

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

Établissement public institué par la loi du 9 août 1963  
AVENUE DE TERVUEREN 211 – 1150 BRUXELLES  
**SERVICE DES SOINS DE SANTÉ**

## **CONVENTION RELATIVE AU DIAGNOSTIC ET AU TRAITEMENT DU SYNDROME DES APNÉES OBSTRUCTIVES DU SOMMEIL, CONCLUE ENTRE LE COMITÉ DE L'ASSURANCE DU SERVICE DES SOINS DE SANTÉ DE L'INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITÉ ET «POUVOIR ORGAN» DE «ZIEKENHUIS» «CAMPUS» A «LOCALITEIT» DANS LE CADRE DUQUEL FONCTIONNE L'ÉTABLISSEMENT VISÉ PAR LA PRÉSENTE CONVENTION**

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

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

Il est convenu ce qui suit, entre :

d'une part,

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

et d'autre part,

«POUVOIR ORGAN» de «ZIEKENHUIS» «CAMPUS» à «LOCALITEIT» dans le cadre duquel fonctionne l'établissement visé par la présente convention.

### **Article 1<sup>er</sup>**

Dans la présente convention, le terme « établissement » désigne l'unité fonctionnelle qui, au sein du «SERVICE» de «ZIEKENHUIS» «CAMPUS» assure le diagnostic et le traitement du syndrome des apnées obstructives du sommeil au sens de cette convention.

Plus loin dans cette convention, le « syndrome des apnées obstructives du sommeil » est désigné par l'acronyme SAOS et la pression positive continue par voie nasale pendant le sommeil ou *nasal continuous positive airway pressure* par l'acronyme nCPAP.

## **OBJET DE LA CONVENTION**

### **Article 2**

La présente convention définit notamment les conditions concernant les bénéficiaires et l'établissement au sens de la convention, la prestation prévue pour laquelle une intervention de l'assurance soins de santé obligatoire est possible ainsi que le montant de ses prix et honoraires et les modalités de paiement de l'intervention. De plus, elle décrit également les relations entre les différentes parties associées à la conclusion et la mise en application de cette convention, à savoir le pouvoir organisateur de l'établissement, l'établissement, les bénéficiaires de l'assurance obligatoire soins de santé tels que définis à l'article 3 de cette convention, les organismes assureurs et le Service des soins de santé de l'INAMI.

## **BÉNÉFICIAIRES DE L'INTERVENTION POUR LE TRAITEMENT DU SAOS PAR nCPAP**

### **Article 3**

Peuvent être considérés comme bénéficiaires au sens de la présente convention, les patients avec un SAOS tel que défini à l'article 4 de la présente convention, entrant en compte pour l'instauration et le suivi ultérieur d'un traitement à domicile par nCPAP et pour une intervention en la matière de l'assurance soins de santé.

### **Article 4**

Le diagnostic du SAOS est posé chez un patient symptomatique et confirmé par une polysomnographie (= PSG) avec protocole complet, tel que défini à l'article 5 de la présente convention.

La PSG diagnostique confirmant le SAOS au sens de cette convention démontre un indice d'apnée-hypopnée ou IAH > 20, déterminé comme décrit plus loin à l'article 6. Toutefois, chez les enfants jusqu'à 15 ans inclus la PSG diagnostique démontre soit un indice d'apnées obstructif ou AI  $\geq$  1, soit un IAH  $\geq$  5. En plus de ces critères d'AI ou d'AHI, ces enfants présentent aussi des épisodes de désaturation nocturne ou d'hypercapnie matinale. En plus ils présentent également des signes de mauvaise tolérance des problèmes respiratoires, comme un ralentissement au niveau de la croissance ou de la prise de poids attendue, d'autres retards de développement...

La PSG diagnostique démontre également, pour les patients à partir de 16 ans, un indice de fragmentation du sommeil ou Ari (*arousal index*) > 30, déterminé comme décrit plus loin à l'article 7.

### **Article 5**

Par PSG au sens de la présente convention, il faut entendre l'enregistrement, pendant 1 nuit (8 heures), d'au moins :

- un EOG bilatéral,
- un EEG à 2 dérivations,
- un EMG mentonnier ou sous-mentonnier,
- un EMG bilatéral du tibialis antérieur ou capteur du mouvement bilatéral,
- la SaO<sub>2</sub>,
- le ronflement,
- la position du corps,
- le flux ventilatoire nasal mesuré par capteur de pression via des lunettes nasales,
- l'ECG à 1 dérivation,
- une méthode validée pour l'effort respiratoire, p.ex. enregistrement de la pression œsophagienne ou des signes de mouvements thoraciques + abdominaux.

Toute PSG effectuée dans le cadre de la présente convention, tant diagnostique que pour le titrage de la pression de la nCPAP,

- l'est dans les locaux de l'établissement qui y sont destinés, sous la présence et la surveillance permanentes d'un membre du personnel de l'établissement (technicien, kinésithérapeute ou praticien de l'art infirmier) ayant une connaissance appropriée de la procédure.
- ses résultats sont analysés manuellement par un membre compétent du personnel de l'établissement. S'il ne s'agit pas d'un médecin visé à l'article 10, 2), a), de l'équipe de l'établissement, protocole et extraits de tracés sont encore vérifiés par ce médecin. Ce médecin est le responsable final du protocole de la PSG et de la précision du diagnostic.
- le protocole et extraits de tracés sont conservés dans le dossier du bénéficiaire, avec les données d'anamnèse du sommeil, les données de l'examen clinique, les résultats d'éventuels autres examens effectués et avec les données sur le ou les traitement(s) institué(s).

Toutefois, si une PSG diagnostique n'a pas été exécutée dans l'établissement, un médecin de l'équipe de l'établissement peut, sur base du protocole et, si besoin en est, aussi d'extraits de ses tracés, estimer que cette PSG diagnostique ne doit pas être répétée dans l'établissement. Dans ce cas aussi, ce médecin de l'établissement est le responsable final du protocole de cette PSG diagnostique et de la précision du diagnostic.

Le protocole de chaque PSG diagnostique, accompagnant l'envoi d'une demande d'intervention, contient une description statistique des caractéristiques du sommeil et de ses courbes graphiques couvrant la nuit entière (au moins un hypnogramme et le trend SaO<sub>2</sub>). Ce protocole permet également d'en déduire le calcul de l'IAH ou de l'AI et de l'ArI.

