Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering

Galileelaan 5/1
1210 Brussel

Dienst voor Geneeskundige Verzorging

Convention sur le financement du trajet de soins « troubles de l'alimentation » – partie 2

Vu la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, notamment l'article 56, § 1er ;

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 (INAMI), représenté par le fonctionnaire dirigeant du service des Soins de santé de l'INAMI, dénommé ci-après dans le texte « le Comité de l'assurance », le premier contractant,

et, d'autre part,

L(es)'établissement(s) de soins XXX portant le(s) numéro(s) INAMI XXX et le(s) numéro(s) BCE XXX, représenté par le(s) directeur(s) général de l(es)'établissement(s) de soins, ...[nom(s) et prénom(s)], ci-après dénommé « centre avec fonction de référence pour les troubles de l'alimentation », qui remplit les critères fixés à l'article 5, le deuxième contractant ;

Le(s) directeur(s) médical de l(e)'établissements de soins [nom(s) de l(e)'établissement(s) de soins] rattaché au centre avec fonction de référence pour les troubles de l'alimentation, agissant au nom des médecins spécialistes en psychiatrie, médecine interne et/ou médecine pédiatrique, le troisième contractant ;

Introduction

Un modèle de soins transversal a été proposé le 22 juin 2022 par le Comité pour la nouvelle politique de santé mentale pour enfants et adolescents (COMSMEA) en faveur des patients présentant un trouble de l'alimentation. La mise en œuvre pratique de ce modèle a été approuvée par le CIM le 14 septembre 2022 et se concentre sur une organisation de soins orientée population qui s'engage à traiter les troubles de l'alimentation par le biais d'un modèle de soins échelonnés à tous les niveaux de soins et dans tous les domaines politiques, avec une attention particulière sur le renforcement des enfants, des adolescents et de leurs familles.

Dans le cadre de l'objectif budgétaire de l'assurance obligatoire soins de santé, un budget de 10 millions d'euros a été prévu à cet effet à partir de 2023. Cet investissement est complémentaire et sera intégré dans l'offre fédérale et régionale déjà existante, comme précisé dans la fiche CIM du 14 septembre 2022. Celle-ci prévoit aussi que les investissements du gouvernement fédéral et des Communautés et Régions doivent être complémentaires, en respectant les principes Quintuple Aim.

Le 27 novembre 2023, le Comité de l'assurance de l'INAMI a approuvé une première convention relative aux troubles de l'alimentation. Cette convention accorde un rôle central aux réseaux de santé mentale pour enfants et adolescents (SMEA). Leur objectif est de fournir des soins ambulatoires intégrés, conformes aux normes de qualité, pour les enfants et adolescents souffrant d'anorexie mentale, de boulimie et d'hyperphagie boulimique.

Cette convention (convention TCA partie 1) prévoit :

1° le lancement et le suivi du patient dans un trajet de soins pour les troubles de l'alimentation, par le médecin traitant, où notamment un plan de traitement est établi en vue d'une collaboration et d'une coordination des interventions cliniques entre les différents dispensateurs de soins.
2° 15 séances de diététique avec un diététicien spécialisé dans les troubles de l'alimentation qui a conclu une convention avec le réseau SMEA.
3° une concertation multidisciplinaire entre les différents dispensateurs de soins qui assurent le traitement ambulatoire et le suivi du patient (le psychologue/orthopédagogue clinicien qui remplit la fonction de traitement psychologique de première ligne des problèmes légers à modérés, un diététicien qui a conclu une convention avec un réseau SMEA, le médecin traitant,...).
4° Par réseau SMEA, une équipe multidisciplinaire ambulatoire de soutien (EMAS-SMEA) est mise en place pour soutenir les acteurs de première ligne et donner des conseils si nécessaire sur des questions de soins spécifiques (case support).

Une offre de formation limitée a déjà été développée et déployée en 2023 dans le cadre de la convention soins psychologiques de première ligne. En outre, le SPF SPSCAE finance Eetexpert et Cepia en 2024 pour élaborer une offre de formation complète pour les acteurs de première ligne (psychologues, diététiciens et médecins généralistes).

Pour le traitement ambulatoire d'un trouble de l'alimentation, les patients peuvent faire appel, depuis le 1er février 2024, à une équipe de soins multidisciplinaire qui élabore et suit ensemble un plan de traitement dans le cadre d'un trajet de soins pour les troubles de l'alimentation. Par réseau SMEA, il existe des équipes multidisciplinaires ambulatoire de soutien (EMAS - SMEA) qui peuvent contacter l'offre de soins de première ligne et l'offre de soins ambulatoires spécialisés pour obtenir du soutien et de l'expertise, ou - si nécessaire - organiser le passage à des soins plus intensifs.

Cette convention prévoit le développement d'une deuxième partie du modèle de soins échelonnés (convention TCA partie 2), qui complète l'offre de traitement existante. En outre, des maillons importants sont créés pour assurer la continuité des soins dans le cadre du modèle de soins échelonnés. L'objectif est de continuer à soutenir les acteurs de soins (ambulatoires et résidentiels) locaux :

1° En fonction de la gravité du trouble de l'alimentation, et si le traitement ambulatoire ne suffit plus, le bénéficiaire peut être admis à l'hôpital et/ou intégrer un **programme thérapeutique à temps partiel au sein du réseau SMEA**. Cela permet d'élargir l'offre de soins de première ligne pour y inclure, entre autres, la thérapie multifamiliale.
2° L'offre de soins pour les patients souffrant de troubles de l'alimentation graves ou complexes est renforcée par le déploiement **d'équipes multidisciplinaires ambulatoires de soutien au niveau d'un centre avec fonction de référence pour les troubles de l'alimentation (EMAS - suprarégionale)**, qui offrent une expertise et un soutien aux dispensateurs de soins ambulatoires et résidentiels. Les équipes EMAS suprarégionales sont au service des différents réseaux SMEA, ainsi que des équipes EMAS-SMEA. De cette manière, une EMAS suprarégionale soutient plusieurs réseaux (soutien des acteurs de soins ambulatoires et résidentiels locaux).
3° Si la complexité du trouble de l'alimentation est telle qu'elle nécessite un traitement résidentiel hautement spécialisé (admission à temps partiel ou à temps plein), le bénéficiaire peut être admis dans un centre avec fonction de référence pour les troubles de l'alimentation et/ou intégrer un **programme thérapeutique à temps partiel proposé par le centre avec fonction de référence pour les troubles de l'alimentation.**

