

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 EN MATIÈRE D'AUTOGESTION DU
DIABÈTE SUCRÉ CHEZ LES ENFANTS ET LES ADOLESCENTS**

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

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

Il est convenu ce qui suit, entre,
d'une part,

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

et d'autre part,

la [dénomination de la personne morale] qui gère le service de diabétologie clinique et policlinique de l'enfant et de l'adolescent de [dénomination de l'hôpital et éventuellement du site], service désigné dans la présente convention par le terme «établissement de rééducation».

OBJET DE LA CONVENTION**Article 1^{er}.**

La présente convention définit les rapports entre «l'établissement de rééducation» et les bénéficiaires de l'assurance obligatoire soins de santé visés à l'article 3, de même que les rapports entre cet «établissement de rééducation», l'INAMI et les organismes assureurs. Elle définit notamment la rééducation à l'autogestion du diabète sucré chez les enfants et les adolescents, les prestations indispensables à cet effet, leurs prix et honoraires ainsi que leur mode de paiement.

BUT DE LA RÉÉDUCATION**Article 2.**

Le but de la présente rééducation conventionnelle est d'atteindre pour les enfants ou adolescents pris en charge, et en collaboration avec eux et leurs proches, l'autogestion de leur diabète.

Par autogestion, on entend en premier lieu, la prise en charge par le patient et/ou ses proches, en collaboration avec l'équipe de diabétologie, de tous les aspects du traitement du diabète, y compris la détermination de la glycémie, la glycosurie et la cétonurie, l'adaptation des doses d'insuline notamment en fonction des résultats de mesure, la technique d'injection, l'identification des signes d'hyponycémie et leur correction, l'intégration de l'exercice physique dans le schéma

des injections et des repas, l'établissement d'une alimentation équilibrée, tout ceci aux fins d'éviter ou de retarder les complications du diabète.

Par autogestion, on entend ensuite la capacité pour le patient et/ou ses proches, d'apprendre à faire face aux multiples difficultés inhérentes à cette maladie chronique et qui peuvent compromettre indirectement l'autogestion.

En plus de cet aspect purement médico-psychologique, la rééducation à l'autogestion vise également au maintien et/ou à l'amélioration de l'intégration sociale et scolaire du jeune diabétique.

La rééducation à l'autogestion vise à l'apprentissage de l'autogestion et à son suivi continu.

BÉNÉFICIAIRES DE LA CONVENTION

Article 3.

§ 1^{er}. La présente convention a pour but la rééducation à l'autogestion de tout bénéficiaire diabétique n'ayant pas atteint l'âge de 18 ans. Les bénéficiaires souffrant d'«hyperinsulinisme» avec hypoglycémies sont assimilés à ces bénéficiaires diabétiques. Les patients souffrant d'hypoglycémie organique (par exemple, suite à une nésioblastose ou une insulinome) y sont également assimilés à titre préventif.

§ 2. À partir de l'âge de 16 ans, l'accompagnement d'un bénéficiaire peut être transféré à un service hospitalier qui accompagne les patients dans le cadre de la convention générale de rééducation en matière d'autogestion de patients atteints du diabète. Cette décision de transfert doit toujours être prise d'un commun accord entre le bénéficiaire lui-même, l'équipe de diabétologie infantile ainsi que l'équipe liée au service hospitalier qui accompagne les patients dans le cadre de la convention générale de rééducation en matière d'autogestion des patients atteints de diabète sucré.

§ 3. Le bénéficiaire diabétique ayant déjà atteint l'âge de 18 ans ou ayant plus de 18 ans, peut exceptionnellement bénéficier d'une prise en charge dans le cadre de la présente convention à la condition qu'il ait déjà suivi un programme de rééducation fonctionnelle au sein de «l'établissement de rééducation» avant l'âge de 18 ans et ce, sans autre limitation pour tout bénéficiaire considéré comme personne handicapée mentale. Dans tous les autres cas, cette situation est autorisée jusqu'à l'âge de 20 ans sans justification explicite. A partir de 20 ans, l'opportunité de cette exception doit être commentée dans le cadre de la demande individuelle de prise en charge de la rééducation fonctionnelle, cette exception pouvant être motivée par des raisons psychologiques et une maturité insuffisante (= absence d'autonomie au niveau thérapeutique) ainsi que par d'autres motifs. De plus, le nombre de patients âgés de 18 ans ou plus ne peut jamais représenter plus de 10 % de la patientèle de l'établissement de rééducation.

§ 4. Les patients visés dans la présente convention sont les patients ambulatoires qui ne sont pas hospitalisés.

Toutefois, les patients admis dans l'établissement hospitalier avec lequel la présente convention a été conclue (*hospitalisation liée à leur diabète*) qui entament pour la première fois une autogestion du diabète ou un traitement pompe à insuline (*et qui, en vertu des dispositions de la présente convention entrent toujours en ligne de compte pour la poursuite de ces programmes après leur sortie de l'hôpital*) sont des bénéficiaires de la présente convention pendant leur hospitalisation (*en raison de l'éducation nécessaire donnée par l'équipe de diabétologie multidisciplinaire de l'établissement*), à partir du jour où commencent l'éducation à l'autogestion

ou l'éducation dans le cadre d'un programme pompe à insuline (*éducation donnée par l'équipe de diabétologie multidisciplinaire visée à l'article 7 de la présente convention*) et les mesures de glycémie requises (et le cas échéant, le traitement avec la pompe à insuline exigé), moyennant le respect en la matière des conditions supplémentaires suivantes :

- Cette hospitalisation ne peut pas excéder plus d'un mois à compter du jour où débute l'autogestion. (Cette période est définie comme suit : jour x du premier mois jusqu'au jour x -1 du mois suivant, le jour x représentant la date de début de l'autogestion.). Cette condition n'est pas valable pour le programme de pompe à insuline;
- À partir du jour où soit débute l'autogestion ou soit débute le programme de pompe à insuline et pendant le reste de son hospitalisation, le patient a des contacts directs chaque jour ouvrable avec au moins un praticien de l'art infirmier spécialisé en diabétologie ou avec un diététicien de l'équipe de diabétologie multidisciplinaire visée à l'article 7 ;
- À partir du jour où soit débute l'autogestion ou soit débute le programme de pompe à insuline et pendant le reste de son hospitalisation, le patient a été vu chaque jour ouvrable par le pédiatre de l'équipe de diabétologie multidisciplinaire visé à l'article 7 § 1^{er}.

Pour les bénéficiaires qui suivent déjà un programme d'autogestion ambulatoire et qui sont hospitalisés au cours dudit programme, les dispositions de l'article 13, § 4, de la présente convention sont d'application.

Les bénéficiaires qui suivent, dans le cadre de cette convention, un programme pompe à insuline et qui sont hospitalisés au cours dudit programme, dans n'importe quel établissement de soins (indépendamment de la durée de l'hospitalisation), sont aussi considérés pendant leur hospitalisation comme bénéficiaires de cette convention, si le traitement pompe à insuline est poursuivi pendant cette hospitalisation. Pour ces bénéficiaires, les dispositions de l'article 13 § 4 restent également valables.

PROGRAMME DE RÉÉDUCATION

Article 4.

Le but défini à l'article 2 sera atteint par «l'établissement de rééducation» par l'élaboration d'un programme de rééducation fonctionnelle adapté à chaque bénéficiaire individuel.

Une distinction est établie entre 2 types de programmes de rééducation fonctionnelle :

- le programme **d'autogestion** pour bénéficiaires diabétiques ou personnes assimilées
- le programme «**pompe à insuline**» pour bénéficiaires diabétiques chez qui un traitement de diabète intensif, conventionnel et correct ne permet pas une régulation suffisante et qui ont besoin d'une insulinothérapie par perfusion continue au moyen d'une pompe à insuline portable.

Les programmes de rééducation qui doivent chaque fois être adaptés sur mesure par «l'établissement de rééducation» à la situation de chaque bénéficiaire se composent obligatoirement des volets suivants :

- a) la formation et l'accompagnement continu du bénéficiaire et/ou de son entourage immédiat dans l'autogestion du diabète et éventuellement dans l'application de l'insulinothérapie par perfusion continue au moyen d'une pompe à insuline portable.
- b) l'accompagnement social et émotionnel du bénéficiaire et de son entourage immédiat.
- c) la mise à la disposition des enseignants et de la direction de l'école fréquentée par le

bénéficiaire de l'information nécessaire quant à la détection, la prévention et le traitement des complications aiguës du diabète. En outre, les enseignants seront informés et guidés pour discerner, comprendre et saisir de la façon la plus experte possible les problèmes de leur élève, liés à son affection, notamment sur le plan social et psychologique.

