

# INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITÉ

Etablissement Public institué par la loi du 9 août 1963  
AVENUE DE TERVUREN 211 - 1150 BRUXELLES

---

## Service des soins de santé

### CONVENTION DE REEDUCATION FONCTIONNELLE ENTRE LE COMITE DE L'ASSURANCE SOINS DE SANTE DE L'INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITE ET [pouvoir organisateur] POUR LE CENTRE DE REFERENCE DES TROUBLES DU SPECTRE AUTISTIQUE [centre]

Vu la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, notamment les articles 22, 6°, 23, § 3 et 34, 7° ;

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,

[pouvoir organisateur], pour le centre de référence des troubles du spectre autistique [centre].

**Article 1.** Le centre de référence des troubles du spectre autistique [centre], est un établissement de rééducation au sens de l'article 23, § 3, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités. Il est désigné dans la présente convention par le terme « centre ».

## TABLE DES MATIÈRES

I.	OBJET DES CENTRES DE REFERENCE .....	2
II.	BENEFICIAIRES DE LA CONVENTION.....	3
III.	GROUPES-CIBLES ET OBJECTIFS DES PROGRAMMES .....	4
IV.	NATURE DES PROGRAMMES ET DES PRESTATIONS.....	5
V.	ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT DU CENTRE.....	6
V.1	Nombre minimal de bénéficiaires.....	6
V.2	Personnel thérapeutique du centre.....	6
V.3	Inscription du centre dans les réseaux médicaux et sociaux .....	10
V.4	Conseil d'accord .....	12
V.5	Personnel administratif – Locaux.....	13
VI.	INTERVENTION DE L'ASSURANCE DANS LE COUT DES PRESTATIONS.....	13
VI.1	Montants d'intervention de l'assurance.....	13
VI.2	Cumul avec les prestations prévues par la nomenclature soins de santé .....	14
VI.3	Demande d'accord d'intervention de l'assurance .....	14
VI.4	Périodes et limites d'intervention de l'assurance .....	15
VI.5	Capacité et modalités de facturation des prix des prestations de rééducation ..	16
VII.	EVALUATION ANNUELLE.....	17
VIII.	DISPOSITIONS ADMINISTRATIVES GENERALES .....	17
IX.	MESURES TRANSITOIRES ET PERIODE DE VALIDITE DE LA PRESENTE CONVENTION.....	19

### I. OBJET DES CENTRES DE REFERENCE

**Article 2.** L'évolution d'un patient atteint d'un trouble du spectre autistique est d'autant plus favorable que sa prise en charge appropriée est précoce.

L'objet des centres de référence des troubles du spectre autistique est de donner aux patients atteints d'un tel trouble les meilleures chances de bénéficier, dans les délais les plus brefs, d'une évaluation diagnostique et fonctionnelle exacte et précise et d'une prise en charge appropriée. Il est plus précisément, pour la plupart des pa-

tients, de réduire à moins d'un an le délai entre les premières plaintes des parents auprès d'un acteur du réseau de soins et la pose d'un diagnostic par un centre de référence, et à moins de 3 mois le délai entre la pose du diagnostic et la première prise en charge appropriée.

L'organisation, le fonctionnement et l'inscription du centre dans le réseau de soins et dans l'ensemble des réseaux sociaux (scolaires, institutionnels, associatifs...) que peuvent parcourir les bénéficiaires concourent à la poursuite de cette même finalité. Ils contribuent à améliorer les chances de tout bénéficiaire de mener la vie la plus autonome et la plus socialement intégrée possible, en particulier en favorisant son maintien en famille et sa fréquentation d'un enseignement adapté.