Pour la réalisation de l'offre de soins visée aux points 2) et 3), on **désigne des centres suprarégionaux avec fonction de référence pour les troubles de l'alimentation**, qui offrent des soins de pointe pour les troubles de l'alimentation.

La base légale des conventions relatives aux troubles de l'alimentation (1 et 2) est l'article 56 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994. Ainsi, ces conventions pourront être évaluées au sein du comité d'accompagnement (dont les modalités sont définies dans ces conventions) en fonction des objectifs fixés comme tels dans le Plan interfédéral pour les soins intégrés (8 novembre 2023). Ce plan a permis de conclure des accords axés sur des objectifs centraux tels que la collaboration transversale, l'intégration des soins, la continuité des soins et les soins centrés sur le patient.

La présente convention réglemente, en combinaison avec une première partie, les droits et devoirs du réseau SMEA et du centre avec fonction de référence pour les troubles de l'alimentation, d'une part, et de l'INAMI, d'autre part.

Définitions

Article 1er.

Pour l'application de la présente convention,

il convient d'entendre par :

1° **« Nomenclature »** : la nomenclature des prestations de santé telle que visée à 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 ;

2° **« Réseau SMEA »** : le réseau de santé mentale pour enfants et adolescents visé dans la convention relative au financement des fonctions psychologiques de première ligne entre l'INAMI et les réseaux de soins de santé mentale ;

3° **« Bénéficiaire »** : le bénéficiaire pouvant prétendre aux prestations établies dans la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 ;

4° **« Portfolio »** : le portfolio visé dans la loi du 22 avril 2019 relative à la qualité de la pratique des soins de santé ;

5° **« Trajet de soins »** : un trajet de soins organise et coordonne la prise en charge, le traitement et le suivi d'un patient souffrant d'une maladie chronique (Glossaire INAMI) ;

6° **« EMAS »** : Équipe multidisciplinaire ambulatoire de soutien

7° **« EMAS – SMEA** » : une équipe multidisciplinaire chargée d'offrir un soutien en matière de soins à l'échelle d'un réseau de soins de santé mentale pour enfants et adolescents (réseau SMEA) (notamment à la 1ière ligne de soins) ;

8° **« Suprarégional »** : un territoire plus grand que la zone d'action d'un réseau SMEA

9° **« EMAS suprarégionale »** : une équipe multidisciplinaire chargée d'offrir un soutien en matière de soins à l'échelle suprarégionale (notamment à la 2ième et 3ième ligne de soins) ;

10° **« Thérapie à temps partiel »** : la thérapie à temps partiel des troubles de l'alimentation complète l'offre thérapeutique existante dans le but de fournir des soins supplémentaires sur mesure dans le cadre du parcours thérapeutique ambulatoire afin d'éviter l'aggravation de la maladie et une éventuelle admission en établissement, afin de préparer une admission ou de soutenir et faciliter le retour à des soins ambulatoires ;

11° **« Thérapie multifamiliale (TMF) » :** une forme de thérapie familiale où différentes familles suivent simultanément une thérapie pour un problème ou des soins en commun. L'objectif est de renforcer la famille sur le plan relationnel/systémique et de la rendre mieux à même de gérer le trouble de l'alimentation. Un programme de TMF se déroule dans le cadre d'une offre thérapeutique à temps partiel à l'échelle du réseau SMEA ;

12° **« Thérapie multifamiliale intensive (TMFi) »** : un programme de TMF spécialisé qui se déroule dans le cadre d'une offre thérapeutique à temps partiel à l'échelle suprarégionale dans un centre avec fonction de référence pour les troubles de l'alimentation.

13° **« Thérapeute de famille »** : un psychologue ou orthopédagogue clinicien/médecin spécialiste en psychiatrie spécialisé dans la TMF pour les troubles de l'alimentation, démontrable par le portfolio sur base, entre autres, d'un diplôme et d'une formation complémentaire en psychothérapie (auprès d'un collège ou d'une université) (de préférence en thérapie systémique, relationnelle, familiale ou en thérapie cognitivo-comportementale).

Objet de la convention

Article 2.

§ 1. La présente convention décrit les critères et les modalités en ce qui concerne les centres avec fonction de référence pour les troubles de l'alimentation.

§ 2. La présente convention décrit les missions, le groupe cible et la manière dont les moyens financiers sont mis à la disposition du centre avec fonction de référence pour les troubles de l'alimentation, ainsi que la manière dont les dépenses sont suivies.

Le centre avec fonction de référence pour les troubles de l'alimentation

Article 3. Définition

Le centre avec fonction de référence pour les troubles de l'alimentation, dénommé ci-après «centre» est un centre où:

1° Des soins hautement spécialisés basés sur les dernières avancées scientifiques sont proposés aux patients souffrant de troubles de l'alimentation.

2° De nouvelles méthodes thérapeutiques (innovantes) sont proposées et évaluées, des recherches scientifiques sont effectuées et les connaissances sont partagées.

3° Des consultations et un second avis sont offerts aux dispensateurs de soins ambulatoires et de soins résidentiels ainsi qu'aux équipes EMAS-SMEA.

4° Engagement est pris de remplir tous les critères énumérés à l'article 5, au moins pendant la durée de la présente convention.