L'accompagnement visé aux points a), b) et c) se fera idéalement dans le milieu de vie du bénéficiaire. Si dans le cadre de cet accompagnement, des contacts sont pris avec des personnes concernées autres que les parents (avec l'école par exemple), il y a lieu d'en informer les parents et d'obtenir leur accord.

d) pour tous les bénéficiaires, la mise à disposition du matériel nécessaire à l'autosurveillance de la glycémie ⁽¹⁾, de la glycosurie et de la cétonurie, c'est-à-dire :

- un porte-lancettes ;
- des lancettes à raison d'une lancette par journée d'autosurveillance ;
- glycémie : une quantité de tiges pour le dosage de la glycémie correspondant, au nombre de prises de sang que chaque bénéficiaire doit effectuer, selon le pédiatre de l'établissement de rééducation (en concertation avec le bénéficiaire et éventuellement des tiers concernés), pour pouvoir assurer, dans toutes les circonstances, l'autogestion compte tenu des déterminations de la glycosurie ;
- glycosurie et cétonurie : une quantité de tiges pour le dosage semi-quantitatif de la glycosurie et pour la détection d'acétone qui, selon le pédiatre de l'établissement de rééducation (en concertation avec le bénéficiaire et éventuellement des tiers concernés), est suffisante pour assurer l'autogestion compte tenu des déterminations de la glycémie ;
- un lecteur de glycémie prêt à l'emploi, répondant aux besoins du patient et dont l'équipe de diabétologie aura vérifié la fiabilité.

Pour les bénéficiaires rééduqués à l'aide d'une pompe à insuline portable (programme «pompe à insuline»), une pompe à insuline portable prête à l'emploi doit également être mise à disposition, en ce compris les batteries nécessaires, le matériel portable ainsi que tous les accessoires jetables nécessaires (cathéter avec aiguille et matériel de fixation).

La mise à disposition de ce matériel doit se faire en présence du bénéficiaire, en même temps que le contrôle par l'équipe visée à l'article 7, des données de glycémie et de glycosurie enregistrées.

e) la mise en place d'une permanence téléphonique destinée à répondre aux appels des patients et de leur entourage immédiat, même en dehors des heures de consultation.

f) la mise en œuvre d'un réseau de soins urgents, en collaboration avec le bénéficiaire, son entourage immédiat et avec le médecin traitant, réseau qui, en cas d'urgence, doit pouvoir garantir un maximum de compétence diabétologique spécifique.

La mise en œuvre des volets e) et f) doit être communiquée par écrit au bénéficiaire et à son entourage immédiat.

Les six volets obligatoires visés dans le présent article doivent être assurés par l'équipe de

¹ L'autosurveillance de la glycémie, au sens de la présente convention, est définie comme la mesure, par le bénéficiaire diabétique lui-même, de sa glycémie au moyen d'un lecteur de glycémie.

diabétologie de l'établissement de rééducation.

La formation et l'accompagnement continu doivent se faire de concert avec le médecin traitant du bénéficiaire, le cas échéant, le médecin généraliste. Celui-ci recevra périodiquement un rapport comportant les résultats des consultations spécialisées et des visites dans le milieu de vie du bénéficiaire. S'il le désire, le médecin traitant peut en outre recevoir à tout moment toute information nécessaire au sujet de la prise en charge, en général ou pour un problème concret ponctuel, du diabète de son jeune patient.

Article 5.

Dans le cadre de la formation et de l'accompagnement continu du bénéficiaire dans l'autogestion du diabète sucré, une brochure personnalisée sera mise à la disposition des bénéficiaires. Elle pourra servir de «manuel» en vue d'atteindre le but visé dans la présente convention.

Cette brochure comprend, outre des informations concernant l'autogestion, tous les renseignements utiles - comme l'accessibilité lors d'un état d'urgence - concernant «l'établissement de rééducation» .

L'ÉTABLISSEMENT DE RÉÉDUCATION

Article 6.

§ 1^{er}. « L'établissement de rééducation » doit avoir en rééducation fonctionnelle régulière toujours au moins **60** enfants et/ou adolescents (de moins de 18 ans) diabétiques. La rééducation fonctionnelle régulière signifie que le bénéficiaire suit, au sein de «l'établissement de rééducation», un **programme de rééducation fonctionnelle** comportant au moins tous les quatre mois, un contact personnel entre lui et l'équipe de rééducation fonctionnelle.

Si «l'établissement de rééducation» ne satisfait plus à ce critère pendant deux années civiles consécutives, cela – après une évaluation démontrant que les perspectives ne sont pas meilleures – constituera un motif pour résilier la convention moyennant un préavis d'un an de telle manière à ce que «l'établissement de rééducation» puisse prendre toutes les mesures nécessaires pour garantir la continuité des soins.

§ 2. Les hôpitaux candidats qui souhaitent adhérer à cette convention et qui introduisent un dossier de demande après le 1^{er} novembre 2010 doivent, au moment du dépôt du dossier de demande de conclusion de la présente convention, déjà accompagner au moins 60 enfants et/ou adolescents dans le cadre de la convention générale en matière d'autogestion du diabète conclue avec l'hôpital candidat à l'adhésion. Ces enfants et ces adolescents doivent être accompagnés dans le cadre de la procédure de collaboration entre un centre de diabétologie infantile conventionné et un service général d'autogestion du diabète, comme prévu à l'article 13, § 8, de la convention sur le diabète chez les enfants et à l'article 15, § 10, de la convention générale en matière d'autogestion du diabète.

Le Collège des médecins directeurs peut éventuellement soumettre au Comité de l'assurance une proposition motivée de dérogation à cette condition s'il constate que les hôpitaux qui ont déjà conclu la présente convention refusent, pour des motifs injustifiés, de collaborer avec un hôpital candidat à l'adhésion selon les modalités prévues à l'article 13, § 8, de la convention sur le diabète chez les enfants et à l'article 15, § 10, de la convention générale en matière d'autogestion du diabète.

§ 3 . Par «service de diabétologie clinique et policlinique de l'enfant et de l'adolescent» au sens de la présente convention, on entend une équipe de diabétologie attachée à l'hôpital, qui dispose de l'infrastructure et de l'équipement nécessaires en vue d'atteindre le but recherché par la présente convention, tant au sein de «l'établissement de rééducation» que dans le milieu de vie du bénéficiaire, au moyen d'un programme de rééducation sur mesure.

L'ÉQUIPE DE DIABÉTOLOGIE MULTIDISCIPLINAIRE ET SON FONCTIONNEMENT

Article 7.

§ 1^{er}. L'équipe de diabétologie se compose d'une équipe pluridisciplinaire sous la direction d'au moins un pédiatre qui s'est spécialisé en endocrino-diabétologie des enfants et des adolescents (sa formation et sa pratique professionnelle doivent attester cette spécialisation) et qui possède par conséquent une vaste expérience en diabétologie. Ce pédiatre responsable assure personnellement la rééducation des bénéficiaires visés dans la présente convention, tant lors d'une hospitalisation que d'un traitement ambulatoire. Cela implique notamment qu'il garantit la compétence régulièrement actualisée des membres de l'équipe, aussi bien quant à la formation qu'à l'accompagnement du diabétique et ce, tant dans «l'établissement de rééducation» que dans le milieu de vie du bénéficiaire, et qu'il est associé à leur recrutement et sélection. En outre, il peut donner les instructions nécessaires aux autres membres de l'équipe pour la réalisation de ce programme de rééducation.

Outre le pédiatre, l'équipe de diabétologie se compose d'une équipe paramédicale composée d'un(e) ou de plusieurs :

- praticien(s) de l'art infirmier spécialisé(s) en diabétologie et chargé(s) de l'éducation à la santé de l'enfant ou de l'adolescent diabétique. Ces praticiens de l'art infirmier sont supposés avoir suivi une formation théorique approfondie sur le diabète chez les enfants et les adolescents et également avoir effectué un stage dans un service de pédiatrie spécifiquement destiné aux enfants et adolescents diabétiques.

C'est pourquoi le 1^{er} janvier 2016 au plus tard, ils sont censés pouvoir présenter un certificat sanctionnant une formation spécifique de praticien de l'art infirmier éducateur en diabétologie pour les enfants et les adolescents. La charge entraînée par cette formation doit être équivalente à l'actuelle formation d'éducateur spécialisé en diabétologie. L'obligation de présenter ce certificat pour le 1^{er} janvier 2016 vaut pour tous les praticiens de l'art infirmier qui travaillent dans le cadre de la présente convention avant le 1^{er} janvier 2013. Ceux qui entrent en service dans un établissement de rééducation à partir du 1^{er} janvier 2013 doivent pouvoir fournir cette preuve dans les trois ans suivant leur entrée en service au plus tard.

S'il n'est pas possible de suivre une formation spécifique de praticien de l'art infirmier éducateur en diabétologie pour les enfants et les adolescents (*la charge entraînée par cette formation devant être équivalente à l'actuelle formation d'éducateur spécialisé en diabétologie*), notamment dans le cas où une telle formation en français n'est pas organisée en Belgique, il suffit que les praticiens de l'art infirmier qui travaillent pour l'établissement de rééducation présentent avant les dates visées le certificat sanctionnant la formation générale d'éducateur spécialisé en diabétologie.

Chaque établissement de rééducation doit prendre les mesures nécessaires pour superviser le travail des praticiens de l'art infirmier actifs en leur sein mais qui ne peuvent pas encore produire le certificat nécessaire.

- diététicien(ne)s ayant une compétence régulièrement actualisée en diététique du diabète ;
- assistant(e)s sociaux(-ales) / infirmier(-ière)s sociaux(-ales) familiarisé(e)s avec la problématique sociale du diabète sucré ;
- psychologue(s) ayant une compétence particulière dans la prise en charge et le traitement de l'enfant ou de l'adolescent diabétique ;

- secrétaire(s).

