

INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITE

Etablissement Public institué par la loi du 9 août 1963
AVENUE DE TERVUREN 211 – 1150 BRUXELLES

SERVICE DES SOINS DE SANTE

CONVENTION ENTRE LE COMITE DE L'ASSURANCE SOINS DE SANTE ET (NOM DU POUVOIR ORGANISATEUR) AU NOM DE SON CENTRE DE REFERENCE MULTIDISCIPLINAIRE DE LA DOULEUR CHRONIQUE

Vu la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, et 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, désigné dans la présente convention par les mots «Comité de l'assurance»

et d'autre part,

le (*nom du pouvoir organisateur*) au nom de son centre de référence multidisciplinaire de la douleur chronique (*si un établissement hospitalier est établi sur plusieurs sites, il doit être mentionné sur quel site le centre de référence est établi, en tenant compte des dispositions de l'article 5, § 3 de la présente convention*). Le (*nom du pouvoir organisateur*) est désigné dans la présente convention comme «le pouvoir organisateur» et le centre de référence multidisciplinaire de la douleur chronique est désigné la plupart du temps, dans le présent texte de manière écourtée par les mots «centre de référence».

OBJET DE LA CONVENTION

Article 1^{er}. La présente convention régit le fonctionnement et le financement temporaire, à titre d'expérience, du centre de référence multidisciplinaire de la douleur chronique du (*nom du pouvoir organisateur*).

La convention définit les objectifs de ce centre de référence, la population de patients visée par le centre de référence, les modalités générales de fonctionnement auxquelles le centre de référence doit satisfaire, ainsi que les prestations à porter en compte par le centre de référence.

Pour les bénéficiaires de l'assurance, la convention fixe les honoraires et les prix des interventions du centre de référence. Pour les parties qui concluent la convention, elle règle non seulement leurs relations réciproques et leurs compétences respectives, mais également les relations avec le Service des soins de santé et les organismes assureurs ainsi que les compétences de ceux-ci.

CONCEPT GENERAL

Article 2. Le centre de référence multidisciplinaire de la douleur chronique, tel que visé dans la présente convention, est une organisation de dispensateurs de soins qui fait fonction de centre de troisième ligne pour certains patients qui souffrent de douleurs chroniques et qui n'ont pas pu être aidés suffisamment par des dispensateurs de soins de première ligne (médecins généralistes et kinésithérapeutes) et de deuxième ligne (médecins spécialistes et établissements hospitaliers).

En tant que centre de troisième ligne, le centre de référence n'effectue pas seulement des tâches sur le plan des soins dispensés aux patients, mais aussi dans le domaine de la recherche et de la formation concernant les douleurs chroniques.

En ce qui concerne les soins dispensés aux patients, la mission du centre de référence consiste à établir, pour des patients orientés vers le centre de référence par leur médecin généraliste ou par leur médecin spécialiste traitant, un diagnostic multidisciplinaire spécialisé au sujet des douleurs chroniques dont ces patients souffrent, à prodiguer des conseils thérapeutiques pour le traitement ultérieur de ces patients, et - si indiqué - à exécuter certaines techniques interventionnelles de traitement de la douleur et/ou à dispenser certaines interventions de rééducation fonctionnelle spécifiques à une partie de ces patients orientés vers le centre de référence et ce pendant une courte période seulement, en vue d'améliorer l'état des patients.

Il n'incombe en aucun cas à un centre de référence multidisciplinaire, tel que visé dans la présente convention, qu'il assume lui-même, au lieu des dispensateurs de soins de première ou deuxième ligne, les soins dispensés à un patient. Après la courte intervention du centre de référence, les dispensateurs de soins de première ou deuxième ligne sont, par conséquent, de nouveau responsables de la dispensation ultérieure de soins au patient. En effet, une partie de la mission de base du centre de référence est de réorienter vers les dispensateurs de soins de première et deuxième ligne, les patients que ces derniers ont orientés vers le centre de référence.

Les programmes diagnostiques et cliniques dispensés par le centre de référence, sont supervisés par un médecin coordinateur qui a bénéficié d'une formation adéquate en la matière ou qui a acquis cette formation et qui a une expérience d'au moins trois ans en algologie.

L'équipe du centre de référence se compose d'un large éventail de dispensateurs de soins spécialisés dotés d'un bagage professionnel hétéroclite. Ils doivent communiquer entre eux sur une base régulière et ce, tant à propos de patients spécifiques qu'en ce qui concerne le développement général de l'algologie et le fonctionnement du centre de référence.

Afin de pouvoir justifier du point de vue financier et budgétaire le développement d'une équipe multidisciplinaire spécialisée et de permettre à cette équipe d'acquérir l'expertise nécessaire, il est indispensable que le centre de référence multidisciplinaire de la douleur chronique ait une activité minimale suffisante. Par conséquent, le centre de référence doit accompagner un nombre suffisamment élevé de patients.

Partant du principe que les patients souffrant de douleurs chroniques résistantes ne sont pas seulement aidés de manière optimale par une équipe intégrée de spécialistes dotés de bagages professionnels différents, mais que cette aide doit être réalisée en synchronisation avec leurs dispensateurs de soins ordinaires de première et deuxième ligne, seul un centre qui témoigne de cette synchronisation peut fonctionner de manière efficace et fructueuse, et être considéré comme un centre de référence multidisciplinaire de la douleur chronique.

Enfin, le centre de référence multidisciplinaire de la douleur chronique doit pouvoir offrir ses programmes tant à des patients hospitalisés qu'à des patients ambulatoires. Par conséquent, le centre de référence multidisciplinaire de la douleur chronique tel que visé dans la présente convention doit impérativement se développer dans le cadre d'un établissement hospitalier, mais doit également s'adresser à des patients qui ne sont pas admis dans l'établissement hospitalier.

Article 3. La présente convention a pour but de mettre à la disposition des centres de référence multidisciplinaires de la douleur chronique - outre les recettes que ces centres peuvent puiser de la nomenclature des prestations de santé - les moyens complémentaires nécessaires afin qu'ils puissent remplir de manière optimale leur mission de centre de référence. Il s'agit principalement de moyens permettant le fonctionnement multidisciplinaire du centre de référence et le remboursement de la charge salariale des membres de l'équipe qui ne sont pas médecins mais qui remplissent un rôle dans les interventions diagnostiques et de rééducation fonctionnelle du centre de référence. Les techniques interventionnelles de traitement de la douleur que le centre de référence utilise doivent être remboursées sur la base de la nomenclature des prestations de santé.

D'ailleurs, le choix conceptuel de développer des centres de référence implique automatiquement une limitation du nombre de centres et ce, malgré le fait qu'un très grand nombre de patients souffrent de douleurs chroniques, de sorte que presque tous les dispensateurs de soins de première et deuxième ligne entrent en contact avec de tels patients. Les établissements hospitaliers qui ont pris des mesures spécifiques afin de traiter de manière optimale des patients souffrant de douleurs chroniques, ne pourront donc pas tous faire fonction de centre de référence multidisciplinaire de la douleur chronique de troisième ligne. Toutefois, l'existence de centres de deuxième ligne revêt une grande importance; ces derniers doivent dès lors poursuivre leurs activités, qui peuvent être financées sur la base de la nomenclature des prestations de santé. On attend des centres de référence qu'ils collaborent, entre autres, avec ces centres de deuxième ligne et ce, de manière intensive.

Afin de faire fonction de centre de référence multidisciplinaire de la douleur chronique, un centre ne doit pas seulement offrir des garanties maximales pour une prestation de soins qualitative. Il doit aussi prouver qu'il fait effectivement fonction de centre de référence pour un certain nombre d'établissements hospitaliers actifs en deuxième ligne, de sorte que tous les centres de référence couvrent de manière optimale l'ensemble du pays, en tenant compte des réseaux dont ils font partie. Ce n'est que de cette manière que les patients souffrant de douleurs chroniques et nécessitant une intervention spécialisée d'un centre de référence, recevront une telle intervention, rapidement et efficacement, quel que soit l'endroit où ils habitent.

Article 4. La présente convention est conclue à titre d'expérience et pour un délai limité. L'objectif de cette expérience est d'une part, de vérifier si le concept décrit aux articles 2 et 3 fonctionne effectivement et d'autre part, d'examiner si les centres de troisième ligne peuvent en effet fournir une contribution précieuse au traitement de patients souffrant de douleurs chroniques et, dans l'affirmative, pour quels patients et dans quelles conditions. Sur la base d'une évaluation de l'expérience, les modalités de la présente convention seront éventuellement adaptées, le groupe cible sera mieux délimité et les activités diagnostiques et thérapeutiques exactes des centres de référence seront décrites de manière plus précise.

MODALITES GENERALES DE FONCTIONNEMENT

Article 5. § 1^{er}. Le centre de référence multidisciplinaire de la douleur chronique, tel que visé dans la présente convention, est une unité organique et fonctionnelle qui fait partie d'un établissement hospitalier et qui forme un centre à part, reconnaissable comme tel tant à l'intérieur - *quant au personnel et aux dispensateurs de soins du centre de référence et de l'établissement hospitalier* - qu'à l'extérieur - *quant aux patients et aux médecins qui les ont orientés vers le centre de référence*. A cet

égard, le centre de référence doit pouvoir disposer de sa propre direction, de sa propre équipe multidisciplinaire, de son propre secrétariat et de sa propre infrastructure.

L'infrastructure du centre de référence doit au moins se composer de locaux centralisés, dans lesquels les membres de l'équipe multidisciplinaire du centre de référence puissent travailler et mener des entretiens avec des patients et d'autres personnes, et dans lesquels les contacts diagnostiques visés à l'article 14 de la présente convention et les séances de traitement visées à l'article 15 de la présente convention peuvent avoir lieu.

L'infrastructure du centre de référence ne peut être partagée, pendant les heures d'ouverture du centre de référence, avec des dispensateurs de soins ou des personnes étrangères au centre de référence.

§ 2. Au sein de l'établissement hospitalier dont le centre de référence fait partie, au moins quatre lits doivent être réservés exclusivement et de façon permanente aux patients qui sont spécifiquement admis dans l'établissement hospitalier en raison des douleurs chroniques dont ils souffrent. Ces quatre lits doivent être centralisés dans un service hospitalier.

En outre, l'établissement hospitalier dont le centre de référence fait partie doit disposer d'un propre centre de rééducation fonctionnelle, auquel le centre de référence peut éventuellement faire appel pour ses patients.

§ 3. Si l'établissement hospitalier dont le centre de référence fait partie est établi sur plusieurs sites, le centre de référence ne peut offrir ses services que sur un seul site. Dans ce cas, ce site sera mentionné explicitement dans la présente convention.

Article 6. § 1^{er}. Le centre de référence multidisciplinaire de la douleur chronique est présumé être ouvert, en temps normal, au moins 8 demi-jours par semaine, et ce pendant toute l'année, y compris les périodes de vacances. Dans le seul cas où un jour férié légal ou autre jour férié réglementaire tombe un jour ouvrable normal, le nombre de jours d'ouverture par semaine peut être inférieur, sans toutefois jamais être inférieur à 6 demi-jours par semaine.

Le centre de référence peut cependant décider d'offrir aux patients, pendant certains demi-jours d'ouverture, des services purement diagnostiques ou purement cliniques, à condition que le nombre de jours ouvrables où les services diagnostiques sont offerts ne soit jamais inférieur à deux et que le nombre de jours ouvrables où les services cliniques sont offerts ne soit jamais non plus inférieur à deux.

Le centre de référence est supposé organiser son fonctionnement de telle sorte que, même pendant les périodes où certains membres de l'équipe prennent des vacances, la continuité du fonctionnement du centre de référence puisse être assurée et qu'il puisse être satisfait à toutes les dispositions de la présente convention.

§ 2. Le centre de référence et l'établissement hospitalier dont il fait partie, doivent prendre les mesures d'organisation nécessaires afin que les patients, qui sont suivis activement par le centre de référence et qui font face à des problèmes aigus en rapport avec leur problématique de douleurs et le traitement de ces douleurs, puissent être aidés de manière efficace, à tout moment, lorsqu'eux-mêmes ou leurs dispensateurs de soins essaient de prendre contact, en raison de ces problèmes aigus, avec le centre de référence ou avec l'établissement hospitalier dont le centre de référence fait partie.

Article 7. § 1^{er}. On attend du centre de référence multidisciplinaire de la douleur chronique qu'il fonctionne effectivement de manière multidisciplinaire et interdisciplinaire - *pour les patients pour lesquels les prestations remboursables en vertu de la présente convention sont à porter en compte* -, parce que seule une telle méthode de travail offre des perspectives de progrès sur le plan du diagnostic et du traitement de ces patients.

Tant pour les patients du centre de référence en phase diagnostique que pour les patients du centre de référence en phase de traitement, cela signifie, entre autres, que ces patients doivent entrer en contact avec divers membres de l'équipe du centre de référence de disciplines différentes.

En outre, on attend spécifiquement du centre de référence qu'il utilise pour certains patients - dans le cadre de la phase diagnostique - la technique d'une consultation multidisciplinaire par laquelle un même patient est vu simultanément, pendant une seule consultation, par deux dispensateurs de soins de l'équipe du centre de référence de disciplines différentes et qui peuvent tous deux remplir un rôle actif lors de cette consultation.

Par ailleurs, le caractère multidisciplinaire et interdisciplinaire du centre de référence implique également que l'équipe du centre de référence organise au moins chaque semaine une réunion d'équipe.

D'une part, ces réunions d'équipe ont pour but de délibérer ensemble du diagnostic et du traitement de chaque patient, en vue d'établir un diagnostic précis du problème de la douleur de chaque patient et d'élaborer une stratégie de traitement commune pour chaque patient, qui peut être exécutée au sein ou en dehors du centre de référence. Si le centre de référence entreprend lui-même des actions sur le plan du traitement clinique d'un patient, le déroulement de ces actions doit également être discuté et adapté lors des réunions d'équipe.

D'autre part, il convient également de traiter et d'approfondir régulièrement (*au moins dix fois par an*), lors des réunions hebdomadaires d'équipe, de sujets généraux en matière d'algologie, afin d'augmenter l'expertise des divers membres de l'équipe en matière d'algologie, de parvenir à une vision et à une approche communes – *tout en considérant cette méthode de travail de manière critique* - et de surveiller ainsi de manière permanente la qualité du fonctionnement du centre de référence - *les discussions précitées au sujet des patients y contribuant déjà*.