## II. BENEFICIAIRES DE LA CONVENTION

**Article 3.** Tout bénéficiaire de la présente convention appartient à un des deux groupes suivants :

1. le « *groupe diagnostic* », groupe des bénéficiaires qui à la fois
  - 1.1. présentent des symptômes suggérant qu'ils peuvent être atteints d'un trouble mental repris par le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, 4<sup>ème</sup> édition (DSM-IV ou DSM-IV-TR, *text revision*) ou par la *Classification internationale des maladies*, 10<sup>ème</sup> révision (CIM-10), dans la catégorie des troubles envahissants du développement, sous l'une des dénominations suivantes :
 

DSM-IV(-TR)	CIM-10
trouble autistique (299.00)	autisme infantile (F84.0)
syndrome de Rett (299.80)	syndrome de Rett (F84.2)
trouble désintégratif de l'enfance (299.10)	autre trouble désintégratif de l'enfance (F84.3)
syndrome d'Asperger (299.80)	syndrome d'Asperger (F84.5)
trouble envahissant du développement non spécifié (y compris autisme atypique) (299.80)	autisme atypique (F84.1), trouble envahissant du développement, sans précision (F84.9)
  - 1.2. et n'ont pas encore suivi jusqu'à épuisement du nombre maximal de séances fixé à l'article 31, § 1, un programme de diagnostic dispensé par un centre de référence des troubles du spectre autistique conventionné avec l'INAMI ;

2. le « *groupe coordination* », groupe des bénéficiaires qui à la fois

- 2.1. répondent aux critères diagnostiques d'un des troubles ci-dessus,
- 2.2. ont reçu un diagnostic formulé dans les termes d'un de ces troubles,
- 2.3. et requièrent une prise en charge de longue durée par plusieurs dispensateurs, institutions ou services du réseau de soins et/ou une mise à jour de leur diagnostic, notamment en raison de l'évolution de leurs aptitudes fonctionnelles.

### III. GROUPES-CIBLES ET OBJECTIFS DES PROGRAMMES

**Article 4. § 1** Les programmes qui peuvent être réalisés par le centre sont dénommés programme de diagnostic et programme de coordination.

**§ 2** Le programme de diagnostic s'adresse exclusivement aux bénéficiaires du groupe diagnostic.

Ses objectifs sont

- de formuler dans le temps le plus bref possible un diagnostic catégoriel exact des troubles dont le bénéficiaire est atteint, dans les termes du DSM-IV (ou du DSM-IV-TR) et de la CIM-10,
- de rechercher l'étiologie de ces troubles,
- d'établir un bilan fonctionnel de ses incapacités et de ses aptitudes spécifiques,
- de proposer des solutions concrètes pour une première prise en charge.

**§ 3** Le programme de coordination s'adresse exclusivement aux bénéficiaires du groupe coordination.

Ses objectifs sont

- d'établir sur base du diagnostic et du bilan fonctionnel un plan d'intervention susceptible de fonder, à chaque stade de la vie du bénéficiaire et à chaque stade de l'évolution de ses troubles, son orientation vers les modalités de prise en charge les plus appropriées,
- de suivre l'évolution de ses troubles et, si nécessaire, de mettre à jour son diagnostic,
- de superviser la mise en œuvre du plan d'intervention,
- d'informer les personnes de son entourage familial et social immédiat sur les troubles autistiques, leurs conséquences, leur pronostic et leur prise en charge.

**§ 4** Le diagnostic et la coordination par le centre n'ont pour objectif ni le traitement quotidien des troubles, ni l'accompagnement du bénéficiaire dans les actes et les tâches de sa vie quotidienne.

## IV. NATURE DES PROGRAMMES ET DES PRESTATIONS

**Article 5.** Les prestations de rééducation remboursables sont dénommées « séance de diagnostic » et « séance de coordination ». Ces séances sont dispensées, respectivement, dans le cadre des programmes de diagnostic (article 6) et de coordination (article 7).

Toute séance (de diagnostic ou de coordination) exige la présence d'un ou plusieurs médecins et/ou autres thérapeutes du centre face à un seul bénéficiaire (et si nécessaire à une ou plusieurs personnes de son entourage familial ou social immédiat), durant un minimum d'une heure.