Un psychiatre pour enfants ayant une compétence particulière dans la prise en charge et le traitement d'enfants et d'adolescents diabétiques peut également faire partie de l'équipe de diabétologie.

La compétence précitée ne concerne pas seulement les caractéristiques du diabète chez l'enfant et l'adolescent, mais également le contact avec les bénéficiaires visés et leurs proches tant dans «l'établissement de rééducation» que dans leur entourage.

§ 2. Le nombre total d'équivalents temps plein (ETP) dont l'équipe de diabétologie susmentionnée doit se composer est de 1,2 ETP minimum pour 60 patients âgés de moins de 18 ans qui sont accompagnés dans le cadre de la présente convention, à majorer de 0,05 ETP par 55 déplacements (au cours d'une même année civile) vers le lieu de vie du patient.

Pour ce cadre requis, seul le temps de travail consacré par les différents membres de l'équipe à l'accompagnement des patients prévu dans la présente convention peut être pris en considération, c'est-à-dire tant l'accompagnement direct (*contacts directs avec les patients et leur entourage, en ce compris le temps des consultations*) que l'accompagnement indirect (*concertation au sujet des patients, réunions d'équipe, guidance téléphonique, rapports, etc.*), et ce tant pour les patients ambulatoires que pour les patients hospitalisés. Le temps de travail consacré aux consultations de patients (ou aux soins dispensés aux patients) qui ne font pas partie des bénéficiaires de la présente convention ne peut donc pas être pris en considération pour atteindre le cadre requis de 1,2 ETP minimum par 60 patients âgés de moins de 18 ans. Le temps de travail consacré aux simples soins médicaux et infirmiers dispensés aux bénéficiaires hospitalisés de la présente convention ne peut pas non plus être pris en considération.

§ 3. Par discipline, le cadre total avancé de 1,2 ETP minimum par 60 patients âgés de moins de 18 ans doit se composer de :

- normalement 0,30 ETP pédiatre au minimum (dont seule la moitié est financée par le forfait de rééducation fonctionnelle ; l'autre étant sensée l'être via les consultations des bénéficiaires faisant partie du groupe cible de la convention) ;
- minimum 0,30 ETP infirmier ;
- minimum 0,12 ETP diététicien ;
- minimum 0,04 ETP assistant social/infirmier social ;
- minimum 0,10 ETP licencié en psychologie ;
- maximum 0,15 ETP secrétaire ;
- les 0,19 ETP (minimum) restants (à majorer de 0,05 ETP par 55 déplacements vers le lieu de vie du patient) peuvent être répartis librement entre les disciplines susmentionnées (à l'exception du secrétariat), en tenant compte de l'encadrement nécessaire sur le plan médico-thérapeutique selon le pédiatre responsable de l'établissement de rééducation.

§ 4. L'équipe active dans le cadre de la présente convention doit être adaptée proportionnellement en fonction du nombre effectif de patients âgés de moins de 18 ans qui suivent réellement un programme de rééducation fonctionnelle dans le cadre de la présente convention (tels que l'indiquent les chiffres de production reproduits à l'article 20). Afin d'éviter de multiples adaptations du cadre du personnel requis, l'établissement de rééducation peut toutefois se baser, afin d'obtenir la taille requise du cadre du personnel au cours d'une année civile déterminée, sur le nombre moyen de patients âgés de moins de 18 ans accompagnés dans le cadre de la présente convention au cours des deux années civiles complètes précédentes et sur le nombre moyen de déplacements vers le lieu de vie du patient au cours de ces années civiles. Le cadre du personnel ne doit être augmenté que si le nombre moyen de patients âgés de moins de 18 ans de ces 2 dernières années civiles complètes est supérieur de 10 % (avec un minimum de 20 patients) ou de 275 déplacements par année civile au nombre de patients âgés de moins de 18 ans et au nombre de déplacements sur lesquels la taille du cadre du personnel était basée jusqu'à présent.

§ 5. Comme il a déjà été mentionné, l'établissement de rééducation doit normalement disposer d'au moins 0,30 ETP pédiatre (dont seule la moitié est financée par le forfait de rééducation fonctionnelle) par 60 patients âgés de moins de 18 ans (à adapter proportionnellement en fonction du nombre réel de patients âgés de moins de 18 ans). L'établissement peut toutefois convertir au maximum la moitié de cet encadrement médical en personnel paramédical

supplémentaire appartenant aux autres disciplines prévues (à l'exception du secrétariat). Cette conversion de personnel médical en personnel paramédical doit être effectuée de façon proportionnelle, en tenant compte de l'ampleur de l'encadrement médical non rempli et en partant du principe que chaque 0,1 ETP pédiatre non rempli doit être converti en 0,1319 ETP personnel supplémentaire d'autres disciplines. En ce qui concerne d'une part, l'éventuelle décision de convertir une partie de l'encadrement pédiatrique prévu en personnel paramédical supplémentaire, et d'autre part, le cas échéant, la façon de remplir ce personnel paramédical supplémentaire (le choix des disciplines), il y a lieu de tenir compte de l'encadrement nécessaire sur le plan médico-thérapeutique selon le pédiatre responsable de l'établissement de rééducation. En ce qui concerne l'encadrement pédiatrique qui reste et qui n'est pas converti en personnel paramédical supplémentaire, la moitié est financée par le forfait de rééducation fonctionnelle, l'autre étant sensée l'être via les consultations des bénéficiaires faisant partie du groupe cible de la convention.

§ 6. Pour les nouveaux établissements de rééducation adhérant à la présente convention, l'équipe de démarrage doit proportionnellement correspondre au nombre de patients âgés de moins de 18 ans que l'établissement suit à la date d'entrée en vigueur de la convention.

Dans ce contexte, il n'est pas possible de tenir compte de moins de 60 patients. L'équipe de démarrage ne peut donc jamais être inférieure à l'encadrement minimum de 1,2 ETP requis en vertu des dispositions de l'article 7 § 2.

Si, au terme de la première année civile complète d'application de la convention, le nombre de patients âgés de moins de 18 ans qui suivent effectivement un programme de rééducation dans le cadre de la présente convention (tels que l'indiquent les chiffres de production reproduits à l'article 20 de la présente convention) est supérieur au nombre de patients qui a été pris comme base pour fixer l'équipe de démarrage, cet encadrement doit être adapté au plus tard à ce moment au nombre réel de patients comptabilisés à la fin de cette première année civile. Pour les années suivantes, les dispositions du § 4 du présent article sont d'application.

Pour les établissements de rééducation qui ont déjà signé l'ancienne convention de rééducation en matière d'autogestion du diabète sucré chez les enfants et les adolescents (notamment la convention qui était d'application jusqu'au 31 décembre 2010), l'équipe de rééducation doit être proportionnelle au nombre de patients âgés de moins de 18 ans qui ont été suivis dans le cadre de l'ancienne convention. Une adaptation de cette équipe doit être opérée conformément aux dispositions du § 4 du présent article.

§ 7. Pour l'application des dispositions du présent article relatif à la taille de l'équipe de diabétologie dont l'établissement de rééducation doit disposer, l'établissement de rééducation peut, s'il le souhaite, comptabiliser à concurrence de la moitié les patients que, dans le cadre de la procédure de collaboration visée à l'article 13, § 8, il suit conjointement avec un service hospitalier ayant conclu la convention générale de rééducation en matière d'autogestion des patients atteints de diabète sucré. Comme déjà mentionné dans cet article, l'équipe ne peut jamais être plus petit que l'encadrement minimale fixé à 1,2 ETP.

Par contre, pour l'application des dispositions de l'article 6 relatives au nombre minimum requis de 60 patients que l'établissement de rééducation doit prendre en charge, les patients qui sont suivis dans le cadre de la procédure de collaboration sont comptabilisés en tant que patients à part entière de l'établissement de rééducation.

§ 8. « L'établissement de rééducation » doit tenir en permanence un relevé des membres de l'équipe qu'il occupe réellement. Cet aperçu doit à tout moment indiquer, qui fait partie de l'équipe de « rééducation fonctionnelle », 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.

§ 9. 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 (les médecins inclus) 1 ETP est assimilé à un temps de travail de 38 heures et qu'une même personne ne peut jamais faire partie du cadre requis aux termes de la présente convention pendant plus d'1 ETP.

Tant que l'établissement de rééducation, conformément aux dispositions du présent article, n'est pas obligé d'employer plus de 0,5 ETP pédiatre, la fonction de pédiatre ayant une compétence et une expérience particulières en diabétologie ne peut jamais être fractionnée entre plusieurs pédiatres. Dans le cas où l'établissement de rééducation emploie plus de 0,5 ETP pédiatre ayant une compétence et une expérience particulières en diabétologie, le pédiatre responsable doit travailler au moins 0,5 ETP pour l'établissement de rééducation.