## **Article 6**

Pour la détermination de l'IAH, les concepts suivants sont appliqués :

- a) L'hypopnée est une réduction passagère de la respiration, l'apnée en est un arrêt complet. Ces deux événements durent 10 secondes ou plus et répondent à un des deux critères mentionnés ci-dessous :
  - 1) une réduction de l'amplitude d'une mesure valide de la respiration pendant le sommeil, jusqu'à > 50 % sous la *baseline*. Cette *baseline* est définie comme l'amplitude moyenne lorsque la respiration et l'oxygénation sont stables dans les deux minutes précédant l'événement (chez des personnes ayant un mode ventilatoire stable pendant le sommeil) ou comme l'amplitude moyenne des trois mouvements respiratoires les plus profonds dans les deux minutes précédant l'événement (chez des personnes sans mode ventilatoire stable) ;
  - 2) une nette réduction de l'amplitude d'une mesure valide de la respiration pendant le sommeil qui ne répond pas au critère en 1) mais qui s'accompagne soit d'une baisse de la SaO<sub>2</sub> de > 3 %, soit d'un *arousal* comme défini à l'article 7.
- b) L'IAH est le nombre moyen d'apnées + hypopnées par 60 minutes de sommeil enregistré par EEG. La détermination de cette moyenne tient compte de la somme du nombre total d'apnées + du nombre total d'hypopnées (= a) pendant le nombre total de minutes de sommeil sous enregistrement EEG (= b) lors de la PSG mentionnée à l'article 5.

$$L'IAH = (a / b) \times 60.$$

Pour les enfants de < 16 ans l'AI représente le nombre moyen d'apnées obstructives par 60 minutes enregistré par EEG lors du sommeil. Pour la détermination de cette moyenne il est tenu compte du nombre total d'apnées (=a) durant le nombre total de minutes de sommeil enregistré par EEG (=b) au cours de la PSG mentionnée à l'article 5.

$$L'AI = (a/b) \times 60$$

## **Article 7**

Pour la détermination de l'ArI, les concepts suivants sont appliqués :

- a) L'*arousal* est une modification soudaine de la fréquence de l'EEG qui comprend des ondes thêta, alpha et/ou autres de fréquences > 16 Hz, à l'exclusion des *spindles* (= complexes fusiformes d'ondes de 12-14 Hz d'une durée comprise entre 0,5-1,5 seconde) et qui répond aux conditions suivantes :
  - 1) une personne ne peut marquer un *arousal* à l'EEG que si elle a déjà présenté au préalable pendant 10 secondes au minimum les signes d'un stade du sommeil ;
  - 2) minimum 10 secondes de signe de sommeil intermédiaire sont nécessaires avant qu'un 2<sup>e</sup> *arousal* EEG puisse être noté ;
  - 3) la modification dans la fréquence de l'EEG dure au minimum 3 secondes afin qu'elle puisse être notée comme *arousal* ;
  - 4) des *arousals* pendant le sommeil NREM peuvent survenir sans hausse simultanée de l'amplitude de l'EMG sous-mentonnier ;
  - 5) des *arousals* pendant le sommeil REM ne peuvent être notés que s'ils sont accompagnés d'une hausse simultanée de l'amplitude de l'EMG sous-mentonnaire.
  - 6) des *arousals* ne peuvent jamais être notés uniquement sur base d'une hausse de l'amplitude de

l'EMG sous-mentonnière ;

- 7) les artefacts, complexes K ou ondes delta ne sont pas notés comme *arousal* à moins d'être accompagnés d'une modification soudaine de la fréquence de l'EEG comme définie en a), dans au minimum 1 dérivation. Si une telle activité précède une modification soudaine de la fréquence de l'EEG, elle n'est pas comprise dans la durée de 3 secondes définie en 3). Lorsqu'ils se produisent pendant une modification soudaine de la fréquence de l'EEG, les artefacts ou activités onde delta sont bien compris dans la durée de 3 secondes définie en 3) ;
  - 8) un artefact par blocage de la plume ne peut être considéré comme *arousal* que s'il est suivi d'un tracé d'*arousal* EEG. Le blocage de la plume peut être inclus pour atteindre la durée définie en 3) ;
  - 9) les changements dans l'EEG ou l'EMG non associés mais successifs qui durent chacun moins de 3 secondes mais ensemble plus de 3 secondes ne sont pas notés comme *arousals* ;
  - 10) l'apparition soudaine d'une activité alpha de < 3 secondes pendant le sommeil NREM n'est pas notée comme *arousal*. Trois secondes de sommeil alpha ne sont pas notées comme *arousal* à moins d'être précédées d'un épisode de 10 secondes de sommeil sans onde alpha ;
  - 11) les passages d'un stade du sommeil à un autre ne suffisent pas en soi pour être notés comme *arousals* à moins de répondre aux conditions précitées.
- b) L'ArI est le nombre moyen d'*arousals* par 60 minutes de sommeil sous enregistrement EEG. La détermination de cette moyenne tient compte du nombre total d'*arousals* (= a) pendant le nombre total de minutes de sommeil sous enregistrement EEG (= b) lors de la PSG mentionnée à l'article 5.
- $L'ArI = (a / b) \times 60.$

### **Article 8**

Si besoin en est, chaque bénéficiaire reçoit des conseils concernant sa position pendant le sommeil, l'utilisation d'alcool et de médicaments hypnotiques. Tout bénéficiaire pour qui cela peut être utile reçoit aussi des conseils concernant le régime alimentaire et l'hygiène par le mouvement.

Avant d'instaurer un traitement par nCPAP chez des enfants âgés de < 16 ans présentant un SAOS il est d'abord vérifié si celui-ci ne peut être attribué à une autre cause pouvant être traitée, entre autres par adenotonsillectomie. En cas d'hypertrophie existante et en l'absence d'une contre-indication à l'intervention, le résultat de l'adenotonsillectomie est évalué pour la respiration nocturne et la saturation en oxygène après minimum un mois et un traitement par nCPAP est instauré par après seulement si les critères de l'article 4 concernant l'AI ou l'IAH sont rencontrés.

