

INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITÉ

Etablissement Public institué par la loi du 9 août 1963
AVENUE GALILEE 5/01 - 1210 BRUXELLES

Service des soins de santé

CONVENTION

ENTRE LE COMITE DE L'ASSURANCE SOINS DE SANTE
DE L'INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITE
ET ##,
POUR LE CENTRE D'ACCOMPAGNEMENT
DE LA TRANSIDENTITE, A ##

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

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

Il est convenu ce qui suit entre,

d'une part,

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

et d'autre part,

le ##, à ##, pour son centre d'accompagnement de la transidentité.

Article 1.

Le centre d'accompagnement de la transidentité de ##, à ##, est désigné dans la présente convention par le terme « centre ».

Article 2.

La présente convention définit les rapports entre, d'une part, le centre et, d'autre part, les bénéficiaires de l'assurance obligatoire soins de santé, l'INAMI et les organismes assureurs, en ce qui concerne notamment le programme de soins, les prestations prévues par cette convention, les moyens mis en œuvre pour réaliser ces prestations, leur prix et les modalités de paiement de ce prix.

I. BENEFICIAIRES DE LA CONVENTION

Article 3.

Tout bénéficiaire au sens de la présente convention est un bénéficiaire de l'assurance soins de santé

1. qui adresse au centre une demande d'aide psychosociale et, si nécessaire, médicale concernant son identité ou son expression de genre,
2. et/ou qui présente des symptômes d'une incongruence de genre ou qui en a reçu le diagnostic, selon la CIM-11, ou éventuellement le DSM-5 (codes 302.6 [enfants], 302.85 [adolescents et adultes]),, ou une édition ultérieure de ces classifications.

II. OBJECTIFS DES PROGRAMMES DE SOINS

Article 4.

§ 1^{er}. Une personne qui répond à la définition des bénéficiaires (cf. article 3) peut avoir besoin d'un accompagnement psychosocial et, si nécessaire, médical. Le centre peut réaliser en sa faveur un programme de soins qui vise au moins 3 des objectifs suivants :

1. Mettre à la disposition du bénéficiaire des compétences cliniques et scientifiques, afin d'établir avec lui, et si nécessaire avec ses proches, un bilan complet de la divergence entre son identité ou expression de genre et le genre qui lui est assigné, et de déterminer si un programme de soins est indiqué.
2. Rechercher la présence d'une éventuelle incongruence de genre ; le cas échéant, en poser ou en confirmer le diagnostic, examiner ses causes et conséquences dans la vie du bénéficiaire.
3. Informer et conseiller le bénéficiaire sur les traitements existants en particulier les traitements hormonaux, médicamenteux et chirurgicaux d'affirmation du genre (nature de ces traitements, observance qu'ils requièrent, effets attendus, effets non-désirés).
4. Prescrire, coordonner et suivre les traitements indiqués ; effectuer la gestion de cas.
5. Dispenser une psychoéducation au bénéficiaire, pour lui permettre
 - de surmonter certaines difficultés que l'incongruence de genre peut entraîner dans sa vie quotidienne,
 - et/ou de gérer le traitement d'affirmation du genre et ses conséquences.
6. En cas de prescription d'une chirurgie de réattribution sexuelle et en concertation avec le bénéficiaire : orienter le bénéficiaire vers un hôpital ou le service de l'hôpital qui a conclu la présente convention qui réalise cette chirurgie, prendre tous les contacts utiles avec cet hôpital ou le service de l'hôpital qui a conclu la présente convention et organiser avec lui la dispensation des soins (planification de l'entretien préopératoire, consultations chez le chirurgien, opération chirurgicale, ...).
7. Soutenir et conseiller le bénéficiaire si des difficultés financières font obstacle à l'intervention chirurgicale.

Le programme de soins remboursé en application de la présente convention n'a pas pour objectif la dispensation d'une psychothérapie monodisciplinaire ou d'une psychothérapie de moyenne ou longue durée aux bénéficiaires.

§ 2. Le centre développe un réseau de collaboration avec les acteurs de la santé et du bien-être - tels que les dispensateurs de soins de 1^{ère} ligne (médecins, psychologues), les hôpitaux, les PMS, les centres de santé mentale, les associations, ... - qui rencontrent des personnes susceptibles de présenter une incongruence de genre, afin de permettre la détection et l'orientation rapides de celles qui ont besoin de soins spécialisés.

III. NATURE DES PROGRAMMES ET DES PRESTATIONS

Article 5.

Tout programme individuel de soins multidisciplinaire couvert par la présente convention consiste dans l'ensemble coordonné des actes réalisés en faveur d'un bénéficiaire de la convention (cf. article 3) qui sont appropriés à sa situation, qui sont nécessaires pour atteindre les objectifs définis à l'article 4 et qui ne sont pas couverts par la nomenclature des prestations de santé (annexe à l'A.R. du 14.09.1984). Ces actes sont dispensés sous la forme de séances individuelles, de séances individuelles à distance, de séances familiales, de séances de groupe ou d'entretiens (cf. article 6), par les membres de l'équipe thérapeutique du centre (cf. article 8), au cours de la période fixée par le médecin-conseil de l'organisme assureur (cf. article 18). Les actes couverts par la nomenclature des prestations de santé peuvent être intégrés dans le programme de soins, mais ils ne sont pas couverts par la convention. Les médicaments utilisés dans le cadre du programme de soins sont remboursés en application de la réglementation sur le remboursement des médicaments.

Article 6.

§ 1^{er}. Les prestations prévues par la présente convention sont les prestations suivantes :

- « séance d'accompagnement psychosocial individuelle », abrégée en « séance individuelle »,
- « séance d'accompagnement psychosocial individuelle à distance », abrégée en « séance individuelle à distance »,
- « séance d'accompagnement psychosocial familiale », abrégée en « séance familiale »,
- « séance d'accompagnement psychosocial en groupe », abrégée en « séance de groupe »,
- « entretien pré- ou postopératoire », abrégé en « entretien ».

§ 2. Chaque *séance individuelle* exige la présence durant une heure au total, face à un seul bénéficiaire, éventuellement accompagné de proches, d'un ou plusieurs des thérapeutes du centre visés aux points 2 à 5 inclus de l'article 8. La séance est facturable au montant fixé à l'article 17, § 1^{er}, point 1.

Les séances qui se dérouleraient simultanément face à plusieurs bénéficiaires ne peuvent pas être considérées comme des séances individuelles. Elles ne peuvent être portées en compte dans le cadre de la présente convention que dans le cas où elles répondent aux conditions des séances de groupe dont question au § 5 du présent article. Seulement dans le cas où parmi les proches d'un bénéficiaire, il y a un ou plusieurs autres bénéficiaires, une seule séance individuelle peut être portée en compte pour un seul bénéficiaire qui a assisté à cette séance qui se déroulerait face à plusieurs bénéficiaires.

La première prestation réalisée dans le cadre de la présente convention auprès d'un nouveau bénéficiaire est toujours une séance individuelle ou une séance familiale.

Les actes effectués au cours d'une séance individuelle peuvent être :

1. La réalisation d'un bilan multidisciplinaire, comprenant la passation de tests et échelles psychométriques pertinents.
2. L'élaboration d'un plan de soins individualisé, comprenant tous les soins prévus par la présente convention et par la nomenclature des prestations de santé, en ce compris la concertation multidisciplinaire sur l'indication ou la non-indication d'une hormonothérapie et/ou d'une opération chirurgicale (à réaliser par un service hospitalier spécialisé).
3. L'information du bénéficiaire sur les éventuelles conséquences médicales et psychosociales de l'incongruence de genre et sur les traitements.
4. La pose de l'indication de certains soins, leur coordination et l'accompagnement de leur dispensation ; la gestion des cas (case management) qui nécessitent l'intervention de plusieurs dispensateurs ou services de soins.
5. En accord avec les règles de bonne pratique validées à un niveau international, la dispensation d'une psychoéducation portant sur l'incongruence de genre, sur ses répercussions dans la vie quotidienne et/ou sur l'observance et les conséquences du traitement, en particulier le traitement hormonal et/ou les interventions chirurgicales.
6. La réorientation adéquate de bénéficiaires dont les problématiques ne peuvent pas être traitées ni suivies par le centre en raison de leur nature, de leur sévérité, ou de leur complexité.
7. L'aide au bénéficiaire dans les formalités administratives et dans la prise de contact avec les institutions de soins, les services sociaux et les services administratifs, en vue de garantir le bon déroulement du plan de soins individualisé.
8. L'information du bénéficiaire sur les aspects pertinents de la législation.
9. L'offre d'un soutien et de conseils lorsque des obstacles financiers compliquent la planification d'interventions chirurgicales.

§ 3. Dans des cas exceptionnels, une séance individuelle avec un membre du personnel visé à l'article 8, § 1^{er}, point 2, 3 ou 5 peut se faire à distance au moyen d'un outil de communication vidéo numérique. Une séance individuelle ne peut avoir lieu à distance que si le bénéficiaire le demande explicitement et uniquement si une séance individuelle « ordinaire » dont question au § 2 du présent article a déjà été réalisée dans le centre pour ce bénéficiaire.

Chaque *séance individuelle à distance* doit être conforme à toutes les dispositions applicables à une séance individuelle dont question aux alinéas 1 et 2 du § 2 du présent article, ainsi qu'à toutes les règles générales qui seraient d'application dans le futur concernant les prestations qui peuvent être dispensées à distance. La séance individuelle à distance est facturable au montant prévu à l'article 17, § 1^{er}, point 2.

1. Les actes effectués au cours d'une *séance individuelle à distance* peuvent être :L'information du bénéficiaire sur les éventuelles conséquences médicales et psychosociales de l'incongruence de genre et sur les traitements.
2. La pose de l'indication de certains soins, leur coordination et l'accompagnement de leur dispensation ; la gestion des cas (case management) qui nécessitent l'intervention de plusieurs dispensateurs ou services de soins.
3. En accord avec les règles de bonne pratique validées à un niveau international, la dispensation d'une psychoéducation portant sur l'incongruence de genre, sur ses répercussions dans la vie quotidienne et/ou sur l'observance et les conséquences du traitement, en particulier le traitement hormonal et/ou les interventions chirurgicales.

4. La réorientation adéquate de bénéficiaires dont les problématiques ne peuvent pas être traitées ni suivies par le centre en raison de leur nature, de leur sévérité, ou de leur complexité.
5. L'aide au bénéficiaire dans les formalités administratives et dans la prise de contact avec les institutions de soins, les services sociaux et les services administratifs, en vue de garantir le bon déroulement du plan de soins individualisé.
6. L'information du bénéficiaire sur les aspects pertinents de la législation.
7. L'offre d'un soutien et de conseils, lorsque des obstacles financiers compliquent la planification d'interventions chirurgicales.

Les « séances par communication vidéo par un psychologue » remboursables, telles que prévues à l'article 24 de l'AR n° 20 du 13 mai 2020 portant des mesures temporaires dans la lutte contre la pandémie COVID-19, réalisées par le centre pendant la durée de validité de la présente convention, doivent être incluses dans le nombre maximum de séances individuelles à distance remboursables, tel que visé à l'article 21, § 1^{er} de la présente convention.