Article 4. Nombre de centres

Le nombre de centres avec fonction de référence pour les troubles de l'alimentation est limité à 9 centres maximum vu le budget disponible. Tout établissement de soins peut introduire sa candidature.

La procédure et les modalités de candidature sont publiées sur le site web de l'INAMI. Si le nombre de candidatures recevables excède le nombre de places disponibles, sur base des critères décrits à l'article 5 de la présente convention, le premier contractant opérera une sélection en fonction des critères suivants :

1° Une répartition géographique équitable des centres est visé ;

- Le rôle linguistique de l'institution. Un équilibre est visé ;

2° Le nombre de patients suivi par le centre, sur la base des données définies à l'article 5, §4.

Critères que le centre avec fonction de référence pour les troubles de l'alimentation doit remplir

Article 5.

§ 1. Le centre dispose d'une équipe thérapeutique multidisciplinaire spécialisée dans les besoins thérapeutiques complexes qui se font sentir en cas de troubles de l'alimentation.

1° L'équipe thérapeutique multidisciplinaire comprend au minimum :

a) Un.e médecin spécialiste en (pédo)psychiatrie. Il/elle peut démontrer les compétences et l'expérience nécessaires en matière de troubles de l'alimentation via le portfolio, sur la base entre autres du diplôme, des formations suivies et des conférences données. Il/elle suit au minimum une formation continue sur les troubles de l'alimentation par an.

b) Un.e médecin spécialiste en médecine pédiatrique ou un.e médecin spécialiste en médecine interne (via éventuellement une collaboration avec des services internes et/ou des services (pédiatriques) d'un hôpital voisin). Il/elle peut démontrer les compétences et l'expérience nécessaires en matière de troubles de l'alimentation via le portfolio, sur la base entre autres du diplôme, des formations (continues) suivies et des conférences données. Il/elle suit au minimum une formation continue sur les troubles de l'alimentation par an.

c) Un.e diététicien.ne possédant les compétences et l'expérience nécessaires en matière de troubles de l'alimentation, qui peuvent être démontrées dans le portfolio sur la base du diplôme et des formations suivies entre autres. Il/elle suit au minimum une formation continue sur les troubles de l'alimentation par an.

d) Un.e psychologue/ orthopédagogue clinicien possédant les compétences et l'expérience nécessaires en matière de troubles de l'alimentation, qui peuvent être démontrées via le portfolio sur la base du diplôme et des formations suivies entre autres. Il/elle suit au minimum une formation continue sur les troubles de l'alimentation par an.

e) Un.e thérapeute familial.e possédant les compétences et l'expérience nécessaires en matière de troubles de l'alimentation, qui peuvent être démontrées via le portfolio sur la base du diplôme et des formations suivies entre autres. Il/elle suit au minimum une formation continue sur les troubles de l'alimentation par an.

f) Un.e infirmier.e (psychiatrique) possédant les compétences et l'expérience nécessaires en matière de troubles de l'alimentation, qui peuvent être démontrées via le portfolio sur la base du diplôme et de l'expérience professionnelle pertinente ;

2° Le centre s'engage à prendre dans les plus brefs délais toutes les dispositions nécessaires afin de compléter le cadre pour toute fonction qui serait vacante temporairement (notamment pour cause de maladie, d'interruption de carrière, de congé sans solde) ou définitivement (pour cause de licenciement ou de démission). Le centre n'est toutefois pas tenu de compléter le cadre si une fonction est effectivement vacante mais que le centre rémunère encore effectivement le membre du personnel en question, soit pendant la période de préavis légal rémunéré dans le cas d'un membre du personnel licencié, soit pendant le délai légal de revenu garanti pour un membre du personnel absent pour maladie.

Le centre tient en permanence à jour la liste complète des membres de l'équipe thérapeutique multidisciplinaire. Cette liste doit permettre de savoir qui travaille dans le cadre de la convention, avec quelle fonction, selon quel temps de travail et quel horaire par semaine.

3° Le centre dispose pour tous les dispensateurs de soins faisant partie de l'équipe thérapeutique multidisciplinaire d'une liste des formations/activités de formation continue suivies en matière de troubles de l'alimentation. Ces activités de formation continue doivent être des activités C.P.[1] ou CME[2] approuvées ou réalisées par un établissement de formation/centre de connaissances reconnu à cet effet.

4° Parmi l'équipe thérapeutique multidisciplinaire, au moins trois dispensateurs de soins ont une expérience professionnelle pertinente en matière de troubles de l'alimentation de cinq ans**.** Ceux-ci disposent d'une expertise longue et étendue en ce qui concerne le diagnostic et/ou le traitement de patients souffrant d'un trouble de l'alimentation. En outre, ils sont actifs sur le plan du partage de connaissances et/ou de recherche scientifique et suivent des formations sur les troubles de l'alimentation en Belgique ou à l'étranger. Ceci peut être démontré à l'aide du portfolio.

5° L'équipe thérapeutique multidisciplinaire possède les compétences de base suivantes :

[1] Credit Points
[2] Continuing Medical Education

a) Des connaissances et des compétences lui permettant d'identifier les facteurs de risque et les signaux précoces de troubles de l'alimentation et de procéder à une première évaluation ;

b) Des connaissances relatives aux caractéristiques cliniques des troubles de l'alimentation, aux pratiques et interventions thérapeutiques *evidence-based* et leurs mises à jour, à l'évolution de la maladie et à la durée du traitement ;

c) Des connaissances et des compétences lui permettant de communiquer tant avec le jeune qu'avec sa famille/son entourage au sujet du trouble de l'alimentation présumé sans porter de jugement ;

d) Des compétences motivationnelles pour évaluer l'engagement du patient et de sa famille et l'accroître ;

e) Des compétences pour faciliter le rétablissement tant du patient que de sa famille ;

f) Des compétences pour planifier une évaluation et des soins en équipe multidisciplinaire, ainsi que pour concevoir et mettre en œuvre des plans thérapeutiques complémentaires ;

g) Une connaissance des compétences cliniques et des méthodes thérapeutiques en cas de besoins complexes en matière de troubles de l'alimentation, dont :