§ 2. Outre les patients pour lesquels les prestations remboursables en vertu de la présente convention sont à porter en compte - *conformément aux dispositions des articles 14 et 15 de la présente convention, le centre de référence doit toujours avoir réalisé des interventions multidisciplinaires pour ces patients* -, les médecins du centre de référence peuvent également traiter de manière monodisciplinaire certains patients qui souffrent de douleurs chroniques, mais qui n'appartiennent pas à la population de patients visée spécifiquement par la présente convention ou pour lesquels une approche multidisciplinaire n'est pas indispensable. Toutefois, les prestations remboursables visées à l'article 13 de la présente convention ne peuvent jamais être portées en compte pour ces interventions monodisciplinaires. Si ces interventions répondent aux conditions de la nomenclature des prestations de santé, ces interventions monodisciplinaires peuvent être portées en compte sur la base de la nomenclature.

Article 8. Afin de faire fonction de centre de référence multidisciplinaire de la douleur chronique, le centre de référence doit disposer de l'expertise et de l'expérience nécessaires en vue de pouvoir établir certains traitements spécifiques contre la douleur.

Le centre de référence doit notamment disposer au minimum de l'expertise et de l'expérience nécessaires à l'exécution correcte de différentes techniques interventionnelles de traitement de la douleur, considérées comme sensées dans la littérature scientifique (techniques d'infiltration, techniques de radiofréquence, techniques de neuromodulation, techniques d'adhésiolyse, implantation de neurostimulateurs et de pompes anti-douleur - pompes à morphine -, exécution d'une rhizotomie...).

Article 9. § 1^{er}. Le centre de référence multidisciplinaire de la douleur chronique est présumé faire effectivement fonction de centre de référence pour un certain nombre de médecins externes de première et deuxième ligne et pour un certain nombre d'autres établissements hospitaliers.

§ 2. En application des dispositions du § 1^{er}, on attend du centre de référence qu'il compte chaque année, parmi les patients répertoriés au cours d'une certaine année civile et pour lesquels il est porté en compte au moins une des prestations remboursables prévues à l'article 13 de la présente convention, au moins 50 patients qui ont été orientés vers le centre de référence par minimum 50 médecins externes différents (parmi lesquels au moins 25 médecins spécialistes externes différents). Afin de pouvoir parler d'un patient orienté vers le centre de référence par un médecin externe, un médecin externe doit avoir rédigé, conformément aux dispositions de l'article 11, § 2, pour ces patients, une lettre qu'il a adressée au centre de référence ou à l'un des médecins de l'équipe du centre de référence, lettre dans laquelle le problème de douleur doit être clairement central.

Bien que les médecins actifs dans l'établissement hospitalier dont le centre de référence fait partie, peuvent évidemment orienter leurs patients vers le centre de référence, ces médecins ne peuvent être considérés dans ce cadre comme des médecins externes. De même, les médecins qui sont actifs sur un autre site (de l'établissement hospitalier dont le centre de référence fait partie) que celui sur lequel le centre de référence est établi, ainsi que les médecins qui sont actifs dans plusieurs établissements hospitaliers (parmi lesquels l'établissement hospitalier dont le centre de référence fait partie) ne peuvent être considérés, à cet égard, comme des médecins externes.

Le fait qu'un centre de référence doit comptabiliser au moins 50 patients orientés vers le centre de référence par 50 médecins externes différents, n'implique d'ailleurs aucune limitation du nombre de patients qu'un même médecin peut orienter vers le centre de référence.

Si un patient est orienté vers le centre de référence par plusieurs médecins, ce patient ne peut évidemment être compté qu'une seule fois et on ne peut également compter qu'un seul des médecins ayant orienté ce patient vers le centre de référence.

§ 3. En application des dispositions du § 1^{er}, on attend également du centre de référence qu'il fasse fonction d'unique centre de référence pour les douleurs chroniques et ce, de manière permanente pour au moins cinq établissements hospitaliers (*l'établissement hospitalier dont il fait lui-même partie n'étant pas compté*). A titre de preuve, un accord de coopération écrit doit être conclu entre l'établissement hospitalier dont le centre de référence fait partie et chacun des cinq établissements hospitaliers pour lequel il fait fonction de centre de référence.

Chaque accord de coopération doit au moins être signé par les directions des deux établissements hospitaliers contractants (*ou par les responsables compétents du pouvoir organisateur de chaque établissement hospitalier*) et par le coordinateur du centre de référence. En outre, il doit être approuvé par le conseil médical des deux établissements hospitaliers contractants. Les dates respectives de son approbation par le conseil médical des deux établissements hospitaliers concernés doivent être mentionnées dans l'accord de coopération.

Les accords de coopération conclus entre un centre de référence et certains établissements hospitaliers doivent être des accords exclusifs. Si un centre de référence a conclu un accord de coopération avec un établissement hospitalier qui a également conclu un tel accord avec un ou plusieurs autres centres de référence, l'accord de coopération conclu entre cet établissement hospitalier et le centre de référence ne peut être pris en considération pour l'application des dispositions du présent paragraphe et ce, aussi longtemps que les autres accords de coopération restent valables.

Pour l'application des dispositions du présent paragraphe, le principe selon lequel un seul accord de coopération conclu entre un centre de référence et un établissement hospitalier ne peut être pris en considération, est également valable pour un établissement hospitalier établi sur plusieurs sites. Pour un établissement hospitalier établi sur plusieurs sites, un seul accord de coopération conclu avec un centre de référence et ayant trait à tous les sites de cet établissement hospitalier, peut donc être pris en considération.

Pour prouver que les accords de coopération conclus portent effectivement leurs fruits sur le terrain, on attend que le centre de référence voie, chaque année, au moins 20 patients de chaque établissement hospitalier pour lequel il fait fonction de centre de référence, qui ont été orientés vers le centre de référence par un médecin de cet établissement hospitalier (*au moyen d'une lettre telle que visée au § 2 de l'article 11*) et pour lesquels le centre de référence a effectué des prestations diagnostiques ou cliniques telles que visées à l'article 13 de la présente convention, susceptibles d'être portées en compte en vertu des dispositions de la présente convention. Ces 20 patients peuvent éventuellement avoir été tous orientés vers le centre de référence par le même médecin.

Le fait que le centre de référence est censé intervenir chaque année pour au moins 20 patients de chaque établissement hospitalier avec lequel il a conclu un accord de coopération spécifique ne restreint cependant aucunement le droit du patient de choisir librement ses dispensateurs de soins et donc de décider lui-même à quel centre de référence il veut s'adresser. Le principe d'exclusivité des accords de coopération n'empêche donc aucunement un établissement hospitalier qui a conclu un tel accord avec le centre de référence, d'orienter un patient (pour qui l'intervention d'un centre de référence est indiquée) vers un autre centre de référence que celui avec lequel l'accord de coopération a été conclu. A cet effet, si un patient pour qui l'intervention d'un centre de référence est indiquée, opte pour un autre centre de référence que celui avec lequel a été conclu l'accord, l'établissement hospitalier réorientant peut rédiger la lettre visée à l'article 11, § 2, et collaborer avec l'autre centre de référence au sujet de la suite du traitement de ce patient, comme prévu à l'article 18.

Outre les conditions fixées dans le présent paragraphe et la condition générale précisant que les accords de coopération ne peuvent être en contradiction avec l'esprit et la lettre des dispositions de la présente convention, le contenu des accords de coopération est libre. Par conséquent, il incombe aux parties qui concluent un tel accord de coopération d'en déterminer le contenu.

Pour l'application des dispositions du § 2 du présent article, les patients qui ont été orientés vers le centre de référence par des médecins des établissements hospitaliers pour lesquels le centre de référence fait fonction de centre de référence en vertu des dispositions du présent § 3, peuvent être comptés. Naturellement, il ne peut être compté, par médecin, qu'un seul patient orienté.

§ 4. Le non-respect des dispositions du présent article par un centre de référence, au cours d'une certaine année, peut - *après une évaluation globale du respect de ces dispositions par les autres centres de référence* - constituer un motif de résiliation de la présente convention, en application des dispositions de son article 38, § 2, même si le centre de référence a satisfait, au cours d'une année ultérieure, aux dispositions du présent article.

L'EQUIPE DU CENTRE DE REFERENCE

Article 10. Afin de pouvoir développer le fonctionnement multidisciplinaire et interdisciplinaire visé dans la présente convention, de pouvoir acquérir l'expertise et l'expérience nécessaires et de pouvoir offrir les programmes diagnostiques et cliniques fixés, l'équipe du centre de référence multidisciplinaire de la douleur chronique doit, au moins, répondre aux conditions suivantes:

1. L'équipe doit être dirigée par un médecin-coordonateur, assisté dans cette tâche par un médecin-coordonateur adjoint, qui, tous deux:
 - sont liés à temps plein (*10 demi-jours par semaine normale de travail de 38 heures*) à l'établissement hospitalier dont le centre de référence fait partie. Toutefois, ils peuvent éventuellement exercer une partie de leurs activités sur un autre site de cet établissement hospitalier;
 - doivent se consacrer, au moins à mi-temps (*5 demi-jours par semaine normale de travail de 38 heures*), exclusivement au diagnostic et au traitement de patients qui s'adressent au centre de référence en raison d'un problème de la douleur chronique. Parmi ces patients, il peut y avoir d'une part, des patients pour lesquels les prestations monodisciplinaires - remboursables en vertu de la nomenclature des prestations de santé – suffisent et d'autre part, des patients pour lesquels les prestations multidisciplinaires visées à l'article 13 de la présente convention sont indiquées;
 - sont agréés en tant que médecin spécialiste en anesthésiologie, en réadaptation, en neurochirurgie ou en neurologie;
 - ont bénéficié d'une formation complémentaire, spécifique et adéquate, dans le domaine de l'algologie et ont acquis au moins trois ans d'expérience en la matière.

Par les termes "médecins spécialistes en algologie", tels qu'utilisés dans la présente convention, on entend le médecin-coordonateur, le médecin-coordonateur adjoint et tous les autres médecins de l'équipe qui répondent à toutes les conditions précitées.

2. L'équipe doit, au moins, se composer de quatre médecins (parmi lesquels le médecin-coordonateur et le médecin-coordonateur adjoint) représentant les disciplines médicales suivantes:
 - un médecin spécialiste en anesthésiologie (anesthésiste);
 - un médecin spécialiste en réadaptation;
 - un médecin spécialiste en neurochirurgie (neurochirurgien) ou un médecin spécialiste en neurologie (neurologue);
 - un médecin spécialiste en psychiatrie (psychiatre).

Si un neuropsychiatre fait partie de l'équipe, les disciplines de neurologie et psychiatrie sont présentes dans l'équipe.

En ce qui concerne les réunions d'équipe visées dans l'article 7, § 1^{er}, on attend du médecin-coordonateur, du médecin-coordonateur adjoint, des éventuels autres médecins spécialistes en algologie tels que définis ci-dessus, ainsi que des éventuels autres anesthésistes et médecins en réadaptation qui font partie de l'équipe, qu'ils participent entièrement aux réunions d'équipe. On attend des neurochirurgiens et neurologues qui font partie de l'équipe sans faire fonction de médecin-coordonateur, de médecin-coordonateur adjoint ou de médecin spécialiste en algologie tels que définis ci-dessus, ainsi que des psychiatres et des neuropsychiatres qui font partie de l'équipe, qu'ils assistent, en temps normal, au moins partiellement à chaque réunion d'équipe et ce, en vue de participer d'une part, aux discussions d'équipe concernant les patients pour lesquels l'avis d'un

neurochirurgien, d'un neurologue, d'un psychiatre ou d'un neuropsychiatre peut s'avérer utile et d'autre part, aux discussions d'équipe concernant certains sujets généraux.

3. Outre les disciplines médicales précitées, l'équipe doit inclure un certain nombre d'autres fonctions, pour lesquelles le temps de travail total au cours duquel ces membres de l'équipe qui ne sont pas médecins travaillent exclusivement pour le centre de référence, doit atteindre au moins 4,75 équivalents temps plein.

Il incombe au centre de référence de déterminer lui-même la composition précise de cette équipe de 4,75 équivalents temps plein, en tenant compte des accents thérapeutiques que le centre de référence veut mettre et du profil qu'il veut développer.

Afin d'obtenir une équipe constituée de manière équilibrée, l'équipe de 4,75 équivalents temps plein doit néanmoins être composée de telle sorte que les disciplines suivantes en fassent en tout cas partie pendant la durée de travail minimale requise pour chaque discipline, sans dépasser la durée de travail maximale fixée pour chaque discipline :

- des licenciés en psychologie (minimum 1 équivalent temps plein et maximum 2 équivalents temps plein) ;
- un praticien de l'art infirmier (breveté ou gradué) (minimum 0,5 équivalent temps plein et maximum 1,5 équivalent temps plein) ;
- un kinésithérapeute (minimum 0,5 équivalent temps plein et maximum 1,5 équivalent temps plein) ;
- un assistant social (minimum 0,25 équivalent temps plein et maximum 1,5 équivalent temps plein) ;
- un pharmacien (minimum 0,25 équivalent temps plein et maximum 0,5 équivalent temps plein) ;
- une fonction de secrétariat (minimum 0,5 équivalent temps plein et maximum 1,5 équivalent temps plein).

En outre, le centre de référence peut également choisir d'intégrer dans son équipe de 4,75 équivalents temps plein un ergothérapeute (maximum 1,5 équivalent temps plein), sans que cela ne soit obligatoire.

Chacune des fonctions précitées peut éventuellement être occupée par deux personnes en même temps, employées dans ce cas ensemble au moins pendant la durée minimale de travail exigée par chaque fonction, sans pouvoir dépasser ensemble la durée maximale de travail fixée par fonction. Dans certains cas, plus de deux personnes peuvent occuper ensemble une des fonctions précitées. Afin d'attribuer une fonction à trois personnes, la durée totale de travail des trois personnes qui occupent ensemble cette fonction doit néanmoins être supérieure à un équivalent temps plein, et pour attribuer une fonction à quatre personnes, la durée totale de travail des quatre personnes qui occupent ensemble cette fonction doit être supérieure à 1,5 équivalent temps plein.

Les dispositions de la présente rubrique 3 ne s'appliquent pas au personnel qui est éventuellement employé par le centre de référence dans les fonctions précitées, au-delà de l'encadrement minimal requis de 4,75 équivalents temps plein : les prestations avec lesquelles l'encadrement minimal requis de 4,75 équivalents temps plein est dépassé peuvent donc éventuellement aussi dépasser l'encadrement maximum prévu pour chaque fonction et être attribuées à davantage de personnes que ce qui est autorisé dans le cadre de l'encadrement minimal requis de 4,75 équivalents temps plein.

Par les termes "membres de l'équipe dont la discipline n'est pas médicale" qui sont utilisés dans la présente convention, on entend toutes les personnes qui remplissent les fonctions citées précédemment dans la présente rubrique 3, à l'exception de la fonction de secrétariat.