§ 4. Chaque *séance familiale* exige la présence durant 1,5 heure au total, face à un seul bénéficiaire accompagné d'un ou plusieurs proches, d'un ou plusieurs des thérapeutes du centre visés aux points 2 à 5 inclus de l'article 8. La séance familiale est facturable au montant fixé à l'article 17, § 1^{er}, point 3.

Dans le cas où parmi les proches d'un bénéficiaire qui assistent à une séance familiale, il y a un ou plusieurs autres bénéficiaires, une seule séance familiale peut être portée en compte pour un seul bénéficiaire qui a assisté à cette séance qui se déroulerait face à plusieurs bénéficiaires.

La séance familiale a pour but de répondre aux questions des proches, de donner attention au vécu émotionnel de la transidentité du bénéficiaire par le bénéficiaire et ses proches, de donner attention dans ce contexte aux relations intrafamiliales et d'améliorer ainsi les relations intrafamiliales.

§ 5. Chaque *séance de groupe* exige la présence durant 2 heures au total, face à un maximum de 10 bénéficiaires, d'un ou plusieurs des thérapeutes du centre visés aux points 2 et 3 de l'article 8. La séance de groupe est facturable au montant fixé à l'article 17, § 1^{er}, point 4.

La séance de groupe a pour but de favoriser l'échange entre les bénéficiaires et le partage d'expériences liées à la transidentité sous la supervision d'un ou plusieurs thérapeutes du centre visés aux points 2 et 3 de l'article 8.

§ 6. Chaque *entretien* exige la présence durant une heure au total, face à un seul bénéficiaire, éventuellement accompagné de proches, d'un ou plusieurs des thérapeutes du centre visés aux points 2 à 5 inclus de l'article 8. L'entretien est facturable au montant fixé à l'article 17, § 1^{er}, point 5.

Les éventuels entretiens qui se dérouleraient face à plusieurs bénéficiaires ne sont pas considérés comme des prestations et ne peuvent pas donner lieu à une intervention de l'assurance ; elles ne sont pas facturables.

Les actes effectués au cours d'un entretien peuvent être :

1. La réalisation d'un bref bilan permettant de vérifier que le bénéficiaire a pris une décision ferme et définitive, en étant parfaitement informé de toutes les conséquences attendues à

court, moyen et long terme de l'intervention chirurgicale, et des effets indésirables possibles.

2. Une information sur les modalités pratiques de l'intervention chirurgicale, sur l'équipe qui la réalisera,...
3. Un bilan postopératoire, à la demande du bénéficiaire et/ou après évaluation par son médecin traitant, afin d'offrir un soutien pendant le séjour à l'hôpital, et éventuellement en cas de complications post-chirurgicales.

Un entretien peut uniquement être réalisé par le centre conventionné situé dans l'hôpital qui réalise l'opération chirurgicale de réassignation sexuelle. Si le centre n'est pas situé dans cet hôpital, il ne peut facturer d'entretien ni à l'assurance soins de santé, ni au bénéficiaire. Le cas échéant, il peut adresser le bénéficiaire à un centre situé dans l'hôpital qui réalise l'opération chirurgicale. Ce dernier centre peut réaliser l'entretien sans avoir introduit la demande d'accord d'intervention de l'assurance visée à l'article 18, et obtenir le remboursement des entretiens remboursables, si les conditions suivantes sont remplies :

- il a lui-même conclu la présente convention,
- le bénéficiaire lui est adressé par le centre qui le suit dans le cadre de la présente convention, sur la base d'un accord d'intervention de l'assurance encore valide, donné en application de l'article 18.

§ 7. Le ou les thérapeutes de l'équipe visés aux points 2 à 5 inclus de l'article 8 qui interviennent au cours des prestations dont question aux §§ 2 à 5 inclus possèdent les compétences nécessaires, en fonction des actes effectués.

Les prestations visées aux §§ 2 à 5 inclus du présent article peuvent uniquement être réalisées dans les locaux du centre dont question à l'article 14, § 1^{er}.

§ 8. Les consultations chez les médecins spécialistes, ainsi que les autres formes de soins et de traitements remboursés par ailleurs (les prestations de santé prévues par la nomenclature, les médicaments...) ne sont pas couvertes par la présente convention ; elles peuvent être facturées séparément, selon les conditions fixées par la réglementation en vigueur. Le médecin coordinateur (cf. article 8, § 1^{er}, point 1) respecte les honoraires fixés par la nomenclature des prestations de santé, sans y ajouter de supplément. Pour chaque spécialité à laquelle il fait appel dans le cadre du programme de soins prévu par la présente convention, le centre collabore avec au moins un médecin qui consulte dans l'hôpital où il est situé (cf. article 14, § 1^{er}) et qui se conforme à ces mêmes honoraires, sans y ajouter de supplément. Il adresse le bénéficiaire à ce médecin, sauf si le bénéficiaire choisit un autre médecin, en étant parfaitement informé.

Les règles de cumul fixées à l'article 25 sont d'application.

§ 9. La présente convention ne couvre ni le remboursement d'une psychothérapie monodisciplinaire, ni le remboursement d'une psychothérapie de moyenne ou longue durée au-delà du nombre maximum de séances remboursables fixé à l'article 21, § 1^{er}. Si le bénéficiaire a besoin d'une psychothérapie monodisciplinaire ou d'une psychothérapie de moyenne ou longue durée, le centre peut soit l'adresser à un psychologue qui n'appartient pas à l'équipe multidisciplinaire visée à l'article 8, soit dispenser lui-même cette psychothérapie, hors du cadre de la présente convention. Le centre veille à l'application des dispositions du § 10 du présent article et des dispositions de l'article 28.

§ 10. Le centre explique clairement à chaque bénéficiaire les objectifs et la nature des soins dispensés, en distinguant :

- les soins dispensés et remboursés en application de la convention,
- les soins dispensés dans le cadre du programme prévu par la convention, mais remboursés par l'assurance soins de santé dans un autre cadre réglementaire,
- les soins ou services qui ont un lien avec le programme prévu par la convention et/ou qui peuvent être proposés par l'équipe multidisciplinaire, mais qui ne sont pas remboursés par l'assurance soins de santé.

Avant ou au cours de la 1^{ère} séance individuelle, le centre détaille les coûts liés à l'ensemble de ces soins, en distinguant les coûts à charge de l'assurance et les coûts à charge du bénéficiaire. Il lui remet un document explicatif contre accusé de réception signé.

IV. DEFINITION DE L'ETABLISSEMENT

4.1. Définition

Article 7.

§ 1^{er}. Le centre visé par la présente convention est l'équipe multidisciplinaire (cf. article 8) qui travaille de manière coordonnée à l'exécution des actes prévus par la présente convention (cf. article 6, §§ 1 à 6 inclus), afin d'atteindre les objectifs fixés (cf. article 4), en faveur des bénéficiaires visés par cette même convention (cf. article 3).

§ 2. Compte tenu du budget disponible pour l'exécution de la présente convention, et au vu du fait que tous les centres qui ont conclu la présente convention doivent pouvoir prendre en charge un nombre suffisamment important de bénéficiaires, la présente convention est conclue avec un maximum de 6 centres. Deux de ces centres ont déjà conclu la précédente convention pour l'accompagnement de la transidentité (d'application jusqu'au 31 décembre 2024 inclus). Les quatre centres supplémentaires se sont investis, au cours des dernières années, dans le développement d'une offre multidisciplinaire d'accompagnement aux personnes visées par l'article 3 de la présente convention. Leur expérience, leur expertise, leur répartition géographique et l'offre destinée aux adolescents ont été prises en compte lors de la sélection de ces centres supplémentaires.

4.2. Cadre du personnel

Article 8.

§ 1^{er}. Le cadre du *personnel thérapeutique* du centre comprend au moins les fonctions 1 à 5 inclus ci-dessous :

1. Médecin coordinateur,
2. - Psychologue pour enfants et adolescents (si le centre traite des bénéficiaires de moins de 16 ans)
- [FACULTATIF, donc sans obligation pour l'établissement] orthopédagogue clinicien pour enfants et adolescents (si le centre souhaite faire appel à cette fonction pour la prise en charge des bénéficiaires de moins de 18 ans),
3. Psychologue sexologue (si le centre traite des bénéficiaires de 16 ans et plus),
4. Case manager (gestionnaire de cas),
5. Travailleur social.

Le cadre du *personnel administratif* comprend toujours la fonction suivante :

6. Secrétaire.

§ 2. Tous les membres de l'équipe thérapeutique (fonctions 1 à 5 inclus) répondent aux conditions fixées à l'article 9. La fonction 1 est exercée par une seule personne. Aucun membre de l'équipe exerçant les fonctions 2 à 5 inclus ne travaille moins de 5 heures par semaine dans le cadre de la convention. La fonction 6 est exercée par une ou plusieurs personnes répondant aux conditions fixées à l'article 9, § 1^{er}, 2^{ième} alinéa.

En cas d'absence de courte durée des titulaires d'une fonction thérapeutique (cf. article 8, § 1^{er}, points 1 à 5 inclus), celle-ci peut être exercée temporairement par un remplaçant qui est de préférence issu du service hospitalier auquel le centre appartient, et qui possède les qualifications, connaissances et expérience requises pour exercer cette fonction. Le centre prend toutes les dispositions nécessaires pour éviter que les remplacements de membres du personnel thérapeutique aient des conséquences négatives pour les bénéficiaires. Afin de garantir la parfaite continuité des soins, les remplaçants ont une connaissance approfondie de la situation des bénéficiaires qui ont déjà reçu des séances dans le centre. Ils consignent toutes les observations utiles dans le dossier du bénéficiaire.

Article 9.

§ 1^{er}. Tous les membres du personnel thérapeutique selon leur fonction (cf. article 8, § 1^{er}, points 1 à 5 inclus) prouvent, par leur formation et par leur expérience professionnelle, leur compétence et leur expérience concernant les aspects médicaux et psychosociaux de l'incongruence de genre, de ses causes, de ses conséquences et de son traitement.

Les membres du personnel administratif possèdent une connaissance suffisante de l'incongruence de genre, afin d'accueillir les bénéficiaires de manière adéquate.

§ 2. Des dispositions particulières sont d'application pour les personnes qui occupent les fonctions suivantes :

Médecin coordinateur

Un et un seul médecin spécialiste exerce la fonction de coordinateur. En plus des tâches découlant de sa fonction de spécialiste de l'incongruence de genre, il assume la direction médicale et la coordination de l'équipe multidisciplinaire visée à l'article 8, § 1^{er}, points 2 à 6 inclus, pour tout ce qui concerne l'application de la présente convention. Il est en particulier responsable de :

- la coordination de l'équipe multidisciplinaire,
- la qualité et la bonne organisation des soins dispensés,
- la pertinence et la cohérence de chaque programme de soins individuel,
- l'expérience, la compétence et la formation continue de chaque membre de l'équipe thérapeutique, dans la fonction qu'il exerce en application de la convention,
- l'actualité et la validité médicale des concepts qui fondent les programmes de soins,
- la qualité des données recueillies et transmises.

Il a une voix prépondérante dans le recrutement et la sélection des membres de l'équipe multidisciplinaire visée à l'article 8, § 1^{er}, points 2 à 6 inclus.