**Article 6. § 1** Le programme de diagnostic comprend notamment

- les actes intellectuels préalables à la formulation du diagnostic dont :
  - la collecte des résultats des examens spécialisés pertinents, réalisés antérieurement à la prise en charge du bénéficiaire par le centre, ainsi que la prescription et la coordination des examens supplémentaires nécessaires,
  - la réalisation d'entretiens avec le bénéficiaire et/ou une ou plusieurs personnes de son entourage,
  - si nécessaire, l'observation dans ses lieux de vie et son milieu scolaire,
  - l'administration des tests psychologiques,
  - l'interprétation des résultats et conclusions de ces examens, entretiens, observations et tests,
- les réunions de l'équipe multidisciplinaire concernant le bénéficiaire,
- la formulation du diagnostic comme prévu à l'article 4, § 2, et la rédaction de 2 rapports de synthèse selon les schémas établis par le conseil d'accord visé à l'article 21, l'un à l'intention des prestataires du réseau de soins, l'autre à l'intention du bénéficiaire ou de ses parents.

**§ 2** Tout programme de diagnostic se déroule conformément au protocole établi par le conseil d'accord, visé à l'article 21, sous la responsabilité du médecin responsable du centre, visé à l'article 9, § 1.

Il débute à la date de la première séance de diagnostic réalisée dans le centre en faveur du bénéficiaire et s'achève par la rédaction des rapports de synthèse.

Une séance de diagnostic ne peut donner lieu à une intervention de l'assurance que si les séances précédentes n'ont pas permis d'atteindre les objectifs définis à l'article 4, § 2.

**Article 7. § 1** Le programme de coordination comprend notamment

- l'élaboration du plan d'intervention permettant d'orienter le bénéficiaire vers les modalités de prise en charge les plus appropriées, compte tenu de sa situation, de son évolution et de ses prises en charge antérieures,

- la coordination de la mise en œuvre de ce plan d'intervention, incluant, en concertation avec les parents et avec les responsables de sa prise en charge actuelle, des propositions concrètes applicables pour sa (ses) prise(s) en charge future(s) et une évaluation des apports des différentes prises en charge,
- l'information et la « psychoéducation » des personnes responsables du bénéficiaire dans les différentes situations de sa vie, en particulier de ses parents, de son médecin traitant, des enseignants...
- la réalisation de bilans fonctionnels d'évolution et, si nécessaire, de mises à jour du diagnostic,
- la rédaction d'un rapport d'évolution à l'intention du bénéficiaire ou de ses parents, selon le modèle établi par le conseil d'accord visé à l'article 21.

**§ 2** Tout programme de coordination se déroule conformément au protocole établi par le conseil d'accord, visé à l'article 21, sous la responsabilité du médecin responsable du centre, visé à l'article 9, § 1.

Il débute à la date de la première séance de coordination réalisée dans le centre en faveur du bénéficiaire.

## **V. ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT DU CENTRE**

### **V.1 Nombre minimal de bénéficiaires**

**Article 8. § 1** Au cours de toute période de 2 années civiles consécutives, le centre entame un programme de diagnostic en faveur d'un minimum de 150 bénéficiaires.

Le nombre de bénéficiaires est calculé au terme de chaque année civile en additionnant le nombre de bénéficiaires répondant aux conditions précitées pour l'année écoulée et pour celle qui l'a précédée.

**§ 2** La présente convention cesse d'office d'être en vigueur le 1<sup>er</sup> juillet de l'année qui suit la 1<sup>ère</sup> période de 2 années civiles consécutives au cours de laquelle le nombre minimum de bénéficiaires n'a pas été atteint.

### **V.2 Personnel thérapeutique du centre**

**Article 9. § 1** Le cadre du personnel thérapeutique du centre comprend les fonctions ci-dessous, qui peuvent être exercées chacune par une ou plusieurs personnes répondant à toutes les conditions fixées.

Fonctions médicales qui sont toujours exercées dans le centre :

- 1° Pédopsychiatre : médecin spécialiste en psychiatrie, pouvant démontrer une expérience professionnelle utile, telle que définie ci-dessous.

2° Neuropédiatre : médecin spécialiste en neuropédiatrie, pouvant démontrer une expérience professionnelle utile, telle que définie ci-dessous.

Fonction médicale supplémentaire qui peut être exercée dans le centre :

3° Médecin spécialiste pouvant démontrer une expérience professionnelle utile, telle que définie ci-dessous.