    - Des programmes thérapeutiques (à temps partiel)
    - La thérapie multifamiliale
    - …

h) Des compétences pour mettre en place et dispenser un traitement *evidence-based* ;

i) Des connaissances et des compétences permettant d'offrir un soutien en cas de problématique sociale ;

j) Des connaissances et des compétences en matière de diagnostic et de traitement des comorbidités physiques et psychologiques :
    - L'hypoglycémie
    - L'hypokaliémie
    - Le Syndrome de renutrition inapproprié
    - La réalimentation par sonde gastrique
    - La réanimation en cas de coma hypoglycémique

- La gestion et la stabilisation des troubles cardiaques
- L'insuffisance rénale
- L'automutilation
- L'autisme
- Le TDAH
- Les troubles de la personnalité
- Etc.

Les hôpitaux qui ne peuvent pas démontrer que l'équipe thérapeutique multidisciplinaire possède ces compétences de base n'entrent pas en ligne de compte pour l'adhésion à cette convention.

§2. Le centre dispose de l'offre thérapeutique/des infrastructures suivantes pour les troubles de l'alimentation :

1° Capacité ambulatoire spécialisée (consultations externes, y compris les offres de groupe) et résidentielle (K, A ou T) pour le traitement des patients souffrant de troubles de l'alimentation ; avec une offre de programmes en (sous-) groupes homogènes ;

2° Une offre thérapeutique (hautement spécialisée) axée sur les besoins tant du patient que de sa famille ;

3° Des programmes thérapeutiques à temps partiel pour les patients souffrant de troubles de l'alimentation et leur famille, entre autres TMF ;

4° Des infrastructures pour le traitement somatique du patient (E ou D ou fonction soins intensifs) ou bien la possibilité d'en disposer via une collaboration avec des services internes et/ou des services (pédiatriques) d'un hôpital voisin ;

a) La possibilité de traiter les patients à l'aide d'une alimentation par sonde gastrique ;

b) Des protocoles pour le traitement des complications somatiques chez des patients souffrant de troubles de l'alimentation.

5° Des possibilités d'intervention de crise ;

6° L'espace nécessaire pour organiser des séances de groupe, une salle de réunion, un secrétariat et un endroit (sous format numérique ou non) où les dossiers individuels sont conservés et mis à la disposition de l'équipe thérapeutique multidisciplinaire.

§3. Le centre est un établissement de soins (un hôpital psychiatrique, général ou universitaire) ou un ensemble de trois établissements de soins maximum (dont au

moins un hôpital psychiatrique) qui ont conclu entre eux des accords formels ou des accords de coopération pour le diagnostic et le traitement des patients souffrant d'un trouble de l'alimentation. Le centre est un ensemble fonctionnel qui propose des services intégrés et assure la continuité des soins.

§ 4. Le centre dispose d'une expérience dans le traitement spécialisé des troubles de l'alimentation qu'il peut démontrer sur la base :

1° Du nombre de patients traités en ambulatoire (l'année la plus récente) ;

2° Du nombre d'admissions de patients souffrant de troubles de l'alimentation (2 ou 3 dernières années disponibles, à l'exclusion de 2020 et 2021) ;

3° De la durée de séjour totale des patients souffrant de troubles de l'alimentation (2 ou 3 dernières années disponibles, à l'exclusion de 2020 et 2021).

Pour ce faire, le service se base sur 1) les chiffres que les candidats fournissent concernant le nombre de patients traités en ambulatoire (l'année la plus récente) et 2) les données des 2 ou 3 dernières années disponibles, à l'exclusion de 2020 et 2021, dont dispose l'INAMI concernant le nombre d'admissions et leur durée (données provenant du RPM[3] et du RHM[4]).

§5. Le centre :

a) Met au point (en collaboration ou pas) des méthodes thérapeutiques innovantes pour le diagnostic (précoce), le traitement, la prévention (des rechutes), l'évaluation des risques (de rechute), l'autogestion et/ou l'organisation des soins, le but étant d'améliorer le contenu des soins dispensés aux patients.

b) Participe aux recherches scientifiques (par ex. les recherches scientifiques sur l'effectivité des innovations).

c) Contribue au partage des connaissances et collabore au sein de l'offre de formation intégrée suprarégionale.

Ceci peut être démontré à l'aide :

- De publications évaluées par les pairs ;
- Du nombre de conférences données ;
- Du nombre de formations (continues) données.

§6. Sous peine de non-recevabilité, l(es)'établissement(s) de soins introduit(sent) avant le 1er février 2025 sa demande d'adhésion à la présente convention au moyen

[3] Résumé Psychiatrique Minimum.
[4] Résumé Hospitalier Minimum.

du formulaire de demande dûment complété et signé. Le formulaire de demande est publié sur le site web de l'INAMI.

Engagements du centre avec fonction de référence pour les troubles de l'alimentation

Article 6.

Le centre s'engage à :

1° Travailler tous réseaux confondus (à l'échelle suprarégionale). Pour ce faire, des accords de coopération doivent être conclus avec des dispensateurs de soins régionaux et des réseaux de SMEA en vue de garantir une orientation correcte et fluide des patients, de faciliter le partage de connaissances (en collaboration avec les centres de connaissances pour les troubles de l'alimentation), et également d'apporter un soutien pour les thérapies ambulatoires spécialisées et à temps partiel et, le cas échéant, étendre la collaboration afin de garantir l'accessibilité pour le groupe cible dans l'ensemble du pays. Les différentes équipes multidisciplinaires ambulatoires de soutien (EMAS) suprarégionales concluent des accords entre elles afin de déployer leurs activités sur l'ensemble du territoire belge.