Il démontre – par sa formation, par son parcours professionnel et par ses publications scientifiques dans des revues internationales soumises au peer review – sa compétence et son expérience approfondies des éventuels aspects médicaux et psychosociaux de l'incongruence de genre.

Psychologue de l'enfant et de l'adolescent ; psychologue sexologue pour adultes

La ou les personnes qui exercent la fonction de psychologue de l'enfant et de l'adolescent, ou la fonction de psychologue sexologue possèdent un diplôme de master (licence) qui les qualifie pour exercer leur fonction de psychologue. Le psychologue qui travaille avec des enfants et des adolescents de moins de 16 ans démontre son expérience clinique dans cette classe d'âge. Le psychologue qui travaille avec des adultes possède également un diplôme de sexologie. Ils peuvent en outre démontrer leur expérience de la prise en charge de patients dont la condition de santé a des répercussions sur l'image de soi, l'identité de genre, la sexualité et le fonctionnement psychosexuel. Ils ont une connaissance approfondie de la dimension existentielle de l'incongruence de genre et une bonne connaissance de ses aspects médicaux.

Si le centre dispose d'au moins 0,5 ETP (minimum 19 heures par semaine) de psychologue-sexologue qui remplit les conditions dont question à l'alinéa précédent, il peut également être tenu compte, pour la prise en charge des bénéficiaires âgés de 16 ans et plus, de psychologues disposant d'un diplôme de master (licence) et d'une qualification adéquate qui ne disposent pas de diplôme complémentaire de sexologie. Toutefois, au moins la moitié des heures de psychologue pour les bénéficiaires âgés de 16 ans et plus réalisées par le cadre du personnel du centre doit toujours être assurée par un psychologue-sexologue tel que décrit dans l'alinéa précédent.

Orthopédagogue clinicien pour enfants et adolescents

Dans le cas où le centre souhaite inclure la fonction d'orthopédagogue clinicien pour enfants et adolescents dans le cadre du personnel thérapeutique : la ou les personnes qui exercent la fonction d'orthopédagogue clinicien pour enfants et adolescents possèdent un diplôme de master (licence) qui les qualifie pour exercer leur fonction d'orthopédagogue clinicien. L'orthopédagogue clinicien travaille avec des enfants et des adolescents de moins de 18 ans et démontre son expérience clinique dans cette classe d'âge. Il peut en outre démontrer son expérience dans l'accompagnement et la prise en charge de patients dont la condition de santé a des répercussions sur l'image de soi, l'identité de genre, la sexualité et le fonctionnement psychosexuel. Il a une connaissance approfondie de l'incongruence de genre et une bonne connaissance de ses aspects médicaux.

Case manager

La ou les personnes qui exercent la fonction de case manager possèdent un diplôme de master (licence) qui les qualifie pour exercer leur fonction. Elles ont une connaissance approfondie de l'incongruence de genre. Elles sont capables

- de tenir le rôle de premier point de contact entre les bénéficiaires et le centre,
- de coordonner toutes les composantes médicales, psychologiques et psychosociales du traitement et de l'accompagnement des bénéficiaires, pour tous les aspects de l'incongruence de genre visés par la présente convention, en ce compris les soins qui ne sont pas dispensés par le centre lui-même,
- de conseiller les bénéficiaires et les membres de leur entourage afin de leur permettre de gérer eux-mêmes certains aspects du traitement,

- d'enregistrer les données relatives aux bénéficiaires, et de les gérer de manière sécurisée, dans la stricte application de la législation relative à la vie privée et au secret médical.

Travailleur social

La ou les personnes qui exercent la fonction de travailleur social possèdent un diplôme de niveau bachelier avec qualification adéquate d'infirmier social ou d'infirmier spécialisé en santé communautaire, ou de travailleur social. Elles possèdent des connaissances suffisantes sur l'incongruence de genre et une connaissance approfondie de la sécurité sociale à tous ses niveaux d'organisation. Elles peuvent proposer des solutions concrètes aux problèmes sociaux et/ou financiers qui se posent aux bénéficiaires, en conséquence directe ou indirecte de leur incongruence de genre. Dans ce contexte, elles aident les bénéficiaires dans les formalités administratives et assurent la liaison avec les institutions et services sociaux et administratifs.

Article 10.

§ 1^{er}. Le *temps de travail pour la réalisation des séances visées à l'article 6, §§ 2 à 5 inclus en application de la convention (ci-dessous : temps de travail)* est le temps effectivement consacré à la réalisation des prestations prévues par la convention ou des tâches induites par la réalisation de ces prestations, en la présence ou hors de la présence des bénéficiaires. Il s'agit du temps pris en compte dans le calcul du prix des prestations (cf. points 2 à 5 inclus de l'*annexe 1* à la présente convention). En application de l'article 6, § 8, le temps consacré à la réalisation d'actes financés dans un autre cadre réglementaire n'est jamais pris en compte dans le temps de travail dans le cadre de la convention ; ce dernier est résiduaire par rapport au temps consacré à tous les actes financés par ailleurs.

Le *temps de travail total* est la somme des temps de travail de tous les membres de l'équipe.

§ 2. Afin de garantir la qualité des soins, le centre respecte une règle de proportionnalité entre le temps de travail total de son équipe thérapeutique et administrative et le nombre de séances qu'il réalise au cours d'une année civile. Cette règle est fondée sur le calcul du coût des séances. Elle est énoncée au point 5 de l'*annexe 1* à la présente convention.

Le centre respecte également une règle de proportionnalité, fondée sur le coût des séances dont question à l'article 6, §§ 2 à 5 inclus, pour la répartition des temps de travail entre les différentes fonctions. Selon cette règle :

1. Le temps de travail total dans chaque fonction ou groupe de fonctions est la somme du temps de travail de tous les membres de l'équipe multidisciplinaire qui exercent cette fonction. Le minimum ou le maximum du rapport entre le temps de travail total par fonction et le temps de travail total l'ensemble de l'équipe est mentionné dans le tableau suivant :

(Groupes de) fonctions	% minimum	% maximum
Médecin coordinateur (art. 8, § 1 ^{er} , point 1) :	5	
Masters (art. 8, § 1 ^{er} , points 2, 3 et 4) :	70	
Bacheliers (art. 8, § 1 ^{er} , point 5) :	5	
Secrétaires (art. 8, § 1 ^{er} , point 6) :		12

2. Le temps de travail total n'est jamais inférieur à 5 heures par semaine pour aucune des fonctions mentionnées aux points 1 à 5 inclus de l'article 8, § 1^{er}.

Article 11.

§ 1^{er}. Le centre prend sans délai toutes les dispositions afin de compléter le cadre du personnel pour toute fonction qui serait vacante, en tout ou en partie, temporairement (pour cause de maladie, interruption de carrière, congé sans solde...) ou définitivement (pour cause de licenciement, démission...). Il n'est toutefois pas tenu de compléter le cadre du personnel pour une fonction laissée vacante, soit par un membre du personnel licencié, au cours de la période de préavis légal rémunéré, soit par un membre du personnel absent pour maladie, au cours de la période légale de salaire garanti, tant qu'il rémunère effectivement ce membre du personnel.

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

§ 2. Le centre tient à jour un relevé complet des membres de l'équipe qu'il emploie. Ce relevé indique à tout moment l'identité de chaque membre de l'équipe, sa fonction, ainsi que son temps de travail et son horaire hebdomadaire dans le cadre de la convention. Ce relevé doit pouvoir être présenté immédiatement lors de la visite d'un représentant de l'INAMI ou d'un organisme assureur.

Article 12.

Le coût salarial du personnel occupé dans le cadre de la convention est entièrement supporté par le centre sur la base du remboursement du coût des prestations obtenu en application de la présente convention. Le centre ne peut dès lors percevoir aucune autre intervention financière de la part d'une autorité publique – quel qu'en soit le montant, la nature ou la forme – dans le coût salarial du personnel financé par la présente convention.

Article 13.

L'équipe thérapeutique multidisciplinaire se réunit au moins une fois par mois. Ces réunions contribuent à la cohérence de son fonctionnement et de ses interventions auprès des bénéficiaires ainsi qu'au partage et à la mise à jour des connaissances de ses membres dans toutes les matières utiles. Elles sont placées sous la supervision du médecin coordinateur.

Chaque réunion donne lieu à la rédaction d'un compte-rendu écrit qui reprend au moins les noms des participants, la liste des sujets abordés et les noms des bénéficiaires dont les cas ont été discutés. Ce compte-rendu écrit est conservé par le centre.

4.3. Unité de fonctionnement et accessibilité

Article 14.

§ 1^{er}. Sans préjudice des dispositions de l'article 39 de la présente convention, le centre est installé dans les locaux d'un hôpital, sur un seul site de cet hôpital. Il constitue une unité organisationnelle

et fonctionnelle aisément identifiable comme telle par les bénéficiaires. Endéans les 2 ans maximum après la date d'entrée en vigueur de la présente convention visée à l'article 44, § 1^{er}, le centre constitue également une unité architecturale. Il dispose des espaces de consultation et d'entretien individuels et des espaces de séance de groupe nécessaires, d'une salle de réunion et d'un secrétariat où les dossiers patients sont gardés à la disposition de l'équipe multidisciplinaire. Il dispose en permanence de tout le matériel utile au bon déroulement des programmes de soins couverts par la présente convention.

§ 2. Le centre peut faire appel à tout médecin dont la spécialité est requise pour une prise en charge optimale des bénéficiaires dans le cadre de la présente convention, conformément aux dispositions de l'article 6, § 8. Il peut en particulier faire appel à un spécialiste, ayant une expérience du traitement de l'incongruence de genre, dans chacune des spécialités suivantes :

- s'il traite des bénéficiaires de moins de 16 ans : urologie pédiatrique, endocrinologie pédiatrique et pédopsychiatrie,
- s'il traite des bénéficiaires de 16 ans et plus : endocrinologie, urologie, gynécologie, chirurgie plastique et psychiatrie.

Ces médecins travaillent dans l'hôpital auquel le centre appartient, en concertation étroite avec l'équipe thérapeutique du centre. Ils assistent aux réunions de l'équipe multidisciplinaire chaque fois que leurs compétences y sont requises.

Néanmoins, le personnel de l'hôpital qui intervient auprès des bénéficiaires de la présente convention mais qui n'est pas explicitement repris dans le cadre effectif du personnel du centre, visé aux articles 8 et 9, ne fait pas partie du centre et ses interventions ne sont pas financées par la présente convention.

§ 3. Le centre veille à maximiser le temps de présence simultanée des membres de son personnel, afin de garantir son unité de fonctionnement et la disponibilité des différentes disciplines, lors de la venue des bénéficiaires. Le centre communique l'horaire hebdomadaire de ses activités et tout changement qui y est apporté, à ses bénéficiaires et au Service des soins de santé de l'INAMI. Les heures d'ouverture du centre sont également mentionnées sur son site internet.

Il prend toutes les mesures utiles pour qu'au moins 1 titulaire de chacun des fonctions 1 à 5 inclus, visées à l'article 8, § 1^{er}, soit rapidement accessible pendant les heures d'activité du centre.

4.4. Nombre minimal de bénéficiaires

Article 15.

