
AVENUE DE TERVUREN 211 – 1150 BRUXELLES

SERVICE DES SOINS DE SANTE

**CONVENTION DE RÉÉDUCATION EN MATIÈRE DE PRISE EN CHARGE
PAR DES CENTRES DE RÉFÉRENCE DE PATIENTS SOUFFRANT
DU SYNDROME DE FATIGUE 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 par le Service des soins de santé de l'Institut National d'assurance maladie-invalidité ;

Il est convenu ce qui suit, entre,

d'une part,

le Comité de l'assurance soins de santé, institué par le Service des soins de santé de l'Institut National d'assurance maladie-invalidité, désigné dans la présente convention par les termes «le Comité de l'assurance»,

et d'autre part,

le (*nom du pouvoir organisateur*), désigné dans la suite du texte comme le «pouvoir organisateur», dont dépend le Centre de référence pour patients souffrant du Syndrome de fatigue chronique (désigné la plupart du temps dans la suite du présent document de manière écourtée par «le Centre de référence»).

OBJET DE LA CONVENTION

La présente convention définit l'objectif, la finalité et les modalités de fonctionnement générales du Centre de référence pour patients souffrant du Syndrome de fatigue chronique; elle régit les relations du Centre de référence avec les bénéficiaires visés à l'article 4, ainsi que les relations avec et les compétences tant du Service des soins de santé que des organismes assureurs.

Elle décrit en outre notamment les lignes de force d'une prise en charge thérapeutique coordonnée et de rééducation afin de parvenir à une intégration optimale des patients souffrant du Syndrome de fatigue chronique (SFC), ainsi que la manière dont le Centre de référence atteint cet objectif par le biais de programmes individuels, les prestations nécessaires à cette fin et les prix et honoraires relatifs à ces prestations de rééducation.

OBJECTIF, FINALITÉ ET MODALITÉS DE FONCTIONNEMENT GÉNÉRALES DU CENTRE DE RÉFÉRENCE POUR LES PATIENTS SOUFFRANT DU SYNDROME DE FATIGUE CHRONIQUE

Article 1 : OBJECTIF

Considérant :

- que le Syndrome de fatigue chronique est, dans l'état actuel des connaissances scientifiques, une affection qui demeure définie comme un ensemble de symptômes qui se caractérise essentiellement par une fatigue chronique durant 6 mois ou plus et dont l'étiologie et la physiopathologie ne sont pas encore, à l'heure actuelle, établies clairement par le monde scientifique (de sorte qu'une thérapie curative causale n'est pas encore disponible) ;
- que le Syndrome de fatigue chronique touche un grand groupe de patients et que, pour bon nombre d'entre eux, cette affection entraîne des incapacités lourdes de conséquences, voire des handicaps ;
- que tous ces éléments (l'évolution chronique, l'absence de données scientifiques définitives en matière d'étiologie et de pathogenèse, le caractère invalidant) plaident en faveur de tentatives de mise sur pied d'une approche coordonnée entre divers dispensateurs de soins et axée sur le patient, adaptée aux structures actuelles des soins de santé dans notre pays,

le Comité de l'assurance a, sur proposition du Collège des médecins-directeurs, établi la présente convention de rééducation, à conclure avec les centres de référence qui acceptent toutes les dispositions et se conforment à toutes les conditions.

Article 2 : FINALITÉ

- § 1. Avant tout, la convention de rééducation a pour objet de permettre la dispense des soins par le Centre de référence aux bénéficiaires en question de façon financièrement supportable, dans leur propre pays, depuis la confirmation du syndrome jusqu'à la prise en charge thérapeutique recommandée.
- § 2. Bien que les connaissances de la recherche scientifique mondiale actuelle et, inévitablement, la participation à cette recherche scientifique font que, pour le moment, le Syndrome de fatigue chronique est approché d'une manière systématique essentiellement dans des centres universitaires, où les connaissances des thérapies efficaces sont également les plus à la pointe, la conclusion de la présente convention de rééducation ne peut pas perpétuer cette situation, mais il convient, le plus rapidement possible, et en tout état de cause, pour la date butoir de la présente convention de rééducation déterminée ci-dessous, de créer des ouvertures, via la procédure Conseil d'accord (cf. infra), dans les domaines suivants :
- formation et soutien des dispensateurs de soins de première et deuxième ligne, de sorte qu'ils puissent prendre en charge, sans intervention ultérieure du Centre de référence, la plupart des soins prodigués à ces patients;
 - l'information aux instances de contrôle médical de l'assurance obligatoire indemnités;
 - fournir des conseils aux organes concernés de l'assurance obligatoire soins de santé, lesquels doivent rendre abordable le plus vite possible pour les bénéficiaires une prise en charge monodisciplinaire phasée de première et de deuxième lignes des patients SFC.

Article 3 : MODALITÉS DE FONCTIONNEMENT GÉNÉRALES

§ 1. Le Centre de référence ne prend en charge que les bénéficiaires renvoyés par leur médecin généraliste.

Le médecin généraliste peut non seulement attendre du Centre de référence qu'il lui fournisse un rapport médical, mais également des informations sur tout ce qui a trait à son patient, si nécessaire une formation relative à l'attitude thérapeutique à adopter vis-à-vis de son patient chronique souffrant d'un syndrome dont on ne connaît encore que peu de choses, la possibilité de pouvoir contacter par téléphone l'équipe de rééducation, voire la participation personnelle aux discussions de l'équipe du Centre de référence relatives à son patient.

Le médecin qui renvoie le patient vers le Centre de référence, a à tout moment le droit de demander des conseils à l'équipe du Centre de référence, et ce, tant lorsque son patient n'a finalement pas été admis dans un programme de rééducation spécifique, que dans le courant ou à la fin d'un programme dans lequel son patient est ou a été admis.

§ 2. Un bénéficiaire n'est admis en rééducation qu'après la confirmation de la présomption de SFC par un médecin spécialiste en médecine interne du Centre de référence.

§ 3. Après un bilan complet, seuls sont admis dans un programme de rééducation spécifique de 12 mois calendrier au maximum les participants bénéficiaires, dont le Centre de référence d'une part estime qu'une simple éducation et un simple conseil, y compris le conseil en matière de traitement médicamenteux fourni au médecin traitant généraliste ou au médecin traitant spécialiste, ne suffisent pas et dont le Centre de référence est d'autre part convaincu de pouvoir leur proposer un programme de rééducation interdisciplinaire qui leur offrira un progrès significatif, tant en termes de symptômes que de qualité de vie et, tout aussi important, sur le plan socioprofessionnel.

