

INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITÉ

Établissement public institué par la loi du 9 août 1963
Avenue de TERVUEREN 211 - 1150 BRUXELLES

Service des soins de santé

CONVENTION AVEC LES CENTRES DE RÉÉDUCATION AMBULATOIRE (C.R.A.) DE DIVERS TROUBLES DU LANGAGE, DE LA PAROLE ET DE LA VOIX, DE TROUBLES MENTAUX ET DU COMPORTEMENT

PRÉAMBULE

La présente nouvelle convention avec les Centres de rééducation ambulatoire (C.R.A.) a été réalisée après plus de 2 ans de concertation entre les représentants du secteur C.R.A. et du Collège des médecins-directeurs, dans le cadre du Conseil d'accord visé à l'article 70.

L'objectif de cette convention est de contribuer à la qualité de la pose du diagnostic et de la rééducation dans les C.R.A. et de garantir ainsi l'avenir de ce secteur de la rééducation.

Les parties qui ont discuté cette convention sont cependant tout à fait conscientes que, après cette convention, un certain nombre de conditions supplémentaires devront encore être remplies pour que l'objectif de la convention puisse se réaliser. Notamment, en ce qui concerne l'emploi des médecins dans les C.R.A., se posent, dans de nombreux C.R.A. des problèmes qui devront être résolus pour que les objectifs de la nouvelle convention puissent être atteints.

Selon la présente convention, les C.R.A. – pour pouvoir encore dispenser un programme de rééducation à certains groupes cibles, à partir du 01.04.2015 – devront entre autres disposer d'un médecin spécialiste ayant une qualification spécifique, qui est spécialisé dans la pathologie du groupe cible en question, pendant un nombre minimum d'heures par semaine. Ceci vaut pour les groupes cibles qui sont mentionnés dans l'article 18 de la présente convention.

Bien qu'on puisse certainement défendre l'idée qu'un médecin spécialiste ayant une qualification spécifique est nécessaire pour pouvoir offrir une rééducation de qualité, et que l'intention n'est pas qu'à l'avenir chaque centre puisse encore traiter chacun des groupes cibles visés dans l'article 18, pour l'instant, seule une partie des C.R.A. dispose déjà de ces médecins spécialistes ayant une qualification spécifique.

Le nombre de médecins spécialistes ayant ladite qualification spécifique, sur le marché de l'emploi, est limité. De plus, les C.R.A. manquent souvent de moyens pour attirer ces médecins. La plupart des centres ne disposent que d'un nombre restreint d'heures d'encadrement médical. Une partie des médecins spécialistes actifs aujourd'hui dans les centres ne possèdent d'ailleurs pas la qualification spécifique requise pour pouvoir traiter les groupes cibles précités, mais ces médecins, de par leur travail dans les C.A.R. ont souvent acquis une certaine expérience des ces groupes cibles. Les centres n'estiment pas plausible de devoir licencier une grande partie de ces médecins pour les remplacer par des médecins spécialistes possédant bien la qualification spécifique requise.

Outre le fait que l'encadrement médical est limité dans la plupart des centres, les honoraires des médecins y sont également relativement bas. Les centres se trouvent ainsi dans une faible position concurrentielle pour engager des médecins spécialistes ayant la qualification spécifique requise. Les dernières années, les honoraires prévus par la nomenclature ont été améliorés notamment pour les psychiatres. Les médecins spécialistes qui travaillent dans les centres de rééducation ne sont cependant pas honorés sur la base de la nomenclature, mais perçoivent un salaire ou des honoraires calculés sur la base du barème des médecins-conseils. Les honoraires calculés sur la base de ce barème sont nettement inférieurs à ceux prévus par la nomenclature. Cette situation permet difficilement aux centres de recruter des médecins spécialistes ayant une qualification spéci-

que pourtant requis par la nouvelle convention, pour pouvoir encore traiter certains groupes cibles à partir de 2015.

Les représentants des C.R.A. au Conseil d'accord ont accepté la présente, nouvelle convention sans condition suspensive de majoration immédiate du budget pour les médecins dans les centres, mais la problématique esquissée ici peut empêcher certains centres de satisfaire aux conditions fixées pour pouvoir encore traiter à l'avenir les groupes cibles visés ici. Aussi les partis qui ont négocié la nouvelle convention jugent-ils nécessaire d'apporter des améliorations quant à l'occupation des médecins au sein des centres C.R.A. Aux fins de procéder aux améliorations qui s'imposent, le Conseil d'accord examinera notamment dans les prochains mois suivant la conclusion de la présente convention, si la rémunération partielle ou totale des prestations des médecins spécialistes par le truchement de la nomenclature ne peut pas constituer une solution. Par ailleurs, il y a lieu de vérifier aussi si l'encadrement médical de certains centres ne doit pas être renforcé. Les moyens financiers encore disponibles au budget de l'assurance soins de santé pour ce secteur pourraient être utilisés à cette fin.

Ces dernières années, le Collège a déjà sollicité à maintes reprises, dans le cadre de la confection des objectifs budgétaires de l'assurance soins de santé, un budget supplémentaire en vue de pouvoir améliorer les honoraires des médecins spécialistes dans les centres de rééducation. A ce jour, il n'a toujours pas été donné suite à cette demande lors de la fixation définitive de l'objectif budgétaire par le Conseil général de l'INAMI. Le Collège des médecins-directeurs s'engage à continuer de défendre une amélioration des honoraires des médecins-spécialistes dans les centres de rééducation, et à plaider pour cela auprès du Comité de l'assurance et du Conseil général. Si les moyens financiers disponibles pour le secteur des C.R.A. ne suffiraient pas à réaliser le renforcement de l'encadrement médical dans le secteur des C.R.A., le Collège plaidera aussi pour augmenter ces moyens.

TEXTE DE LA CONVENTION

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

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

Il est convenu ce qui suit entre

d'une part,

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

et d'autre part,

#« 5» = nom et commune du pouvoir organisateur ##

pour

#« 1» « 2» - « 3» - « 4» = nom de l'établissement ##. Cet établissement dispose de sites à ##commune et, le cas échéant, nom de rue de chaque site##

Article 1. L'établissement de rééducation #"« 1» « 2»" est désigné dans la présente convention par le terme « l'établissement ».

OBJET DE LA CONVENTION

Article 2. La présente convention définit les rapports financiers et administratifs entre l'établissement et les bénéficiaires de l'assurance obligatoire soins de santé ainsi que les rapports entre cet établissement, l'INAMI et les organismes assureurs en ce qui concerne notamment les bénéficiaires de la rééducation au sens de la présente convention, les programmes de rééducation, les prestations de rééducation, dénommées séances, le prix des séances ainsi que les modalités de leur paiement.

Elle comporte les points suivants :

I – BÉNÉFICIAIRES DE LA RÉÉDUCATION	4
II – PROGRAMME DE RÉÉDUCATION	11
III – CONDITIONS À REMPLIR POUR POUVOIR PRENDRE CERTAINS GROUPES CIBLES EN CHARGE	18
IV – PRESTATIONS DE RÉÉDUCATION FONCTIONNELLE	25
IV - A – Séances faisant partie d'un bilan initial (séances de bilan)	25
IV - B - Séances ne faisant pas partie d'un bilan initial (séances de rééducation ordinaires).....	26
IV - C - Dispositions valables tant pour une séance mentionnée au point IV – A que pour une séance mentionnée au point IV - B (dispositions communes aux séances de bilan et aux séances de rééducation ordinaires).....	30
IV - D - Dispositions applicables aux bénéficiaires faisant partie du groupe 1.	32
V - PROCÉDURE DE DEMANDE D'INTERVENTION DANS LES FRAIS DE RÉÉDUCATION	34
VI - FACTURATION ET CAPACITÉ DE FACTURATION	39
VII – INTERDICTIONS DE CUMUL	43
VII – A – Prestations effectuées par le personnel de l'établissement.....	43
VII – B – Cumul avec les prestations de kinésithérapie-, physiothérapie et logopédie et avec d'autres prestations de rééducation fonctionnelle.....	45
VIII - PERSONNEL DE L'ÉTABLISSEMENT	48
VIII – A – Dispositions générales	48
VIII – B – Extension du personnel dans le cadre de l'accord social 2011	53
IX – ENGAGEMENT DE L'ÉTABLISSEMENT DE S'ADRESSER À DES GROUPES CIBLES PRIORITAIRES SUR LE PLAN MÉDICAL.....	56
X. CONSEIL D'ACCORD	59
XI – AUTRES OBLIGATIONS MEDICO-ADMINISTRATIVES ET COMPTABLES	61
XII – DISPOSITIONS TRANSITOIRES	64
XIII – DISPOSITIONS GENERALES.....	66

I – BÉNÉFICIAIRES DE LA RÉÉDUCATION

Article 3. Par bénéficiaires de la rééducation au sens de la présente convention, il faut entendre : les bénéficiaires de l'assurance obligatoire soins de santé qui sont atteints d'une pathologie figurant dans un des groupes suivants et qui, vu cette pathologie, ont besoin d'une rééducation multidisciplinaire intensive :

groupe 1 : les enfants ou adultes, ayant une lésion cérébrale d'origine vasculaire, toxique, tumorale, infectieuse ou traumatique, sans symptômes de démence.

Au moment de la prise en charge par l'établissement, ces bénéficiaires présentent des troubles au niveau des fonctions (neuro-)psychologiques (fonctions cognitives, fonctions liées à la communication, fonctions liées à la maîtrise des émotions, fonctions liées au comportement social, fonctions liées au vécu des sentiments et à la personnalité) allant éventuellement de pair avec des troubles physiques (lésions motrices, perte des sens) qui entraînent pour la personne des perturbations dans sa vie au quotidien, que ce soit au niveau affectif, familial, social, professionnel, récréatif,...

Au terme de la rééducation fonctionnelle dispensée à l'hôpital, ces bénéficiaires doivent disposer :

- d'un potentiel neuropsychologique pouvant encore être revalidé,
- de capacités motrices et sensorielles en suffisance, pour permettre une prise en charge telle qu'elle est prévue dans la présente convention.

La rééducation ambulatoire à l'établissement doit permettre aux bénéficiaires de recouvrer leur autonomie, voire de faire en sorte qu'ils remplissent un rôle actif dans la société.

La rééducation dans le centre suit en principe le plus rapidement possible l'hospitalisation consécutive à l'évènement déclencheur et la rééducation éventuelle ayant déjà eu lieu ailleurs auparavant. Si elle ne débute pas à ce moment ou ne pouvait pas débiter à ce moment, les raisons médicales et/ou pratiques sont précisées lors de la première demande de prise en charge. La rééducation débute toujours au plus tard 3 ans après l'évènement déclencheur.

Les bénéficiaires du groupe 1 doivent être orientés vers le C.R.A. soit par le médecin traitant spécialiste de l'hôpital où le bénéficiaire a déjà été hospitalisé pour le traitement de sa lésion cérébrale, soit par un spécialiste en neurologie, en neurochirurgie, en neuropsychiatrie, en psychiatrie des adultes ou en psychiatrie des enfants et des jeunes qui ne fait pas partie de l'équipe de rééducation prévue dans la convention. Sans préjudice des modalités mentionnées auxquelles le médecin qui adresse le patient doit répondre, si l'établissement est un département d'un hôpital, le bénéficiaire peut aussi être orienté par un médecin travaillant dans un autre département du même hôpital.

groupe 2 : les bénéficiaires jusqu'à la veille de leur 19^e anniversaire, présentant un retard mental (codes ICD-10 : F70-F79) caractérisé entre autres par un quotient intellectuel total (ou pour des enfants avant leur septième anniversaire, par un quotient développemental) inférieur à 70, constaté par un test général de l'intelligence ou du développement

Pour un bénéficiaire qui, avant son septième anniversaire, suivait le programme de rééducation du groupe 2 sur la base d'un quotient de développement total inférieur à 70, il convient de déterminer, au plus tard la veille de son septième anniversaire, le quotient intellectuel total à l'aide d'un test général d'intelligence. Si le quotient intellectuel total est égal ou supérieur à 85, ce bénéficiaire n'entre plus en ligne de compte pour le programme de rééducation du groupe 2 à partir de la date de fin de la période de rééducation éventuellement encore en cours mais bien pour celui du groupe 4, même s'il ne répond pas aux critères d'inclusion dans le groupe 4.

groupe 3 : les bénéficiaires jusqu'à la veille de leur 19^e anniversaire, qui présentent des troubles envahissants du développement relevant d'une des catégories suivantes de la classification internationale des maladies, dixième révision (ICD-10) :

- autisme infantile (F84.0),
- autisme atypique (F84.1),
- syndrome de Rett (F84.2),
- autre trouble désintégratif de l'enfance (F84.3),
- hyperactivité associée à un retard mental et à des mouvements stéréotypés (F84.4),
- syndrome d'Asperger (F84.5).

groupe 4 : les bénéficiaires jusqu'à la veille de leur 19^e anniversaire, qui souffrent de troubles complexes du développement.

Critères d'inclusion groupe 4 :

Il s'agit de bénéficiaires présentant des troubles du développement dans au moins 2 des 6 domaines suivants :

1. Le langage oral ou les acquisitions scolaires

Les troubles dans ce domaine doivent répondre aux conditions suivantes :

- troubles du développement au niveau du langage oral (ICD-10 codes : F80.1, F80.2)
 - le trouble est présent depuis les stades les plus précoces du développement du langage et diagnostiqué au plus tard avant le huitième anniversaire.
 - il y a un retard significatif (-2 déviations standard = \leq percentile 3) pour au moins trois aspects du langage (articulation/phonologie, lexicale, sémantique, morphologie, syntaxe, pragmatique) dans son versant expressif et/ou réceptif. L'évaluation doit être effectuée avec un test du langage pris en individuel.
- troubles du développement au niveau des acquisitions scolaires (codes ICD-10 : F81.0, F81.1, F81.2, F81.3)
 - le trouble est présent dès les premières années de la scolarisation et constaté avant le quinzième anniversaire.
 - il y a un retard significatif (-2 déviations standard = \leq percentile 3) de la lecture et/ou de l'orthographe et/ou du calcul. L'évaluation doit être effectuée avec un test individuel des performances correspondant au niveau de l'année scolaire dans laquelle le bénéficiaire se trouve.
 - le trouble est tenace (après au moins 6 mois de prise en charge didactique adéquate à l'école), ce qui ressort d'une concertation avec l'école et/ou le PMS.

2. La motricité (code ICD-10 : F82) ;

- le trouble doit être diagnostiqué avant le 8^e anniversaire.
- il y a un retard significatif (-2 déviations standard = \leq percentile 3) des performances motrices lors de tâches motrices fines et/ou grossières, tant au moment où le trouble a été diagnostiqué (avant le 8^e anniversaire) qu'au début de la rééducation fonctionnelle. L'évaluation doit être effectuée avec un test individuel de la motricité fine et/ou grossière.

3. L'attention et/ou la mémoire (visuelle ou auditive) et/ou des fonctions exécutives ;

4. Le psychosocial (comportement) ;

5. La perception auditive et/ou visuelle ;

6. Le fonctionnement visuospatial.

Pour au minimum 2 de ces 6 domaines les troubles doivent être démontrés par un résultat sur un ou des tests spécifiques pour le domaine égal ou inférieur au 3^e percentile ou à deux déviations standard en dessous de la moyenne attendue pour l'âge chronologique du bénéficiaire ou, pour les troubles de l'acquisition scolaire, deux déviations standard en dessous de la moyenne correspondant au niveau de l'année scolaire dans laquelle le bénéficiaire se trouve.

Critères d'exclusion groupe 4 :

Aucun trouble dans un de ces domaines n'est provoqué par une limitation de l'intelligence (un quotient intellectuel total QIT inférieur à 70, déterminé à l'aide d'un test général d'intelligence ou, pour les bénéficiaires avant leur septième anniversaire, un quotient de développement total QDT inférieur à 70, déterminé à l'aide d'un test général du développement), un trouble important de l'audition (perte auditive moyenne de > 40 dB HL des mesures à la meilleure oreille, sans appareil auditif, à trois des cinq fréquences suivantes : 250, 500, 1000, 2000 et 4000 hertz) ou un trouble de l'acuité visuelle, un trouble neurologique majeur ou un trouble anatomique des organes de la parole.

Pour un bénéficiaire qui, avant son septième anniversaire, suivait le programme de rééducation du groupe 4 sur la base d'un quotient de développement total égal ou supérieur à 70, il convient de déterminer, au plus tard, la veille de son septième anniversaire, le quotient intellectuel total à l'aide d'un test général de l'intelligence. Si le quotient intellectuel total est inférieur à 70, ce bénéficiaire n'entre plus en ligne de compte pour le programme de rééducation du groupe 4, à partir de la date de fin de la période de rééducation éventuellement encore en cours, mais bien pour celui du groupe 2.

groupe 5 : les bénéficiaires jusqu'à la veille de leur 19^e anniversaire, qui souffrent de troubles hyperkinétiques caractérisés par une perturbation de l'attention et une activité excessive simultanée (F90, à l'exception de F90.8 et F90.9), survenus avant le septième anniversaire du bénéficiaire, persistant

ensuite durablement, c'est à dire au moins durant six mois après leur début, et se manifestant dans plusieurs situations, surtout dans celles qui sont structurées et organisées, exigeant un bon contrôle de soi ;

groupe 6 : les enfants ou adultes qui souffrent de bégaiement,

- soit accompagné d'un autre trouble décrit dans ICD-10, qui alourdit la complexité de la problématique globale du bénéficiaire ;
- soit chez lequel il s'avère lors du diagnostic sur la base de la CIF que le bégaiement présente pour le bénéficiaire des répercussions modérées à sévères dans les domaines « activités » et « participation »¹, et/ou est alourdi de facteurs externes² et/ou personnels qui le gênent modérément, considérablement ou totalement.

Les bénéficiaires du groupe 6 doivent être orientés vers le C.R.A. par un spécialiste en neurologie, en psychiatrie, en pédiatrie ou en oto-rhino-laryngologie (ORL) qui ne fait pas partie de l'équipe de rééducation prévue dans la convention.

Uniquement pour les C.R.A. universitaires

groupe 7 : les enfants ou adultes qui souffrent de troubles de la parole - *séquelles d'une laryngectomie ou consécutifs à une paralysie du larynx ou d'une lésion organique du larynx et/ou des cordes vocales* -, qui souffrent de dysglossies traumatiques ou prolifératives ou qui souffrent d'un trouble de déglutition (dysphagie) d'une gravité telle qu'il menace la nutrition ou l'hydratation *per os* ou qu'il y a un risque d'aspiration.

Le trouble de déglutition (dysphagie) doit être démontré au moyen d'une VFES (*Video Fluoroscopic Evaluation of Swallowing*) ou d'une FEES (*Fiberoptic Endoscopic Evaluation of Swallowing*). Si aucun des deux examens ne peut être effectué chez des enfants âgés de moins de 3 ans, la demande d'intervention dans les frais de rééducation, visée dans les articles 33 et 34, doit être soumise à l'avis du Collège des médecins-directeurs., Le médecin-conseil peut ensuite donner son accord de prise en charge de la rééducation, visé dans l'article 35, uniquement en cas d'avis favorable du Collège des médecins-directeurs.

groupe 8 : les bénéficiaires jusqu'à la veille de leur 19^e anniversaire, qui souffrent de troubles de l'ouïe qui sont apparus dans la phase pré- ou périlinguale, c.-à-d. avant le sixième anniversaire du bénéficiaire, entraînant une perte moyenne d'au moins 40 dB HL (moyenne des mesures à la meilleure oreille, sans appareil auditif, à trois des cinq fréquences suivantes : 250, 500, 1000, 2000 et 4000 hertz) ;

Les bénéficiaires du groupe 8 doivent être orientés vers le C.R.A. par un spécialiste en oto-rhino-laryngologie (ORL) ou par un centre agréé par le « *Office de la Naissance et de l'Enfance (O.N.E.)* », le « *Kind en Gezin* » ou le « *Dienst für Kind und Familie* » comme centre spécialisé pour le diagnostic des troubles de l'audition chez les nouveau-nés qui, sur la base d'une audiométrie tonale ou d'une audiométrie objective, a constaté que le bénéficiaire souffre d'un trouble de l'ouïe visé dans la définition de ce groupe.

Lorsque le bénéficiaire est orienté par un médecin spécialiste en ORL, ce médecin ne peut pas faire partie de l'équipe de rééducation prévue dans la convention, sauf :

- Si l'établissement est une section d'un hôpital, ou
- Si le bénéficiaire est déjà suivi en dehors du C.R.A. par un médecin spécialiste en ORL du C.R.A., sans que ce bénéficiaire soit déjà entré en contact avec le C.R.A.

La condition du renvoi obligatoire des bénéficiaires du groupe 8 par un spécialiste en oto-rhino-laryngologie ou par un centre agréé par un centre agréé par le « *Office de la Naissance et de l'Enfance (O.N.E.)* », le « *Kind en Gezin* » ou le « *Dienst für Kind und Familie* » comme centre spécialisé pour le diagnostic des troubles de l'audition chez les nouveau-nés, ne doit pas être remplie si

¹ Il s'agit des domaines suivants :

- Pour des adolescents et des adultes : d163-d175-d177-d179, d2203, d2301-d2302, d2400-d2401-d2402, d7103-d720-d740-d750, d845-d850, d910-d920
- Pour des enfants : d163-d175-d177, d2400-d2401-d2402, d815-d820, d9100-d9200-d9201

² Il s'agit des facteurs externes suivants : pour des enfants, des adolescents et des adultes : e310-e315-e320-e325-e330-e335, e410-e415-e420-e425-e430-e435-e440-e445-e450-e455-e460-e465.

le bénéficiaire n'a pas été adressé au C.R.A. en raison d'un trouble de l'ouïe mais que, par la suite, le bilan initial réalisé dans l'établissement montre, sur la base d'une audiométrie, que le bénéficiaire souffre d'un trouble de l'ouïe correspondant aux conditions du groupe 8. Dans ce dernier cas, le bénéficiaire peut avoir été initialement orienté vers l'établissement par un médecin qui n'est pas spécialiste en oto-rhino-laryngologie.

groupe 9 : les bénéficiaires jusqu'à la veille de leur 19^e anniversaire, qui souffrent de troubles de l'ouïe acquis qui sont apparus chez un bénéficiaire après son sixième et avant son dix-neuvième anniversaire et entraînant une perte moyenne d'au moins 70 dB HL (moyenne des mesures à la meilleure oreille, sans appareil auditif, à trois des cinq fréquences suivantes : 250, 500, 1000, 2000 et 4000 hertz) ;

Les bénéficiaires du groupe 9 doivent être orientés vers le C.R.A. par un spécialiste en oto-rhino-laryngologie (ORL) ou par un centre agréé par le « *Office de la Naissance et de l'Enfance (O.N.E.)* », le « *Kind en Gezin* » ou le « *Dienst für Kind und Familie* » comme centre spécialisé pour le diagnostic des troubles de l'audition chez les nouveau-nés qui, sur la base d'une audiométrie tonale ou d'une audiométrie objective, a constaté que le bénéficiaire souffre d'un trouble de l'ouïe visé dans la définition de ce groupe.

Lorsque le bénéficiaire est orienté par un médecin spécialiste en ORL, ce médecin ne peut pas faire partie de l'équipe de rééducation prévue dans la convention, sauf :

- Si l'établissement est une section d'un hôpital, ou
- Si le bénéficiaire est déjà suivi en dehors du C.R.A. par un médecin spécialiste en ORL du C.R.A., sans que ce bénéficiaire soit déjà entré en contact avec le C.R.A.

La condition du renvoi obligatoire des bénéficiaires du groupe 9 par un spécialiste en oto-rhino-laryngologie ou par un centre agréé par un centre agréé par le « *Office de la Naissance et de l'Enfance (O.N.E.)* », le « *Kind en Gezin* » ou le « *Dienst für Kind und Familie* » comme centre spécialisé pour le diagnostic des troubles de l'audition chez les nouveau-nés, ne doit pas être remplie si le bénéficiaire n'a pas été adressé au C.R.A. en raison d'un trouble de l'ouïe mais que, par la suite, le bilan initial réalisé dans l'établissement montre, sur la base d'une audiométrie, que le bénéficiaire souffre d'un trouble de l'ouïe correspondant aux conditions du groupe 9. Dans ce dernier cas, le bénéficiaire peut avoir été initialement orienté vers l'établissement par un médecin qui n'est pas spécialiste en oto-rhino-laryngologie.

groupe 10 : les troubles de l'ouïe acquis qui sont apparus chez un bénéficiaire après son sixième anniversaire (éventuellement donc aussi à l'âge adulte) et qui ont entraîné une perte moyenne d'au moins 40 dB HL (moyenne des mesures à la meilleure oreille, sans appareil auditif, à trois des cinq fréquences suivantes : 250, 500, 1000, 2000 et 4000 hertz) ;

Les bénéficiaires du groupe 10 doivent être orientés vers le C.R.A. par un spécialiste en oto-rhino-laryngologie (ORL) ou par un centre agréé par le « *Office de la Naissance et de l'Enfance (O.N.E.)* », le « *Kind en Gezin* » ou le « *Dienst für Kind und Familie* » comme centre spécialisé pour le diagnostic des troubles de l'audition chez les nouveau-nés qui, sur la base d'une audiométrie tonale ou d'une audiométrie objective, a constaté que le bénéficiaire souffre d'un trouble de l'ouïe visé dans la définition de ce groupe.

Lorsque le bénéficiaire est orienté par un médecin spécialiste en ORL, ce médecin ne peut pas faire partie de l'équipe de rééducation prévue dans la convention, sauf :

- Si l'établissement est une section d'un hôpital, ou
- Si le bénéficiaire est déjà suivi en dehors du C.R.A. par un médecin spécialiste en ORL du C.R.A., sans que ce bénéficiaire soit déjà entré en contact avec le C.R.A.

La condition du renvoi obligatoire des bénéficiaires du groupe 10 par un spécialiste en oto-rhino-laryngologie ou par un centre agréé par un centre agréé par le « *Office de la Naissance et de l'Enfance (O.N.E.)* », le « *Kind en Gezin* » ou le « *Dienst für Kind und Familie* » comme centre spécialisé pour le diagnostic des troubles de l'audition chez les nouveau-nés, ne doit pas être remplie si le bénéficiaire n'a pas été adressé au C.R.A. en raison d'un trouble de l'ouïe mais que, par la suite, le bilan initial réalisé dans l'établissement montre, sur la base d'une audiométrie, que le bénéficiaire souffre d'un trouble de l'ouïe correspondant aux conditions du groupe 10. Dans ce dernier cas, le bénéficiaire peut avoir été initialement orienté vers l'établissement par un médecin qui n'est pas spécialiste en oto-rhino-laryngologie.

groupe 11 : les enfants ou adultes présentant des troubles de l'ouïe répondant aux conditions d'octroi du remboursement d'un implant cochléaire (en application de l'article 35, § 8, de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités) ou ayant reçu un implant du tronc cérébral et qui ont besoin d'un programme de rééducation à la suite de la pose de l'implant cochléaire ou de l'implant du tronc cérébral.

Les bénéficiaires du groupe 11 doivent être renvoyés au C.R.A. par un médecin spécialiste en otorhino-laryngologie (O.R.L.) qui est soit lié au centre implanteur qui a réalisé l'implantation, soit lié à un centre spécialisé pour réaliser le réglage des implants cochléaires et/ou des implants du tronc cérébral qui dispose au moins d'un médecin ORL à temps plein, d'un audicien à temps plein et d'un logopède à temps plein. Le médecin qui renvoie le bénéficiaire peut faire partie de l'équipe de rééducation prévue dans la convention.

groupe 12 : les bénéficiaires jusqu'à la veille de leur 19^e anniversaire, présentant des troubles graves du comportement caractérisés par un ensemble de conduites dyssociales, agressives ou provocatrices, répétitives et persistantes durant au moins six mois, relevant de la catégorie F91, troubles du comportement, de la classification internationale des maladies, dixième révision (ICD-10) ;

groupe 13 : les bénéficiaires jusqu'à la veille de leur 19^e anniversaire, présentant des troubles de l'humeur caractérisés par un épisode maniaque (à l'exclusion de l'hypomanie, catégorie F31.0 de la classification internationale des maladies, dixième révision - ICD-10), par un épisode dépressif sévère ou par des troubles affectifs bipolaires avec au moins deux épisodes au cours desquels l'humeur et le niveau d'activités ont été profondément perturbés, relevant d'une des catégories suivantes de la classification internationale des maladies, dixième révision (ICD-10) :

- F30.1 : manie sans symptômes psychotiques,
- F30.2 : manie avec symptômes psychotiques,

- F31.1 : trouble affectif bipolaire, épisode actuel maniaque sans symptômes psychotiques,
- F31.2 : trouble affectif bipolaire, épisode actuel maniaque avec symptômes psychotiques,
- F31.4 : trouble affectif bipolaire, épisode actuel de dépression sévère sans symptômes psychotiques,
- F31.5 : trouble affectif bipolaire, épisode actuel de dépression sévère avec symptômes psychotiques,
- F31.6 : trouble affectif bipolaire, épisode actuel mixte,

- F32.2 : épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques,
- F32.3 : épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques ;

Les bénéficiaires du groupe 13 doivent en principe être orientés vers le C.R.A. par un spécialiste en psychiatrie, plus précisément en psychiatrie des enfants et des jeunes (« pédopsychiatre »). Cette obligation ne vaut toutefois pas si le bénéficiaire n'a pas été adressé au C.R.A. en raison d'un trouble de l'humeur mais que, par la suite, le bilan initial réalisé dans l'établissement montre que le bénéficiaire souffre d'un des troubles de l'humeur du groupe 13 visés ci-dessus. Dans ce dernier cas, le bénéficiaire peut avoir été initialement orienté vers l'établissement par un médecin qui n'est pas spécialiste en pédopsychiatrie.