§ 1^{er}. A partir de l'entrée en vigueur de la présente convention, au cours de chaque année civile, le centre réalise au moins une séance individuelle, une séance individuelle à distance, une séance familiale, une séance de groupe ou un entretien dans le cadre de la présente convention en faveur d'un minimum de 100 bénéficiaires différents, répondant aux conditions de l'article 3.

§ 2. La présente convention cesse d'être en vigueur, par décision du Comité de l'assurance sur proposition du Collège des médecins-directeurs, le 1^{er} juillet de l'année qui suit la 1^{ère} période de 2 années civiles consécutives au cours de laquelle le nombre minimum de bénéficiaires différents n'a pas été atteint. Dans tous les cas, avant toute décision du Collège et du Comité de l'assurance, le centre a l'occasion d'expliquer par écrit les raisons de l'insuffisance du nombre de ses bénéficiaires.

§ 3. La présente convention cesse ses effets de plein droit lorsque le centre visé à l'article 7 n'a pas suivi le nombre minimum de bénéficiaires visé au § 1^{er} du présent article pendant 3 années civiles consécutives. Dans ce cas, le centre concerné devra prévoir une mesure transitoire à caractère extinctif de manière à pouvoir garantir la continuité de l'accompagnement des bénéficiaires.

V. INTERVENTION DE L'ASSURANCE DANS LE COUT DES PRESTATIONS

5.1. Intervention de l'assurance

Article 16.

L'intervention de l'assurance dans le coût ou « prix » de toute prestation prévue par la présente convention est un forfait qui couvre la totalité des frais engendrés par la réalisation de cette prestation en faveur d'un bénéficiaire. Elle est due pour toute prestation qui respecte les conditions prévues par la convention.

Article 17.

§ 1^{er}. Le montant de l'intervention de l'assurance est établi sur base de l'*annexe 1* à la présente convention. Il est fixé à :

	Pseudocode	Total (en euros)	Partie indexable	Partie non- indexable
1. Séance individuelle (art. 6, § 2)	787916-787920	119,22	114,47	4,75
2. Séance individuelle à distance (art. 6, § 3)	783451-783462	119,22	114,47	4,75
3. Séance familiale (art. 6, § 4)	791571-791582	178,83	171,70	7,13
4. Séance de groupe (art. 6, § 5) : prix par bénéficiaire qui assiste à la séance de groupe	791792-791803	39,74	38,16	1,58
5. Entretien (art. 6, § 6)	787931-787942	119,22	114,47	4,75

§ 2. La partie indexable de ce montant est liée à l'indice pivot 128,11 (mai 2024 – base 2013) des prix à la consommation. Elle est adaptée selon les dispositions de la loi du 1^{er} mars 1977 organisant un régime de liaison à l'indice des prix à la consommation du Royaume pour certaines dépenses dans le secteur public.

§ 3. L'intervention de l'assurance doit être diminuée de l'intervention personnelle du bénéficiaire, fixée en application des dispositions de l'arrêté royal du 29 avril 1996, modifié par l'arrêté royal du 12 février 1999, portant fixation de la réduction de l'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans les honoraires et prix fixés dans certaines conventions avec les établissements de rééducation visés à l'article 22, 6°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

5.2. Demande d'accord et période d'intervention de l'assurance

Article 18.

§ 1^{er}. Pour tout bénéficiaire, l'intervention de l'assurance dans le coût des prestations est subordonnée à un accord préalable du médecin-conseil de l'organisme assureur auquel le bénéficiaire est affilié ou inscrit, conformément aux dispositions des articles 138, 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 application des dispositions de l'article 142, § 2, de l'A.R. ci-dessus, la demande d'accord doit parvenir au médecin-conseil de l'organisme assureur du bénéficiaire, au plus tard, dans les 30 jours qui suivent la date de la 1^{ère} prestation (séance individuelle ou séance familiale) réalisée par le centre, en faveur de ce bénéficiaire, dans le cadre de la période demandée. Elle doit être introduite au moyen du formulaire approuvé par le Comité de l'assurance soins de santé, auquel est joint un rapport médical établi et signé par le médecin coordinateur du centre tel que visé à l'article 8, § 1^{er}, point 1 de la présente convention, selon le modèle approuvé par le Collège des médecins-directeurs.

Cependant, le rapport médical peut également être établi et signé par un autre médecin que le médecin coordinateur du centre dont question ci-avant. Cet autre médecin est désigné par le médecin coordinateur du centre et travaille dans l'hôpital dont fait partie le centre d'accompagnement de la transidentité avec lequel la présente convention est conclue. Il s'agit d'un médecin dont question à l'article 14, § 2 de la présente convention.

Dans le cas où le centre prend en charge tant des bénéficiaires de moins de 16 ans que des bénéficiaires de 16 ans ou plus dans le cadre de la présente convention, le médecin coordinateur peut désigner deux médecins différents (un médecin qui traite des bénéficiaires de moins de 16 ans et un médecin qui traite des bénéficiaires de 16 ans et plus en vertu des dispositions de l'article 14, § 2 de la présente convention) pour établir et signer les rapports médicaux. Si le centre ne prend en charge qu'un seul type de bénéficiaire, le médecin coordinateur ne désigne alors qu'un seul médecin.

Il appartient au médecin coordinateur du centre de garantir que cet autre (ces deux autres le cas échéant) médecin(s) dispose(nt) effectivement d'une expertise particulière en matière d'incongruence de genre étayée et reconnue et en porte la responsabilité. Le médecin coordinateur du centre communique au Service des soins de santé de l'INAMI, le nom, le prénom, le numéro de reconnaissance de cet autre (ces deux autres le cas échéant) médecin(s) et la date à partir de laquelle il est souhaité que ce(s) (deux) médecin(s) puisse(nt) établir et signer les rapports médicaux. En cas de changement, le médecin coordinateur en informe le Service des soins de santé de l'INAMI et communique à cet effet toutes les informations dont question ci-dessus qui concernent le nouveau médecin. Tout changement doit être communiqué à temps au Service des soins de santé de l'INAMI. Aucune rétroactivité ne sera acceptée dans ce contexte.

Sur base des informations transmises par le médecin coordinateur, une liste des médecins habilités à établir et signer les rapports médicaux sera élaborée et portée à la connaissance des organismes assureurs. Seuls les médecins qui figurent sur cette liste sont effectivement habilités à établir et signer les rapports médicaux. 3 médecins au maximum seront mentionnés dans cette liste par centre (le médecin coordinateur du centre, un médecin qui traite des bénéficiaires de moins de 16 ans et un médecin qui traite des bénéficiaires de 16 ans ou plus, désigné par le médecin coordinateur).

En cas d'accord sur la demande d'intervention, le médecin-conseil fixe la date de début de la période d'intervention de l'assurance et la durée de cette période. La durée maximale de chaque période est de 6 ans, à compter de la date de début. Toute décision de refus est motivée.

Un seul accord est requis pour les séances individuelles, les séances individuelles à distance, les séances familiales, les séances de groupe et les entretiens (cf. article 6, §§ 2 à 6 inclus).

§ 2. Toute demande de prolongation ou de renouvellement de la période d'intervention de l'assurance doit être introduite selon les modalités prévues au § 1^{er} ci-dessus. Cependant, la première prestation réalisée dans le cadre de cette période de prolongation ne doit pas forcément être une séance individuelle ou une séance familiale.

En application des dispositions de l'article 142, § 2, de l'A.R. ci-dessus, la demande d'accord doit parvenir au médecin-conseil de l'organisme assureur du bénéficiaire, au plus tard, dans les 30 jours qui suivent la date de la 1^{ère} prestation réalisée par le centre, en faveur de ce bénéficiaire, dans le cadre de la période demandée. Elle doit être introduite au moyen du formulaire approuvé par le Comité de l'assurance soins de santé, auquel est joint un rapport médical établi par un médecin du centre, selon le modèle approuvé par le Collège des médecins-directeurs.

Les périodes sont prolongeables ou renouvelables tant que le nombre maximum de séances (séances individuelles dont question à l'article 6, § 2, séances individuelles à distance dont question à l'article 6, § 3, séances familiales dont question à l'article 6, § 4 et séances de groupe dont question à l'article 6, § 5) et le nombre maximum d'entretiens (dont question à l'article 6, § 6) ne sont pas atteints pour le bénéficiaire considéré. Les périodes ne sont plus prolongeables/renouvelables lorsque ces maximums sont atteints.

§ 3. Le centre s'engage à informer le bénéficiaire et l'aide dans les démarches à accomplir.

Article 19.

§ 1^{er}. La période d'intervention de l'assurance est interrompue d'office si le bénéficiaire interrompt son programme dans le centre pour le poursuivre dans un autre centre conventionné avec l'INAMI. Un nouvel accord d'intervention conforme aux dispositions de l'article 18 est requis pour la poursuite du programme dans ce second centre.

Moyennant l'accord du bénéficiaire, le centre qui a entamé le programme et celui qui le poursuit maintiennent tous les contacts utiles pour assurer le déroulement optimal du programme de soins. Ils prennent les mesures qui s'imposent pour garantir le respect des dispositions de la convention.

§ 2. L'interruption d'un programme dans un centre, et sa poursuite dans un autre ne modifie en rien les dispositions de la présente convention, notamment en ce qui concerne le nombre total de prestations remboursables qui reste identique aux maximums fixés à l'article 21.

§ 3. L'envoi d'un bénéficiaire vers un centre conventionné qui réalise uniquement l'entretien préopératoire et l'éventuel entretien postopératoire, en application de l'article 6, § 6, ne constitue pas un motif d'interruption de la période d'intervention dans le centre. Le centre qui ne réalise que l'entretien ne peut pas demander l'ouverture d'une période d'intervention de l'assurance pour cette seule prestation.

5.3. Nombres maximums de prestations remboursables

Article 20.

Au cours d'une même année civile, le centre peut réaliser des prestations facturables jusqu'à un maximum de ### unités de facturation. Dans le calcul du nombre maximum de prestations facturables :

- chaque séance individuelle vaut 1 unité de facturation ;
- chaque séance individuelle à distance vaut 1 unité de facturation,
- chaque séance familiale vaut 1,5 unité de facturation ;
- chaque séance de groupe vaut 0,33 unité de facturation pour chaque bénéficiaire qui y participe ;
- chaque entretien vaut 1 unité de facturation.

L'entretien est décompté du total du centre qui le réalise et le facture conformément aux dispositions de l'article 6, § 6.

L'année d'entrée en vigueur et l'année de cessation de vigueur de la présente convention, la capacité maximale de facturation est adaptée au prorata de la durée de validité de la convention au cours de cette année civile.

Article 21.

§ 1^{er}. Le nombre maximum de séances remboursables (séances individuelles dont question à l'article 6, § 2, séances individuelles à distance dont question à l'article 6, § 3, séances familiales dont question à l'article 6, § 4 et séances de groupe dont question à l'article 6, § 5) en faveur d'un même bénéficiaire est limité à 40 séances au total pour toute la durée de la prise en charge dans le cadre de la présente convention à répartir comme suit en fonction de l'âge du bénéficiaire :

1. avant son 24^{ème} anniversaire, le bénéficiaire peut obtenir le remboursement d'un maximum de 30 séances,
2. à partir de son 24^{ème} anniversaire, le bénéficiaire peut obtenir le remboursement d'un maximum de 25 séances.