2° Garantir la qualité des soins selon le plus haut degré de preuve (*level of evidence)* de la médecine factuelle (*evidence-based medicine*).

3° Procéder périodiquement à des évaluations structurelles de l'incidence pour comprendre les effets tant des traitements individuels que de l'offre de soins du centre, dans un souci d'apprentissage et d'amélioration continus.

4° Utiliser des indicateurs de qualité *evidence-based* et/ou en concevoir en collaboration avec d'autres centres avec fonction de référence pour les troubles de l'alimentation, ce qui permettra de réaliser une analyse comparative dans le cadre d'une politique de qualité *evidence-based* à l'échelon national.

5° Le centre s'engage à garantir la qualité et la continuité des soins au sein dudit centre pendant la durée de la présente convention. Il est également prêt à faire rapport au public des résultats sur les indicateurs de qualité pour sa zone d'activité.

6° Garantir la liberté de choix en respectant le choix du patient ou de son référent en matière de centre.

Missions du centre avec fonction de référence pour les troubles de l'alimentation

Article 7.

§1. Le centre assume la fonction d'EMAS à l'échelon suprarégional décrite à l'article 8.

1° Le centre est responsable de la sélection et du recrutement des membres de l'équipe multidisciplinaire ambulatoire de soutien (EMAS). Le centre garantit également que les différents membres de l'EMAS suprarégionale possèdent les compétences requises et suivent une formation continue.

2° Le centre est tenu de garder la liste des membres de l'EMAS suprarégionale en permanence à jour. Celle-ci doit être mise à la disposition de l'INAMI et du SPF Santé publique.

§2. Le centre assure la fonction « thérapie à temps partiel » décrite à l'article 9.

EMAS suprarégionale

Article 8.

§1. Une EMAS suprarégionale apporte un soutien aux dispensateurs de soins ambulatoires spécialisés et résidentiels en partageant son expertise mais elle ne dispense pas de soins elle-même (exception : voir 3°). Les missions de l'EMAS suprarégionale consistent à :

1° Apporter un soutien aux dispensateurs de soins ambulatoires spécialisés et résidentiels, ainsi que l'EMAS – SMEA, pour les différents cas, soit lors d'un contact en ligne ou par téléphone, soit lors d'une concertation en présentiel en :

a) Prenant connaissance de la demande de soins ;
b) Évaluant la situation ;
c) Formulant l'avis requis et apportant un soutien selon les besoins, en ce qui concerne :
   - Le traitement médical ;
   - Le traitement psychologique ;
   - Le traitement diététique ;

2° Apporter son aide pour les trajets de soins difficiles. Il est question de trajet de soins difficile quand les soins dispensés par les prestataires ambulatoires spécialisés (le psychologue clinicien-médecin généraliste- diététicien ou par l'équipe de l'hôpital général) ne permettent pas d'enregistrer des progrès suffisants et qu'une intensification s'impose.

3° Intensifier temporairement les soins en collaboration avec l'équipe soignante en proposant une consultation au patient et/ou à sa famille.

Si l'EMAS suprarégionale estime ne pas pouvoir répondre à la demande d'avis du dispensateur de soins ambulatoires ou résidentiels, elle oriente ce dernier (en vertu du principe de l'échelonnement des soins) vers des soins plus spécialisés, c'est-à-dire les soins à temps partiel ou les soins résidentiels.

§2. L'EMAS suprarégionale est composée :

1° De 0,5 ETP psychologue/orthopédagogue clinicien qui dispose des compétences et de l'expérience nécessaires en matière de troubles de l'alimentation pouvant être démontrées dans le portfolio (occupé par une personne au maximum) ;

2° De 0,25 ETP médecin spécialiste en psychiatrie ou médecin spécialiste en pédopsychiatrie qui dispose des compétences et de l'expérience nécessaires en matière de troubles de l'alimentation pouvant être démontrées dans le portfolio (occupé par une personne au maximum) ;

3° De 0,25 ETP médecin spécialiste en médecine interne, médecin spécialiste en pédiatrie ou médecin généraliste qui dispose des compétences et de l'expérience nécessaires en matière de troubles de l'alimentation pouvant être démontrées dans le portfolio (occupé par une personne au maximum) ;

4° De 0,25 ETP diététicien qui dispose des compétences et de l'expérience nécessaires en matière de troubles de l'alimentation pouvant être démontrées dans le portfolio (occupé par une personne au maximum).

§ 3. Les dispositions suivantes s'appliquent aux différentes missions :

1° L'EMAS suprarégionale est joignable par téléphone ou en ligne du lundi au vendredi inclus ;

2° L'EMAS suprarégionale organise une réunion d'équipe une fois par semaine au moins. Pour celle-ci, on peut également faire appel aux membres de l'EMAS – SMEA qui sont concernés par les demandes reçues sur les cas. Les dispensateurs de soins qui doivent discuter d'un patient en traitement peuvent également être invités.

Chaque réunion fait l'objet d'un rapport écrit contenant la liste des participants et les conclusions pour les cas discutés. Ce rapport est transmis à tous les participants (pour le cas dont ils s'occupent) ;

3° Le financement de la consultation du patient visée à l'article 8, §1er, 3° est assuré dans le cadre du financement de l'EMAS suprarégionale. La consultation ne peut être facturée pour une prestation telle que prévue par la nomenclature des prestations de santé visée à l'annexe 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, ni pour des prestations telles que visées dans la convention entre le comité de l'assurance de l'INAMI et le réseau de santé mentale concernant le financement des fonctions psychologiques en première ligne via les réseaux de santé mentale ;

4° L'objectif est de réaliser la consultation pour le patient et/ou sa famille dans un délai d'une semaine à partir du moment où l'équipe thérapeutique EMAS – SMEA a formulé une demande d'intensification temporaire des soins ;

5° L'EMAS suprarégionale collabore avec plusieurs EMAS – SMEA. Pour ce faire, des accords de coopération doivent être conclus par les EMAS suprarégionales entre elles ainsi qu'avec les différentes EMAS – SMEA pour que l'accessibilité soit garantie sur tout le territoire belge (avec une réunion toutes les x semaines par exemple).