Le non-respect du cadre requis au cours d'une année civile déterminée peut, à condition que l'établissement de rééducation ait eu la possibilité d'en exposer les raisons, donner lieu à une résiliation de la présente convention et/ou, à titre de sanction pour l'établissement de rééducation (sur la base d'une décision du Comité de l'assurance), à une récupération d'un pourcentage de l'intervention de l'assurance dans les prestations de rééducation versées 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 de rééducation s'engage dans ce cas à ne pas facturer aux patients la partie récupérée des prestations de rééducation fonctionnelle.

§ 10. La rééducation fonctionnelle régulière n'implique pas nécessairement que le bénéficiaire suit, en raison de son diabète, un traitement médical exclusivement dispensé par le pédiatre visé au § 1.

Si un bénéficiaire est principalement traité pour son diabète par un médecin qui n'est pas rattaché à «l'établissement de rééducation», les médecins concernés doivent prendre les dispositions nécessaires afin que le volet traitement tout comme le volet rééducation fonctionnelle puissent fonctionner d'une façon harmonieuse.

Dans ce cas, le médecin traitant fait partie de l'équipe pluridisciplinaire en ce qui concerne son patient. Étant donné toutefois, que le médecin-diabétologue de l'équipe de diabétologie demeure toujours responsable de la rééducation fonctionnelle du bénéficiaire, il décide en dernière instance si les conditions de celle-ci sont respectées. Si tel n'est pas le cas, la procédure prévue à l'article 11, § 3, sera suivie.

Article 8.

Consultations multidisciplinaires

Toutes les disciplines de l'équipe multidisciplinaire doivent être accessibles pendant les heures de consultation, sauf si certaines disciplines n'en ont pas la possibilité en raison du nombre d'heures de consultation trop élevé par rapport au nombre d'heures de travail prévu pour une discipline déterminée. Dans ce dernier cas, l'horaire de travail des membres de l'équipe concernée doit être adapté afin d'accroître au maximum leur disponibilité pendant les consultations à l'égard des patients pour lesquels une intervention a été indiquée.

En outre, si pour un patient, un contact avec un praticien d'une des disciplines représentées dans l'équipe de diabétologie et mentionnées à l'article 7, § 1^{er}, est indiqué, il est attendu de l'établissement de rééducation qu'il puisse s'organiser pour veiller à ce que ce contact, s'il ne peut pas avoir lieu immédiatement, puisse au moins se réaliser dans le cadre de la prochaine consultation du patient. Pour ce faire, l'établissement organisera au moins deux demi-journées de consultations multidisciplinaires (de trois heures à chaque fois) par mois pendant lesquelles les praticiens de toutes les disciplines visées à l'article 7, § 1^{er}, sont effectivement à la disposition des patients. Concernant le diététicien, le psychologue, l'assistant social et l'infirmier social, cette exigence de disponibilité (sans préjudice de l'article 7, § 2, alinéa 2) n'implique toutefois pas que

pendant les consultations multidisciplinaires, ces membres de l'équipe ne peuvent effectuer des activités que dans le cadre de la présente convention. Ce principe de consultations multidisciplinaires n'implique pas non plus que les patients soient obligés dans tous les cas d'avoir des contacts avec les praticiens des différentes disciplines.

Accessibilité – disponibilité

L'équipe de diabétologie doit, même en dehors des heures de consultation, organiser une permanence téléphonique afin de répondre aux appels des patients et de leurs proches.

L'équipe de diabétologie doit au moins prendre les mesures d'organisation nécessaires concernant le service d'urgence de l'hôpital auquel elle est rattachée de manière à garantir une disponibilité permanente (24 heures sur 24, 7 jours sur 7) des médecins et paramédicaux en vue de garantir au bénéficiaire la continuité de la prise en charge.

Unicité du fonctionnement

L'équipe pluridisciplinaire doit se réunir au moins une fois par mois.

Pour chaque réunion, est établi un rapport qui comporte la liste des participants, le nom des bénéficiaires dont le cas a été discuté et les sujets généraux qui ont été traités.

Si, pour son diabète, le bénéficiaire est traité principalement par un médecin autre que le pédiatre de «l'établissement de rééducation», ce médecin traitant peut assister à chaque réunion de l'équipe pluridisciplinaire de rééducation fonctionnelle pendant laquelle le cas de son patient est discuté. Il est invité à temps par écrit à ladite réunion.

Il est pris note de toute intervention en faveur de chaque bénéficiaire qui est prise en charge dans le cadre de la présente convention, prioritairement pour l'accompagnement thérapeutique et rééducatif, y compris celle au niveau de l'équipe pluridisciplinaire mais aussi en vue de l'évaluation médico-administrative du fonctionnement de la convention.

Il est loisible à «l'établissement de rééducation» élaborer un système d'enregistrement en vue de réaliser ces deux objectifs. Il tiendra toutefois compte des remarques éventuelles formulées par le Service des soins de santé en ce qui concerne le second objectif.

Infrastructure et équipement

«L'établissement de rééducation» dispose des espaces de consultation et d'entretien individuels nécessaires, d'un espace de rencontre pour les sessions de groupe, d'une salle de réunion et d'un secrétariat où les dossiers de rééducation fonctionnelle individuelle sont gardés à la disposition de l'équipe pluridisciplinaire et du service d'urgence.

«L'établissement de rééducation» dispose en outre du matériel de démonstration et d'instruction nécessaire à l'autogestion afin de pouvoir assurer de façon optimale la formation et l'accompagnement continu des bénéficiaires.

PROGRAMMATION

Article 9.

Afin que les établissements de rééducation adhérant à la présente convention puissent disposer d'une expertise et d'une expérience suffisantes en matière de traitement d'enfants et d'adolescents diabétiques, la présente convention ne peut être conclue qu'avec un établissement hospitalier par province comptant moins de 600.000 habitants, avec maximum deux établissements hospitaliers par province comptant plus de 600.000 et moins de 1.000.000 d'habitants et avec maximum trois établissements hospitaliers dans les provinces comptant plus de 1.000.000 d'habitants. Pour l'application de ces dispositions, la Région de Bruxelles-Capitale est considérée comme une province.

DEMANDE PAR LE BÉNÉFICIAIRE D'UNE INTERVENTION DANS LE COÛT DU PROGRAMME DE RÉÉDUCATION FONCTIONNELLE

Article 10.

§ 1^{er}. En vertu des dispositions de l'article 138, 2^o, b) de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, la rééducation d'un bénéficiaire ne peut être prise en considération pour le remboursement par l'assurance obligatoire soins de santé que lorsque le médecin-conseil a émis un avis favorable au sujet de la prise en charge de la rééducation du bénéficiaire.

§ 2. La période de prise en charge accordée par le médecin-conseil sur la base d'une seule demande individuelle de prise en charge ne peut excéder 5 ans. Au terme de cette période accordée, la prise en charge peut toutefois toujours être prolongée, éventuellement pour une nouvelle période de 5 ans, à condition que le bénéficiaire remplisse encore les conditions de l'article 3 de la présente convention. Si le bénéficiaire atteint l'âge de 18 ans pendant une période accordée de plus d'un an et de 5 ans maximum, la période est écourtée jusqu'au jour mentionné à l'article 13, § 4, alinéa 2, c'est-à-dire le jour x-1 du mois qui précède le mois de son 18^e anniversaire. À partir de 18 ans, la période de prise en charge accordée ne peut excéder 1 an.

§ 3. Seules sont prises en considération pour le remboursement les prestations telles qu'elles sont définies dans la présente convention, qui ont effectivement lieu dans la période de rééducation accordée par le médecin-conseil et dont les modalités supplémentaires fixées par le médecin-conseil sont respectées.

§ 4. Un programme de rééducation approuvé par le médecin-conseil pour un bénéficiaire déterminé concerne toujours soit le programme d'autogestion soit le programme «pompe à insuline». Si, pour un bénéficiaire, on passe d'un programme d'autogestion à un programme «pompe à insuline» ou l'inverse, une nouvelle demande de prise en charge doit être introduite.

Article 11.

§ 1^{er}. Une demande de prise en charge de la rééducation par l'assurance obligatoire soins de santé doit être introduite par le bénéficiaire conformément aux dispositions prévues à l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

«L'établissement de rééducation» s'engage à assister le bénéficiaire lors de l'introduction des demandes.

§ 2. L'arrêté royal cité au § 1^{er} prévoit, entre autre, que le bénéficiaire doit introduire la demande de prise en charge au moyen du modèle approuvé par le Comité de l'assurance. Le rapport médical qui doit être joint en annexe au formulaire de demande, doit être rédigé par le médecin visé à l'article 7, selon un modèle approuvé par le Collège des médecins-directeurs après avis du Conseil d'accord mentionné à l'article 19 de la présente convention.

§ 3. L'intervention pour le programme individuel au sujet duquel le médecin-conseil a pris une décision favorable prend fin :

- dès que le bénéficiaire est pris en charge dans le cadre d'une convention type de rééducation fonctionnelle relative à l'autogestion du diabète sucré conclue avec un autre «établissement de rééducation». Il appartient au bénéficiaire de notifier au moins 1 mois préalablement sa décision à cet égard à «l'établissement de rééducation». Au cas où des prestations de rééducation seraient portées en compte indûment par «l'établissement de

rééducation» par suite d'une notification tardive ou d'une absence de notification par le bénéficiaire de ladite décision, c'est ce dernier qui devra rembourser lui-même ces prestations à «l'établissement de rééducation». Le bénéficiaire doit être également averti de cette disposition (de préférence par écrit).