Dans le cas où le bénéficiaire a épuisé le nombre maximum de 30 séances remboursables avant son 24^{ème} anniversaire (cf. point 1 ci-dessus), il ne peut plus bénéficier que de 10 séances remboursables à partir de son 24^{ème} anniversaire (30 + 10 = 40) ; le maximum absolu étant, quoi qu'il en soit, fixé à 40 séances remboursables.

Dans le cas où le bénéficiaire atteint son 24^{ème} anniversaire sans avoir épuisé le nombre maximum de 30 séances remboursables (cf. point 1 ci-dessus), les séances restantes ne peuvent pas être ajoutées à la période suivante (cf. point 2 ci-dessus) pour en augmenter le maximum ; ce maximum reste, dans tous les cas, fixé à 25 séances remboursables pour un maximum absolu de 40 séances remboursables. Par conséquent, si un bénéficiaire a bénéficié de 5 séances avant son 24^{ème} anniversaire, il ne peut plus bénéficier que de 25 séances remboursables après son 24^{ème} anniversaire. Pour un tel bénéficiaire, le maximum de 40 séances remboursables ne pourra pas être atteint.

Parmi les 40 séances dont question au § 1^{er}, seules sont facturables un maximum de 5 séances familiales, 5 séances individuelles à distance et de 5 séances de groupe.

Au cours de la première année civile de prise en charge dans le cadre de la présente convention, le nombre maximum de prestations remboursables en faveur d'un même bénéficiaire est limité à 12 séances.

Durant chaque année civile qui suit la première année civile de prise en charge dans le cadre de la convention, le nombre maximum de prestations remboursables en faveur d'un même bénéficiaire est limité à 8 séances.

Dans le cas où, au cours de la première année civile de prise en charge dans le cadre de la présente convention, un maximum de 8 séances a été dispensé (au lieu de 12 séances maximum remboursables durant cette première année civile), le maximum de 12 séances remboursables est reporté à la deuxième année civile de prise en charge dans le cadre de la convention. Le maximum de 8 séances remboursables ne sera donc d'application, pour ces bénéficiaires, qu'à partir de la troisième année civile de prise en charge dans le cadre de la présente convention.

Exemple d'application pratique de ces dispositions :

Un accord a été donné pour un nouveau bénéficiaire pour la période du 07/11/2025 au 06/11/2031 inclus (6 années).

Seules 3 séances ont été dispensées pour ce bénéficiaire entre le 07/11/2025 et le 31/12/2025.

Pour l'année civile 2026, ce bénéficiaire peut prétendre au remboursement de 12 séances (étant donné que le nombre de 8 séances maximum n'a pas été dépassé durant l'année civile 2025 ; première année civile de prise en charge dans le cadre de la convention).

A partir de l'année civile 2027, le quota de 8 séances par année civile est d'application pour ce bénéficiaire.

Le nombre de séances individuelles à distance et le nombre de séances familiales est limité à 3 séances par année civile peu importe qu'il s'agisse de la première année civile ou des années civiles qui suivent. Cependant, le maximum de 5 séances individuelles à distance et le maximum de 5 séances familiales facturables sur l'ensemble de la période de prise en charge dans le cadre de la présente convention ne peuvent quoi qu'il en soit jamais être dépassés.

Dans le décompte du nombre maximum de prestations (séances) remboursables, chaque séance familiale compte pour une prestation.

Le nombre de séances de groupe n'est quant à lui pas limité par année civile, ni durant la première année civile de prise en charge, ni durant les années civiles qui suivent. Cependant, le maximum de 5 séances de groupe facturables sur l'ensemble de la période de prise en charge dans le cadre de la présente convention ne peut quoi qu'il en soit jamais être dépassé. Ce maximum de 5 séances peut être réparti librement par le centre durant l'ensemble de la prise en charge dans le cadre de la présente convention.

Dans le décompte du nombre maximum de prestations (séances) remboursables, chaque séance de groupe compte pour une prestation.

Au cours de la même journée, un bénéficiaire peut recevoir au maximum soit 2 séances individuelles, soit 1 séance individuelle à distance, soit 1 séance individuelle et 1 entretien, soit 1 séance individuelle et 1 séance familiale, soit 1 séance de groupe.

§ 2. Le nombre maximum d'entretiens dont question à l'article 6, § 6 remboursables en faveur d'un même bénéficiaire est fixé à 2 à partir de son 16^e anniversaire.

5.4. Modalités de facturation des prestations

Article 22.

Le centre facture le montant de l'intervention de l'assurance à l'organisme assureur du bénéficiaire sur base du fichier de facturation électronique de l'établissement hospitalier dont le centre fait partie (facturation électronique obligatoire via MyCareNet). Il informe le bénéficiaire au moins une fois par an par écrit des montants qu'il a facturés à son organisme assureur, en application de la présente convention.

Article 23.

§ 1^{er}. Le centre s'engage à rembourser toute intervention de l'assurance indûment perçue, conformément aux dispositions de l'article 164 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

§ 2. Il s'engage à ne facturer aux bénéficiaires :

- aucun acte pour lequel l'intervention de l'assurance est refusée, quel que soit le motif du refus,
- aucune intervention de l'assurance qu'il aurait dû rembourser, en vertu des dispositions du § 1^{er}, quel que soit le motif de l'obligation de remboursement.

5.5. Règles de cumul

Article 24.

Si en application des dispositions de l'article 18, deux ou plusieurs périodes d'intervention de l'assurance sont accordées à un même bénéficiaire dans un programme de soins réalisé par le centre et par un ou plusieurs autres centres d'accompagnement de la transidentité, conventionnés avec l'INAMI, ces périodes ne peuvent jamais coïncider, même partiellement.

Article 25.

Selon les dispositions de l'article 6, § 8, les soins et traitements remboursés par l'assurance soins de santé dans un autre cadre réglementaire ne sont pas inclus dans les prestations prévues par la présente convention. Ils peuvent être cumulés avec ces prestations.

Article 26.

Le centre s'engage à ne facturer aucun supplément aux bénéficiaires ou aux organismes assureurs, pour les prestations réalisées dans le cadre de la présente convention.

Article 27.

Le centre prend toutes mesures utiles afin de garantir l'application des dispositions des articles 24 à 26 inclus ci-dessus. Il en expose les termes et en explique la portée au bénéficiaire ou à son représentant légal, dans un document écrit qu'il leur remet contre récépissé signé.

VI. GESTION DES DONNEES MEDICALES ET RAPPORT ANNUEL

Article 28.

§ 1^{er}. Le centre établit pour chaque bénéficiaire un dossier patient reprenant au moins :

- ses données d'identification ;
- une copie du plan de soins individualisé ;
- les résultats des examens réalisés ;
- une synthèse des prestations réalisées en sa faveur, des objectifs visés et des résultats effectivement atteints ;
- les conclusions des réunions d'équipe le concernant ;
- une copie de la correspondance échangée, le cas échéant, avec son médecin généraliste et son médecin spécialiste traitant ;
- toute autre correspondance concernant ce bénéficiaire.

§ 2. À moins que le bénéficiaire s'y oppose, le centre communique à son médecin traitant,

- au début du programme : le plan de soins individualisé,
- dès que le programme est achevé : un rapport de synthèse qui mentionne les soins effectivement dispensés, leurs résultats et les points d'attention éventuels.

§ 3. Le recueil, la conservation, la transmission et l'usage des données reprises dans les dossiers patients se conforment aux obligations légales et déontologiques relatives au respect du secret médical et à la protection de la vie privée.

Article 29.

§ 1^{er}. Le centre transmet chaque année, au plus tard le 31 mars, un rapport annuel relatif à l'année écoulée contenant des données détaillées sur :

- Les caractéristiques de la population des bénéficiaires de la convention,
- Les soins dispensés et les résultats obtenus,
- Le fonctionnement du centre.

Le rapport respecte les obligations légales relatives à la protection de la vie privée. Il ne contient que des données globalisées qui ne permettent pas d'identifier les bénéficiaires.

§ 2. Les centres avec lesquels la présente convention est conclue élaborent eux-mêmes et conjointement une proposition de protocole d'évaluation qu'ils soumettent à l'approbation du Collège des médecins-directeurs. Ce protocole doit en tout cas répondre aux conditions du § 1^{er} du présent article. Une proposition commune à cet effet est attendue par le Collège des médecins-directeurs pour **le 30 avril 2025** au plus tard.

Tant les centres que le Collège des médecins-directeurs peuvent à tout moment proposer des adaptations au protocole d'évaluation existant. Toute proposition de modification émanant des centres doit être faite conjointement par tous les centres et sera soumise par écrit au Collège des médecins-directeurs qui statuera sur cette proposition.

Les centres mettent scrupuleusement en œuvre la procédure de collecte, d'analyse et de transfert des données approuvée par le Collège des médecins-directeurs.

§ 3. Les frais engendrés par le recueil des données et leur analyse, ainsi que par la rédaction et l'envoi du rapport annuel sont couverts par le remboursement des séances individuelles, séances individuelles à distance, séances familiales, séances de groupe et entretiens fixé à l'article 17.

VII. CONSEIL D'ACCORD

Article 30.

§ 1^{er}. Un Conseil d'accord est institué dans le cadre de la présente convention.

Le Conseil d'accord est un organe fonctionnel composé, d'une part, des membres du Collège des médecins-directeurs du Service des soins de santé de l'INAMI et, d'autre part, des médecins coordinateurs des centres avec lesquels la présente convention est conclue, mandatés par le pouvoir organisateur de l'hôpital auquel le centre est lié. Le Conseil d'accord est présidé par le Président du Collège des médecins-directeurs.

Le Collège des médecins-directeurs peut décider d'inviter d'autres organisations ou instances au Conseil d'accord si cela s'avère utile pour la discussion de certains sujets ou la réalisation de certaines missions.

§ 2. Le Conseil d'accord est convoqué sur décision motivée du Président. Le Président convoque en tout cas le Conseil d'accord à la demande du Comité de l'assurance.

§ 3. Le Conseil d'accord a les missions suivantes :

- le suivi permanent de l'application des conventions et notamment :
 - l'application des programmes individuels d'accompagnement pluridisciplinaires (cf. articles 5 et 6) ;
 - le fonctionnement des centres ;
 - la collaboration entre les centres et les acteurs de la première ligne qui sont concernés par l'accompagnement aux personnes transgenres ;
- le suivi permanent de l'état des connaissances scientifiques en matière d'accompagnement de la transidentité ;
- l'évaluation des conventions sur la base des rapports annuels visés à l'article 29 ;
- la formulation de propositions d'adaptations à la convention.

§ 4. Si le centre est absent à plusieurs reprises de la réunion du Conseil d'accord, cette absence sera constatée par le Président du Conseil d'accord, par lettre recommandée adressée au pouvoir organisateur de l'établissement.

Si l'établissement reste absent, après cette constatation, cette absence sera communiquée au Comité de l'assurance qui peut décider de résilier la convention pour ce motif, moyennant le respect du préavis visé à l'article 44, § 2 de la présente convention.