En principe, les bénéficiaires ne peuvent pas être orientés vers l'établissement par un médecin qui fait partie de l'équipe de rééducation de l'établissement. Toutefois, si un bénéficiaire est déjà suivi par un pédopsychiatre de l'établissement en dehors des locaux de l'établissement et s'il n'a jamais été en contact avec l'établissement avant, ce pédopsychiatre peut orienter le bénéficiaire vers l'établissement.

groupe 14 : les bénéficiaires jusqu'à la veille de leur 19^e anniversaire, souffrant d'infirmité motrice cérébrale. Il convient d'entendre par là : les bénéficiaires présentant des troubles du mouvement et de la position causés par une encéphalopathie non évolutive qui s'est manifestée de façon congénitale ou dans les 2 premières années après la naissance, quelle qu'en soit la pathologie sous-jacente ou le trouble les provoquant.

Seuls les bénéficiaires chez qui les symptômes d'infirmité motrice cérébrale comprennent également de graves troubles cognitifs, problèmes d'apprentissage, problèmes de la parole, de déglutition ou troubles du comportement, entrent en ligne de compte pour une rééducation dans l'établissement et ce, tant que des progrès en la matière sont enregistrés.

Les bénéficiaires du groupe 14 doivent être orientés vers le C.R.A. par un spécialiste en pédiatrie, porteur du titre professionnel particulier en neurologie pédiatrique (« neuropédiatre ») ou par un spécialiste en neurologie, porteur du titre professionnel particulier en neurologie pédiatrique (« pédoneurologue »), qui a constaté que le bénéficiaire remplit les conditions du groupe 14 susvisées. Si l'établissement lui-même dispose d'un neuropédiatre ou d'un pédoneurologue, le bénéficiaire peut aussi être renvoyé par un médecin spécialiste en pédiatrie.

En principe, les bénéficiaires ne peuvent pas être orientés vers l'établissement par un médecin qui fait partie de l'équipe de rééducation de l'établissement. Toutefois, si un bénéficiaire est déjà suivi par un neuropédiatre ou un pédoneurologue de l'établissement en dehors des locaux de l'établissement et s'il n'a jamais été en contact avec l'établissement avant, ce neuropédiatre ou pédoneurologue peut orienter le bénéficiaire vers l'établissement.

groupe 20: il s'agit des bénéficiaires jusqu'à la veille du 7^e anniversaire, qui n'ont encore jamais suivi de programme de rééducation d'un autre groupe défini dans cet article 3, qui, vu les troubles constatés chez eux, souffrent probablement d'une pathologie grave pour laquelle une rééducation multidisciplinaire intensive telle que prévue dans la présente convention est nécessaire, mais pour lesquels il n'est pour l'instant pas possible de poser un diagnostic catégoriel mais seulement un diagnostic présumé, vu l'absence de tests utilisables et validés pour de très jeunes enfants.

Article 4. Pour vérifier si un bénéficiaire appartient effectivement à un des groupes mentionnés à l'article 3, il convient toujours, en principe, d'utiliser des tests spécifiques qui objectivent chaque trouble cité.

Le Collège des médecins-directeurs peut (après consultation du Conseil d'accord prévu à l'article 70, qui dispose à cette fin d'un groupe de travail spécifique) toujours édicter des directives en ce qui concerne ces tests précis qui doivent être utilisés pour vérifier si un bénéficiaire souffre d'un trouble spécifique. Pour les troubles mentionnés à l'article 36 (prestations de logopédie) de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1994 fixant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, les mêmes tests seront utilisés en principe dans le cadre de la présente convention et dans le cadre de la nomenclature des prestations de santé.

L'établissement et les instances décisionnelles mentionnées à l'article 35, § 1^{er}, s'engagent à évaluer les troubles mentionnés à l'article 3 sur la base de la liste limitative de tests qui a été dressée par le Collège des médecins-directeurs.

Si aucun test n'est encore disponible pour objectiver un trouble spécifique, l'établissement citera en détail, dans les demandes de prise en charge visées à l'article 34, les différents éléments sur lesquels il s'est fondé pour arriver à la conclusion que le bénéficiaire souffre de ce trouble.

Article 5. Ne sont jamais considérées comme bénéficiaires de la rééducation au sens de la présente convention, les personnes présentant un ou plusieurs des troubles suivants :

- troubles secondaires dus à des états émotionnels, à des problèmes relationnels, à une scolarité négligée ou défaillante (par exemple, à cause de maladie), à l'apprentissage d'une langue autre que la langue maternelle ou à une éducation polyglotte ;

- troubles simples de la parole tels que sigmatisme, rhotacisme, lambdacisme, capacisme, bredouillement, bradylalie ;

- troubles de la voix tels qu'aphonie ou dysphonie fonctionnelle, phonasthénie, troubles de la mue de la voix.

Article 6. § 1^{er}. Ne sont jamais considérées comme bénéficiaires de la rééducation au sens de la pré-

sente convention, les personnes qui sont hospitalisées dans un service agréé sous l'un des indices G, Sp (catégorie S chronique), T, A, ou K, ou qui sont hébergées soit dans une maison de repos pour personnes âgées, soit dans une maison de repos et de soins, soit dans une maison de soins psychiatriques.

§ 2. De même, ne sont jamais considérées comme bénéficiaires de la rééducation au sens de la présente convention, les personnes qui sont hébergées dans un Service Résidentiel pour Jeunes SRJ (ou qui, certains jours, suivent un programme de jour ou un programme de demi-jour dans un établissement de ce type) et qui y bénéficient de prestations de rééducation. En cas de demande de prise en charge introduite pour une telle personne, une déclaration du responsable du SRJ précité est jointe à la demande, dans laquelle il déclare que « l'intéressé ne peut bénéficier dans le SRJ d'aucune prestation visant sa rééducation et qu'il ne peut donc bénéficier d'aucune intervention d'un kinésithérapeute, d'un logopède ou d'un psychologue ».

Article 7. § 1er. Avant de décider de l'introduction d'une demande de remboursement de séances ordinaires comme visé à l'article 34, § 3 pour un bénéficiaire scolarisé, une concertation doit avoir lieu entre l'équipe de l'établissement d'une part, l'école et/ou le PMS d'autre part.

La présente convention n'impose aucune obligation quant à la manière dont a lieu la concertation avec l'école et/ou le PMS (dans le cadre d'une réunion, par téléphone, par courriel, ...).

L'établissement indiquera dans la demande visée à l'article 34, § 3, avec qui et quand a eu lieu la concertation visée ici et mentionnera les résultats. Si l'établissement déroge à ces dispositions pour un bénéficiaire, il doit expliquer clairement ses raisons dans la demande visée à l'article 34, § 3. L'établissement s'engage à prendre l'initiative de la concertation. Il motivera les autres instances et les autres personnes concernées pour qu'elles participent à la concertation, dans l'intérêt du bénéficiaire. L'établissement créera les conditions requises pour qu'elle ait lieu. Si les parents ou le représentant légal du bénéficiaire refusent que la concertation ait lieu, l'établissement essaiera de les convaincre de l'accepter quand même dans l'intérêt du bénéficiaire.

§ 2. Pour un bénéficiaire soumis à l'obligation scolaire et fréquentant une école, la rééducation au sens de la présente convention qui se pratique au cours des heures scolaires peut être remboursée seulement à condition qu'il soit autorisé, conformément à la réglementation qui a été édictée par l'autorité compétente pour l'enseignement, d'éloigner provisoirement de sa classe un élève en âge scolaire – pour la pathologie dont il souffre – afin de lui faire suivre un programme de rééducation. Les accords passés entre la direction de l'école et l'établissement, au sujet de la durée des interruptions prévues des cours et au sujet de la fréquence de ces interruptions prévues, doivent être consignés dans un contrat écrit dans lequel l'école confirme que ces accords sont conformes à la réglementation qui s'applique à l'école et à l'élève. L'établissement conservera un exemplaire de ce contrat dans le dossier qui est tenu à jour pour chaque bénéficiaire.

En aucun cas, l'interruption des cours ne peut dépasser la durée de la séance de rééducation effectuée, augmentée de la durée nécessaire pour les déplacements éventuellement nécessaires.

II – PROGRAMME DE RÉÉDUCATION

Article 8. § 1^{er}. Sans préjudice du § 2 du présent article, l'établissement s'engage à n'entreprendre un programme de rééducation multidisciplinaire défini dans la présente convention que si le bénéficiaire a été renvoyé vers l'établissement par un médecin n'appartenant pas à l'équipe de rééducation conventionnellement prévue. À cet effet, ce médecin rédige une lettre de renvoi.

Parce que l'état du bénéficiaire peut évoluer, l'établissement peut commencer seulement la rééducation dans ses murs (par le bilan initial visé à l'article 9, § 2) dans les six mois à compter de la date de rédaction de la lettre de renvoi. Si l'établissement, pendant cette période de 6 mois, ne peut pas commencer à établir le bilan initial visé à l'article 9, § 2, mais souhaite cependant établir un bilan initial à une date ultérieure, une nouvelle lettre de renvoi doit être rédigée au préalable.

§ 2. En vertu de l'article 3, certains groupes de bénéficiaires doivent être adressés par un type spécifique de médecin spécialiste. Par dérogation aux dispositions de l'article 8, § 1^{er}, ce médecin peut cependant faire partie de l'équipe de rééducation prévue dans la présente convention pour les situations définies à l'article 3.

§ 3. Pour les bénéficiaires appartenant au groupe 4 de l'article 3 dont un des domaines concerne les aptitudes scolaires, l'envoi visé au § 1^{er} peut être fait par un centre PMS (sous la responsabilité de son médecin) dont aucun membre du personnel n'appartient à l'équipe de rééducation conventionnellement prévue.

Le renvoi ne peut jamais être effectué par un médecin ou sous la responsabilité d'un médecin dont le code de compétence est « 000 ».

Article 9. § 1^{er}. L'établissement propose aux bénéficiaires de la rééducation, définis à l'article 3 de la présente convention, un programme de rééducation multidisciplinaire.

§ 2. Le 'programme de rééducation multidisciplinaire' visé au § 1^{er} comporte un 'bilan initial multidisciplinaire' et la 'rééducation multidisciplinaire' à proprement parler qui suit pour un des groupes prévus à l'article 3. Le 'bilan initial multidisciplinaire' sert à vérifier si la symptomatologie du bénéficiaire correspond à un des groupes prévus par l'article 3. La 'symptomatologie du bénéficiaire', telle qu'elle est visée dans le présent article, est déterminée sur la base des données de la lettre de renvoi visée à l'article 8 et sur la base des données telles qu'elles ressortent de l'anamnèse réalisée par l'équipe de l'établissement avant le programme de rééducation multidisciplinaire visé au § 1^{er}.

Le bilan initial multidisciplinaire peut également être réalisé pour les bénéficiaires qui, sur la base de leur symptomatologie, répondent probablement aux conditions de remboursement de la 'rééducation monodisciplinaire'. Par 'rééducation monodisciplinaire', il faut entendre en l'occurrence les prestations de logopédie qui (*conformément à l'article 36, § 2, de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités*) sont remboursables uniquement sur prescription d'un médecin spécialiste attaché à un centre conventionné spécialisé pour la prise en charge intégrale de patients présentant ces affections.

Le bilan initial multidisciplinaire peut uniquement être réalisé si l'objectif est de démarrer effectivement une rééducation multidisciplinaire ou monodisciplinaire par la suite. Le bilan initial multidisciplinaire sert aussi dans ce cadre à déterminer l'orientation de la rééducation.

§ 3. Compte tenu des finalités du bilan initial multidisciplinaire mentionnées au § 2, le bilan initial ne peut pas être réalisé pour les bénéficiaires qui, sur la base de leur symptomatologie, n'entrent probablement pas en ligne de compte pour une rééducation multidisciplinaire ou monodisciplinaire. Le bilan initial multidisciplinaire ne peut donc par exemple pas être réalisé pour les bénéficiaires qui, sur la base de leur symptomatologie, entrent en ligne de compte uniquement pour des prestations de logopédie « ordinaires » pour lesquelles aucune prescription d'un médecin spécialiste attaché à un centre spécialisé n'est requise.

Compte tenu des finalités mentionnées au § 2, le bilan initial multidisciplinaire ne peut pas non plus être réalisé dans le seul but de diagnostiquer les troubles d'un bénéficiaire, sachant qu'il n'est pas prévu de démarrer par la suite une rééducation multidisciplinaire ou monodisciplinaire.

§ 4. Puisque l'objectif du bilan initial est de déterminer l'orientation de la rééducation à propre-

ment parler qui suit, la rééducation multidisciplinaire ou monodisciplinaire débute le plus rapidement possible après la fin du bilan initial. L'établissement veillera à ce qu'en principe un délai de 6 mois maximum s'écoule entre la fin du bilan initial et la date à laquelle la rééducation débute. Si tel n'est pas le cas, on peut se demander si les résultats du bilan initial multidisciplinaire sont encore valables. Dès lors, l'établissement exposera le cas échéant, dans le cadre de la procédure prévue à l'article 34, § 3, de la présente convention, la ou les raisons pour lesquelles les résultats du bilan initial multidisciplinaire sont encore valables pour le bénéficiaire concerné. Il appartient dans ce cas au médecin-conseil de décider s'il accepte encore le bilan initial comme base du programme de rééducation. Si ce n'est pas le cas, le bilan initial peut être répété.

§ 5. Sans préjudice du § 2, le bilan initial multidisciplinaire peut exceptionnellement, dans certains cas, ne pas être suivi de la rééducation multidisciplinaire ou monodisciplinaire telle qu'elle est visée au § 2. C'est entre autres le cas :

- Lorsque le bilan ne permet pas de poser un diagnostic chez le bénéficiaire ;
- Lorsqu'il ressort du bilan que la thérapie monodisciplinaire (autre que la rééducation monodisciplinaire visée au § 2) suffit malgré tout ;
- Lorsqu'il ressort du bilan que le bénéficiaire répond aux conditions de remboursement de la rééducation multidisciplinaire, mais que la rééducation ne peut pas encore débiter parce que le bénéficiaire n'est pas encore mûr pour la thérapie.

Dans chacun des cas énumérés ci-dessus dans lesquels le bilan initial n'est pas suivi de la rééducation multidisciplinaire ou monodisciplinaire, l'établissement doit informer le médecin-conseil de la situation et en expliquer la raison. À cette occasion, l'établissement transmet au médecin-conseil le rapport du bilan initial.

§ 6. Un bilan initial peut être répété afin de pouvoir poursuivre la rééducation monodisciplinaire, telle qu'elle est visée au § 2, si, conformément aux dispositions de l'article 36 de la nomenclature des prestations de santé (AR du 14 septembre 1984), une nouvelle prescription d'un médecin spécialiste attaché à un centre conventionné spécialisé est exigée pour ce faire.

§ 7. Sans préjudice des § 4, 5 et 6, un seul bilan initial multidisciplinaire peut normalement être réalisé par bénéficiaire. Un bilan initial multidisciplinaire ne peut dès lors être répété qu'à titre exceptionnel.

Si un bilan initial réalisé précédemment n'est pas suivi d'une rééducation multidisciplinaire ou monodisciplinaire pour un des motifs cités au § 5, la nécessité de répéter le bilan initial multidisciplinaire doit être motivée dans le rapport visé à l'article 34, § 2 qui accompagne la demande de remboursement au médecin-conseil. Dans la nouvelle demande de remboursement, l'établissement expliquera sur quelles nouvelles données il se base pour supposer que le nouveau bilan initial sera effectivement suivi d'une rééducation multidisciplinaire ou monodisciplinaire. Il appartient au médecin-conseil de décider pour chaque bénéficiaire si la répétition du bilan initial est effectivement indiquée.

Article 10. § 1. Si le bilan multidisciplinaire initial dressé par l'établissement montre qu'il est indiqué que le bénéficiaire suive un programme de rééducation multidisciplinaire dans un autre C.R.A., moyennant l'accord du bénéficiaire et le respect du secret médical, l'établissement transmettra, à la simple demande de l'autre centre, les résultats complets du bilan initial au C.R.A. où le bénéficiaire suivra effectivement ce programme de rééducation.

Si, une fois le bilan multidisciplinaire initial dressé par l'établissement, le bénéficiaire choisit d'aller suivre le programme de rééducation multidisciplinaire dans un autre C.R.A., l'établissement lui transmettra, à sa simple demande, les résultats complets du bilan initial, moyennant l'accord du bénéficiaire et le respect du secret médical. Cette obligation vaut aussi si le bénéficiaire a éventuellement déjà suivi une partie du programme de rééducation multidisciplinaire proprement dit dans l'établissement.

§ 2. Ce programme de rééducation multidisciplinaire comprend également pour chaque bénéficiaire l'élaboration d'un rapport multidisciplinaire d'évaluation par an et l'élaboration d'un rapport multidisciplinaire de fin.

Article 11. § 1^{er}. Pour chaque bénéficiaire, le caractère multidisciplinaire d'un bilan initial se définit par la réalisation de ce programme - face à chaque bénéficiaire et/ou, le cas échéant, face à un ou plusieurs membres de sa famille (parents, partenaire, ...) , et ceci dans le courant de la période mentionnée à l'article 23 - par au minimum un des médecins de cet établissement appartenant à l'équipe conventionnellement prévue,

ainsi que par au minimum deux autres personnes de deux disciplines différentes, appartenant à l'équipe de rééducation conventionnellement prévue. Si le bénéficiaire appartient à l'un des groupes visés à l'article 18, §§ 3 à 8 inclus, le médecin associé à la réalisation du bilan initial a la spécialité ou une des spécialités qui, en vertu de l'article 18, §§ 3 à 8 inclus, doit être présente dans l'équipe pour pouvoir mener un programme de rééducation pour les bénéficiaires du groupe en question.

§ 2. Sans préjudice du § 1^{er}, hors d'un bilan initial, le caractère multidisciplinaire de la rééducation stricto sensu se définit par la réalisation de ce programme - face à chaque bénéficiaire et/ou, le cas échéant, face à un ou plusieurs membres de sa famille, et ceci dans le courant de chaque mois - par au minimum deux personnes de deux disciplines différentes, appartenant à l'équipe de rééducation conventionnellement prévue.

Dans ce contexte, un médecin de l'établissement appartenant à l'équipe conventionnellement prévue ne peut être porté en compte que s'il a effectué, en dehors d'une discussion d'équipe éventuelle et de la coordination de la rééducation, plus d'une (partie d'une) séance de rééducation de minimum ½ heure, dans le courant du mois en question face à chaque bénéficiaire concerné.

§ 3. À titre exceptionnel, un cas de force majeure peut être la cause du non respect du caractère multidisciplinaire de la rééducation stricto sensu proposé au § 2 pour un bénéficiaire dans le courant d'un mois précis, sans compromettre le caractère remboursable des séances lui dispensées au cours du mois concerné dans le cadre de la présente convention et décrites aux points IV - B et IV - C

Pour un bénéficiaire, chaque période de force majeure ne peut toutefois jamais dépasser 1 mois.

L'établissement tient en permanence une liste dans laquelle les différents cas de force majeure sont consignés par mois. L'établissement conserve cette liste pendant 5 ans. La description des circonstances qui ont provoqué cette force majeure reste consignée au dossier de chaque bénéficiaire concerné pendant 5 ans. La liste comporte pour chaque bénéficiaire concerné le nom et le prénom, l'organisme assureur auquel la ou les séances ont été facturées, le numéro d'inscription du bénéficiaire auprès de l'organisme assureur et la ou les dates d'exécution de la ou des séances facturées en vertu du § 3, alinéa 1.

Article 12. § 1^{er}. Dans le cadre de l'article 11, « un médecin de l'établissement appartenant à l'équipe de rééducation conventionnellement prévue » peut être un médecin qui est :

- 1) soit spécialiste en psychiatrie des adultes ou en psychiatrie des enfants et des jeunes,
- 2) soit spécialiste en neuropsychiatrie,
- 3) soit spécialiste en pédiatrie ou en neurologie, ayant éventuellement obtenu un agrément complémentaire en pédiatrie neurologique,
- 4) soit spécialiste en oto-rhino-laryngologie,
- 5) ou (si l'établissement traite des bénéficiaires du groupe 1 ou du groupe 14) est spécialiste en médecin physique et rééducation;

Un de ces médecins a de préférence obtenu un agrément complémentaire comme spécialiste en rééducation, visé à l'article 2 du Arrêté Royal du 25 novembre 1991 *établissant la liste des titres professionnels particuliers réservés aux praticiens de l'art médical, en ce compris l'art dentaire* (ci-après, dans la présente convention, il est renvoyé à cet arrêté royal comme « l'arrêté royal du 25 novembre 1991). L'établissement essaie que chaque médecin fasse partie de l'équipe de la convention à raison de 4 heures par semaine minimum.

§ 2. Dans le cadre de l'article 11, « une autre personne appartenant à l'équipe de rééducation conventionnellement prévue » peut être :

- un licencié (master) en psychologie, en pédagogie ou en orthopédagogie ;
- un assistant en psychologie (bachelier en psychologie ou en psychologie appliquée ou en psychodiagnostique) ;
- un auxiliaire paramédical gradué (bachelier) ou licencié (master), habilité à effectuer des prestations de logopédie ;
- un auxiliaire paramédical gradué (bachelier) ou licencié (master), habilité à effectuer des prestations d'audiologie ;
- un auxiliaire paramédical licencié (master) ou (anciennement) gradué, habilité à effectuer des prestations de kinésithérapie ;
- un auxiliaire paramédical gradué (bachelier) ou licencié (master), habilité à effectuer des prestations

d'ergothérapie ;

- un auxiliaire paramédical gradué (bachelier) ou licencié (master), habilité à effectuer des prestations de psychomotricité ;
- un assistant social (bachelier en assistance sociale) ou un/e infirmier/-ère social/e (bachelier/-ère en art infirmier social) ;
- un éducateur gradué (bachelier en orthopédagogie) ou un éducateur A2.

Article 13. § 1^{er}. En dehors du cadre du bilan multidisciplinaire initial, chaque année (du jour x jusqu'au jour x-1 de l'année suivante) au cours de laquelle un bénéficiaire suit un programme de rééducation multidisciplinaire, au moins deux contacts doivent avoir lieu, entre un médecin appartenant à l'équipe conventionnellement prévue, et le bénéficiaire et/ou, le cas échéant, un ou plusieurs membres de sa famille. En outre, chaque demande de la part du bénéficiaire ou d'un ou plusieurs membres de sa famille d'un contact supplémentaire doit être satisfaite. Si le bénéficiaire fait partie d'un des groupes visés à l'article 18, §§ 3 à 8 inclus, au moins un des contacts doit avoir lieu avec un médecin de l'établissement, visé à l'article 13, § 1^{er}, ayant la spécialité ou une des spécialités qui, en vertu de l'article 18, §§ 3 à 8 inclus, doit être présente dans l'équipe pour pouvoir mener un programme de rééducation pour le groupe en question.

§ 2. À titre exceptionnel, un cas de force majeure occasionné par un bénéficiaire peut être la cause du non respect de cette disposition pour lui pour une année précise, sans que soit compromis le caractère remboursable des séances décrites au point IV et lui dispensées dans le cadre de la présente convention au cours de l'année concernée.

§ 3. L'établissement tient une liste des cas de force majeure visés au § 2 et conserve cette liste pendant 5 ans. La description des circonstances qui l'ont provoquée reste consignée au dossier de chaque bénéficiaire concerné pendant 5 ans. La liste comporte pour chaque bénéficiaire concerné le nom et le prénom, l'organisme assureur auquel la ou les séances ont été facturées, le numéro d'inscription du bénéficiaire auprès de l'organisme assureur et la ou les dates d'exécution de la ou des séances facturées en vertu du § 2.

Article 14. Pour un bénéficiaire, le bilan multidisciplinaire initial n'entre pas en compte pour la fixation de la période maximale de remboursement ou pour le capital de séances dont il est question à l'article 15.

Article 15. § 1^{er}. Sans préjudice de l'article 14, pour chaque bénéficiaire (tel que décrit à l'article 3) soit une période maximale de remboursement, soit un contingent de séances maximal est fixé pour son programme de rééducation multidisciplinaire, et ce indépendamment de l'établissement où ce programme est dispensé :

groupe 1 (lésion cérébrale) :

- Par lésion cérébrale survenue séparément au plus tard la veille de son 19^e anniversaire, un capital unique de maximum 720 séances qui doivent être réparties sur la période de rééducation initiale et les éventuelles périodes comportant des séances de renforcement des résultats. Ces séances peuvent, le cas échéant, également être réalisées après le 19^e anniversaire, et ce jusqu'à la veille du 22^e anniversaire. À partir du 22^e anniversaire, aucune séance ne peut plus être réalisée pour une lésion cérébrale qui est survenue avant le 19^e anniversaire et pour laquelle le programme de rééducation a commencé dans un C.R.A. avant le 19^e anniversaire.
- Par lésion cérébrale survenue séparément à partir de l'âge de 19 ans, un capital unique de maximum 432 séances, à réaliser sur une période de maximum 3 années consécutives après le début de la rééducation. La période maximale de 3 ans s'applique également au bénéficiaire chez qui la lésion cérébrale est survenue avant le 19^e anniversaire (et qui, pour cette raison, peut prétendre à maximum 720 séances), mais pour qui la rééducation n'a commencé qu'à partir de l'âge de 19 ans.

Si une nouvelle lésion cérébrale survient chez un bénéficiaire qui suit déjà un programme de rééducation dans le groupe 1 en raison d'une précédente lésion cérébrale, un nouveau programme de rééducation de maximum 720 ou 432 séances (selon l'âge du bénéficiaire à la date à laquelle survient la nouvelle lésion cérébrale) peut être entamé à compter de la date à laquelle survient la nouvelle lésion cérébrale. Le maximum de 720 ou de 432 séances (suivant l'âge du bénéficiaire à la date à laquelle survient la nouvelle lésion cérébrale) ne peut dans ce cas jamais être augmenté des séances restantes (non réalisées) du précédent programme de rééducation.

groupe 2 (retard mental):

- jusqu'à la veille du 7e anniversaire ;
- un capital unique de 432 séances de l'âge de 7 ans à la veille du 19^e anniversaire.

groupe 3 (troubles envahissants du comportement):

- jusqu'à la veille du 7e anniversaire ;
- un capital unique de 432 séances de l'âge de 7 ans à la veille du 19^e anniversaire.

groupe 4 (troubles complexes du développement) : un capital unique de 432 séances depuis le début de la « rééducation multidisciplinaire » jusqu'à la veille du 19^e anniversaire.

groupe 5 (troubles hyperkinétiques) :

- un capital unique de 432 séances depuis le début de la « rééducation multidisciplinaire » jusqu'à la veille du 19e anniversaire, si la rééducation débute avant le 9e anniversaire.
- un capital unique de 288 séances depuis le début de la « rééducation multidisciplinaire » jusqu'à la veille du 19e anniversaire, si la rééducation débute à partir du 9e anniversaire.

groupe 6 (bégaiement): un capital unique de 288 séances depuis le début de la « rééducation multidisciplinaire ».

Uniquement pour les CRA universitaires

groupe 7 (troubles de la parole ou de déglutition) : un capital de 2 ans depuis le début de la « rééducation multidisciplinaire ». Pour un bénéficiaire qui souffre de dysglossies traumatiques ou de dysglossies prolifératives ou qui souffre de troubles de la voix consécutifs à une paralysie du larynx ou d'une lésion organique du larynx et/ou des cordes vocales, il ne peut toutefois, pendant cette période de 2 ans, jamais être réalisé plus de 288 séances. Pour un bénéficiaire qui souffre de troubles de la voix qui sont des séquelles d'une laryngectomie ou qui souffre d'un trouble de déglutition (dysphagie), il ne peut toutefois, pendant cette période de 2 ans, jamais être réalisé plus de 480 séances.

groupe 8 (troubles de l'ouïe, phase pré- ou périlinguale) : jusqu'à la veille du 19^e anniversaire.

groupe 9 (troubles de l'ouïe acquis, perte d'au moins 70 dB HL) : jusqu'à la veille du 19^e anniversaire.

groupe 10 (troubles de l'ouïe acquis, perte d'au moins 40 dB HL) :

- un capital unique de 288 séances depuis le début de la « rééducation multidisciplinaire ».
- un capital unique de 432 séances depuis le début de la « rééducation multidisciplinaire », si le bénéficiaire répond également aux critères d'inclusion du groupe 4 fixés à l'article 3.

Un bénéficiaire qui a été rééduqué dans le groupe 8 ou dans le groupe 9 ne peut jamais plus prétendre au programme de rééducation du groupe 10.

groupe 11 (troubles de l'ouïe – implant cochléaire ou implant du tronc cérébral): un capital unique de 288 séances au cours d'une période ininterrompue de 4 ans qui commence maximum un mois avant la date de l'implantation.

En cas de pose d'un implant cochléaire bilatéral, le même capital de 288 séances est octroyé, il n'est donc pas doublé.

Si un nouvel implant cochléaire (ou implant du tronc cérébral) est posé pendant cette période de 4 ans et qu'une période de rééducation dans le groupe 11 est de nouveau octroyée à la suite de cette nouvelle pose d'implant, la nouvelle période de rééducation commence maximum un mois avant la date de la pose du nouvel implant et la période de rééducation précédente se termine la veille de la date de début de la nouvelle période de rééducation et au plus tard le jour qui précède la nouvelle implantation. Un nouveau capital unique de 288 séances est accordé pour la nouvelle période de rééducation de 4 ans. Il ne peut pas être augmenté du nombre de séances du capital de la période de 4 ans précédente qui n'ont pas été réalisées.

La période de rééducation dans le groupe 11 peut interrompre la période prévue pour le groupe 8, 9 ou 10 si le bénéficiaire en faisait déjà partie. Si nécessaire, la rééducation intensive dans le groupe

8, 9 ou 10 peut être poursuivie après la période en groupe 11. Si nécessaire, le bénéficiaire peut aussi continuer à bénéficier d'un traitement de logopédie en vertu de la nomenclature des prestations logopédiques après la période dans le groupe 11.