- si un «établissement de rééducation» décide de ne plus prendre un bénéficiaire en rééducation. Cette décision doit être notifiée en temps voulu au bénéficiaire. Au cas où cette décision découle du fait que le pédiatre de «l'établissement de rééducation», qui ne traite pas lui-même le diabète du bénéficiaire, estime que la rééducation ne s'harmonise plus avec le traitement, il en informe d'abord le médecin traitant concerné.

LA PRESTATION DE RÉÉDUCATION - DÉFINITION, PRIX ET HONORAIRES

Article 12.

La prestation susceptible d'être prise en charge par l'assurance obligatoire soins de santé correspond, sur une base mensuelle (ou sur une base journalière pour les bénéficiaires âgés de 18 ans ou plus qui suivent un programme «pompe à insuline»), à la mise à exécution des six volets obligatoires de tout programme de rééducation, volets décrits à l'article 4.

Si, pour les patients âgés de moins de 18 ans, les volets a), b) et c) mentionnés à l'article 4 sont réalisés dans le milieu de vie du bénéficiaire, une prestation distincte supplémentaire peut être attestée pour le jour au cours duquel des prestations ont effectivement été effectuées dans le milieu de vie du patient pour la réalisation de ces volets du programme de rééducation fonctionnelle, et qui couvre en outre, de manière forfaitaire, les frais y afférents occasionnés lors du déplacement vers le milieu de vie du patient. Pour les patients de 18 ans ou plus, cette prestation ne peut jamais être portée en compte. Dans ce contexte, l'accompagnement et l'information par téléphone (ou par voie électronique) ne peuvent jamais être considérés comme des prestations effectuées dans le milieu de vie du patient.

Les consultations ou visites – ces dernières ne s'effectuant qu'en concertation et avec l'accord du médecin traitant, le cas échéant, du médecin généraliste – des médecins faisant partie de l'équipe de diabétologie ne sont pas comprises dans la prestation de rééducation et peuvent donc être attestées en dehors du cadre de la présente convention.

Article 13.

§ 1^{er}. Le montant des prix et honoraires couvrant les prestations prévues à l'article 12 est fixé forfaitairement à :

- 176,68 EUR (dont 105,8696 EUR indexables) par mois de prestation effective pour le programme d'autogestion des patients diabétiques ou des personnes assimilées ;
- 375,31 EUR (dont 105,8696 EUR indexables) par mois de prestation effective pour les bénéficiaires qui suivent le programme «pompe à insuline» ;

La composition de ces montants est reproduite à l'annexe I a du document mentionné.

Le montant forfaitaire qui couvre les frais de déplacement liés à l'information et à l'accompagnement dans le milieu de vie du bénéficiaire est fixé à 63,27 EUR (entièrement indexable) par jour où des interventions ont été effectuées dans le milieu de vie du bénéficiaire. La composition de ce montant est reproduite à l'annexe I b du document mentionné.

§ 2. Pour les bénéficiaires visés à l'article 3, § 3 (bénéficiaires âgés de 18 ans ou plus, le mois de

rééducation complet doit se situer après le 18^e anniversaire), le montant des prix et des honoraires qui couvre les prestations visées à l'article 12, est égal aux montants forfaitaires prévus à cet effet dans la «Convention (générale) de rééducation en matière d'autogestion du diabète sucré» et la «Convention de rééducation en matière d'insulinothérapie par perfusion continue à domicile à l'aide d'une pompe à insuline portable» :

- pour les bénéficiaires diabétiques ou les personnes assimilées qui suivent le programme d'autogestion, ces forfaits s'élèvent donc à :
 - 115,67 EUR (dont 44,86 EUR indexables) par mois de prestation effective pour les bénéficiaires recevant 3 administrations d'insuline ou plus par nycthémère ou porteurs d'une pompe à insuline portable ou implantée, qui font 4 mesures de glycémie par jour avec un minimum de 120 par mois grâce à une éducation intensive à l'autogestion du diabète prodiguée par l'équipe de diabétologie ;
 - 66,66 EUR (dont 34,33 EUR indexables) par mois de prestation effective pour les bénéficiaires recevant 3 administrations d'insuline ou plus par nycthémère, qui gèrent eux-mêmes leur diabète en fonction des valeurs de glycémie qu'ils ont mesurées eux-mêmes et qui font 4 mesures de glycémie par jour à cet effet, à raison de 4 courbes de glycémie journalières par semaine ;
 - 26,67 EUR (dont 12,73 EUR indexables) par mois de prestation effective pour les bénéficiaires recevant 2 administrations d'insuline ou plus par nycthémère, qui recourent à l'autosurveillance pour contrôler leur diabète, détecter et corriger à temps tout dérèglement et qui effectuent 2 courbes de glycémie journalière (avec chaque fois 4 mesures) par semaine à cet effet. Les patients souffrant d'hypoglycémie organique (par exemple, suite à une nésioblastose ou une insulinome) y sont assimilés à titre préventif.
- pour les bénéficiaires qui suivent le programme «pompe à insuline», les prix et honoraires s'élèvent à 7,41 EUR par jour (dont 6,53 EUR pour la composante «matériel», 0,7999 EUR pour la composante «accompagnement» et 0,0799 EUR pour l'intervention dans les frais de fonctionnement). Sur le montant de 7,41 EUR, seul le montant de 0,8799 EUR est indexable.

§ 3. En ce qui concerne les bénéficiaires visés à l'article 3, § 3 (bénéficiaires âgés de 18 ans ou plus, le mois de rééducation complet doit se situer après le 18^e anniversaire), un forfait pour le programme d'autogestion et un forfait pour le programme «pompe à insuline» réalisés dans le cadre de la présente convention et visés par le présent article peuvent être cumulés par mois et par bénéficiaire parce que le coût de l'autogestion prévu dans le cadre de la convention (générale) de rééducation en matière d'autogestion du diabète sucré pris comme base dans la fixation du prix de la présente convention ne couvre pas le prix prévu du programme pompe à insuline et inversement.

Pour tous les autres bénéficiaires visés par la présente convention, un forfait pour le programme d'autogestion et un forfait pour le programme pompe à insuline ne peuvent jamais être cumulés par mois et par bénéficiaire parce que le coût du programme pompe à insuline comprend déjà le coût relatif à l'autogestion.

§ 4. Les montants fixés au présent article ne peuvent être payés à «l'établissement de rééducation» que si le mois ou le jour se situe dans la période pour laquelle le médecin-conseil a accordé un programme individuel.

En ce qui concerne les forfaits mensuels, un mois de prestation effective doit être compté à partir du jour x d'un mois civil jusqu'au jour x -1 inclus du mois civil suivant.

Chaque mois de prestation effective qui a débuté depuis au moins 15 jours peut donner lieu au remboursement du montant fixé dans le présent article.

Si au cours d'un mois déterminé de prestation effective, le bénéficiaire a été hospitalisé pendant une période de 30 jours au maximum, le montant fixé dans le présent article reste dû.

Si au cours d'un mois déterminé de prestation effective, un bénéficiaire qui suit le programme d'autogestion a été hospitalisé pendant une période de plus de 30 jours, il y a lieu d'appliquer la règle des 15 jours sur le nombre de jours précédant l'hospitalisation et les mois suivants de prestation effective doivent être comptés à partir du jour qui suit la sortie de l'intéressé de l'hôpital.

Pour les bénéficiaires qui n'ont pas encore atteint l'âge de 18 ans et qui suivent le programme pompe à insuline, le forfait reste dû dans le cas d'une hospitalisation intercurrente et ce indépendamment de la durée de celle-ci.

Pour les bénéficiaires à partir de l'âge de 18 ans, pendant une hospitalisation intercurrente, seul le forfait d'un programme pompe à insuline peut continuer à être porté en compte d'une façon illimitée. Pour ces bénéficiaires, le forfait d'autogestion remboursable distinctement ne peut être porté en compte que si la durée d'hospitalisation ne dépasse pas les 30 jours.

§ 5. La partie indexable des prix et honoraires fixés au § 1^{er} et au § 2 du présent article est liée à l'indice pivot 112,72 (septembre 2010, base 2004) des prix à la consommation. Cette partie indexable est adaptée selon les dispositions de la loi du 1^{er} mars 1977 organisant un régime de liaison à l'indice des prix à la consommation du Royaume de certaines dépenses dans le secteur public.

§ 6. «L'établissement de rééducation» s'engage à ne pas réclamer aux bénéficiaires de supplément pour les prestations couvertes par le forfait fixé au § 1^{er} du présent article, et à mettre à leur disposition tout le matériel nécessaire de sorte que les bénéficiaires ne doivent jamais acquérir la totalité ou une partie du matériel visé à l'article 4, d).

Les prix visés ne comprennent toutefois pas les prestations des médecins prévues à la nomenclature des prestations de santé, ni les traitements psychothérapeutiques individuels systématiques dispensés par un psychologue ou les traitements de podologie, indépendamment du fait que le psychologue et/ou le podologue appartiennent ou non à l'équipe de diabétologie.