Les membres de l'équipe dont la discipline n'est pas médicale ne peuvent intervenir que dans le diagnostic et le traitement des patients visés à l'article 11, pour lesquels un examen algologique multidisciplinaire et éventuellement des séances de traitement tels que définis aux articles 13, 14 et 15 peuvent être effectués. Ces membres de l'équipe ne peuvent donc pas intervenir pour les patients du centre de référence qui ne font pas partie de la population spécifique visée par la présente convention (il s'agit notamment des patients visés à l'article 7, § 2).

4. L'équipe doit être composée et organiser ses activités de telle sorte que les prestataires suivants doivent être présents au moins une partie de la journée, les jours où le centre de référence est à la disposition des patients:
- le médecin-coordonateur, le médecin-coordonateur adjoint ou un autre médecin spécialiste en algologie tel que défini ci-dessus;
 - un psychologue;
 - un kinésithérapeute;
 - un praticien de l'art infirmier.

La présente disposition doit être respectée même pendant la période pendant laquelle une partie du personnel prend des vacances.

Il ne pourra être dérogé à la présente disposition qu'en cas de force majeure. Des mesures devront être prises en vue de ne pas faire durer la période pendant laquelle il est dérogé à la présente disposition plus longtemps que la durée de la période de force majeure.

5. Le secrétariat du centre de référence doit toujours être joignable aux jours et heures d'ouverture du centre de référence. Il convient de prendre les mesures nécessaires en vue d'assurer cette accessibilité aux jours et heures où la (les) personne(s) qui occupe(nt) la fonction de secrétariat est (sont) absente(s).
6. Afin d'ôter toute imprécision possible en ce qui concerne les éventuelles autres activités professionnelles des membres de l'équipe (*pour le pouvoir organisateur du centre de référence ou dans un autre cadre*), chacun des membres de l'équipe doit disposer d'un horaire décrit de manière précise quant à ses activités au sein du centre de référence.
7. Chaque membre de l'équipe multidisciplinaire doit pouvoir étayer son expertise ainsi qu'une expérience raisonnable dans le traitement de patients souffrant de douleurs chroniques.

Si cela n'est pas encore le cas pour des membres de l'équipe en formation, leurs interventions auprès des patients et des dispensateurs de soins de première et deuxième ligne doivent être effectuées sous la surveillance effective des membres de l'équipe plus expérimentés.

En outre, on attend du centre de référence qu'il veille à la formation continue de ses collaborateurs. Outre les réunions d'équipe visées à l'article 7, § 1 - qui remplissent clairement une fonction à cet égard -, le centre de référence doit dès lors promouvoir l'accès à la formation continue de ses collaborateurs, par ex. en encourageant ces derniers (et en leur donnant la possibilité) de suivre des formations spécifiques, d'assister à des journées d'étude et à des congrès, etc.

LES BENEFICIAIRES

Article 11. § 1^{er}. Les bénéficiaires qui entrent en ligne de compte pour les programmes multidisciplinaires, diagnostiques et/ou cliniques offerts par le centre de référence multidisciplinaire de la douleur chronique et définis aux articles 14 et 15 de la présente convention, sont des patients qui souffrent de la douleur chronique et qui répondent à toutes les conditions suivantes:

- la douleur chronique a une répercussion grave en ce qui concerne la capacité du patient à exercer une activité professionnelle ou – *pour un patient qui ne travaille pas (plus) ou qui est en permanence inapte au travail* – à remplir les tâches auxquelles il est confronté dans sa vie personnelle, familiale et sociale;
- le patient a déjà été traité au moins 6 mois pour les douleurs chroniques dont il souffre;
- le patient a également été traité, au cours de cette période de 6 mois, pour ce problème de douleurs chroniques par des dispensateurs de soins de deuxième ligne (médecins spécialistes, établissements hospitaliers) mais, malgré ce traitement, n'a pas pu être aidé de manière suffisante;
- le patient a été orienté vers le centre de référence par son médecin généraliste ou par son médecin spécialiste traitant.

N'entrent pas en considération pour les programmes multidisciplinaires, diagnostiques et/ou cliniques offerts par le centre de référence multidisciplinaire de la douleur chronique et définis aux articles 14 et 15 de la présente convention, les patients qui souffrent de douleurs chroniques à cause:

- des migraines ou des céphalées de tension;
- d'une affection oncologique évolutive;
- d'une maladie infectieuse évolutive.

§ 2. Comme mentionné au § 1^{er}, un patient doit être orienté vers le centre de référence ou vers l'un des médecins de l'équipe du centre de référence, par son médecin généraliste ou par son médecin spécialiste traitant, à l'aide d'une lettre rédigée par un de ces médecins. Dans cette lettre le problème de la douleur doit être explicitement central. Notamment il doit ressortir clairement de cette lettre et des documents annexés, outre l'anamnèse, les examens effectués, les tentatives de traitement déjà faites, ainsi que leurs résultats.

Si la lettre et les documents annexés ne répondent pas à ces conditions, le médecin du centre de référence qui a un premier contact avec le patient réclamera ces documents avant d'effectuer un examen algologique multidisciplinaire ou de commencer un programme de traitement multidisciplinaire.

Le Conseil d'accord visé à l'article 27 peut éventuellement imposer l'utilisation d'une lettre standardisée pour orienter des patients vers le centre de référence.

OBJECTIF DU CENTRE DE REFERENCE

Article 12. Tant pour les patients pour lesquels le centre de référence multidisciplinaire de la douleur chronique ne fait qu'effectuer un examen algologique multidisciplinaire - *après quoi le patient sera réorienté vers la première et éventuellement la deuxième ligne, en vue d'un suivi et d'un traitement ultérieurs* - que pour les patients pour lesquels le centre de référence effectue - *après l'examen algologique multidisciplinaire* - un traitement monodisciplinaire (au moyen de techniques interventionnelles de traitement de la douleur) et/ou un programme de rééducation fonctionnelle multidisciplinaire avant de réorienter le patient vers la première et la deuxième ligne, les interventions du centre de référence ont finalement pour but:

- que le patient ne souffre plus de douleurs chroniques ou du moins, que ces douleurs chroniques aient considérablement diminué;
- que cette meilleure maîtrise du problème de la douleur s’accompagne, chez la majorité des patients, d’une diminution de leur consommation de médicaments contre la douleur;
- que le patient puisse augmenter son niveau de fonctionnement, grâce à une meilleure maîtrise de son problème de la douleur, qu’il soit plus autonome et indépendant et qu’il soit mieux intégré sur le plan sociofamilial, ce qui peut impliquer concrètement que le patient exerce de nouveau une activité professionnelle et que les patients qui ne travaillent pas (plus) ou qui sont de toute façon en permanence inaptes au travail, puissent mieux remplir les tâches auxquelles ils sont confrontés dans leur vie personnelle, familiale et sociale;
- que les patients doivent moins faire appel à toutes sortes de prestations de santé et à d’autres formes d’assistance (aide familiale, repas chauds, aide au nettoyage, etc.) auxquelles ils faisaient auparavant appel, en raison de leur problème de la douleur.

LES PRESTATIONS REMBOURSABLES DU CENTRE DE REFERENCE

Article 13. La présente convention prévoit deux prestations multidisciplinaires différentes, susceptibles d’être portées en compte pour les bénéficiaires relevant du groupe cible du centre de référence, moyennant le respect de toutes les conditions de la convention.

Ces prestations sont:

- l’examen algologique multidisciplinaire ;
- la séance de traitement.

Ces deux prestations peuvent être portées en compte tant pour les patients ambulatoires que pour les patients hospitalisés pour lesquels le centre de référence est intervenu.

Outre ces prestations, qui sont remboursables sur la base de la présente convention, les médecins du centre de référence peuvent aussi utiliser d’autres techniques de diagnostic et de traitement, dont le remboursement sort toutefois du cadre de la présente convention.

Article 14. § 1^{er}. Pour pouvoir porter en compte un examen algologique multidisciplinaire pour un bénéficiaire qui répond à toutes les autres conditions de la convention, les prestations diagnostiques du centre de référence doivent satisfaire à toutes les conditions suivantes:

- a) le patient doit avoir eu un contact avec au moins un médecin spécialiste en algologie, tel que défini à l’article 10, 1^o, en vue du diagnostic ou du traitement des douleurs chroniques dont il souffre, avant que les membres de l’équipe dont la discipline n’est pas médicale, tels que définis à l’article 10, 3^o, puissent intervenir pour effectuer un examen algologique multidisciplinaire. Ce contact peut éventuellement être porté en compte sur la base de la nomenclature des prestations de santé, moyennant le respect des conditions de cette nomenclature.
- b) un médecin spécialiste en algologie, tel que défini à l’article 10, 1^o, doit établir l’indication de la nécessité de l’intervention de certains membres de l’équipe dont la discipline n’est pas médicale, tels que définis à l’article 10, 3^o. Le médecin qui établit cette indication peut être le premier médecin spécialiste en algologie qui a eu un contact, tel que visé au point a), avec le patient, mais peut éventuellement aussi être un autre médecin spécialiste en algologie qui fait partie de l’équipe et qui a eu un contact, tel que visé au point a), avec le patient.

- c) le patient doit avoir eu, avec au moins deux membres de l'équipe dont la discipline n'est pas médicale, tels que définis à l'article 10, 3°, des contacts qui ont pour but de contribuer tant à l'établissement d'un diagnostic sur les douleurs chroniques dont le patient souffre qu'à l'élaboration d'un plan de traitement pour ce patient.

Ces deux membres de l'équipe doivent appartenir à une discipline différente.

En outre, la durée des contacts individuels que ces membres de l'équipe ont eus avec le patient doit se chiffrer, pour l'ensemble de ces membres de l'équipe, à au moins deux heures.

Outre ces contacts individuels, le patient peut aussi éventuellement avoir participé à des séances de groupe organisées par le centre de référence en vue de l'établissement d'un diagnostic et de l'élaboration d'un plan de traitement.

- d) lors de la réunion d'équipe, les résultats des divers contacts et examens diagnostiques, ainsi que les possibilités de traitement ultérieur doivent avoir été discutés.
- e) le patient doit avoir eu, après la réunion d'équipe précitée, au moins un autre contact avec un médecin spécialiste en algologie, en vue de discuter avec lui du résultat des contacts et examens diagnostiques et de la réunion d'équipe, ainsi que des possibilités de traitement ultérieur. Ce contact peut éventuellement être porté en compte sur la base de la nomenclature des prestations de santé, moyennant le respect des conditions de cette nomenclature.
- f) les étapes b) à e) ne peuvent pas avoir lieu toutes le même jour. La période pendant laquelle les étapes b) à e) sont effectuées, ne peut toutefois jamais dépasser trois mois.

Moyennant le respect de toutes les conditions du présent paragraphe et de la présente convention, la date de la discussion finale - *visée à la rubrique e*) - avec un médecin spécialiste en algologie, est la date de l'examen algologique multidisciplinaire à mentionner sur la facture adressée aux organismes assureurs.

§ 2. L'examen algologique multidisciplinaire ne peut être porté en compte qu'une seule fois pour un même patient.

Concrètement, ce principe implique qu'un examen algologique multidisciplinaire effectué pour un bénéficiaire qui a bénéficié d'un examen algologique multidisciplinaire antérieurement, ne peut être remboursé pour aucun centre de référence (*ni le même centre de référence, ni un autre centre de référence*) dans le cas où le nouvel examen algologique multidisciplinaire est effectué dans les deux années qui suivent la date de l'examen algologique multidisciplinaire précédent effectué par un centre de référence (*date visée à l'article 14, § 1er, f*).

Par le biais d'une analyse profonde des documents visés à l'article 11, § 2, rédigés et/ou fournis par le médecin généraliste ou le médecin spécialiste traitant, ainsi que par le biais d'une anamnèse profonde, le centre de référence peut veiller à ce qu'il n'effectue pas un examen algologique multidisciplinaire pour un patient qui a déjà bénéficié – au cours des deux années précédentes – d'un diagnostic multidisciplinaire dans un autre centre de référence qui a conclu une convention avec l'INAMI.

Les centres de référence qui, en cette matière, souhaitent changer les doutes restants en certitude, ont également la possibilité de se renseigner par écrit auprès du médecin-conseil de l'organisme assureur du bénéficiaire. La lettre adressée à ce sujet par le centre de référence au médecin-conseil, doit explicitement mentionner l'objet de la lettre, le nom, l'adresse, la date de

naissance du bénéficiaire concerné et la date à laquelle on veut démarrer l'examen algologique multidisciplinaire, ainsi que l'organisme assureur auprès duquel celui-ci est affilié et son numéro d'affiliation. Si le médecin-conseil reçoit cette demande d'informations quatre semaines avant la date à laquelle on veut démarrer l'examen algologique multidisciplinaire, il communiquera dans les trois semaines après la date de réception de la demande si un examen algologique multidisciplinaire a déjà été effectué pour ce bénéficiaire, et dans le cas d'une réponse positive, la date à laquelle a été réalisé cet examen algologique multidisciplinaire, sans aucune mention du centre de référence où il a été effectué.

Au sein du Conseil d'accord visé à l'article 27, un arrangement peut toujours être fait afin d'éviter que des examens algologiques multidisciplinaires multiples soient réalisés inconsciemment pour un même bénéficiaire et ce, au cours de la période de 2 ans précitée. Ce Conseil d'accord peut également imposer l'utilisation d'une lettre type afin d'informer auprès du médecin-conseil si un examen algologique multidisciplinaire a déjà été effectué pour un bénéficiaire.

Article 15. § 1^{er}. Par séance de traitement, il convient d'entendre chaque jour pendant lequel un bénéficiaire participe, pendant au moins deux heures, à un programme de traitement multidisciplinaire organisé par le centre de référence et qui vise, pour les patients qui y participent, à réaliser les objectifs fixés à l'article 12.

Une séance de traitement peut se composer tant d'interventions thérapeutiques individuelles que de séances thérapeutiques en groupe.

Concrètement, il s'agit de séances accompagnées par les membres de l'équipe dont la discipline n'est pas médicale : les psychologues, les kinésithérapeutes, les praticiens de l'art infirmier, les assistants sociaux, les pharmaciens et/ou les ergothérapeutes de l'équipe.

Leur contenu peut se composer, entre autres, de:

- séances de thérapie comportementale cognitive;
- formes de kinésithérapie (e.a. des exercices de relaxation);
- séances d'information et de formation en ce qui concerne l'utilisation de certains moyens spécifiques pour combattre la douleur (neurostimulateurs, pompes anti-douleur, etc.).

Etant donné que seuls les programmes de traitement multidisciplinaires sont remboursables dans le cadre de la présente convention, le programme de traitement individuel d'un patient ne peut jamais se composer exclusivement de contacts thérapeutiques avec uniquement des membres de l'équipe dont la discipline n'est pas médicale (*cf. l'article 10, 3°*) et dont la discipline est identique.