La période du programme de rééducation dans le groupe 11 peut aussi être cumulée avec une période pendant laquelle le programme de rééducation est mené pour le groupe 8, 9 ou 10 ou avec une période pendant laquelle le bénéficiaire suit un programme de rééducation dans un autre établissement de rééducation qui n'est pas un C.R.A. mais un centre spécialisé dans la rééducation des troubles de l'ouïe. Par cumul, il faut entendre ce qui suit : pendant la période où les deux programmes de rééducation sont cumulés, le bénéficiaire a droit à des prestations de rééducation dans le cadre de ces deux programmes, éventuellement même le même jour. Si le programme de rééducation du groupe 11 est cumulé avec celui du groupe 8, 9 ou 10, les deux peuvent éventuellement aussi être menés dans le même C.R.A. Toutefois, le programme de rééducation du groupe 11 peut être mené dans un seul C.R.A.

groupe 12 (troubles du comportement) : un capital unique de 288 séances depuis le début de la « rééducation multidisciplinaire » jusqu'à la veille du 19^e anniversaire.

groupe 13 (troubles de l'humeur) : un capital unique de 288 séances depuis le début de la « rééducation multidisciplinaire » jusqu'à la veille du 19^e anniversaire.

groupe 14 (infirmité motrice cérébrale) : jusqu'à la veille du 19^e anniversaire.

groupe 20 (diagnostic présumé) : un capital d'une fois 6 mois

Pour chaque bénéficiaire individuel, la durée de la rééducation et le nombre de séances de rééducation à réaliser sont la durée et le nombre qui sont prescrits par le médecin de l'établissement qui suit le programme de rééducation du bénéficiaire. Ce médecin prescrit les prestations de rééducation, entre autres en fonction de la maladie ou du trouble dont souffre l'intéressé, des résultats de rééducation déjà obtenus et des résultats supplémentaires que produira la poursuite du programme de rééducation selon les attentes. Dès lors, le but n'est donc pas de considérer ni les durées maximales mentionnées ni le nombre maximum de séances de rééducation comme des directives sur le plan médical; ils ne peuvent certainement pas être considérés non plus comme un droit exigible par le bénéficiaire par rapport au médecin traitant et à l'établissement. Ils relèvent seulement de la technique d'assurance.

La durée maximale mentionnée pour les programmes de rééducation et les nombres maximums de séance de rééducation valent par bénéficiaire et non par C.R.A. Le bénéficiaire qui ne peut plus prétendre à la poursuite de la rééducation dans un C.R.A. ne peut donc pas y prétendre non plus dans un autre C.R.A.

§ 2. En ce qui concerne les groupes pour lesquels un capital de séances est prévu au § 1^{er} du présent article, il ne faut pas tenir compte du type de séance de rééducation réalisée, du prix de chaque sorte de séance de rééducation (cf. point IV de la présente convention) ainsi que de la pondération de chaque sorte de séance dans la capacité de facturation (cf. point VI de la présente convention) pour le respect des dispositions du § 1^{er}. Le capital de séances mentionne donc le nombre de jours pour lesquels une séance de rééducation peut être attestée, quel que soit le type de séance de rééducation qui est attesté. Si le même jour, tant une séance visée à l'article 27 qu'une séance visée à l'article 28 est réalisée pour le bénéficiaire, cela équivaut à deux séances.

§ 3. Si pour un bénéficiaire du groupe 20, après que ce bénéficiaire a déjà bénéficié de prestations de rééducation pour le groupe 20, il était indiqué – sur la base de données diagnostiques complémentaires – de passer au programme de rééducation d'un autre groupe et qu'un capital de séances a été fixé pour cet autre groupe au § 1^{er}, les prestations de rééducation (nombre de séances) qui ont déjà été réalisées dans le cadre du programme de rééducation du groupe 20, doivent être déduites des prestations de rééducation qui peuvent encore être réalisées dans le nouveau groupe. Pour cela, il faut tenir compte de toutes les séances de rééducation qui ont déjà été réalisées dans le groupe 20, quels que soient le type des séances de rééducation et quel soit leur pondération.

§ 4. Si pour un bénéficiaire des groupes 2, 3, 4, 5 et 12, *après que ce bénéficiaire a déjà bénéficié de prestations de rééducation pour un de ces groupes*, il était indiqué – sur la base de données diagnostiques complémentaires – de passer au programme de rééducation d'un autre groupe de cette catégorie (donc

de passer au programme des groupes 2, 3, 4, 5 ou 12), les prestations de rééducation (nombre de séances) qui ont déjà été réalisées (à savoir dans le cadre du programme de rééducation du groupe initial), doivent être déduites des prestations de rééducation qui peuvent encore être réalisées dans le nouveau groupe. Pour cela, il faut tenir compte de toutes les séances de rééducation qui ont déjà été réalisées dans le groupe d'origine, quels que soient le type des séances de rééducation et quel soit leur pondération. Ce principe général est également applicable lorsqu'après avoir suivi un programme de rééducation dans un C.R.A., un bénéficiaire fait appel à un autre C.R.A. pour y suivre ou y poursuivre un programme de rééducation. Les groupes 9, 10A, 10B et 11 de l'ancienne convention ORL et les groupes 4, 8, 9A, 9B et 10 de l'ancienne convention PSY sont considérés comme des groupes apparentés aux groupes 2, 3, 4, 5 et 12. Par conséquent, en cas de passage au programme de rééducation des groupes 2, 3, 4, 5 ou 12, les séances réalisées auparavant dans le cadre des groupes susmentionnés de l'ancienne convention ORL et de l'ancienne convention PSY doivent également être déduites des prestations de rééducation qui peuvent encore être réalisées dans le nouveau groupe 2, 3, 4, 5 ou 12.

§ 5. Un capital unique de 288 séances dans le groupe 4 peut être octroyé aux bénéficiaires visés à l'article 3 qui n'entrent plus en ligne de compte pour la poursuite de leur programme de rééducation dans le groupe 2, parce qu'ils ont un quotient intellectuel total égal ou supérieur à 85, et qui passent au groupe 4, si – après déduction (cf. article 15, § 4) des séances réalisées antérieurement dans le groupe 2 et des séances réalisées antérieurement dans un autre groupe apparenté mentionné au § 4 – ils peuvent seulement encore prétendre à un capital de moins de 288 séances dans le groupe 4.

Article 16. La fiche synoptique figurant à l'annexe 2 de la présente convention (pour les groupes 2, 3, 4, 5 et 12) et celle figurant à l'annexe 3 (pour le groupe 1) définissent les objectifs, le contenu et le déroulement du programme de rééducation (bilan initial et rééducation multidisciplinaire stricto sensu) ainsi que l'apport des différentes disciplines. L'établissement s'engage à organiser le programme de rééducation selon ces principes. Les dispositions de la présente convention priment toutefois sur le contenu des fiches synoptiques.

III – CONDITIONS À REMPLIR POUR POUVOIR PRENDRE CERTAINS GROUPES CIBLES EN CHARGE

Article 17. Cette convention s'inscrit dans la reconversion des Centres de rééducation ambulatoire (C.R.A.). Cette reconversion consiste, pour les centres, à se spécialiser davantage dans la rééducation fonctionnelle de certains groupes cibles prioritaires sur le plan médical et à garantir une rééducation de qualité aux patients faisant partie de ces groupes cible.

Les articles ci-après concernent les conditions de qualité qu'un C.R.A. doit remplir pour pouvoir proposer un programme de rééducation (un « bilan initial multidisciplinaire » plus un « programme de rééducation multidisciplinaire stricto sensu ») à certains des groupes cibles décrits à l'article 3. Étant donné que de telles conditions sont imposées aux centres pour la première fois, dans le cadre de la présente convention, il est prévu que, selon le groupe, ces conditions ne doivent être remplies qu'à partir du 1er janvier 2015. Étant donné que le but n'est pas d'empêcher les centres qui, à cette date, ne répondent pas aux conditions valables pour certains groupes de prendre lesdits groupes en charge à l'avenir, les articles ci-après déterminent aussi les conditions et procédures permettant aux centres de pouvoir à nouveau le faire à une date ultérieure.

Article 18. § 1^{er}. Cet article fixe, pour chaque groupe de l'article 3 auquel de telles conditions s'appliquent, les conditions auxquelles un C.R.A. doit satisfaire pour pouvoir mener un programme de rééducation fonctionnelle pour les bénéficiaires de ces groupes ainsi que la date à laquelle ces conditions doivent être remplies.

Ces conditions concernent l'encadrement médical et thérapeutique requis au sein de l'équipe du centre, l'expérience qu'un centre doit avoir pour un groupe cible donné ou la collaboration qu'un centre doit nouer avec un établissement de soins spécialisé dans la pathologie du groupe cible en question.

§ 2. L'expérience d'un établissement avec un groupe cible donné est définie comme la « masse critique » donnée au sein de l'établissement. Cette masse critique est exprimée en nombre de séances de rééducation fonctionnelle à dispenser par l'établissement pendant une période donnée aux bénéficiaires du groupe cible en question. Pour déterminer le nombre de séances de rééducation qu'un établissement réalise, sont pris en compte tant le nombre de séances réalisées dans le cadre d'un bilan initial visé au point IV-A que le nombre de séances de rééducation ordinaires réalisées visées au point IV-B. Pour déterminer le nombre de séances de rééducation qu'un établissement réalise pour le groupe 1 (visé au § 3), est aussi pris en compte le nombre de (demi-)journées de rééducation réalisées visées au point IV-D.

Pour déterminer le nombre de séances de rééducation qu'un établissement réalise, il est tenu compte de la pondération de chaque type de séance dans la capacité de facturation (cf. point VI de la présente convention).

Le nombre de séances de rééducation réalisées par un établissement est déterminé sur la base des chiffres de production que l'établissement doit fournir au Service de soins de santé dans le cadre de la présente convention.

§ 3. A partir du 1-4-2015, pour pouvoir mener un programme de rééducation fonctionnelle pour des bénéficiaires du groupe 1 (lésion cérébrale),

- Un établissement doit disposer depuis le 1-1-2015 d'un médecin spécialiste en neurologie, d'un médecin spécialiste en (neuro-)psychiatrie ou d'un autre médecin spécialiste prévu à l'article 12 qui a un titre professionnel particulier en rééducation fonctionnelle comme visé à l'article 2 de l'Arrêté Royal du 25 novembre 1991. Ce médecin doit faire partie du personnel de l'établissement pendant 4 heures par semaine minimum. Ce nombre minimum ne peut pas être réparti entre plusieurs médecins. Cependant, si l'établissement dispose d'un médecin ayant une des spécialités susmentionnées à raison de plus de 4 heures par semaine, ces heures peuvent être réparties entre plusieurs médecins. Toutefois, dans ce cas, un des médecins au moins doit faire partie du personnel pendant 4 heures par semaine minimum.
- Un établissement doit réaliser chaque année, depuis 2014 inclus, 1 248 séances pour des bénéficiaires du groupe 1.

§ 4. A partir du 1-4-2015, pour pouvoir mener un programme de rééducation fonctionnelle pour des bénéficiaires du groupe 3 (troubles envahissants du développement),

- Un établissement doit disposer depuis le 1-1-2015 d'un médecin spécialiste en psychiatrie, plus précisément en psychiatrie pour les enfants et les jeunes (« pédopsychiatre »). Ce médecin doit faire partie du personnel de l'établissement pendant 4 heures par semaine minimum. Ce nombre minimum ne peut pas être réparti entre plusieurs médecins. Cependant, si l'établissement dispose d'un pédopsychiatre à raison de plus de 4 heures par semaine, les heures peuvent être réparties entre plusieurs médecins. Toutefois, dans ce cas, un des médecins au moins doit faire partie du personnel pendant 4 heures par semaine minimum.
- Un établissement doit réaliser chaque année depuis 2014 inclus, 1 040 séances pour des bénéficiaires du groupe 3.
- Les établissements qui, par année civile, à partir de 2014, réalisent moins de 2 080 séances pour des bénéficiaires du groupe 3, doivent certainement collaborer formellement avec un centre de référence de l'autisme. Les modalités de cette collaboration seront fixées par le Collège des médecins-directeurs après concertation avec le Conseil d'accord des centres de rééducation ambulatoire et avec les centres de référence de l'autisme.

§ 5. A partir du 1-4-2015, pour pouvoir mener un programme de rééducation fonctionnelle pour des bénéficiaires du groupe 6 (bégaiement),

- Un établissement doit disposer, depuis le 1-1-2015 d'un médecin spécialiste en oto-rhino-laryngologie (ORL) ou d'un médecin spécialiste en (neuro-)psychiatrie. Ce médecin doit faire partie du personnel de l'établissement pendant 4 heures par semaine minimum. Ce nombre minimum ne peut pas être réparti entre plusieurs médecins. Cependant, si l'établissement dispose d'un médecin ayant une des spécialités susmentionnées à raison de plus de 4 heures par semaine, ces heures peuvent être réparties entre plusieurs médecins. Toutefois, dans ce cas, un des médecins au moins doit faire partie du personnel pendant 4 heures par semaine minimum.
- Un établissement doit disposer, depuis le 1-1-2015, d'un psychologue et d'un logopède.
- Un établissement doit réaliser chaque année, depuis 2014 inclus, 1 040 séances pour des bénéficiaires du groupe 6.

§ 6. A partir du 1-4-2015, pour pouvoir mener un programme de rééducation fonctionnelle pour des bénéficiaires des groupes 8 (troubles de l'ouïe, phase pré- ou périlinguale), 9 (troubles de l'ouïe acquis, perte d'au moins 70 dB HL), 10 (troubles de l'ouïe acquis, perte d'au moins 40 dB HL) et 11 (troubles de l'ouïe, implant cochléaire),

- Un établissement doit disposer, depuis le 1-1-2015, d'un médecin spécialiste en oto-rhino-laryngologie (médecin ORL). Ce médecin doit faire partie du personnel de l'établissement pendant 4 heures par semaine minimum. Ce nombre minimum ne peut pas être réparti entre plusieurs médecins. Cependant, si l'établissement dispose d'un médecin ORL à raison de plus de 4 heures par semaine, ces heures peuvent être réparties entre plusieurs médecins. Toutefois, dans ce cas, un des médecins au moins doit faire partie du personnel pendant 4 heures par semaine minimum.
- Un établissement doit réaliser chaque année, depuis 2014 inclus, 780 séances pour tous les bénéficiaires des groupes 8, 9, 10 ou 11 ensemble.

§ 7. A partir du 1-4-2015, pour pouvoir mener un programme de rééducation fonctionnelle pour des bénéficiaires du groupe 13 (troubles de l'humeur),

- Un établissement doit disposer, depuis le 1-1-2015, d'un médecin spécialiste en psychiatrie, plus précisément en psychiatrie des enfants et des jeunes (« pédopsychiatre »). Ce médecin doit faire partie du personnel de l'établissement pendant 4 heures par semaine minimum. Ce nombre minimum ne peut pas être réparti entre plusieurs médecins. Cependant, si l'établissement dispose d'un pédopsychiatre à raison de plus de 4 heures par semaine, ces heures peuvent être réparties entre plusieurs médecins. Toutefois, dans ce cas, un des médecins au moins doit faire partie du personnel pendant 4 heures par semaine minimum.
- Un établissement doit disposer, depuis le 1-1-2015, d'un psychologue.
- Un établissement doit réaliser chaque année, depuis 2014 inclus, 1 040 séances pour des bénéficiaires du groupe 13 de la présente convention.

§ 8. A partir du 1-4-2015, pour pouvoir mener un programme de rééducation fonctionnelle pour des bénéficiaires du groupe 14 (infirmité motrice cérébrale – IMOC),

- Un établissement doit disposer, depuis le 1-1-2015, d'un médecin spécialiste en neurologie pédiatrique ou d'un médecin spécialiste en pédiatrie, porteur du titre professionnel particulier en pédiatrie neurologique (« neuropédiatre »). Ce médecin doit faire partie du personnel de l'établissement pendant 4 heures par semaine minimum. Ce nombre minimum ne peut pas être réparti entre plusieurs médecins. Cependant, si l'établissement dispose d'un médecin ayant une des spécialités susmentionnées à raison de plus de 4 heures par semaine, ces heures peuvent être réparties entre plusieurs médecins. Toutefois, dans ce cas, un des médecins au moins doit faire partie du personnel pendant 4 heures par semaine minimum.
- Un établissement doit disposer, depuis le 1-1-2015, d'un psychologue, d'un kinésithérapeute, d'un logopède et d'un dispensateur de soins habilité à effectuer des prestations de psychomotricité.
- Un établissement doit réaliser chaque année, depuis 2014 inclus, 520 séances pour des bénéficiaires du groupe 14 de la présente convention.
- Un établissement doit collaborer formellement, depuis le 1-1-2015, avec un centre de référence de l'IMOC. Les modalités de cette collaboration seront fixées par le Collège des médecins-directeurs après concertation avec le Conseil d'accord des C.R.A. et avec les centres de référence de l'IMOC.

À titre exceptionnel, un établissement qui ne répond pas à la première condition du présent paragraphe peut néanmoins assurer la rééducation de bénéficiaires du groupe 14 s'il dispose d'un médecin spécialiste en neurologie ayant assez d'expérience concernant l'IMOC ou d'un médecin spécialiste porteur d'un titre professionnel particulier en rééducation fonctionnelle visé à l'article 2 de l'Arrêté Royal du 25 novembre 1991 (« médecin en rééducation ») ayant assez d'expérience concernant l'IMOC. Le Collège des médecins-directeurs vérifie si ce médecin a assez d'expérience relative à l'IMOC. Pour entrer en ligne de compte pour cette assimilation, aux dates des 31-12-2008, 31-12-2010, 31-12-2011 et 31-12-2012, l'établissement en question doit, en moyenne, assurer la rééducation d'au moins 5 bénéficiaires du groupe cible infirmité motrice cérébrale (ce qui correspond au groupe 7 de l'ancienne convention PSY et au groupe 14 de la convention entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2010). Pour obtenir l'assimilation visée ici, le médecin en question doit adresser au Collège des médecins-directeurs une lettre dans laquelle il démontre qu'il répond aux conditions suivantes :

- À la date de l'entrée en vigueur de la présente convention, le médecin travaille depuis au moins 5 ans sans interruption pour l'établissement en question. Pendant cette période, il a toujours travaillé 4 heures par semaine au moins (dans un système de 38 heures par semaine) pour l'établissement.
- Il a de l'expérience en matière d'IMOC. Pour le prouver, le médecin mentionne dans sa lettre :
 - Ses activités dans l'établissement en ce qui concerne le diagnostic et la rééducation fonctionnelle pour les patients atteints d'une IMOC ;
 - Les initiatives qu'il a prises pour suivre une formation continuée relative à l'IMOC chez les enfants.

L'autorisation, pour un établissement qui ne satisfait pas à la première condition de ce paragraphe 8, de proposer un programme de rééducation à des bénéficiaires du groupe 14 s'il dispose d'un médecin avec assez d'expérience (comme visé ci-dessus), n'a plus cours dès que ce médecin ne travaille plus dans l'établissement. À partir de cette date, l'établissement doit répondre à la première condition du § 8 (disposer d'un médecin spécialiste en neurologie pédiatrique ou en neuropédiatrie pendant 4 heures par semaine au moins). Sinon dès que le médecin ayant assez d'expérience n'est plus employé par l'établissement, ce dernier ne répond plus aux conditions requises pour pouvoir proposer un programme de rééducation aux bénéficiaires du groupe 14.

§ 9. L'article 18, §§ 3 à 8 inclus, fixe les nombres minimaux d'heures qu'un médecin doit travailler pour l'établissement par semaine. Si vu sa spécialisation, un médecin peut traiter plusieurs groupes visés dans ces paragraphes, il suffit de remplir une fois la condition du temps de travail minimum requis pour répondre aux conditions relatives à l'encadrement médical de chacun de ces groupes. Par exemple, un établissement qui dispose d'un médecin ORL pendant 4 heures par semaine remplit les conditions requises pour l'encadrement médical des groupes 6, 8, 9, 10 et 11.

§ 10. Jusqu'au 31 mars 2015 inclus, chaque établissement peut en principe lancer un programme de rééducation pour les bénéficiaires de chacun des groupes cibles mentionnés à l'article 18.

Article 19. § 1^{er}. Les §§ 3 à 5 inclus de cet article décrivent les situations dans lesquelles un établissement peut se trouver selon qu'il répond ou pas, le 1-1-2015, aux conditions (fixées à l'article 18) requises pour assurer la rééducation d'un groupe cible donné et selon qu'il est désireux ou non de continuer à pouvoir assurer la rééducation du groupe cible en question. Compte tenu de l'objectif mentionné à l'article 17, à savoir que les établissements se spécialisent dans le traitement de certains groupes cibles, un établisse-

ment peut décider de ne plus traiter certains autres groupes cibles. Cette convention n'exclut pas qu'ils puissent à nouveau les traiter à l'avenir, moyennant le respect des conditions ci-après.

Pour chaque groupe cible pour lequel des conditions spécifiques sont fixées à l'article 18, l'établissement se trouve, à partir du 1-4-2015, dans une des situations visées dans les §§ 3 à 5 inclus. Pour les différents groupes cibles visés à l'article 18, l'établissement peut se trouver dans une ou plusieurs situations.

Le Service des soins de santé constate, par groupe cible dont il est question à l'article 18, dans laquelle des situations visées aux §§ 3 à 5 inclus, l'établissement se trouve à partir du 1er avril 2015. Ces constatations sont communiquées par lettre à l'établissement en question et par circulaire aux organismes assureurs.

§ 2. Dans cet article et les suivants, il est parfois fait référence à un « scénario d'extinction progressive ». Ce scénario implique qu'à partir d'une date donnée, un établissement ne peut plus mener de programmes de rééducation (bilan initial ou programme de rééducation multidisciplinaire) pour un groupe cible donné. Selon le scénario d'extinction progressive, à partir d'une date donnée, l'établissement peut poursuivre pendant maximum deux années ininterrompues le programme de rééducation en cours uniquement pour les bénéficiaires qui, à cette date, suivent déjà un programme de rééducation dans ledit établissement (même si, en vertu de l'article 15, le bénéficiaire a droit plus longtemps à une rééducation). Il incombe à l'établissement de terminer le programme de rééducation en cours dans cette période de deux ans ou d'orienter le bénéficiaire vers un autre dispensateur de soins.

§ 3. La situation visée dans ce paragraphe concerne les établissements qui satisfont à toutes les conditions fixées dans l'article 18 pour pouvoir mener des programmes de rééducation pour les bénéficiaires d'un groupe cible donné et qui sont aussi demandeurs (y compris les établissements qui disposent d'un médecin spécialiste en neurologie ou d'un médecin spécialiste en rééducation qui a assez d'expérience en IMOC qui veulent traiter le groupe 14 – cf. article 18, § 8). A partir du 1-4-2015 ces établissements peuvent aussi proposer en toute autonomie un programme de rééducation complet (c'est-à-dire tant le bilan initial que le programme de rééducation multidisciplinaire) à de nouveaux bénéficiaires du groupe cible en question.

§ 4. La situation visée dans ce paragraphe concerne des établissements qui, au 1-1-2015, ne remplissent pas les conditions fixées à l'article 18 et ou au 31-12-2014 aucun bénéficiaire ne suit le programme de rééducation fonctionnelle d'un groupe cible visé à l'article 18.

A partir du 1-4-2015, ces établissements ne peuvent plus mener de programme de rééducation pour les bénéficiaires du groupe cible en question. Si, contrairement à ce qui était le cas au 31-12-2014, un ou plusieurs bénéficiaires du groupe cible en question suivent un programme de rééducation dans l'établissement le 1-4-2015, à cette date, cet établissement se retrouve dans le scénario d'extinction progressive visé à l'article 19, § 2, pour le groupe cible considéré.

Toutefois, si ultérieurement ces établissements souhaitent pouvoir mener des programmes de rééducation pour le groupe cible en question, ils peuvent le faire moyennant la réussite du parcours d'initiation visé à l'article 20.

§ 5. La situation visée dans ce paragraphe concerne les établissements

- Où au 1-4-2015 un ou plusieurs bénéficiaires suivent le programme de rééducation d'un groupe cible visé à l'article 18,
- Qui ne sont pas désireux de pouvoir continuer à offrir à terme un programme de rééducation aux bénéficiaires du groupe cible en question ou qui au 1-1-2015 ne remplissent pas les conditions fixées à l'article 18.

Pour les établissements concernés et les groupes cibles visés, le scénario d'extinction progressive visé à l'article 19, § 2, commence au 1-4-2015.

Si ces établissements souhaitent à l'avenir pouvoir mener des programmes de rééducation à part entière pour le groupe cible en question, ils peuvent le faire moyennant la réussite d'un parcours d'initiation visé à l'article 20.

Article 20. § 1^{er}. Les établissements qui souhaitent à l'avenir (à partir d'une date après 1-4-2015) pou-

voir à nouveau mener des programmes de rééducation pour les groupes cibles pour lesquels en vertu de l'article 19, §§ 4 et 5, à partir du 1-4-2015, ils ne peuvent plus organiser de séances de rééducation ou pour lesquels ils peuvent uniquement terminer les programmes de rééducation en cours, peuvent le faire moyennant la réussite d'un « parcours d'initiation ». Cet article définit notamment la procédure de demande à suivre par un établissement pour entamer un parcours d'initiation, les conditions à remplir au début et à la fin de ce parcours et la manière dont la réalisation du parcours est évaluée.

§ 2. Un établissement ne peut entamer un parcours d'initiation qu'après s'être concerté avec le Collège des médecins-directeurs et moyennant l'autorisation préalable du Collège des médecins-directeurs. Un parcours d'initiation complet dure trois années ininterrompues, il commence le premier jour du mois qui suit la date à laquelle le Collège des médecins-directeurs a, le cas échéant, accepté le principe d'un parcours d'initiation. Pour obtenir cette autorisation, l'établissement doit fournir au Collège des médecins-directeurs un plan expliquant comment pendant les trois ans que dure le parcours d'initiation, l'établissement pense pouvoir remplir totalement les conditions mentionnées à l'article 18 pour le groupe cible en question. Concrètement, ce plan doit contenir les données suivantes :

- La mention du groupe cible pour lequel l'établissement désire suivre un parcours d'initiation,
- Les raisons pour lesquelles l'établissement souhaite s'occuper du groupe cible en question,
- Les partenaires membres du réseau de soins avec lesquels l'établissement souhaite réaliser le plan,
- Les raisons pour lesquelles l'établissement pense pouvoir remplir, à la fin des trois ans que dure le parcours d'initiation, les conditions mentionnées à l'article 18 pour le groupe cible en question,
- Les démarches que l'établissement a déjà accomplies pour pouvoir répondre aux conditions visées,
- Les initiatives qu'il prendra encore pour pouvoir répondre aux conditions visées,
- Le stade de réalisation du plan que l'établissement aura atteint après un an et demi de parcours d'initiation.

Au moment où il introduit son plan, l'établissement doit aussi démontrer qu'à partir de la date de début du parcours d'initiation, il répondra entièrement aux conditions fixées à l'article 18 pour l'encadrement médical du groupe cible en question (à savoir disposer, pendant le nombre d'heures minimal requis par semaine, d'un médecin ayant la spécialité visée à l'article 18), ce qui est une condition requise pour pouvoir entamer un parcours d'initiation. Pour ce faire, l'établissement doit communiquer au Collège des médecins-directeurs les données suivantes en même temps que le plan : le nom du médecin, le numéro d'agrément du médecin, le nombre d'heures que le médecin travaille par semaine pour l'établissement. Si le Collège des médecins-directeurs constate que la condition relative à l'encadrement médical est remplie et qu'il marque son accord sur le plan susvisé, l'établissement peut mener des programmes de rééducation pour les bénéficiaires du groupe cible en question à partir de la date du début du parcours d'initiation.

Après un an et demi de parcours d'initiation, l'établissement remet au Collège des médecins-directeurs un dossier d'évaluation intermédiaire dans lequel il explique quelles parties de son plan il a déjà réalisées et quelles démarches il accomplira pour pouvoir se conformer à son plan. Sur la base du dossier d'évaluation intermédiaire, le Collège peut éventuellement donner un avis à l'établissement afin que le trajet initial soit une réussite.

Ce n'est qu'à la fin du parcours que l'établissement doit satisfaire à la condition relative à la masse critique fixée à l'article 18 pour le groupe cible en question. Le Collège des médecins-directeurs évalue sur la base de la situation au début du 9^e mois de la 3^e année du parcours d'initiation si l'établissement remplira les conditions relatives à la masse critique à la fin du parcours d'initiation.

Si le Collège des médecins-directeurs constate qu'à l'issue de son parcours d'initiation, l'établissement ne remplit pas les conditions fixées à l'article 18 pour pouvoir mener des programmes de rééducation pour les bénéficiaires du groupe cible en question, il informe l'établissement que le parcours d'initiation a échoué. Il doit motiver sa décision. Pour le groupe cible en question, le scénario d'extinction progressive visé à l'article 19 § 2 commence dès le premier jour du mois qui suit la date de cette communication.

§3. Un établissement peut à tout moment introduire une demande auprès du Collège des médecins-directeurs pour commencer un parcours d'initiation.

Un établissement peut introduire une demande de parcours d'initiation séparée pour chaque groupe cible pour lequel en vertu de l'article 19, §§ 4 et 5, à partir du 1-4-2015, il ne peut plus réaliser de séances de rééducation ou pour lequel il peut uniquement terminer les programmes de rééducation en cours.

Si pour un groupe cible donné, l'établissement ne réussit pas le parcours d'initiation visé au § 2 de cet article, il ne peut pas entamer de nouveau parcours d'initiation pour ce même groupe cible pendant les trois ans qui suivent la date à laquelle le Collège des médecins-directeurs a constaté cet échec.

§ 4. Moyennant l'approbation, par le Collège des médecins-directeurs, d'un parcours d'initiation pour un groupe donné, un établissement peut, pendant la durée de ce parcours, mener des programmes de rééducation pour des bénéficiaires de ce groupe, sans que cette possibilité figure formellement dans la présente convention. Les organismes assureurs seront informés de cette possibilité par circulaire.