§ 7. Le montant de l'intervention de l'assurance est porté en compte par «l'établissement de rééducation» à l'organisme assureur du bénéficiaire obligatoirement sur la base de la bande magnétique de l'établissement hospitalier dont «l'établissement de rééducation» fait partie (facturation électronique obligatoire). Au moins une fois par année civile, «l'établissement de rééducation» fournit au/ à la bénéficiaire un récapitulatif de ce qu'il a porté en compte pour lui/elle à l'organisme assureur.

§ 8. Un bénéficiaire de moins de 18 ans peut – *d'un commun accord entre le bénéficiaire et les deux établissements concernés et sous la responsabilité finale du pédiatre de l'établissement de rééducation ayant conclu la présente convention* – être suivi à la fois par l'établissement de rééducation et un service hospitalier qui accompagne les patients dans le cadre de la convention générale de rééducation en matière d'autogestion des patients atteints de diabète sucré.

Les modalités de cet accompagnement commun doivent être fixées d'un commun accord entre le bénéficiaire et les deux établissements concernés et sous la responsabilité finale du pédiatre de l'établissement de rééducation ayant conclu la présente convention. A cet effet, il y a lieu de régler entre eux :

- La fréquence et le lieu des consultations et des contacts avec les équipes d'éducation au diabète des deux établissements concernés ;
- Les visites éventuelles dans le milieu de vie du bénéficiaire ;

- L'organisation de la mise à disposition du matériel nécessaire à l'autosurveillance ;
- Le type de matériel donné et la quantité du matériel donné ;
- L'échange d'information mutuel ;
- Le contenu de l'accompagnement.

Ces modalités peuvent à tout moment être adaptées sur base d'une concertation commune et sous la responsabilité finale du pédiatre de l'établissement de rééducation ayant conclu la présente convention.

Le pédiatre responsable de l'établissement de rééducation ayant conclu la présente convention doit toujours veiller à ce que le programme de rééducation fonctionnelle du bénéficiaire satisfasse à toutes les conditions de l'article 4 de la présente convention.

L'établissement de rééducation avec lequel la présente convention a été conclue est en tout cas censé offrir lui-même dans ses locaux l'éducation de départ pour les nouveaux patients récemment diagnostiqués.

En outre, le pédiatre responsable de l'établissement de rééducation ayant conclu la présente convention doit réaliser pour chaque bénéficiaire concerné au moins une consultation par an ; à cette occasion, ce bénéficiaire doit également avoir un contact avec un praticien de l'art infirmier et/ou un diététicien faisant partie de l'équipe de diabétologie de l'établissement de rééducation visée à l'article 7. D'un point de vue médical, ce minimum d'une consultation et d'un contact par an n'a aucun caractère indicatif. Il appartient au pédiatre responsable de l'établissement de rééducation ayant conclu la présente convention, d'examiner le nombre de consultations et de contacts nécessaires.

L'établissement de rééducation s'engage à verser un montant de 43,47 EUR par forfait attesté dans le cadre de la présente convention au service hospitalier ayant conclu la convention générale de rééducation fonctionnelle, afin de payer son rôle dans l'accompagnement du patient. Ce montant mentionné de 43,47 EUR est entièrement indexable et est indexé conformément aux modalités précisées au § 5.

Dans le cas où l'établissement hospitalier ayant conclu la convention générale de rééducation fonctionnelle met également tout le matériel nécessaire ou une partie du matériel nécessaire à la disposition du bénéficiaire et ce conformément à ce qui a été convenu entre les deux établissements concernés, les deux établissements concernés doivent également régler entre eux le remboursement de ce matériel.

Les montants dus pour l'accompagnement et, le cas échéant, pour le matériel, seront versés au moins une fois par an par l'établissement de rééducation ayant conclu la présente convention.

L'établissement de rééducation avec lequel la présente convention a été conclue est censé introduire, pour les bénéficiaires concernés, une demande de prise en charge (comme visée aux articles 10 et 11 de la présente convention). Cette demande vaut pour l'accompagnement commun par les deux établissements concernés. L'établissement hospitalier ayant conclu la convention générale de rééducation fonctionnelle ne doit donc pas introduire lui-même une demande de prise en charge.

L'établissement de rééducation avec lequel la présente convention a été conclue est également censé porter en compte aux organismes assureurs, pour les bénéficiaires concernés, les forfaits remboursables dans le cadre de la présente convention, et ce pour toute la période de rééducation pendant laquelle les deux établissements concernés suivent ensemble un bénéficiaire. L'établissement hospitalier ayant conclu la convention générale de rééducation fonctionnelle ne peut donc jamais porter en compte lui-même à l'organisme assureur du bénéficiaire ni les prestations dans le cadre de la présente convention, ni les prestations dans le cadre de sa propre convention générale de rééducation fonctionnelle.

§ 9. Le non-respect des dispositions du § 6 du présent article est considéré comme une faute grave.

RÈGLES DE CUMUL

Article 14.

Un programme réalisé dans le cadre de la présente convention ne peut jamais être cumulé avec un programme réalisé par un service hospitalier qui accompagne les patients dans le cadre de la convention générale de rééducation en matière d'autogestion des patients atteints de diabète sucré. Un forfait porté en compte à l'organisme assureur du bénéficiaire dans le cadre de la présente convention ne peut donc jamais être cumulé avec un forfait prévu dans le cadre de la convention générale de rééducation en matière d'autogestion des patients atteints de diabète sucré.

Un programme réalisé dans le cadre de la présente convention ne peut jamais être cumulé non plus avec un programme proposé au même bénéficiaire par un autre service hospitalier qui a conclu la présente convention en matière d'autogestion du diabète sucré chez les enfants et les adolescents.

Article 15.

Un programme réalisé dans le cadre de la présente convention ne peut jamais être cumulé avec un programme réalisé 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. Un forfait porté en compte à l'organisme assureur du bénéficiaire dans le cadre de la présente convention ne peut donc jamais être cumulé avec un forfait prévu 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.

Article 16.

Les bénéficiaires visés à l'article 3, § 3 (bénéficiaires âgés de 18 ans ou plus; le mois de rééducation complet doit se situer après le 18^e anniversaire) qui suivent un programme d'autogestion et un programme pompe à insuline dans le cadre de la présente convention peuvent cumuler par mois les forfaits prévus à l'article 13, § 2, pour ces deux programmes aussi longtemps que ce bénéficiaire suit tant le programme d'autogestion que le programme pompe à insuline mentionnés dans la présente convention.

Article 17

§1. La prise en charge d'un programme réalisé dans le cadre de la présente convention peut être cumulée avec d'autres programmes de rééducation proposés par des établissements de rééducation qui ont conclu une convention de rééducation avec le Comité de l'assurance, sauf si la convention de rééducation signée avec l'établissement en question interdit explicitement le cumul avec les programmes prévus dans la présente convention.

Pour continuer à réaliser des programmes remboursables dans le cadre de la présente convention pour des bénéficiaires qui séjournent dans la section internat d'un autre établissement de rééducation, les bénéficiaires doivent consulter un pédiatre de l'équipe de diabétologie au moins tous les 6 mois. Par conséquent, pour des bénéficiaires qui séjournent dans la section internat d'un autre établissement de rééducation, le remboursement des prestations dans le cadre de la présente convention peut être suspendu six mois après la dernière consultation d'un pédiatre faisant partie de l'équipe de diabétologie visée à l'article 7 de la présente convention, et ce jusqu'à la date de la consultation suivante.

§2. La prise en charge d'un programme dans le cadre de la présente convention ne peut jamais être cumulée avec la prise en charge de la « deuxième prestation de rééducation » réalisée par un centre de référence conventionné pour les maladies métaboliques monogéniques héréditaires rares (numéro d'identification 7.89.0xx.xx), «étant donné que cette « deuxième prestation de

rééducation » rembourse spécifiquement le matériel nécessaire pour l'autosurveillance de la glycémie ainsi que l'éducation.

CONTRÔLE DE LA QUALITÉ

Article 18.

§ 1^{er}. 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.

§ 2. L'initiative visée au § 1^{er} à laquelle participe l'établissement répond aux conditions suivantes :

- elle est financée partiellement par les prix et honoraires fixés dans l'article 13 à raison de 0,2601 EUR par forfait;
- tout apport financier extérieur (dans le financement de l'initiative en matière du contrôle de la qualité), en particulier celui d'entreprises actives sur le plan du diagnostic ou du traitement du diabète ou de fondations créées par lesdites entreprises doit être rendu public;
- un représentant du Collège des médecins-directeurs est membre de l'organe de gestion mais ne dispose pas du droit de vote. Aucun membre de cet organe de gestion n'est rémunéré. Aucun mandat de l'organe de gestion ne peut être assuré par des personnes directement ou indirectement attachées aux entreprises ou aux fondations visées ci-dessus;
- les résultats globaux de la collecte de données sont transmis périodiquement à titre d'information et pour avis au Conseil d'accord visé à l'article 19 de la présente convention et au Comité de l'assurance du Service des soins de santé.

CONSEIL D'ACCORD

Article 19.

§ 1^{er}. Le pédiatre responsable de «l'établissement de rééducation» est membre du Conseil d'accord en matière d'autogestion du diabète chez les enfants et les adolescents.