§ 2. Les séances de traitement ne peuvent être portées en compte que pour les bénéficiaires pour lesquels de telles séances de traitement sont indiquées, sur la base de l'examen algologique multidisciplinaire défini à l'article 14. Sur la base de l'examen algologique multidisciplinaire, le centre de référence doit être d'avis que de telles séances de traitement sont indispensables en vue de pouvoir réaliser, pour le patient concerné, les objectifs définis à l'article 12.

Comme mentionné à l'article 2 de la présente convention, un des principes de base de la convention est que la dispensation de telles séances de traitement dans le centre de référence n'est sensée que pour une partie des patients pour lesquels un examen algologique multidisciplinaire est effectué. Ces séances doivent en tout cas être limitées en nombre et ne peuvent être dispensées que pendant une période plutôt courte.

Etant donné que les séances de traitement ne sont possibles que si sur la base de l'examen algologique multidisciplinaire visé à l'article 14 de telles séances sont indiquées, les séances de traitement ne sont remboursables qu'après la date de l'examen algologique multidisciplinaire, visée à l'article 14, § 1^{er}, f).

§ 3. Il ne peut être porté en compte par bénéficiaire et par jour qu'une seule séance de traitement.

La première séance de traitement susceptible d'être portée en compte pour un bénéficiaire, ne peut jamais avoir lieu à la date de l'examen algologique multidisciplinaire, visée à l'article 14, § 1^{er}, f).

§ 4. Pour les bénéficiaires pour lesquels des séances de traitement dispensées par le centre de référence sont indiquées, 20 séances de traitement au maximum peuvent être portées en compte après qu'un examen algologique multidisciplinaire a été effectué.

Ces séances de traitement ne peuvent être effectuées que dans une période de 6 mois suivant la date de l'examen algologique multidisciplinaire, visée à l'article 14, § 1^{er}, f).

Après l'expiration de cette période de 6 mois, le centre de référence qui a effectué l'examen algologique multidisciplinaire ne peut plus porter en compte de nouvelles séances de traitement, même si le nombre maximal de 20 séances de traitement remboursables par bénéficiaire n'est pas épuisé. Si le nombre maximal de 20 séances de traitement remboursables est déjà épuisé avant l'expiration de la période de 6 mois suivant la date de l'examen algologique multidisciplinaire, visée à l'article 14, § 1^{er}, f), le centre de référence qui a effectué l'examen algologique multidisciplinaire ne peut plus porter en compte d'autres séances de traitement.

En tout cas, un patient ne peut participer à des séances de traitement que pendant la période qui est thérapeutiquement nécessaire pour réaliser les objectifs mentionnés à l'article 12. Dès que le centre de référence est d'avis que le fait de dispenser davantage de séances de traitement ne peut plus contribuer à la réalisation des objectifs mentionnés à l'article 12 pour un patient, le centre de référence doit alors arrêter de telles séances de traitement pour ce patient, même si le nombre de séances de traitement déjà réalisées est inférieur à 20 et si la période pendant laquelle ces séances de traitement ont été réalisées est inférieure à 6 mois.

§ 5. L'examen algologique multidisciplinaire défini par l'article 14 ainsi que le programme de rééducation fonctionnelle de maximum 20 séances de traitement - visé dans le présent article -, doivent normalement être effectués, pour le même bénéficiaire, dans le même centre de référence.

Cependant, dans certains cas, il peut être indiqué de réorienter un bénéficiaire, pour qui un examen algologique multidisciplinaire a déjà été réalisé et éventuellement aussi certaines séances de traitement, vers un autre centre de référence multidisciplinaire de la douleur chronique, qui s'est davantage spécialisé dans le traitement de la problématique spécifique de douleur de ce bénéficiaire, et ce, en tenant compte des accords généraux qui ont été conclus conformément à l'article 27, § 2, 2°, entre les différents centres de référence.

Dans ce cas, tant le bénéficiaire que les deux centres de référence concernés doivent approuver la réorientation du bénéficiaire de l'un centre de référence vers l'autre.

Une telle réorientation ne modifie rien aux dispositions du § 4 du présent article (*au maximum 20 séances de traitement qui peuvent être dispensées pendant une période de 6 mois au plus*), ni aux dispositions de l'article 14, selon lesquelles un seul examen algologique multidisciplinaire peut être porté en compte par bénéficiaire. Le centre de référence vers lequel un bénéficiaire est réorienté ne pourra donc porter en compte pour ce bénéficiaire que des séances de traitement, pour autant que cela soit encore possible en vertu des dispositions du § 4 du présent article.

Dans le cas d'une telle réorientation, le premier centre de référence, dans lequel le diagnostic du patient a été établi et/ou dans lequel le patient a été traité, et le centre de référence vers lequel le bénéficiaire est réorienté devront tous deux introduire une demande de prise en charge de leurs interventions, comme le stipulent les articles 21 et 22. Au rapport médical visé dans l'article 22, § 2, qui doit être joint à la demande de prise en charge des interventions du deuxième centre de référence, il y a lieu de joindre également une déclaration du premier centre de référence dans laquelle celui-ci indique les raisons de la réorientation vers l'autre centre, la date de l'examen algologique multidisciplinaire visée dans l'article 14, § 1^{er}, f), ainsi que le nombre de séances de traitement qu'il a réalisées pour ce patient et la date de la dernière séance de traitement. A partir de la date de la dernière séance de traitement, le premier centre de référence, qui rédige la déclaration de réorientation, ne peut plus dispenser de séances de traitement pour ce bénéficiaire.

§ 6. Pour les bénéficiaires pour lesquels - *en tenant compte des dispositions de l'article 14, § 2* - un nouvel examen algologique multidisciplinaire est effectué et ce, au moins deux années après l'examen algologique multidisciplinaire précédent, on peut également facturer à nouveau 20 séances de traitement dans la période de 6 mois suivant la date du nouvel examen algologique multidisciplinaire, visée à l'article 14, § 1^{er}, f).

Article 16. § 1^{er}. Compte tenu de la méthode de calcul des forfaits repris en annexe à la présente convention, le prix de l'examen algologique multidisciplinaire est fixé à trois cent vingt-quatre euros trente cents (324,30 euros).

Compte tenu de cette méthode de calcul, le prix d'une séance de traitement est fixé à soixante-quatre euros quatre-vingt-six cents (64,86 euros).

Ces forfaits couvrent, entre autres, le coût de la direction médicale du centre de référence et de la participation des médecins du centre de référence aux réunions de l'équipe multidisciplinaire, toutes les activités - dans le cadre du centre de référence - des membres de l'équipe du centre de référence dont la discipline n'est pas médicale (que ces activités soient remboursables ou non), ainsi que les frais de fonctionnement du centre de référence.

§ 2. La partie indexable des prix fixés au § 1^{er} est liée à l'indice-pivot 109,45 (février 2002) des prix à la consommation. Cette partie indexable, dont le taux est mentionné en annexe à la présente convention, est adaptée conformément aux dispositions de la loi du 1^{er} mars 1977 organisant un régime de liaison à l'indice des prix à la consommation du Royaume de certaines dépenses dans le secteur public.

CUMUL DES PRESTATIONS DU CENTRE DE REFERENCE
AVEC D'AUTRES PRESTATIONS

Article 17. § 1^{er}. Sauf les exceptions définies aux paragraphes 2 à 4 du présent article, les prestations qui sont reprises dans la nomenclature des prestations de santé peuvent être portées en compte - moyennant le respect des conditions de cette nomenclature -, en sus des forfaits d'un examen algologique multidisciplinaire et d'une séance de traitement, même s'ils sont effectués par les médecins qui font partie de l'équipe du centre de référence définie à l'article 10.

§ 2. Pour les patients hospitalisés qui font appel au centre de référence, il ne peut jamais être porté en compte de prestations de kinésithérapie (*article 7 de la nomenclature des prestations de santé*) ou de physiothérapie (*article 22 de la nomenclature des prestations de santé*) les journées où une séance de traitement est portée en compte pour ces patients, même par des dispensateurs de soins qui ne font pas partie de l'équipe du centre de référence.

Toutefois, les journées où aucune séance de traitement n'est portée en compte pour un bénéficiaire hospitalisé, les prestations de kinésithérapie et de physiothérapie peuvent être facturées. Même le jour où un examen algologique multidisciplinaire est porté en compte, des prestations de kinésithérapie et de physiothérapie peuvent être facturées.

§ 3. Pour les patients ambulatoires qui font appel au centre de référence, les prestations des praticiens de l'art infirmier (*article 8 de la nomenclature des prestations de santé*) ainsi que les prestations de kinésithérapie et de physiothérapie peuvent toujours - moyennant le respect des conditions de la nomenclature des prestations de santé - être facturées les journées où aucune séance de traitement n'est effectuée pour les bénéficiaires. Même le jour pour lequel un examen algologique multidisciplinaire est porté en compte, les prestations précitées peuvent être facturées sans aucune limitation, moyennant le respect des conditions de la nomenclature des prestations de santé.

Toutefois, les journées pour lesquelles une séance de traitement est portée en compte pour un certain patient, les prestations des praticiens de l'art infirmier ainsi que les prestations de kinésithérapie et de physiothérapie - *moyennant le respect des conditions de la nomenclature des prestations de santé* - ne peuvent être portées en compte en sus du forfait qu'à la condition que les prestations précitées ne soient *pas* effectuées dans l'établissement hospitalier dont le centre de référence fait partie ou dans une polyclinique ou un cabinet structurellement lié(e) à l'établissement hospitalier et que les prestations ne soient *pas* dispensées par un membre de l'équipe du centre de référence (même en dehors de l'établissement hospitalier).

§ 4. Etant donné que les coûts salariaux des membres de l'équipe du centre de référence dont la discipline n'est pas médicale (tels que définis à l'article 10, point 3) peuvent être entièrement couverts par les forfaits fixés à l'article 16, les prestations qui sont reprises dans la nomenclature des prestations de santé et qui seraient éventuellement effectuées, par les membres de l'équipe du centre de référence dont la discipline n'est pas médicale, pour les patients ambulatoires ou hospitalisés du centre de référence ou de l'établissement hospitalier, ne peuvent pas être portées en compte. D'éventuelles autres interventions de ces membres de l'équipe (par ex. les interventions des psychologues) pour des patients du centre de référence ou de l'établissement hospitalier ne peuvent pas non plus être facturées aux bénéficiaires.

Dans certains cas, les prestations ou interventions effectuées par les membres de l'équipe du centre de référence dont la discipline n'est pas médicale, pour des patients ambulatoires ou hospitalisés de l'établissement hospitalier dont le centre de référence fait partie, peuvent toutefois être facturées aux bénéficiaires ou aux organismes assureurs, moyennant le respect de toutes les conditions suivantes:

- le membre de l'équipe concerné travaille à temps partiel pour le centre de référence et est en outre, également employé dans un autre service de l'établissement hospitalier;
- la prestation ou l'intervention n'est pas effectuée à un moment où le membre de l'équipe concerné est supposé (sur la base de l'horaire visé à l'article 10, point 6) travailler pour le centre de référence;
- la prestation ou l'intervention est effectuée dans un autre service de l'établissement hospitalier dans lequel le membre de l'équipe concerné est employé et n'est donc pas effectuée dans les locaux du centre de référence, à un moment où le centre de référence est ouvert;
- la facturation des prestations ne peut être contraire aux dispositions des §§ 2 et 3 du présent article.

§ 5. Le centre de référence s'engage à ne facturer aucun supplément en sus des forfaits fixés à l'article 16 et des prix et honoraires des prestations effectuées dans le centre de référence.

La présente disposition s'applique également aux prestations qui sont effectuées par les médecins au sein du centre de référence. Cette interdiction de facturer des suppléments ne s'applique toutefois pas aux prestations qui sont effectuées par les médecins en dehors du centre de référence, et notamment dans l'établissement hospitalier dont le centre de référence fait partie.

§ 6. Le pouvoir organisateur du centre de référence s'engage à prendre toutes les mesures nécessaires en vue d'assurer le respect des dispositions du présent article et endosse toute responsabilité en la matière.

Le non-respect des dispositions du présent article est considéré, par les parties, comme un motif justifiant la résiliation de la convention, à condition que le pouvoir organisateur du centre de référence ait eu l'opportunité d'exposer les raisons du non-respect de ces dispositions.

COLLABORATION AVEC LES MEDECINS GENERALISTES ET LES MEDECINS SPECIALISTES TRAITANTS

Article 18. § 1^{er}. Comme mentionné à l'article 11 de la présente convention, le centre de référence s'adresse exclusivement à des patients qui sont orientés vers le centre de référence par leur médecin généraliste ou par le médecin spécialiste traitant. Pour de tels patients, le centre peut - en vertu entre autres de l'article 2 de la présente convention – effectuer un examen algologique multidisciplinaire et, sur cette base, soit donner des conseils thérapeutiques en vue du traitement ultérieur, soit commencer lui-même un programme de traitement de courte durée, après quoi la première et la deuxième ligne doivent à nouveau entamer les soins au patient.

Par conséquent, il est primordial que le centre de référence collabore étroitement avec le médecin généraliste du patient, qui est, pour chaque patient, le personnage central dans la dispensation des soins, même si le patient est orienté vers le centre de référence par un médecin spécialiste. Si le patient est orienté vers le centre de référence par un médecin spécialiste, on attend du centre de référence qu'il collabore étroitement avec ce médecin spécialiste également.

A cet égard, le médecin généraliste et, le cas échéant, le médecin spécialiste traitant, peuvent attendre du centre de référence:

- que le centre de référence leur fournisse, dès que l'examen algologique multidisciplinaire visé à l'article 14 est réalisé (*et en tout cas dans les deux semaines suivant la date visée à l'article 14, § 1^{er}, f*), un rapport écrit détaillant les conclusions diagnostiques du centre de référence, dans lequel les possibilités de traitement ultérieur de la douleur sont approfondies et ce, pour tous leurs patients (y compris les patients pour lesquels le programme de traitement visé à l'article 15 est indiqué);
- que le centre de référence leur fournisse également, *pour les patients ayant suivi dans le centre de référence, un programme de traitement multidisciplinaire tel que visé à l'article 15*, dès que le programme de traitement est terminé (*et en tout cas dans les deux semaines suivant la fin du programme de traitement*), un rapport écrit détaillé sur le déroulement de ce programme de traitement et sur ses résultats. Dans ce rapport, les possibilités de traitement ultérieur de la douleur doivent également être approfondies;
- que le centre de référence leur donne toujours des conseils détaillés (et leur fournisse éventuellement la documentation et les informations complémentaires nécessaires) sur le traitement de la douleur chronique du patient. Lorsque les interventions du centre de référence pour un certain patient sont terminées, il y a lieu de se concerter sur le traitement ultérieur, afin d'éviter qu'un patient n'ait le sentiment d'être livré à lui-même par le centre de référence;
- qu'ils aient eux-mêmes la possibilité de contacter le centre de référence par téléphone, en vue de se concerter et de demander des informations complémentaires sur le traitement de leur patient;
- qu'ils soient invités à la (aux) discussion(s) d'équipe concernant leur patient et qu'ils puissent participer à cette (ces) discussion(s) d'équipe.

