AIDE D'UNE POMPE À INSULINE PORTABLE**

Identification du Service de diabétologie conventionné :

Numéro : 7.88.5. ....

Nom et adresse : .....

.....

Nom et numéro de téléphone de la personne de contact :

.....

Pour le bénéficiaire susmentionné, un programme de rééducation à l'insulinothérapie par perfusion continue à domicile à l'aide d'une pompe à insuline portable est prescrit du .. / .. / .. au .. / .. / .. inclus.

Il/Elle appartient au **groupe cible** suivant de la convention de rééducation conclue pour le présent Service de diabétologie :

- Les diabétiques de type 1 pour lesquels un traitement conventionnel correctement exécuté, par insulinothérapie intensive et éducation, n'a pas abouti à une régulation suffisante de la glycémie (des patients ayant une HbA1c > 7 % (valeur mesurée avant le début du traitement par pompe à insuline), ainsi que des patients présentant des hypoglycémies sévères, répétées (avant le début du traitement par pompe à insuline), ou des patients mal équilibrés et présentant des complications graves) ;
- Femmes diabétiques qui sont enceintes ou qui veulent le devenir ;
- Enfants et adolescents (<18 ans) diabétiques ;
- Des patients qui ont déjà été traités jusqu'à l'âge de 18 ans par pompe à l'insuline et pour lesquels il est jugé nécessaire de poursuivre le traitement sans interruption, même s'ils ont déjà 18 ans ou plus. Pour de tels patients, le traitement par pompe à insuline peut être poursuivi durant toute la vie s'il cela est jugé nécessaire;
- Diabétiques de type 1 qui présentent une sensibilité extrême à l'insuline ;
- Diabétiques, avant et pendant la période initiale qui suit une transplantation du pancréas ou de cellules pancréatiques ;
- Diabétiques de type 1 qui, du fait de leur environnement de travail (heures irrégulières), ont un rythme de vie irrégulier ou encourent des risques spécifiques (cadre de travail pouvant mettre en péril leur sécurité et leur vie ou celle d'autres personnes).

<sup>1</sup> Formulaire à employer à partir du 1<sup>er</sup> août 2008

Il s'agit en l'occurrence

- o d'une première prescription d'insulinothérapie par perfusion continue à domicile à l'aide d'une pompe à insuline portable pour ce bénéficiaire par le présent service conventionné :

ou

Il s'agit en l'occurrence

- o de la prolongation de l'insulinothérapie par perfusion continue à domicile à l'aide d'une pompe à insuline portable pour ce bénéficiaire par le présent service conventionné

**Dernière mesure de HbA1c effectuée**

Date : ... / ... / ... Valeur mesurée : ... (valeurs normales - )

Nom, signature et date du médecin responsable ou du médecin endocrino-diabétologue de l'équipe de diabétologie conventionnée :

Noms (+ adresse et téléphone) des autres médecins associés activement dans le traitement du diabète du bénéficiaire :

p médecins spécialistes : .....

p généraliste : .....

---

**DÉCISION DU MÉDECIN-CONSEIL**

Date de réception de cette demande : ... / ... / ...

Décision du médecin-conseil :

p favorable du ... / ... / ... au ... / ... / ...

p défavorable parce que .....

p autre .....

Identification et signature du médecin-conseil et date de la décision :

.....

---

**Convention de rééducation fonctionnelle relative à l'insulinothérapie par perfusion continue à domicile à l'aide d'une pompe à insuline portable****Calcul des prix du forfait de pompe à insuline****Coût du matériel** (non indexable)

Type de matériel	Prix unitaire	Quantité de matériel nécessaire par mois et coût par mois	
		Nombre par jour	Coût par jour
Pompe à insuline	2863,70 €	0,0006849	1,96
Canule + tuyau	8,71 €	0,333	2,90
Batterie	36,05 €	0,033	1,1852
Réservoir	1,92 €	0,250	0,4811
<b>Coût total du matériel par jour</b>			<b>6,5301484</b>

**Coût du personnel dans le cadre de la convention** (indexable)

Le calcul ci-après s'appuie sur les barèmes de la sous-commission paritaire 305.1 (hôpitaux privés), sauf pour le médecin spécialiste en endocrino-diabétologie de l'équipe, pour qui il est tenu compte du barème de médecin-conseil auprès d'un organisme assureur (en ce compris l'indemnité de coordination).