VIII. DISPOSITIONS ADMINISTRATIVES GENERALES

Article 31.

Le Pouvoir organisateur du centre tient une comptabilité basée, d'une part, sur le plan comptable normalisé minimum pour les hôpitaux (A.R. du 14.08.1987), et d'autre part, sur les décisions prises en la matière par le Comité de l'assurance soins de santé. Les données comptables liées à l'application de la présente convention sont rassemblées sous un poste de frais distinct de telle sorte que les dépenses et revenus puissent être immédiatement connus.

Le Pouvoir organisateur du centre s'engage à présenter - à la demande explicite du Service des soins de santé ou du Service d'évaluation et de contrôle médical de l'INAMI - un aperçu des recettes et des dépenses du centre ainsi qu'un tableau récapitulatif détaillé du personnel employé par le centre.

Article 32.

§ 1^{er}. Le centre s'engage à fournir au Service des soins de santé de l'INAMI et/ou aux organismes assureurs concernés toutes les informations leur permettant de contrôler le respect des dispositions de la présente convention sous tous leurs aspects.

§ 2. Le centre autorise tout représentant de l'INAMI ou des organismes assureurs à effectuer les visites que celui-ci juge utiles à l'accomplissement de sa mission de contrôle du respect des dispositions de la présente convention.

Article 33.

§ 1^{er}. Le Pouvoir organisateur du centre s'engage à créer toutes les conditions permettant à ce dernier de mettre en œuvre les programmes de soins individuels dans des conditions optimales et de respecter toutes les dispositions de la présente convention.

§ 2. Le Pouvoir organisateur du centre assume l'entière responsabilité de l'éventuel non-respect des dispositions de la présente convention par le centre et des conséquences, notamment financières, qui en résultent.

§ 3. Le Pouvoir organisateur du centre s'engage à informer chaque membre de l'équipe de toutes les dispositions de la présente convention afin de lui permettre d'accomplir ses tâches conformément aux dispositions de la présente convention. A cet effet, le Pouvoir organisateur remet à chaque membre du personnel le texte complet de la présente convention.

IX. SOUTIEN DU CENTRE D'ACCOMPAGNEMENT DE LA TRANSIDENTITE DE L'UZ GENT (DISPOSITIONS NON D'APPLICATION POUR LE CENTRE DE L'UZ GENT)

Article 34.

§ 1^{er}. Le centre de l'UZ Gent est reconnu au niveau national et international pour son expertise en matière d'accompagnement de la transidentité. L'expertise de ce centre s'appuie sur les lignes directrices internationales reconnues en matière d'accompagnement des personnes transgenres, telles que décrites dans le SOC8. Afin de soutenir les cinq autres centres qui ont conclu la présente

convention dans la réalisation de leur mission, la présente convention prévoit un soutien par le biais duquel le centre de l'UZ Gent partage son expertise et son expérience dans les différents domaines de l'accompagnement de la transidentité avec les autres centres conventionnés.

§ 2. Le centre qui a conclu la présente convention s'engage à collaborer avec le centre d'accompagnement de la transidentité de l'UZ Gent - dans sa fonction de soutien à tous les centres conventionnés - pendant les 3 premières années à compter de la date d'entrée en vigueur telle que visée à l'article 44, § 1^{er} de la présente convention. Sur base de l'expérience, d'une part du centre de l'UZ Gent et d'autre part, des centres qui ont conclu la présente convention et après concertation avec le Collège des médecins-directeurs, il peut être décidé de prolonger ce soutien (ou une forme adaptée de celui-ci) après la fin des 3 premières années d'application de la présente convention.

§ 3. Le soutien apporté par le centre de l'UZ Gent au centre d'accompagnement de la transidentité qui a conclu la présente convention dont question aux §§ 1^{er} et 2 du présent article se réalise par année civile par le biais des 3 types de sessions suivants :

1. **Session de visite** : il s'agit d'une visite de 2 heures minimum de l'équipe du centre de l'UZ Gent dans les locaux du centre d'accompagnement de la transidentité qui a conclu la présente convention (présence minimale requise du médecin coordinateur, d'un psychologue, d'un case manager et d'un travailleur social des deux équipes). Cette session de visite a lieu une fois par année civile et est organisée par le centre de l'UZ Gent.

Cette session de visite a pour but un échange de bonnes pratiques de l'organisation de l'accompagnement de la transidentité et porte entre autres, sur l'organisation quotidienne de la prise en charge des bénéficiaires et la collaboration avec les services associés qui peuvent être également impliqués dans leur prise en charge.

2. **Session de coaching individuel** : il s'agit d'une interaction entre un membre de l'équipe du centre d'accompagnement de la transidentité de l'UZ Gent avec un membre de l'équipe du centre qui a conclu la présente convention qui assurent la même fonction telle que visée à l'article 8, § 1^{er}, points 1 à 5 inclus (par exemple, interaction entre le case manager du centre d'accompagnement de la transidentité de l'UZ Gent avec le case manager du centre d'accompagnement de la transidentité qui a conclu la présente convention).

Ces sessions de coaching individuel permettent aux membres de l'équipe du centre qui a conclu la présente convention d'être guidés dans les spécificités de l'accompagnement de la transidentité et les défis auxquels ils peuvent se voir confronter dans l'exercice de leur mission, de promouvoir les processus d'apprentissage et d'échanger de bonnes pratiques.

Une session de coaching individuel dure 2 heures et peut être réalisée par communication vidéo ou dans les locaux d'un des deux centres concernés. Ces sessions de coaching individuel sont organisées par le centre de l'UZ Gent.

Le centre qui a conclu la présente convention doit participer à un minimum de 8 sessions de coaching individuel de 2 heures par année civile, dont :

- a. 2 entre les deux médecins coordinateurs (tel que visé à l'article 8, § 1^{er}, point 1) des 2 centres d'accompagnement de la transidentité,
- b. 2 entre deux psychologues (tel que visé à l'article 8, § 1^{er}, points 2 et 3) des 2 centres d'accompagnement de la transidentité,
- c. 2 avec deux case managers (tel que visé à l'article 8, § 1^{er}, point 4) des 2 centres d'accompagnement de la transidentité et

d. 2 avec deux travailleurs sociaux (tel que visé à l'article 8, § 1^{er}, point 5) des 2 centres d'accompagnement de la transidentité.

3. **Session d'intervision** : il s'agit d'une concertation de groupe entre des membres de l'équipe du centre d'accompagnement de la transidentité de l'UZ Gent et des membres de l'équipe des autres centres qui ont conclu la convention pour l'accompagnement de la transidentité, tels que visés à l'article 8, § 1^{er}, points 1 à 5 inclus (le centre qui a conclu la présente convention inclus) durant laquelle le centre d'accompagnement de la transidentité de l'UZ Gent offre son expertise au moyen de discussions de cas spécifiques.

Il peut s'agir d'une concertation de groupe entre des membres de l'équipe d'une même fonction et/ou des membres de l'équipe qui assurent des fonctions différentes au sein des centres d'accompagnement de la transidentité.

Une session d'intervision dure au minimum 2 heures et peut être réalisée par communication vidéo ou dans les locaux d'un des centres. Ces sessions d'intervision sont organisées et coordonnées par le centre de l'UZ Gent.

Le centre d'accompagnement de la transidentité qui a conclu la présente convention doit participer, par année civile, à un minimum de 4 sessions d'intervision de 2 heures chacune avec au moins un membre de l'équipe tel que visé à l'article 8, § 1^{er}, points 1 à 5 inclus.

Pour favoriser la faisabilité pratique de l'organisation de ces sessions d'intervision, il est possible de choisir d'organiser une session d'intervision en présence d'une partie seulement des centres conventionnés. Si une session d'intervision particulière concerne spécifiquement le groupe cible mineur de la présente convention, les centres qui ne prennent pas en charge ce groupe cible ne doivent pas être présents. Toutefois, chaque centre doit participer à un minimum de 4 sessions d'intervision par année civile.

§ 4. Le centre d'accompagnement de la transidentité de l'UZ Gent peut, en fonction des besoins de chaque centre, apporter davantage de soutien que ce qui est décrit au § 3 du présent article (points 2 et 3). Chaque centre veille à suivre les recommandations du centre de l'UZ Gent à ce sujet et à participer, pour ce faire, à tout soutien complémentaire apporté par le centre de l'UZ Gent. Le centre de l'UZ Gent n'est en aucun cas tenu d'apporter à un centre plus du double du soutien tel que décrit ci-dessus.

§ 5. La participation à une session de visite, de coaching individuel et/ou d'intervision dans le cadre du trajet de soutien décrit dans le présent article ne peut en aucun cas entrer en considération pour l'attribution de points d'accréditation.

Article 35.

Dans le rapport annuel visé à l'article 29, chaque centre inclut chaque année un aperçu de toutes les activités décrites à l'article 34 de la présente convention auxquelles le centre qui a conclu la présente convention a participé au cours de l'année civile écoulée sur laquelle porte le rapport. Cet aperçu comprend au moins :

1. en ce qui concerne la session de visite :
 - la date de la session ;
 - la durée de la session ;
 - le nom et la fonction des membres de l'équipe présents des deux centres ;

- une brève description des thèmes abordés lors de la visite.
2. en ce qui concerne les sessions de coaching individuel :
- la date de chaque session ;
 - la durée de chaque session ;
 - le lieu de chaque session (par communication vidéo/physique, et si physique : le lieu exact) ;
 - le nom et la fonction du membre de l'équipe présent des deux centres pour chaque session ;
 - une brève description des sujets abordés au cours de chaque session.
3. en ce qui concerne les sessions d'intervision :
- la date de chaque session ;
 - la durée de chaque session ;
 - le lieu de chaque session (par communication vidéo/physique, et si physique : le lieu exact) ;
 - le nom + fonction des membres de l'équipe présents de tous les centres présents pour chaque session;
 - une brève description des sujets abordés au cours de chaque session.

En outre, chaque centre doit également inclure dans son rapport annuel visé à l'article 29 une réflexion générale sur, entre autres, la valeur ajoutée, la faisabilité et la pertinence du soutien dispensé par le centre de l'UZ Gent au cours de l'année écoulée à laquelle le rapport a trait.

X. SOUTIEN PAR LE CENTRE DES AUTRES CENTRES D'ACCOMPAGNEMENT DE LA TRANSIDENTITE (DISPOSITIONS SEULEMENT D'APPLICATION POUR LE CENTRE DE L'UZ GENT)

Article 36.

§ 1^{er}. Le centre qui a conclu la présente convention est reconnu au niveau national et international pour son expertise en matière d'accompagnement de la transidentité. L'expertise de l'UZ Gent s'appuie sur les lignes directrices internationales reconnues en matière d'accompagnement des personnes transgenres, telles que décrites dans le SOC8. Afin de soutenir les cinq autres centres qui ont conclu la présente convention dans la réalisation de leur mission, la présente convention prévoit un soutien par le biais duquel le centre de l'UZ Gent partage son expertise et son expérience dans les différents domaines qui concernent l'accompagnement de la transidentité avec les autres centres conventionnés.