Si un patient n'a pas de médecin généraliste et/ou souhaite expressément que son médecin généraliste ne soit en aucune façon impliqué dans les interventions du centre de référence, le centre de référence encouragera ce patient - dans l'intérêt de son traitement ultérieur - à choisir quand même un médecin généraliste et à impliquer ce dernier dans les interventions du centre de référence, comme précisé ci-dessus.

§ 2. Lorsqu'un médecin généraliste participe, dans le centre de référence, à une réunion d'équipe au cours de laquelle il est question de son patient, le centre de référence peut porter en compte à l'organisme assureur du bénéficiaire concerné des honoraires uniques par patient de 63,18 euros, lesquels doivent être incessamment et intégralement reversés au médecin généraliste concerné.

Si un médecin spécialiste externe a orienté le patient vers le centre de référence, et lorsque ce médecin spécialiste externe participe, dans le centre de référence, à une réunion d'équipe au cours de laquelle il est question de son patient, le centre de référence peut porter en compte à l'organisme assureur du bénéficiaire concerné des honoraires uniques par patient de 63,18 euros, lesquels doivent être incessamment et intégralement reversés au médecin spécialiste concerné. Comme il a été précisé à l'article 9 § 2, seuls les médecins spécialistes qui ne sont pas actifs dans l'établissement hospitalier dont le centre de référence fait partie, peuvent être considérés comme des médecins spécialistes externe.

Si, tant le médecin généraliste, que le médecin spécialiste qui a orienté le patient vers le centre de référence, ont participé à une réunion d'équipe au cours de laquelle il a été question de ce patient, les honoraires de 63,18 euros peuvent donc être portés en compte deux fois pour ce patient.

Ces honoraires consistent en une partie indexable de 60,08 euros et une partie non indexable de 3,10 euros. La partie indexable est liée à l'indice-pivot 109,45 (février 2002) des prix à la consommation et adapté en fonction des dispositions de la loi mentionnée à l'article 16, § 2.

§ 3. En sus du médecin généraliste du patient et, le cas échéant, du médecin spécialiste du patient, le centre de référence collaborera de même étroitement avec le pharmacien (*d'une officine publique*), choisi par le patient. Ce pharmacien a un rôle crucial dans l'utilisation correcte par le patient des médicaments prescrits contre la douleur et dans la surveillance de cette utilisation.

DOSSIER MEDICAL

Article 19. Pour chaque patient qui s'adresse au centre de référence, ce dernier doit tenir à jour un dossier individuel qui a spécifiquement trait au problème de la douleur du patient.

Ce dossier doit contenir, au moins, les données suivantes:

- les données d'identification du patient;
- la lettre du médecin généraliste ou du médecin spécialiste traitant pour orienter le patient vers le centre de référence (cf. article 11) et les documents qui accompagnent cette lettre;
- les résultats de toutes les prestations diagnostiques qui ont été effectuées dans le centre de référence ou à la demande du centre de référence, en ce qui concerne le problème de la douleur du patient;
- une mention de tous les contacts du patient avec des membres de l'équipe du centre de référence;
- une mention de toutes les prestations thérapeutiques qui ont été effectuées dans le centre de référence ou dans l'établissement hospitalier et qui sont liées au problème de la douleur du patient;
- les conclusions des réunions d'équipe concernant ce patient;
- une copie de la correspondance échangée avec le médecin généraliste et, le cas échéant, le médecin spécialiste traitant;
- toute autre correspondance concernant ce patient.

Le Conseil d'accord visé à l'article 27 peut éventuellement imposer des instructions quant à la tenue à jour d'un dossier médical standardisé qui répond aux dispositions du présent article.

Le dossier spécifique à propos des douleurs du patient que le centre de référence est tenu de constituer, doit être intégré au dossier médical général que l'établissement hospitalier tient à jour pour ce patient.

CAPACITE CONTRACTUELLE DU CENTRE DE REFERENCE

Article 20. § 1^{er}. Comme il l'a été mentionné à l'article 13, l'examen algologique multidisciplinaire et la séance de traitement sont les prestations multidisciplinaires spécifiques remboursables sur la base de la présente convention.

Compte tenu des points de départ du calcul du coût repris en annexe à la présente convention, du nombre escompté de centres de référence multidisciplinaires de la douleur chronique avec lesquels la présente convention sera conclue et du budget annuel disponible pour l'ensemble des centres de référence multidisciplinaires de la douleur chronique, le nombre de prestations multidisciplinaires qui sont effectuées au cours d'une année civile et qui peuvent être facturées, par le centre de référence, aux organismes assureurs, est toutefois limité.

Considérant que, en vertu de l'article 2, les centres de référence multidisciplinaires de la douleur chronique doivent principalement remplir une fonction diagnostique et sont présumés n'intervenir dans le traitement que pour une partie des patients, le nombre de séances de traitement remboursables est également limité, outre la limitation globale du nombre de prestations multidisciplinaires remboursables.

Concrètement, le nombre de séances de traitement effectuées au cours d'une année civile et portées en compte par le centre de référence aux organismes assureurs, ne peut jamais dépasser 2.800.

Globalement, le nombre de prestations multidisciplinaires effectuées au cours d'une année civile et pouvant être portées en compte par le centre de référence, ne peut jamais dépasser 4.300 unités par an. A cet effet, chaque séance de traitement a la valeur d'une unité et chaque examen algologique multidisciplinaire a la valeur de cinq unités. Le nombre maximum de 2.800 séances de traitement remboursables est donc compris dans le maximum global de 4.300 unités remboursables.

Le centre de référence s'engage à ne pas dépasser lors de la facturation aux organismes assureurs, ni le nombre global de 4.300 unités remboursables, ni le montant spécifique de 2.800 séances de traitement.

Pour l'application des présentes dispositions, il convient de tenir compte, pour les prestations multidisciplinaires portées en compte, de la date à laquelle la prestation (*soit un examen algologique multidisciplinaire, soit une séance de traitement*) est effectuée et non de la date à laquelle elle est portée en compte.

§ 2. Pour les années civiles au cours desquelles la présente convention ne serait que partiellement d'application (par ex. l'année où la présente convention entre en vigueur et l'année où elle prend fin en vertu des dispositions de l'article 38, § 2), les maxima mentionnés au § 1^{er} doivent être proportionnellement réduits, en tenant compte de la période d'application de la présente convention au cours de l'année civile concernée.

§ 3. Pour l'application des dispositions du § 1^{er}, les prestations multidisciplinaires qui seraient facturées aux organismes assureurs belges pour des patients à charge d'un organisme assureur étranger, ne doivent pas être considérées comme des prestations remboursables par les organismes assureurs. Par conséquent, ces prestations peuvent être considérées comme des journées à charge d'autres instances qui ne sont pas comprises dans les maxima mentionnés au § 1^{er}.

§ 4. Le fait que le nombre de prestations multidisciplinaires remboursables (examens algologiques multidisciplinaires ou séances de traitement) soit limité par centre de référence et par année et que, en outre, le nombre de séances de traitement remboursables soit spécifiquement limité (cf. les dispositions du § 1^{er}), ne signifie pas que le centre de référence ne puisse réaliser davantage de prestations multidisciplinaires sur une base annuelle. Si en pratique, le centre de référence déroge à certains principes suivis dans le calcul du coût repris en annexe - sans transgresser les dispositions de la convention elle-même -, la présente convention offre au centre de référence certaines possibilités à cet égard. Il incombe au centre de référence d'organiser ses activités - dans le respect de toutes les dispositions de la convention - dans l'intérêt des patients, même si davantage de prestations multidisciplinaires que celles susceptibles d'être remboursées par les organismes assureurs sont réalisées dans ce cas.

PROCEDURE DE DEMANDE D'INTERVENTION DE L'ASSURANCE

Article 21. Les prestations multidisciplinaires du centre de référence n'entrent en ligne de compte pour le remboursement par l'assurance obligatoire 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 - *si ce dernier est réglementairement compétent* - s'est prononcé en faveur de la prise en charge de ces prestations pour le bénéficiaire concerné.

Une telle décision favorable ne donne, toutefois, pas droit automatiquement à une intervention financière de l'assurance obligatoire soins de santé: seules les prestations multidisciplinaires effectivement réalisées au cours de la période de prise en charge acceptée par l'instance compétente et qui répondent à toutes les autres conditions postulées dans la présente convention, entrent en ligne de compte pour le remboursement.

Article 22. § 1^{er}. Une demande de prise en charge - par l'assurance obligatoire soins de santé - des interventions du centre de référence doit être introduite par le bénéficiaire, conformément aux dispositions 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.

Le centre de référence s'engage à aider le bénéficiaire lors de l'introduction des demandes, notamment en veillant au respect du délai imparti pour l'introduction de la demande.

Si le centre de référence a pris la responsabilité d'introduire lui-même la demande d'intervention, il s'engage également à ne pas répercuter sur le bénéficiaire concerné les frais qui ne seraient pas remboursés par l'organisme assureur en raison de l'introduction tardive de la demande.

§ 2. L'arrêté royal cité au § 1^{er}, prévoit notamment, que le bénéficiaire introduise sa demande de prise en charge au moyen d'un formulaire conforme au modèle approuvé par le Comité de l'assurance.

La demande doit être obligatoirement accompagnée d'un rapport médical, établi sous la responsabilité d'un médecin spécialiste en algologie du centre de référence. Il doit ressortir de ce rapport médical qu'il s'agit d'un bénéficiaire tel que visé à l'article 11 de la présente convention.

Afin d'éviter que des demandes séparées ne soient introduites pour un même bénéficiaire, en vue de la prise en charge de l'examen algologique multidisciplinaire visé à l'article 14 et des séances de traitement pouvant suivre l'examen algologique multidisciplinaire visées à l'article 15, le centre de référence s'engage à ne rédiger le rapport médical demandé qu'après réalisation d'un examen algologique multidisciplinaire répondant aux conditions définies à l'article 14, à un moment où l'on sait déjà - sur la base de cet examen algologique multidisciplinaire - si la demande a purement trait à la prise en charge de cet examen algologique multidisciplinaire ou si elle a également trait à la prise en charge d'un programme de traitement multidisciplinaire.

Concrètement, le rapport médical doit, au moins, indiquer les données suivantes:

- le nom et le numéro d'identification du médecin qui a orienté le bénéficiaire vers le centre de référence;
- des données générales sur l'état de santé du bénéficiaire, à savoir l'affection ou les affections dont souffre le bénéficiaire (à mentionner sur la base de la classification ICD-9);

- une anamnèse des douleurs du patient; il y a lieu d'approfondir dans cette anamnèse les conséquences invalidantes graves du problème de douleur chronique du patient et les traitements antérieurs de la douleur chronique;
- le diagnostic précis du problème de douleur chronique du patient, à mentionner sur base de la "Classification of chronic pain. *Descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. Second Edition*", rédigée par l'International Association for the Study of Pain";
- indiquer si, pour ce patient, seule la prise en charge d'un examen algologique multidisciplinaire est demandée, ou si la prise en charge d'un programme de traitement multidisciplinaire est également demandée;
- la date de l'examen algologique multidisciplinaire, visée à l'article 14, § 1^{er}, f).

Pour les bénéficiaires visés dans l'article 15, § 5, qui sont réorientés d'un centre de référence vers un autre centre de référence, le rapport médical doit également contenir la déclaration de réorientation visée dans cet article 15, § 5.

Le Collège des médecins-directeurs peut, à tout moment, imposer un modèle pour l'établissement de ce rapport médical. Le Conseil d'accord visé à l'article 17 peut, en la matière, toujours soumettre une proposition au Collège des médecins-directeurs.

§ 3. Si le Collège des médecins-directeurs (ou le médecin-conseil, si ce dernier est réglementairement compétent) est d'avis que le bénéficiaire répond aux conditions de l'article 11 de la présente convention et si la demande de prise en charge répond aux conditions des §§ 1 et 2 du présent article, le Collège des médecins-directeurs (ou le médecin-conseil, si ce dernier est réglementairement compétent) marquera son accord pour la prise en charge, par l'assurance des soins de santé, d'un examen algologique multidisciplinaire - *au cas où seule la prise en charge de l'examen algologique multidisciplinaire est demandée* -, ou - *si, outre la prise en charge de l'examen algologique multidisciplinaire, la prise en charge d'un programme de traitement multidisciplinaire est demandée* - marquera son accord pour la prise en charge d'un examen algologique multidisciplinaire ainsi que d'un programme de traitement multidisciplinaire de maximum 20 séances de traitement à réaliser dans la période de 6 mois suivant la date de l'examen algologique multidisciplinaire visée à l'article 14, § 1^{er}, f) (cf. article 15). Pour les patients qui, conformément à l'article 15, § 5, sont réorientés d'un centre de référence vers un autre centre de référence, le Collège des médecins-directeurs (*ou le médecin-conseil, si ce dernier est réglementairement compétent*) ne pourra néanmoins marquer son accord que pour la prise en charge du nombre de séances de traitement qui peuvent encore être portées en compte, compte tenu du nombre de séances de traitement qui ont été réalisées dans le premier centre de référence et de la période de traitement qui s'est déjà écoulée.

Si le Collège des médecins-directeurs (ou le médecin-conseil, si ce dernier est réglementairement compétent) est d'avis que la demande du bénéficiaire ne répond pas aux conditions de l'article 11 de la présente convention ou à d'autres dispositions légales ou réglementaires et qu'il prend, par conséquent, une décision défavorable concernant la prise en charge des interventions du centre de référence, cette décision défavorable doit être dûment motivée.

§ 4. Le fait que le Collège des médecins-directeurs (ou le médecin-conseil, si ce dernier est réglementairement compétent) ait marqué son accord pour la prise en charge des examens algologiques multidisciplinaires et des programmes de traitement dont les bénéficiaires ont bénéficié, ne peut jamais être invoqué en vue du non-respect des dispositions de l'article 20 relatives à la capacité contractuelle du centre de référence.

