

INAMI

Institut national d'assurance maladie-invalidité

Correspondant :

Direction établissements de soins

E-mail: psy@inami.fgov.be

Notre référence :

Bruxelles, le 12 août 2021

Objet : Convention entre le Comité de l'assurance soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité et chaque réseau de santé mentale concernant le financement des fonctions psychologiques dans la première ligne par le biais de réseaux et de partenariats locaux multidisciplinaires.

Madame, Monsieur,

Le 2 décembre 2020, un [Protocole d'accord](#) a été conclu entre le Gouvernement fédéral et les Régions et Communautés sur l'approche coordonnée du renforcement de l'offre de soins de santé mentale, en particulier pour les groupes cibles vulnérables les plus touchés par la pandémie de COVID-19.

À cette fin, dans le cadre de l'objectif budgétaire de l'assurance obligatoire soins de santé, le budget déjà disponible de 39,3 millions d'euros a été augmenté de 112,5 millions d'euros à partir de 2021 pour développer davantage la fonction de soins psychologiques de première ligne et les soins ambulatoires spécialisés en santé mentale en coopération et en complémentarité avec l'offre existante et en lien direct avec les réformes des soins de santé mentale.

Après plusieurs mois de consultation avec les représentants des acteurs concernés et après concertation avec les entités fédérées, le Comité de l'assurance a approuvé le 26 juillet 2021 une convention concernant le financement des soins psychologiques de première ligne. Son entrée en vigueur se fait dès le 1^{er} septembre et elle remplace, de facto, la précédente convention concernant les soins psychologiques de première ligne auquel votre réseau avait adhéré.

Cette convention constitue une nouvelle étape dans l'ouverture des soins psychologiques à partir d'une approche populationnelle et permet de développer davantage les soins psychologiques ambulatoires dans les réseaux de santé mentale. Cette mission des réseaux s'inscrit dans une transition vers une intégration plus structurée des soins de santé mentale ambulatoires dans les soins de pendant la durée de cette convention.

L'objectif est que les besoins du patient soient détectés le plus rapidement possible (détection précoce) et traités adéquatement (« *matched care* »). La convention règle le financement de deux fonctions psychologiques dans les soins de première ligne : la fonction de soins psychologiques de première ligne et la fonction de soins psychologiques spécialisés.

En fonction de la demande d'aide, l'intervention peut viser de manière préventive à soutenir l'auto-soin et la résilience dans le cadre de **la fonction de soins psychologiques de première ligne** et/ou viser un traitement via des **soins ambulatoires spécialisés** en réponse à un trouble psychologique sous-jacent.

...

Vous trouverez ci-dessous des notes explicatives résumant la convention, qui elle-même se trouve en pièce jointe. Ce faisant, de nombreux ajustements ont été apportés par rapport à la convention actuelle, notamment : une vision issue du point de vue de la santé publique, l'intégration dans un partenariat multidisciplinaire local, la distinction substantielle entre les deux fonctions de soins, la perspective du patient et du contexte, gestion et financement sur base de la population, un processus de facturation simplifié en cours d'élaboration. Des tâches importantes sont confiées aux réseaux : voir à cet égard le point h de la note explicative et l'article 11 de la convention.

Cette convention entrera en vigueur le premier jour du mois qui suit la signature de l'accord et au plus tôt le 1^{er} septembre 2021. Elle sera signée par le réseau et par l'hôpital représentant le réseau et sera valable jusqu'au 31/12/2023.

Afin que nous puissions compléter votre convention, nous vous demandons de vérifier les informations relatives à votre réseau reprises dans le tableau Excel que vous trouverez en pièce jointe et de compléter les données relatives au compte bancaire sur lequel vous désirez que les versements soient effectués. Lorsque vous nous l'aurez renvoyé, nous vous transmettrons votre convention afin que celle-ci puisse être signée. Afin d'assurer la continuité avec la convention actuelle, nous vous invitons à signer cet accord avant le 09/01/2021.