### **Article 9**

Avant d'entamer un traitement par nCPAP à domicile pour SAOS comme défini à l'article 12 il est obligatoire qu'une 2<sup>e</sup> PSG telle que définie à l'article 5 de la présente convention, mais sous traitement par nCPAP correctement titré par un médecin visé à l'article 10, 2), a), de l'équipe de l'établissement, ait démontré une amélioration quantifiée de la respiration et de la qualité du sommeil. Le coût de cette 2<sup>e</sup> PSG, qui est toujours effectuée dans les locaux de l'établissement destinés à cet usage, est compris dans les honoraires et prix mentionnés à l'article 13 de la présente convention.

Avant une prolongation du traitement à domicile par nCPAP, une nouvelle PSG n'est généralement plus nécessaire. Sa nécessité ou non est appréciée par un médecin de l'équipe de l'établissement, visé à l'article 10, 2), a).

Pour toute prolongation éventuelle du traitement à domicile par nCPAP, une attention spéciale est toujours prêtée à l'observance du bénéficiaire. Le ou les médecins visés à l'article 10, 2), a), de l'équipe de l'établissement s'engagent à ne pas introduire de demande de prolongation comme visée à l'article 17 de la présente convention en faveur d'un bénéficiaire pour qui il a été constaté dans la période de traitement précédente que son observance était inférieure à 3 heures par nuit en moyenne.

## L'ÉTABLISSEMENT

### Article 10

L'établissement au sens de la présente convention est une unité fonctionnelle au sein du «SERVICE» de «ZIEKENHUIS» «CAMPUS» qui remplit les conditions suivantes :

- 1) Il dispose de son propre laboratoire du sommeil central qui, par nuit, peut effectuer simultanément au minimum 2 PSG comme définies à l'article 5 de cette convention chez des personnes adultes. « Central » signifie ici que les locaux du laboratoire du sommeil sont groupés dans un même espace au sein d'un hôpital ou du site d'un hôpital fusionné.

L'infrastructure de ce laboratoire du sommeil central satisfait aux conditions suivantes

- a) Les lits pour l'examen du sommeil sont localisées dans des chambres pour une personne
- b) Chaque chambre est suffisamment grande et équipée de façon efficace permettant l'isolation sonore, l'obscurcissement, la ventilation et le réglage de la température. Un équipement sanitaire est disponible à proximité.
- c) Une chambre séparée, qui offre également un espace et une ergonomie suffisante, est utilisée pour le placement des polysomnographes, les écrans de monitoring et les bureaux pour l'équipe technique et infirmière.

Ses locaux répondent aussi aux normes pour un établissement hospitalier.

- 2) Il dispose lui-même de sa propre équipe pluridisciplinaire, composée :
  - a) d'au minimum un médecin spécialiste en médecine interne ou en pneumologie (580/620 ou 584/624), en neurologie, neuropsychiatrie ou psychiatrie (770/760/780 ou 774/764/784) ou, si l'établissement assure aussi le traitement d'enfants, en pédiatrie (690 ou 694) ; ce médecin ou, s'il y en a plusieurs, l'un d'eux est le médecin responsable de l'établissement et :
    - ne travaille pas simultanément dans aucun autre établissement ni en est responsable. Une activité limitée dans un autre établissement n'est toutefois pas exclue.
    - est présent dans l'établissement durant une année ouvrable et calculé par lit d'examen du sommeil pendant au minimum ¼ d'ETP ;
    - a une compétence et une expérience suffisante en matière de troubles du sommeil liés à la respiration.
    - confirme avant le 1<sup>er</sup> janvier 2010 son expertise particulière dans le domaine du diagnostic et du traitement du syndrome des apnées obstructives du sommeil.
  - b) d'au minimum, calculé sur une année ouvrable et par 2 lits pour l'examen du sommeil, l'équivalent de 1 collaborateur ETP (= en moyenne 38 heures par semaine) présent dans l'établissement, technicien, praticien de l'art infirmier ou kinésithérapeute, possédant chacun une formation (sur le plan paramédical) dans les techniques de *scoring* PSG et dans les techniques d'assistance ventilatoire. Ces collaborateurs peuvent à tout moment faire appel à un service de soins infirmiers et à un médecin de l'établissement mentionné en a).
- 3) Il peut faire appel à un psychologue et diététicien consultants.
- 4) En outre, il peut également faire appel ou référer à des médecins consultants d'autres disciplines afin de commencer éventuellement un traitement alternatif du SAOS ou de traiter des affections comorbides. Il s'agit au moins d'un chirurgien ORL, dentiste, chirurgien maxillo-facial, pédiatre ou cardiologue compétents et d'un médecin couramment impliqué dans le traitement de l'obésité.

## **Article 11**

Pour déposer leur candidature à la conclusion de la présente convention, un représentant responsable du pouvoir organisateur de l'établissement candidat et le médecin responsable auront adressé au Service des soins de santé, à l'intention du Collège des médecins-directeurs, selon le modèle en annexe 3 à la présente convention, :

- 1) un questionnaire complété et un plan synoptique du laboratoire du sommeil, qui démontrent de quelle manière il est satisfait aux conditions mentionnées à l'article 10, 1) ;
- 2) une liste du personnel propre de l'établissement, indiquant pour chacun d'eux les nom et prénom, la discipline, éventuellement le numéro d'identification INAMI, l'horaire hebdomadaire dans l'établissement et toutes autres données démontrant de quelle manière il est satisfait aux conditions mentionnées à l'article 10, 2). Les données que le pouvoir organisateur a mentionnées à ce sujet dans son dossier de demande (ainsi que toutes les données ultérieures que l'établissement transmet au Service des soins de santé et qui complètent et corrigent les données initiales) sont à caractère public et peuvent donc être communiquées par l'Inami entre autres au bénéfice des patients.
- 3) une liste du psychologue et diététicien consultants auxquels il peut être fait appel ainsi qu'une liste des médecins auxquels ils peut faire appel ou référer, avec pour chacun d'eux les nom et prénom, la discipline et éventuellement le numéro d'identification INAMI, qui démontre de quelle manière il est satisfait aux conditions mentionnées à l'article 10, 3) et 4).

Pour des raisons pratiques, le modèle en annexe 3 peut être adapté par le Collège des médecins-directeurs.