OBLIGATIONS RELATIVES A LA TENUE D'UN REGISTRE, DE CARNETS DE RENDEZ-VOUS ET DE JOURNAUX DE BORD

Article 23. § 1^{er}. Le centre de référence tient à jour un registre de toutes les prestations multidisciplinaires réalisées (examens algologiques multidisciplinaires et séances de traitement), sur la base d'un modèle conçu par le Service des soins de santé. Ce registre doit être considéré comme un document de base en vue de la facturation visée à l'article 32.

Dans ce registre est notée l'identité de tous les patients qui ont bénéficié de telles prestations multidisciplinaires, y compris celle des patients qui ne sont pas bénéficiaires de l'assurance obligatoire soins de santé.

Toutes les prestations multidisciplinaires qui ont été réalisées au cours d'une journée par le centre de référence, doivent être notées ce même jour dans le registre.

La date à laquelle un examen algologique multidisciplinaire est noté dans le registre est la date visée à l'article 14, § 1^{er}, f).

§ 2. Le fait que les prestations multidisciplinaires (examens algologiques multidisciplinaires et séances de traitement) notées dans le registre visé au § 1^{er}, répondent aux conditions précisées aux articles 14 et 15, doit pouvoir être étayé au moyen de carnets de rendez-vous ou de journaux de bord tenus à jour par les divers membres de l'équipe.

Concrètement, chaque membre de l'équipe doit au moins mentionner, dans un carnet de rendez-vous ou journal de bord personnel, tous les contacts individuels ainsi que toutes les séances de groupe auxquelles il était personnellement présent et qui font partie d'un examen algologique multidisciplinaire ou d'une séance de traitement.

Pour chaque contact individuel (au moins un thérapeute face à un patient), il convient de mentionner dans le carnet de rendez-vous ou journal de bord au moins les données suivantes:

- l'identité du patient;
- la date du contact;
- les heures réelles de début et de fin du contact.

Pour chaque séance de groupe, il convient de mentionner dans le carnet de rendez-vous ou journal de bord au moins les données suivantes:

- l'identité de tous les participants à la séance de groupe;
- la date à laquelle la séance de groupe a lieu;
- si une séance de groupe est accompagnée par plus d'un membre de l'équipe, le nom des autres membres de l'équipe concernés;
- les heures réelles de début et de fin de la séance de groupe.

§ 3. Les registres, carnets de rendez-vous et journaux de bord mentionnés dans le présent article, sont conservés par le centre de référence et tenus à la disposition du Service des soins de santé de l'INAMI et des médecins-conseils des organismes assureurs, et ce pendant cinq ans.

§ 4. Le non-respect des dispositions mentionnées aux §§ 1 à 3 du présent article est considéré comme une faute grave. Si le Comité de l'assurance constate que ces obligations n'ont pas été convenablement respectées certaines journées, il peut refuser l'intervention de l'assurance pour ces journées. Cette mesure ne limite en aucun cas le droit du Comité de l'assurance de prendre éventuellement d'autres mesures jugées nécessaires, tout comme il le peut également dans tous les autres cas où il est constaté que les obligations prévues dans la présente convention ou dans la législation concernant l'assurance obligatoire soins de santé, n'ont pas été respectées.

§ 5. Le centre de référence s'engage à ne pas se faire rembourser par le bénéficiaire, les prestations pour lesquelles l'intervention de l'assurance est refusée en vertu des dispositions du § 4 du présent article.

§ 6. Une copie du registre visé au § 1^{er} est envoyée tous les mois au Service des soins de santé de l'INAMI avant la fin du mois suivant celui auquel le registre a trait.

§ 7. Le centre de référence déclare marquer son accord sur d'éventuelles instructions ultérieures du Service des soins de santé de l'INAMI ayant pour but de régler le respect des dispositions du présent article, par le biais d'un système électronique ou d'un système de support magnétique.

LISTES DES PATIENTS ET DES MEDECINS QUI LES ONT ORIENTES VERS LE CENTRE DE REFERENCE

Article 24. § 1^{er}. Afin de pouvoir vérifier s'il répond aux dispositions de l'article 9, le centre de référence doit fournir annuellement au Service des soins de santé de l'INAMI, au plus tard le 30 juin de l'année suivante, les listes des patients pour lesquels un examen algologique multidisciplinaire et/ou une séance de traitement ont été réalisés et qui ont été orientés vers le centre de référence par des médecins externes, au moyen d'une lettre telle que visée à l'article 11, § 3.

Sur ces listes peuvent seulement figurer les patients qui répondent aux conditions de l'article 11 et pour lesquels le Collège des médecins-directeurs (ou le médecin-conseil, si ce dernier est réglementairement compétent), en vertu de l'article 22 de la présente convention, a marqué son accord pour la prise en charge par l'assurance obligatoire soins de santé d'au moins un examen algologique multidisciplinaire.

Concrètement, le centre de référence doit fournir les listes suivantes:

1. une liste de tous les patients qui ont été orientés vers le centre de référence par un médecin spécialiste externe.
Comme mentionné à l'article 9, les médecins spécialistes qui ont travaillé, au cours de l'année considérée, dans l'établissement hospitalier dont le centre de référence fait partie (éventuellement sur un autre site de cet établissement hospitalier), ne peuvent être considérés, dans ce contexte, comme des médecins externes. Les patients qui ont été orientés vers le centre de référence par de tels médecins spécialistes, ne peuvent donc pas être mentionnés sur cette liste.
2. une liste de tous les patients qui ont été orientés vers le centre de référence par leur médecin généraliste.
3. pour chaque établissement hospitalier séparé pour lequel le centre de référence fait fonction de centre de référence de la douleur chronique sur la base d'un accord de coopération écrit (cf. l'article 9, § 3), une liste des patients qui ont été orientés vers le centre de référence par (les médecins spécialistes de) cet établissement hospitalier.

Compte tenu des dispositions de l'article 9, § 3, une telle liste doit être fournie pour au moins cinq établissements hospitaliers.

Sur chaque liste, un même patient ne peut être mentionné qu'une seule fois. En outre, un même patient ne peut jamais être mentionné tant sur la liste visée au point 1 que sur celle visée au point 2. Les patients qui sont mentionnés sur une des listes visées au point 3, peuvent également figurer sur la liste visée au point 1.

Il convient de mentionner pour chaque patient, sur les diverses listes, les données suivantes:

- les nom et prénom complets;
- la date de naissance;
- le numéro de l'organisme assureur auquel ce bénéficiaire est affilié;
- le nom du médecin qui a orienté le patient vers le centre de référence;
- le numéro d'identification de ce médecin.

Chaque liste doit, en outre, mentionner le nombre total de patients figurant sur la liste. Sur les listes visées aux points 1 et 2, il doit également être mentionné le nombre de médecins différents qui ont orientés ces patients vers le centre de référence. Par patient, il ne peut être compté qu'un seul médecin qui a orienté le patient vers le centre de référence.

Le médecin-coordonateur (ou, en son absence, le médecin-coordonateur adjoint) doit, au nom du centre de référence et de l'établissement hospitalier dont le centre de référence fait partie, confirmer explicitement (par une déclaration datée et signée à joindre aux listes) à propos des listes fournies, que:

- tous les patients figurant sur les listes ont été orientés vers le centre de référence par les médecins mentionnés, au moyen d'une lettre (cf. article 11, § 3);
- les médecins spécialistes mentionnés sur la liste visée au point 1, n'ont pas travaillé, au cours de l'année considérée, dans l'établissement hospitalier dont le centre de référence fait partie;
- les patients figurant sur les listes sont des bénéficiaires tels que visés à l'article 11, pour lesquels le Collège des médecins-directeurs (ou le médecin-conseil, si ce dernier est réglementairement compétent) a marqué son accord, en vertu de l'article 22 de la convention, pour la prise en charge d'au moins un examen algologique multidisciplinaire;
- pour ces patients, la date de l'examen algologique multidisciplinaire, visée à l'article 14, § 1^{er}, f), se situe dans l'année à laquelle les listes ont trait.

§ 2. Si les listes fournies par le centre de référence pour une certaine année contiennent des données erronées et si le centre de référence répond aux dispositions de l'article 9 de la présente convention avant la correction de ces données mais plus après, la présente convention sera en tout cas résiliée, en application des dispositions de l'article 38, § 2 de la présente convention, outre d'éventuelles autres mesures jugées utiles.

§ 3. Le Collège des médecins-directeurs peut toujours édicter des instructions complémentaires en vue de l'élaboration des listes demandées dans le présent article et imposer éventuellement, à cet effet, l'utilisation de certains modèles. Le Conseil d'accord visé à l'article 27 peut formuler des propositions en la matière.

DISPOSITIONS EN VUE DE L'EVALUATION ULTERIEURE DES CENTRES DE REFERENCE MULTIDISCIPLINAIRES DE LA DOULEUR CHRONIQUE

Article 25. Comme mentionné à l'article 4, la présente convention est conclue à titre d'expérience.

Après quelques années de fonctionnement, les centres de référence doivent, par conséquent, être évalués.

Lors de l'évaluation, il sera examiné, pour chaque centre de référence séparé et pour tous les centres de référence pris ensemble (à l'aide de tableaux de fréquence):

- le nombre de patients qui ont bénéficié de prestations multidisciplinaires telles que visées dans la présente convention et le nombre de patients qui ont eu un contact avec le centre de référence, mais qui y ont bénéficié de prestations purement monodisciplinaires (des médecins de l'équipe du centre de référence);
- pour les deux groupes de patients séparés: quel est le problème de la douleur de ces patients et de quelles affections (en rapport avec ce problème de la douleur) ces patients souffrent? (A mentionner sur base de l'ICD-9 et de la "Classification of chronic pain. *Descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. Second Edition*", rédigée par l'"International Association for the Study of Pain");
- pour les deux groupes de patients séparés: par type de dispensateurs de soins (*médecins généralistes; médecins spécialistes entièrement externes; médecins spécialistes travaillant dans un établissement hospitalier avec lequel un accord de coopération, tel que visé à l'article 9, § 3, a été conclu; médecins spécialistes travaillant dans l'établissement hospitalier dont le centre de référence fait partie*), le nombre de ces dispensateurs de soins qui ont orienté ces patients vers le centre de référence;
- pour les deux groupes de patients séparés: l'âge, le sexe et le domicile des patients;
- pour les deux groupes de patients séparés: de quelles interventions ces patients ont-ils bénéficié dans le centre de référence ainsi que dans l'établissement hospitalier dont le centre de référence fait partie:
 - nombre de patients ayant bénéficié exclusivement d'un examen algologique multidisciplinaire (pour les patients qui ont été suivis de manière purement monodisciplinaire, ce nombre est par définition nul);
 - nombre de patients ayant bénéficié, après l'examen algologique multidisciplinaire, d'un programme de traitement multidisciplinaire + nombre de séances de traitement par patient (pour les patients qui ont été suivis de manière purement monodisciplinaire, ce nombre est par définition nul);
 - quelles prestations médicales - sur proposition ou avis du centre de référence ou des médecins de l'équipe du centre de référence - ont été effectuées et pour combien de patients (+ fréquence avec laquelle une certaine prestation a été portée en compte par patient): par ex. nombre de patients pour lesquels des consultations ont été portées en compte dans le centre de référence (+ nombre de consultations par patient), nombre de patients chez lesquels une pompe anti-douleur ou un neurostimulateur ont été implantés, nombre de patients pour lesquels des prestations de kinésithérapie ou de physiothérapie ont été portées en compte (+ nombre de prestations par patient);

- pour les deux groupes de patients séparés: combien de temps les patients ont-ils été effectivement suivis par le centre de référence? Il convient ici de faire la distinction entre les patients qui ne sont plus suivis par le centre de référence (*par lesquels il convient d'entendre: tous les patients qui n'ont plus eu, au cours des 6 derniers mois, de contact avec les membres de l'équipe du centre de référence quant à leur problème de la douleur: ces patients sont présumés avoir été réorientés vers la première et la deuxième ligne*) et les patients qui sont toujours suivis par le centre de référence (tous les patients qui ne répondent pas à la définition précitée);
- pour les deux groupes de patients séparés à subdiviser entre les patients qui ne sont plus suivis par le centre de référence et les patients qui sont toujours suivis par le centre de référence: quels résultats le centre de référence a-t-il obtenu pour ces patients, dans la perspective des objectifs mentionnés à l'article 12?
 - comment les patients évaluent-ils eux-mêmes leur problème de la douleur au moment où ils entrent en contact avec le centre de référence et 6 à 12 mois plus tard? Est-ce qu'il y a une amélioration visible?
 - quels médicaments analgésiques ces patients utilisent-ils au moment où ils entrent en contact avec le centre de référence et 6 à 12 mois plus tard? La consommation de médicaments a-t-elle considérablement diminué?
 - combien de patients travaillent-ils encore au moment où ils entrent en contact avec le centre de référence et combien de patients travaillent-ils 6 à 12 mois plus tard? Le nombre de patients qui travaillent a-t-il considérablement augmenté?
 - à quelles structures d'assistance (médicales et non médicales) les patients font-ils appel au moment où ils entrent en contact avec le centre de référence et à quelles structures d'assistance (médicales et non médicales) les patients font-ils appel 6 à 12 mois plus tard? Le nombre de structures auxquelles les patients font appel a-t-il diminué et la fréquence avec laquelle ils font appel à ces structures a-t-elle diminué?

Pour les patients pour lesquels le centre de référence n'a plus de contact 6 à 12 mois après le premier contact avec le centre de référence, on attend du centre de référence qu'il essaie de rassembler les données de suivi demandées par le biais des patients eux-mêmes et/ou par le biais de leur médecin généraliste ou médecin spécialiste traitant.

- le nombre d'examens algologiques multidisciplinaires qui ont été effectués pour les patients hospitalisés et pour les patients ambulatoires séparément, en partant de la date de l'examen algologique multidisciplinaire, visée à l'article 14, § 1^{er}, f);
- le nombre de séances de traitement qui ont été effectuées pour les patients hospitalisés et pour les patients ambulatoires séparément.

Toutes les données précitées doivent être rassemblées, de manière uniforme, par tous les centres de référence avec lesquels la présente convention est conclue, de telle sorte que les données des différents centres de référence puissent être réunies et comparées.

Il incombe au Conseil d'accord visé à l'article 27 de transformer les dispositions du présent article en instructions concrètes, en vue de rassembler les données demandées. Le Conseil d'accord peut éventuellement, à cet égard, déroger dans une faible mesure aux présentes dispositions.

Si le Conseil d'accord ne parvient pas à une décision en la matière, le Collège des médecins-directeurs peut éventuellement affiner lui-même les instructions du présent article.

Article 26. § 1^{er}. Le centre de référence s'engage à fournir au Service des soins de santé, au plus tard le 31 décembre 2007, un rapport d'activités qui a trait au fonctionnement du centre de référence à partir de la date d'entrée en vigueur de la présente convention jusqu'au 30 juin 2007 inclus.