Si à l'issue du parcours d'initiation, le Collège des médecins-directeurs décide que ce parcours est réussi, une disposition stipulant que l'établissement peut mener des programmes de rééducation pour le groupe cible en question sera ajoutée à la convention via un avenant.

§ 5. L'exécution du plan visé à l'article 20, § 2, ne peut pas donner lieu à une augmentation de l'enveloppe annuelle fixée en annexe à la présente convention, sauf si le Comité de l'assurance marque son accord.

§ 6. Un établissement qui, en vertu de l'article 19, ne peut plus commencer de nouveaux programmes de rééducation pour des bénéficiaires du groupe 1, à partir du 1er avril 2015, peut à titre tout à fait exceptionnel le faire sans suivre un parcours d'initiation, moyennant avis favorable du Collège des médecins-directeurs.

Article 21. § 1^{er}. Si à titre temporaire l'encadrement médical minimal requis par l'article 18 pour pouvoir mener un programme de rééducation fonctionnelle pour un groupe cité à l'article 19, § 3 n'est pas présent dans l'équipe de l'établissement fixée à l'annexe de la présente convention, cet établissement doit en informer le Collège des médecins-directeurs comme le prévoit l'article 58, § 5. C'est également le cas si une partie de l'encadrement médical minimal requis en vertu de l'article 18 n'est temporairement pas assurée (autrement dit, si le médecin spécialiste requis en vertu de l'article 18 est présent moins de quatre heures par semaine dans l'équipe de l'établissement).

§ 2. Dès qu'il ne dispose pas pendant plus de deux mois de l'encadrement médical minimal requis visé au § 1er, l'établissement peut encore commencer de nouveaux bilans initiaux pour les bénéficiaires du groupe cible en question uniquement si une partie de l'encadrement médical minimal requis pour le groupe cible en question est assurée ou si l'apport du médecin à la réalisation du bilan initial, visé à l'article 11, § 1er, est assuré par un médecin externe qui ne fait pas partie du personnel de l'établissement mais possède la spécialisation requise en vertu de l'article 18. Si l'encadrement médical requis pour le groupe cible en question, en vertu de l'article 18 n'est plus du tout assuré, le médecin externe réalise aussi les interventions visées à l'article 13, § 1er, qui doivent être réalisées par le médecin visé à l'article 18.

Le cas échéant, l'établissement communique le nom et le numéro d'agrément du médecin externe visé au § 2 au Collège des médecins-directeurs, ainsi qu'une copie du contrat qu'il a conclu avec le médecin externe pour assurer l'apport visé au § 2.

Le coût du médecin externe est supporté par l'établissement. Ce dernier ne peut pas facturer ce coût aux bénéficiaires ou aux organismes assureurs. Le médecin externe ne peut pas attester sur la base de la nomenclature des prestations de santé les prestations qu'il effectue dans ce cadre. Ceci est mentionné explicitement dans le contrat conclu par l'établissement avec le médecin externe, contrat visé dans ce paragraphe.

§ 3. Dès que l'établissement ne dispose pas de l'encadrement médical minimal requis visé au § 1er pendant une période supérieure à un an et demi, il se retrouve, pour le groupe cible en question, dans le scénario d'extinction progressive visé à l'article 19, § 2, même si une partie de l'encadrement médical minimal requis est encore assurée ou même si l'établissement fait appel à un médecin externe.

§ 4. Si pendant deux années civiles successives, un établissement n'atteint pas la masse critique requise définie à l'article 18 pour pouvoir mener un programme de rééducation pour les bénéficiaires d'un des groupe mentionnés à l'article 19, § 3, il se retrouve dans un scénario d'extinction progressive pour le groupe en question à partir du 1er avril de l'année qui suit la deuxième année successive pendant laquelle la masse critique n'est pas atteinte.

§ 5. Les établissements qui se retrouvent dans un scénario d'extinction progressive pour un groupe cible donné en vertu des paragraphes 3 et 4, peuvent ensuite à nouveau mener des programmes de rééducation pour les bénéficiaires du groupe cible en question, moyennant la réussite d'un parcours d'initiation tel que visé à l'article 20.

§ 6. Les dispositions de l'article 21, §§ 1 et 2, s'appliquent également aux établissements qui au sein de leur équipe ne disposent plus d'aucun médecin comme visé à l'article 12 § 1er.

IV – PRESTATIONS DE RÉÉDUCATION FONCTIONNELLE

Article 22. Un programme de rééducation multidisciplinaire décrit au point II consiste pour chaque bénéficiaire en des prestations de rééducation fonctionnelle qui sont décrites dans ce point IV.

Ailleurs dans la présente convention, chaque prestation de rééducation fonctionnelle remboursable est dénommée « séance ».

Une séance doit avoir soit un but diagnostique (séances dans le cadre d'un bilan initial), soit un but thérapeutique (séances de rééducation ordinaires ne faisant pas partie d'un bilan initial). Les actes ou interventions qui n'ont pas de but diagnostique, ni thérapeutique ne peuvent jamais être inclus dans le temps nécessaire pour réaliser une séance. Le règlement de diverses formalités administratives ou la demande ou la collecte de certaines données administratives (que ces activités se situent ou non dans le cadre de la procédure de demande d'intervention dans les frais de rééducation) ne peut dès lors jamais faire partie du temps qui est nécessaire pour réaliser une séance. Les interventions qu'un membre de l'équipe accomplit et qui concernent purement de tels actes administratifs ne peuvent, elles non plus, jamais faire partie des interventions qui sont nécessaires pour répondre aux conditions de l'article 11 concernant le caractère multidisciplinaire des interventions.

IV - A – Séances faisant partie d'un bilan initial (séances de bilan)

Article 23. § 1^{er}. Les séances qui font partie d'un bilan initial sont toujours des séances individuelles, c'est-à-dire avec un thérapeute (éventuellement avec plusieurs thérapeutes simultanément) face à un bénéficiaire et/ou le cas échéant face à un ou plusieurs membres de sa famille. Si plusieurs thérapeutes dispensent simultanément une séance face à un seul bénéficiaire (et/ou, le cas échéant, à un ou plusieurs membres de sa famille) dans le cadre d'un bilan initial, cette séance sera considérée – pour ce qui est de son remboursement par l'assurance – comme une séance dispensée par un seul thérapeute face à un bénéficiaire (et/ou, le cas échéant, face à un ou plusieurs membres de sa famille) ; le temps de travail des autres thérapeutes présents à cette séance ne peut jamais donner lieu au remboursement d'une séance, sauf s'il s'agit d'une situation visée à l'article 24 § 1^{er}, deuxième alinéa (bénéficiaire qui n'a pas encore atteint son quatrième anniversaire).

Les séances qui font partie d'un même bilan initial sont dispensées dans une période de maximum trois mois. Les dates de début et de fin de cette période sont mentionnées lors de la demande de remboursement.

§ 2. Comme le mentionne l'article 9, § 2, un programme de rééducation multidisciplinaire commence toujours par la rédaction d'un bilan initial multidisciplinaire. L'établissement évalue lui-même combien de séances sont nécessaires pour réaliser ce bilan initial multidisciplinaire. Si la lettre de renvoi (du médecin externe visé à l'article 8, qui a renvoyé le bénéficiaire vers l'établissement) contient déjà un grand nombre de données diagnostiques, il n'est pas exclu que le bilan initial que l'établissement doit réaliser, puisse être achevé en une ou quelques séances.

§ 3. Conformément à l'article 3, un bénéficiaire du groupe 8, 9 ou 10 peut être orienté vers le C.R.A. par un centre agréé par le « *Office de la Naissance et de l'Enfance (O.N.E.)* », le « *Kind en Gezin* » ou le « *Dienst für Kind und Familie* » comme centre spécialisé pour le diagnostic des troubles de l'audition chez les nouveau-nés. Les séances réalisées dans ce centre pour poser le diagnostic qui donne lieu au renvoi vers le C.R.A. ne peuvent pas faire partie des séances du bilan initial visées à l'article 23, § 1^{er} et ne peuvent par conséquent jamais être facturées sur la base de la présente convention.

Article 24. § 1^{er}. Sans préjudice de l'article 11, l'ensemble des prestations individuelles face au bénéficiaire (et/ou le cas échéant, face à un ou plusieurs membres de sa famille) qui font partie d'une séance telle que mentionnée à l'article 23, dure au moins 1 heure. L'ensemble des prestations individuelles face au bénéficiaire (et/ou, le cas échéant, face à un ou plusieurs membres de sa famille) qui font partie d'une séance telle que mentionnée à l'article 23, peut aussi durer au moins 1,5 h ou au moins 2 heures par jour et par bénéficiaire. Une séance peut être subdivisée en séances partielles chacune d'au moins 30 minutes.

Uniquement pour un bénéficiaire n'ayant pas encore atteint son 4^e anniversaire cette séance peut aussi être composée de 1 thérapeute 30 minutes face au bénéficiaire et simultanément 1 thérapeute 30 minutes face à la famille, ou de 2 thérapeutes simultanément 30 minutes face au bénéficiaire.

Chaque thérapeute (exception faite du médecin) associé à une séance pour un bénéficiaire, doit rester impliqué dans cette séance durant minimum 30 minutes. L'intervention d'un médecin face au bénéficiaire (et/ou le cas échéant, face à un ou plusieurs membres de sa famille) ne peut faire partie que de la durée requise d'une séance, s'il s'agit d'une intervention de minimum 30 minutes.

§ 2. Chaque séance (partielle) doit être consignée dans le dossier du bénéficiaire. Les noms des « personnes d'une discipline, appartenant à l'équipe prévue par la convention » y sont mentionnés. Si une séance est composée de séances partielles, ces données sont mentionnées pour chaque séance partielle. Le contenu de chaque séance ou séance partielle est reproduit brièvement dans le dossier du bénéficiaire.

§ 3. Pour des prestations face au bénéficiaire et/ou, le cas échéant, face à un ou plusieurs membres de sa famille, ou pour d'autres activités d'un médecin appartenant à l'équipe conventionnellement prévue (médecin au sens de l'article 12), par séance mentionnée à l'article 23, une durée moyenne globale d'au moins 15 minutes est disponible.

Le temps annuel qui doit être disponible à cette fin est calculé sur le total de ce genre de séances que l'établissement peut, en vertu de l'article 40, effectuer dans le courant d'une année civile.

§ 4. Au cours d'un bilan initial, chaque bénéficiaire doit au moins 1 fois être examiné par un médecin appartenant à l'équipe conventionnellement prévue.

Article 25. § 1^{er}. Le prix par heure pour une séance individuelle au sens des articles 23 et 24, dénommé « forfait », est établi selon les calculs mentionnés à l'annexe à la présente convention.

§ 2. Le montant du forfait pour les séances exécutées à partir du 1^{er} mai 2012 est fixé à #11# EUR. La partie indexable de ce montant est lié à l'indice pivot 117,27 du 1^{er} février 2012 (base 2004) des prix à la consommation. Cette partie indexable est adaptée selon les dispositions de la loi du 1^{er} mars 1977 organisant un régime de liaison à l'indice des prix à la consommation du Royaume de certaines dépenses dans le secteur public.

§ 3. Les frais généraux qui font partie du forfait mentionné au § 2 ont été fixés à l'époque (dans le cadre des conventions conclues avec l'établissement qui ont précédé la présente convention) à 15 % du coût salarial de l'époque. Pour un établissement qui (dans le cadre de la présente convention ou des conventions conclues avec l'établissement qui ont précédé la présente convention), après le 31 mars 2003, a utilisé une première fois (ou utilise pour la première fois) la possibilité d'adapter le forfait au coût salarial majoré en raison de l'évolution de l'ancienneté, les frais généraux ont été (ou sont) adaptés une dernière fois à cette occasion afin de conserver leur niveau de 15 % du coût salarial. À partir de la date d'une telle adaptation forfaitaire qui a été réalisée après le 31 mars 2003, les frais généraux ne sont plus liés à l'évolution du coût salarial lors d'une adaptation suivante du forfait au coût salarial majoré en raison de l'évolution de l'ancienneté. Lors d'une telle adaptation du forfait, la partie non indexable des frais généraux est donc maintenue au niveau fixé précédemment et pour la partie indexable des frais généraux, il n'est tenu compte que de l'évolution de l'indice pivot conformément aux dispositions du § 2.

Article 26. L'établissement s'engage à ne facturer par jour et par bénéficiaire qu'un montant égal à 1, 1,5 ou 2 forfaits pour les séances au sens des articles 23 et 24 avec une durée de respectivement 1 heure, 1,5 heure ou 2 heures par jour et par bénéficiaire.

IV - B - Séances ne faisant pas partie d'un bilan initial (séances de rééducation ordinaires)

Article 27. § 1^{er}. Dans le cadre d'une rééducation multidisciplinaire, une séance ne faisant pas partie d'un bilan initial peut être une séance individuelle, une séance de groupe ou une séance mixte. Les séances de groupe pour lesquelles les dispositions de cet article sont d'application sont les séances de groupe auxquelles participent plusieurs bénéficiaires et/ou plusieurs membres de la famille de plusieurs bénéficiaires, sans la participation des enseignants des bénéficiaires concernés.

§ 2. Sans préjudice de l'article 11, l'ensemble des prestations face au bénéficiaire (et/ou, le cas échéant, face à un ou plusieurs membres de sa famille) qui font partie d'une séance telle que mentionnée au § 1^{er}, dure au moins 1 heure. L'ensemble des prestations face au bénéficiaire (et/ou, le cas échéant, face à un ou plusieurs membres de sa famille), qui font partie d'une séance telle que mentionnée au § 1^{er}, peut aussi durer au moins 1,5 heure ou au moins 2 heures par jour et par bénéficiaire. Une séance peut pour chaque bénéficiaire être subdivisée en séances partielles chacune d'au moins 30 minutes.

Uniquement pour un bénéficiaire n'ayant pas encore atteint son 4^e anniversaire, cette séance peut aussi être composée de 1 thérapeute 30 minutes face au bénéficiaire et simultanément 30 minutes face à la famille, ou de 2 thérapeutes simultanément 30 minutes face au bénéficiaire.

Chaque thérapeute (exception faite du médecin) associé à une séance pour un bénéficiaire, doit rester impliqué dans cette séance durant minimum 30 minutes. L'intervention d'un médecin face au bénéficiaire (et/ou le cas échéant, face à un ou plusieurs membres de sa famille) peut uniquement faire partie de la durée requise d'une séance, s'il s'agit d'une intervention de 30 minutes minimum.

§ 3. Chaque séance est consignée dans le dossier du bénéficiaire. Les noms des « personnes d'une discipline, appartenant à l'équipe conventionnellement prévue », au sens de l'article 12 qui sont intervenues, y sont mentionnés ainsi que, le cas échéant, le nom des autres bénéficiaires qui ont suivi la même séance. Si une séance est composée de séances partielles, ces données sont mentionnées pour chaque séance partielle. Le contenu de chaque séance ou séance partielle est brièvement reproduit dans le dossier du bénéficiaire.

§ 4. Sans préjudice des §§ 2 et 3, le rapport entre le nombre de thérapeutes et le nombre total de bénéficiaires impliqués dans la même séance ou séance partielle a, pour la totalité de la durée de cette séance ou séance partielle :

- soit les caractéristiques d'une séance individuelle, avec un rapport de 1 thérapeute face à 1 bénéficiaire et, le cas échéant, un maximum de 4 bénéficiaires face à 4 thérapeutes,
- soit les caractéristiques d'une séance de groupe, dans laquelle face à 1 thérapeute maximum 4 bénéficiaires à la fois sont associés et face à maximum 8 bénéficiaires minimum 2 thérapeutes. Dès que 5 bénéficiaires sont associés à une séance de groupe, 2 thérapeutes au minimum doivent y être associés.

§ 5. Pour les prestations face au bénéficiaire (et/ou, le cas échéant, face à un ou plusieurs membres de sa famille), ou pour d'autres activités d'un médecin de l'équipe conventionnellement prévue (médecin tel que stipulé à l'article 12), une durée globale moyenne d'au moins 2,5 minutes est disponible par séance (partielle) de 1 heure.

Le temps qui doit être disponible chaque année à cet effet, est calculé sur l'ensemble de telles séances de l'établissement pour l'ensemble des bénéficiaires.

§ 6. Le TABLEAU 1 énumère tous les montants facturables pour des séances mentionnées au § 1^{er} et répondant aux conditions des §§ 2, 3 et 4, et qui sont remboursables. Le montant de 1 forfait y est égal au montant du forfait fixé à l'article 25, § 2.

La fixation du montant du TABLEAU 1, facturable par jour et par bénéficiaire pour chaque séance correspondante dont la composition en nombre de bénéficiaires et en nombre de thérapeutes n'a pas changé durant toute sa durée, résulte du quotient de la division :

$$\frac{\text{nombre total des heures effectivement prestées par un ou des thérapeutes face à un ou aux bénéficiaires}^3}{\text{nombre de bénéficiaires concernés}}$$

La fixation du montant du TABLEAU 1, facturable par jour et par bénéficiaire pour chaque séance correspondante composée de séances partielles dont la composition en nombre de bénéficiaires et/ou en nombre de thérapeutes a changé, résulte de la somme des quotients de la division susmentionnée pour chaque séance partielle.

Pour chacune des divisions susmentionnées il n'est pas tenu compte du médecin sauf si le médecin est associé 30 minutes ou plus à une séance (partielle). Par ailleurs, pour chaque division le nombre

³ Par « bénéficiaire » on entend ici « bénéficiaire et/ou, le cas échéant, un ou plusieurs membres de sa famille » (parents, partenaire, ...)

de thérapeutes ne dépasse jamais le nombre de bénéficiaires.

L'établissement s'engage à organiser les séances de façon à ce que, par jour et par bénéficiaire, seulement un des montants mentionnés au TABLEAU 1 puisse être attesté. Le cas échéant, l'arrondi vers un montant attestable plus bas est possible pour une séance où le quotient ou la somme des quotients des séances partielles ne correspond pas à un montant attestable figurant dans le tableau.

TABLEAU 1 : montants éventuellement attestables
3 forfaits = EUR
2,75 forfaits = EUR
2,66 forfaits = EUR
2,5 forfaits = EUR
2,33 forfaits = EUR
2,25 forfaits = EUR
2 forfaits = EUR
1,75 forfait = EUR
1,66 forfait = EUR
1,5 forfait = EUR
1,33 forfait = EUR
1,25 forfait = EUR
1 forfait = EUR
0,75 forfait = EUR
0,66 forfait = EUR
0,50 forfait = EUR
0,33 forfait = EUR
0,25 forfait = EUR
1 forfait = EUR pour un bénéficiaire n'ayant pas encore atteint son 4 ^e anniversaire : 1 thérapeute 30 minutes face au bénéficiaire et simultanément 30 minutes face à la famille, ou 2 thérapeutes simultanément 30 minutes face au bénéficiaire.

Les montants du tableau 1 correspondant à 2,25, 2,33, 2,5, 2,66, 2,75 et 3 forfaits sont uniquement utilisés pour facturer des journées de rééducation complètes qui ont été réalisées à l'intention de bénéficiaires faisant partie du groupe 1 de l'article 3. Le montant du tableau 1 correspondant à 3 forfaits est également utilisé pour facturer la « prestation préliminaire (*intake*) » à l'intention de bénéficiaires faisant partie du groupe 1.

§ 7. Sans préjudice des dispositions des paragraphes précédents du présent article, une séance (partielle) face au bénéficiaire, en combinaison avec une séance (partielle) face à la famille est possible par jour et par bénéficiaire.

Article 28. § 1^{er}. Dans le cadre d'une rééducation multidisciplinaire, une séance de rééducation ordinaire ne faisant pas partie d'un bilan initial peut également être une séance qui s'adresse à un groupe d'enseignants d'au moins deux bénéficiaires. Les parents (et/ou le partenaire) des bénéficiaires concernés peuvent éventuellement aussi participer à une telle séance qui s'adresse à un groupe d'enseignants.

§ 2. Sans préjudice de l'article 11, une séance, telle que mentionnée au § 1^{er}, dure au moins 1 heure. Elle peut aussi durer au moins 1,5 heure ou au moins 2 heures. Une séance peut pour un même groupe d'enseignants (et, le cas échéant, de parents et/ou de partenaires des bénéficiaires concernés) être subdivisée en séances partielles consécutives chacune d'au moins 30 minutes. Au moins une et maximum deux personnes de l'équipe de l'établissement mentionnée à l'article 12 est/sont associé(es) à une séance. Chacune d'elles travaille avec le groupe complet qu'il informe et/ou instruit de façon interactive au sujet de l'approche journalière du bénéficiaire, de son trouble et des problèmes fonctionnels qui en résultent.

§ 3. Chaque séance est consignée dans le dossier du bénéficiaire. Le ou les noms du ou des médecins ou de la ou des autres personnes de l'équipe de l'établissement au sens de l'article 12 qui sont intervenus, y sont mentionnés ainsi que le nom ou les noms de(s) (l')enseignant(s) (et, le cas échéant, des parents

et/ou du partenaire) du bénéficiaire, qui ont suivi la séance en son nom. Le nom des autres bénéficiaires dont les enseignants (et, le cas échéant, les parents et/ou le partenaire) ont suivi la même séance y est également mentionné.

§ 4. Par séance, le groupe se compose des enseignants (et, le cas échéant, des parents et/ou partenaires) de 4 bénéficiaires maximum.

§ 5. Pour chaque séance visée dans le présent article, une durée globale moyenne d'au moins 2,5 minutes est disponible par séance (partielle) de 1 heure, pour d'autres activités d'un médecin de l'équipe conventionnellement prévue, en plus de la durée minimale de 30 minutes nécessaire pour pouvoir porter en compte sa participation éventuelle dans la durée requise de la séance.

Le temps qui doit être disponible chaque année à cet effet, est calculé sur l'ensemble de telles séances de l'établissement pour l'ensemble des bénéficiaires

§ 6. Le TABLEAU 2 énumère tous les montants facturables pour les séances remboursables mentionnées au § 1^{er} et répondant aux conditions des §§ 2, 3 et 4. Le montant de 1 forfait y est égal au montant du forfait fixé à l'article 25, § 2.

La fixation du montant du TABLEAU 2, facturable par bénéficiaire pour chaque séance correspondante dont la composition en nombre de bénéficiaires et en nombre de médecins et/ou de thérapeutes n'a pas changé durant toute sa durée, résulte du quotient de la division :

$$\frac{\text{nombre total des heures effectivement prestées par un ou des médecins et/ou thérapeutes face à un ou aux bénéficiaires}^4}{\text{nombre de bénéficiaires concernés}}$$

Pour chaque division, il n'est pas tenu compte du médecin sauf si le médecin est associé 30 minutes ou plus à une séance (partielle). Par ailleurs, pour chaque division, le nombre de thérapeutes ne dépasse jamais le nombre de bénéficiaires.

L'établissement s'engage à organiser les séances de façon à ce que, par jour et par bénéficiaire, seulement un des montants mentionnés au TABLEAU 2 puisse être attesté.

TABLEAU 2 : montants éventuellement attestables

2 forfaits = EUR
 1,75 forfait =EUR
 1,66 forfait =EUR
 1,5 forfait = EUR
 1,33 forfait = EUR
 1,25 forfait = EUR
 1 forfait = EUR
 0,75 forfait = EUR
 0,66 forfait = EUR
 0,50 forfait = EUR
 0,33 forfait = EUR
 0,25 forfait = EUR

§ 7. Sans préjudice des dispositions des paragraphes précédents du présent article, pour le même bénéficiaire, une séance face au bénéficiaire comme stipulé à l'article 27 (séances de rééducation ordinaires) et une séance comme stipulé à l'article 28 (séances de groupe pour enseignants) peuvent être effectuées pendant la même journée, à condition que les deux séances remplissent l'ensemble des dispositions de ces articles respectifs. Les deux séances doivent être mentionnées séparément sur la facture.

⁴ Par « bénéficiaire » on entend ici « le ou les parents et/ou enseignants et/ou partenaires d'un seul bénéficiaire »

IV - C - Dispositions valables tant pour une séance mentionnée au point IV - A que pour une séance mentionnée au point IV - B (dispositions communes aux séances de bilan et aux séances de rééducation ordinaires)

Article 29. § 1^{er}. L'établissement s'engage à ne réclamer aucun supplément à un forfait ou à un autre montant mentionné aux articles 25, § 2, 27, § 6, et 28, § 6, et ce ni au bénéficiaire ni à son organisme assureur.

§ 2. Par séance individuelle, séance de groupe, ou séance mixte d'une durée d'une heure, 40 minutes supplémentaires sont disponibles pour d'autres activités. Ce complément de temps vise notamment la formation du personnel, la préparation des séances, les réunions d'équipe et les divers contacts nécessaires au remboursement de bénéficiaires, la tenue de dossiers, la rédaction de rapports, ...

Article 30. § 1^{er}. L'établissement s'engage à ne facturer par jour et par bénéficiaire qu'un des montants mentionnés à l'article 26 (montants pour séances de bilan) ou au TABLEAU 1 de l'article 27, § 6 (montants pour séances de rééducation ordinaires). Les séances de rééducation ordinaires ne peuvent pas être attestées tant que le bilan initial multidisciplinaire n'est pas terminé.

§ 2. L'établissement s'engage à ne facturer par jour et par bénéficiaire qu'un des montants mentionnés à l'article 26 (montants pour séances de bilan) ou au TABLEAU 2 de l'article 28, § 6 (montants pour séances de groupe pour enseignants). Les séances de groupe pour enseignants ne peuvent pas être attestées tant que le bilan initial multidisciplinaire n'est pas terminé.

L'établissement s'engage à ne facturer par jour et par bénéficiaire qu'un montant pour une séance mentionné au TABLEAU 1 de l'article 27, § 6 (montants pour séances de rééducation ordinaires), et au TABLEAU 2 de l'article 28, § 6 (montants pour séances de groupe pour enseignants), à condition que les deux séances effectuées à cet effet remplissent l'ensemble des dispositions des articles 27 et 28 respectifs.

Article 31. § 1. Excepté si les dispositions du § 2 sont applicables, un contact ou une prestation à l'intention des dispensateurs de soins, assistants sociaux, praticiens de l'art infirmier, ou enseignants, ne peut en aucun cas remplacer des prestations à l'intention d'un ou plusieurs membres de la famille d'un bénéficiaire, pour atteindre les durées mentionnées à l'article 24, § 1^{er} (séances de bilan), et à l'article 27, § 2, alinéa 1^{er} (séances de rééducation fonctionnelle ordinaires).

§ 2. Toutefois, à titre exceptionnel, au cas où un jeune bénéficiaire n'aurait plus de parents ni de famille ou au cas où ceux-ci l'abandonneraient, des prestations face au représentant légal du bénéficiaire ou face à une ou d'autres tierces personnes de confiance, qui remplace/remplacent les parents ou la famille, peuvent toutefois remplacer des prestations face à un ou plusieurs membres de la famille d'un bénéficiaire pour atteindre les durées susmentionnées.

§ 3. Si les séances dans l'établissement et des interventions de réseau ne suffisent pas, une séance (partielle) de bilan initial ou une séance (partielle) de rééducation ou d'observation du bénéficiaire (et, le cas échéant, d'un ou plusieurs membres de sa famille ou de l'enseignant), peut également être attestée et effectuée dans son milieu de vie ou dans son milieu scolaire, notamment dans le cadre d'un bilan initial ou afin d'arriver à une rééducation efficiente ou afin d'évaluer les résultats en cours ou vers la fin de la rééducation. Toutefois, dans ce contexte, le temps de personnel pour les déplacements est déjà inclus dans le temps visé à l'article 29, § 2 (le temps de travail pour d'autres activités que les contacts face à face), et les éventuels autres frais y afférents sont déjà compris dans les frais de fonctionnement de l'établissement repris dans le forfait fixé à l'article 25, § 2. Seules quelques séances de ce type peuvent être attestées pour un même bénéficiaire.

La présence du bénéficiaire n'est pas requise pour les séances (partielles) effectuées dans son milieu de vie ou son milieu scolaire. Si un bénéficiaire n'est pas présent lors d'une telle séance dans son milieu de vie ou son milieu scolaire, un ou plusieurs membres de sa famille (parents, partenaire...) doivent par contre y assister. Des enseignants du bénéficiaire peuvent aussi être présents. Une séance (partielle) effectuée dans le milieu de vie du bénéficiaire, à laquelle assistent un ou plusieurs enseignants mais pas le bénéficiaire lui-même ni aucun membre de sa famille (parents, partenaire...) n'est toutefois pas remboursable.

La présence d'un thérapeute de l'établissement et des parents lors d'une réunion qui (en vertu de la réglementation du pouvoir public compétent pour l'enseignement) fait partie du fonctionnement normal de l'école (conseils de classe, délibérations, rencontres entre l'(es) enseignant(s) et les parents de chaque élève...) ne peut toutefois jamais donner lieu à une séance (partielle).

§ 4. Sans préjudice des dispositions de l'article 72, §§ 1^{er} et 2, les séances mentionnées dans le § 3 doivent être consignées dans le dossier du bénéficiaire, avec motif et lieu d'exécution.

IV - D - Dispositions applicables aux bénéficiaires faisant partie du groupe 1.

Article 32. § 1^{er}. Pour chaque bénéficiaire faisant partie du groupe 1, outre les séances de bilan (visées au chapitre IV – A) et les séances de rééducation ordinaires (visées au chapitre IV – B), les prestations de rééducation remboursables sur base de la présente convention sont la « prestation préliminaire (*intake*) », la « journée de rééducation » et la « demi-journée de rééducation ».