Le calcul ci-après ne tient pas compte de la dispense de prestations de travail dans le cadre de la problématique des fins de carrière. Un autre régime de financement est prévu à cet effet. Si certains membres de l'équipe devaient bénéficier d'une telle dispense de prestations de travail, celle-ci devrait être compensée par un recrutement supplémentaire (du même ordre de grandeur) de personnel.

Le tableau ci-après reproduit, pour chaque discipline, les montants de base appliqués dans la suite du calcul (*montants à l'indice pivot 108,34 – mai 2008 – base 2004*) :

Discipline	Barème	Ancienneté	Coût salarial par année pour un temps-plein (prime d'attractivité 2008 incluse)	Coût salarial par heure de travail effective (= coût salarial par année, divisé par 1.634 heures de travail effectives)
Médecins spécialistes en endocrino-diabétologie (de l'équipe) <sup>1</sup>	Médecin-conseil (indemnité de coordination incluse)	15 ans	<b>141.790,28 EUR</b>	<b>86,77 EUR</b>
Praticien de l'art infirmier spécialisé en diabétologie	1/55-1/61-1/77	18 ans	<b>58.682,57 EUR</b>	<b>35,91 EUR</b>
Personnel administratif	1/50	18 ans	<b>44.540,07 EUR</b>	<b>27,26 EUR</b>

<sup>1</sup> Les médecins spécialistes en endocrinologie de l'équipe pourront dégager des revenus de leurs prestations de la nomenclature ainsi que des moyens prévus en la matière dans la convention. Les moyens prévus par la convention en la matière n'ont dès lors pas de caractère normatif.

Le tableau suivant précise, pour chaque groupe de patients avec un prix différent, de quel cadre du personnel tient compte le calcul du forfait. Sont mentionnés successivement les éléments suivants :

- le cadre prévu pour 100 patients ;
- partant du cadre précité, par groupe de patients, le nombre d'heures de travail par patient et par an qui est inscrit dans les forfaits ;
- le coût du cadre prévu par patient et par année ;
- le coût du cadre prévu par patient et par jour.

<b>Cadre prévu pour 100 patients</b>	
Endocrino-diabétologues de l'équipe <sup>1</sup>	0,05 ETP pour 100 patients
Praticien de l'art infirmier spécialisé en diabétologie	0,3060 ETP pour 100 patients
Personnel administratif	0,0667 ETP pour 100 patients
<b>Nombre d'heures de travail par patient et par année inscrit dans les forfaits<sup>2</sup></b>	
Endocrino-diabétologues de l'équipe <sup>1</sup>	0,82 heure
Équipe éducative (infirmier)	5,00 heures
Personnel administratif	1,09 heure
<b>Coût du cadre prévu par patient et par année</b>	
Endocrino-diabétologues de l'équipe	70,8951 EUR
Équipe éducative (infirmier)	179,5672 EUR
Personnel administratif	29,6934 EUR
<b>Coût du cadre prévu par patient et par jour</b>	
Endocrino-diabétologues de l'équipe	0,1942 EUR
Équipe éducative (infirmier, diététicien, coordinateur)	0,4920 EUR
Personnel administratif	0,0814 EUR
<b>Coût total du cadre prévu par jour</b>	<b>0,767549993 EUR</b>

<sup>1</sup> Le temps de travail mentionné est le temps de travail moyen que consacrent les endocrino-diabétologues de l'équipe par patient à l'éducation spécifique du patient en ce qui concerne l'utilisation de la pompe à insuline, ainsi que le temps consacré à la concertation, la coordination et la supervision de l'équipe.

<sup>2</sup> Le nombre d'heures de travail mentionné comprend tant le temps de travail consacré directement au patient (également par téléphone) que le temps de travail consacré aux autres activités dans le cadre de la convention (coordination, concertation de l'équipe, rapport, composition des paquets avec le matériel de contrôle pour chaque patient, etc.).