Ce rapport d'activités doit, entre autres, contenir toutes les données demandées à l'article 25 (tableaux de fréquence), qui seront présentées comme le Conseil d'accord l'a convenu ou comme le Collège des médecins-directeurs l'a imposé.

En outre, ce rapport d'activités doit également renseigner les efforts du centre de référence en vue de la formation complémentaire des dispensateurs de soins de première et deuxième ligne, dans le domaine du traitement de la douleur chronique.

§ 2. Si le centre de référence ne fournit pas de rapport d'activités à la date fixée ou s'il fournit un rapport d'activités qui ne répond pas aux instructions de l'article 25 telles qu'affinées par le Conseil d'accord ou par le Collège des médecins-directeurs, ce centre de référence n'entrera plus en ligne de compte après l'expiration de la présente convention, et ce pendant au moins un an, pour la conclusion d'une nouvelle convention en tant que centre de référence multidisciplinaire de la douleur chronique (*en supposant que les organes compétents de l'assurance obligatoire soins de santé décident de conclure de nouvelles conventions, après l'expiration de la présente convention, avec les centres de référence multidisciplinaires de la douleur chronique*).

En outre, si un centre de référence est mis en demeure en ce qui concerne le respect des dispositions relatives au rapport d'activités, le Comité de l'assurance peut, sur proposition du Collège des médecins-directeurs, décider que toutes les prestations multidisciplinaires et toutes les séances de traitement qui ont été portées en compte à partir du 1^{er} janvier 2007 (*ou à partir d'une date ultérieure, à fixer par le Comité de l'assurance*), ont été portées en compte à tort et peuvent, par conséquent, être réclamées, sans que ces prestations ne puissent être, dans ce cas, répercutées sur les bénéficiaires.

CONSEIL D'ACCORD

Article 27. § 1^{er}. Afin de vérifier si le concept général de la présente convention fonctionne et si les différents centres de référence avec lesquels la présente convention a été conclue parviennent à réaliser leurs objectifs cliniques, et ce au juste prix pour les bénéficiaires et l'assurance obligatoire soins de santé, un Conseil d'accord est créé.

Ce Conseil d'accord est composé :

- des médecins-coordonateurs de tous les centres de référence avec lesquels la présente convention a été conclue. Les médecins-coordonateurs peuvent éventuellement se faire remplacer par les médecins-coordonateurs adjoints;
- des membres du Collège des médecins-directeurs institué auprès du Service des soins de santé de l'INAMI;
- d'un médecin généraliste et d'un médecin spécialiste, proposés par les organisations qui représentent les médecins au sein du Comité de l'assurance. Ce médecin généraliste et ce médecin spécialiste ont pour fonction principale de représenter les médecins qui orientent les patients vers les centres de référence (les première et deuxième lignes).

Le Conseil d'accord est présidé par le Président du Collège des médecins-directeurs.

§ 2. Le Conseil d'accord a pour mission:

1. d'affiner les instructions de l'article 25 de la présente convention, de telle sorte que les différents centres de référence rassemblent et traitent de manière uniforme les données demandées dans cet article, en vue de réunir et comparer les données des différents centres de référence;
2. de mettre en harmonie le fonctionnement des différents centres de référence, en concluant par exemple, des accords précisant d'une part quels centres de référence se spécialiseront dans quels problèmes spécifiques de la douleur, et d'autre part, les cas dans lesquels les patients seront réorientés d'un centre de référence à un autre, compte tenu des accords de spécialisation susmentionnés et des dispositions de l'article 15, § 5, de la présente convention ;
3. d'augmenter la qualité du fonctionnement des différents centres de référence, éventuellement par le biais d'un système de peer review;
4. de développer un site internet fournissant des informations aux patients souffrant de douleurs chroniques ;
5. d'expliquer le fonctionnement pratique des centres de référence vis-à-vis du Collège des médecins-directeurs;
6. d'examiner, après le 31 décembre 2007, sur la base des rapports d'activités des différents centres de référence, si le concept de la présente convention fonctionne et si les centres de référence parviennent à réaliser leurs objectifs et de formuler des propositions, sur la base de cette évaluation, en ce qui concerne le fonctionnement et le financement ultérieurs des centres de référence;
7. de rédiger éventuellement une lettre standardisée et d'imposer aux médecins généralistes et aux médecins-spécialistes traitants d'utiliser cette lettre standardisée pour orienter un patient vers le centre de référence (cf. article 11, § 3);
8. de prendre des initiatives, conformément à l'article 14, § 2, afin d'éviter qu'au cours d'une période de deux années, des examens algologiques multidisciplinaires multiples ne soient effectués inconsciemment pour un même bénéficiaire. Une de ces initiatives possibles est la rédaction d'une lettre type afin de s'informer auprès du médecin-conseil si un examen algologique multidisciplinaire a déjà été effectué pour un bénéficiaire;
9. d'élaborer éventuellement un dossier médical standardisé et d'en imposer l'utilisation (cf. article 19);
10. d'élaborer éventuellement une proposition pour le rapport médical qui doit être annexé à la demande de prise en charge des interventions du centre de référence (cf. article 22, § 2);
11. d'élaborer éventuellement une proposition en vue de l'établissement des listes des patients qui ont été orientés vers le centre de référence par des médecins externes (médecins qui ne travaillent pas dans l'établissement hospitalier dont le centre de référence fait partie) (cf. article 24);
12. de réaliser toute autre étude utile et de donner tout conseil utile, de sa propre initiative ou à la demande d'une instance de l'INAMI.

Article 28. § 1^{er}. Le Conseil d'accord se réunit à la demande du Collège des médecins-directeurs, de trois membres du Conseil d'accord ou du Comité de l'assurance.

§ 2. Si le centre de référence n'est, à plusieurs reprises, pas présent aux réunions du Conseil d'accord, cette absence sera constatée par le Président du Conseil d'accord, par lettre recommandée adressée au pouvoir organisateur du centre de référence.

Si le centre de référence reste absent, après cette constatation, cette absence sera immédiatement communiquée au Comité de l'assurance qui peut décider de résilier la convention pour ce motif, moyennant le respect du préavis prévu à l'article 38, § 2.

PERSONNEL

Article 29. § 1^{er}. Afin d'assurer la qualité du fonctionnement, le pouvoir organisateur s'engage à employer, en permanence, le cadre du personnel dont le centre de référence doit disposer en vertu de l'article 10 de la présente convention.

Cela implique que, pour toute fonction dont il est question à l'article 10 précité, le pouvoir organisateur emploie effectivement une personne possédant les qualifications requises pour cette fonction et ce, pour le nombre d'heures de travail fixé par semaine.

Le Comité de l'assurance ne peut être considéré comme partie dans les contrats de travail conclus entre le pouvoir organisateur et son personnel.

§ 2. Le pouvoir organisateur s'engage, en application des dispositions du § 1^{er}, à prendre sans délai toutes les dispositions utiles en vue de l'engagement de nouveau personnel, afin d'éviter qu'une fonction, prévue à l'article 10, ne soit plus remplie. Ainsi, dès que l'on sait qu'une fonction, prévue dans le cadre du personnel, est vacante à la suite d'une démission, d'un licenciement ou pour un motif justifié d'absence de longue durée (interruption de carrière, congé sans solde, maladie, etc.), le pouvoir organisateur prend immédiatement des mesures afin de pourvoir, à temps, au remplacement du membre du personnel temporairement ou définitivement absent.

Sans préjudice des dispositions de l'article 10, point 4, le pouvoir organisateur n'est toutefois pas tenu de remplacer, au cours de la période de préavis légal rémunéré, un membre du personnel licencié qui, à la demande de l'employeur, ne travaille plus au cours de cette période. Le pouvoir organisateur n'est pas davantage tenu de remplacer un membre du personnel absent pour maladie, au cours de la période légale de salaire garanti, pendant laquelle le membre du personnel malade est encore effectivement rémunéré par le pouvoir organisateur.

§ 3. Le centre de référence doit, en permanence, tenir à jour une liste des membres de l'équipe effectivement employés par le centre de référence. Cette liste doit renseigner, à tout moment, la composition de l'équipe ainsi que le nombre d'heures de travail par semaine et l'horaire de chaque membre de l'équipe. Outre les modifications définitives de la composition de l'équipe (pour cause de démission, de licenciement, de conversion au travail à temps partiel, etc.), les modifications temporaires de la composition de l'équipe doivent également être reprises sur cette liste du personnel, notamment les absences du personnel pour cause de maladie (si cette absence excède la période légale du salaire garanti), d'interruption de carrière, de congé sans solde, etc.

Les délégués de l'INAMI et des organismes assureurs doivent pouvoir consulter cette liste, et ce en permanence.

Sur simple demande du Service des soins de santé, une copie de cette liste est envoyée immédiatement (= le premier jour d'ouverture du centre de référence qui suit la demande) à ce Service.

§ 4. Si le Comité de l'assurance constate que le centre de référence n'a pas respecté les dispositions de l'article 29, §§ 1^{er}, 2 ou 3, le Comité de l'assurance peut décider, en plus d'autres mesures jugées utiles, de diminuer d'un certain montant, pendant une certaine période, les prix d'un examen algologique multidisciplinaire et d'une séance de traitement, fixés conformément à l'article 16, après que le centre de référence ait eu l'opportunité d'expliquer, par écrit, les raisons du non-respect de ces dispositions.

La période, à déterminer par le Comité de l'assurance, au cours de laquelle les prix, fixés conformément à l'article 16, sont réduits, ne peut jamais dépasser la durée de la période de non-respect des dispositions de l'article 29, §§ 1^{er}, 2 ou 3.

Le montant à déduire des prix fixés conformément à l'article 16, est fixé à 20 euros par unité manquante de temps plein au cours d'une certaine période. Ce montant doit être considéré comme un montant de base, susceptible d'être adapté proportionnellement, compte tenu du nombre réel de membres du personnel manquants, exprimé en unités temps plein. Le montant de base de 20 euros est lié à l'indice-pivot 109,45 (février 2002) et adapté en fonction des dispositions de la loi mentionnée à l'article 16, § 2.

Dans le cas de non-respect des dispositions de l'article 29, § 3, le Comité de l'assurance fixera le montant à déduire qui s'élèvera à au moins 20 euros.

Le centre de référence s'engage à ne pas se faire rembourser par les patients admis dans le centre de référence, les réductions appliquées sur la base des dispositions du présent paragraphe.

Article 30. § 1^{er}. Le pouvoir organisateur s'engage à rémunérer le personnel du centre de référence au moins selon les principes de rémunération applicables à tout le personnel de l'établissement hospitalier dont le centre de référence fait partie.

§ 2. Si une fonction, prévue à l'article 10, point 3, est remplie, de façon contractuelle, par un travailleur indépendant, le pouvoir organisateur s'engage à verser, pour les prestations de ce travailleur indépendant, des honoraires au moins égaux à la charge salariale totale en cas d'occupation sur la base du statut des travailleurs salariés. La charge salariale totale en cas d'occupation sur la base du statut des travailleurs salariés comporte, outre la rémunération brute, entre autres le pécule de vacances, l'ensemble des primes ainsi que les cotisations patronales ONSS.

FACTURATION ET COMPTABILITE

Article 31. Le pouvoir organisateur s'engage à tenir une comptabilité dans laquelle les recettes et les dépenses découlant du fonctionnement du centre de référence sont considérées comme une rubrique de frais distincte, de sorte qu'il soit possible de distinguer ces recettes et ces dépenses de celles générées par d'autres activités de l'établissement hospitalier.

La tenue de cette comptabilité doit être conforme au plan comptable minimum normalisé des hôpitaux (A.R. 14/08/1987).

Le pouvoir organisateur fournira annuellement, dans les six mois suivant la clôture de l'exercice qui commence le 1^{er} janvier et se termine le 31 décembre, un compte d'exploitation, se rapportant exclusivement au fonctionnement du centre de référence.

Le Service des soins de santé peut imposer, à tout moment, un modèle uniforme pour rédiger ce compte d'exploitation.

Le pouvoir organisateur doit conserver, durant 10 ans, les pièces justificatives des recettes et des dépenses.

Le Service des soins de santé de l'INAMI doit avoir, à tout moment, accès à la comptabilité tenue.

Article 32. § 1^{er}. Le centre de référence s'engage à facturer les prix de l'examen algologique multidisciplinaire et de la séance de traitement, fixés conformément à l'article 16, aux organismes assureurs, soit au moyen de la bande magnétique de l'établissement hospitalier dont le centre de référence fait partie, soit au moyen d'une facture dont le modèle a été approuvé par le Comité de l'assurance. A titre indicatif, tous les montants facturés au bénéficiaire par le centre de référence, autres que les forfaits, pour des services qui ne seraient pas couverts par ces forfaits, doivent également être mentionnés sur cette facture.

Une copie sur support papier de la facture doit être adressée au bénéficiaire, même si la facturation est effectuée sur support magnétique.

Pour les bénéficiaires hospitalisés, les prix fixés en vertu de l'article 16 doivent obligatoirement être facturés par le biais de la bande magnétique.

§ 2. En application des dispositions de l'arrêté royal du 29 avril 1996 portant fixation de la réduction de l'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans les honoraires et prix fixés dans certaines conventions avec les établissements de rééducation, les prix de l'examen algologique multidisciplinaire et de la séance de traitement facturés aux organismes assureurs, doivent, pour les patients ambulatoires du centre de référence, être réduits du montant prévu à l'arrêté royal.

Compte tenu des dispositions de l'arrêté royal précité, les prix de l'examen algologique multidisciplinaire et de la séance de traitement, facturés aux organismes assureurs, ne doivent pas être réduits pour les bénéficiaires du centre de référence hospitalisés, auxquels s'appliquent les dispositions de l'article 37bis, § 3, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, et/ou les dispositions de l'arrêté royal du 5 mars 1997 fixant le montant de la réduction de l'intervention de l'assurance en cas d'hospitalisation ou de séjour dans un centre de rééducation.

§ 3. Pour chaque prestation portée en compte aux organismes assureurs, le pouvoir organisateur du centre de référence est responsable de la conformité aux dispositions de la présente convention.

Article 33. Si, conformément au registre visé à l'article 23, § 1^{er}, le nombre d'exams algologiques multidisciplinaires et/ou de séances de traitement remboursables réalisés au cours d'une année excède la capacité de facturation (fixée à l'article 20) de cette année, le centre de référence s'engage à fournir au Service des soins de santé une liste des exams algologiques multidisciplinaires et une liste des séances de traitement et non portés en compte.