§ 4. Les modalités de fonctionnement générales exposées ci-dessus supposent non seulement la mise à disposition, par le pouvoir organisateur, d'une équipe spécialisée présentant des garanties minimales du côté de l'assurance obligatoire soins de santé en matière de financement, mais également un enregistrement minutieux et standardisé de toutes les données pertinentes relatives aux patients – dans le respect du code de déontologie et dans le respect approprié de la vie privée du patient – et de toutes les interventions thérapeutiques, le traitement minutieux de toutes ces données, la large intégration de ces données entre les différents centres de référence pour les patients souffrant du Syndrome de fatigue chronique et l'établissement en commun de conclusions factuelles au bénéfice des organes de l'assurance obligatoire soins de santé.

LES BÉNÉFICIAIRES

Article 4

§1. Les bénéficiaires qui entrent en ligne de compte pour une intervention sur la base de la présente convention de rééducation sont les patients souffrant du syndrome de fatigue chronique (cf. § 2 du présent article), qui ne répondent pas aux critères d'exclusion formulés au § 3 du présent article et qui sont adressés par leur médecin généraliste au moyen d'une lettre standardisée de renvoi au Centre de référence (article 26 §1 °1), pour prise en charge.

§2. Le Syndrome de fatigue chronique est défini dans le cadre de la présente convention comme étant:

une fatigue cliniquement évaluée, inexpliquée, persistante ou récurrente, rapportée par le patient lui-même, et ce durant six mois d'affilée ou plus,

- d'apparition récente ou dont le début est bien défini (dont le patient ne se plaint pas depuis toujours) ;
- qui n'est pas le résultat d'un effort constant ;
- sans amélioration significative par le repos ;
- et dont résulte une baisse sensible du précédent niveau d'activité professionnelle, scolaire, sociale ou personnelle ;

... et ...

avec la présence simultanée de manière persistante ou récurrente durant six mois d'affilée ou plus d'au moins quatre des symptômes suivants, symptômes non observés avant le début de la fatigue :

- baisse, rapportée spontanément, de la mémoire à court terme ou de la concentration, baisse suffisamment significative pour diminuer de manière évidente le niveau antérieur des activités professionnelles, scolaires, sociales et personnelles ;
- maux de gorge ;
- ganglions cervicaux ou axillaires sensibles ;
- douleurs musculaires ;
- douleurs polyarticulaires sans gonflement ou rougeur ;
- céphalées d'un nouveau type, de forme ou gravité,
- sommeil non réparateur ;
- sensation de malaise durant plus de 24 heures après un effort.

(Fukuda et al, Annals of Internal Medicine, Vol. 121 , 1994, pp. 953-9)

§3. Les affections suivantes excluent un bénéficiaire dans le cadre de la convention du diagnostic de Syndrome de fatigue chronique :

- toute affection médicale active qui pourrait expliquer la fatigue chronique;
- toute affection médicale précédemment diagnostiquée, dont la disparition n'a pas été démontrée sans aucun doute clinique et dont la persistance pourrait expliquer la maladie provoquant la fatigue chronique;
- tout diagnostic posé dans le passé ou actuellement, de dépression majeure avec connotation psychotique ou mélancolique, de troubles affectifs bipolaires, tout type de

- schizophrénie, tout trouble hallucinatoire, tous types de démence, d'anorexie nerveuse, de boulimie,
- abus d'alcool ou d'autres substances psychoactives durant une période de deux ans avant l'apparition de la fatigue chronique ou depuis son apparition,
 - obésité majeure objectivée par un index de masse corporel égal ou supérieur à 45.

(Fukuda et al, Annals of Internal Medicine, Vol. 121 , 1994, pp. 953-9)

LE CENTRE DE RÉFÉRENCE

Article 5

§ 1. Le Centre de référence est une unité organique et fonctionnelle bien déterminée, patronnée par une Université Belge, placée sous la direction coordinatrice d'un médecin spécialiste et disposant de sa propre équipe interdisciplinaire, susceptible d'étayer sa compétence en matière de Syndrome de fatigue chronique au moyen de publications scientifiques et des curriculums des membres de cette équipe et dans laquelle les disciplines suivantes doivent, nécessairement, être représentées :

- médecine interne
- pédiatrie, si la population visée du Centre de référence est composée partiellement ou exclusivement d'enfants
- psychiatrie
- médecine de rééducation
- médecine générale (cf. infra)
- psychologie clinique
- kinésithérapie
- travail social

Le Centre de référence dispose, lorsqu'il est ouvert et qu'il les emploie effectivement, de ses propres infrastructure et équipement nécessaires pour mener à bien ses missions, comme par exemple : des locaux d'examen et d'entretien, une salle de réunion, des espaces de travail et d'étude pour tous les collaborateurs, une infrastructure de rééducation physique, ...

§ 2. Chaque membre de l'équipe interdisciplinaire peut étayer ses connaissances, ainsi qu'une expérience raisonnable dans la reconnaissance et le traitement des patients SFC.

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

En outre, les membres de l'équipe doivent non seulement être «formés» en matière de traitement du Syndrome de fatigue chronique et avoir acquis de l'expérience dans ce domaine, mais ils sont également tenus d'actualiser en permanence ces connaissances et ces aptitudes.

L'exigence minimale est dès lors que chaque membre concerné de l'équipe du Centre de référence participe au moins une fois par année à une réunion interuniversitaire traitant du Syndrome de fatigue chronique.

§ 3. Les médecins généralistes font non seulement partie de l'équipe en raison de leur rôle en qualité de médecin de renvoi, de rapports réguliers en provenance du Centre de référence et des contacts téléphoniques avec le Centre de référence, mais également et surtout en raison de leur participation physique effective aux discussions d'équipe relatives à leurs patients.

Ces discussions d'équipe peuvent également s'effectuer dans les cercles médicaux locaux si plusieurs médecins généralistes ont des patients qui suivent un programme de rééducation dans le Centre de référence, discussions au cours desquelles l'accent peut également être mis sur la formation spécifique, notamment dans la thérapie comportementale cognitive et la rééducation physique progressive.

§ 4. Outre l'équipe thérapeutique interdisciplinaire, le secrétariat du Centre de référence agit en qualité d'organe de contact permanent, à l'intention, en premier lieu, des bénéficiaires.

Le médecin-coordonateur veille dès lors également à ce que cette fonction soit prise en charge par des collaborateurs formés dans la prise en compte des demandes d'information et de soins, ainsi que de doutes exprimés par les patients SFC.

§ 5. L'équipe dispose enfin d'un fonctionnaire responsable de l'enregistrement, lequel est chargé de consigner pour le Conseil d'accord (cf. article 24), d'une manière standardisée et contrôlable, toutes les données pertinentes relatives aux patients et toutes les interventions thérapeutiques.

§ 6. Chacun des membres de l'équipe interdisciplinaire, ainsi que le fonctionnaire responsable de l'enregistrement, dispose d'un horaire clairement défini pour ses activités exercées au sein du Centre de référence, lequel dissipe toute imprécision relative à ses autres activités professionnelles, prestées éventuellement au bénéfice du pouvoir organisateur du Centre de référence.

La prestation effective et exclusive de chaque membre exprimée en ETP, est explicitement mentionnée à l'annexe I de la présente convention.