**Intervention forfaitaire dans les frais de fonctionnement** (locaux, frais d'administration, téléphone, etc.) (indexable)

À cette fin, il est prévu une intervention journalière de 10 % de la charge salariale comprise dans le prix du programme de pompe à insuline. Il s'agit donc du montant journalier suivant : 0,0768 EUR

### **Coût du programme de pompe à insuline par jour et par patient**

Coût du matériel	6,5301484 EUR
Coût du personnel (accompagnement, administration)	0,767549993 EUR
Intervention forfaitaire frais de fonctionnement	0,0768 EUR
<b>Coût total (forfait par jour) :</b>	<b>7,3745 EUR</b>
Partie indexable <sup>1</sup>	0,8443049 EUR
Partie non indexable	6,5301484 EUR

<sup>1</sup> La partie indexable est liée à l'indice pivot 108,34 (mai 2008 – base 2004)

**Convention de rééducation fonctionnelle relative à l'insulinothérapie par perfusion continue à domicile à l'aide d'une pompe à insuline portable**

**Application de la norme de personnel aux différents effectifs de patients**

Le présent document tend à préciser, à titre d'exemple, le cadre du personnel requis par la convention. En aucun cas, il ne remplace ni ne modifie les dispositions de la convention.

Aux termes de la convention, le cadre du personnel dont doit disposer un service hospitalier conventionné est fixé par le nombre de patients que suit l'établissement. Le cadre du personnel dont doit disposer un établissement conventionné (spécifiquement pour ses activités prévues par la convention) est le total du cadre requis sur la base du nombre de patients.

Le cadre du personnel doit être adapté si, sur la base du nombre réel de patients des deux années civiles entières écoulées (patients accompagnés aux termes de la présente convention ou de la convention d'autogestion, leur nombre pouvant être déduit des chiffres de production de l'établissement), le cadre du personnel commun existant doit être augmenté au minimum de 0,5 ETP médecin et/ou au minimum de 0,5 ETP infirmier en diabétologie par rapport au cadre existant.

Norme du personnel pour 100 patients			Application de la norme du personnel en fonction du nombre de patients suivis									
Fonction	Nombre d'ETP par 100 patients	Heures par patient par an <sup>2</sup>	10 patients	20 patients	30 patients	40 patients	50 patients	75 patients	100 patients	125 patients	150 patients	200 patients
Endocrino-diabétologues <sup>1</sup>	Min. 0,05 ETP	0,8170	0,005	0,01	0,015	0,02	0,025	0,0375	0,05	0,0625	0,075	0,1
Infirmier	Min. 0,3060 ETP	5,0000	0,0306	0,0612	0,0918	0,1224	0,1530	0,2295	0,3060	0,3825	0,4590	0,6120
Personnel administratif <sup>3</sup>	Max. 0,0667 ETP	1,08988	0,0067	0,0134	0,0200	0,0267	0,0334	0,0500	0,0667	0,0824	0,1000	0,1334
<b>Total</b>	<b>Min. 0,4227 ETP</b>	6,9069	0,0423	0,0845	0,1268	0,1691	0,2113	0,3170	0,4227	0,5284	0,6340	0,8454

<sup>1</sup> Le temps de travail mentionné est le temps de travail moyen que consacrent les endocrino-diabétologues de l'équipe par patient à l'éducation spécifique du patient en ce qui concerne l'utilisation de la pompe à insuline, ainsi qu'à la concertation de l'équipe et la coordination et la supervision de l'équipe.

<sup>2</sup> Le nombre d'heures de travail mentionné comprend tant le temps de travail consacré directement au patient (également par téléphone) que le temps de travail consacré aux autres activités dans le cadre de la convention (coordination, concertation de l'équipe, rapport, composition de la brochure d'information, composition des programmes avec le matériel de contrôle pour chaque patient, etc.).

<sup>3</sup> Au lieu du personnel administratif, on peut engager éventuellement du personnel éducatif supplémentaire. Lors de cette conversion, on peut tenir compte du fait que le coût salarial d'1 ETP personnel administratif, seul 0,75 ETP personnel éducatif peut être rémunéré. Si 1 ETP personnel administratif est converti en personnel éducatif supplémentaire, seul 0,75 ETP personnel éducatif supplémentaire doit être engagé.