Thérapie à temps partiel

Article 9.

§1. La fonction « thérapie à temps partiel » est assurée au sein du centre pour le bénéficiaire qui remplit les conditions suivantes :

1° Le bénéficiaire est un patient atteint d'un trouble (primaire) de l'alimentation, et/ou sa famille ;

2° Un médecin a diagnostiqué chez ce bénéficiaire un trouble de l'alimentation en se basant sur le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DSM-5) ou sur la *Classification internationale des maladies* (CIM-11). Ces troubles sont :

a) L'anorexie mentale (CIM-11 : 6B80 ; code Snomed CT : 56882008)
b) Binge eating disorder (CIM-11: 6B82 ; code Snomed CT : 439960005)
c) La boulimie nerveuse (CIM-11 : 6B81 ; code Snomed CT : 78004001)
d) Les autres troubles de l'alimentation ou de la nutrition, sans précision (CIM-11 : 6B8Y).

3° Le bénéficiaire présente une ou plusieurs comorbidités ;

4° Le bénéficiaire est âgé de 23 ans révolus maximum.

L'évaluation clinique de l'éligibilité aux thérapies à temps partiel est effectuée par le centre proposant un programme thérapeutique à temps partiel pour les troubles de l'alimentation, en se basant sur les recommandations fondées sur des données probantes, et toujours en se concertant avec l'équipe soignante et sur la base d'un plan de traitement.

§2. Il s'agit d'un programme thérapeutique à temps partiel pour les troubles de l'alimentation proposant des modules de soins en fonction des besoins du bénéficiaire et du plan thérapeutique. Lors de ces activités, les jeunes travaillent sur leurs compétences en matière d'alimentation, sur la façon dont ils se voient et dont ils appréhendent leur corps, sur la régulation émotionnelle, la gestion du temps, les relations interpersonnelles non-choisies (famille) et choisies (amis), les contacts sociaux,... L'équipe soignante peut diversifier son offre en proposant une thérapie à temps partiel pour le patient ou une thérapie à temps partiel avec sa famille (TMFi), en (sous-)groupes homogènes.

§3. Les dispositions suivantes s'appliquent à la fonction « thérapie à temps partiel » dans le centre :

1° Le programme thérapeutique à temps partiel est proposé pendant au moins 5 demi-journées par semaine ;

2° Sur une base journalière, 4 bénéficiaires au moins sont inclus dans un programme thérapeutique à temps partiel ;

3° La famille (parents, frère ou sœur) du bénéficiaire peut participer à un programme de TMFi (voir 8°) ;

4° Le programme thérapeutique à temps partiel peut compléter le trajet thérapeutique ambulatoire ou le traitement (semi-)résidentiel du bénéficiaire ;

5° Le bénéficiaire peut participer à un programme thérapeutique à temps partiel à raison d'un à cinq demi-jours par semaine ;

6° Le programme thérapeutique à temps partiel est basé sur des recommandations fondées sur des données probantes ;

7° Le centre décrit les procédures thérapeutiques/les modules de soins proposés dans le cadre du programme thérapeutique à temps partiel. Ceux-ci sont transmis à l'INAMI dans le cadre de l'évaluation. Le centre/le réseau SMEA présente sa vision et son approche thérapeutique sur son site web de façon à faire preuve de transparence envers le référent et le patient ;

8° Le centre prévoit une offre de thérapie multifamiliale intensive (TMFi) en tant que composante du programme thérapeutique à temps partiel. Le programme

de TMFi peut être indépendant mais, si nécessaire, il peut aussi être combiné avec d'autres traitements intensifs comme un traitement (semi-)résidentiel ou encore avec un traitement ambulatoire incluant une thérapie familiale individuelle.

a) Au moins 5 familles sont incluses dans un groupe de TMFi au départ;
b) 4 groupes de TMFi au moins sont organisés sur une base annuelle ;
c) 30 séances TMFi (min. 2h par séance) au moins ont lieu sur base annuelle ;
d) La TMFi est proposée par un psychologue/orthopédagogue clinicien spécialisé en troubles de l'alimentation et un thérapeute familial spécialisé en TMFi pour les troubles de l'alimentation. Tous deux peuvent démontrer leur expérience et leur expertise sur la base de leur portfolio ;
e) L'offre de TMFi est basée sur des recommandations fondées sur des données probantes.

§ 4. Pour accomplir cette mission, le centre peut disposer d'un encadrement supplémentaire de 2 ETP comprenant au moins :

1° 0,5 ETP psychologue clinicien spécialisé en troubles de l'alimentation (occupé par une personne au maximum) ;

2° 0,5 ETP thérapeute familial spécialisé en TMFi pour les troubles de l'alimentation (occupé par une personne au maximum) ;

3° 1 ETP au choix (occupé par deux personnes au maximum) ;

Ces personnes peuvent démontrer leur expérience et leur expertise en matière de troubles de l'alimentation et de programmes thérapeutiques à temps partiel via leur portfolio, sur la base de leur diplôme, des formations suivies et d'une expérience professionnelle pertinente en matière de troubles de l'alimentation.