Le modèle de convention entre psychologue/orthopédagogue clinicien et le réseau est en cours de réalisation et vous sera transmise dès que possible.

NOTES EXPLICATIVES DE LA CONVENTION

(a) Objet de la convention (art. 1)

La convention est conclue entre le Comité de l'assurance et les 32 réseaux de soins de santé mentale.

Elle détermine :

1. Les conditions d'utilisation au sein du réseau SSM des ressources financières provenant de l'assurance obligatoire soins de santé, plus particulièrement l'organisation et le financement des deux fonctions de soins dans les soins ambulatoires de première ligne;
2. La manière dont les ressources financières, via l'hôpital en tant que représentant du réseau, sont mises à disposition du réseau et la manière dont les dépenses sont suivies et régularisées ;
3. L'intervention personnelle du bénéficiaire dans le cadre des soins directs aux patients.

(b) Fonctions des soins psychiques (art. 2, art. 3, art. 5)

Cette convention décrit deux fonctions de soins qui sont organisées de façon intégrée et complémentaire à l'offre existante : la fonction de soins psychologiques de première ligne et la fonction de soins psychologiques spécialisés.

La fonction de soins psychologiques de première ligne propose des interventions psychologiques de courte durée et/ou de faible intensité. Ces soins permettent aux bénéficiaires de maintenir ou, si nécessaire, de retrouver un mode de vie sain et une qualité de vie satisfaisante. Les séances peuvent être réalisées de manière individuelle, par des soins à distance (télé médecine) ou en intervention spécifique de groupe. Une séance individuelle est effectuée par un psychologue clinicien/orthopédagogue clinicien. Une séance de groupe est effectuée par des psychologues cliniciens/orthopédoques cliniciens, de préférence en collaboration avec des acteurs de l'aide et de soins et d'experts du vécu. Pour ces derniers, leur intervention ne peut se faire que sous la supervision d'un professionnel de santé mentale et dans le cadre de son expertise (par exemple, évaluation des problèmes présents et clarification de la plainte).

La Fonction des soins spécialisés s'adresse aux personnes qui ont besoin de soins spécialisés en raison de leur maladie mentale sous-jacente. Ces interventions psychologiques visent le psychodiagnostic et le traitement. Elles peuvent être réalisées de manière individuelle, par des soins à distance (télé médecine) ou en intervention spécifique de groupe. Cela signifie que l'intervention spécialisée est celle pour laquelle une expertise spécifique est déployé. Ce traitement est effectué par des psychologues cliniciens/orthopédoques cliniciens avec des compétences spécifiques, démontrables par le biais du portfolio du prestataire de soins.

(c) Dispositions spécifiques relatives aux séances de traitement (art. 4, art. 6)

1. Dans le cadre de la fonction psychologique de première ligne, les adultes (dès 15 ans) ont droit à maximum 8 séances individuelles ou 5 séances collectives par période de 12 mois. Les enfants et adolescents (jusqu'à 23 ans compris) ont droit à maximum 10 séances individuelles ou 8 séances de groupe par période de 12 mois.

Dans des cas exceptionnels, une séance supplémentaire peut être nécessaire afin de compléter un programme de traitement de 8 ou 10 séances individuelles respectivement. Le nombre de cas exceptionnels ne peut dépasser 5 % du nombre total de bénéficiaires ;

2. Au sein de la fonction de soins spécialisés, les adultes (dès 15 ans) ont droit par période de 12 mois à une moyenne de 8 séances individuelles (maximum 20) ou maximum 12 séances de groupe. Les enfants et les adolescents ont droit à une moyenne de 10 séances individuelles (maximum 20) ou maximum 15 séances de groupe.
 - a. La fonction spécialisée ne peut être remboursée qu'après une demande au sein du réseau du service ambulatoire de soins de santé mentale spécialisés, sur base d'un bilan fonctionnel établi par un psychologue clinicien/orthopédagogue clinicien, complété par un médecin conformément aux dispositions du réseau compétent ;
 - b. Au cours de la série individuelle de soins psychologiques spécialisés, une évaluation intermédiaire est effectuée au moyen du bilan fonctionnel ou d'une concertation multidisciplinaire.
3. Un bénéficiaire fait appel soit au réseau enfants et adolescents, soit au réseau adultes durant une même année ;