Sur ces listes doivent figurer, pour chaque patient pour lequel certaines prestations multidisciplinaires n'ont pas été portées en compte, les données suivantes:

- le nom du patient;
- la date de naissance du patient;
- le numéro de la fédération de l'organisme assureur auquel ce patient est affilié;
- la date - visée à l'article 14, § 1^{er}, f) – de l'examen algologique multidisciplinaire non porté en compte ou les dates des séances de traitement non portées en compte.

Ces listes doivent être fournies avant le 30 juin de l'année qui suit celle au cours de laquelle la capacité de facturation a été dépassée.

DISPOSITIONS GENERALES

Article 34. Quels que soient leur ethnie, sexe, âge, religion, philosophie ou préférence sexuelle, les patients doivent avoir la possibilité d'entrer en considération pour les interventions du centre de référence. Par conséquent, le centre de référence ne peut jamais refuser d'accorder ses services à un patient ou de collaborer avec les dispensateurs de soins de ce patient en raison de l'ethnie, du sexe, de l'âge, de la religion, de la philosophie ou de la préférence sexuelle du patient. Si le centre de référence devait, dans certains cas, évaluer les besoins auxquels il faut répondre en priorité, les considérations de cette nature ne peuvent jamais jouer un rôle.

Dans ses contacts avec les patients, leur famille et leur entourage et les dispensateurs de soins concernés, le centre de référence se fondera toujours, dans un esprit de pluralisme, sur le respect des convictions (religieuses et philosophiques) et de l'autonomie de chacun et n'entreprendra jamais de démarches pour réaliser des changements sur ce plan.

Article 35. Le pouvoir organisateur s'engage à prendre toutes les mesures utiles en matière de protection contre l'incendie des locaux du centre de référence. A cet effet, le pouvoir organisateur sera en contact permanent avec un service d'incendie compétent et exécutera sans délai les mesures et travaux imposés par ce dernier.

Article 36. Le pouvoir organisateur s'engage à informer chaque membre du personnel de toutes les dispositions de la présente convention afin de permettre à chaque membre du personnel, d'accomplir ses tâches conformément aux dispositions de la présente convention.

A cet effet, le pouvoir organisateur remettra à chaque membre du personnel, le texte complet de la présente convention.

Le pouvoir organisateur conserve, à cet égard, et tient à la disposition du Service des soins de santé de l'INAMI les accusés de réception, signés par les membres de l'équipe.

Article 37. Le pouvoir organisateur s'engage à fournir au Service des soins de santé de l'INAMI ou au médecin-conseil de l'organisme assureur du bénéficiaire toutes les informations sollicitées en ce qui concerne le fonctionnement du centre de référence et l'application de la présente convention. Le pouvoir organisateur s'engage également à autoriser les délégués de l'INAMI ou des organismes assureurs à effectuer les visites qu'ils estiment utiles à cette fin.

DELAI DE VALIDITE DE LA CONVENTION

Article 38. § 1^{er}. La présente convention, faite en deux exemplaires et dûment signée par les deux parties, entre en vigueur le ... et reste en principe valable jusqu'au 30 avril 2008 inclus.

Il peut cependant y être mis fin avant cette date - à n'importe quel moment - pour quelque motif que ce soit, par une des deux parties, par lettre recommandée à la poste adressée à l'autre partie et ce, moyennant un préavis de 3 mois qui prend cours à dater du premier jour du mois suivant la date d'envoi de la lettre recommandée.

§ 2. L'annexe à la présente convention, qui approfondit la méthode de calcul des prix de l'examen algologique examen algologique et de la séance de traitement, est donnée à titre d'information et ne contient donc pas d'obligations complémentaires non mentionnées dans le texte proprement dit de la convention.

Détail et justification des prix et des capacités fixés dans la convention

1. La présente annexe a pour but de clarifier, à titre d'information, les paramètres appliqués pour le calcul des prix et des capacités de traitement fixés dans la convention (cf. articles 16 et 20).

En ce qui concerne certains de ces paramètres, la convention laisse toutefois la liberté aux centres de référence de déroger à ces derniers, moyennant le respect des conditions minimales de la convention. C'est le cas, entre autres, pour la composition de l'équipe du centre de référence, pour la durée des contacts individuels requis pour un examen algologique multidisciplinaire, pour la durée des séances de traitement et pour le contenu de ces séances (proportion des activités en groupe et de l'accompagnement individuel). En laissant aux centres de référence une certaine marge de manœuvre à cet égard, chaque centre de référence peut choisir lui-même les aspects de son fonctionnement sur lesquels il met l'accent. En outre, les programmes diagnostiques et cliniques dispensés peuvent de cette manière être individualisés et tenir compte de la problématique individuelle de chaque patient.

2. Le calcul du coût a été basé sur les principes suivants:

- le cadre du personnel (dont la discipline n'est pas médicale) dont chaque centre de référence doit disposer au minimum en vertu de l'article 10, 3°, doit pouvoir être financé complètement sur la base de la convention.
- le financement doit également prévoir une rémunération pour la direction médicale du centre de référence et pour la contribution des médecins aux réunions d'équipe (*afin que soit possible le fonctionnement multidisciplinaire du centre de référence*). Pour ce faire, on prévoit 0,3 temps plein. Les autres prestations des médecins peuvent être financées sur la base de la nomenclature des prestations de santé.
- le financement doit également couvrir les frais de fonctionnement du centre de référence (notamment les frais de l'infrastructure, l'énergie, la communication, les déplacements, etc.). Ces frais de fonctionnement sont estimés forfaitairement à environ 15 % des frais de personnel repris dans la convention.

Une enveloppe de 278.880 euros (= environ 11.250.000 BEF) par centre de référence (*de sorte qu'il soit juste possible, du point de vue budgétaire, de conclure une convention avec douze centres de référence*) satisfait *approximativement* à ces critères. Cela ressort du calcul détaillé suivant. Toutefois, le cadre du personnel, sur la base duquel la charge salariale ci-après a été calculée, n'est qu'une des nombreuses compositions possibles de l'équipe requise en vertu de l'article 10 : dans la pratique, un centre de référence peut donc modifier ce cadre du personnel. Le calcul de la charge salariale est toujours basé sur une ancienneté pécuniaire présumée de 9 ans et sur les barèmes de la sous-commission paritaire 305.1 (hôpitaux privés), sauf pour les médecins (*pour lesquels le calcul est basé sur le barème de médecin-conseil auprès d'un organisme assureur*) et pour le pharmacien (*dont le coût salarial a été calculé sur base d'un barème des services publics fédéraux*):

Estimation de la charge salariale				
Fonction	Barème	Encadrement prévu (nombre de temps plein)	Salaire mensuel brut d'un temps plein (en euros)	Charge salariale annuelle totale (en euros) pour l'encadrement prévu
Psychologue	1/80	1,25 ETP	2.955,93	66.508,43
Kinésithérapeute	1/55-1/61-1/77	1 ETP	2.382,70	42.888,60
Praticien de l'art infirmier	1/55-1/61-1/77	1 ETP	2.382,70	42.888,60
Assistant social	1/55-1/61-1/77	0,25 ETP	2.382,70	10.722,15
Pharmacien	10 D	0,25 ETP	3.272,13	14.724,59
Secrétariat	1/53	1 ETP	2.098,56	37.774,08
Médecins	méd.-cons.	0,3 ETP	5.821,88	31.438,15
Total de la charge salariale:				246.944,60
Montant prévu pour les frais de fonctionnement: 278.880 euros - 246.944,60 euros = 31.935,40 euros (= 12,9 % de la charge salariale). Si l'on part des paramètres précités pour le calcul de la charge salariale, on ne peut pas prévoir un montant plus élevé pour les frais de fonctionnement sans dépasser le budget maximal par centre de référence, déjà mentionné antérieurement (278.880 euros, ce qui permet de conclure une convention avec 12 centres de référence).				

3. Les prix de l'examen algologique multidisciplinaire et de la séance de traitement ont été calculés en divisant l'enveloppe fixée (278.880 euros) par le nombre d'examens algologiques multidisciplinaires et de séances de traitement que l'équipe d'un centre de référence est présumée pouvoir effectuer.

Afin de calculer le nombre d'examens algologiques multidisciplinaires et de séances de traitement que l'équipe d'un centre de référence peut effectuer, on a tout d'abord examiné le nombre d'heures de travail que les membres de l'équipe dont la spécialité n'est pas médicale (*environ 3,75 ETP, cf. les dispositions de l'article 10, 3°, et l'exemple susvisé de cadre du personnel*) prestent en principe annuellement. En effet, ces membres de l'équipe doivent fournir une contribution essentielle afin de réaliser des examens algologiques multidisciplinaires et des séances de traitement remboursables (cf. les articles 14 et 15 de la convention).

A ce sujet, on part du principe qu'un employé à temps plein travaille effectivement 215 jours par an et 7 heures 36 minutes par jour pour le centre de référence, compte tenu du temps de travail normal de 38 heures par semaine, des jours fériés légaux, des jours de vacances et des jours d'absence pour cause de maladie.

3,75 ETP sont donc présumés travailler ensemble $3,75 \times 215 \times 7,6$ heures = 6.127,5 heures par an pour le centre de référence.

En partant du principe que, pendant 70 % de ce temps de travail, il est possible de travailler directement avec les patients et que les 30 % de temps de travail restants peuvent être utilisés pour d'autres tâches (*réunions d'équipe, formation, préparation, rédaction des rapports, etc.*), on peut donc déduire qu'annuellement, $6.127,5$ heures \times 70 % = 4.289,25 heures peuvent être consacrées au travail direct avec les patients. Ce dernier chiffre est arrondi à 4.300 heures de travail direct avec le patient. Le nombre d'heures ou d'unités (remboursables) qu'un centre de référence peut réaliser annuellement (cf. article 20, § 1), peut donc être fixé à 4.300. Dans le coût d'une telle unité (qui s'élève à 278.880 euros divisés par 4.300 = 64,86 euros) n'est pas seulement compris le travail direct des membres de l'équipe dont la discipline n'est pas médicale avec les patients, mais aussi tous les autres frais qui sont inclus dans l'enveloppe de 278.880 euros (*notamment la direction médicale, le temps que les médecins consacrent à des réunions d'équipe, le secrétariat, les frais de fonctionnement et les 30 % d'autres tâches effectuées par les membres de l'équipe dont la discipline n'est pas médicale, tels que définis à l'article 10, 3°*).

4. Afin de fixer le prix d'un examen algologique multidisciplinaire, on part du principe que les membres de l'équipe dont la discipline n'est pas médicale travailleront directement avec chaque patient pendant *en moyenne cinq heures* (l'article 14 impose à ce sujet un minimum de *deux heures* de travail individuel avec le patient). Par conséquent, un examen algologique multidisciplinaire a la valeur relative de cinq unités et son prix se chiffre à $64,86 \text{ euros} \times 5 = 324,30 \text{ euros}$.

Afin de déterminer le prix d'une séance de traitement, on part du principe que les membres de l'équipe du centre de référence, dont la discipline n'est pas médicale, ne doivent *en moyenne* consacrer à une telle séance de traitement qu'*une* heure de travail direct avec le patient, même si l'article 15 prévoit que le patient doit participer au moins pendant deux heures à une séance de traitement. Toutefois, une telle séance peut se dérouler entièrement ou partiellement en groupe, l'ampleur du groupe pouvant varier. Si un patient pour lequel une séance de traitement est réalisée, est accompagné individuellement pendant 37,5 minutes et est accompagné pendant 90 minutes dans un groupe de 4 patients et d'un seul membre de l'équipe (= 22,5 minutes par patient), le centre de référence a investi, dans cette séance de traitement, exactement une heure de travail direct avec le patient (cf. le point de départ). En outre, il est également satisfait à la condition que la séance de traitement du patient a duré au moins 2 heures. Le prix de la séance de traitement correspond, par conséquent, à la valeur d'une unité et se chiffre donc à 64,86 euros.

5. Le prix par unité (*64,86 euros*) s'obtient en divisant l'enveloppe fixée (*278.880 euros, dont 246.944,6 euros de charge salariale et 31.935,4 euros d'autres frais de fonctionnement*) par le nombre d'unités fixé (*4.300*).

Pour l'indexation (visée à l'article 16, § 2) de ce prix, on part du principe qu'un tiers du budget pour d'autres frais de fonctionnement ($31.935,4 / 3 = 10.645,13 \text{ euros}$) concerne des dépenses non indexables (*amortissements, intérêts sur un crédit de caisse en vue de couvrir le retard de facturation normal, etc.*). Par conséquent, la partie non indexable du prix par unité (qui est le prix par séance de traitement) est de $10.645,13 / 4300 = 2,48 \text{ euros}$. La partie indexable se chiffre alors à $64,86 \text{ euros} \text{ moins } 2,48 \text{ euros} = 62,38 \text{ euros}$. Lors des adaptations de l'index visées à l'article 16, § 2, seule la partie indexable de 62,38 euros est indexée.

Le prix d'un examen algologique multidisciplinaire correspond, par définition, à cinq unités et s'élève donc, par définition, au quintuple du prix par unité (le prix d'une séance de traitement). Pour l'examen algologique multidisciplinaire, il ne faut donc pas calculer de partie indexable et de partie non indexable.

6. L'article 20, § 1^{er}, limite le nombre de séances de traitement remboursables à maximum 2.800 par an.

Ce même article limite le nombre total d'unités remboursables à 4.300 par an, une séance de traitement ayant la valeur d'une unité et un examen algologique multidisciplinaire ayant la valeur de cinq unités.

Afin de pouvoir disposer, sur une base annuelle, de toute l'enveloppe fixée de 278.880 euros, le centre de référence doit réaliser effectivement 4.300 unités remboursables, soit sous la forme d'examens algologiques multidisciplinaires (*le nombre d'examens algologiques multidisciplinaires remboursables n'est pas limité en soi*), soit sous la forme de séances de traitement. Etant donné que le nombre de séances de traitement remboursables sur une base annuelle est limité à 2.800, le centre de référence doit, en tout cas, réaliser également 300 examens algologiques

multidisciplinaires par an (300×5 unités = 1.500 unités) afin de pouvoir disposer de toute l'enveloppe fixée de 278.880 euros.

Le centre de référence doit donc réaliser annuellement un examen algologique multidisciplinaire pour 300 patients différents.

Si, pour les patients pour lesquels des séances de traitement sont indiquées, le maximum de 20 séances de traitement remboursables est chaque fois réalisé, seuls 140 patients par an entrent en ligne de compte pour un tel programme de 20 séances de traitement remboursables ($140 \times 20 = 2.800$).

En limitant le nombre de séances de traitement remboursables, la convention garantit que le centre de référence se consacrera dans une large mesure aux examens algologiques multidisciplinaires spécialisés et n'offrira un programme de traitement qu'à un nombre limité de patients (cf. le concept général tel que défini à l'article 2).