§ 7. Le fonctionnement de l'équipe interdisciplinaire du Centre de référence est organisé de telle sorte que l'interdisciplinarité prévaut.

L'équipe se réunit chaque semaine pour aborder des sujets généraux relatifs au SFC et des cas de patients individuels, tant à la fin de leur bilan que dans le courant et à la fin de leur programme de rééducation spécifique.

Article 6

L'équipe et l'infrastructure du Centre de référence sont suffisants pour remplir au moins les missions suivantes :

1. Une évaluation circonstanciée des patients renvoyés par les médecins généralistes, accompagnée d'une confirmation du diagnostic présumé de SFC par un spécialiste en médecine interne de l'équipe. Cette évaluation doit déboucher sur un avis thérapeutique qui peut, éventuellement, revêtir la forme d'un programme de rééducation spécifique.
2. Une rééducation spécifique, permettant d'obtenir une amélioration réelle de l'état des patients au niveau des symptômes et de la qualité de la vie, ainsi qu'au niveau socioprofessionnel.

3. L'information aux dispensateurs de soins, aux patients renvoyés dans le centre et, moyennant l'accord du patient, aux membres significatifs de leur entourage.
4. Le soutien des dispensateurs de soins de première ligne lors de l'accompagnement de leurs patients SFC qui sont ou ont été examinés par le Centre de référence ou y ont suivi un programme de rééducation.
5. Par le biais de la technique du « peer review » entre les centres de référence faisant partie du Conseil d'accord (cf. infra), contribuer à la diffusion de l'expertise clinique et scientifique acquise.
6. Par l'entremise d'un enregistrement soigneux standardisé des données pertinentes relatives aux patients et à la thérapie, contribuer activement par des publications à la recherche scientifique en matière de Syndrome de fatigue chronique.

LE PROGRAMME DE RÉÉDUCATION INDIVIDUEL

Article 7

Seuls les bénéficiaires renvoyés vers le Centre de référence par un médecin généraliste entrent en ligne de compte pour suivre un programme de rééducation pris en charge par l'assurance obligatoire soins de santé.

Ce renvoi s'effectue au moyen d'une lettre standardisée de renvoi spécifique (cf. article 26 §1 °1) qui est mise à la disposition des médecins généralistes par l'I.N.A.M.I., notamment par le biais d'Internet.

Ce formulaire mis au point par le Conseil d'accord (cf. infra) contient, outre les coordonnées du médecin généraliste, les données indispensables à caractère personnel du patient, ainsi que les informations utiles provenant du Dossier médical global, informations susceptibles d'éviter de refaire des examens et enfin les antécédents médicaux et les données cliniques qui ont permis au médecin généraliste de conclure qu'il s'agit probablement du SFC.

Article 8

Avant d'être admis dans un programme de rééducation, chaque bénéficiaire est examiné par un médecin interniste de l'équipe de rééducation du Centre de référence, examen qui doit confirmer la présomption du médecin généraliste qu'il s'agit bien d'un SFC.

Article 9

Chaque bénéficiaire qui remplit les conditions des articles 7 et 8, peut être admis dans un programme de rééducation de bilan qui comprend obligatoirement au moins les éléments figurant à l'annexe II de la présente convention.

Sur la base des données recueillies lors du programme de rééducation de bilan, l'équipe interdisciplinaire définit, lors d'une discussion d'équipe, un programme thérapeutique sur mesure qui est discuté avec le patient et son médecin généraliste et qui peut aller de l'avis éclairé à un programme de rééducation interdisciplinaire spécifique.

Article 10

§ 1. Si le Centre de référence est convaincu de pouvoir réaliser, pour un bénéficiaire, des progrès significatifs en termes de symptômes, de qualité de vie et de fonctionnement socioprofessionnel, par l'intermédiaire d'un programme de rééducation interdisciplinaire spécifique individuellement adapté, un tel programme peut être convenu.

Ce programme est obligatoirement composé d'une thérapie comportementale cognitive et d'une rééducation physique progressive.

§ 2. Il revient dès lors au bénéficiaire, dûment informé de sa quote-part dans la charge que le programme induit de toute évidence, de solliciter, par l'entremise de son médecin conseil, l'intervention relative à ce programme au niveau des organes compétents de l'assurance maladie obligatoire (cf. infra).

§ 3. Un programme de rééducation interdisciplinaire spécifique dure, pour un patient, au maximum 12 mois calendrier, avec au moins 1 intervention mensuelle dans le Centre de référence.

Les interventions ne peuvent se limiter à des contacts téléphoniques.

A la fin d'un programme de rééducation interdisciplinaire spécifique un bilan de fin est rédigé. Des mesures d'outcome sont effectuées dans le cadre de ce bilan de fin dans le but d'évaluer l'effet de la rééducation. L'annexe II à la présente convention, reprend les examens qui doivent obligatoirement être effectués à cette occasion.

Les mêmes mesures d'outcome (annexe II) sont répétées six et douze mois après la fin du programme de rééducation interdisciplinaire spécifique.

§ 4. Un programme de rééducation interdisciplinaire spécifique prend fin quand le Centre de référence conclut, après en avoir discuté avec le patient et son généraliste, que le résultat maximal est atteint chez le patient et au plus tard 12 mois calendrier après la première séance de rééducation interdisciplinaire spécifique .

§ 5. Chaque interruption du programme de plus d'un mois calendrier, à l'initiative du bénéficiaire doit être communiquée par le Centre de référence aux organes compétents de l'assurance maladie obligatoire et cette interruption met un terme à l'accord donné en matière d'intervention (cf. art 21, § 3).

Néanmoins, à condition de suivre de nouveau la procédure dite de « consentement éclairé » décrite aux §§ 1 et 2, pour une durée de rééducation maximale de 12 mois calendrier à compter de la date initiale de la première intervention relative à ce patient, effectuée dans un Centre de référence, les organes compétents de l'assurance maladie obligatoire peuvent accepter un nouveau programme de rééducation interdisciplinaire spécifique, à réaliser éventuellement dans un autre centre de référence pour patients souffrant du Syndrome de fatigue chronique.

Article 11

§ 1. Etant donné que chaque programme de rééducation de bilan se déroule de façon standardisée, l'assurance obligatoire soins de santé n'accorde qu'une seule intervention par patient sur la base d'une des conventions de rééducation conclues avec les centres de référence pour patients souffrant du Syndrome de fatigue chronique.

Si l'intervention relative à un programme de rééducation de bilan est sollicitée au moins quatre semaines avant le début effectif de ce programme par le Centre de référence, les organes compétents de l'assurance obligatoire soins de santé s'engagent, le cas échéant, dans les trois semaines à compter de la réception de la demande, à informer le Centre de référence que le bénéficiaire en question a déjà bénéficié d'une intervention dans le cadre d'un tel programme de rééducation de bilan (sans préciser l'établissement où ce programme a été suivi) et que la prise en charge d'un nouveau programme de rééducation de bilan est par conséquent exclue.