4. Dans le cas de séances individuelles avec des enfants et des adolescents, il est possible qu'une séance se poursuive uniquement avec les parents, le tuteur ou un membre de la famille ;
5. L'objectif est de réaliser la première séance individuelle dans un délai d'une semaine à maximum un mois à partir du moment où le bénéficiaire ou son entourage a formulé une demande d'aide au psychologue clinicien/orthopédagogue clinicien de première ligne ;
6. Le prestataire et le bénéficiaire sont physiquement présents dans un lieu adapté à la situation de la personne. Si le bénéficiaire donne son accord préalable et que le seuil de déplacement est trop élevé, les séances peuvent avoir lieu dans le propre lieu de vie du bénéficiaire (*outreaching*). De même, si les conditions énoncées à l'art. 3, § 3 et art. 5, § 2 sont remplies, elles peuvent également être réalisées par vidéoconférence.

(d) Processus d'orientation des bénéficiaires, de concertation et de rapportage (art. 7)

Pour organiser les soins psychologiques dans le cadre de ces 2 fonctions, les processus suivants s'appliquent :

1. La demande peut se faire à l'initiative du bénéficiaire lui-même, de son entourage ou après son orientation par un acteur de l'aide ou de soins ;
2. Les prestataires de soins psychologiques de première ligne sont directement et facilement accessibles sur les sites locaux. Dès le départ, ils établissent avec les acteurs de soin de la première ligne un bilan fonctionnel et, par le biais d'un maximum d'interventions, ils travaillent de manière solidaire à l'auto-soin et à la résilience. Un bilan fonctionnel peut également être établi par un médecin et un psychologue clinicien/orthopédagogue clinicien qui dispense des soins spécialisés, en vue d'une inscription au réseau conformément à l'article 6, 3°.
Ce bilan est un outil de communication pour les autres partenaires du réseau et sert également d'indication pour les soins spécialisés et de notification au réseau de soins ambulatoires spécialisés en santé mentale ;
3. A tout moment du parcours, une séance peut être utilisée pour (ré)orienter la personne ou la guider vers une prise en charge plus coordonnée comme un autre prestataire de soins de première ligne ou vers des soins psychologiques spécialisés ou encore des soins spécialisés vers des soins psychologiques de première ligne. Cela peut se faire dans le cadre d'une séance conjointe avec bénéficiaire et son entourage et un autre acteur de l'aide et du soins ;
4. Si une intervention psychologique de première ligne a lieu, est interrompue ou est orientée vers des soins de santé mentale spécialisés, dans l'intérêt du bénéficiaire et sous réserve de son accord ou de celui de ses parents ou de son tuteur légal, il doit y avoir au cours de/à la fin de l'intervention ou après l'orientation, une communication avec le médecin détenteur du DMG (ou la pratique de groupe de médecins généralistes détenant le DMG) pour l'informer du soutien/de l'orientation et/ou pour discuter du suivi et/ou fournir des soins de suivi appropriés ;
5. Si le bilan fonctionnel indique qu'un traitement dans le cadre de soins spécialisés est indiqué, la personne est signalée au réseau de soins ambulatoires spécialisés en santé mentale qui orientera le bénéficiaire vers les soins psychologiques spécialisés qui lui conviennent.
6. Au cours de la série de soins psychologiques spécialisés individuels, une évaluation intermédiaire est effectuée par le biais du bilan fonctionnel, tel qu'il a été établi lors de la demande et de la (ré)orientation.
Si l'évaluation intermédiaire montre qu'un renforcement de la prise en charge spécialisée est nécessaire, une concertation (en ligne ou en face à face) peut être prévue pour le bénéficiaire. Cette concertation multidisciplinaire coordonne diverses interventions cliniques autour et en coopération avec le bénéficiaire et son entourage, et implique au moins trois prestataires de soins (par exemple, un psychiatre, un médecin généraliste, un spécialiste des soins psychologiques). Cette concertation ne peut avoir lieu qu'après avoir obtenu l'autorisation du bénéficiaire, de ses parents