§5. Par jour, le pseudocode 401531 – 401542 est attesté pour chaque bénéficiaire qui participe à une session de thérapie à temps partiel (demi-journée). Pour le bénéficiaire qui participe à une session TMFi (min. 2h), le pseudocode 401553 – 401564 est attesté. Pour le bénéficiaire qui arrête un programme thérapeutique à temps partiel, le pseudocode 401575 – 401586 est attesté ;

401531 – 401542	SESSION - Thérapie à temps partiel dans un centre avec fonction de référence pour les troubles de l'alimentation	€ 0
401553 – 401564	SESSION – Thérapie multifamiliale intensive dans un centre avec fonction de référence pour les troubles de l'alimentation	€ 0
401575 – 401586	FIN - Thérapie à temps partiel dans un centre avec fonction de référence pour les troubles de l'alimentation	€ 0

Les prestations 401542, 401564 et 401586 peuvent être cumulées par jour avec les honoraires de surveillance pour les bénéficiaires enregistrés à temps partiel/plein temps et les prestations 401531, 401553 et 401575 peuvent être cumulées par jour avec les prestations telles que prévues par la nomenclature des prestations de santé visée à l'annexe 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, et des prestations telles que visées dans la convention entre le comité de l'assurance de l'INAMI et le réseau de santé mentale concernant le financement des fonctions psychologiques en première ligne via les réseaux de santé mentale ;

Évaluation

Article 10.

§1. Le centre avec fonction de référence pour les troubles de l'alimentation s'engage à rédiger un rapport d'activité et à le transmettre à l'INAMI. Ce rapport atteste de l'accomplissement des missions visées dans la présente convention et les évalue. Les modalités du rapport (contenu - *template*) seront définies en concertation avec les représentants siégeant au comité d'accompagnement visé à l'article 12 et elles devront être approuvées par le Comité de l'assurance.

Le rapport d'activité sera transmis chaque année avant le 30 avril de l'année x+1 au Service des soins de santé de l'INAMI via l'adresse ovcomeddir@riziv-inami.fgov.be.

Le rapport d'activité contient au minimum les données suivantes :

- Pour l'EMAS suprarégionale :
    - Le nombre de demandes de soins ;
    - Le référent (à qui l'avis a été remis/le soutien a été apporté) ;
    - Le nombre d'avis émis/de soutiens apportés ;

    - Le résultat de la demande de soins ;
    - Le nombre de contacts par demande de soins ;
    - Les caractéristiques des patients (type de trouble de l'alimentation, âge, sexe...) ;

- Un aperçu quantitatif du nombre de (demi-) jours pendant lesquels une thérapie à temps partiel est proposée et le nombre de patients ou de membres de la famille présents ;

- Un aperçu qualitatif de l'offre de thérapie à temps partiel par semaine et une évaluation des résultats attendus par an.

§2. Le centre s'engage à collaborer à une recherche évaluative qui sera menée dans le cadre de la présente convention. Le protocole de recherche est élaboré à partir d'une mission, sur proposition du comité d'accompagnement.

Modalités de paiement

Article 11.

§1. Pour assumer la fonction d'EMAS suprarégionale de la présente convention, le centre dispose, sur une base annuelle, d'un budget de maximum **€ 198.307,69**, TVA comprise pour le recours à **1,25 ETP**.

Il s'agit d'un financement supplémentaire en plus du BMF (budget des moyens financiers) et du financement de projets pilotes en cours pour la partie qui se déroule dans les murs du centre.

§2. Pour assumer la fonction « thérapie à temps partiel » de la présente convention, le centre dispose, sur une base annuelle, d'un budget de maximum **€ 184.664,42**, TVA comprise, pour le recours à **2 ETP** (tel que défini à l'article 9, §4).

Il s'agit d'un financement supplémentaire en plus du BMF (budget des moyens financiers) et du financement de projets pilotes en cours dans les murs du centre.

§3. Par moyens de fonctionnement, il convient d'entendre les moyens destinés à financer l'achat de matériel et de services qui sont utilisés dans le cadre du fonctionnement journalier de l'EMAS suprarégionale et de la thérapie à temps partiel dans le centre avec fonction de référence pour les troubles de l'alimentation. Plus spécifiquement, il faut entendre par là l'achat de matériel et de services utilisés pour le logement (loyer), les déplacements, les équipements logistiques, l'informatique… pour lesquels le lien direct avec l'accomplissement et le développement des missions peut être irréfutablement démontré. Les moyens de fonctionnement ne comprennent pas le financement pour l'achat de voitures ni le déploiement d'initiatives propres en matière de suivi et d'accompagnement scientifiques.

§4. Le montant fixé dans le présent article sera indexé annuellement au 1er janvier à partir de 2025 conformément au système d'indexation relatif à l'indice santé lissé fixé en vertu de l'article 207bis de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994.

L'intervention sera versée par l'INAMI sur le numéro de compte de l'hôpital agissant en tant que gestionnaire financier du centre avec fonction de référence pour les troubles de l'alimentation.

IBAN

BIC

§5. L'intervention visée à l'article 11 sera payée comme suit par l'INAMI :

Pour l'année 2025 :

1° La première tranche de 30 % sera versée au plus tard le 15/04.

2° La deuxième tranche de 30 % sera versée fin juillet par l'INAMI, à condition que les pièces justificatives couvrant la période 01/04 – 30/06 aient été reçues au plus tard le 15/07.

3° La troisième tranche de 30% sera versée fin octobre par l'INAMI, à condition que les pièces justificatives couvrant la période 01/07 – 30/09 aient été reçues au plus tard le 15/10.

4° La dernière tranche de 10% sera versée le 28/02/T+1 par l'INAMI, à condition que les pièces justificatives couvrant la période 01/10 – 31/12 aient été reçues au plus tard le 15/02/T+1.

Pour l'année 2026:

1° La première tranche de 30 % sera versée au plus tard le 15/01.

2° La deuxième tranche de 20 % sera versée fin avril par l'INAMI à condition que les pièces justificatives couvrant la période 1/01 – 31/03 aient été reçues au plus tard le 15/04.