§ 2. Pour autant que le Centre de référence en question, dans lequel le programme de rééducation interdisciplinaire spécifique serait suivi, marque son accord, un programme de rééducation interdisciplinaire spécifique peut être suivi après un programme de rééducation de bilan effectué dans un autre centre de référence.

§ 3. Dès qu'un bénéficiaire a suivi durant 12 mois calendrier un programme de rééducation interdisciplinaire spécifique, plus aucune intervention dispensée par l'assurance obligatoire soins de santé n'est prévue sur la base d'une convention de prise en charge par des centres de référence de patients souffrant du syndrome de fatigue chronique, même dans un autre Centre de référence.

Si l'intervention pour un programme de rééducation interdisciplinaire spécifique est sollicitée au moins quatre semaines avant sa prise d'effet effective par le Centre de référence, les organes compétents de l'assurance obligatoire soins de santé s'engagent, dans les trois semaines à compter de la réception de la demande, à avertir le Centre de référence que le bénéficiaire en question a déjà bénéficié d'une intervention pour une rééducation de douze mois calendrier, sans préciser l'établissement où cette rééducation a été suivie, et que la prise en charge d'un nouveau programme de rééducation interdisciplinaire spécifique est par conséquent exclue.

Article 12

Quand, le cas échéant, le médecin interniste de l'équipe ne confirme pas la présomption du médecin généraliste que son patient souffre du Syndrome de fatigue chronique (article 8) ou quand l'équipe décide à l'issue du programme de rééducation de bilan que le patient ne souffre pas du SFC ou en souffre mais que le programme de rééducation interdisciplinaire spécifique conformément à l'article 10 §1^{er} n'est pas indiqué pour le patient et quand l'équipe conclut dans le courant d'un programme de rééducation interdisciplinaire spécifique que le résultat maximal est atteint (article 10 §4), il relève expressément du devoir de l'équipe du Centre de référence de prendre cette décision après en avoir parlé au patient et discuté avec son médecin généraliste et, si indiqué, réorienter le patient de façon experte vers un programme d'aide susceptible de l'aider.

Une pareille réorientation doit comporter plus qu'une information purement formelle de la décision de l'équipe à l'adresse du médecin généraliste.

Une orientation 'experte' implique que l'équipe cherche une forme d'aide qui lui convienne et, avec l'accord du patient, prenne contact avec les thérapeutes potentiels et informe ceux-ci sur le patient, etc.

Le but des présentes dispositions est de prévenir un dumping objectif et/ou subjectif dans le vécu du patient par le Centre de référence.

LES PRESTATIONS INDEMNISABLES PAR L'ASSURANCE OBLIGATOIRE SOINS DE SANTÉ – DÉFINITIONS, PRIX ET HONORAIRES.

Article 13

Les prestations qui, sur la base de la présente convention de rééducation, peuvent être prises en charge par l'assurance obligatoire soins de santé, sont les suivantes :

- le programme de rééducation de bilan complet ;
- le programme de rééducation de bilan incomplet ;
- le forfait mensuel dans le cadre d'un programme de rééducation interdisciplinaire spécifique;
- la participation du médecin généraliste au programme de rééducation interdisciplinaire dans le Centre de référence;
- la participation des membres de l'équipe du Centre de référence, aux séances organisées par les médecins généralistes dans leur cercle médical.

Article 14

§ 1. Le prix d'un programme de rééducation de bilan complet tel qu'il défini à l'article 9 a été fixé forfaitairement à EUR.

§ 2. Le prix afférent à un programme de rééducation interdisciplinaire spécifique tel que défini à l'article 10, en ce comprises les mesures d'outcome figurant au dernier alinéa du §3 de cet article, est fixé forfaitairement à EUR.

Ce montant est réparti en 6 forfaits mensuels de EUR, 6 mois consécutifs (voire moins en cas d'interruption prématurée du programme) que le Centre de référence peut porter en compte à condition que le bénéficiaire en question ait suivi effectivement le programme au cours d'une période de 6 mois, avec au moins 1 intervention mensuelle effectuée par le Centre de référence (vois l'article 10 §3).

Chaque mois au cours duquel un bénéficiaire a effectivement bénéficié d'au moins 1 prestation dans le Centre de référence peut être comptabilisé dans les limites exposées ci-dessus.

Dans l'éventualité où le bénéficiaire en question a mis un terme anticipé au programme, mais suit ultérieurement, après avoir de nouveau suivi la procédure de consentement éclairé décrite à l'article 10 § 1 et § 2, un nouveau programme de rééducation interdisciplinaire spécifique, les forfaits restants peuvent être pris en compte moyennant le respect des mêmes conditions.

§ 3. Les prix déterminés aux § 1 et § 2 sont calculés sur la base de l'équipe effectivement occupée dans le Centre de référence, comme fixée à l'annexe I.

§ 4. Le prix forfaitaire pour un programme de rééducation de bilan incomplet (voir article 20 §1) est de ... EUR (= prix réduit d'un programme de rééducation de bilan complet : voir l'annexe I).

§ 5. Les prix réduits pour un programme de rééducation de bilan complet, un programme de rééducation de bilan incomplet, un programme de rééducation interdisciplinaire spécifique et un forfait mensuel dans le cadre d'un programme de rééducation interdisciplinaire spécifique d'application dans les circonstances définies à l'article 22 §2 de la présente convention sont fixés respectivement à ... EUR, ... EUR, ... EUR et ... EUR.

Article 15

Lorsqu'un médecin généraliste participe à une réunion d'équipe dans le Centre de référence au cours de laquelle il est question de son patient, le Centre de référence peut porter en compte à l'organisme assureur du bénéficiaire en question des honoraires uniques par patient de 62,00 EUR, lesquels doivent être intégralement reversés au médecin généraliste concerné.

Article 16

Lorsque plusieurs médecins généralistes organisent, dans leur cercle médical, une réunion au cours de laquelle il est question de leurs patients qui suivent à ce moment un programme dans le Centre de référence et au cours de laquelle une formation est dispensée par l'équipe du Centre de référence en vue de la réalisation conjointe du programme de rééducation ou de la consolidation ultérieure de ses acquis, le Centre de référence peut porter en compte, pour ces séances de participation, pour les bénéficiaires dont il est question des honoraires de 62,00 EUR par membre de l'équipe du Centre de référence participant à ces réunions extra-muros et à cette formation, à répartir par le nombre de bénéficiaires dont il a été question. Ces honoraires ne peuvent toutefois être portés en compte qu'une seule fois par bénéficiaire, par programme complet (programme de rééducation de bilan + programme de rééducation interdisciplinaire spécifique) et par Centre de référence.

Article 17

Nonante-cinq pour cent des montants déterminés aux articles 14, 15 et 16 sont liés à l'indice pivot des prix à la consommation 107,30 au 1^{er} juin 2001 (base : 1996). Cette partie indexable 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.