Un et un seul des médecins repris aux points 1° à 3° ci-dessus exerce en outre la fonction de médecin responsable du centre ; ce médecin doit pouvoir démontrer que son expérience professionnelle utile consiste en au moins 3 années de pratique clinique exercées au sein d'une équipe multidisciplinaire spécialisée dans le diagnostic des troubles mentaux sévères de l'enfant et de l'adolescent.

De plus, au moins un de ces médecins doit être attaché à une université ou à un hôpital universitaire et y exercer une activité en relation directe avec les troubles du spectre autistique.

Fonctions de master qui sont toujours exercées dans le centre :

4° Psychologue : titulaire d'un diplôme de licence en psychologie pouvant démontrer une expérience professionnelle utile, telle que définie ci-dessous.

5° Orthopédagogue : titulaire d'un diplôme de licence en orthopédagogie, en sciences de l'éducation, ou en psychologie pouvant démontrer une expérience professionnelle utile, telle que définie ci-dessous.

Fonctions de bachelier qui sont toujours exercées dans le centre :

6° Logopède : titulaire d'un diplôme de logopédie pouvant démontrer une expérience professionnelle utile, telle que définie ci-dessous.

7° Psychomotricien : kinésithérapeute ou ergothérapeute pouvant justifier d'une formation en psychomotricité et démontrer une expérience professionnelle utile, telle que définie ci-dessous.

8° Travailleur social : titulaire du diplôme d'assistant social ou d'infirmier social pouvant justifier d'une expérience du travail social avec des patients atteints de troubles psychiatriques.

Par *expérience professionnelle utile*, telle que visée aux points 1° à 7° ci-dessus, on entend au moins une année de pratique clinique, dans la même fonction, au sein d'une équipe multidisciplinaire spécialisée dans le diagnostic des troubles mentaux sévères de l'enfant et de l'adolescent, ou à défaut, au moins 3 années de pratique clinique avec des enfants et adolescents.

Toute période au cours de laquelle un membre du personnel a effectué des stages et/ou suivi une formation complémentaire spécialisée en rapport direct avec sa fonction est comptée dans son expérience professionnelle utile.

**§ 2** Les fonctions médicales (1° à 3°) sont remplies durant un minimum de 19 heures par semaine au total, dans le contexte de la présente convention, dont un mi-

nimum de 8 heures par semaine par le médecin exerçant la fonction de médecin responsable.

Les fonctions non-médicales (4° à 8°) sont remplies durant un minimum de 57 heures par semaine au total, dans le contexte de la présente convention.

**§ 3** Le cadre du personnel administratif du centre comprend toujours la fonction suivante, exercée par une ou plusieurs personnes :

9° Secrétaire.

**Article 10. § 1** Les fonctions énumérées à l'article 9 sont remplies, dans le cadre de la présente convention, durant un temps hebdomadaire fixé en proportion des nombres de séances remboursables réalisées par le centre.

Le calcul est basé sur les temps hebdomadaires correspondant à la capacité maximale de 5.400 séances, repris dans le tableau suivant :

Fonction	ETP	h./sem.
Médecin art.9, § 1, 1 à 3	1,42	54h00
Fonctions de master art.9, § 1, 4 & 5	3,37	128h00
Fonctions de bachelier art.9, § 1, 6 à 8	0,79	30h00
Secrétaire art.9, § 1,	1,00	38h00
	<b>6,58</b>	

Les temps hebdomadaires minimums par fonction, pour le centre, sont calculés sur cette base, en proportion de la moyenne des nombres de séances remboursables réalisées au cours des 2 années civiles précédant l'année considérée, tels qu'ils sont mentionnés dans les chiffres de production (article 38, § 2).

En cas de variation du nombre de séances remboursables, le centre est tenu d'adapter le cadre de son personnel chaque fois que la moyenne des 2 années précédentes excède d'au moins 5% le nombre de séances qui était jusque là pris comme référence. Il peut toutefois réaliser des adaptations plus fréquentes et se baser sur une période plus courte (au minimum de 12 mois), pour calculer la moyenne du nombre de séances. Le centre peut à tout moment expliquer la méthode de calcul qu'il a choisie pour respecter la règle de proportionnalité.