§ 2. Le centre qui a conclu la présente convention s'engage à offrir un soutien aux 5 autres centres d'accompagnement de la transidentité qui ont conclu la présente convention pendant les 3 premières années à compter de la date d'entrée en vigueur de la présente convention, telle que visée à l'article 44, § 1^{er}. Sur base de l'expérience, d'une part du centre de l'UZ Gent et d'autre part, des autres centres qui ont conclu la présente convention et après concertation avec le Collège des médecins-directeurs, il peut être décidé de prolonger ce soutien (ou une forme adaptée de celui-ci) après la fin des 3 premières années d'entrée en vigueur de la présente convention.

§ 3. Le soutien apporté par le centre de l'UZ Gent à chaque autre centre d'accompagnement de la transidentité qui a conclu la présente convention dont question aux §§ 1^{er} et 2 du présent article se réalise par année civile par le biais des 3 types de sessions suivants :

1. **Session de visite** : il s'agit de l'organisation et de la réalisation d'une visite de 2 heures minimum de l'équipe du centre de l'UZ Gent dans les locaux de chaque centre d'accompagnement qui a conclu la présente convention (présence minimale requise du médecin coordinateur, d'un psychologue, d'un case manager et d'un travailleur social des deux équipes). Le centre de l'UZ Gent organise et réalise ainsi un total de 5 visites par année civile (une visite dans chacun des 5 autres centres).

Ces sessions de visite ont pour but un échange de bonnes pratiques de l'organisation de l'accompagnement de la transidentité et portent entre autres, sur l'organisation quotidienne de la prise en charge des bénéficiaires et la collaboration avec les services associés qui peuvent être également impliqués dans leur prise en charge.

2. **Session de coaching individuel** : il s'agit d'une interaction entre un membre de l'équipe du centre d'accompagnement de la transidentité de l'UZ Gent avec un membre de l'équipe d'un autre centre qui a conclu la présente convention qui assurent la même fonction telle que visée à l'article 8, § 1^{er}, points 1 à 5 inclus (par exemple, interaction entre le case manager du centre d'accompagnement de l'UZ Gent avec le case manager d'un autre centre d'accompagnement de la transidentité).

Ces sessions de coaching individuel permettent aux membres de l'équipe des autres centres qui ont conclu la présente convention d'être guidés dans les spécificités de l'accompagnement de la transidentité et les défis auxquels ils peuvent se voir confronter dans l'exercice de leur mission, de promouvoir les processus d'apprentissage et d'échanger de bonnes pratiques.

Une session de coaching individuel dure 2 heures et peut être réalisée par communication vidéo ou dans les locaux d'un des deux centres concernés. Ces sessions de coaching individuel sont organisées par le centre de l'UZ Gent.

Le centre d'accompagnement de la transidentité de l'UZ Gent doit organiser et participer à un minimum de 40 sessions de coaching individuel de 2 heures par année civile. En effet, chaque autre centre qui a conclu la présente convention doit participer à un minimum de 8 sessions de coaching individuel de 2 heures par année civile, dont :

- 2 entre les deux médecins coordinateurs (tel que visé à l'article 8, § 1^{er}, point 1) des 2 centres d'accompagnement de la transidentité,
- 2 entre deux psychologues (tel que visé à l'article 8, § 1^{er}, points 2 et 3) des 2 centres d'accompagnement de la transidentité,
- 2 avec deux case managers (tel que visé à l'article 8, § 1^{er}, point 4) des 2 centres d'accompagnement de la transidentité, et
- 2 avec deux travailleurs sociaux (tel que visé à l'article 8, § 1^{er}, point 5) des 2 centres d'accompagnement de la transidentité.

3. **Session d'intervision** : il s'agit d'une concertation de groupe entre des membres de l'équipe du centre d'accompagnement de la transidentité de l'UZ Gent et des membres de l'équipe des autres centres qui ont conclu la convention pour l'accompagnement de la transidentité, tels que visés à l'article 8, § 1^{er}, points 1 à 5 inclus, durant laquelle le centre d'accompagnement de la transidentité de l'UZ Gent offre son expertise au moyen de discussions de cas spécifiques.

Il peut s'agir d'une concertation de groupe entre des membres de l'équipe d'une même fonction et/ou des membres de l'équipe qui assurent des fonctions différentes au sein des centres d'accompagnement de la transidentité.

Une session d'intervision dure au minimum 2 heures et peut être réalisée par communication vidéo ou dans les locaux d'un des centres concernés. Le centre d'accompagnement de la transidentité de l'UZ Gent qui a conclu la présente convention organise et coordonne chaque session d'intervision. Au moins un membre de l'équipe du centre, dont question à l'article 8, § 1^{er}, points 1 à 5 inclus, est présent à chaque intervention.

Chaque autre centre ayant conclu la convention pour l'accompagnement de la transidentité doit participer, par année civile, à minimum 4 sessions d'intervision de 2 heures chacune. Pour favoriser la faisabilité pratique de l'organisation de ces sessions d'intervision, il est possible de choisir d'organiser une session d'intervision en présence d'une partie seulement des centres conventionnés. Si une session d'intervision particulière concerne spécifiquement le groupe cible mineur de la présente convention, les centres qui ne prennent pas en charge ce groupe cible ne doivent pas être présents. Toutefois, chaque centre doit participer à un minimum de 4 sessions d'intervision par année civile.

§ 4. Le centre d'accompagnement de la transidentité de l'UZ Gent peut, en fonction des besoins de chaque centre, apporter davantage de soutien que ce qui est décrit au § 3 du présent article (points 2 et 3). Chaque centre veille à suivre les recommandations du centre de l'UZ Gent à ce sujet et à participer, pour ce faire, à tout soutien complémentaire apporté par le centre de l'UZ Gent. Le centre de l'UZ Gent n'est en aucun cas tenu d'apporter à un centre plus du double du soutien tel que décrit ci-dessus.

§ 5. La participation à, l'organisation de, ou la gestion d'une session de visite, de coaching individuel et/ou d'intervision dans le cadre du trajet de soutien décrit dans le présent article ne peut en aucun cas entrer en considération pour l'attribution de points d'accréditation.

Article 37.

Dans le rapport annuel visé à l'article 29, le centre de l'UZ Gent inclut chaque année un aperçu de toutes les activités décrites à l'article 36 de la présente convention qui ont été menées en vue de soutenir les autres centres au cours de l'année civile écoulée sur laquelle porte ce rapport. Cet aperçu comprend au moins :

1. en ce qui concerne les sessions de visite :
 - la date de chaque session ;
 - la durée de chaque session ;
 - le nom et la fonction des membres de l'équipe présents des deux centres par session ;
 - une brève description des thèmes abordés lors de chaque visite.
2. en ce qui concerne les sessions de coaching individuel :
 - la date de chaque session ;
 - la durée de chaque session ;
 - le lieu de chaque session (par communication vidéo/physique, et si physique: le lieu exact) ;
 - le nom et la fonction du membre de l'équipe présent des deux centres pour chaque session ;

- une brève description des sujets abordés au cours de chaque session.
3. en ce qui concerne les sessions d'intervention :
- la date de chaque session ;
 - la durée de chaque session ;
 - le lieu de chaque session (par communication vidéo/physique, et si physique : le lieu exact) ;
 - le nom + fonction des membres de l'équipe présents de tous les centres présents pour chaque session ;
 - une brève description des sujets abordés au cours de chaque session.

En outre, le centre de l'UZ Gent doit également inclure dans son rapport annuel visé à l'article 29 une réflexion générale sur, entre autres, la valeur ajoutée, la faisabilité et la pertinence du soutien qu'il dispense aux autres centres d'accompagnement de la transidentité conventionnés au cours de l'année écoulée à laquelle le rapport a trait.

Article 38.

§ 1^{er}. Le centre peut porter en compte un forfait complémentaire en vue de financer le soutien qu'il dispense aux autres centres d'accompagnement de la transidentité tel que visé à l'article 37, § 2, points 1 à 3 inclus (« **forfait soutien** »). Ce forfait peut être porté en compte en sus d'une des prestations de base remboursables dans le cadre de la présente convention (telles que définies à l'article 6, §§ 2 à 6 inclus) pour les bénéficiaires visés par la présente convention qui répondent à toutes les conditions de la convention pour la facturation de la prestation de base concernée. Ce forfait peut seulement être porté en compte en sus des prestations de base remboursables qui sont réalisées par le centre pendant les 3 premiers mois (du 1^{er} janvier au 31 mars inclus) des 3 premières années d'application de la présente convention.

Les deux forfaits (forfait lié à la prestation de base telle que définie à l'article 6, §§ 2 à 6 inclus et forfait soutien) doivent être facturés séparément au moyen de pseudo-codes différents. Cependant, ils doivent figurer sur la même facture.

§ 2. Le montant de l'intervention de l'assurance dans le « forfait soutien » est établi sur base de l'*annexe 2* à la présente convention. Il est fixé à :

	Pseudocode	Total (en euros)
Forfait soutien	783473-783484	41,55 €

Ce montant est entièrement indexable et lié à l'indice pivot 128,11 (mai 2024 - base 2013) des prix à la consommation. Il est adapté selon les dispositions de la loi du 1^{er} mars 1977 organisant un régime de liaison à l'indice des prix à la consommation du Royaume pour certains dépenses dans le secteur public.

L'intervention de l'assurance est fixée à 100 % de ce montant.

§ 3. Le montant du forfait soutien fixé au § 2 du présent article a été calculé sur base du coût moyen pour le centre généré par l'organisation, la coordination et la participation aux différentes sessions dispensées aux autres centres d'accompagnement de la transidentité. Pour la session d'intervention, il est parti du principe que :

- le centre participera à une session d'intervision 4 fois par année civile ;
- 1 membre de l'équipe du centre participera à 2 des 4 sessions ;
- 4 membres de l'équipe du centre participeront à 2 des 4 sessions.

§ 4. Le montant de la prestation visée au § 2 du présent article n'est pas affecté par le type de prestation facturée. Le montant reste identique quel que soit le type ou le prix de la prestation à laquelle il s'ajoute.

§ 5. Les forfaits soutien peuvent être facturés pour des prestations remboursables dans le cadre de la présente convention, pour autant que le nombre maximum de forfaits soutien remboursables ne soit pas dépassé. Ce nombre maximal de forfaits soutien remboursables est fixé à **703 par année civile**.

§ 6. Il appartient au centre lui-même de veiller à ce que le nombre de prestations soutien facturé à l'ensemble des organismes assureurs ne dépasse pas ce nombre maximal remboursable par année civile. L'année de réalisation de la prestation de base à laquelle le forfait soutien se rattache détermine l'année civile pour laquelle le forfait soutien doit être décompté du maximum de 703 forfaits soutien remboursables en vertu des dispositions de la présente convention.

§ 7. Le centre s'engage à ne facturer ni aux bénéficiaires, ni aux organismes assureurs ni à l'INAMI une autre rémunération pour le temps investi dans le trajet de soutien que celle prévue ci-dessus.

XI. DISPOSITIONS SPECIFIQUES POUR LE CENTRE D'ACCOMPAGNEMENT DE LA TRANSIDENTITE DE L'HOPITAL ERASME – ULB
(DISPOSITIONS UNIQUEMENT D'APPLICATION POUR LE CENTRE DE L'HOPITAL ERASME – ULB)

Article 39.