Article 18

Les honoraires et les prix déterminés aux articles 14, 15 et 16 couvrent intégralement (c'est-à-dire sans supplément) toute intervention de chaque membre de l'équipe interdisciplinaire du Centre de référence pour un bénéficiaire pour lequel un accord d'intervention pour un programme de rééducation de bilan et/ou un programme de rééducation interdisciplinaire spécifique a été donné par l'organe de l'assurance obligatoire soins de santé compétent à cette fin et ce, jusqu'à une année suivant la date de la dernière prestation dans le cadre d'un programme de rééducation interdisciplinaire spécifique, à l'exclusion des honoraires des médecins de l'équipe relatifs aux prestations prévues dans la nomenclature des prestations médicales.

Aucun supplément ne sera non plus demandé sur ces dernières prestations.

Article 19

Le pouvoir organisateur du Centre de référence endosse la pleine responsabilité en ce qui concerne :

- la conformité des prestations portées en compte pour les bénéficiaires de l'assurance des organismes assureurs, sur la base de la présente convention de rééducation ;
- le contrôle de l'interdiction en matière de supplément dont il est question à l'article 18.

PROCÉDURE DE DEMANDE D'INTERVENTION
DANS LES FRAIS DE RÉÉDUCATION, D'ACCORD
EN LA MATIÈRE ET D'INTERVENTION

Article 20

§ 1. La rééducation d'un bénéficiaire n'entre en ligne de compte pour le remboursement par l'assurance soins de santé que si le Collège des médecins-directeurs qui est institué par le Service des soins de santé de l'I.N.A.M.I. ou toute autre instance réglementaire compétente s'est prononcé en faveur de la prise en charge du programme de rééducation (programme de rééducation de bilan et/ou programme de rééducation interdisciplinaire spécifique) de ce bénéficiaire et de surcroît bien entendu que si les prestations de rééducation portées en compte ont été effectuées en conformité avec la présente convention.

Si un programme de rééducation de bilan n'a pas pu être exécuté complètement du fait que le bénéficiaire lui-même l'interrompt prématurément et ne reprend pas ultérieurement, la prestation n'entre, conformément aux dispositions qui précèdent, pas en ligne de compte pour un prix normal d'un programme de rééducation de bilan (voir articles 14 et 22) mais bien pour un prix réduit dont le montant est fixé à l'article 14, §4.

Un accord de prise en charge d'un programme de rééducation interdisciplinaire implique également un accord portant sur la prise en charge de la participation du médecin généraliste et de ses séances de participation.

§ 2. La demande d'intervention dans les frais de rééducation au cours d'une période déterminée, doit être introduite par le bénéficiaire auprès du médecin conseil de son organisme assureur en application des dispositions de l'article 139 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.

§ 3. L'arrêté royal dont il est question au § 2 prévoit, notamment que le bénéficiaire introduit la demande d'intervention au moyen du formulaire approuvé par le Comité de l'assurance soins de santé.

§ 4. Il convient de joindre, au formulaire dont il est question au § 3, un rapport médical du Centre de référence, établi dans le respect d'un modèle déterminé par le Collège des médecins-directeurs, sur proposition du Conseil d'accord prévu à l'article 24, lequel atteste que le bénéficiaire et le programme de rééducation répondent aux conditions stipulées dans la convention.

Il convient également de joindre, au même formulaire dont il est question au § 3 du présent article, la lettre standardisée de renvoi dûment complétée par le médecin généraliste (cf. article 26, §1^{er}, 1).

§ 5. Le centre s'engage à informer correctement le bénéficiaire du déroulement de cette procédure et de lui apporter une aide lors du dépôt de sa demande.

§ 6. Si le Centre de référence prend 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 sont pas remboursés par l'organisme assureur en raison de l'introduction tardive de la demande.

Article 21

- § 1. Toute décision relative à une demande d'intervention est dûment motivée par l'instance réglementairement compétente de l'assurance obligatoire soins de santé.
- § 2. Le Centre de référence s'engage à fournir à cette instance toutes les informations qui sont sollicitées afin de lui permettre d'apprécier ces demandes.
- § 3. Comme il l'a déjà été signalé à l'article 10 § 5, un programme de rééducation interdisciplinaire spécifique admis avec octroi d'intervention au profit d'un bénéficiaire particulier vient à expiration lorsque le bénéficiaire en question n'a plus reçu, pendant plus d'un mois calendrier, de prestations effectives dans le Centre de référence.

Cette dernière donnée est communiquée par le Centre de référence aux organes compétents de l'assurance obligatoire soins de santé.

CAPACITÉ CONTRACTUELLE DU CENTRE DE RÉFÉRENCE

Article 22

- § 1. L'équipe du Centre de référence définie dans l'annexe I de la présente convention peut proposer, comme cela est déterminé dans la même annexe par année calendrier à ... bénéficiaires un programme de rééducation de bilan et un programme complet de rééducation interdisciplinaire spécifique (= au moins 6 mois de rééducation interdisciplinaire spécifique).

Les prix et honoraires de ces programmes couvrent normalement (voir article 14, §4 et article 20, §1 sur les programmes de rééducation de bilan « incomplets ») tous les frais du Centre de référence qui se composent des frais de personnel et des frais généraux (= ... EUR = « capacité normale de facturation »).

- § 2. Vu la forte prévalence estimée du nombre de patients SFC dans notre pays, il est permis que pour des bénéficiaires ayant reçu des prestations dans le Centre de référence, un montant total soit porté en compte équivalent à 110% de la « capacité normale de facturation » du Centre de référence (= ... EUR = « capacité maximale de facturation »).

Dès que, dans le courant d'une année calendrier pour des bénéficiaires ayant reçu dans le Centre de référence des prestations, un montant total de prix et honoraires a été porté en compte équivalent à la « capacité normale de facturation », les prix forfaitaires établis à l'article 14, §5 sont applicables pour les programmes de bilan de rééducation (complets ou incomplets) et pour les programmes de rééducation interdisciplinaire spécifique.

- § 3. Pour l'année calendrier d'entrée en vigueur de la présente convention (voir l'article 36, §1^{er}) et pour l'année calendrier d'expiration – sur la base de l'article 36 §2 – de la convention, il faut diminuer proportionnellement les montants mentionnés relatifs à la « capacité normale de facturation » et la « capacité maximale de facturation », compte tenu de la période de validité de la présente convention au cours de ces années calendrier.