ou de son tuteur légal. Un remboursement ne peut être facturé qu'une fois par période de 12 mois et par bénéficiaire.

Cette concertation est complémentaire à la concertation multidisciplinaire facilitée par les entités dans le cadre de l'élaboration du plan de soins et d'accompagnement qui coordonne diverses interventions cliniques autour et en partenariat avec le bénéficiaire et son entourage.

7. Des informations sur les droits des patients et les coordonnées des médiateurs, des associations de patients et de familles seront mises à la disposition du bénéficiaire et/ou de son entourage.

(e) Règles de cumul (art. 8)

1. Seule une séance psychologique ou une intervention de groupe par jour et par bénéficiaire est remboursable, à l'exception d'une séance avec les parents ;
2. Le remboursement de la concertation multidisciplinaire n'est pas cumulable avec d'autres remboursements de consultation.

(f) Missions des psychologues cliniciens/orthopédagogues cliniciens (art. 9)

1. Conclure une convention avec le réseau et s'engager pour au moins 8h par semaine dans l'ensemble des réseaux de soins de santé mentale ;
2. Être titulaire d'un visa et d'un agrément comme psychologue clinicien/orthopédagogue clinicien, disposer dans ces conditions d'un numéro INAMI, et démontrer une expérience pertinente par son portfolio. Les statuts d'indépendants et de salariés sont tous deux acceptés, mais il n'est pas permis de percevoir une autre rémunération ;
3. Appliquer une méthodologie éthique et evidence-based ;
4. Suivre une formation sur le fonctionnement du réseau et participer aux interventions/supervisions que ce dernier organise ;
5. Réaliser les séances psychologiques et autres missions dans la zone de fonctionnement du réseau SSM avec lequel il a passé un accord (de préférence dans le milieu de vie des bénéficiaires) ;
6. Tenir un dossier individuel pour chaque bénéficiaire ;
7. Informer le bénéficiaire du parcours qu'il suit et du nombre de séances qui sont (encore) possibles (sur base des informations fournies par le réseau ou par le bénéficiaire dans le cadre de l'anamnèse) ;
8. Percevoir l'intervention personnelle du bénéficiaire.

(g) Développement d'une culture de la qualité (art. 10)

Le réseau s'engage à participer activement à la poursuite et au développement d'une culture de la qualité conformément aux initiatives du Gouvernement fédéral et des entités fédérées. Le développement d'une culture de la qualité au sein du réseau GGZ implique le partage de convictions, de valeurs, d'attitudes, d'institutions et de modèles de comportement partagés visant à l'amélioration continue de la qualité des soins : pour la réalisation de soins sûrs, efficaces, efficaces, égaux et opportuns centrés sur le patient. L'orientation du patient est un élément de qualité particulièrement important.

Afin de stimuler un changement de mentalité, la culture de la qualité doit faire partie de chaque mission du réseau et de chaque acteur impliqué dans les soins.