A Bruxelles, l'Hôpital Erasme - ULB (ci-après dénommé « Hôpital Erasme ») et l'Hôpital Universitaire des Enfants Reine Fabiola - HUDERF (ci-après dénommé « HUDERF ») collaborent pour la prise en charge des personnes transgenres au sein du groupement académique Hôpital Universitaire de Bruxelles (HUB). Dans ce contexte, HUDERF dispense un accompagnement aux enfants et adolescents et l'hôpital Erasme dispense un accompagnement aux adultes. Afin de faciliter davantage cette collaboration, la présente convention prévoit que le centre d'accompagnement de la transidentité de l'hôpital Erasme peut, sous les conditions énumérées ci-après, dispenser une partie de ses activités dans le cadre de la présente convention sur le site de l'HUDERF. Les deux hôpitaux doivent conclure entre eux une convention de collaboration qui règle au moins les conditions ci-dessous et qui s'applique pendant toute la durée de validité de la présente convention.

Cette convention de collaboration doit être soumise, avant la conclusion de la présente convention avec le centre d'accompagnement de la transidentité de l'hôpital Erasme, au Collège des médecins-directeurs, qui déterminera si toutes les conditions ci-dessous sont remplies :

- l'hôpital Erasme et l'HUDERF fonctionnent comme un centre commun pour l'accompagnement de la transidentité, sous la responsabilité de l'hôpital Erasme ;
- l'hôpital Erasme conclut la présente convention et assume la responsabilité finale de toutes les activités menées dans le cadre de la présente convention, tant sur son propre site que sur celui de l'HUDERF ;

- toutes les activités dispensées dans le cadre de la présente convention sur le site de l'hôpital Erasme ainsi que sur le site de l'HUDERF répondent à toutes les conditions prévues à la présente convention ;
- le centre commun d'accompagnement de la transidentité dispose ensemble au minimum du cadre du personnel visé aux articles 8 et 9 de la présente convention ;
- le centre commun d'accompagnement de la transidentité dispose d'un médecin coordinateur tel que visé à l'article 9, § 2 de la présente convention. Ce médecin travaille au moins à temps partiel pour l'hôpital Erasme ;
- le site sur lequel l'accompagnement de la transidentité est dispensé à la fois à l'hôpital Erasme et à l'HUDERF constitue une unité organisationnelle et fonctionnelle aisément identifiable comme telle par les bénéficiaires. Endéans les 2 ans maximum après la date d'entrée en vigueur de la présente convention visée à l'article 44, § 1^{er}, les deux sites constituent chacun également une unité architecturale ;
- une concertation entre les membres de l'équipe du centre qui exercent sur le site de l'Hôpital Erasme et les membres de l'équipe du centre qui exercent sur le site de l'HUDERF a lieu au moins une fois tous les deux mois ;
- une réflexion détaillée sur la collaboration entre l'hôpital Erasme et HUDERF dans le cadre de la présente convention est ajoutée chaque année au rapport annuel visé à l'article 29 de la présente convention. En outre, les rapports des moments de concertation bimensuels entre les deux équipes, mentionnés ci-avant, sont ajoutés en annexe au rapport annuel. Ces rapports mentionnent entre autres les sujets de discussion et les personnes présentes lors des concertations ;
- l'Hôpital Erasme et l'HUDERF se présentent aux bénéficiaires de la présente convention comme un seul centre commun pour l'accompagnement de la transidentité ;
- les prestations pour les enfants seront dispensées sur le site de l'HUDERF et les prestations pour les bénéficiaires adultes seront dispensées sur le site de l'hôpital Erasme. La transition des bénéficiaires du site de l'HUDERF vers le site de l'hôpital Erasme peut s'opérer à partir de l'âge de 16 ans jusqu'à l'âge de 19 ans. Dans le cadre de la présente convention, aucune prestation ne peut être dispensée sur le site de l'HUDERF pour les bénéficiaires âgés de 20 ans ou plus. Afin de faciliter une transition en douceur entre l'accompagnement des enfants et des adultes, de gros efforts de concertation seront mis en œuvre et les membres de l'équipe travaillant sur le site de l'HUDERF peuvent être temporairement déployés sur le site de l'hôpital Erasme et inversement ;
- toute la gestion administrative dans le cadre de la présente convention, y compris l'introduction des demandes individuelles de prise en charge dont question à l'article 18, la facturation des prestations, l'établissement du rapport annuel visé à l'article 29, etc. est assurée par l'hôpital Erasme ;
- pour l'application du nombre minimum de bénéficiaires à prendre en charge par le centre par année calendrier visé à l'article 15 § 1^{er}, il est tenu compte de la somme des bénéficiaires pris en charge par les deux hôpitaux. Un même bénéficiaire ne peut être comptabilisé qu'une seule fois dans cette somme ;
- la capacité de facturation visée à l'article 20 de la présente convention est d'application pour l'hôpital Erasme et HUDERF ensemble. La somme des prestations dispensées par les deux hôpitaux dans le cadre de la présente convention doit respecter ce nombre maximum ;
- le nombre maximum de prestations remboursables prévu à l'article 21, § 1^{er}, par bénéficiaire doit être respecté à la fois par l'hôpital Erasme et par l'HUDERF. La somme des prestations dispensées par les deux hôpitaux dans le cadre de la présente convention pour un bénéficiaire donné ne peut pas dépasser ce nombre maximal ;
un seul numéro d'identification s'applique au centre commun d'accompagnement de la transidentité : 7.76.206.85. Toutes les demandes individuelles de prise en charge doivent

donc mentionner ce numéro ; tous les contacts entre le centre et l'INAMI et les organismes assureurs se font par l'intermédiaire de l'Hôpital Erasme ; si les dispositions de la présente convention ne sont pas respectées sur l'un des deux sites du centre commun d'accompagnement de la transidentité, le Comité de l'assurance peut à tout moment décider de mettre fin à la convention, sous les conditions prévues à l'article 44, § 2 de la présente convention. Si, après avoir constaté le non-respect de la convention, les organismes assureurs compétents décident de récupérer (en tout ou en partie) l'intervention de l'assurance dans les prestations, cette récupération sera perçue auprès de l'hôpital Erasme à Anderlecht.

**XII. MESURES TRANSITOIRES POUR LES CENTRES QUI DISPOSAIENT AVANT LE
01/01/2025 DEJA D'UNE CONVENTION POUR L'ACCOMPAGNEMENT DE LA
TRANSIDENTITE
(DISPOSITIONS D'APPLICATION UNIQUEMENT POUR LES CENTRES DE L'UZ GENT ET
DU CHU DE LIEGE)**

Article 40.

§ 1^{er}. Les accords individuels de prise en charge en cours relatifs à une période couverte en tout ou en partie par la période d'application de la présente convention mais qui ont été accordés dans le cadre de la précédente convention conclue avec le centre d'accompagnement de la transidentité (*convention remplacée par la présente convention à partir du 1^{er} janvier 2025*) restent valables dans le cadre de la présente convention et continuent à courir jusqu'à leur date de fin.

§ 2. Les bénéficiaires dont l'accord individuel a été donné dans le cadre de la précédente convention peuvent bénéficier de la nouvelle prestation prévue par la présente convention et visée à l'article 6, § 3, pour autant que toutes les conditions soient remplies. Le nombre maximum de prestations remboursables tel que visé à l'article 21 de la présente convention s'applique également aux bénéficiaires dont l'accord individuel en cours a été donné dans le cadre de la précédente convention. Pour l'application des dispositions relatives au nombre maximum de prestations remboursables tel que visé à l'article 21 de la présente convention, il y a lieu de tenir compte des prestations réalisées dans le cadre de la précédente convention. Pour l'application des dispositions relatives au nombre maximum de séances individuelles à distance remboursables, il ne sera pas tenu compte des « séances par communication vidéo par un psychologue » telles que prévues à l'article 24 de l'AR n° 20 du 13 mai 2020 portant à des mesures temporaires dans la lutte contre la pandémie COVID-19, qui ont été dispensées dans le cadre de la convention précédente.

Article 41.

Les forfaits médicaments, dont question à l'article 6, § 6 de la précédente convention d'accompagnement de la transidentité conclue avec l'établissement (*convention remplacée par la présente convention à partir du 1^{er} janvier 2025*), ne peuvent être portés en compte que si la période de traitement de 3 mois pour laquelle le forfait médicaments est facturé se situe au moins en partie avant le 1^{er} janvier 2025. Les forfaits médicaments dont la période de traitement de 3 mois se situe entièrement après le 31 décembre 2024 ne peuvent pas être portés en compte.

Article 42.

Les demandes de prise en charge réceptionnées par le médecin-conseil au plus tard le 31 janvier 2025 peuvent encore être introduites au moyen de l'ancien modèle de rapport médical qui était d'application dans le cadre de la précédente convention, qu'il s'agisse d'un nouveau bénéficiaire ou de la prolongation d'une période d'intervention existante.

Les demandes de prise en charge qui concernent une période débutant au plus tôt le 1^{er} janvier 2025 peuvent être introduites au moyen du nouveau modèle de rapport médical visé à l'article 18, § 1^{er} de la présente convention et seront traitées selon les dispositions de la présente convention, qu'il s'agisse d'un nouveau bénéficiaire ou de la prolongation d'une période d'intervention existante.

Les demandes de prise en charge réceptionnées par le médecin-conseil à partir du 1^{er} février 2025 doivent quoi qu'il en soit être introduites au moyen du nouveau modèle de rapport médical visé à l'article 18, § 1^{er} de la présente convention et seront traitées conformément aux dispositions de la présente convention, qu'il s'agisse d'un nouveau bénéficiaire ou de la prolongation d'une période d'intervention existante.

Article 43.

Le rapport annuel relatif à l'année 2024 dont question à l'article 29 de la précédente convention pour l'accompagnement de la transidentité conclue avec le centre entrée en vigueur le XXX et remplacée par la présente convention à compter de la date d'entrée en vigueur visée à l'article 44, § 1^{er}, est transmis par le centre sous les conditions prévues à ses dispositions.

XIII. PERIODE DE VALIDITE DE LA PRESENTE CONVENTION

Article 44.

§ 1^{er}. La présente convention, dûment signée par les deux parties, sort ses effets à la date du 1^{er} janvier 2025.

§ 2. Elle est valable jusqu'au 31 décembre 2027 inclus ; toutefois, chacune des parties peut à tout moment la dénoncer par lettre recommandée à la poste adressée à l'autre partie. Les effets de la convention expirent à l'issue d'un délai de préavis de trois mois prenant cours le premier jour du mois qui suit la date de l'envoi de la lettre recommandée.

§ 3. Les annexes à la présente convention font partie intégrante de celle-ci mais ne changent rien à ses dispositions proprement dites. Il s'agit des annexes suivantes :

- *Annexe 1 : Calculs du prix des séances*
- *Annexe 2 : Calcul du prix du forfait soutien*

Fait à Bruxelles le 16 décembre 2024 et signé électroniquement par :

Pour le pouvoir organisateur de l'établissement,

Pour le Comité de l'assurance soins de santé

Le Fonctionnaire Dirigeant,

Mickaël DAUBIE

Directeur-général des soins de santé