Article 23

- § 1. Considérant que la capacité contractuelle du Centre de référence est fonction de toutes les interventions de l'équipe de rééducation pour les bénéficiaires, y compris les éventuelles interventions téléphoniques, et considérant également l'objectif ultérieur exposé à l'article 1^{er}, le Centre de référence tient à jour par patient et par intervenant un enregistrement du temps scrupuleux en application d'un modèle élaboré par le Service des soins de santé et qui doit pouvoir être objectivé de manière circonstanciée par membre de l'équipe concerné sur la base des carnets de rendez-vous, des journaux de bord, ...
- § 2. Ce registre est transmis chaque mois par courrier électronique au Service des soins de santé, lequel le traite, d'une part, dans un enregistrement longitudinal par bénéficiaire et, d'autre part, dans un état récapitulatif, par année calendrier pour le Centre de référence, en utilisant les paramètres pertinents du Conseil d'accord.

CONSEIL D'ACCORD

Article 24

Dans le cadre de la présente convention de rééducation et des conventions de rééducation analogues conclues avec d'autres centres de référence pour patients souffrant du Syndrome de fatigue chronique, il est institué un Conseil d'accord chargé plus spécifiquement de missions relatives au syndrome et à son traitement effectif, aux données épidémiologiques propres aux patients en règle générale, à leur progression par rapport à la rééducation suivie et à leur résultat.

Article 25

- § 1. Le présent Centre de référence pour patients souffrant du Syndrome de fatigue chronique délègue son médecin coordinateur en qualité de membre du Conseil d'accord précité.
- § 2. Outre les médecins-coordonateurs de tous les centres de référence conventionnés pour patients souffrant du Syndrome de fatigue chronique, le Conseil d'accord est composé de membres, désignés par le Collège des médecins-directeurs parmi ses membres qui représentent les Organismes assureurs.
Le Conseil d'accord est en outre encore composé d'un médecin-fonctionnaire, membre du Collège des médecins-directeurs, et d'un médecin-fonctionnaire, membre du Conseil médical de l'invalidité.
- § 3. La présidence du Conseil d'accord est assuré par le président du Collège des médecins-directeurs.

Article 26

- § 1. Les missions essentielles du Conseil d'accord sont les suivantes :

1° la rédaction d'une lettre standardisée de renvoi pour le médecin généraliste.

2° l'établissement du modèle de rapport médical dont il est question à l'article 20, § 4, lequel est joint par le bénéficiaire à sa demande d'intervention.

3° la détermination des données qui doivent être enregistrées par le Centre de référence pour chaque patient, de sorte que le parcours individuel de chaque revalidant puisse être standardisé, à compter du renvoi jusqu'à l'issue de la rééducation, y compris l'abandon éventuel du patient en cours de processus.

Une attention particulière sera consacrée aux médicaments pris par le revalidant.

4° la détermination des instruments de mesure permettant de jauger l'évolution et les résultats du patient à la fin du programme de rééducation interdisciplinaire spécifique, ainsi que 6 et 12 mois calendrier plus tard : les paramètres, le moment de l'évaluation et, dans la mesure du possible, l'interprétation de l'éventuelle progression par rapport à divers paramètres.

5° l'établissement de la méthode d'enregistrement des interventions rééducationnelles par les centres de référence et des éléments essentiels de cette méthode (vois article 10).

6° l'information aux instances de contrôle médical de l'assurance obligatoire indemnités.

7° l'avis aux organes concernés de l'assurance obligatoire soins de santé.

8° la formulation d'une politique de formation et de soutien aux dispensateurs de soins de première et deuxième ligne, de sorte qu'ils puissent prendre en charge, sans intervention ultérieure du Centre de référence, la plupart des soins prodigués à ces patients.

Le Collège des médecins-directeurs peut, en concertation avec le Conseil d'accord, à tout moment imposer un modèle et des modalités d'enregistrement standardisé des données visées au présent §1^{er}.

§ 2. Les dispositions du paragraphe précédent (1° à 5°) constituent, en vue de leur réalisation, une annexe à la présente convention, afin que la convention de rééducation devienne également un instrument de l'action de recherche scientifique clinique.

§ 3. Le Service des soins de santé traite de manière anonyme toutes les données visées au § 1 à l'intention du Conseil d'accord.

Article 27

En raison des très nombreuses questions demeurées sans réponse relatives au Syndrome de fatigue chronique et à son traitement, le *peer review* le plus vaste possible ne peut que jouer en faveur des patients admis dans les centres de référence.

C'est la raison pour laquelle il convient, pour chaque patient pour lequel une demande d'intervention relative à un programme de rééducation interdisciplinaire spécifique est introduite, comme il est prévu à l'article 20, de joindre au moins à cette demande un résumé anonyme standardisé du rapport médical dont il est question à l'article 20, § 4, lequel sera transmis par le Service des soins de santé à tous les membres du Conseil d'accord.

Article 28 : Modalités de fonctionnement du Conseil d'accord

- § 1. Le Conseil d'accord se réunit une première fois avant l'entrée en vigueur de la première convention de rééducation conclue avec un centre de référence pour patients souffrant du Syndrome de fatigue chronique et, par la suite, tous les six mois à partir de la date effective d'entrée en vigueur de la première convention.
- § 2. Le *peer review* des cas figure à l'ordre du jour de chaque réunion du Conseil d'accord après la date effective d'entrée en vigueur de la première convention.
- § 3. Trente mois après la date d'entrée en vigueur de la première convention de rééducation, le Conseil d'accord examine les données prévues à l'article 26, §1^{er} et traitées par le Service des soins de santé, afin d'établir sur la base des résultats de cette étude et des nouvelles évidences scientifiques apparues dans l'intervalle, à l'intention des organes compétents de l'assurance obligatoire, un rapport qui décrit et évalue le fonctionnement de la convention de rééducation en ce qui concerne la prise en charge, par les centres de référence, de patients souffrant du Syndrome de fatigue chronique.

OBLIGATIONS ADMINISTRATIVES, COMPTABLES ET AUTRES

Article 29

Le pouvoir organisateur tient, pour le Centre de référence SFC, une comptabilité qui donne un aperçu de toutes les recettes et de toutes les dépenses.

La tenue de cette comptabilité doit, autant que possible, se faire conformément aux directives comptables applicables aux établissements de rééducation et approuvées par le Comité de l'assurance, notamment en ce qui concerne la ventilation minimale du système des comptes et les délais d'amortissement des investissements utilisés.

La comptabilité établie doit bien évidemment permettre de distinguer les coûts des activités de rééducation, qui font l'objet de la présente convention, des coûts des autres activités du pouvoir organisateur. A cette fin, les activités de rééducation peuvent être considérées comme une rubrique de charge distincte; dans le cadre du plan comptable, des comptes distincts peuvent également, le cas échéant, être utilisés pour les activités couvertes par la convention et pour celles non couvertes par la convention.

Le compte de résultats annuel, se rapportant exclusivement aux activités du Centre de référence, doit être adressé au Service des soins de santé de l'I.N.A.M.I. dans les six mois qui suivent la clôture de l'exercice comptable, lequel débute systématiquement le 1^{er} janvier pour se terminer le 31 décembre. Le Service des soins de santé de l'I.N.A.M.I. peut, en ce qui concerne l'établissement de ce compte de résultats, imposer à tout moment un modèle unique.