## **LA PRESTATION REMBOURSABLE PRÉVUE**

## **Article 12**

La prestation « traitement à domicile du SAOS par nCPAP » visée dans la présente convention comprend :

- 1) la mise à la disposition du bénéficiaire par l'établissement de tout le matériel nécessaire, c'est-à-dire un appareil prêt à l'emploi équipé des filtres d'épuration nécessaires, des masques nasaux nécessaires, des conduits et des accessoires de fixation. Tout appareil ainsi mis à disposition permet le calcul du nombre moyen d'heures d'utilisation effective par nuit de chaque bénéficiaire. Pour les bénéficiaires présentant une rhinite, un humidificateur d'air est également mis à disposition.
- 2) la PSG pour le titrage correct de la pression du nCPAP instauré.
- 3) la surveillance de la thérapie par l'établissement, qui comprend la formation pratique et théorique du bénéficiaire, de son entourage et du médecin généraliste, ainsi que la disponibilité du personnel de l'établissement pour répondre à leurs questions ;
- 4) la reprise de l'appareil à la fin du traitement.

## **HONORAIRES ET PRIX DE LA PRESTATION PRÉVUE À L'ARTICLE 12**

### **Article 13**

Les honoraires et prix de la prestation « traitement à domicile du SAOS par nCPAP » décrite à l'article 12 sont fixés forfaitairement à 2,46 EUR par 24 heures, dont 1,35 EUR n'est pas indexable.

Ce prix peut, sans l'autorisation de l'établissement, à tout moment être diminué par le Comité de l'assurance s'il devait ressortir d'une analyse des différents éléments constituant le prix, que le coût réel de la prestation « traitement à domicile du SAOS par nCPAP » est inférieur au montant précité compte tenu du coût et de la durée de vie de tout le matériel nécessaire, du coût du travail nécessité par la prestation (pour autant que ce travail ne soit pas déjà rémunéré en dehors du cadre de la convention) et les frais généraux normaux (tels qu'ils sont aussi prévus pour des prestations de rééducation fonctionnelles comparables). Une telle diminution de prix ne peut toutefois jamais être rétroactive.

### **Article 14**

La partie indexable des honoraires et prix mentionnés à l'article 13, qui couvre de manière forfaitaire les frais de personnel – y compris ceux du(es) médecin(s) - qui ne peuvent pas déjà être couverts via une quelconque autre intervention, est liée à l'indice pivot 104,14 (base 2004) des prix à la consommation valable à partir du 1<sup>er</sup> octobre 2006. Cette partie indexable est adaptée selon les dispositions de la loi du 1<sup>er</sup> mars 1977 organisant un régime de liaison à l'indice des prix à la consommation du Royaume de certaines dépenses du secteur public.

La partie non indexable de chacun des honoraires et prix mentionnés à l'article 13, qui couvre de manière forfaitaire les frais de matériel, peut être adaptée sur la base d'un dossier motivé qui en démontre l'augmentation.

## **PROCÉDURE DE DEMANDE ET D'ACCORD POUR L'INTERVENTION DANS LA PRESTATION PRÉVUE À LA PRÉSENTE CONVENTION**

### **Article 15.**

Sous réserve de modifications légales relatives aux demandes et accords pour l'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé, la prestation prévue à l'article 12 de la présente convention n'entre en compte pour une intervention par l'assurance obligatoire soins de santé que si le Collège des médecins-directeurs compétent en la matière ou, 2 ans après l'entrée en vigueur de la présente convention, le médecin-conseil de l'organisme assureur du bénéficiaire, compétent en la matière, a pris une décision favorable au sujet de l'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé.

### **Article 16.**

Toute demande de première intervention est introduite par le bénéficiaire selon les dispositions des articles 139 et 142, § 2, de l'A.R. du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

En cas d'accord de l'instance compétente, l'intervention de l'assurance n'est due que pour les nuits de traitement à domicile du SAOS réellement effectuées et ce, à partir de la date fixée par cette instance, et au plus tôt 30 jours avant la date de réception de la demande d'intervention par le médecin-conseil.

En cas de traitement à domicile du SAOS par nCPAP, l'intervention de l'assurance n'est due que pour les nuits réellement effectuées après une 2<sup>e</sup> PSG pour le titrage de la pression.

L'établissement s'engage à aider le bénéficiaire lors de l'introduction d'une demande d'intervention. À la demande introduite au moyen d'un formulaire approuvé par le Comité de l'assurance soins de santé, un

rapport médical est joint, établi selon le modèle en annexe 1 à la présente convention. Pour des raisons pratiques ce modèle peut être adapté par le Collège des médecins-directeurs.

Si l'établissement a pris la responsabilité d'introduire lui-même la demande d'intervention, le pouvoir organisateur de l'établissement s'engage à ne pas réclamer au bénéficiaire le coût de prestations éventuelles effectuées pendant les jours qui ne donnent pas droit à une intervention de l'assurance en raison d'un retard dans l'introduction de la demande.

#### **Article 17.**

Une demande éventuelle de prolongation de l'intervention pour les nuits de traitement à domicile du SAOS sous la conduite de l'établissement est effectuée conformément aux dispositions des articles 139 et 144 de l'arrêté royal susmentionné.

#### **Article 18.**

Un premier accord d'intervention pour la prestation mentionnée à l'article 12 comporte une période d'au maximum 6 mois à partir de la date de début de la période accordée. Chaque nouvel accord pour une même prestation vaut pour une période d'au maximum 12 mois à partir de la date de début de la période accordée.

### **OBLIGATIONS EN MATIÈRE DE FACTURATION ET DE COMPTABILITÉ**

#### **Article 19.**

Le pouvoir organisateur de l'établissement s'engage à facturer aux organismes assureurs, sur indication de l'établissement, les honoraires et prix fixés à l'article 13 de la présente convention via les bandes magnétiques de l'établissement hospitalier dont l'établissement fait partie.

Uniquement en cas d'hospitalisation intercurrente d'un bénéficiaire traité au préalable à domicile les prix et honoraires du « traitement du SAOS par nCPAP » peuvent au cours d'une période d'intervention être cumulés le même jour, avec un prix de journée d'hospitalisation

Copie d'une facture sur papier est transmise à chaque bénéficiaire, bien que la facturation soit effectuée par support magnétique.

Le pouvoir organisateur de l'établissement assume toute la responsabilité en matière de conformité à toutes les dispositions de la convention, des prestations qui sur la base de cette convention sont facturées pour les bénéficiaires aux organismes assureurs.