Ce Conseil d'accord constitue une section distincte du Conseil d'accord prévu dans le cadre de la convention générale de rééducation en matière d'autogestion des patients atteints de diabète sucré. La section « Conseil d'accord en matière d'autogestion du diabète chez les enfants et les adolescents » peut déléguer trois représentants au Conseil d'accord prévu dans le cadre de la convention générale de rééducation en matière d'autogestion des patients atteints de diabète sucré.

§ 2. Le Conseil d'accord en matière d'autogestion du diabète est un organe fonctionnel composé, d'une part, des membres du Collège des médecins-directeurs du Service des soins de santé de l'INAMI et, d'autre part, des pédiatres responsables de tous les «établissements de rééducation» conventionnés en matière d'autogestion du diabète chez les enfants et les adolescents. Le Conseil d'accord est présidé par le Président du Collège des médecins-directeurs.

§ 3. Le Conseil d'accord en matière d'autogestion du diabète chez les enfants et les adolescents a pour mission de veiller à ce que les objectifs tels que mentionnés à l'article 2 de la présente convention de rééducation soient réalisés, de contribuer au contrôle de la qualité, aussi bien au niveau du patient individuel et des «établissements de rééducation» conventionnés qu'en ce qui concerne le système même d'intervention dans les frais d'autogestion du diabète, dans le strict respect, évidemment, de la vie privée à tous les niveaux. Un des principes de fonctionnement du Conseil d'accord consiste – *afin de promouvoir la qualité de la rééducation dispensée aux bénéficiaires* – à comparer les résultats de l'autogestion entre les différents «établissements de

rééducation» conventionnés et à tenter d'améliorer les résultats globaux – *là où c'est possible* – en adaptant les programmes de rééducation, les conditions d'adhésion pour les «établissements de rééducation» et les prestations de rééducation. Le Conseil d'accord élaborera les méthodes nécessaires pour y parvenir.

§ 4. Le Conseil d'accord en matière d'autogestion du diabète chez les enfants et les adolescents est convoqué sur demande du Président ou de 3 membres du Conseil d'accord. Le Président convoque en tout cas le Conseil d'accord si le Comité de l'assurance le demande.

OBLIGATIONS MÉDICALES, ADMINISTRATIVES ET COMPTABLES

Article 20.

« L'établissement de rééducation » tient un registre où sont inscrites par bénéficiaire :

- a) les dates de mise à disposition du matériel nécessaire avec des indications précises sur le matériel fourni (type de matériel, quantités, ...) ;
- b) les dates où des visites hors de «l'établissement de rééducation» ont été effectuées dans le milieu de vie du bénéficiaire avec le nom et la fonction de l'intervenant de l'équipe de diabétologie et les distances qu'il a parcourues.

Sur la base des données du registre susmentionné, «l'établissement de rééducation» 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.

«L'établissement de rééducation» 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 de rééducation» 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 le cadre de la convention entre l'INAMI et «l'établissement de rééducation») sont suspendus d'office tant qu'il n'est pas satisfait à cet engagement.

Article 21.

Le pouvoir organisateur s'engage à tenir une comptabilité dans laquelle les recettes et les dépenses découlant du fonctionnement de l'établissement de rééducation sont considérées comme une rubrique de frais distincts, afin de permettre une distinction entre ces recettes et dépenses et les recettes et dépenses des autres activités de l'établissement hospitalier.

Cette comptabilité doit être tenue conformément au plan comptable minimum normalisé des hôpitaux (AR 14/8/1987).

Le pouvoir organisateur est tenu de conserver les justificatifs des recettes et des dépenses pendant 10 ans.

Les comptes doivent toujours être accessibles, dans ce délai, au Service des soins de santé de l'INAMI.

Si le Service de soins de santé le demande explicitement, un relevé des revenus et dépenses spécifiques dans le cadre de la convention, doit être transmis au Service des soins de santé au moyen d'un modèle déterminé par ce Service.

Article 22.

« L'établissement de rééducation » fournit, d'une part, au Service des soins de santé de l'INAMI, toute information demandée dans le cadre du contrôle du respect de la convention sur le plan thérapeutique et financier ou dans le cadre de la gestion générale des conventions de rééducation. D'autre part, l'établissement de rééducation fournit au médecin-conseil de l'organisme assureur du bénéficiaire toute information demandée par lui, permettant d'apprécier les demandes individuelles d'intervention (tout en respectant le secret médical).

Par ailleurs, « l'établissement de rééducation » s'engage à permettre à tout délégué du Service des soins de santé de l'INAMI ou des organismes assureurs d'effectuer les visites qu'ils jugent utiles en vue de l'exécution du présent contrat.

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Article 23.

L'établissement de rééducation ne peut réaliser ses activités dans le cadre de la présente convention que sur un site de l'établissement hospitalier dont l'établissement de rééducation fait partie.

Article 24.

L'établissement de rééducation s'engage à rémunérer les membres de l'équipe de diabétologie au moins selon la même échelle salariale que celle du personnel de l'établissement hospitalier dont l'établissement de rééducation fait partie.

Le coût de l'occupation du cadre du personnel en vertu de l'article 7 de la présente convention est supposé être supporté entièrement par l'établissement sur la base des ressources que l'établissement peut puiser de la présente convention. Les fonctions prévues dans le cadre du personnel ne peuvent donc pas être remplies par des membres de personnel qui occuperaient ces fonctions dans le cadre d'un règlement financier sur la base duquel d'autres organismes (publics) interviennent entièrement ou partiellement, directement ou indirectement, dans le coût salarial.

Si des membres de l'équipe sont dispensés de prestations de travail dans le cadre des mesures 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 d'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.

Article 25.

Dans le cas où, sur la base d'un enregistrement détaillé, il ressort d'une part, qu'en moyenne, le coût du matériel fourni (par les centres de rééducation conventionnés pour les enfants et les adolescents) à leurs patients âgés de moins de 8 ans, soit supérieur au budget prévu dans le cadre du calcul du coût repris en annexe I-A à la présente convention et que d'autre part, au plan médical, il a été démontré d'une façon suffisante que d'un point de vue médical, il est indiqué de

fournir cette quantité de matériel, ces constatations peuvent constituer un motif pour la révision du calcul du coût repris à l'annexe I.

PROCÉDURE DE VALIDITÉ DE LA CONVENTION

Article 26.

§ 1^{er}. La présente convention, faite en deux exemplaires et dûment signée par les deux parties, prend effet le 1^{er} janvier 2011.

§ 2. La présente convention est valable pour une durée indéterminée mais elle peut toujours être dénoncée par une des deux parties quel que soit le motif (donc également pour des motifs qui ne sont pas mentionnés explicitement dans le texte de la convention) au moyen d'une lettre recommandée à la poste qui est adressée à l'autre partie, moyennant un préavis de 3 mois prenant cours le premier jour du mois qui suit la date d'envoi de la lettre recommandée. Toutefois si la convention est résiliée sur la base des dispositions de l'article 6 de la présente convention, la période de préavis est d'un an.

§ 3. Les annexes à la présente convention en font partie intégrante.

Il s'agit des annexes suivantes :

- 1) Fixation du montant des prix et honoraires (annexes I a et I b) ;
- 2) Application de la norme du personnel aux différents nombres de patients (annexe II)

Pour le service de diabétologie clinique et
policlinique de l'enfant et de l'adolescent,

(date + signature)

Le Gestionnaire,

Le pédiatre responsable

Pour le Comité de l'assurance soins de santé,

Fait en deux exemplaires à Bruxelles, le

Le Fonctionnaire dirigeant,

H. DE RIDDER,
Directeur général

**CONVENTION DE RÉÉDUCATION EN MATIÈRE D'AUTOGESTION DU
DIABÈTE SUCRÉ CHEZ LES ENFANTS ET LES ADOLESCENTS**

Annexe I-A

Calcul des prix du programme d'autogestion et du programme «pompe à insuline»

1. Calcul du prix du programme d'autogestion

Coût du matériel (non indexable)

Nature du matériel	Prix à l'unité	Quantité mensuelle nécessaire	Coût mensuel
Tigettes pour la mesure de la glycémie	0,4452 EUR	5 par jour en moyenne x 31 jours = 155	69,0060 EUR
Tigettes pour la détermination de la glycosurie et la cétonurie	Celles-ci semblent pouvoir être payées en diminuant le nombre de tigettes utilisées chez certains patients		-
Lancettes	0,0583 EUR	1 par jour x 31 jours = 31	1,8073 EUR
Porte-lancette	Gratuit		-
Glucomètre	Gratuit		-
Coût total mensuel du matériel :			70,8133 EUR

Coût de l'accompagnement dans le cadre de la convention (indexable)

Le calcul suivant est basé sur :

- les barèmes de la sous-commission paritaire 305.1 (hôpitaux privés), sauf pour le pédiatre pour qui le barème de médecin-conseil d'un organisme assureur est pris en considération ;
- une moyenne de 15 ans d'ancienneté pour le pédiatre ;
- une moyenne de 10 ans d'ancienneté pour les autres membres du personnel.