3° La troisième tranche de 20 % sera versée fin juillet par l'INAMI, à condition que les pièces justificatives couvrant la période 01/04 – 30/06 aient été reçues au plus tard le 15/07.

4° La quatrième tranche de 20% sera versée fin octobre par l'INAMI, à condition que les pièces justificatives couvrant la période 01/07 – 30/09 aient été reçues au plus tard le 15/10.

5° La dernière tranche de 10% sera versée le 28/02/T+1 par l'INAMI, à condition que les pièces justificatives couvrant la période 01/10 – 31/12 aient été reçues au plus tard le 15/02/T+1.

Les paiements (indexés) à partir de 2027 seront toujours effectués selon un schéma similaire en cinq tranches.

Les justificatifs trimestriels doivent être triés par rubrique. Ils doivent également figurer dans une liste récapitulative détaillée.

Sur la base des avances payées et de ces justificatifs, l'INAMI établira un décompte final par année civile.

Les paiements éventuels de la dernière tranche (maximum 10 %) seront effectués avec comme communication « Convention INAMI — xxx — décompte. »

Les remboursements par le centre - en application des dispositions précitées - se font, pour autant qu'ils ne puissent pas être compensés par les avances payées, par virement dans les 14 jours suivant la date de décompte, sur le compte de l'INAMI portant les références BE84 6790 2621 5359 BIC PCHQ BEBB avec en communication « Convention INAMI - exercice xxx ..... décompte. »

§6. Le centre s'engage à utiliser les moyens financiers versés par l'INAMI exclusivement pour les activités réalisées dans le cadre des missions mentionnées aux articles 8 et 9.

Le centre s'engage à mener ces activités avec soin et dans le respect de la continuité.

Comité d'accompagnement et évaluation

Article 12.

§1. Dans le cadre de la présente convention (et de la convention sur les troubles de l'alimentation partie 1)[5], un comité d'accompagnement chargé de l'accompagnement et du suivi de l'exécution de ces conventions est constitué. Il se compose de :

[5] *Convention entre le Comité de l'assurance Soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité et le réseau de santé mentale pour enfants et adolescents concernant le financement du trajet de soins troubles de l'alimentation (partie 1).*

- 3 membres effectifs et 3 membres suppléants nommés par les organismes assureurs ;
- 2 membres effectifs et 2 membres suppléants nommés par les organisations professionnelles représentatives des médecins généralistes ;
- 2 membres effectifs et 2 membres suppléants nommés par les organisations professionnelles représentatives des médecins-spécialistes ;
- 2 membres effectifs et 2 membres suppléants nommés par les organisations professionnelles représentatives des fédérations hospitalières ;
- 2 membres effectifs et 2 membres suppléants experts médicaux, nommés par les organisations professionnelles des pédopsychiatres / médecins-spécialistes en pédiatrie ;
- 2 membres effectifs et 2 membres suppléants nommés par les organisations professionnelles représentatives des diététiciens ;
- 2 membres effectifs et 2 membres suppléants nommés par les organisations professionnelles représentatives des psychologues/orthopédagogues cliniciens ;
- 5 membres effectifs et suppléants représentant les réseaux SMEA (2 représentants flamands, 2 wallons et un bruxellois) ;
- Un représentant d' Eetexpert ;
- Un représentant du CEPIA ;
- 2 représentants des associations de patients et de parents.

Le comité d'accompagnement est présidé par un représentant de l'INAMI. L'organisation, l'accompagnement et le secrétariat sont assurés par l'INAMI et le SPF Santé publique. Les représentants d'Eetexpert et du CEPIA participent aux travaux du comité d'accompagnement à titre consultatif.

§2. Le comité d'accompagnement se réunit au minimum deux fois par an. Il se réunit valablement si sept membres au moins sont présents. Les décisions sont prises à la majorité simple des membres participant au vote ; il n'est pas tenu compte des abstentions.

§ 3 Les missions du comité d'accompagnement ont trait à :

1° L'élaboration d'une proposition de rapport (rapport d'activité) au Comité de l'assurance (contenu - *template*) ;

2° l'élaboration d'un protocole de recherche relatif à la recherche évaluative à mener dans le cadre de la présente convention ;

3° de proposer des solutions aux problèmes qui se posent pendant la durée de la convention en ce qui concerne la mise en œuvre de la convention.

Modalités générales

Article 13. Responsabilité

L'exécution de la présente convention ne peut en aucun cas engager la responsabilité de l'INAMI pour tout accident ou, de manière générale, tout dommage causé aux personnes et biens qui résultent directement ou indirectement de la présente convention.

Article 14. Contrôle

Le centre avec fonction de référence pour les troubles de l'alimentation s'engage à donner procuration aux médecins inspecteurs ou à leurs mandataires du service d'Évaluation et de Contrôle médicaux pour effectuer les visites qu'ils jugent nécessaires à l'accomplissement de leurs missions.

Article 15. Compétence

Seuls les tribunaux de Bruxelles sont compétents pour tout litige concernant la présente convention.

Article 16. Durée de validité de la convention

§1. La présente convention entre en vigueur le 1er avril 2025.

§2. La présente convention est valable jusqu'au 31 décembre 2028 inclus. Les deux parties peuvent mettre fin à la convention de manière anticipée par lettre recommandée. La convention prend fin le premier jour du troisième mois suivant la lettre recommandée. Il convient en tout cas de veiller à la continuité des soins pour les bénéficiaires.

Fait en 3 exemplaires à Bruxelles, le 3 avril 2025.

Chaque partie reconnaît avoir reçu un exemplaire original.

Pour le Comité de l'assurance soins de santé :	Pour le centre avec fonction de référence pour les troubles de l'alimentation :
Le Fonctionnaire Dirigeant,	Le directeur général du
Mickael DAUBIE	[Nom, prénom et signature]
	Le directeur médical du
	[Nom, prénom et signature]