#### **Article 20.**

Le pouvoir organisateur de «ZIEKENHUIS» «CAMPUS» au sein duquel l'établissement fonctionne, tient une comptabilité sur la base du plan comptable minimum normalisé des hôpitaux (A.R. du 14.8.1987). Les activités prévues dans cette convention sont considérées comme une rubrique de frais, de manière telle que les recettes (produits) et les dépenses (frais) en soient directement connues. Avant la fin du mois de juin de chaque année, le pouvoir organisateur de l'établissement envoie au Service des soins de santé de l'INAMI ces données comptables relatives à l'exercice précédent (qui court du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre de l'année précédente).

### **TENUE ET TRANSMISSION DE CHIFFRES DE PRODUCTION**



### **Article 21.**

L'établissement tient à jour une liste de tous les bénéficiaires sous traitement à domicile du SAOS par nCPAP et des périodes d'accord d'intervention dans son coût pour chacun des bénéficiaires.

Sur la base des données mentionnées à l'alinéa premier, l'établissement établit ses chiffres de production (soit le nombre de prestations effectuées, par type, multiplié par leurs prix respectifs). Avant la fin du mois qui suit le dernier mois de chaque trimestre, il transmet les chiffres de production relatifs à ce trimestre au moyen de l'application informatique que le Service des soins de santé lui transmet à cet effet. Cette dernière mentionne toutes les prestations pour lesquelles l'assurance soins de santé obligatoire peut intervenir dans le cadre de la présente convention, avec leur libellé, prix et pseudocode.

L'établissement désigne une personne de contact chargée de la transmission des chiffres de production. Il communique ses coordonnées personnelles (nom, numéro de téléphone direct et adresse électronique) au Service des soins de santé de l'INAMI et informe également le Service de toute modification de ces coordonnées personnelles.

L'établissement s'engage à observer scrupuleusement les instructions susmentionnées en matière de transmission des chiffres de production.

L'établissement s'engage à soumettre, à la demande du Service des soins de santé ou du Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'INAMI, tout document nécessaire pour étayer les chiffres de production transmis. La transmission délibérée de chiffres de production erronés entraîne la suspension d'office des paiements par les organismes assureurs dans le cadre de la présente convention.

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

## **TRANSMISSION ANNUELLE D'UN RAPPORT D'ACTIVITÉS.**

### **Article 22.**

Par la signature de la présente convention, le pouvoir organisateur de l'établissement et les médecins de l'établissement s'engagent à transmettre chaque année, au plus tard pour le 31 mars de l'année civile x+1, au Service des soins de santé de l'INAMI, à l'attention du Collège des médecins-directeurs, un rapport de l'usage fait de la convention au cours de l'année civile précédente, x.

Ils s'engagent également à établir ce rapport de manière complète et correcte selon le schéma et les instructions de l'annexe 2 à cette convention. Pour des raisons pratiques, ce schéma et ces instructions peuvent être adaptés par le Collège des médecins-directeurs.

Il est transmis de préférence par courrier électronique à l'adresse [anita.welschen@inami.fgov.be](mailto:anita.welschen@inami.fgov.be) sous forme de fichier excel. Pour des motifs d'ordre pratique, le Service des soins de santé peut adapter ces préférences.

Le premier de tels rapports concerne l'année civile 2008.

### **Article 23.**

Si le rapport n'est pas remis dans les délais, le Service des soins de santé de l'INAMI rappelle l'engagement visé à l'article 22 au pouvoir organisateur de l'établissement et aux médecins de

l'établissement par lettre recommandée à la poste, en leur demandant de le respecter encore de manière complète et correcte dans le mois qui suit l'envoi de la lettre recommandée. Ils sont également avertis par la même lettre qu'au cas où cet engagement n'aurait pas encore été respecté de façon correcte et complète dans le mois suivant son envoi, il sera demandé par circulaire aux organismes assureurs de suspendre d'office à partir du premier jour du deuxième mois suivant cet envoi tout paiement de prestations facturées en application de la présente convention, quelle que soit la date à laquelle ces prestations ont été effectuées.

#### **Article 24.**

En cas de transmission dans les délais d'un rapport non établi de manière complète et correcte selon le schéma et les instructions de l'annexe 2 à cette convention, le Service des soins de santé de l'INAMI indique au médecin responsable de l'établissement les manques constatés, en l'invitant à les compléter ou corriger dans le mois qui suit l'envoi de ces observations.

#### **Article 25.**

En l'absence de réaction adéquate et dans les délais aux manques visés à l'article 24, le Service des soins de santé de l'INAMI rappelle l'engagement visé à l'article 22, alinéa 2, au pouvoir organisateur de l'établissement et au médecin responsable de l'établissement par lettre recommandée à la poste, en leur demandant de le respecter encore de manière complète et correcte dans le mois qui suit l'envoi. Ils sont également avertis par la même lettre recommandée à la poste qu'au cas où cet engagement n'aurait pas encore été respecté de façon correcte et complète dans le mois suivant cet envoi, il sera demandé par circulaire aux organismes assureurs de suspendre d'office à partir du premier jour du deuxième mois suivant cet envoi tout paiement de prestations facturées en application de la présente convention, quelle que soit la date à laquelle ces prestations ont été effectuées.

#### **Article 26.**

Seul le respect finalement correct et complet de l'engagement visé à l'article 22 lève une suspension d'office visée aux articles 23 et 25. Le cas échéant, les organismes assureurs sont avertis par circulaire de cette levée de suspension.

### **DISPOSITIONS GÉNÉRALES**

#### **Article 27**

L'établissement et son pouvoir organisateur s'engagent à ne porter en compte pour la prestation couverte par les honoraires et prix mentionnés à l'article 13 de la présente convention aucun supplément à qui que ce soit.

Ces honoraires et prix ne comprennent pas les honoraires des médecins, kinésithérapeutes et autres paramédicaux ou dispensateurs de soins qui font partie ou non du personnel propre à l'établissement et qui effectuent des prestations non comprises dans la prestation décrite à l'article 12 de la présente convention.

### **Article 28.**

L'établissement s'engage à signaler sans délai au médecin-conseil de l'organisme assureur du bénéficiaire la fin du traitement à domicile du SAOS sous la conduite de l'établissement.

### **Article 29.**

Sans préjudice de l'article 19, dernier alinéa, de la présente convention, le médecin responsable de l'établissement ayant fourni le rapport médical prévu à l'article 16, alinéa 2, assume toute autre responsabilité légale et réglementaire inhérente au traitement à domicile du bénéficiaire.