*Un exemple d'application des dispositions du paragraphe précédent, ayant valeur de règle interprétative, est donné à l'annexe II.*



**§ 2** Les temps pendant lesquels une fonction ou un groupe de fonctions sont remplis, s'obtiennent en sommant les temps de travail dans le cadre de la convention de toutes les personnes qui sont titulaires de la fonction ou groupe de fonctions concerné. Par temps de travail dans le cadre de la convention, on entend le temps effectivement consacré à la réalisation des prestations prévues par la convention ou des tâches directement liées à la réalisation de ces prestations, en la présence ou hors de la présence des bénéficiaires.

**Article 11. § 1** Le centre s'engage à prendre sans délai toutes les dispositions afin de compléter le cadre du personnel pour toute fonction qui serait vacante, en tout ou en partie, temporairement (pour cause de maladie, interruption de carrière, congé sans solde...) ou définitivement (pour cause de licenciement, démission...) Il n'est toutefois pas tenu de compléter le cadre du personnel pour une fonction laissée vacante, soit par un membre du personnel licencié, au cours de la période de préavis légal rémunéré, soit par un membre du personnel absent pour maladie, au cours de la période légale de salaire garanti, tant qu'il rémunère effectivement ce membre du personnel.

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

Sauf cas de force majeure à soumettre à l'appréciation du Collège des médecins-directeurs, le centre s'engage à ne facturer aucun prix à l'assurance soins de santé ou au bénéficiaire pour des prestations de rééducation effectuées au cours de toute période durant laquelle les dispositions des articles 9 et 10 ne sont pas respectées.

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

Un récapitulatif de l'évolution du cadre du personnel du centre au cours de l'année précédente (reprenant l'identité de chaque membre du personnel, sa fonction, et son temps de travail) est établi selon un modèle défini par le Service des soins de santé. Il est adressé chaque année au Service des soins de santé de l'INAMI, avec la comptabilité prévue à l'article 37.

**§ 3** En cas de non-respect du cadre requis, au cours d'une année civile déterminée, le Comité de l'assurance peut décider, sur proposition du Collège des médecins-directeurs, de résilier la présente convention et/ou de récupérer un pourcentage de l'intervention de l'assurance dans les prestations de rééducation qui peut atteindre le double du pourcentage du cadre du personnel manquant au cours de l'année civile con-

sidérée. Dans tous les cas, avant toute décision du Collège et du Comité de l'assurance, le centre a l'occasion d'expliquer les raisons du non-respect du cadre.

Le centre s'engage à ne pas récupérer auprès de ses bénéficiaires le montant des interventions de l'assurance qu'il aurait dû rembourser en application des dispositions ci-dessus.

**Article 12.** Le coût salarial du personnel occupé dans le cadre de la convention est entièrement supporté par le centre sur la base du remboursement du coût des prestations obtenu en application de cette convention. Le centre ne peut dès lors percevoir aucune autre intervention financière de la part d'une autorité publique – quel qu'en soit le montant, la nature ou la forme – dans le coût salarial du personnel financé par la présente convention.

**Article 13.** Les réunions de l'équipe thérapeutique contribuent à assurer la cohérence de son fonctionnement et de ses interventions. Elles sont dirigées par le médecin responsable.

Elles concernent notamment :

- l'étude des cas individuels,
- les fondements théoriques et la méthodologie des programmes de diagnostic et de coordination, et d'une manière générale, toute matière ayant trait à la prise en charge des patients atteints de troubles du spectre autistique, intéressant l'équipe multidisciplinaire.

**Article 14.** Le médecin responsable se porte garant,

- de l'actualité et de la validité théorique des principes qui sous-tendent les programmes de diagnostic et de coordination,
- de la pertinence et de la cohérence clinique de chaque programme individuel.

**Article 15.** Le centre entretient avec au moins une université belge tous les liens nécessaires à la mise à jour permanente de son fonds de connaissances concernant d'une part les troubles du spectre autistique, et d'autre part les troubles mentaux que le diagnostic différentiel doit distinguer des troubles du spectre autistique.