(h) Missions du réseau de santé mentale dans le cadre de cette convention (art. 11)

Les réseaux doivent se charger des missions suivantes :

1. Via l'hôpital, réaliser la facturation électronique visée à l'article 13.
2. Traduire la gestion de la population du réseau de santé mentale en partenariats locaux et en flux de patients ;
3. Assurer l'organisation administrative des programmes de formation et des interventions/supervisions des soins psychologiques via les partenariats locaux ;
4. Lorsqu'il existe un « [projet de soins intégrés](#) » avec lequel le Comité de l'assurance a conclu un accord, le réseau y a recours ;
5. Pour le 31 décembre 2021, les réseaux enfants/adolescents et adultes/personnes âgées concluront conjointement une convention au niveau de la province avec les partenariats locaux visant à différents accords (cf. art. 11, 5°) ;

6. Désigner au sein du réseau un coordinateur local pour mettre en œuvre et développer la fonction psychologique et les missions du réseau dans le cadre de la présente convention ;
7. Par l'intermédiaire de l'hôpital dans le cadre de la facturation électronique, communiquer à l'organisme assureur du bénéficiaire ou à l'ASBL IM les informations des interventions personnelles qui sont perçues en application de la présente convention ;
8. Pour la réalisation des 2 fonctions, le réseau fera appel à des acteurs de l'aide et de soins (indépendants ou organismes reconnus), avec lesquels le réseau conclut une convention qui comprendra différents accords (cf. art. 11, 8°) ;
9. Développer des initiatives visant à encourager une culture de la qualité ;
10. Il n'est pas prévu de rémunération pour des missions/actions déjà financées par d'autres réglementations ;
11. Réalisation d'une formation sur le fonctionnement du réseau et la coordination des interventions/supervisions ;
12. Elaborer et soumettre à l'INAMI des rapports qui, d'une part, démontrent la pérennité de la gouvernance du réseau et, d'autre part, permettent d'évaluer la mise en œuvre des missions visées par la présente convention.
13. Collaborer à une étude d'évaluation réalisée dans le cadre de cette convention.

Chaque réseau dispose d'un budget maximal. Ce budget est spécifiquement déterminé par réseau selon une méthode scientifique qui prend en compte le nombre d'habitants, l'âge initial et la prévalence des troubles et la situation socio-économique par réseau.

(i) Attentes à l'égard du partenariat multidisciplinaire local (art. 12)

L'organisation des soins de première ligne, tant mentaux que somatiques, est une compétence des entités fédérées. Le réseau est censé se concerter avec les structures existantes (« partenariat multidisciplinaire local ») et les autorités (Communauté/Région/Local) pour intégrer conjointement les soins psychologiques dans les soins de première ligne. Il est essentiel que l'équipe multidisciplinaire locale couvre l'ensemble de la population d'une zone définie et soit reconnue ou désignée par l'autorité compétente.

Ce partenariat devrait présenter aux acteurs de sa région une vision conforme au protocole du 2 décembre 2020 susmentionné.

Les réseaux de santé mentale contrôlent l'utilisation des ressources en fonction de la gestion et de la stratification de la population (cartographie des besoins en soins psychologiques) en coopération avec les partenariats multidisciplinaires locaux.

(j) Budget global des ressources financières par réseau (art. 13)

Pour la réalisation des missions dans le cadre de cette convention, le réseau et l'hôpital disposent d'un budget global annuel calculé en fonction de la population comprise dans le réseau et des besoins de celle-ci (*population-based financing*).

Ce budget est spécifiquement déterminé par réseau selon une méthode scientifique qui prend en compte le nombre d'habitants, l'âge initial et la prévalence des troubles et la situation socio-économique par réseau.

Le tableau ci-dessous reprend les montants annuels de chaque réseau alloué en fonction de ce calcul :

RESEAUX	ENTITE	Budget
Réseaux Adultes		
Bruxelles-Brussel	BXL	11.482.861 €
Noord West Vlaanderen	VL	4.387.880 €
Zuid West Vlaanderen	VL	2.532.464 €
Midden West Vlaanderen	VL	3.064.660 €
PAKT	VL	7.219.181 €
GG ADS	VL	4.873.184 €
GG KEMPEN	VL	3.750.249 €
SARA	VL	7.904.036 €
EMERGO	VL	2.892.160 €
RELING	VL	4.223.256 €