§2. Une « prestation préliminaire (*intake*) » est une prestation comprenant au moins 3 contacts directs durant la première semaine du bilan initial entre le médecin de l'établissement (visé à l'article 18, § 3) d'une part et d'autre part le médecin (visé à l'article 3) qui a renvoyé le bénéficiaire vers l'établissement. Les contacts visés ici peuvent aussi avoir lieu entre les thérapeutes qui collaborent avec les médecins visés et qui sont ou seront impliqués (dans l'établissement) dans la rééducation du bénéficiaire. Pendant ces contacts, l'établissement obtient toutes les informations pertinentes utiles à la poursuite de la rééducation du bénéficiaire concerné. Cette « prestation préliminaire (*intake*) » ne peut être facturée qu'une seule fois par bénéficiaire.

§3. Toute « journée de rééducation » est une journée de la période de rééducation pendant laquelle un bénéficiaire est en rééducation dans l'établissement pendant 6 heures au moins, ce qui implique qu'il participe pendant ce temps à des activités de rééducation en groupe, organisées et conduites par l'établissement, et/ou qu'il est accompagné individuellement pendant ce temps (1 thérapeute avec 1 bénéficiaire).

Toute « demi-journée de rééducation » est une journée de la période de rééducation pendant laquelle un bénéficiaire est en rééducation dans l'établissement pendant 3 heures au moins, ce qui implique qu'il participe pendant ce temps à des activités de rééducation en groupe, organisées et conduites par l'établissement, et/ou qu'il est accompagné individuellement pendant ce temps (1 thérapeute avec 1 bénéficiaire).

Le cas échéant, la durée d'un entretien qui a eu lieu au sein de l'établissement avec la famille d'un bénéficiaire, peut également être comptabilisée pour parvenir à la durée requise fixée des prestations de rééducation remboursables. Il n'est cependant pas possible de facturer une (demi-)journée de rééducation s'il n'y a eu aucun contact direct avec le bénéficiaire pendant cette (demi-)journée de rééducation.

§ 4. Une concertation entre un membre de l'équipe thérapeutique de l'établissement et l'employeur du bénéficiaire en vue de sa réinsertion professionnelle ou avec une personne qui intervient ou interviendra auprès de lui pour le bénéficiaire dans le cadre de sa réintégration sociale ou familiale, peut faire partie d'une (demi-)journée de rééducation.

Le temps éventuellement consacré à la consommation d'un repas dans l'établissement ne peut jamais être compris dans la durée de 3 heures, ni de 6 heures.

§ 5. Par bénéficiaire et par journée, seule une prestation entre en ligne de compte pour le remboursement, soit la "prestation préliminaire (*intake*)", soit la "journée de rééducation", soit la "demi-journée de rééducation", soit une séance de bilan (visée au chapitre IV-A), soit une séance de rééducation ordinaire (visée au chapitre IV-B).

§ 6. Le nombre de forfaits pouvant être facturés par demi-journée ou par journée de rééducation est calculé suivant la formule de l'article 27, § 6. Pour une demi-journée de rééducation, il ne peut toutefois être facturé au maximum que l'équivalent de deux forfaits. Pour une journée de rééducation complète, il ne peut être facturé au maximum que l'équivalent de trois forfaits.

Pour un forfait de prestation préliminaire (*intake*), il peut être facturé l'équivalent de trois forfaits.

L'établissement s'engage à ne porter en compte aucun supplément aux forfaits des prestations susmentionnées, ni auprès du bénéficiaire ni auprès de son organisme assureur. Les frais occasionnés à l'occasion de la consommation éventuelle de boissons ou de repas dans l'établissement et les éventuels frais de transport des bénéficiaires de leur domicile vers l'établissement et inversement organisé par l'établissement même, peuvent toutefois être portés en compte. Le cas échéant, l'établissement communique à l'organisme assureur d(es)u bénéficiaire(s), le tarif/km qui est appliqué pour l'attestation des frais de transports.

Pour certaines activités socioculturelles organisées dans le cadre du programme de rééducation fonctionnelle en-dehors de l'établissement de rééducation fonctionnelle, l'établissement peut en outre ré-

clamer aux bénéficiaires une intervention restreinte dans les coûts. Le montant réclamé à cet effet par l'établissement ne peut jamais excéder la moitié des coûts spécifiques de l'activité (prix d'entrée, frais de transport inhérents aux activités organisées en-dehors de l'établissement, etc.) et un bénéficiaire ne peut jamais être exclu d'une activité pour des raisons financières.

§ 7. Pour les bénéficiaires faisant partie de groupe 1 de l'article 3, les locaux et l'infrastructure doivent être prévus sans être utilisés en même temps par des bénéficiaires faisant partie d'autres groupes de l'article 3.

Si les séances dans l'établissement et les interventions de réseau ne suffisent pas, il peut être envisagé, pour un bénéficiaire du groupe 1 de l'article 3, de prévoir une demi-journée de rééducation ou l'entièreté de celle-ci ou une séance visée au chapitre IV-B, avec un ou plusieurs membres de leur famille dans leur milieu de vie. Le temps du personnel consacré aux déplacements est toutefois déjà compris dans le temps visé à l'article 32, § 1^{er} (journées de rééducation et demi-journées de rééducation) et dans le temps visé à l'article 27, § 2 (séance de rééducation ordinaire). D'éventuels autres frais y afférents sont déjà compris dans les moyens de fonctionnement de l'établissement, comme fixé lors de l'entrée en vigueur de la présente convention.

Les frais de déplacement pour réaliser le « forfait de prestation préliminaire (*intake*) » sont déjà compris dans les moyens de fonctionnement de l'établissement, comme fixé lors de l'entrée en vigueur de la présente convention.

V - PROCÉDURE DE DEMANDE D'INTERVENTION DANS LES FRAIS DE RÉÉDUCATION

Article 33. § 1^{er}. La demande d'intervention dans les frais de rééducation ainsi que l'éventuelle demande de prolongation de celle-ci doivent être introduites par le bénéficiaire auprès du médecin-conseil de son organisme assureur, et ce en vertu des dispositions de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

§ 2. L'arrêté royal cité au § 1^{er} prévoit entre autres que le bénéficiaire introduise la demande de prise en charge au moyen du formulaire approuvé par le Comité de l'assurance soins de santé.

§ 3. L'établissement s'engage à informer dûment par écrit le bénéficiaire ou son représentant légal au sujet des dispositions de l'article 15 (*durée de rééducation maximale*), qui, en cas d'accord avec sa demande, lui sont applicables et au sujet du fait que par l'introduction de sa demande, il est censé avoir marqué son accord avec ces dispositions. L'établissement conservera un double de cette information signée par le bénéficiaire ou par son représentant légal.

§ 4. Si la demande visée au § 1^{er} concerne à titre tout à fait exceptionnel la rééducation fonctionnelle d'un bénéficiaire du groupe 1 dans un établissement comme visé à l'article 20, § 6, qui ne répond pas aux conditions applicables en la matière concernant le cadre médical, ceci doit apparaître explicitement dans la demande qui est introduite auprès du médecin-conseil.

Article 34. § 1^{er}. Au formulaire dont il est question à l'article 33, doit être joint un rapport médical de l'établissement, rédigé selon un modèle déterminé par le Collège des médecins-directeurs, démontrant que le bénéficiaire répond aux conditions de la convention.

S'il s'agit d'une demande relative à un bénéficiaire qui est hébergé dans un Service Résidentiel pour Jeunes (SRJ) et n'y bénéficie pas d'une rééducation, le rapport médical est toujours accompagné de la déclaration (visée à l'article 6, § 2) du responsable du SRJ précité.

Les rapports médicaux doivent être signés par un des médecins visés à l'article 12, § 1^{er}, qui fait partie de l'équipe engagée dans le cadre de la présente convention.

Si le bénéficiaire appartient à un des groupes visés à l'article 18, §§ 3 à 8 inclus, le rapport médical doit être signé par un médecin disposant de la spécialité requise pour pouvoir réaliser un programme de rééducation fonctionnelle conformément à l'article 18 pour les bénéficiaires du groupe en question. Si l'établissement ne dispose temporairement plus du médecin spécialiste requis pour ce groupe mais qu'en vertu des dispositions de l'article 21, § 2, l'établissement peut cependant encore suivre temporairement des patients de ce groupe, un autre médecin faisant partie de l'équipe peut signer le rapport médical. Si, à titre temporaire, l'établissement ne dispose pas d'un médecin spécialiste requis pour ce groupe mais que, conformément aux dispositions de l'article 21, § 2, il peut quand même provisoirement encore assurer le suivi des patients dudit groupe parce qu'il fait appel pour ce faire à un médecin externe visé à l'article 21, § 2, qui possède lui la spécialisation visée, le rapport médical doit être signé par ce médecin externe dont le nom et le numéro d'agrément sont communiqués au Collège des médecins-directeurs par l'établissement.

Un médecin-spécialiste en formation n'est pas compétent pour signer les rapports médicaux, sauf si le Collège des médecins-directeurs (sur la base d'une demande motivée de l'établissement) a marqué son accord préalable. L'établissement doit indiquer dans sa demande pourquoi cette exception est indiquée, quelle est l'estimation de sa durée et quel type de supervision prévoit le plan de stage pour le médecin spécialiste en formation.

§ 2 La demande concernant un bilan initial doit précéder toute autre demande éventuelle de rééducation. Dans ce cas, le rapport médical visé au § 1^{er} comprendra :

- une copie de la lettre de renvoi d'un médecin, dont il est question à l'article 8 ;
- une anamnèse par l'équipe de l'établissement démontrant que la symptomatologie présentée par le bénéficiaire correspond vraisemblablement à celle de l'un des groupes prévus à l'article 3 de la pré-

sente convention ou à une affection pour laquelle les prestations de logopédie (en vertu de l'article 36, § 2, de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités) ne sont remboursables que sur prescription d'un médecin spécialiste attaché à un centre conventionné spécialisé pour la prise en charge intégrale de patients souffrant de telles affections. Il y est aussi indiqué de quel groupe prévu à l'article 3 ou de quelle affection mentionnée ci-avant, il s'agit vraisemblablement.

- une motivation pour laquelle, le cas échéant, un établissement ne répondant pas aux conditions en matière d'encadrement médical pour le groupe 1, conformément à l'article 20 § 6, introduit cependant une demande pour un bénéficiaire qui appartient probablement au groupe 1. Cette motivation doit au moins porter sur les raisons pour lesquelles l'établissement introduit une demande pour le groupe 1 et sur les moyens de l'établissement (en matière de personnel, d'infrastructure, ...) en vue de pouvoir réaliser pour le bénéficiaire un programme de rééducation fonctionnelle répondant aux principes fixés dans la fiche synoptique pour le groupe 1, à l'annexe 3 de la présente convention.
- la date de début et la date de fin de la période dont il question à l'article 23, avec mention du nombre de séances individuelles prescrites au cours de cette période.
- une motivation de la raison pour laquelle, dans le cas présent, cf. à l'article 9, § 7, le renouvellement d'un bilan multidisciplinaire initial est demandé si le bilan réalisé précédemment n'est pas suivi d'une rééducation multidisciplinaire ou d'une rééducation monodisciplinaire comme visé à l'article 9, § 2, pour un des motifs cités à l'article 9, § 5.

§ 3. Si la demande concerne des séances de rééducation ordinaire (cf. point IV-B de la présente convention), le rapport médical visé au § 1^{er} comprendra les données et documents suivants :

- une copie du bilan initial (ou une évaluation de la rééducation fonctionnelle déjà réalisée, si la demande concerne la prolongation d'une période de rééducation fonctionnelle déjà accordée) et des résultats des tests effectués, accompagnée des résultats des tests pratiqués, avec conclusions démontrant que les symptômes du bénéficiaire correspondent à ceux de l'un des groupes prévus à l'article 3 de la présente convention ; il est aussi indiqué quel est le groupe prévu à l'article 3.

Spécialement pour le groupe 4 (troubles complexes du développement) et pour les bénéficiaires du groupe 10 qui répondent également aux critères d'inclusion pour le groupe 4, une copie sera jointe, pour les tests pratiqués, de la feuille de scores récapitulative sur laquelle les scores bruts obtenus sont finalement exprimés en écarts-types ou en percentiles, tel qu'il est mentionné dans l'article 3, correspondant à l'âge du bénéficiaire.

Spécifiquement pour les bénéficiaires du groupe 2 ou 4 qui, conformément à l'article 3, ont entamé initialement la rééducation sur la base d'un quotient de développement total et qui, après détermination de leur quotient intellectuel total, peuvent poursuivre leur rééducation respectivement dans les groupes 2 et 4, le quotient intellectuel total est mentionné dans la demande de séances de rééducation ordinaires qui suit la détermination de ce quotient intellectuel total.

Spécialement pour le groupe 5 (troubles hyperkinétiques), outre le code ICD-10 de l'indice du trouble, sont également mentionnés le ou les troubles associés et la ou les comorbidités.

Si plus de 6 mois se sont écoulés entre la date de fin du bilan de départ multidisciplinaire et la date de début du programme de rééducation fonctionnelle multidisciplinaire, il convient de mentionner pourquoi les conclusions du bilan de départ sont encore valables (cf. article 9, § 4).

- Si le bénéficiaire fréquente l'école, les données de la concertation avec l'école et/ou le centre PMS visées à l'article 7, § 1^{er}
- la prescription du programme individualisé des « prestations de rééducation multidisciplinaire », avec :
 - a) le schéma thérapeutique ;
 - b) le pronostic de la rééducation ;
 - c) la période de rééducation prévue et, là où elle s'applique, la partie du capital de séances qui est prévue ;
 - d) les disciplines des prestataires intervenant chaque mois ;
 - e) s'il s'agit d'une demande de prolongation d'une rééducation accordée antérieure-

ment : le nombre de séances déjà réalisées, y compris les séances réalisées mais non encore facturées ou non encore payées. Lors du décompte de ce nombre de séances réalisées, il convient (conformément à l'article 15, § 2) de ne pas tenir compte du type de séance de rééducation, du prix de la séance et de la pondération de ce type de séance dans la capacité de facturation. Si, le même jour, il est réalisé pour le bénéficiaire tant une séance visée à l'article 27 qu'une séance visée à l'article 28, cela compte pour deux séances.

Si le bénéficiaire a déjà bénéficié dans un autre C.R.A. des séances de rééducation ordinaires dans le cadre d'un programme de rééducation multidisciplinaire et que le bénéficiaire souhaite poursuivre ce programme de rééducation dans l'établissement (compte tenu des restrictions en la matière de l'article 15), une déclaration sur l'honneur (du C.R.A. qui a déjà réalisé des séances de rééducation ordinaires pour le bénéficiaire) doit être jointe à la demande et préciser combien de séances de rééducation ordinaires le C.R.A. en question a déjà réalisées pour ce bénéficiaire, que ces séances aient déjà été ou non facturées ou payées.

f) Une motivation circonstanciée des raisons pour lesquelles, le cas échéant, un établissement ne disposant pas du cadre médical requis selon l'article 18, § 3, pour le groupe 1 tout mais, conformément à l'article 20, § 6, demandant pourtant une période de rééducation fonctionnelle pour un bénéficiaire du groupe 1, estime pouvoir, vu ses moyens (en matière de personnel, d'infrastructure, ...), répondre aux besoins en rééducation fonctionnelle du bénéficiaire

Les mêmes données doivent être communiquées lorsqu'il s'agit d'une demande de séances de « rééducation multidisciplinaire » dans l'établissement, faisant suite à un bilan initial qui a été établi dans un autre C.R.A.

Article 35. § 1^{er}. L'accord de remboursement par l'assurance obligatoire soins de santé d'un programme de rééducation dans le cadre de la présente convention, est donné par le médecin-conseil de l'organisme assureur du bénéficiaire. .

Chaque accord pour une demande au sens de l'article 34, § 2 (bilan initial), est donné pour une période de maximum 3 mois. Chaque accord pour une demande au sens de l'article 34, § 3 (programme de rééducation ordinaire), est donné pour une période de maximum 1 an (maximum 6 mois pour groupe 20). Toute décision est dûment motivée.

Sans un avis favorable en la matière du Collège des médecins-directeurs, aucune prolongation d'une période de rééducation fonctionnelle (bilan de départ ou programme de rééducation fonctionnelle multidisciplinaire) ne peut être accordée pour un bénéficiaire (supposé) du groupe 1 dans un établissement qui (cf. article 18, § 3) ne répond pas aux critères pour le groupe 1.

§ 2. Un accord de prise en charge de la rééducation dans l'établissement (que cet accord porte sur un bilan initial ou sur le programme de rééducation proprement dit) vient à échéance si une autre demande de prise en charge de la rééducation a été introduite pour le bénéficiaire pour un programme de rééducation dans un autre C.R.A., à moins qu'elle concerne un bénéficiaire du groupe 11 (troubles de l'audition – implant cochléaire) qui peut cependant cumuler pendant une même période le programme de rééducation fonctionnelle du groupe 11 dans un C.R.A. et le programme de rééducation fonctionnelle du groupe 8, 9 ou 10 dans un autre C.R.A.

Sauf pour les bénéficiaires du groupe 11, un accord de prise en charge de la rééducation dans l'établissement (que cet accord porte sur un bilan initial ou sur le programme de rééducation proprement dit) vient à échéance si une autre demande de prise en charge de la rééducation a été introduite pour le bénéficiaire et qu'il s'agit d'une demande :

- pour un programme de rééducation dans un centre de rééducation locomotrice ou neurologique (centres de rééducation portant le numéro d'identification 9.50.xxx.xx, 9.51.xxx.xx ou 7.71.xxx.xx) dans le cas d'un bénéficiaire du groupe 1 (lésion cérébrale) ou du groupe 14 (infirmité motrice cérébrale), à moins qu'il s'agisse exclusivement d'une demande de prise en charge d'un bilan fonctionnel multidisciplinaire ;
- pour un programme de rééducation dans un centre de rééducation psychosociale pour adultes (centres de rééducation portant numéro d'identification 7.72.xxx.xx) ;
- pour un programme de rééducation dans un établissement pour toxicomanes (centres de rééducation por-

tant numéro d'identification 7.73.xxx.xx) ;

- pour un programme de rééducation dans un établissement de rééducation psychosociale pour enfants ayant de graves affections psychiques (centres de rééducation portant numéro d'identification 7.74.0xx.xx) ;
- pour un programme de rééducation dans une unité de répit (7.76.70x.xx)
- pour un programme de rééducation dans une clinique de la mémoire (7.78.1xx.xx)
- pour un programme de rééducation dans un autre centre de rééducation qui a conclu une convention avec le Comité de l'assurance et qui, aux termes de cette convention, peut facturer des prestations de rééducation par journée de rééducation.

§ 3. Un accord de prise en charge de la rééducation (que cet accord porte sur un bilan initial ou sur le programme de rééducation proprement dit) n'est cependant pas retiré s'il s'agit d'une demande :

- d'un centre de référence pour affections métaboliques héréditaires (numéro d'identification 7.89.0xx.xx) ;
- d'un centre de référence pour maladies neuromusculaires (numéro d'identification 7.89.2xx.xx) ;
- d'un centre de référence pour la mucoviscidose (numéro d'identification 7.89.1xx.xx) ;
- d'un centre de référence pour le syndrome de fatigue chronique (numéro d'identification 7.89.4xx.xx) ;
- d'un centre de référence pour la douleur chronique (numéro d'identification 7.89.6xx.xx) ;
- d'un centre de référence pour l'IMOC (numéro d'identification 7.89.5xx.xx) ;
- d'un centre de référence pour le spina bifida (numéro d'identification 7.89.55x.xx) ;
- d'un centre de référence pour troubles du spectre autistique (numéro d'identification 7.74.6xx.xx) ;
- d'un centre de référence pour la néphrologie pédiatrique (numéro d'identification 7.89.7xx.xx) ;
- d'un centre de référence pour le SIDA (numéro d'identification 7.76.xxx.xx) ;
- d'un centre de diabète pour enfants (numéro d'identification 7.86.7xx.xx) ou d'un service hospitalier qui offre des programmes d'autogestion du diabète (numéro d'identification 7.86.xxx.xx) ou des programmes concernant la pompe à insuline (numéro d'identification 7.86.5xx.xx) ;
- d'une clinique du pied diabétique (numéro d'identification 7.86.8xx.xx) ;
- d'un service hospitalier qui organise l'oxygénothérapie à domicile (numéro d'identification 7.81.xxx.xx), la ventilation assistée à domicile (numéro d'identification 7.85.2xx.xx), le traitement par nCPAP à domicile (numéro d'identification 7.85.xxx.xx) ou le traitement par BiPAP à domicile (numéro d'identification 7.85.3xx.xx) ;
- d'un service hospitalier qui organise le monitoring cardiorespiratoire à domicile (numéro d'identification 7.83.5xx.xx) ;
- d'un centre pour grossesse non désirée (numéro d'identification 7.82.5xx.xx) ;
- d'un centre de rééducation cardiaque agréé (numéro d'identification 7.82.1xx.xx) ;
- d'un centre de rééducation visuelle (numéro d'identification 9.69.xxx.xx) ;
- d'un service hospitalier qui implante des défibrillateurs cardiaques (numéro d'identification 7.87.xxx.xx).

Le Collège des médecins-directeurs peut à tout moment ajouter à la liste de nouveaux centres de rééducation pour lesquels une demande de prise en charge de la rééducation peut être introduite, sans que l'accord de prise en charge de la rééducation dans un C.R.A. soit de ce fait retiré.

Article 36. § 1^{er}. L'établissement s'engage à donner au médecin-conseil de l'organisme assureur concerné tout renseignement souhaité relatif au programme de rééducation multidisciplinaire suivi par le bénéficiaire.

§ 2. L'établissement transmettra au médecin lui ayant adressé le bénéficiaire et au médecin traitant de ce dernier (si ce n'est pas lui qui a adressé le bénéficiaire), une copie du rapport de fin de la rééducation. Ce rapport doit comporter un résumé de la rééducation effectuée, mentionner les résultats acquis et fournir les éléments nécessaires pour maintenir et prolonger ces résultats.

Si le médecin-conseil en fait la demande par écrit à l'établissement, l'établissement adressera copie de ce rapport final au médecin-conseil.

Article 37. L'établissement s'engage à informer correctement les bénéficiaires sur les dispositions de l'article 37, § 1^{er}, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, concernant les demandes de remboursement. L'établissement s'engage à aider les bénéficiaires et leurs parents ou leur représentant légal pour l'introduction de ces demandes. Il veille à ce que les demandes soient introduites dans le délai fixé à l'article 142, § 2, de l'AR. Il s'engage à ne pas facturer au bénéficiaire les séances éventuellement déjà réalisées

dans le cadre d'un programme de rééducation si le médecin-conseil n'approuve pas une demande d'intervention dans le coût de ce programme. L'établissement peut le faire uniquement si le bénéficiaire lui a sciemment dissimulé certaines informations sur d'autres programmes de rééducation ou d'autres programmes thérapeutiques qu'il suit déjà ou a déjà suivi, puisque ce sont les interdictions de cumul fixées dans la présente convention motivent le refus du médecin-conseil.

L'établissement s'engage néanmoins à interroger explicitement et de manière détaillée le bénéficiaire et ses parents ou son représentant légal pour savoir s'il suit d'autres programmes thérapeutiques, ce qui, vu les interdictions de cumul figurant dans la présente convention, l'empêche d'entrer en ligne de compte pour une intervention dans les frais de rééducation. Si l'établissement renonce à le faire, les séances qui ne sont pas remboursables par l'assurance parce que le médecin-conseil a opposé un refus ne peuvent jamais être facturées au bénéficiaire. Pour prouver qu'il a posé la question, l'établissement garde dans le dossier du bénéficiaire une déclaration signée par ses parents ou son représentant légal, qui porte sur les programmes thérapeutiques suivis (actuellement ou dans le passé) par le bénéficiaire qui excluent le remboursement de la rééducation.

VI - FACTURATION ET CAPACITÉ DE FACTURATION

Article 38. § 1^{er} L'établissement s'engage à facturer aux organismes assureurs les forfaits remboursables et ce, sur la base d'une facture dont le modèle est approuvé par le Comité de l'assurance soins de santé de l'INAMI. Sur cette facture sont également indiqués à titre d'information tous les montants facturés au bénéficiaire par l'établissement pour des services étrangers à la rééducation. Une copie de ces factures est remise au bénéficiaire ou à son représentant légal.

L'établissement peut également porter en compte les séances aux organismes assureurs par bande magnétique. Dans ce cas aussi, l'établissement remettra au bénéficiaire un récapitulatif des prestations portées en compte.

§ 2. Pour les bénéficiaires pour lesquels l'article 15, § 1^{er}, prévoit un capital de séances de rééducation, l'établissement s'engage à ne pas attester un nombre plus important de séances de rééducation aux organismes assureurs que le capital de séances de rééducation mentionné à l'article 15, § 1^{er}. Le non-respect de ces maxima par l'établissement est considéré comme une faute grave. Entre autres mesures, les séances remboursées par l'assurance qui dépassent le capital en séances fixé pour un bénéficiaire, peuvent être réclamées par l'assurance durant 5 ans à partir de la date de paiement par l'assurance ou l'organisme assureur. Dans ce cas, l'établissement s'engage à ne pas répercuter les séances récupérées sur les bénéficiaires.

Article 39. § 1^{er}. L'équivalent du nombre de séances individuelles d'une durée de 1 heure décrites au point IV, réalisables au cours d'une année civile, est fixé à Ce nombre est appelé « capacité théorique réalisable ».

Le nombre maximum de séances individuelles décrites au point IV, réalisables au cours d'une année civile et remboursables en vertu de la présente convention s'élève à séances remboursables par les organismes assureurs. C'est à dire 92 % de la capacité théorique réalisable. Ce nombre correspond à la « capacité maximale de facturation » de l'établissement.

§ 2. La capacité théorique réalisable est fixée en divisant le volume annuel d'heures de personnel thérapeutique appartenant aux disciplines (autres que la médicale) citées à l'article 12, § 2, par 1 heure 40 minutes.

Afin de déterminer le volume d'heures annuel de personnel thérapeutique, on part du principe que tout thérapeute effectuant un horaire de 38 h./semaine, comme prévu à l'annexe à la présente convention, est considéré prester sur une base annuelle un équivalent temps plein - 215 jours ouvrables à 7 heures 36 minutes de présence par jour ouvrable. Tout thérapeute effectuant une fraction de 38 h/semaine, comme prévu à l'annexe à la présente convention, est considéré prester sur une base annuelle la même fraction d'un équivalent temps plein.

Article 40. Le nombre maximum de séances décrites au point IV - A, faisant partie d'un bilan initial, réalisables au cours d'une année civile et remboursables en vertu de la présente convention est fixé à #.

Ce nombre fait partie de la capacité théorique réalisable et de la capacité maximale de facturation fixées à l'article 39, § 1^{er}.

Le nombre maximum de séances de bilan mentionné a été calculé sur la base d'une part du volume annuel d'heures d'encadrement médical dont l'établissement dispose et d'autre part de la disponibilité médicale requise de 15 minutes par séance de bilan en moyenne (cf. article 24, § 3) et de 2,5 minutes en moyenne pour des séances de rééducation ordinaires (cf. articles 27, § 5, et 28, § 5). Le nombre maximum de séances de bilan ne peut jamais dépasser 30 % de la capacité théorique réalisable.

Article 41. § 1^{er}. Afin de calculer la part réalisée de la capacité maximale de facturation, chaque séance décrite au point IV correspond à un nombre déterminé. Ces nombres sont mentionnés dans le TABLEAU 3.

TABLEAU 3 : part de la capacité maximale de facturation

3 forfaits	= 3
2,75 forfaits	= 2,75
2,66 forfaits	= 2,66
2,5 forfaits	= 2,5
2,33 forfaits	= 2,33
2,25 forfaits	= 2,25
2 forfaits	= 2
1,75 forfait	= 1,75
1,66 forfait	= 1,66
1,5 forfait	= 1,5
1,33 forfait	= 1,33
1,25 forfait	= 1,25
1 forfait	= 1
0,75 forfait	= 0,75
0,66 forfait	= 0,66
0,50 forfait	= 0,50
0,33 forfait	= 0,33
0,25 forfait	= 0,25
1 forfait pour un bénéficiaire n'ayant pas encore atteint son 4 ^e anniversaire : 1 thérapeute 30 minutes face au bénéficiaire et simultanément 30 minutes face à la famille, ou 2 thérapeutes simultanément 30 minutes face au bénéficiaire	
	= 1

Les chiffres du tableau 3 correspondant à 2,25, 2,33, 2,5, 2,66, 2,75 et 3 forfaits sont uniquement valables pour porter en compte des journées de rééducation complètes qui ont été réalisées à l'intention de bénéficiaires faisant partie du groupe 1 de l'article 3. Le chiffre du tableau 3 correspondant à 3 forfaits est également valable pour porter en compte la « prestation préliminaire (intake) » à l'intention de bénéficiaires faisant partie du groupe 1.

Article 42. L'établissement s'engage à ne jamais dépasser la capacité théorique réalisable et le nombre maximum de séances de bilan fixés à l'article 39, § 1^{er}, et à l'article 40.

Article 43. § 1. La « capacité normale de facturation » de l'établissement pour les séances décrites au point IV est fixée à 90 % de la capacité théorique réalisable de l'établissement fixée à l'article 39, § 1^{er}. Elle s'élève à séances remboursables par les organismes assureurs.

Afin de calculer la part réalisée de cette capacité normale de facturation, chaque séance décrite au point IV correspond à un nombre déterminé. Ces nombres figurent dans le TABLEAU 3 ci-dessus.

§ 2. En cas de dépassement de la « capacité normale de facturation » au cours d'une année civile, l'établissement s'engage, pour les séances de rééducation qui sont réalisées au-delà de la « capacité normale de facturation », à ne pas facturer aux organismes assureurs les montants mentionnés dans les TABLEAUX 1 et 2, mais uniquement des montants réduits. Les montants réduits pouvant être attestés dans ce cas s'élèvent à 50 % du forfait fixé à l'article 25, § 2, et à 50 % des montants fixés dans les TABLEAUX 1 et 2 ci-dessus établis sur la base du forfait susmentionné.