La nature de ces liens est précisée dans un accord écrit conclu entre le centre et cette université.

### **V.3 Inscription du centre dans les réseaux médicaux et sociaux**

**Article 16.** Le centre est un point de convergence pour les réseaux médicaux et sociaux que les bénéficiaires peuvent parcourir. Il veille à optimiser les interactions entre lui-même, les différentes composantes de ces réseaux et les bénéficiaires.

**Article 17.** Le centre peut proposer aux bénéficiaires des solutions concrètes pour la réalisation, dans des délais fixés et selon un protocole standardisé, des examens sus-

ceptibles d'être prescrits dans le cadre d'un programme de diagnostic, notamment des examens neurologiques, électrophysiologiques, génétiques, métaboliques, auditifs et visuels, radiographie par résonance magnétique... Pour chacun de ces examens, il conclut avec au moins un service hospitalier ou un centre spécialisé des accords de collaboration précisant notamment le délai maximal dans lequel ce service s'engage à réaliser les examens demandés et le protocole de l'examen.

**Article 18. § 1** Le centre tient à jour une liste des médecins spécialistes, des établissements et services de soins, ainsi que des établissements scolaires qui prennent en charge des patients souffrant d'un trouble du spectre autistique. Cette liste indique, pour chaque établissement et pour chaque service, la population à laquelle il s'adresse ainsi que le but précis et la nature exacte des soins qu'il dispense.

**§ 2** Le centre maintient avec des médecins spécialistes, des établissements de soins et des services suffisamment nombreux et diversifiés les contacts nécessaires pour pouvoir proposer aux bénéficiaires des solutions concrètes adaptées pour leur prise en charge thérapeutique. Il conclut avec chacun d'entre eux un accord de collaboration précisant notamment les but et modalités de cette prise en charge, ainsi que les délais dans lesquels celle-ci peut usuellement être assurée.

**Article 19.** Le centre envoie au médecin généraliste du bénéficiaire et au médecin spécialiste qui le suit éventuellement les rapports visés aux articles 6, § 1<sup>er</sup>, et 7, § 1<sup>er</sup>, à moins que le patient ou son représentant légal ne s'y oppose.

Il met en outre à la disposition du ou des médecins responsables de la prise en charge thérapeutique du bénéficiaire un dossier médical reprenant notamment le diagnostic formulé, les résultats de tous les tests passés et de tous les examens médicaux réalisés, ainsi que les rapports de synthèse.

Si le bénéficiaire entame un programme de diagnostic ou un programme de coordination dans un autre centre de diagnostic et de coordination conventionné avec l'INAMI, le centre transmet ce dossier médical complet à cet autre centre dès que le patient ou son représentant légal en fait la demande.

**Article 20. § 1** Le centre entreprend toutes les démarches utiles, dans le respect des règles déontologiques imposées au personnel et établissements de soins, pour faire clairement connaître ses missions et ses activités auprès du plus grand nombre de personnes et d'institutions susceptibles d'entrer régulièrement en contact avec des personnes atteintes de troubles du spectre autistique, et notamment auprès des acteurs des réseaux de soins et d'aide aux personnes handicapées : médecins généralistes, psychiatres ou neurologues, services de psychiatrie, centres de santé mentale, établissements de rééducation, services d'aide précoce et d'accompagnement... et auprès des acteurs du réseau scolaire : établissements d'enseignement, IMP, centres PMS...

**§ 2** A leur demande, il fournit informations, avis et conseils à l'ensemble de ces personnes et institutions. Il organise à leur intention au moins 1 fois par an une journée d'information et au moins 2 fois par an une conférence, une rencontre ou un

séminaire concernant les troubles du spectre autistique, leur nature, leurs conséquences, leur prise en charge...

#### **V.4 Conseil d'accord**

**Article 21. § 1** Par la conclusion de la présente convention, le centre adhère au conseil d'accord des centres de référence des troubles du spectre autistique.