NOOLIM	VL	2.942.899 €
DILETTI	VL	4.670.245 €
SAVHA	VL	4.140.902 €
BRABANT WALLON	W	2.819.145 €
RÉG CENTRE	W	4.950.694 €
SANTE MENTALE HAINAUT	W	4.400.617 €
NAMUR	W	3.506.742 €
LIÈGE	W	5.775.810 €
RESME	W	1.994.030 €
107 LUX	W	1.925.270 €
Réseau Enfants-Adolescents		
Antwerpen	VL	7.357.282 €
Limburg	VL	3.300.463 €
Oost Vlaanderen	VL	5.982.089 €
West Vlaanderen	VL	4.400.617 €
Vlaams Brabant	VL	4.331.858 €
Hainaut	W	5.088.214 €
Liège	W	4.263.098 €
Luxembourg	W	1.168.914 €
Namur	W	1.787.751 €
Brabant Wallon	W	1.512.712 €
Bruxelles-Brussel	BXL	6.944.724 €
Réseau DG		
Communauté Germanophone	DG	1.031.395 €
TOTAL		136.625.400 €

Le paiement de ce montant est effectué de manière centralisée pour toutes les institutions d'assurance par l'intermédiaire de l'ASBL IM.

1. 90% du budget annuel servira au financement des soins directs aux bénéficiaires (séances, concertations multidisciplinaires, forfait d'inclusion), et 1/12 de ce montant sera avancé chaque mois ;
2. 10% du budget total servira à financer les frais de fonctionnement et de poursuite de différents objectifs par le réseau. 50% de ce montant sera versé au moment de la signature de la convention (dans un délai d'un mois à compter de la signature ou du début de la convention), puis 25% pour le 30 juin 2022 et pour le 31 janvier 2023.

Ces avances sont régularisées sur base de factures électroniques que le réseau soumet de manière centralisée aux organismes assureurs via l'ASBL IM. Le réseau tiendra à sa disposition tous les justificatifs possibles des frais facturés : factures, fiches de paie, rapports d'action, comptes rendus de réunions, séances de remboursement, etc.

Au plus tard à partir du 1^{er} mars 2022, le processus de facturation et de paiement tel que prévu dans le présent article sera remplacé par un système électronique qui, après avis de la commission de conventions hôpitaux - organismes assureurs et approuvé par le Comité de l'assurance, sera mis à disposition par les organismes assureurs. Dans ce système, les données concernant les soins dispensés et l'intervention personnelle collectée pourront être communiquées dans un environnement sécurisé, et par lequel, entre autres :

1. Les paiements au réseau pourront être régulés de manière centralisée ;
2. Le prestataire pourra prendre connaissance des données d'assurabilité ;
3. Le bénéficiaire pourra recevoir une preuve de paiement ;

4. Le réseau pourra être informé de l'offre de soins qui a été prodiguée et de données individuelles utiles à l'évaluation du réseau (ceci dans un délai ne dépassant pas 3 mois après que les données aient été fournies) ;
5. Le médecin généraliste titulaire du DMG pourra être informé de la prise en charge psychologique de son patient dans le cadre de cette convention ;
6. Le SPF Santé publique et l'INAMI sont informés de l'offre de soins réalisée et d'un ensemble de données centralisées permettant l'évaluation de la convention avec le réseau.

(k) Règles spécifiques concernant la facturation des missions liées à l'assurance obligatoire soins de santé (art. 14)

Les montants mentionnés ci-dessous comprennent l'intervention personnelle telle que prévue à l'article 16.