L'établissement s'engage aussi à ne jamais dépasser pour une année civile la « capacité maximale de facturation » telle que fixée à l'article 39, § 1^{er}. Au-dessus de la capacité maximale de facturation, toute séance réalisée au cours d'une année civile ne sera plus facturée, ni aux organismes assureurs, ni aux bénéficiaires.

§ 3. Pour l'année civile d'entrée en vigueur de la présente convention et pour l'année civile d'expiration, il faut diminuer proportionnellement les nombres relatifs à la « capacité normale de facturation », à la « capacité maximale de facturation » et à la « capacité théorique réalisable » en tenant compte de la période

de validité de la présente convention au cours de ces années civiles.

Article 44. Sans préjudice de l'article 39, en aucun cas le montant total représenté par les séances remboursables effectuées au cours d'une année civile face à un bénéficiaire ou face à un ou plusieurs membres de sa famille ou face à ses enseignants, ne peut dépasser 101,111 % du montant représenté par la capacité normale de facturation.

Article 45. Pour les prestations qui sont facturées aux organismes assureurs, la facture doit mentionner un pseudo-code et un code supplémentaire (la « prestation relative ») qui reproduit la valeur de la prestation. Selon le groupe cible - visé à l'article 3 - auquel appartient le bénéficiaire, la nature de la séance et l'obligation ou non de facturer les prix diminués, d'autres codes doivent être utilisés. Les pseudo-codes sont mentionnés dans le TABLEAU 4 pour les bénéficiaires ambulatoires et dans le TABLEAU 5 pour les bénéficiaires hospitalisés. Les « prestations relatives » sont indiquées dans le TABLEAU 6.

TABLEAU 4 : séances pour bénéficiaires ambulatoires – pseudo-codes à utiliser			
<u>Groupes cibles⁵</u> <u>(cf. art. 3)</u>	<u>Séances qui font partie d'un bilan initial (cf. art. 23)</u>	<u>Séances de rééducation ordinaires (cf. art. 27)</u>	<u>Séances de groupe pour enseignants (cf. art. 28)</u>
Groupe 1	796014	796412	796795
Groupe 2	796036	796434	796810
Groupe 3	796051	796456	796832
Groupe 4	796073	796471	796854
Groupe 5	796095	796493	796876
Groupe 6	796110	796515	796891
Groupe 7	796132	796530	796913
Groupe 8	796154	796552	796935
Groupe 9	796176	796574	796950
Groupe 10	796191	796596	796972
Groupe 11	796213	796611	796994
Groupe 12	796235	796633	797016
Groupe 13	796250	796655	797031
Groupe 14	796272	796670	797053
Groupe 20	797193	797215	797230
Nomenclature de logopédie (sans préjudice de l'art. 8, § 2, de la présente convention)	796390	-	-

TABLEAU 5 : séances pour patients hospitalisés – pseudo-codes à utiliser			
<u>Groupes cibles</u> <u>(cf. art. 3)</u>	<u>Séances qui font partie d'un bilan initial (cf. art. 23)</u>	<u>Séances de rééducation ordinaires (cf. art. 27)</u>	<u>Séances de groupe pour enseignants (cf. art. 28)</u>
Groupe 1	796025	796423	796806

⁵ ou groupe cible supposé s'il s'agit d'un bilan initial.

Groupe 2	796040	796445	796821
Groupe 3	796062	796460	796843
Groupe 4	796084	796482	796865
Groupe 5	796106	796504	796880
Groupe 6	796121	796526	796902
Groupe 7	796143	796541	796924
Groupe 8	796165	796563	796946
Groupe 9	796180	796585	796961
Groupe 10	796202	796600	796983
Groupe 11	796224	796622	797005
Groupe 12	796246	796644	797020
Groupe 13	796261	796666	797042
Groupe 14	796283	796681	797064
Groupe 20	797204	797226	797241
Nomenclature de logopédie (sans préjudice de l'art. 8, § 2, de la présente convention)	796401	-	-

TABLEAU 6 : Code « prestation relative » (= valeur relative de la prestation)		
Forfaits attestables (cf. les art. 26, 27 et 28 et les tableaux 1 et 2)	Séances jusque et y compris l'obtention de la capacité normale de facturation	Séances dépassant la capacité normale de facturation jusques et y compris l'obtention de la capacité maximale de facturation
3 forfaits	0083005	0053001
2,75 forfaits	0082751	0052754
2,66 forfaits	0082666	0052662
2,5 forfaits	0082504	0052500
2,33 forfaits	0082331	0052334
2,25 forfaits	0082250	0052253
2 forfaits ^a	0082003	0052006
1,75 forfait	0081756	0051752
1,66 forfait	0081664	0051660
1,5 forfait ^a	0081502	0051505
1,33 forfait	0081336	0051332
1,25 forfait	0081255	0051251
1 forfait ^a	0081001	0051004
0,75 forfait	0080754	0050750
0,66 forfait	0080662	0050665
0,50 forfait	0080500	0050503
0,33 forfait	0080334	0050330
0,25 forfait	0080253	0050256

^a Pour les séances qui font partie d'un bilan initial (cf. art. 23), seuls ces forfaits peuvent être facturés.

Les chiffres du tableau 6 correspondant à 2,25, 2,33, 2,5, 2,66, 2,75 et 3 forfaits sont uniquement valables pour porter en compte des journées de rééducation complètes qui ont été réalisées à l'intention de bénéficiaires faisant partie du groupe 1. Les chiffres du tableau 6 correspondant à 3 forfaits sont également valables pour porter en compte la « prestation préliminaire (*intake*) » à l'intention de bénéficiaires faisant partie du groupe 1.

VII – INTERDICTIONS DE CUMUL

VII – A – Prestations effectuées par le personnel de l'établissement

Article 46. § 1^{er}. Sauf certaines exceptions précisées dans les articles 47, 48 et 49 de la présente convention, les actes ou interventions effectués par le personnel de l'établissement dans l'établissement ou en dehors de celui-ci pour un bénéficiaire suivant une rééducation dans l'établissement ne peuvent jamais être attestés séparément (en plus des séances remboursables prévues par la présente convention) au bénéficiaire concerné ou à son organisme assureur. Cette interdiction vaut pendant toute la période de prise en charge de la rééducation. Elle est d'application non seulement les jours où des séances sont réalisées dans le cadre de cette convention mais aussi les jours où aucune séance n'est réalisée dans le cadre de la présente convention.

Cette interdiction s'applique aussi :

- Aux actes ou interventions du personnel de l'établissement qui s'inscrivent dans l'anamnèse effectuée par l'équipe dont il est question à l'article 34, § 2 ;
- Aux actes ou interventions du personnel de l'établissement qui sont effectués dans l'établissement pour un ou plusieurs membres de la famille (parents, partenaire, ...) d'un bénéficiaire engagé dans un programme de rééducation ;
- Aux actes ou interventions du personnel de l'établissement qui sont effectués en dehors de l'établissement pour un ou plusieurs membres de la famille (parents, partenaire, ...) d'un bénéficiaire engagé dans un programme de rééducation et qui font partie de la durée requise d'une séance de rééducation pour ce bénéficiaire ou qui sont effectués pendant la période de travail du membre du personnel concerné dans le cadre de la présente convention ;
- Aux actes ou interventions du personnel de l'établissement qui seraient exceptionnellement effectués dans l'établissement pour un bénéficiaire ou un ou plusieurs membres de sa famille après la fin de la période de rééducation prise en charge.

§ 2. Par « période de prise en charge de la rééducation », on entend dans le présent article ainsi que dans les articles 51 à 54 inclus tant la période de prise en charge du bilan initial que la période de prise en charge du programme multidisciplinaire de rééducation qui suit le bilan initial. L'établissement peut cependant toujours communiquer la date d'arrêt du programme de rééducation au médecin-conseil.

§ 3. Les dispositions de cet article s'appliquent aussi à un établissement qui fait partie d'un hôpital. Toutefois, par dérogation à ces dispositions, les prestations ou actes suivants peuvent être attestés par le personnel d'un établissement qui fait partie d'un hôpital :

- Les prestations figurant dans la nomenclature des prestations de santé (AR du 14 septembre 1984) qui sont dispensées par le personnel de l'établissement, dans l'établissement, à un ou plusieurs membres de la famille (parents, partenaire,...) d'un bénéficiaire suivant un programme de rééducation, peuvent être attestées séparément à condition qu'elles ne fassent pas partie de la durée requise d'une séance de rééducation pour le bénéficiaire et qu'elles ne soient pas effectuées au cours de la période de travail du membre du personnel concerné dans le cadre de la présente convention
- Les prestations figurant dans la nomenclature des prestations de santé (AR du 14 septembre 1984) qui sont dispensées par le personnel de l'établissement, dans l'établissement, à un bénéficiaire ou à un ou plusieurs membres de sa famille après la fin de la période de rééducation prise en charge, peuvent être attestées séparément à condition qu'elles ne soient pas effectuées au cours de la période de travail du membre du personnel concerné dans le cadre de la présente convention

Article 47. § 1^{er}. Les médecins de l'établissement sont tenus, dans le cadre de leurs activités dans le centre, d'assurer le suivi médical des pathologies ou troubles qui sont à la base de la rééducation du bénéficiaire dans le centre.

L'établissement et ses médecins, doivent organiser le fonctionnement de l'établissement de telle manière que les consultations diagnostiques, les consultations de suivi, les consultations concernant le soutien pharmacologique du bénéficiaire, et les consultations concernant la prescription de prestations de kinésithérapie (*si le cumul des prestations de physiothérapie avec le programme de rééducation en vertu de la présente convention est autorisé et qu'elles soient prescrites par le médecin de l'établissement*) puissent avoir lieu au sein de l'établissement, dans le cadre du programme de rééducation proposé au bénéficiaire, à condition que ces consultations soient liées aux pathologies ou troubles qui sont à la base de la rééducation

du bénéficiaire dans le centre. Le même principe est également valable pour tous les autres actes qui ressortissent aux médecins en vertu des fiches synoptiques en annexe à la présente convention. Les médecins de l'établissement, ne peuvent jamais porter en compte séparément les actes précités, prestations et interventions (outre les séances remboursables prévues par la présente convention) au bénéficiaire ou à l'organisme assureur, que ces actes, prestations et interventions soient effectués dans ou à l'extérieur de l'établissement.

Les médecins de l'établissement ne peuvent jamais attester séparément des psychothérapies telles que définies à l'article 2 de la nomenclature des prestations de santé (AR du 14 septembre 1984) (à côté ou en plus des séances remboursables prévues dans la présente convention) au bénéficiaire ou à l'organisme assureur, que ces psychothérapies soient réalisés dans ou hors de l'établissement.

§ 2. Excepté pour les prestations visées au § 1^{er} du présent article, les prestations figurant dans la nomenclature des prestations de santé (AR du 14 septembre 1984), peuvent être portées en compte séparément par les médecins de l'établissement au bénéficiaire, avec intervention de l'assurance, à condition qu'elles ne fassent pas partie de la durée requise d'une séance de rééducation pour le bénéficiaire, qu'elles ne soient pas effectuées au cours de la période de travail du médecin concerné dans le cadre de la présente convention et qu'elles soient effectuées en dehors des locaux de l'établissement les jours où aucune séance de rééducation n'est réalisée pour le bénéficiaire.

§ 3. Les prestations techniques médicales visées à l'article 3 § 1^{er} de la nomenclature sus-nommée peuvent toujours être attestées séparément par les médecins de l'établissement au bénéficiaire, avec l'intervention de l'assurance, si elles ne font pas partie de la durée requise d'une séance de rééducation pour le bénéficiaire et si elles ne sont pas effectuées au cours de la période de travail du médecin concerné dans le cadre de la présente convention.

Le même principe est d'application pour les prestations techniques médicales spéciales visées à l'article 10 et suivants de la nomenclature précitée, sauf quand il s'agit de prestations de physiothérapie comme prévu aux articles 22 et 23 de la nomenclature des prestations de santé (AR du 14 septembre 1984). Pour de telles prestations de physiothérapie les règles de l'article 52 de la présente convention prévalent.

Article 48. § 1^{er} Les audiciens et les audiologues qui font partie du personnel de l'établissement sont tenus, dans le cadre de leurs activités dans l'établissement, pour les bénéficiaires souffrant d'une déficience auditive, ou lorsqu'il y a un soupçon de déficience auditive, de garantir ou de contribuer entre autres

- aux tests diagnostiques d'audition (à l'exception des tests effectués en vue de la fourniture d'un appareil auditif),
- à l'accompagnement lors du réglage optimal des appareils auditifs,
- à la prise en charge après l'implantation d'un implant cochléaire (entraînement de réadaptation auditive, réglage optimal de l'implant cochléaire, ...)
- à la réadaptation auditive en général,
- à d'autres actes ou interventions qui, en vertu des fiches synoptiques jointes en annexes, ressortissent aux responsabilités de l'audicien ou de l'audiologue.

L'établissement et ses audiciens et audiologues, doivent organiser le fonctionnement de l'établissement de telle sorte que les activités susmentionnées puissent être réalisées dans l'établissement dans le cadre du programme de rééducation que l'établissement propose au bénéficiaire, si le bénéficiaire est suivi pour des troubles de l'audition ou un soupçon de troubles auditifs.

§ 2. Sauf pour les prestations visées au § 1^{er} du présent article, les prestations figurant dans l'article 31 de la nomenclature des prestations de santé (AR du 14 septembre 1984), peuvent être attestées séparément par les audiciens de l'établissement au bénéficiaire, avec intervention de l'assurance, à condition qu'elles ne fassent pas partie de la durée requise d'une séance de rééducation pour le bénéficiaire et qu'elles ne soient pas effectuées au cours de la période de travail de l'audicien concerné dans le cadre de la présente convention

Pour les bénéficiaires qui pour ces prestations font appel à un audicien de l'établissement, il doit être préalablement spécifié que ces prestations ne font pas partie du programme de rééducation de l'établissement et seront dès lors facturées séparément.

Article 49. En vertu des dispositions de l'article 53, la rééducation dans l'établissement peut dans certains cas être cumulée avec des prestations de kinésithérapie qui sont remboursables en vertu de l'article 7 de la nomenclature des prestations de santé (AR du 14 septembre, 1984).

Pour un bénéficiaire pour qui, en plus des séances remboursables dans le cadre de la présente convention, des prestations complémentaires de kinésithérapie monodisciplinaire (article 7 de la nomenclature des prestations de santé - AR du 14 septembre, 1984) peuvent être attestées, un kinésithérapeute qui fait partie du personnel de l'établissement, peut effectuer ces prestations, à condition que ces prestations de la nomenclature ne fassent pas partie de la durée exigée d'une séance de rééducation pour le bénéficiaire, qu'elles ne soient pas effectuées au cours de la période de travail du kinésithérapeute dans le cadre de la présente convention et qu'elles soient dispensées en dehors des locaux de l'établissement.

Article 50. En vertu des dispositions des articles 47, 48 et 49 de la présente convention, les médecins, les audiciens et les kinésithérapeutes qui font partie du personnel de l'établissement, peuvent attester certaines prestations remboursables pour les bénéficiaires sur la base de la nomenclature des prestations de santé.

Les bénéficiaires sont toutefois toujours libres de choisir le dispensateur de soins auquel ils souhaitent faire appel pour ces prestations.

L'établissement et les membres du personnel concernés, n'encourageront en aucune façon les bénéficiaires et leurs familles à faire appel à un dispensateur de soins qui travaille également pour l'établissement en vertu de l'accord. Si un bénéficiaire et / ou sa famille s'informe auprès du dispensateur concerné quant à la possibilité d'effectuer certaines prestations de la nomenclature, ce dispensateur de soins signalera de manière tout à fait neutre qu'il peut être fait appel à d'autres dispensateurs de soins et qu'on n'attend pas du bénéficiaire que celui-ci fasse appel à un dispensateur de soins qui travaille pour l'établissement.

VII – B – Cumul avec les prestations de kinésithérapie-, physiothérapie et logopédie et avec d'autres prestations de rééducation fonctionnelle.

Article 51. Un bénéficiaire ne peut jamais cumuler le programme de rééducation de l'établissement, pendant toute la période de prise en charge de la rééducation, avec un des programmes mentionné à l'article 35 § 2 qui en vertu de cet article qui implique automatiquement que l'accord de prise en charge de la rééducation dans l'établissement est caduc dès qu'une demande de prise en charge d'un programme de rééducation visé à l'article 35 § 2 est introduit pour le bénéficiaire.

Cette disposition n'est pas seulement d'application les jours où des séances sont réalisées dans le cadre de la présente convention, mais aussi les jours où aucune séance n'est réalisée dans le cadre de la présente convention.

Il n'est pas exclu que la rééducation dans l'établissement soit précédée ou suivie d'un des programmes de rééducation visés à l'article 35 § 2.

Article 52. Un bénéficiaire qui suit le programme de rééducation du groupe 1 ou du groupe 14, ne peut jamais, au cours de toute la période de prise en charge, cumuler le programme de rééducation dans l'établissement avec des prestations de physiothérapie qui figurent à l'article 22, II, a et b de la nomenclature des prestations de santé (AR du 14 septembre 1984), à savoir les prestations thérapeutiques, les prestations de rééducation et les traitements de rééducation qui figurent dans cet article 22 de la nomenclature.

Cette disposition n'est pas seulement d'application les jours où des séances sont réalisées dans le cadre de la présente convention mais également les jours où aucune séance n'est réalisée dans le cadre de la présente convention.

Pour ces bénéficiaires, le cumul du programme de rééducation avec les prestations de physiothérapie figurant dans l'article 22 I de la nomenclature des prestations de santé (AR du 14 septembre 1984), à savoir les prestations diagnostiques de physiothérapie, est possible.

Article 53. § 1^{er}. Un bénéficiaire ne peut jamais cumuler le programme de rééducation dans l'établissement, pendant toute la période de prise en charge de la rééducation, avec des prestations de kinésithérapie qui figurent à l'article 7 de la nomenclature des prestations de santé (AR du 14 septembre, 1984).

Cette disposition s'applique non seulement aux jours où des séances sont réalisées dans le cadre de la présente convention, mais aussi les jours où aucune séance n'est effectuée dans le cadre de la présente convention.

Dans les cas suivants, les prestations de kinésithérapie, peuvent toutefois, encore être effectuées en dehors de l'établissement:

- Pour les bénéficiaires appartenant au groupe 14 (paralysie cérébrale) ;
- Pour les bénéficiaires qui souffrent d'un des troubles visés à l'article 7, § 3, 3^o de l'arrêté royal du 23 mars 1982 portant fixation de l'intervention personnelle des bénéficiaires ou de l'intervention de l'assurance-soins de santé dans les honoraires pour certaines prestations (il s'agit ici des « pathologies E ») ;
- Exceptionnellement et avec l'approbation du médecin-conseil de l'organisme assureur du bénéficiaire, après une demande de dérogation adressée par l'établissement au médecin conseil pour un bénéficiaire qui devrait temporairement pouvoir bénéficier de prestations de kinésithérapie en raison d'une affection qui n'a aucun rapport avec la rééducation du bénéficiaire dans l'établissement.
- Pendant la période de prise en charge d'un bilan initial multidisciplinaire dans l'établissement, lorsque préalablement au démarrage du bilan initial, une période de prise en charge des prestations de kinésithérapie était déjà en cours. Dans ce cas, les prestations de kinésithérapie monodisciplinaire peuvent être poursuivies, même après que le bilan multidisciplinaire initial dans l'établissement soit terminé, jusqu'à ce que l'établissement démarre avec des séances de rééducation multidisciplinaire ordinaires.

§ 2. En dérogation aux dispositions du § 1^{er} du présent article, un bénéficiaire ne peut jamais cumuler, au cours de la même période, le programme de rééducation dans l'établissement avec des prestations de kinésithérapie qui sont visées à l'article 7, § 1^{er}, 6^o, de la nomenclature en raison de la situation « troubles psychomoteurs de développement » tel qu'ils sont définis au § 14, 5^o, B. b) du même article de la nomenclature. Ce cumul est toutefois possible pendant la période de prise en charge d'un bilan initial multidisciplinaire.

Article 54. § 1. Un bénéficiaire ne peut jamais cumuler le programme de rééducation dans l'établissement, pendant toute la période de prise en charge de la rééducation, avec des prestations de logopédie qui figurent à l'article 36 de la nomenclature des prestations de santé (AR du 14 septembre 1984), excepté dans les cas suivants:

1^o si l'article 36 de la nomenclature autorise explicitement le cumul de la rééducation dans l'établissement avec des prestations de logopédie monodisciplinaires. Dans ces cas, les prestations de logopédie peuvent uniquement être attestées les jours où aucune séance de rééducation (séance de bilan ou rééducation ordinaire) n'est réalisée.

2^o au cours de la période de prise en charge d'un bilan multidisciplinaire initial dans l'établissement, si préalablement au démarrage du bilan initial dans l'établissement, une période de prise en charge des prestations de logopédie était en cours. Dans ce cas, les prestations de logopédie monodisciplinaire peuvent être poursuivies, même après que le bilan multidisciplinaire initial dans l'établissement soit terminé, jusqu'à ce que l'établissement démarre avec des séances de rééducation multidisciplinaire ordinaires. Cependant les prestations de logopédie ne peuvent être attestées que les jours où l'établissement réalise une séance de bilan.

L'interdiction de cumul n'est pas uniquement d'application les jours où des séances sont réalisées dans le cadre de la présente convention mais également les jours où aucune séance n'est réalisée dans le cadre.

§ 2. Si l'établissement estime sur la base du bilan initial que le bénéficiaire nécessite un pro-

gramme de rééducation multidisciplinaire, l'établissement est tenu, avant d'entamer le programme de rééducation multidisciplinaire, donc avant que la première séance de rééducation ordinaire soit réalisée, d'en informer le logopède traitant (excepté dans le cas visé au § 1er, 1° où l'article 36 de la nomenclature autorise le cumul de la rééducation dans l'établissement avec des prestations monodisciplinaires de logopédie).

§ 3. En application des dispositions de l'article 46, les logopèdes qui font partie du personnel de l'établissement, ne peuvent jamais effectuer de prestations de logopédie remboursables pour des bénéficiaires de l'établissement, que ces prestations soient effectuées intra ou extra muros et pendant ou en dehors de la période de travail de ces logopèdes dans l'établissement.

Article 55. Pendant les heures d'ouverture de l'établissement visées à l'article 57 § 2, aucune prestation ne sera effectuée ou facturée pour un patient dont la rééducation n'est pas prise en charge dans le cadre de la présente convention ni au patient qui paie lui-même, ni à un patient ou à l'organisme assureur dans le cadre de l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, soit dans le cadre de l'arrêté royal du 10 janvier 1991 établissant la nomenclature des prestations de rééducation.

Afin de maintenir une nette distinction entre un C.R.A. multidisciplinaire et la logopédie mono-disciplinaire, l'établissement n'effectuera également jamais de prestations de logopédie remboursables prévues dans la nomenclature intra muros même en dehors des heures d'ouverture prévues de l'établissement, et pas davantage pour des patients qui ne sont pas bénéficiaires de la présente convention.

Ces dispositions ne s'appliquent toutefois pas aux hôpitaux avec lesquels cette convention a été conclue, et aux prestations de la nomenclature qui peuvent être réalisées en vertu de l'article 48, § 2, par les audiciens de l'équipe.

Article 56. L'établissement s'engage à prendre toutes les mesures nécessaires pour assurer l'application des articles 46 à 55 inclus, et ce, tant vis-à-vis de son personnel que vis-à-vis des bénéficiaires. À cette fin, il s'engage à attirer l'attention par écrit, des bénéficiaires sur le fait que durant la période de rééducation prise à charge, certaines prestations de la nomenclature ne sont plus remboursables, avec accusé de réception et signé par le bénéficiaire. Une copie de ce document signé est conservée par l'établissement.

VIII - PERSONNEL DE L'ÉTABLISSEMENT

VIII – A – Dispositions générales

Article 57. § 1^{er}. Le cadre prévu du personnel médical et thérapeutique, mentionné dans l'annexe à la présente convention, effectuera, pendant les heures prises en compte pour le calcul du forfait figurant à l'annexe de cette convention, exclusivement des activités dans le cadre de cette convention ; pendant le temps d'occupation pris en considération pour le calcul du forfait, l'établissement réalisera donc exclusivement les programmes et séances de rééducation fonctionnelle dont question aux points II et IV, et ce à l'intention des bénéficiaires visés au point I.

§ 2. L'horaire des heures d'ouverture de l'établissement, dans lequel les heures prises en compte citées au § 1^{er} sont comprises, est établi par plages ininterrompues de demi-journées (au minimum 3 heures).

L'établissement s'engage à joindre, à titre d'information, annuellement cet horaire en annexe aux comptes annuels visé à l'article 75.

L'établissement s'engage à communiquer par lettre au Service des soins de santé de l'INAMI toute éventuelle modification de cet horaire, au moins un mois avant son entrée en vigueur.

§ 3. Durant l'horaire visé au § 2, dans l'établissement aucune prestation pour un patient dont la rééducation fonctionnelle n'est pas prise en charge dans le cadre de la présente convention ne sera effectuée ou facturée, ni à un patient payant lui-même, ni à un patient ou aux organismes assureurs dans le cadre de l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière de soins de santé et indemnités ou dans le cadre de l'arrêté royal du 10 janvier 1991 établissant la nomenclature des prestations de rééducation.

La présente disposition ne s'applique cependant pas aux hôpitaux avec lesquels la présente convention a été conclue.

Article 58. § 1^{er}. Afin de garantir la qualité de la rééducation fonctionnelle, l'établissement s'engage à employer en permanence le cadre du personnel prévu à l'annexe à cette convention, de sorte que l'établissement dispose toujours d'un cadre du personnel dont le volume (exprimé en équivalents temps plein, ETP) correspond au cadre du personnel mentionné en annexe, sauf si l'établissement recourt aux dérogations prévues au § 2 du présent article.

Plus particulièrement, l'établissement s'engage à toujours prendre toutes les dispositions afin d'éviter qu'une fonction prévue au cadre du personnel ne soit pas remplie. Ainsi, dès qu'une fonction prévue au cadre du personnel sera vacante à la suite d'une démission, d'un licenciement ou pour un motif justifié d'absence de longue durée (interruption de carrière, congé sans solde, maladie, ...), l'établissement prendra immédiatement des mesures afin de pourvoir au remplacement du membre du personnel temporairement ou définitivement absent.

Le coût de l'emploi du cadre du personnel prévu en annexe est supposé être entièrement supporté par l'établissement sur la base des revenus qui peuvent être puisés dans la présente convention. Dès lors, les fonctions prévues dans le cadre du personnel ne peuvent jamais être remplies par du personnel qui serait occupé dans ces fonctions dans le cadre d'un régime de financement sur la base duquel d'autres organes publics interviennent en tout ou partie, directement ou indirectement, dans le coût salarial de ce personnel.

Si des membres du personnel devaient être dispensés de prestations de travail dans le cadre de la problématique de fin de carrière, conformément aux dispositions de la CCT en la matière, cette dispense de prestations de travail doit être compensée par de nouvelles embauches ou par une augmentation de la durée de travail d'autres membres du personnel. Ce personnel supplémentaire doit être occupé en sus du cadre du personnel prévu en annexe. Le financement de ces emplois compensatoires (et de la prime des membres du personnel qui peuvent prétendre à cette dispense de prestations de travail mais ne l'utilisent pas) sort du cadre de la présente convention, mais ne la contredit pas. La présente convention n'en tient cependant compte en aucune manière : par conséquent, le nombre d'heures de travail prévu en annexe pour chaque membre du personnel ne tient pas compte de l'éventuelle dispense de prestations de travail pour ce membre du personnel et le coût salarial calculé en annexe ne tient pas compte de la prime qui est due aux membres du per-

sonnel qui peuvent prétendre à cette dispense de prestations de travail mais n'en font pas usage.

La présente convention ne tient pas non plus compte de tous les régimes possibles sur la base desquels l'établissement peut bénéficier d'une réduction des cotisations ONSS, en échange d'embauches compensatoires. Toutefois, les fonctions prévues en annexe dans le cadre du personnel ne peuvent jamais être remplies par du personnel qui a été recruté par l'établissement en compensation à une réduction des cotisations ONSS. Si l'établissement bénéficie d'une réduction des cotisations ONSS en échange de laquelle du personnel supplémentaire doit être occupé, ce personnel supplémentaire doit toujours être occupé en sus du cadre du personnel prévue en annexe.