##### **§ 2** Ce conseil d'accord est chargé

- de veiller à la cohérence des pratiques entre les différents centres, notamment par la rédaction d'un protocole fixant le déroulement des programmes de diagnostic et de coordination, et d'évaluer le fonctionnement de la convention par l'examen des résultats des rapports d'évaluation annuels, visés à l'article 36,
- d'évaluer l'interaction entre les centres et les différents acteurs du réseau de soins,
- d'évaluer la convention, et si nécessaire de proposer des adaptations, en fonction de l'évolution des connaissances scientifiques et cliniques, et en particulier, de l'évolution des classifications diagnostiques.

##### **§ 3** Le conseil d'accord est composé

- d'un représentant de chaque centre conventionné, soit un des médecins prévus à l'article 9, § 1, 1° à 3°, soit un des thérapeutes de niveau master prévus aux points 4° et 5° du même paragraphe,
- d'un représentant de chacune des plates-formes de concertation en santé mentale prévues par la loi du 26 juin 1990, officiellement mandaté par le président de la plate-forme qu'il représente,
- et des membres du Collège des médecins-directeurs du Service des soins de santé de l'INAMI.

Sa présidence est assurée par le président du Collège des médecins-directeurs.

Il se réunit au moins une fois par an, à la demande du Collège des médecins-directeurs ou des représentants d'au moins 2 centres de référence conventionnés.

**§ 4** Le conseil d'accord est convoqué par lettre ordinaire ou à sa demande par lettre recommandée.

L'absence répétée du représentant du centre aux réunions du conseil d'accord est considérée comme une manifestation objective de désintérêt envers les principes de la présente convention. Elle peut donner lieu à une proposition de résiliation de la convention, soumise par le Collège des médecins-directeurs au Comité de l'assurance. Le représentant du centre sera auparavant invité par lettre recommandée du Président du conseil d'accord à exposer les raisons de son absence répétée.

## V.5 Personnel administratif – Locaux

**Article 22. § 1** Le centre dispose du personnel administratif suffisant pour garantir sa bonne gestion administrative. Les membres du personnel administratif qui accueillent les bénéficiaires sont formés à cet effet.

**§ 2** Le centre dispose des locaux nécessaires pour la bonne exécution des programmes individuels et leur encadrement.

**Article 23. § 1** Le centre s'engage à respecter en permanence les normes de protection contre l'incendie. Il fait contrôler le respect de ces normes par un service compétent, conformément à la réglementation en vigueur. Il prend sans délai les mesures et exécute les travaux recommandés par ce service.

**§ 2** Le centre s'engage à ne réaliser aucune prestation de rééducation dans des locaux ou des bâtiments pour lesquels il ne possède pas de certificat valide attestant leur conformité aux normes de protection contre l'incendie.

## VI. INTERVENTION DE L'ASSURANCE DANS LE COUT DES PRESTATIONS

### VI.1 Montants d'intervention de l'assurance

**Article 24.** Une intervention de l'assurance est due pour toute prestation, réalisée en faveur d'un bénéficiaire, qui respecte les conditions prévues par la présente convention.

**Article 25. § 1** Le montant d'intervention de l'assurance dans le prix des prestations de rééducation prévues à l'article 5 est calculé comme mentionné l'annexe I. Il s'établit à :

	pseudo-code		total	indexable	non-indexable
séance de diagnostic	A	784571	109,77 €	104,38 €	5,39 €
	H	784582			
séance de coordination	A	783635			
	H	783646			

**§ 2** La partie indexable de ce montant est liée à l'indice pivot 119,62 au 01.12.2012 (base 2004) des prix à la consommation. Elle est adaptée selon les dispositions de la loi du 1er mars 1977 organisant un régime de liaison à l'indice des prix à la consommation du Royaume pour certaines dépenses dans le secteur public.