La dispense de prestations de travail dans le cadre de la problématique de fin de carrière n'est pas prise en considération. Un autre régime de financement est prévu à cet effet. Si certains membres de l'équipe bénéficient d'une telle dispense de prestations de travail, elle doit être compensée par un recrutement de personnel supplémentaire (dans le même ordre de grandeur).

Le tableau ci-après reproduit, pour chaque discipline, les montants de base appliqués dans la suite du calcul (montants à l'indice pivot 112,72) :

Discipline	Barème	Ancienneté	Coût salarial annuel pour un temps plein	Cadre du personnel prévu pour 60 patients par année	Coût annuel du cadre prévu pour 60 patients
Pédiatre	Médecin-conseil (indemnité de coordination incluse)	15 ans	147.704,17 EUR	0,30 ETP (dont seuls 0,15 ETP sont financés via la convention)	22.155,63 EUR
Psychologue	1/80	10 ans	64.003,62 EUR	0,10 ETP	6.400,36 EUR
Infirmier	1/55-1/61-1/77	10 ans	52.115,35 EUR	0,45 ETP	23.451,91 EUR
Diététicien	1/55-1/61-1/77	10 ans	52.115,35 EUR	0,20 ETP	10.423,07 EUR
Assistant social ou infirmier social	1/55-1/61-1/77	10 ans	52.115,35 EUR	0,05 ETP	2.605,77 EUR
Secrétariat	1/50	10 ans	40.894,55 EUR	0,10 ETP	4.089,45 EUR
TOTAL :				1,20 ETP	69.126,19 EUR
Coût annuel de l'accompagnement par patient :					1.152,10 EUR
Coût mensuel de l'accompagnement par patient :					96,0086 EUR

En application des dispositions de la convention, le cadre effectif (pour 60 patients) peut s'écarter légèrement du cadre type sur la base duquel le coût de l'accompagnement a été calculé.

Indemnité forfaitaire pour les frais de fonctionnement (locaux, administration, téléphone, etc.)

Une indemnité mensuelle de 9,6009 EUR par patient est prévue à cet effet, soit 10 % du coût salarial inclus dans le prix du programme d'autogestion.

Indemnité pour le contrôle de la qualité

Un montant de 0,2601 € est prévu par forfait mensuel.

Coût mensuel du programme d'autogestion par patient

Coût du matériel :	70,8133 €	(non indexable)
Coût de l'accompagnement :	96,0086 €	(indexable)
Indemnité forfaitaire pour les frais de fonctionnement	9,6009 €	(indexable)
Indemnité forfaitaire pour le contrôle de la qualité	0,2601 €	(indexable)
Coût total :	176,6829 €	(dont 105,8696 EUR indexables)

2. Coût du programme «pompe à insuline» (non indexable)

Le coût spécifique du matériel nécessaire à l'insulinothérapie par perfusion au moyen d'une pompe à insuline portable est remboursé au même prix que le matériel prévu à cet effet dans le cadre de la «convention de rééducation en matière d'insulinothérapie continue par perfusion continue à l'aide d'une pompe à insuline portable».

Le prix d'application 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 s'élève à 7,41 EUR par jour et par patient (indice pivot 112,72).

La partie relative au matériel (pompe à insuline, canule et tuyau, batterie et réservoir) s'élève à 6,5301484 EUR par jour et par patient.

Le coût spécifique du matériel nécessaire à l'insulinothérapie par perfusion continue dans le cadre de la convention de rééducation en matière d'autogestion du diabète sucré chez les enfants et les adolescents est donc de :

6,5301484 EUR par jour X 30,4167 jours = 198,6256 EUR par mois.

Par conséquent, le coût mensuel du programme «pompe à insuline» s'élève à :

Coût spécifique de l'insulinothérapie par perfusion continue :	198,6256 €	(non indexable)
Coût de l'autogestion :	176,6829 €	(dont 105,8696 EUR indexables)
Coût total :	375,3085 €	(dont 105,8696 EUR indexables)

**CONVENTION DE RÉÉDUCATION EN MATIÈRE D'AUTOGESTION DU
DIABÈTE SUCRÉ CHEZ LES ENFANTS ET LES ADOLESCENTS**

Annexe I-B

Calcul de l'indemnité journalière pour l'information et l'accompagnement dans le milieu de vie du patient

Pour le calcul de l'indemnité journalière pour l'information et l'accompagnement dans le milieu de vie du patient, on part du principe que cette indemnité doit couvrir les frais de déplacement et le temps de déplacement supplémentaire. Le temps de travail normal requis pour l'accompagnement est déjà rétribué au moyen des simples forfaits du programme d'autogestion et du programme «pompe à insuline».

Concrètement, on part du principe que l'information et l'accompagnement dans le milieu de vie du patient :

- requièrent un déplacement moyen de 50 km (25 km aller et 25 km retour) : sur la base d'une indemnité de 0,308652 EUR par kilomètre, ce déplacement revient donc à 15,4326 EUR.

- requièrent un temps de déplacement moyen d'une heure et 30 minutes d'un membre du personnel gradué. Sur la base d'un coût salarial annuel de 52.115,35 EUR pour un temps plein et de 1.634 heures de travail effectives par an, le coût salarial d'une heure de temps de déplacement s'élève donc à 31,8943 EUR. Dès lors, le coût salarial du temps de déplacement d'une heure et trente minutes s'élève à 47,8415 €.

Le forfait journalier pour l'information et l'accompagnement dans le milieu de vie du patient s'élève donc à 15,4326 EUR + 47,8415 EUR = 63,2741 EUR = **63,27 EUR (montant lié à l'indice pivot 112,72).**

Ce forfait journalier est entièrement indexable.

Convention de rééducation en matière d'autogestion du diabète sucré chez l'enfant

Application de la norme du personnel aux différents nombres de patients

C'est le but du présent document d'éclaircir l'encadrement requis, à titre d'exemple. Il ne remplace en aucun cas les dispositions conventionnelles et ne modifie pas ces dispositions.

Le présent document ne tient pas compte du 0,05 ETP supplémentaire par 55 visites à domicile.

Norme du personnel			Application de la norme du personnel en fonction du nombre de patients suivis											
Fonction	Nombre ETP par 60 patients	Heures par patient par année	80 patients	100 patients	120 patients	140 patients	160 patients	180 patients	200 patients	225 patients	250 patients	275 patients	300 patients	350 patients
Pédiatre	Min. 0,30 ETP ¹	8,17	0,40 ¹	0,50 ¹	0,60 ¹	0,70 ¹	0,80 ¹	0,90 ¹	1,00 ¹	1,13 ¹	1,25 ¹	1,38 ¹	1,50 ¹	1,75 ¹
Psychologue	Min. 0,10 ETP	2,72	0,13	0,17	0,20	0,23	0,27	0,30	0,33	0,38	0,42	0,46	0,50	0,58
Infirmier	Min. 0,30 ETP	8,17	0,40	0,50	0,60	0,70	0,80	0,90	1,00	1,13	1,25	1,38	1,50	1,75
Diététicien	Min. 0,12 ETP	3,27	0,16	0,20	0,24	0,28	0,32	0,36	0,40	0,45	0,50	0,55	0,60	0,70
Assistant social ou infirmier social	Min. 0,04 ETP	1,09	0,05	0,07	0,08	0,09	0,11	0,12	0,13	0,15	0,17	0,18	0,20	0,23
À répartir librement entre les disciplines susmentionnées	Min. 0,19 ETP	5,17	0,25	0,32	0,38	0,44	0,51	0,57	0,63	0,71	0,79	0,87	0,95	1,11
Secrétariat	Max. 0,15 ETP	4,09	0,20	0,25	0,30	0,35	0,40	0,45	0,50	0,56	0,63	0,69	0,75	0,88
Total	Min. 1,20 ETP	32,68	1,60	2,00	2,40	2,80	3,20	3,60	4,00	4,50	5,00	5,50	6,00	7,00

¹ Au maximum la moitié de l'encadrement pédiatrique prévu peut être convertie en personnel supplémentaire appartenant aux autres disciplines prévues (à l'exception du secrétariat). Pour chaque 0,1 ETP de pédiatre à convertir, 0,118 ETP membres d'équipe appartenant aux autres disciplines doivent être employés, en plus de l'encadrement déjà prévu pour ces disciplines.

La moitié de l'encadrement normal de 0,30 ETP de pédiatre (pour 60 patients) est financée par le biais du forfait de rééducation, l'autre partie étant sensée l'être via les consultations des bénéficiaires faisant partie du groupe cible de la convention. Dans le cas où une partie de l'encadrement pédiatrique prévu est converti en personnel paramédical supplémentaire, la moitié de l'encadrement pédiatrique restante est financée par le biais du forfait de rééducation, l'autre partie de l'encadrement pédiatrique restante étant sensée l'être via les consultations visées. Le nombre du personnel supplémentaire (d'autres disciplines) à employer (dans le cas d'une conversion partielle de l'encadrement médical en encadrement paramédical) a été calculé de la sorte que ce personnel peut être financé entièrement dans le cadre de la convention de rééducation, sur base du montant repris pour l'encadrement médical dans le forfait. Ce personnel supplémentaire ne doit donc pas être financé sur base des consultations médicales.