### **Article 30.**

Le médecin responsable de l'établissement transmet au Collège des médecins-directeurs et au médecin-conseil de l'organisme assureur toute information complémentaire éventuellement demandée en vue de l'appréciation des demandes d'intervention individuelle. Il transmet aussi (en tenant compte du secret professionnel médical) au Service des soins de santé toute information complémentaire éventuellement demandée soit en vue du contrôle de l'observation de la présente convention sur le plan thérapeutique ou financier soit dans le cadre de la gestion générale des conventions de rééducation fonctionnelle.

L'établissement s'engage également à permettre à tout délégué du Service des soins de santé de l'INAMI ou des organismes assureurs d'effectuer les visites qu'ils jugent utiles pour l'accomplissement de leur mission.

## **CONSEIL D'ACCORD.**

### **Article 31.**

Par l'acceptation du texte de la présente convention par le Comité de l'assurance, il est créé un Conseil d'accord en matière de médecine du sommeil.

Ce Conseil d'accord comprend :

- d'une part, les médecins responsables des établissements conventionnés, qui peuvent décider de désigner parmi eux une délégation ;
- et d'autre part, les membres du Collège des médecins-directeurs.

Sa présidence est assurée par le Président du Collège des médecins-directeurs. Son secrétariat est assuré par le Service des soins de santé.

La mission du Conseil d'accord consiste :

- à surveiller le bon fonctionnement des conventions dans tous les établissements conventionnés et à donner un avis au Collège des médecins-directeurs au sujet de mesures éventuellement nécessaires dans ce contexte.
- A prendre des initiatives en ce qui concerne la promotion mutuelle de la qualité aussi bien en matière de diagnostic et de traitement qu'en matière de recherche d'une approche optimale. Il s'agit notamment d'une « intervision » (partager mutuellement ses « cas » d'un point de vue médico-technique) ainsi que d'un « peer review » global accompagné d'un « benchmarking ».
- à formuler un avis à l'intention du Collège des médecins-directeurs en préparation aux conventions prévues à l'article 32 de la présente convention, qui concerneront non seulement le diagnostic et le traitement du SAOS ou d'autres troubles respiratoires liés au sommeil, mais également, pour les établissements qui à cet effet satisferont à des conditions complémentaires à fixer, le diagnostic et le traitement de tous les troubles du sommeil.
- à formuler un avis en préparation à un protocole de collaboration entre les deux futurs types de centres du sommeil.

## **PÉRIODE D'EFFETS DE LA PRÉSENTE CONVENTION**

### **Article 32.**

La présente convention, faite en deux exemplaires et dûment signée par les deux parties produit ses effets le 1er janvier 2008.

La convention est valable jusqu'au 31 décembre 2009 inclus, sauf dénonciation avant cette date par l'une des parties - quel qu'en soit le motif, donc aussi pour des raisons qui ne sont pas mentionnées dans la convention - par lettre recommandée adressée à l'autre partie, en tenant compte d'un délai de préavis de 3 mois prenant cours le premier jour du mois suivant la date d'envoi de la lettre recommandée.

La présente convention doit être considérée pour ce qui est du diagnostic du syndrome des apnées obstructives du sommeil ou SAOS et son traitement par nasal continuous positive airway pressure ou nCPAP comme la continuation des conventions types concernant l'assistance ventilatoire mécanique chronique à domicile qui produisaient leurs effets avant le 1er janvier 2008 et avant le 1er janvier 2007. Par rapport aux conventions qu'elle remplace, elle ne comporte cependant pas de modifications, sur le plan du contenu des critères pour qu'un patient puisse être pris en compte comme bénéficiaire avec SAOS pour une intervention dans le traitement de ce SAOS avec nCPAP.

Pour ce motif, les deux parties signataires de la présente convention conviennent de la considérer comme une convention qui est perçue, en ce qui concerne les demandes d'intervention dans les prestations de rééducation qu'elle prévoit, comme la poursuite des conventions types précitées. Ainsi, elle ressort de l'Art. 138, 2°, g) de l'AR du 3 juillet 1996 et le médecin conseil de l'organisme assureur du bénéficiaire est compétent pour la décision sur ces demandes d'intervention.

Si le Comité de l'assurance constate - après que l'établissement ait eu l'occasion de fournir des précisions par écrit en la matière - que cette convention a été conclue avec l'établissement sur la base de données fournies dans le dossier de demande de l'établissement qui ne correspondent pas avec la réalité de l'établissement, cela entraîne la nullité de la convention et ladite convention est considérée comme n'ayant jamais été conclue. Toutes les prestations effectuées et facturées dans le cadre de cette convention, à partir de la date d'entrée en vigueur de cette convention, peuvent alors être récupérées auprès de l'établissement et de l'hôpital dont l'établissement fait partie, sans aucune limitation de l'effet rétroactif. Étant donné que l'établissement et l'hôpital dont l'établissement fait partie sont entièrement responsables des données erronées figurant dans leur dossier de demande sur la base duquel cette convention a induit été conclue, ils s'engagent dans ce cas, à ne pas porter en compte aux bénéficiaires, les prestations récupérées.

## **DISPOSITIONS TRANSITOIRES**

### **Article 33**

Les demandes de (prolongation de) l'intervention pour le traitement à domicile du SAOS par nCPAP au sens de la présente convention, qui ont été établies ou reçues par le médecin-conseil de l'organisme assureur du bénéficiaire avant le 1er janvier 2008 sont appréciées en fonction de la convention en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007 inclus.

Les demandes établies et reçues après le 1er janvier 2008 sont appréciées en fonction de la convention actuelle.

Les périodes d'accord pour le traitement à domicile du SAOS par nCPAP en cours au 31 décembre 2007 restent d'application jusqu'à l'échéance fixée par cet accord.

Pour «POUVOIR\_ORGAN» de  
«ZIEKENHUIS» «CAMPUS» à  
«LOCALITEIT» dans le cadre duquel  
fonctionne l'établissement visé par la présente  
convention.