§ 2. En fonction d'un glissement fondamental vers des programmes de rééducation fonctionnelle adaptés (programmes « state of the art » et « *evidence-based* »), pour les groupes cibles prévus à l'article 3, à savoir ces groupes cibles qui répondent à un diagnostic catégoriel médical spécifique et qui sont confrontés aux limitations fonctionnelles qui en découlent, l'établissement peut cependant - le cas échéant - procéder à des glissements entre les disciplines non médicales dans le cadre du personnel et ce, dans les conditions suivantes :

- le glissement n'entraîne aucune modification du nombre d'ETP de l'encadrement médical employé par l'établissement ;
- le glissement n'entraîne aucune diminution du nombre d'ETP du personnel thérapeutique (personnel thérapeutique au sens de l'article 12, § 2) occupé par l'établissement. Le nombre d'ETP du personnel thérapeutique occupés par l'établissement ne peut donc pas devenir inférieur au nombre d'ETP du personnel thérapeutique de l'établissement, mentionné dans l'annexe à la présente convention. Le nombre d'ETP du personnel thérapeutique peut cependant augmenter si du personnel non thérapeutique était remplacé par du personnel thérapeutique ;
- le nombre total d'ETP du personnel, prévu dans l'annexe à la présente convention, n'est pas augmenté. Il peut toutefois légèrement diminuer si l'établissement décide de remplacer un membre du personnel non thérapeutique sortant par un membre du personnel thérapeutique ou non thérapeutique supplémentaire qui peut prétendre à un barème supérieur et qui est occupé moins d'heures par semaine que son prédécesseur. Si l'établissement décide de remplacer un membre du personnel non thérapeutique sortant par un nombre inférieur d'ETP du personnel thérapeutique ou non thérapeutique, le salaire annuel brut du remplaçant ne peut toutefois jamais être inférieur de 10 % au salaire annuel brut du membre du personnel qui a quitté sa fonction et est remplacé. Ce critère de 10 % ne s'applique que si un membre du personnel non-thérapeutique qui a démissionné est remplacé par du personnel thérapeutique ou non-thérapeutique pour un nombre inférieur d'ETP. Le critère de 10 % ne s'applique donc pas si un membre du personnel démissionnaire est remplacé pour un même nombre d'ETP.
- le glissement entre disciplines n'entraîne pas, à la date de son exécution, d'augmentation du coût salarial (le salaire annuel brut du membre du personnel nouvellement entré en service ne dépasse pas le salaire annuel brut du membre du personnel qui a quitté la fonction et doit être remplacé). Ce n'est que si un membre du personnel sortant est remplacé par un membre du personnel plus qualifié et pouvant prétendre à un barème supérieur (et éventuellement une ancienneté plus importante) que le salaire annuel brut du remplaçant peut dépasser de 10 % maximum le salaire annuel brut de son prédécesseur. De tels remplacements qui entraînent un surcoût (de 10 % maximum) doivent toutefois rester exceptionnels : par rapport au cadre du personnel fixé en annexe à la convention (ou à de futurs avenants), de tels remplacements doivent donc se limiter à 1 ETP maximum. Le critère de 10 % ne s'applique pas pour le glissement entre disciplines lorsque les barèmes du membre du personnel démissionnaire et engagé sont identiques ou pour le remplacement d'un membre du personnel par un autre membre du personnel ayant la même qualification et le même barème ; dans un tel cas le surcoût engendré par des différences en ancienneté peut donc toujours compter plus de 10 %.
- si l'établissement remplace un membre du personnel non thérapeutique par un membre du personnel thérapeutique supplémentaire, entraînant ainsi une augmentation du nombre d'ETP du personnel thérapeutique, le calcul de la capacité et du forfait en tiendra compte au plus tard lors du prochain recalcul du coût salarial de l'établissement. Toutefois, le Comité de l'assurance peut éventuellement insérer, à une date antérieure (mais jamais rétroactivement), cette augmentation de capacité dans la convention via un avenant à la convention.

Les modifications du cadre du personnel qui ne répondent pas aux conditions susmentionnées

sont possibles uniquement sur la base d'un avenant à la convention approuvé par le Comité de l'assurance (après avis de la Commission de contrôle budgétaire en la matière) et sous réserve que le budget de l'assurance soins de santé dispose encore de moyens spécifiques à cet effet.

§ 3. L'établissement n'est pas tenu de remplacer un membre du personnel qu'il a licencié, qui, à la demande de l'établissement, ne travaille plus au cours de la période du préavis légal rémunéré, et ce aussi longtemps que le membre du personnel licencié est encore effectivement rémunéré par l'établissement. L'établissement n'est pas davantage tenu de remplacer un membre du personnel absent pour maladie au cours de la période légale de salaire garanti, pendant laquelle le membre du personnel malade est encore effectivement rémunéré par l'établissement.

§ 4. L'établissement s'engage à informer annuellement le Service des soins de santé de l'INAMI au sujet du personnel effectivement en fonction dans l'établissement et ce, sur la base du modèle que le Service des soins de santé impose en la matière. Cet aperçu annuel du personnel constitue une annexe aux comptes annuels visés à l'article 75.

§ 5. Dès qu'une fonction n'est plus pourvue dans le cadre médical de l'établissement par suite de démission, de licenciement ou pour des motifs d'absence de longue durée (interruption de carrière, congé sans solde, maladie, ...), l'établissement en informera le Collège des médecins-directeurs. À cette occasion, l'établissement communiquera les données suivantes au Collège des médecins-directeurs :

- le nombre d'heures qui ne sont ou ne seront plus pourvues dans le cadre médical si la fonction est vacante ;
- le nom et l'ancienneté (en années et mois) du médecin qui est en absence définitive ou provisoire, absence par laquelle la fonction n'est plus pourvue ;
- la date à partir de laquelle la fonction est vacante ;
- les motifs pour lesquels cette fonction n'est plus pourvue. Si l'on savait d'avance que cette fonction deviendrait vacante, il convient également de préciser depuis quand ;
- la composition de la partie du cadre médical qui, elle, est pourvue, en mentionnant les données suivantes pour chaque médecin qui en fait partie :
 - le nom du médecin
 - le numéro d'agrément du médecin
 - le nombre d'heures de travail par semaine (dans le cadre d'une semaine de 38 heures de travail).

Une fonction du cadre médical est vacante dès que celle-ci n'est plus pourvue ou n'est plus pourvue par un médecin disposant d'une des spécialisations visées à l'article 12 pour pouvoir faire partie du cadre médical. En cas d'absence pour maladie, une fonction du cadre médical est considérée comme n'étant plus pourvue si la période de maladie dépasse la durée de 31 jours.

Dès que la fonction vacante du cadre médical est de nouveau pourvue, l'établissement en informera le Service des soins de santé et communiquera en ce qui concerne le ou les médecins qui occupent la fonction les données susmentionnées (nom, numéro d'agrément, nombre d'heures de travail par semaine). Si la composition du cadre médical qui était encore pourvu précédemment a été modifiée depuis la communication au Collège des médecins-directeurs selon laquelle une fonction du cadre médical était vacante ou viendrait à devenir vacante, l'établissement communiquera de nouveau la composition complète du cadre médical.

§ 6. Si le Comité de l'assurance constate que l'établissement n'a pas respecté les dispositions du § 1^{er} du présent article (compte tenu des glissements autorisés en vertu du § 2), il peut décider, en plus d'autres mesures jugées utiles, de diminuer d'un certain montant et pendant une certaine période les montants fixés à l'article 25, § 2 (et les montants qui en découlent, mentionnés aux articles 27 et 28). En aucun cas, cette période ne peut dépasser la durée de non-respect des dispositions du § 1^{er}, alinéa 1^{er}, du présent article et en tout cas, l'établissement doit avoir eu l'occasion d'expliquer par écrit les raisons de ce non-respect.

Si en même temps, les dispositions, d'une part, du § 1^{er} et, d'autre part, du § 4 et/ou du § 5 du présent article ne sont pas respectées, une réduction peut en tout cas être appliquée, quels que soient les motifs de non-respect.

Le montant maximal dont le prix forfaitaire fixé à l'article 25, § 2, peut être réduit, est calculé en déterminant :

- dans une première étape, le salaire annuel brut que les heures de travail non pourvues représentent (sur une base annuelle, = partie A), ainsi que le salaire annuel brut cumulé de l'équipe complète (= par-

tie B). Pour déterminer ces montants, le Comité de l'assurance peut toujours se baser sur les données des derniers calculs de coûts salariaux qui, conformément aux dispositions de l'article 61 de la présente convention, a été effectué dans le cadre de cette convention, et s'appuyer à cette fin sur le salaire annuel brut des collègues ou des prédécesseurs du membre du personnel absent ;

- dans une deuxième étape, la quotité (en pour cent) que la partie A représente par rapport à la partie B ;
- dans une troisième étape, le montant maximal de la réduction en multipliant par 1,25 le pourcentage calculé à la deuxième étape et en appliquant ce nouveau pourcentage au montant du prix forfaitaire fixé conformément à l'article 25, § 2, en vigueur à la date à laquelle la réduction de forfait s'appliquerait.

L'établissement s'engage à ne répercuter en aucun cas les réductions appliquées conformément à l'article 58, §§ 5 et 6, sur les patients qu'il prend en charge, ni sur les autres membres du personnel.

Article 59. L'établissement s'engage à transmettre à chaque membre du personnel une copie de la convention (ainsi que de toute éventuelle modification de celle-ci) et des fiches synoptiques s'y rapportant. L'établissement attirera l'attention de chaque membre du personnel sur le fait que les dispositions de la convention priment toujours sur le contenu des fiches synoptiques.

L'établissement conserve les récépissés, datés et signés par le personnel, des documents et commentaires visés dans le présent article. L'établissement tient ces récépissés à la disposition du Service des soins de santé de l'INAMI.

Article 60. § 1^{er}. L'établissement s'engage à rémunérer son personnel au moins sur la base des principes qui ont servi au calcul de son coût, calcul reproduit en annexe à la présente convention.

Comme l'indique l'annexe précitée, ce calcul se base, pour la plupart des membres du personnel, sur les échelles de salaire spécifiques de la Commission paritaire 330 (CP pour les établissements et services de santé) pour le personnel hospitalier et pour les centres de rééducation fonctionnelle.

Toutefois, à défaut d'échelles salariales adéquates de la CP 330, le calcul se base, pour certains membres du personnel, sur d'autres barèmes :

- pour le directeur de l'établissement, le calcul se base sur le barème A23 (pour un directeur qui, depuis moins de 9 ans, est directeur d'un établissement de rééducation fonctionnelle conventionné) ou le barème A31 (pour un directeur qui, depuis 9 ans minimum, est directeur d'un établissement de rééducation fonctionnelle conventionné). Il s'agit là de barèmes au sens de l'arrêté royal du 10 avril 1995 fixant les échelles de traitement des grades communs à plusieurs services publics fédéraux ;
- pour les médecins de l'établissement, le calcul se base sur le barème de médecin-conseil auprès des organismes assureurs comme fixé à l'article 5, 1^o, de l'arrêté royal du 22 octobre 2006 *modifiant l'arrêté royal n° 35 du 20 juillet 1967 portant le statut et le barème des médecins-conseils chargés d'assurer auprès des organismes assureurs le contrôle médical de l'incapacité primaire et des prestations de santé en vertu de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.*

§ 2. L'établissement s'engage à accorder au personnel concerné les avantages qui sont prévus respectivement dans le cadre de nouvelles conventions collectives du travail conclues au sein de la commission paritaire 330 pour le personnel hospitalier et pour les centres de rééducation fonctionnelle, à condition que leur coût soit intégré par le Comité de l'assurance soins de santé de l'INAMI dans le montant du forfait.

§ 3. Le Comité de l'assurance s'engage à insérer les futures modifications des barèmes mentionnés au § 1^{er} pour la direction et les médecins de l'établissement dans le forfait de rééducation fonctionnelle et ce, à partir de la date d'entrée en vigueur de la modification. Si de telles modifications devaient pourtant n'être intégrées que plus tard dans le forfait de rééducation fonctionnelle, un forfait de rattrapage serait prévu.

L'établissement s'engage à appliquer aux membres du personnel concernés les éventuelles futures augmentations salariales qui seraient ainsi intégrées dans le forfait de rééducation fonctionnelle, éventuellement par le paiement d'arriérés.

Pour le directeur, le présent article vise uniquement les modifications du barème tel que prévu par l'arrêté royal précité du 10 avril 1995 et pour les médecins, il vise uniquement les modifications du barème qui est mentionné à l'article 5, 1°, de l'arrêté royal précité du 22 octobre 2006. Dès lors, conformément aux dispositions du présent article, l'établissement et/ou son directeur et/ou ses médecins ne peuvent jamais prétendre à l'application d'autres parties de la rémunération ou du statut du personnel des services publics fédéraux ou du médecin-conseil.

Le Comité de l'assurance conserve tous ses droits pour imposer dans le cadre de conventions de rééducation fonctionnelle nouvelles ou revues certaines modalités spécifiques relatives à la rémunération de la direction et des médecins d'établissements de rééducation fonctionnelle.

§ 4. L'établissement s'engage à verser annuellement, au plus tard le 31 mars, au Fonds pour le paiement d'une prime syndicale dans le secteur des soins de santé le montant accordé par le Comité de l'assurance et fixé par équivalent de forfait remboursé pour l'année civile précédente.

§ 5. Si une fonction prévue dans le cadre du personnel de l'établissement est remplie de façon contractuelle par un travailleur indépendant, l'établissement s'engage à payer pour les prestations de ce travailleur indépendant des honoraires au moins égaux à la charge salariale totale en cas de mise au travail sur la base du statut d'un travailleur salarié. La charge salariale totale précitée comporte, outre la rémunération brute, entre autres le supplément pour heures irrégulières, le pécule de vacances, l'ensemble des primes et cotisations patronales à l'O.N.S.S., l'assurance loi, etc.

§ 6. Le Comité de l'assurance soins de santé de l'INAMI ne peut être considéré comme partie au contrat d'emploi qui lie l'établissement et son personnel.

Article 61. La part des frais de personnel dans les prix fixés aux articles 25, 27 et 28 sera adaptée à la réalité si les dépenses réelles pour le personnel, suite à l'évolution de l'ancienneté du personnel réellement occupé, sont supérieures de 1 % aux frais de personnel qui sont compris dans ces prix.

À cet effet, l'établissement de rééducation fonctionnelle, en concertation avec le Service des soins de santé, constituera un dossier des frais de personnel complet, actualisé et documenté, qui sera soumis au Collège des médecins-directeurs et au Comité de l'assurance, accompagné d'un avenant à la convention permettant d'adapter les prix.

Le dossier des frais de personnel qui doit être constitué par l'établissement de rééducation fonctionnelle doit suivre le modèle et les principes du calcul des frais de personnel, joint en annexe à la présente convention, notamment en ce qui concerne le nombre de membres du personnel de l'établissement de rééducation fonctionnelle et leur qualification. Des dérogations à ces principes ne sont possibles que si elles répondent aux conditions de l'article 58, § 2, ou si elles résultent de nouvelles CCT appliquées par le Comité de l'assurance ou si elles résultent de mesures légales. En aucun cas, l'actualisation des frais de personnel ne peut être contraire sur certains points aux principes de calcul qui sont normalement appliqués par le Service des soins de santé.

Tout dossier des frais de personnel qui ne répond pas à ces conditions sera considéré comme irrecevable par le Service des soins de santé, ce qui sera communiqué à l'établissement de rééducation fonctionnelle.

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

Article 62. § 1^{er}. Pour toute demande de recalcul des frais de personnel, l'établissement s'engage à communiquer et démontrer chaque fois clairement et séparément les frais suivants, qu'il a lui-même engagés sur une base annuelle dans le cadre de la convention de rééducation fonctionnelle ou, si l'établissement n'a pas de tels frais, à signaler la raison de leur absence :

- 1) les frais d'assurance loi et de médecine du travail pour son personnel ;
- 2) les frais de secrétariat social pour son personnel. Si, éventuellement, le personnel de l'établissement assume lui-même les tâches d'un secrétariat social, le ou les membres du personnel concernés sont

clairement et séparément déclarés, ainsi que le nombre moyen d'heures/semaine consacré (par chacun d'eux) à ces tâches ;

- 3) les frais de comptabilité. Si, le cas échéant, le personnel de l'établissement assume lui-même les tâches d'un comptable, le ou les membres du personnel concernés sont clairement et séparément déclarés, ainsi que le nombre moyen d'heures/semaine consacré (par chacun d'eux) à ces tâches ;
- 4) les frais de toutes sortes d'obligations légales telles que le conseiller en prévention, les premiers emplois dans les organisations qui emploient plus de 50 travailleurs salariés, le Comité de prévention et de protection au travail,

§ 2. L'établissement s'engage également à communiquer, pour chaque demande de recalcul des frais de personnel, le nombre moyen d'heures par semaine consacré sur une base annuelle à la direction administrative, l'accueil, au secrétariat, (au soutien de) l'informatique et l'entretien.

§ 3. Aucune demande de recalcul ne sera examinée si les données visées aux §§ 1^{er} et 2 n'y sont pas communiquées.

Par ailleurs, lors de la réalisation du recalcul, tous les points visés aux §§ 1^{er} et 2 seront mentionnés séparément s'ils représentent des frais réels de personnel ou de sous-traitance qui sont intégrés dans le forfait. Les dispositions du présent article n'obligent cependant pas le Comité de l'assurance à intégrer dans le forfait les montants déclarés si les montants déclarés sont exagérés ou ne sont pas objectivés ou ne respectent pas les principes généraux appliqués pour le calcul des forfaits de rééducation.

Article 63. L'établissement s'engage à communiquer par écrit à chaque membre du personnel les obligations mentionnées à l'article 60 et relatives à sa rémunération.

L'établissement conserve et tient à la disposition du Service des soins de santé de l'INAMI les pièces prouvant que le personnel a pris connaissance desdites obligations.

L'établissement autorise le Service des soins de santé de l'INAMI à communiquer à chaque membre du personnel qui en fait la demande, les dispositions relatives au mode de calcul de sa rémunération résultant desdites obligations.

VIII – B – Extension du personnel dans le cadre de l'accord social 2011

Article 64. Conformément à la mesure pour la création de nouveaux emplois dans le secteur de la rééducation fonctionnelle, telle que prévue dans l'accord social 2011 pour les secteurs fédéraux de la santé, qui a été conclu le 4 février 2011 pour le secteur privé entre les organisations d'employeurs et de travailleurs du secteur de la santé et le gouvernement, un établissement qui ne fait pas partie d'un hôpital peut étendre son équipe de personnel d'une fonction à mi-temps (0,5 équivalent temps plein si dans l'article 60, § 1^{er} il est renvoyé aux échelles salariales du comité paritaire 330 pour le calcul du salaire du personnel de l'établissement) ou d'une fonction quart-temps (0,25 équivalent temps plein si dans l'article 60, § 1^{er} il n'est pas renvoyé aux échelles salariales du comité paritaire 330 pour le calcul du salaire du personnel de l'établissement).

Article 65. § 1. Pour renforcer son équipe thérapeutique, l'établissement s'engage à réaliser l'extension visée à l'article 64 en recrutant comme salarié le nombre d'équivalent temps plein prévu dans l'article 64 possédant un master en psychologie et à l'occuper en permanence dans l'établissement de rééducation fonctionnelle précité dans le cadre des activités prévues par la convention de rééducation fonctionnelle conclue.

Ce nombre d'équivalent temps plein possédant un master en psychologie ne peut -- conformément à l'accord social susmentionné -- être utilisé que pour la création de nouveaux emplois dans l'établissement ; ce personnel doit dès lors être ajouté au cadre du personnel en vigueur dans la convention.

§ 2. L'établissement s'engage à recruter en une fois, au plus tard le 1er octobre 2012, le nombre complet d'équivalent temps plein possédant un master en psychologie (comme visé au § 1er du présent article). Il n'est pas permis d'étaler dans le temps le recrutement de ce nombre d'équivalent temps plein ou de recruter moins d'équivalent temps plein que prévu à l'article 64.

§ 3. Pour le calcul du coût salarial du psychologue visé au § 1^{er} on part de l'échelle salariale

d'un master en psychologie (compte tenu des échelles salariales qui s'appliquent à l'établissement conformément aux dispositions de l'article 60 § 1^{er}) avec zéro année d'ancienneté barémique au moment du recrutement.

Pendant les cinq premières années qui suivent l'entrée en service de ce psychologue dans l'établissement, l'ancienneté barémique qui peut éventuellement être prise en considération pour cette fonction dans le cadre d'un recalcul futur des coûts salariaux suit une évolution logique, le principe étant qu'à la date d'entrée en vigueur de l'augmentation de prix visée à l'article 66, un psychologue comptant zéro année d'ancienneté a été recruté. Pendant cette période de cinq ans, l'ancienneté dont il est tenu compte pour cette fonction dans le cadre d'un recalcul futur des coûts salariaux ne peut cependant jamais dépasser l'ancienneté réelle du titulaire de cette fonction.

Si l'établissement recrute (dans le cadre de l'accord social précité) un psychologue ayant plus de zéro année d'ancienneté barémique ou remplace (dans le cadre de l'accord social précité) pendant les cinq premières années un psychologue recruté avec zéro année d'ancienneté barémique par un autre psychologue comptant une ancienneté supérieure à celle du titulaire de cette fonction au moment de son remplacement, l'établissement devra donc payer de ses propres moyens le surcoût qu'entraîne le recrutement de ce psychologue spécifique.

Dans le cadre d'un recalcul futur des coûts salariaux, effectué après cette période de cinq ans, il sera tenu compte de l'ancienneté réelle du psychologue qui a été recruté sur la base de la mesure d'emploi visée ou de l'ancienneté réelle de son remplaçant.

§ 4. Si l'établissement devait décider d'octroyer les heures visées au § 1er à certains membres de son équipe thérapeutique actuelle, il lui faudra, pendant les cinq premières années, mentionner dans le cadre de la mesure d'emploi de l'accord social précité ces heures dans les calculs futurs des coûts salariaux séparément des heures qui sont prestées ordinairement par ces membres du personnel. Le calcul du coût salarial des heures qui sont prestées dans le cadre de la mesure d'emploi se basera sur zéro année d'ancienneté barémique lors du recrutement, avec une évolution logique pendant les cinq premières années.

§ 5. L'établissement qui dispose de plusieurs sections auxquelles s'applique la convention, peut soit octroyer les heures d'emploi supplémentaires à la section conventionnée de son choix, soit répartir ces heures entre plusieurs sections conventionnées.

§ 6. L'extension du cadre du personnel visée à l'article 64 n'entraîne pas d'adaptation de la capacité de facturation de l'établissement.

Article 66. Pour financer le coût salarial dû à l'extension de personnel, le prix forfaitaire fixé à l'article 25, § 2, sera majoré de ### EUR. Le montant de cette majoration est entièrement indexable et est lié à l'indice-pivot 117,27 EUR du 1er février 2012 (base 2004).

Article 67. Le Service des soins de santé de l'INAMI fixe la date de la majoration de prix visée à l'article 66 en tenant compte des dispositions suivantes :

- L'augmentation du prix forfaitaire ne peut jamais s'appliquer avant la date d'entrée en service du personnel supplémentaire prévu à l'article 64, compte tenu des dispositions prévues à l'article 65, § 2 ;
- La majoration de prix peut s'appliquer au plus tôt le premier jour du mois qui suit la date à laquelle l'INAMI a reçu tous les documents mentionnés ci-dessous :
 - un document expliquant de quelle manière l'établissement satisfait aux dispositions de l'article 65 (nom de la ou des personnes recrutées, nombre d'heures de travail par personne recrutée, éventuellement les explications sur l'augmentation du nombre d'heures des personnes qui travaillent depuis plus longtemps dans le cadre de la convention) ;
 - une copie du contrat de travail de chaque personne recrutée dans le cadre de la mesure d'emploi, qui est réglé par le présent avenant. Ce contrat de travail doit contenir entre autres les données suivantes :
 - le nom de la personne recrutée ;
 - la fonction pour laquelle la personne concernée a été recrutée ;

- la date de l'entrée en service effective ;
- le nombre d'heures de travail par semaine. Seules les heures des fonctions dans le cadre de la convention peuvent être prises en considération.

Article 68. Les diverses dispositions de la présente convention relatives au personnel ou à l'équipe du personnel de l'établissement s'appliquent également au personnel (mi-temps ou quart-temps master en psychologie) dont l'établissement est étendu dans le cadre de l'accord social 2011.

L'établissement qui, avant l'entrée en vigueur de la présente convention – sur la base d'un avenant à la convention précédente conclue avec l'établissement - a déjà eu une extension d'un mi-temps ou d'un quart-temps master en psychologie tel que visé ici ne peut, aux termes de la présente convention, de nouveau entrer en ligne de compte pour une nouvelle extension. Les dispositions de l'article 68 doivent cependant être respectées par cet établissement.

IX – ENGAGEMENT DE L'ÉTABLISSEMENT DE S'ADRESSER À DES GROUPES CIBLES PRIORITAIRES SUR LE PLAN MÉDICAL

Article 69. § 1. La présente convention, à l'instar de la convention précédente entrée en vigueur le 1er janvier 2010, s'inscrit dans ce qu'on appelle la « reconversion du secteur de rééducation fonctionnelle ORL-PSY » (aujourd'hui centres de rééducation fonctionnelle ambulatoire, C.R.A.) et représente une des étapes dans le cadre de cette reconversion, à côté d'autres étapes déjà franchies ou encore planifiées.

Cette reconversion vise concrètement à ce que les C.R.A. s'adressent progressivement de plus en plus à des groupes cibles prioritaires sur le plan médical qui sont confrontés à d'importants besoins en matière de traitement et de rééducation fonctionnelle (parfois aussi à des listes d'attente), besoins insuffisamment satisfaits jusqu'à présent. Pour permettre aux C.R.A. d'offrir à ces groupes cibles, prioritaires sur le plan médical, des programmes de rééducation fonctionnelle multidisciplinaires, evidence-based et de qualité, la présente convention (par rapport à l'ancienne) adapte les modalités de fonctionnement qui s'appliquent aux établissements et leur permet également comme c'était déjà le cas aussi dans la convention de 2010, de mieux accorder la composition des équipes des C.R.A. avec les groupes cibles modifiés des centres de rééducation fonctionnelle.

Tout établissement qui souscrit à la présente convention s'engage dès lors à entrer dans ce processus de reconversion et à s'adresser progressivement de plus en plus à des groupes cibles prioritaires sur le plan médical. Cet article 69 reproduit l'engagement pluriannuel que les établissements ont contracté en concluant la convention de 2010. En signant la présente convention, les établissements s'engagent à poursuivre cet engagement, comme défini dans le présent article.

Pour concrétiser cet engagement, on retient d'une part le pourcentage de patients présentant divers troubles du langage et de l'apprentissage (y compris les patients d'une intelligence limitée)⁶ par rapport au nombre total de patients qui fin 2008 suivaient un programme de rééducation fonctionnelle dans l'établissement. Fin 2008, ce pourcentage se montait pour l'établissement à ~~##22##~~ %.

D'autre part, on retient le pourcentage de patients qui suivent le programme de rééducation fonctionnelle du groupe 4 (troubles complexes du développement) de la présente convention par rapport au nombre total de patients qui suivent un programme de rééducation fonctionnelle dans l'établissement. Ce groupe 4 remplace les groupes de patients présentant divers troubles du langage et de l'apprentissage de l'ancienne convention en vigueur jusqu'au 1-1-2010.

Concernant ces pourcentages, les établissements s'engagent à ce qui suit :

1. l'établissement dont l'effectif de patients comptait fin 2008 moins de 30 % de patients en rééducation ayant divers troubles du langage et de l'apprentissage, s'engage dans le cadre de la présente nouvelle convention à limiter le pourcentage de patients en rééducation du groupe 4 dans toutes les années jusque maximum le pourcentage réel de patients ayant des troubles du langage et de l'apprentissage qui suivaient fin 2008 un programme de rééducation fonctionnelle dans l'établissement. Cet établissement s'engage donc à ne pas rééduquer un pourcentage de patients du groupe 4 supérieur à celui de patients ayant divers troubles du langage et de l'apprentissage qu'il rééduquait fin 2008. Vu l'afflux changeant de patients et de pathologies, il peut toutefois être admis pour ces établissements que le pourcentage de patients du groupe 4 soit tout de même légèrement supérieure dans une année donnée au pourcentage de ceux ayant divers troubles du langage et de l'apprentissage fin 2008, sous réserve de respecter les limitations suivantes ;
 - l'établissement dont le pourcentage (susmentionné) de patients ayant divers troubles du langage et de l'apprentissage était, fin 2008, inférieur à 10 % ne peut, dans aucune année, rééduquer plus de 15 % de patients (du nombre total de patients rééduqués de l'année considérée) dans le groupe 4 ;
 - l'établissement dont le pourcentage (susmentionné) de patients ayant divers troubles du langage et de l'apprentissage était, fin 2008, de minimum 10 % tout en étant inférieur à 20 % ne peut, dans aucune année, rééduquer plus de 25 % de patients (du nombre total de patients rééduqués dans l'année considérée) dans le groupe 4 ;
 - l'établissement dont le pourcentage (susmentionné) de patients ayant divers troubles du langage et de l'apprentissage était, fin 2008, de minimum 20 % ne peut, dans aucune année, rééduquer plus de 30 % de patients (du nombre total de patients rééduqués dans

⁶ Cela concerne donc les groupes 9, 10A, 10B et 11 de l'ancienne convention ORL et les groupes 8, 9A, 9B et 10 de l'ancienne convention PSY.

l'année considérée) dans le groupe 4.

2. L'établissement dont l'effectif de patients comptait fin 2008 entre 30 et 36 % de patients en rééducation ayant divers troubles du langage et de l'apprentissage, s'engage à réduire progressivement le pourcentage de patients en rééducation du groupe 4 de sorte qu'au plus tard fin 2015 il ne rééduque plus que maximum 30 % de patients du groupe 4. En concluant la convention qui est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2010, ces établissements se sont engagés à rééduquer fin 2010 et fin 2011 respectivement encore 35 % au maximum et 34 % au maximum de patients dans le groupe 4. Fin 2012, fin 2013 et fin 2014, cet établissement ne pourra plus rééduquer encore que maximum 33, 32 et 31 % de patients du groupe 4.
3. L'établissement dont l'effectif de patients comptait fin 2008 entre 36 et 42 % de patients en rééducation ayant divers troubles du langage et de l'apprentissage, s'engage à réduire progressivement le pourcentage de patients en rééducation du groupe 4 de sorte qu'au plus tard fin 2015 il ne rééduque plus que maximum 30 % de patients du groupe 4. En concluant la convention qui est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2010, ces établissements se sont engagés à rééduquer fin 2010 et fin 2011 respectivement encore 35 % au maximum et 34 % au maximum de patients dans le groupe 4. Fin 2012, fin 2013 et fin 2014, cet établissement ne pourra plus rééduquer encore que maximum 36, 34 et 32 % de patients du groupe 4.
4. L'établissement dont l'effectif de patients comptait fin 2008 plus de 42 % de patients en rééducation fonctionnelle ayant divers troubles du langage et de l'apprentissage s'engage, dans le cadre de la présente nouvelle convention, à réduire de 3 % au moins chaque année, à partir de 2012, le pourcentage de patients en rééducation dans le groupe 4 (du nombre total de patients rééduqués), et ce tant que le pourcentage de patients du groupe 4 est supérieur à 30 %. En concluant la convention qui est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2010, ces établissements se sont engagés à rééduquer fin 2010 et fin 2011 d'au moins 3 % par rapport au pourcentage de fin 2008.