1. Pour chaque nouveau bénéficiaire avec lequel un suivi a été convenu, 60 euros par période de 12 mois peuvent être facturés par le psychologue/orthopédagogue clinicien pour les tâches administratives, la coopération multidisciplinaire, le matched care, etc ;
2. La rémunération des psychologues et orthopédoques cliniciens est de 75 euros par séance individuelle (60 minutes, dont au moins 45 minutes de contact avec le patient) ;
3. Pour une « intervention de groupe de 120 minutes » telle que visée à l'article 3, § 2, ou à l'article 5, § 3, 400 € peuvent être facturés si elle est proposée par, soit, deux psychologues cliniciens/orthopédoques cliniciens, soit, un psychologue clinicien/orthopédagogue clinicien et un médecin. 326 € peuvent être facturés si elle est proposée par un psychologue clinicien/orthopédagogue clinicien et un autre acteur d'aide ou de soins ou expert du vécu.;
4. 225€ maximum peuvent être facturés pour l'ensemble des participants à la concertation multidisciplinaire.

(l) Indexation (art. 15)

Tous ces montants sont indexés annuellement, à l'exception de l'intervention personnelle du bénéficiaire.

(m) Intervention personnelle du bénéficiaire (art. 16)

L'intervention personnelle s'élève à 4 euros (BIM) ou 11 euros par séance individuelle, ou à 2,5 euros pour une heure de séance de groupe. Cette intervention est collectée par le psychologue clinicien/orthopédagogue clinicien, qui en fournit la preuve au bénéficiaire.

La première session au sein de la fonction de première ligne est gratuite. Dans le cas d'un soutien à un acteur de première ligne, dans le cadre d'un bénéficiaire, aucune intervention personnelle n'est facturée non plus.

En dehors de l'intervention personnelle, aucun supplément ne peut être facturé au bénéficiaire.

(n) Groupes cibles enfants/adolescent et adultes/personnes âgées (art. 17)

En plus des deux fonctions, la répartition des soins se fait également selon deux catégories d'âge qui se chevauchent et qui déterminent des réseaux de soins différents :

1. jusque 23 ans compris (réseaux enfants et adolescents)
2. les plus de 15 ans (réseaux adultes).

Le chevauchement garantit une offre adaptée à l'âge de transition (15-23 ans). Pour les individus de cette tranche d'âge, le réseau de soins (enfants/adolescents ou adultes) est indiqué sur base du contexte spécifique évalué par le psychologue/orthopédagogue concerné.

(o) Suivi - Comité d'accompagnement (art. 18)

Un comité d'accompagnement sera mis en place pour veiller à l'exécution de la présente convention dont la composition et les missions sont détaillées à l'article 18.

L'évaluation se fera également au moyen d'une étude scientifique.

(p) Dispositions transitoires de la convention actuelle (art. 19)

Pour la détermination du nombre de séances dans la présente convention, il n'est pas tenu compte du nombre de séances prévues dans la précédente convention.

Le réseau et l'hôpital fournissent à l'INAMI un relevé de l'utilisation des sommes versées en application de l'article 16 de la « convention PPL » susmentionnée. Les montants encore non utilisés au 1^{er} septembre 2021 pourront être utilisés pour la compensation des coûts de démarrage dans le cadre de cette convention, sous réserve de l'approbation de l'INAMI.

(q) Validité de la convention (art. 23)

1. La présente convention entrera en vigueur le premier jour du mois qui suit la signature de l'accord et au plus tôt le 1er septembre 2021. Elle remplace la précédente convention. L'accord est signé par le réseau et par l'hôpital représentant le réseau.
2. La convention est valable jusqu'au 31/12/2023.

(r) Engagement spécifique (art. 24)

En signant cette convention, le directeur général de l'hôpital qui signe cette convention au nom du réseau SSM confirme que cet accord a été discuté et approuvé au préalable par le réseau SSM, et en particulier par les représentants au sein du réseau de la fonction principale : « activités de prévention, de promotion de la santé mentale, de détection précoce, de dépistage et de diagnostic » dans les réseaux adultes ou du programme d'activité 1 : « détection et intervention précoces » dans les réseaux enfants et adolescents, tels qu'ils sont définis dans le « Guide pour de meilleurs soins de santé mentale pour les adultes » ou dans le « Guide pour une nouvelle politique de santé mentale pour les enfants et les adolescents ».