Les pièces justificatives des recettes et dépenses doivent être conservées pendant 10 ans.

La comptabilité doit toujours être accessible au Service des soins de santé de l'I.N.A.M.I.

Article 30

§ 1. Le Centre de référence s'engage à facturer les forfaits aux organismes assureurs en établissant une facture dont le modèle est approuvé par le Comité de l'assurance. A titre d'information, tous les montants autres que les forfaits facturés par le Centre de référence au bénéficiaire, pour les services qui ne relèvent pas de la rééducation, doivent également figurer sur la facture. Une copie de cette facture doit être remise au bénéficiaire ou à son représentant légal.

Le Centre de référence lié à un hôpital peut toutefois effectuer la facturation obligatoire dans le cadre du régime du tiers payant, même via la bande magnétique de l'hôpital, auquel cas la réglementation en la matière s'applique. Le bénéficiaire doit alors également être informé par le dispensateur de soins des éléments facturés à son organisme assureur.

§ 2. En application des dispositions de l'Arrêté royal du 29 avril 1996 portant fixation de la réduction de l'intervention de l'assurance soins de santé et indemnités dans les honoraires et prix fixés dans certaines conventions avec les établissements de rééducation, le prix des prestations de rééducation facturées aux organismes assureurs doit être réduit du montant prévu par cet Arrêté royal.

PERSONNEL

Article 31.

§ 1. Afin d'assurer la qualité de la rééducation, le Centre de référence s'engage à toujours pourvoir à l'ensemble des postes inscrits au cadre du personnel, lequel est prévu à l'annexe I de la convention. Ceci implique que le Centre de référence devra effectivement engager du personnel, disposant pour la fonction visée, de la qualification requise, afin d'occuper, pour le nombre hebdomadaire d'heures de travail prévu, chacune des fonctions figurant dans le cadre du personnel.

Les charges du personnel figurant dans le cadre du personnel prévu à l'annexe I sont supposées être entièrement couvertes par le Centre de référence, sur la base des recettes susceptibles d'être obtenues par la présente convention. Les fonctions prévues dans le cadre du personnel ne peuvent dès lors jamais être complétées par du personnel qui, dans les fonctions visées, serait occupé par la voie d'un programme d'emploi spécial, sur la base duquel d'autres organismes publics interviennent, en tout ou en partie, directement ou indirectement, dans les charges salariales.

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

§ 2. Le Centre de référence s'engage, en application des dispositions du § 1^{er}, à toujours prendre sans délai toutes les dispositions utiles en vue de recruter du nouveau personnel, et ce, afin d'éviter qu'une fonction prévue au cadre du personnel ne soit vacante. C'est ainsi que le Centre de référence, dès qu'il est informé qu'une fonction prévue dans le cadre du personnel, sera vacante en raison d'une démission, d'un licenciement ou pour des raisons d'absence de longue durée justifiée (interruption de carrière, congé sans solde, maladie, ...), prendra immédiatement les mesures destinées à pourvoir au remplacement en temps opportun du membre du personnel temporairement ou définitivement absent.

Le Centre de référence n'est toutefois pas tenu de remplacer un membre du personnel licencié par le Centre de référence qui, à la demande du Centre de référence, n'exerce plus aucune prestation de travail durant la période de préavis légale indemnisée, et ce, au cours de cette même période. Le Centre de référence n'est du reste pas tenu de remplacer un membre du personnel qui est absent pour cause de maladie au cours de la période légale de versement du salaire garanti, c'est-à-dire durant la période au cours de laquelle le membre du personnel malade est encore effectivement rémunéré par le Centre de référence.

§ 3. Le Centre de référence s'engage à toujours informer le Service des soins de santé de l'I.N.A.M.I. du personnel effectivement occupé par le Centre de référence. A cet effet, le Centre de référence communiquera chaque trimestre par écrit au Service des soins de santé toutes les modifications relatives à l'occupation du cadre du personnel prévu, qu'il s'agisse de modifications temporaires (résultant de maladie, d'interruption de carrière, de congé sans solde, ...) ou de modifications définitives (résultant de démission, de licenciement, de passage à une activité à temps partiel, ...).

S'agissant de toute modification opérée dans le cadre du personnel, il y a lieu de communiquer les données suivantes :

- le nom du membre du personnel qui n'est plus inscrit au cadre, la date à partir de laquelle il ne remplit plus cette fonction et la raison de cette modification du personnel (maladie, démission, licenciement, ...);
- le nom du nouveau membre du personnel, sa qualification, le nombre d'heures de travail qu'il effectuera par semaine et sa date d'entrée en fonction au sein du Centre de référence.

Il y a lieu de mentionner expressément si un membre du personnel est licencié par le Centre de référence et si, à la demande du Centre de référence, il n'y travaille plus pendant la période légale du congé ; dans pareil cas, la date à compter de laquelle l'intéressé(e) ne travaille plus pour le Centre de référence, ainsi que la date d'expiration de la période légale du congé, doivent être communiquées.

Les absences pour cause de maladie d'un membre du personnel ne doivent pas être communiquées si la durée de la période de maladie ne dépasse pas la période légale du revenu garanti. Si tel est toutefois le cas, la date à partir de laquelle la fonction n'est plus pourvue doit être indiquée comme étant la date de prise d'effet de l'absence pour cause de maladie.

Si, durant un trimestre, aucune modification n'a été observée quant au personnel occupé par le Centre de référence, celui-ci signalera ce fait, dans un but de clarté, au Service des soins de santé.

Le Service des soins de santé peut à tout moment imposer un modèle pour la communication des modifications apportées au cadre du personnel.

§ 4. Si le Comité de l'assurance constate que le Centre de référence n'a pas respecté les dispositions de l'article 31, § 1 et § 2, il peut décider, en sus de toutes les autres mesures qu'il juge nécessaires, de réduire, durant une période déterminée, les prix fixés à l'article 14 d'un certain montant, après que le Centre de référence a eu l'occasion d'exposer par écrit les raisons justifiant le non-respect de ces dispositions.

La période à déterminer par le Comité de l'assurance, au cours de laquelle les prix arrêtés à l'article 14 sont réduits, ne peut jamais excéder la période de non-respect des dispositions de l'article 31, § 1 et § 2.

Le montant dont les prix déterminés à l'article 14 peuvent être réduits est fixé à ... EUR (= résultat de la division de l'enveloppe annuelle par le nombre d'équivalents temps plein dont l'équipe du Centre de référence est composé – voir l'annexe I) par équivalent temps plein qui, au cours d'une période déterminée, n'est pas pourvu dans le cadre du personnel. Ce montant doit être considéré comme un montant de base susceptible d'être adapté proportionnellement, compte tenu du nombre réel de postes vacants dans le cadre, exprimés en unités temps plein. Le montant de base de ... EUR est lié à l'indice pivot 107,30 (base 1996) et adapté conformément aux dispositions de la loi visée à l'article 17.