Le(s) Gestionnaire(s),  
«INRICHTENDE\_MACHT», «TITEL»  
«INRICHTENDE\_MACHT1», «TITEL1»  
«INRICHTENDE\_MACHT2», «TITEL2»

Pour l'établissement  
Le Médecin responsable,  
«MEDECIN\_RESPONSABLE»

Pour le Comité de l'assurance du Service des  
soins de santé de l'Institut National  
d'Assurance Maladie-Invalidité,

Bruxelles, le

Le Fonctionnaire Dirigeant,

H. DE RIDDER  
Directeur Général

## **ANNEXE 1 A LA CONVENTION DE REEDUCATION RELATIVE AU DIAGNOSTIC ET AU TRAITEMENT DU SYNDROME DES APNEES OBSTRUCTIVES DU SOMMEIL PAR nCPAP**

Rapport médical joint à une demande d'intervention pour des patients à partir de l'âge de 16 ans.

### **IDENTIFICATION DE L'ETABLISSEMENT**

Numéro d'identification : 7. . . . .

Entité fonctionnelle à l'intérieur du site de l'hôpital (fusionné)

Adresse du site de l'hôpital (fusionné)

### **IDENTIFICATION DU PATIENT**

Nom + Prénom :

Sexe : M - F

Rue + numéro :

Code postal + commune :

Date de naissance:

Organisme assureur :

### **EN CAS DE 1<sup>ère</sup> DEMANDE D'INTERVENTION**

BMI = .....Kg/m<sup>2</sup>

#### 1<sup>ière</sup> PSG diagnostique (cf. protocole en annexe)

Durée totale de l'enregistrement par EEG (cf. art. 5) = .....h.....min.

IAH<sup>1</sup> =.....

Arl<sup>2</sup> =.....

#### 2<sup>ème</sup> PSG (cf. protocole en annexe)

Durée totale de l'enregistrement par EEG (cf. art. 5) = .....h.....min.

IAH<sup>1</sup> =.....

Arl<sup>2</sup> =.....

Période d'intervention demandée :

De (jj-mm-aaaa) ..... - ..... - .....jusque et y compris (jj-mm-aaaa) .....-..... -.....

### **EN CAS DE DEMANDE DE PROLONGATION DE L'INTERVENTION**

BMI = .....Kg/m<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Nombre moyen d'apnées + hypopnées par 60 minutes de sommeil enregistré sous EEG. Le nombre à mentionner résulte de la moyenne de la polysomnographie complète, donc sur la nuit entière (cf. article 5 de la convention). Ceci est également valable pour la 2<sup>ème</sup> PSG.

<sup>2</sup> Nombre moyen d'arousals par 60 minutes de sommeil enregistré sous EEG. Le nombre à mentionner résulte de la moyenne de la polysomnographie complète, donc sur la nuit entière (cf. article 5 de la convention). Ceci est également valable pour la 2<sup>ème</sup> PSG.

Observance

Nombre total de nuits au cours de la période de référence<sup>3</sup> de (début de la période, jj-mm-aaaa)  
 .....-.....-..... à (date de fin, jj-mm-aaaa) .....-.....-..... = .....nuits  
 Nombre total d'heures d'emploi au cours de la période de référence  
 (= nombre d'heures sous nCPAP) =.....heures  
 Nombre moyen d'heures d'utilisation par nuit<sup>4</sup> = .....heures

Pour une prolongation du traitement à domicile par nCPAP, une nouvelle PSG n'est généralement plus nécessaire. Si une nouvelle PSG est quand même réalisée, veuillez mentionner les données suivantes :

Motifs justifiant la nouvelle PSG

Résultats de cette PSG (cf. protocole en annexe) :

Durée totale de l'enregistrement par EEG (cf. art. 5) = .....h.....min.  
 IAH<sup>1</sup> =  
 Ari<sup>2</sup> =.....

Période d'intervention demandée<sup>4</sup> :

De (jj-mm-aaaa) ..... -..... -.....jusque et y compris (jj-mm-aaaa) .....-..... -.....

**RESEAU DE REEDUCATION**

- Nom, prénom, adresse, numéro de téléphone et numéro d'identification INAMI (ou éventuellement cachet) du médecin généraliste impliqué dans la surveillance prévue à la convention:

- Nom, prénom, adresse, numéro de téléphone et numéro d'identification INAMI (ou éventuellement cachet) du médecin spécialiste référent impliqué dans la surveillance prévue à la convention

---

**-Nom , prénom, numéro d'identification INAMI (ou éventuellement cachet), avec signature et date, du médecin prescripteur de l'établissement, qui déclare que le bénéficiaire satisfait (continue à satisfaire) à toutes les conditions prévues à la convention, en vue d'une (prolongation de l') intervention de l'assurance obligatoire soins de santé dans le traitement par nCPAP demandé et qui confirme que les conseils en matière d'hygiène du sommeil ont été prodigués au bénéficiaire.**

---

<sup>3</sup> La période de référence pour laquelle le nombre total et le nombre moyen d'heures d'utilisation par nuit sont demandés, doit concerner une période de minimum 2 mois et de maximum 18 mois (à préciser, cf. les dates de début et de fin demandées).

<sup>4</sup> Si la moyenne d'utilisation de l'appareil nCPAP par le patient durant la période de référence est d'au moins 3 heures par nuit, une prolongation d'un an peut être accordée; si la moyenne d'utilisation de l'appareil nCPAP par le patient durant la période de référence est inférieure à 3 heures par nuit, seule une prolongation réduite de 3 mois peut être accordée, ce qui donne au patient le temps de prouver qu'il/elle suit correctement son traitement. Une telle prolongation réduite de 3 mois ne peut se produire deux fois de suite.

**ANNEXE 1 A LA CONVENTION DE REEDUCATION RELATIVE AU DIAGNOSTIC ET AU  
TRAITEMENT DU SYNDROME DES APNEES OBSTRUCTIVES DU SOMMEIL PAR Ncpap**

Rapport médical joint à une demande d'intervention pour des patients âgés de < 16 ans

**IDENTIFICATION DE L'ETABLISSEMENT**

Numéro d'identification :

Entité fonctionnelle à l'intérieur du site de l'hôpital (fusionné)

Adresse du site de l'hôpital (fusionné)

**IDENTIFICATION DU PATIENT**

Nom + Prénom :

Sexe : M - F

Rue + numéro :

Code postal + commune :

Date de naissance:

Organisme assureur :

**EN CAS DE 1<sup>ère</sup> DEMANDE D'INTERVENTION**

adenotonsillectomie ou autre traitement préalable ?

oui  non

Si non, pourquoi pas (pas d'indication pour un autre traitement, contre-indication..., décrivez brièvement)

retard selon la courbe de croissance au niveau de la prise de poids prévue (du ..... percentile au date . . . jusqu'au ... ..percentile au date . . . ) et/ou niveau de la croissance attendue (du .....percentile au date . . . jusqu'au .....percentile au date . . . )

retard de développement dans d'autre(s) domaine(s) (décrire brièvement)

**1<sup>ière</sup> PSG diagnostique (cf. protocole en annexe)**

Durée totale de l'enregistrement par EEG (cf. art. 5) = .....h.....min.