Vu le pourcentage susvisé de patients présentant des troubles du langage et de l'apprentissage traités par l'établissement fin 2008, l'engagement précité numéro ##1 of 2 of 3 of ### s'applique à l'établissement.

Aux fins de calculer les pourcentages en question, il est seulement tenu compte d'une part, du nombre de patients suivant le programme de rééducation fonctionnelle du groupe 4 (troubles complexes du développement) et, d'autre part, du nombre total de patients suivant un programme de rééducation fonctionnelle dans l'établissement. Il n'est pas tenu compte des séances réalisées par l'établissement dans le cadre d'un bilan initial.

§ 2. Afin de pouvoir contrôler le respect de l'engagement mentionné au § 1^{er} en vue de limiter le nombre de patients du groupe 4 (troubles complexes du développement), l'établissement communiquera chaque année au Service des soins de santé, avant la fin du mois de février, le nombre de patients pour lesquels un programme de rééducation était en cours dans l'établissement au 31 décembre de l'année écoulée, et ce distinctement pour chaque groupe de patients, tel que mentionné à l'article 3.

Après s'être concerté avec le Conseil d'accord visé à l'article 70, le Service des soins de santé fixe la manière dont ces données doivent être communiquées.

Sont censés suivre dans ce contexte un programme de rééducation fonctionnelle dans l'établissement : tous les patients pour lesquels, au 31 décembre, (dans le cadre de la procédure visée aux articles 33 à 36 inclus de la présente convention) :

- la prise en charge du programme de rééducation fonctionnelle a été autorisée par le médecin-conseil;
- ou une demande de prise en charge du programme de rééducation fonctionnelle a été introduite auprès du médecin-conseil, la rééducation débutant au plus tard le 31 décembre ;

Ne sont toutefois pas censés suivre encore un programme de rééducation fonctionnelle dans l'établissement :

- les patients pour lesquels le programme de rééducation fonctionnelle autorisé par le médecin-conseil est déjà achevé au 31 décembre et pour lesquels aucune demande de prolongation de rééducation fonctionnelle n'a été ou ne sera introduite et pour lesquels le rapport final visé à l'article 36 a été envoyé, au plus tard le 31 janvier, au médecin qui renvoie

- les patients qui suivent le programme de rééducation fonctionnelle des groupes 1 à 4 inclus, 5 à 7 inclus ou 10 à 13 inclus (groupes pour lesquels un capital unique d'un nombre spécifié de séances de rééducation fonctionnelle est prévu à l'article 15), pourvu que pour ces patients, aucune séance de rééducation fonctionnelle n'ait été réalisée au cours de la période allant du 1er novembre au 31 janvier inclus et qu'il ne soit pas non plus projeté au 31 janvier de réaliser des séances de rééducation fonctionnelle à leur intention les mois suivants.

§ 3. Le non-respect par l'établissement, deux années de suite, des limitations du nombre de patients du groupe 4 (troubles complexes du développement) visées dans le présent article, peut – après que l'établissement a eu la possibilité d'en exposer les raisons par écrit - constituer un motif pour dénoncer la présente convention. Pour l'application des dispositions de ce § 3, il est également tenu compte du nombre de patients du groupe 4 que l'établissement a rééduqués dans les années 2010 et 2011. Pendant ces années, ces dispositions étaient en effet déjà applicables en vertu de la convention qui est entrée en vigueur le 1er janvier 2010 et qui est remplacée par la présente convention.

X. CONSEIL D'ACCORD

Article 70. § 1^{er}. Dans le cadre de la présente convention est créé un Conseil d'accord.

Ce Conseil d'accord se compose :

- d'une part, de dix représentants au nom de tous les C.R.A. qui ont conclu la présente convention. Cinq de ces délégués doivent représenter des centres de langue néerlandaise, les cinq autres des centres de langue française. Parmi ces délégués, il doit y avoir au moins un représentant d'un C.R.A. universitaire de langue néerlandaise et au moins un représentant d'un C.R.A. universitaire de langue française. Les délégués qui représentent les établissements au sein du Conseil d'accord doivent soit travailler dans un C.R.A., comme directeur, médecin responsable ou thérapeute, soit être administrateur d'un C.R.A. Il appartient aux C.R.A. de déterminer entre eux qui les représentera au sein du Conseil d'accord, compte tenu des règles précitées ;
- d'autre part, de dix représentants du Collège des médecins-directeurs.

La présidence en est assurée par le président du Collège des médecins-directeurs. Le secrétaire du Conseil d'accord est assuré par le Service des soins de santé.

Le Conseil d'accord a pour mission entre autres :

1. de dresser annuellement une évaluation des dispositions relatives au groupe 4 (cf. article 3 et – en ce qui concerne la durée de rééducation fonctionnelle – article 15). Si, sur la base de cette évaluation, cela s'avère utile, le Conseil d'accord peut formuler des propositions d'adaptation des dispositions relatives au groupe 4 et d'adaptation de l'article 69 qui limite le pourcentage de patients du groupe 4.
2. d'examiner l'application de la présente convention ainsi que les questions et les problèmes qui se posent en la matière. Dans ce contexte, le Conseil d'accord peut également suggérer des propositions d'adaptation de la convention et ce en fonction de la qualité de la rééducation fonctionnelle des bénéficiaires visés.
3. de suivre et d'évaluer l'évolution du processus de reconversion, tel qu'il est défini à l'article 69, et d'élaborer, le cas échéant, des propositions en vue de nouvelles initiatives dans ce domaine. A ce propos, il n'est cependant pas exclu que dans le cadre de la reconversion, certaines initiatives en rapport avec des groupes cibles spécifiques soient examinées par des groupes de travail au sein desquels sont représentés les centres de rééducation fonctionnelle intéressés.
Pour suivre et évaluer l'évolution du processus de reconversion, le Conseil d'accord peut également utiliser des méthodes autres que celle mentionnée à l'article 69, § 2. Ainsi le Conseil d'accord peut vérifier (en fonction des chiffres de production visés à l'article 72 et compte tenu de la pondération que chaque type de séance de rééducation représente dans la capacité de facturation de l'établissement au termes de l'article 41 de la présente convention) quel pourcentage les séances de rééducation (hormis les séances de bilan) pour les patients du groupe 4 (troubles complexes du développement) représentent dans l'ensemble des séances de rééducation (hormis les séances de bilan). Partant de la situation de fin 2008, cette quote-part – dans le cadre d'une reconversion réussie – ne pourrait pas dépasser le pourcentage des patients du groupe 4 dans la population totale de patients en rééducation. Pour vérifier si chaque établissement respecte son engagement contractuel de reconversion, il sera cependant uniquement fait usage de la méthode mentionnée à l'article 69, § 2.
4. d'élaborer des propositions en vue de l'actualisation de la liste limitative de tests visée à l'article 4 de la présente convention.
5. d'évaluer les effets de la création du groupe 20 « diagnostic présumé »
6. d'améliorer les fiches synoptiques (en concertation avec les centres de référence pour l'autisme et les centres de référence pour l'infirmité motrice cérébrale dans la mesure où les fiches concernaient respectivement les groupes 3 et 14) et de mettre au point des fiches semblables pour les autres groupes définis à l'article 3 sur lesquels porte la fiche. Les établissements qui concluent la présente convention s'engagent à organiser les programmes de rééducation fonctionnelle dispensés par eux conformément aux principes de la fiche améliorée et des fiches pour les autres groupes qui ont été mises au point par le Conseil d'accord, même si ces fiches ne font pas formellement partie de la présente convention.
7. d'élaborer des propositions sur les modalités de la collaboration avec les centres de référence de l'autisme et les centres de référence de l'IMOC, visées à l'article 18, § 4 et 8.
8. d'évaluer la réalisation et la faisabilité des conditions devant être remplies conformément à l'article 18 pour pouvoir proposer à partir du 1-4-2015 un programme de rééducation pour les groupes mentionnés dans cet article et d'élaborer vers juin 2014 au plus tard des propositions sur le renforcement de l'encadrement médical des C.R.A. et sur les honoraires des médecins qui travaillent dans un C.R.A. (via la nomenclature, à l'aide d'un barème plus élevé,...).

9. de faire, dans le cadre de la reconversion, des propositions de nouveaux groupes entrant en considération pour une rééducation dans les C.R.A.

§ 2. Le Conseil d'accord se réunit à la demande du président du Collège des médecins-directeurs ou à la demande d'au moins 1/3 de ses membres (représentants des établissements de rééducation fonctionnelle).

§ 3. Dans le cadre du Conseil d'accord, il peut être créé des groupes de travail qui, à la demande du Conseil d'accord, formulent certaines propositions. Ces groupes de travail peuvent avoir une composition différente de celle du Conseil d'accord.

Vu la spécificité de cette mission, il est créé un groupe de travail qui a pour tâche de mettre au point des propositions pour l'actualisation de la liste limitative de tests visée à l'article 4 de la présente convention. Les représentants des C.R.A. au sein du groupe de travail sont censés faire des propositions pour chaque trouble mentionné à l'article 3, concernant les tests qui peuvent être utilisés pour objectiver ce trouble. Au sein de ce groupe de travail peuvent également figurer des représentants de la commission de conventions logopèdes - organismes assureurs afin d'arriver à l'uniformité de certains tests, visée à l'article 4 de la présente convention.

XI – AUTRES OBLIGATIONS MEDICO-ADMINISTRATIVES ET COMPTABLES

Article 71. L'établissement s'engage à fournir au Collège des médecins-directeurs, au Service des soins de santé de l'INAMI et aux organismes assureurs toute information relative d'une part, au contrôle du respect des aspects thérapeutique et financier de la présente convention et d'autre part, au fonctionnement de cette convention s'inscrivant dans le système général des conventions prévues dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé (le secret médical étant respecté).

Article 72. § 1^{er}. L'établissement tient quotidiennement un registre de présence dont le modèle est fixé par le Service des soins de santé de l'INAMI où figurent, pour chaque jour d'ouverture de l'établissement, l'identité de tous les bénéficiaires présents durant l'horaire visé à l'article 57 ainsi que l'objet de leur présence (quelle séance prévue au point IV a été réalisée pour ce bénéficiaire).

§ 2. Il appartient à l'établissement de prouver par un système d'enregistrement complet, *le début et la fin (en heures et minutes) des (parties de) séances et les noms des dispensateurs de soins respectifs inclus*, de quelle façon chaque séance de rééducation fonctionnelle mentionnée au registre visé au § 1^{er} a été effectuée. L'établissement s'engage à rembourser les prestations de rééducation fonctionnelles qui ont été portées en compte à un organisme assureur et pour lesquelles un médecin-inspecteur du Service d'évaluation et de contrôle médicaux a constaté que la preuve mentionnée ci-dessus n'a pu être fournie.

§ 3. Le registre de présence visé au § 1^{er} constitue la base pour les chiffres de production, par lesquels on entend : le nombre de forfaits prestés (par sorte) multiplié par leur prix respectif.

L'établissement s'engage à transmettre au Service des soins de santé les chiffres de production relatifs à chaque trimestre avant la fin du mois qui suit le dernier mois de ce trimestre.

Le Service des soins de santé peut à tout moment imposer de nouvelles modalités d'établissement et de transmission au Service des soins de santé de ces chiffres de production.

§ 4. L'établissement s'engage à soumettre à leur demande, au Service des soins de santé ou au Service d'évaluation et de contrôle médicaux, les registres de présence visés au § 1^{er} en vue d'étayer les chiffres de production transmis. La transmission délibérée de chiffres de production erronés entraînera la suspension d'office du paiement par les organismes assureurs des prestations prévues dans le cadre de la présente convention.

En cas de non-respect de l'obligation de compléter correctement les registres de présence visés au § 1^{er}, les prestations dispensées le jour où l'infraction a été constatée ne seront pas remboursées lors d'une première infraction. En cas de seconde infraction, il ne sera remboursé aucune prestation pour les jours où le registre de présence n'aura pas été complété correctement.

Si les chiffres de production d'un trimestre donné ne sont pas transmis avant la fin du mois qui suit la fin de ce trimestre, l'établissement sera rappelé à ses obligations par lettre recommandée. Si les chiffres de production ne sont toujours pas transmis dans les 30 jours civils suivant l'envoi de cette lettre recommandée, les paiements par les organismes assureurs des prestations prévues dans le cadre de la présente convention seront suspendus d'office.

§ 5. Le non-respect des obligations visées aux §§ 1^{er}, 2, et 3 du présent article est considéré comme une faute grave. Les mesures énoncées au § 4 du présent article ne limitent en aucun cas le droit du Comité de l'assurance de prendre éventuellement d'autres mesures jugées utiles, tout comme il peut le faire pour tout autre cas de non-respect des obligations prévues par la présente convention ou par la législation relative à l'assurance soins de santé.

§ 6. L'établissement s'engage à ne pas facturer au bénéficiaire les prestations pour lesquelles l'intervention de l'assurance est refusée en vertu des dispositions des §§ 2 et 4 du présent article.

Article 73. § 1^{er}. L'établissement s'engage à prévoir au minimum :

- par thérapeute occupé à temps plein, un minimum équivalent à 15 heures de travail/an pour de la formation ;
- par thérapeute occupé à temps plein, au minimum l'équivalent de 1h/semaine de réunion d'équipe (= au minimum 2 thérapeutes de 2 disciplines différentes), consacré à la discussion avec des bénéficiaires ainsi qu'à la coordination de leur rééducation fonctionnelle. En règle générale, un médecin de l'établissement participe également à chaque réunion de l'équipe. En aucun cas, il ne peut être apporté de modifications au programme thérapeutique d'un bénéficiaire après une réunion d'équipe sans que le médecin de l'établissement qui suit la rééducation fonctionnelle du bénéficiaire (en règle générale il s'agit du médecin qui a signé le rapport médical visé à l'article 34 de la présente convention) n'en ait été informé et l'ait approuvée par écrit.

La formation dont bénéficie chaque thérapeute et le temps qui est consacré aux réunions d'équipe doivent être consignés dans le système d'enregistrement complet visé à l'article 72, § 2.

§ 2. Il convient de conserver dans le dossier du bénéficiaire un rapport de chaque discussion menée au sein d'une réunion d'équipe à laquelle participent au minimum 2 thérapeutes de 2 disciplines différentes (et en règle générale aussi un médecin de l'établissement), et le cas échéant, la modification du programme de rééducation fonctionnelle entérinée aussi par le médecin de l'établissement qui suit la rééducation fonctionnelle du bénéficiaire.

Article 74. L'établissement s'engage à permettre à tout délégué du Service des soins de santé de l'INAMI et des organismes assureurs d'effectuer toutes les visites qu'il juge utiles pour l'accomplissement de sa mission.

Article 75. § 1^{er}. Le pouvoir organisateur de l'établissement s'engage à tenir une comptabilité qui donne un aperçu de toutes ses recettes et ses dépenses.

La tenue de cette comptabilité doit se conformer autant que possible aux directives comptables pour les établissements de rééducation fonctionnelle approuvées par le Comité de l'assurance, notamment en ce qui concerne le plan minimum comptable normalisé et les délais d'amortissement appliqués pour les investissements.

Si, en plus des activités de rééducation fonctionnelle de l'établissement, le pouvoir organisateur développe encore d'autres activités, la comptabilité tenue doit permettre de vérifier séparément le coût des activités de rééducation fonctionnelle. A cet effet, les activités de rééducation fonctionnelle peuvent être considérées comme une rubrique de frais distincte; le cas échéant, des comptes distincts peuvent également être utilisés dans le plan comptable pour les activités couvertes par la convention et pour celles qui ne le sont pas.

Le bilan ainsi que le compte de résultats à établir annuellement sur la base des modèles prescrits doivent être transmis au Service des soins de santé de l'INAMI dans les six mois suivant la clôture de l'exercice qui, dans chaque cas, commence le 1^{er} janvier et se termine le 31 décembre. Si, en plus des activités de rééducation fonctionnelle de l'établissement, le pouvoir organisateur développe encore d'autres activités, il y a lieu de joindre également un relevé des recettes et des dépenses portant seulement sur les activités de rééducation fonctionnelle de l'établissement; le Service des soins de santé peut imposer à tout moment un modèle uniforme pour dresser ce relevé des recettes et des dépenses.

Il convient de joindre en annexe à ces documents un tableau récapitulatif détaillé du personnel occupé par l'établissement, établi conformément aux instructions du Service des soins de santé.

§ 2. L'établissement s'engage à mentionner clairement et nominativement dans son compte de résultats ou au moins dans l'explication jointe, chaque poste de frais de personnel mentionné à l'article 62, §§ 1^{er} et 2, même si certains de ces frais sont de 0,00 EUR pour l'année concernée.

§ 3. L'établissement s'engage aussi à mentionner séparément et nominativement dans son compte de résultats ou au moins dans l'explication jointe, au moins les postes de frais suivants, même si certains de ces frais sont de 0,00 EUR pour l'année concernée :

- les frais de formation et de journées d'étude de son personnel,
- les frais de cotisations,
- les frais de bibliothèque et d'abonnements,
- les frais de représentation,
- les frais de matériel thérapeutique,
- les frais de matériel de consommation pour le fonctionnement de l'établissement,
- les frais de matériel pour l'entretien,
- les frais de téléphone,
- les frais d'électricité,
- les frais d'eau,
- les frais de (combustibles pour le) chauffage,
- les frais exceptionnels.

Ces frais seront expliqués conformément au schéma établi par le Service des soins de santé.

§ 4. Si les documents comptables, rédigés conformément aux instructions susvisées, ne sont pas transmis avant la fin du sixième mois qui suit la clôture de l'exercice, l'établissement est rappelé à ses obligations en la matière, par lettre recommandée. Si ces documents n'ont toujours pas été transmis dans les 30 jours civils suivant l'envoi de cette lettre recommandée, les paiements par les organismes assureurs des montants prévus dans le cadre de la présente convention seront suspendus d'office.

§ 5. L'établissement doit conserver durant 10 ans les pièces justificatives des dépenses et des recettes.

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

XII – DISPOSITIONS TRANSITOIRES

Article 76. § 1^{er}. Toute décision individuelle concernant le remboursement de prestations de rééducation fonctionnelle, prise par le médecin-conseil dans le cadre de la convention qui est d'application jusqu'au 30 avril 2012 inclus, reste en application jusqu'à la date d'échéance prévue par ladite décision individuelle.

§ 2. Toute demande individuelle concernant la prise en charge des prestations de rééducation fonctionnelle, reçue par le médecin-conseil au plus tard le 30 avril 2012 inclus, est appréciée sur la base des dispositions de la convention qui est en application jusqu'au 30 avril 2012 inclus.

§ 3. Toute demande de prise en charge des prestations de rééducation fonctionnelle, reçue par le médecin-conseil à partir du 1^{er} mai 2012, sera toutefois appréciée sur la base des dispositions de la présente convention.

Si une demande reçue par le médecin-conseil à partir du 1^{er} mai 2012 concerne la prolongation d'une période de rééducation initialement autorisée dans le cadre d'une convention précédente avec les C.R.A. (anciennement centres ORL ou PSY) :

- Les bénéficiaires qui appartenaient au groupe 1 ou 1bis de la convention précédente sont considérés comme des bénéficiaires du groupe 1 de la présente convention, même s'ils ne répondent pas aux critères mentionnés (à l'article 3) pour le groupe 1 de la présente convention.
- Les nouvelles dispositions des articles 3 et 8 de la présente convention relatives au médecin qui renvoie les bénéficiaires ne sont pas d'application pour l'évaluation de ces demandes.
- Les dispositions de l'article 3 de la présente convention qui stipulent que le quotient intellectuel total des bénéficiaires des groupes 2 et 4 doit être déterminé au plus tard la veille de leur septième anniversaire sont uniquement d'application pour l'évaluation des demandes reçues par le médecin-conseil à partir du 1^{er} novembre 2012. Elles ne s'appliquent pas aux demandes qui concernent des bénéficiaires ayant déjà atteint leur septième anniversaire au 1^{er} novembre 2012.
- Aux bénéficiaires du groupe 5 ayant entamé la rééducation dans ce groupe avant leur 9^{ème} anniversaire dans le cadre d'une convention précédente, conformément à l'article 15 § 1, un capital unique de 432 séances sera attribué, diminué conformément à l'article 15 § 4 du nombre de séances de rééducation dont le bénéficiaire a déjà bénéficié dans le groupe 5 ou dans un des groupes apparentés.

§ 4. Ce paragraphe concerne les premières demandes reçues par le médecin-conseil à partir du 1^{er} mai 2012 pour la prolongation de la période de prise en charge de prestations de rééducation d'un bénéficiaire qui, dans le cadre d'une convention précédente avec les C.R.A. (anciennement centres ORL ou PSY), est autorisée dans un groupe pour lequel une durée de rééducation maximale était prévue par la convention précédente et pour lequel un capital unique de séances est prévu par l'article 15 de la présente convention. Dans ce cas, un capital unique de séances de rééducation sera attribué au bénéficiaire en question, conformément aux dispositions de la présente convention.

Les bénéficiaires suivants entrent en ligne de compte pour l'attribution d'un capital unique de séances de rééducation :

- Les bénéficiaires qui appartenaient au groupe 2 de l'ancienne convention C.R.A., au groupe 7 de l'ancienne convention ORL ou au groupe 2 de l'ancienne convention PSY. Ces bénéficiaires sont considérés comme des bénéficiaires qui appartiennent au groupe 2 de la présente convention, même s'ils ne remplissent pas les critères mentionnés (à l'article 3) pour le groupe 2 de la présente convention.
- Les bénéficiaires qui appartenaient au groupe 3 de l'ancienne convention C.R.A., au groupe 8 de l'ancienne convention ORL ou au groupe 3 de l'ancienne convention PSY. Ces bénéficiaires sont considérés comme des bénéficiaires qui appartiennent au groupe 3 de la présente convention.
- Les bénéficiaires qui appartenaient au groupe 10A ou 10B de l'ancienne convention ORL ou au groupe 9A ou 9B de l'ancienne convention PSY et auxquels aucun capital unique de séances de rééducation n'a pas déjà été attribué dans le cadre de l'ancienne convention C.R.A. Ces bénéficiaires sont considérés comme des bénéficiaires qui appartiennent au groupe 4 de la présente convention, même s'ils ne remplissent pas les critères mentionnés (à l'article 3) pour le groupe 4 de la présente convention.
- Les bénéficiaires qui appartenaient au groupe 6 de l'ancienne convention C.R.A., au groupe 13 de l'ancienne convention ORL ou au groupe 12 de l'ancienne convention PSY. Ces bénéficiaires sont considérés comme des bénéficiaires qui appartiennent au groupe 6 de la présente convention, même s'ils ne remplissent pas les critères mentionnés (à l'article 3) pour le groupe 6 de la présente convention.

- Les bénéficiaires qui appartenait au groupe 10 de l'ancienne convention C.R.A. ou au groupe 5 de l'ancienne convention ORL. Ces bénéficiaires sont considérés comme des bénéficiaires qui appartiennent au groupe 10 de la présente convention, même s'ils ne remplissent pas les critères mentionnés (à l'article 3) pour le groupe 10 de la présente convention.
- Les bénéficiaires qui appartenait au groupe 11 de l'ancienne convention C.R.A. ou au groupe 6 de l'ancienne convention ORL. Ces bénéficiaires sont considérés comme des bénéficiaires qui appartiennent au groupe 11 de la présente convention, même s'ils ne remplissent pas les critères mentionnés (à l'article 3) pour le groupe 11 de la présente convention.

Les bénéficiaires qui, dans le cadre d'une convention précédente, appartenait à un des groupes susmentionnés pour lesquels la convention précédente prévoyait la possibilité d'interrompre la période de rééducation entrent également en ligne de compte pour l'attribution d'un capital unique de prestations de rééducation, s'ils poursuivent leur période de rééducation à une date postérieure au 1er mai 2012, après avoir interrompu leur période de rééducation à une date antérieure au 1er mai 2012.

De plus, pour pouvoir prétendre à l'octroi d'un tel capital de séances, il faut avoir rempli toutes les conditions mentionnées ci-dessous :

- au 1^{er} mai 2012, le bénéficiaire n'a pas encore épuisé la période complète de rééducation à laquelle il pouvait prétendre dans le cadre de la (des) convention(s) précédente(s) ;
- pour un tel bénéficiaire, avant le 1^{er} mai 2012, des séances de rééducation doivent déjà avoir été effectivement réalisées en dehors du cadre d'un bilan initial et dans le cadre d'une période de rééducation prise en charge.

Le capital unique de séances qui peut être attribué aux bénéficiaires qui y ont droit, selon le § 4, est le capital de séances que la présente convention prévoit pour le groupe auquel le bénéficiaire appartient selon le § 4, diminué du nombre de séances de rééducation dont le bénéficiaire a déjà bénéficié dans les groupes mentionnés dans le présent paragraphe auxquels le bénéficiaires appartenait auparavant (que ces séances aient déjà été facturées ou non).

Pour les bénéficiaires qui, selon ce § 4, appartiennent aux groupes 2, 3 et 4 de la présente convention, les séances que le bénéficiaire a déjà suivies dans un groupe apparenté à ces groupes sont aussi déduites pour la fixation du capital unique de séances. En la matière, tous les groupes suivants sont considérés comme des groupes apparentés : les groupes 2, 3, 4, 5 et 12 de la convention C.R.A.; les groupes 7, 8, 9, 10A, 10B, 11 et 12 des anciennes conventions ORL et les groupes 2, 3, 4, 8, 9A, 9B, 10 et 11 des anciennes conventions PSY.

§ 5. En dérogation aux dispositions du § 4, un capital unique de 144 séances sera toutefois accordé à un bénéficiaire qui satisfait à toutes les conditions du § 4 et qui de plus répond à toutes les conditions suivantes :

- en vertu des dispositions de l'ancienne convention, le bénéficiaire, à la date d'échéance visée ci-dessus de la dernière période de prise en charge de la rééducation fonctionnelle accordée, entrerait encore en ligne de compte pour une prolongation d'un délai d'au moins un an de la période de prise en charge de la rééducation fonctionnelle déjà accordée ;
- en vertu des dispositions du § 4, le bénéficiaire n'entrerait en ligne de compte que pour un capital inférieur à 144 séances.

§ 6. Les bénéficiaires auxquels conformément au §§ 4 et 5 est attribué un capital unique de séances de rééducation fonctionnelle sont également pris en compte pour vérifier si l'établissement se conforme aux dispositions de l'article 69 en vue de limiter le nombre de bénéficiaires du groupe 4 (troubles complexes du développement).

XIII – DISPOSITIONS GENERALES

Article 77. L'établissement s'engage à prendre toutes les mesures utiles en matière de protection contre l'incendie; il est à ce propos en contact permanent avec un service compétent et exécutera sans délai les mesures et travaux imposés par ce dernier. ******* cet article n'est à insérer que pour les établissements non situés au sein d'un hôpital *******

Article 78. § 1^{er}. Les activités de rééducation dont le remboursement est prévu par la présente convention peuvent être offertes par l'établissement dans divers sites de l'établissement sous réserve que dans chaque site de l'établissement, toutes les conditions soient remplies. Ainsi, entre autres la présence du médecin dans chaque site doit satisfaire aux conditions des articles 12, § 1^{er}, 24, § 3, 27, § 5, 28, § 5, et 73, compte tenu du nombre de séances de bilan et de séances de rééducation ordinaires qui sont réellement réalisées dans ce site. Si l'établissement souhaite proposer sur plusieurs sites un programme de rééducation à un groupe cible pour lequel des conditions spécifiques sont fixées à l'article 18, l'établissement doit également remplir sur chaque site séparé les conditions relatives à l'encadrement non médical fixées, le cas échéant, à l'article 18 pour ce groupe cible.

Hormis ces limitations imposées par la convention, l'établissement peut procéder de manière autonome à des glissements en ce qui concerne le nombre de séances de bilan et les séances de rééducation ordinaires réalisé sur chaque site et en ce qui concerne le personnel employé dans chaque site. Si l'établissement le juge opportun, il peut aussi, dans le cadre d'une seule convention, développer diverses sections, afin par exemple d'en faire des sections spécifiques pour certains groupes mentionnés à l'article 3.

Les sites dans lesquels l'établissement offre ses activités de rééducation sont mentionnés au préambule de la présente convention. Si l'établissement souhaite – après la conclusion de la présente convention – offrir ses activités aussi dans un autre site situé dans une autre commune ou fermer son unique site d'une commune, il ne peut le faire que sur autorisation écrite préalable du Collège des médecins-directeurs.

§ 2. La présente convention n'est conclue qu'une seule fois avec un même pouvoir organisateur, sauf si le pouvoir organisateur dispose de plusieurs CRA dans différentes communes et qu'il préfère conclure une convention distincte pour chaque CRA.

Article 79. § 1^{er}. La présente convention, établie en deux exemplaires et dûment signée par les deux parties, produit ses effets à la date du 1^{er} mai 2012.

§ 2. La présente convention vaut pour une durée indéterminée mais peut toujours être dénoncée par une des deux parties par lettre recommandée à la poste, adressée à l'autre partie, moyennant le respect d'un délai de préavis de 3 mois prenant cours le premier jour du mois suivant la date d'envoi de la lettre recommandée.

§ 3. Les annexes à la présente convention, énumérées ci-après, en font, dans les limites définies par les articles de la convention, intégralement partie. Cependant, les articles de la convention priment toujours sur l'annexe.

- Annexe 1 : Composition du prix d'une séance individuelle
- Annexe 2 : Fiches synoptiques des groupes 2, 3, 4, 5 et 12
- Annexe 3 : Fiche synoptique du groupe 1

Pour #« 5» gérant l'établissement #« 1» « 2»
(signatures)

Pour le Comité de l'assurance soins de santé de
l'Institut national d'assurance maladie-invalidité :
Bruxelles,

Le Président du Pouvoir organisateur

Le Fonctionnaire dirigeant,

#« 23»

H. DE RIDDER,
Directeur général.

Le Responsable administratif de l'établissement

#« 24»

Le Responsable médical de l'établissement

#« 22»