En cas de non-respect simultané des dispositions de l'article 31, § 1 ou § 2, et de l'article 31, § 3, la réduction visée au présent paragraphe est en toute hypothèse applicable, quelles que puissent être les raisons expliquant ce non-respect.

Le Centre de référence s'engage à ne récupérer en aucun cas les diminutions imposées en application des dispositions du présent paragraphe auprès des bénéficiaires admis dans le Centre de référence.

Article 32

§ 1. Le Centre de référence s'engage à rémunérer son personnel à tout le moins dans le respect des principes qui sont à la base du calcul des charges du personnel du Centre de référence, lequel calcul figure à l'annexe I de la présente convention.

Ce calcul est basé, comme indiqué à l'annexe précitée, soit sur les échelles salariales de la sous-commission paritaire 305.1 – avec application des mesures prévues dans l'accord social du 4 juillet 1991 (plan pluriannuel pour le secteur des soins de santé) et des C.C.T. des 10 décembre 1992 et 24 avril 1995 – soit, sur les barèmes des services publics fédéraux ou sur le barème du médecin-conseil des organismes assureurs.

Le Centre de référence s'engage également à accorder à son personnel certains avantages qui seraient accordés au personnel par de nouvelles C.C.T. conclues au sein de la sous-commission paritaire 305.1, et dont les coûts seraient pris en charge, à la suite d'une décision du Comité de l'assurance, par les prix et honoraires couverts à l'article 14.

§ 2. Si une fonction prévue au cadre du personnel du Centre de référence est occupée par un travailleur indépendant sous contrat, le Centre de référence s'engage, en ce qui concerne les prestations de ce travailleur indépendant, à verser des honoraires qui sont au moins égales à la charge salariale totale de cette fonction, dans l'éventualité où elle serait pourvue dans le cadre d'un emploi sous statut salarié. La charge salariale totale en cas d'emploi sur la base du statut de salarié comprend notamment, outre la rémunération brute, le supplément pour horaire irrégulier, le pécule de vacances, toutes les primes et les cotisations patronales à l'O.N.S.S.

Le Centre de référence adressera immédiatement au Service des soins de santé, pour toute fonction qui est pourvue contractuellement par un travailleur indépendant, une copie du contrat conclu entre le Centre de référence et le travailleur indépendant en question.

§ 3. Le Centre de référence s'engage à informer par écrit tous les membres du personnel (salariés ou indépendants) des obligations relatives à leur rémunération telles qu'elles découlent de l'article 32, § 1 et § 2 de la présente convention.

Le Centre de référence conserve les documents attestant que le personnel est informé de ces obligations et les tient à la disposition du Service des soins de santé de l'I.N.A.M.I.

Le Centre de référence autorise le Service des soins de santé de l'I.N.A.M.I. à communiquer à tout membre du personnel qui en fait la demande, les données relatives à sa rémunération découlant des obligations précitées.

§ 4. Le Centre de référence s'engage à transmettre chaque année, au plus tard le 31 mars, au Fonds pour le versement d'une prime syndicale, le montant fixe qui figure dans le prix de la journée de soins et de rééducation (soit, à l'heure actuelle, 0,05 EUR) pour chaque forfait qui a été payé par les organismes assureurs au cours de l'année calendrier écoulée.

Article 33

La quote-part des frais de personnel dans les prix fixés à l'article 14 sera adaptée à la réalité, si les dépenses réelles de personnel, résultant de l'évolution de l'ancienneté du personnel occupé, dépassaient de 1 % les frais de personnel inclus dans ce prix.

Le Centre de référence composera à cette fin, en concertation avec le Service des soins de santé, un dossier des frais de personnel entièrement actualisé et documenté, qui sera présenté au Collège des médecins-directeurs et au Comité de l'assurance, avec un avenant à la convention, à la suite de quoi les prix pourront être adaptés.

Le dossier des frais de personnel à constituer par le Centre de référence doit s'aligner sur le modèle et les principes du calcul des frais de personnel qui se trouve en annexe I à la présente convention, notamment en ce qui concerne le nombre de membres du personnel du Centre de référence et leur qualification. Les dérogations par rapport à ces principes ne sont possibles que si elles résultent de nouvelles C.C.T. appliquées par le Comité de l'assurance ou de mesures légalement imposées. En aucun cas, l'actualisation des frais de personnel ne peut, sur certains points, être contraire aux principes de calcul qui sont normalement appliqués par le Service des soins de santé. Un dossier des frais de personnel qui ne répond pas à ces exigences sera considéré comme irrecevable par le Service des soins de santé et cet élément sera communiqué au Centre de référence.

Les prix ainsi recalculés entreront en vigueur le premier jour du mois qui suit leur approbation par le Comité de l'assurance et, au plus tard, le premier jour du quatrième mois qui suit la date de réception par le Service des soins de santé du dossier complet et précis des frais de personnel.

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Article 34

§1. Le Centre de référence s'engage à prendre toutes les mesures utiles en matière de protection contre l'incendie; à cet effet, le Centre de référence sera en contact permanent avec un service d'incendie compétent et exécutera sans délai les mesures et travaux imposés par ce dernier.

§2. Afin de garantir la qualité de la rééducation, le Centre de référence s'engage à informer tous les membres du personnel de toutes les dispositions de la présente convention qui ont une importance pour ces derniers pour pouvoir exercer leur mission au sein du Centre de référence conformément les dispositions de la convention.

A cet égard, le Centre de référence s'engage à fournir à chaque membre du personnel au minimum une copie des articles 1 à 12 inclus et 31 à 34 inclus de la présente convention. Le Centre de référence conserve à cet égard les accusés de réception signés par le personnel et les tient à la disposition du Service des soins de santé de l'I.N.A.M.I.

Article 35

Le Centre de référence s'engage à fournir au Service des soins de santé de l'I.N.A.M.I. ou au médecin-conseil de l'organisme assureur du bénéficiaire toutes les informations thérapeutiques et financières sollicitées ou les informations relatives à la gestion générale des conventions de rééducation. Le Centre de référence s'engage à autoriser les délégués de l'I.N.A.M.I. ou des organismes assureurs à effectuer les visites qu'ils estiment utiles à cette fin.

DELAI DE VALIDITÉ DE LA CONVENTION

Article 36

- § 1. La présente convention, établie en deux exemplaires et dûment signée par les deux parties, entre en vigueur le ...
- § 2. La présente convention produit ses effets jusqu'au 30 juin 2005 inclus ; l'une des deux parties peut toutefois y mettre fin en adressant à l'autre partie un courrier recommandé, moyennant le respect d'un délai de préavis de 3 mois, qui prend cours le premier jour du mois qui suit la date de l'envoi du courrier recommandé.
- § 3. Les annexes I et II font partie intégrante de la présente convention, dans les limites définies par les articles de ladite convention. Les articles de la convention l'emportent toujours sur les annexes.