IAH<sup>5</sup> =.....

Ou

AI<sup>6</sup> =.....

**2<sup>ème</sup> PSG (cf. protocole en annexe)**

Durée totale de l'enregistrement par EEG (cf. art. 5) = .....h.....min.

IAH<sup>1</sup> =.....

Ou

AI<sup>2</sup> =.....

**Période d'intervention demandée:**

De (jj-mm-aaaa) ..... -..... -.....jusque et y compris (jj-mm-aaaa) .....-..... -.....

<sup>5</sup> Nombre moyen d'apnées + hypopnées par 60 minutes de sommeil enregistré sous EEG. Le nombre à mentionner résulte de la moyenne de la polysomnographie complète, donc sur la nuit entière (cf. article 5 de la convention). Ceci est également valable pour la 2<sup>ème</sup> PSG.

<sup>6</sup> Nombre moyen d'apnées obstructives par 60 minutes de sommeil enregistré sous EEG. Le nombre à mentionner résulte de la moyenne de la polysomnographie complète, donc sur la nuit entière (cf. article 5 de la convention). Ceci est également valable pour la 2<sup>ème</sup> PSG.



**EN CAS DE DEMANDE DE PROLONGATION DE L'INTERVENTION**Observance

Nombre de nuits au cours de la période de référence<sup>7</sup> de (début de la période, jj-mm-aaaa)  
 .....-.....-..... à (date de fin, jj-mm-aaaa) .....-.....-..... =.....nuits

Nombre total d'heures d'emploi au cours de la période de référence (=nombre d'heures sous  
 nCPAP) = .....heures

Nombre moyen d'heures d'utilisation par nuit<sup>8</sup> = .....heures

L'indication pour la nCPAP persiste-elle encore ? (décrire brièvement pourquoi)

Pour une prolongation du traitement à domicile par nCPAP, une nouvelle PSG n'est généralement plus nécessaire. Si une nouvelle PSG est quand même réalisée, veuillez mentionner les données suivantes :

Motifs justifiant la nouvelle PSG

Résultats de cette PSG (cf. protocole en annexe) :

Durée totale de l'enregistrement par EEG (cf. art. 5) = .....h.....min.

IAH<sup>1</sup> =

OU

Arl<sup>2</sup> =.....

Période d'intervention demandée :

De (jj-mm-aaaa) ..... -..... -.....jusque et y compris (jj-mm-aaaa) .....-..... -.....

**RESEAU DE REEDUCATION**

- Nom, prénom, adresse, numéro de téléphone et numéro d'identification INAMI (ou éventuellement cachet) du médecin généraliste impliqué dans la surveillance prévue à la convention:

- Nom, prénom, adresse, numéro de téléphone et numéro d'identification INAMI (ou éventuellement cachet) du médecin spécialiste référent impliqué dans la surveillance prévue à la convention

---

**- nom , prénom, numéro d'identification INAMI (ou éventuellement cachet), avec signature et date, du médecin prescripteur de l'établissement, qui déclare que le bénéficiaire satisfait (continue à satisfaire) à toutes les conditions prévues à la convention, en vue d'une (prolongation de l') intervention de l'assurance obligatoire soins de santé dans le traitement par nCPAP demandé.**

---

<sup>7</sup> La période de référence pour laquelle le nombre total et le nombre moyen d'heures d'utilisation par nuit sont demandés, doit concerner une période de minimum 2 mois et de maximum 18 mois (à préciser, cf. les dates de début et de fin demandées).

<sup>8</sup> Si la moyenne d'utilisation de l'appareil nCPAP par le patient durant la période de référence est d'au moins 3 heures par nuit, une prolongation d'un an peut être accordée; si la moyenne d'utilisation de l'appareil nCPAP par le patient durant la période de référence est inférieure à 3 heures par nuit, seule une prolongation réduite de 3 mois peut être accordée, ce qui donne au patient le temps de prouver qu'il/elle suit correctement son traitement. Une telle prolongation réduite de 3 mois ne peut se produire deux fois de suite.

**ANNEXE 2 A LA CONVENTION DE REEDUCATION RELATIVE AU DIAGNOSTIC DU SYNDROME  
DES APNEES OBSTRUCTIVES DU SOMMEIL ET SON TRAITEMENT PAR nCPAP**

*Numéro d'identification de l'établissement : 7. . .*

Le rapport concerne l'année 200...

Modalité	Déjà en traitement dans l'établissement Avant le 1-1-200... et		Nouveau dans l'établissement au cours de l'année 200...			
			Auparavant déjà bénéficiaire via un autre établissement et		Auparavant encore jamais sous nCPAP et	
	encore en traitement au 31-12-200...	a arrêté au cours de l'année 200...	encore en traitement au 31-12-200...	a arrêté au cours de l'année 200...	encore en traitement au 31-12-200.....	a arrêté au cours de l'année 200.....
nCPAP						

**Instructions** à suivre pour remplir le tableau.

Une différence est faite dans le tableau entre :

➤ les bénéficiaires qui avant le 1<sup>er</sup> janvier de l'année 200 .....en question étaient déjà suivis par nCPAP dans votre établissement et qui

- (1) étaient encore toujours sous AVD dans votre établissement au 31 décembre de la même année 200...
- (2) ont arrêté au cours de la même année 200....

➤ nouveaux bénéficiaires sous nCPAP dans votre établissement auparavant déjà traités ailleurs par nCPAP dans un autre établissement conventionné et qui

- (3) étaient encore sous nCPAP dans votre centre de 2<sup>ième</sup> .ligne au 31 décembre de la même année 200.....;
- (4) ont arrêté au cours de la même année 200...

Veillez indiquer par cellule, le cas échéant, le nombre de bénéficiaires.