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

## **VI.2 Cumul avec les prestations prévues par la nomenclature soins de santé**

**Article 26.** Le centre fixe un horaire pour la réalisation des activités face à chaque bénéficiaire prévues à l'article 5. Il communique cet horaire au Service des soins de santé de l'INAMI. Aucun acte exécuté par un médecin ou autre thérapeute du centre hors de cet horaire ne peut être pris en compte pour le calcul des temps d'activité face au bénéficiaire prévus par la présente convention. Aucun acte exécuté par un médecin ou autre thérapeute du centre dans cet horaire ne peut donner lieu à une intervention de l'assurance soins de santé dans le cadre de la nomenclature des prestations de santé, ni être facturée au bénéficiaire.

## **VI.3 Demande d'accord d'intervention de l'assurance**

**Article 27. § 1** Pour tout bénéficiaire, l'intervention de l'assurance dans le coût des prestations, considérées comme des prestations de rééducation, est subordonnée à un accord préalable du Collège des médecins-directeurs ou du médecin-conseil de l'organisme assureur auquel le bénéficiaire est affilié ou inscrit, conformément aux dispositions des articles 138, 139 et 142, § 2, de l'A.R. du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

La demande d'accord est introduite au moyen du formulaire approuvé par le Comité de l'assurance soins de santé, auquel est joint un rapport médical établi par un médecin du centre, selon le modèle approuvé par le Collège des médecins-directeurs.

En cas d'accord, l'instance compétente fixe la date de début de la période d'intervention de l'assurance et la durée de cette période conformément aux dispositions de l'article 28 de la présente convention.

**§ 2** Toute demande de prolongation de la période d'intervention de l'assurance et toute demande de fixation d'une nouvelle période d'intervention de l'assurance, dans un programme de coordination, doit être introduite selon les modalités prévues au § 1<sup>er</sup> ci-dessus.

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

#### **VI.4 Périodes et limites d'intervention de l'assurance**

**Article 28. § 1** La période d'intervention de l'assurance dans un programme de diagnostic débute à la date de la première séance réalisée en faveur de ce bénéficiaire dans le cadre de ce programme. Elle prend fin, au plus tard, le dernier jour du 36<sup>e</sup> mois qui suit le mois au cours duquel cette période a débuté. Elle ne peut en aucun cas être prolongée ou renouvelée au-delà de cette date finale.

Elle ne peut être scindée que si le bénéficiaire interrompt son programme dans le centre pour le poursuivre dans un autre centre de référence conventionné, conformément aux modalités et conditions prévues par les articles 30 et 31. Cette scission de la période d'intervention de l'assurance en 2 ou plusieurs périodes ne modifie pas la date finale d'intervention qui reste dans tous les cas identique à la date de fin de la période initiale.

**§ 2** La période d'intervention de l'assurance dans un programme de coordination débute à la date de la première séance réalisée en faveur de ce bénéficiaire dans le cadre de ce programme. Elle prend fin au plus tard 60 mois après cette date. Elle peut être prolongée ou renouvelée par périodes d'une durée maximale de 60 mois.

**Article 29. § 1** L'interruption d'un programme dans le centre et sa poursuite dans un autre centre de référence interrompt la période d'intervention de l'assurance accordée par l'instance compétente, conformément aux dispositions de l'article 27, et requiert un nouvel accord d'intervention conforme aux dispositions de ce même article.

**§ 2** Le centre dans lequel le programme a été entamé et le centre qui le poursuit maintiennent tous les contacts utiles pour assurer son déroulement optimal et garantir le respect des dispositions de la présente convention.

**Article 30.** Deux ou plusieurs périodes d'intervention de l'assurance accordées à un même bénéficiaire, dans un programme de diagnostic ou de coordination réalisé dans le centre ou dans tout autre centre de référence des troubles du spectre autistique conventionné avec l'INAMI, ne peuvent jamais ni coïncider, ni se recouper.

**Article 31. § 1** Au cours de l'ensemble des périodes d'intervention de l'assurance dans un programme de diagnostic,

- un bénéficiaire qui n'a pas atteint son 18<sup>e</sup> anniversaire au début de la période initiale d'intervention de l'assurance peut obtenir, au total, une intervention de l'assurance dans un maximum de 32 séances de diagnostic,
  - un bénéficiaire qui a atteint son 18<sup>e</sup> anniversaire au début de la période initiale d'intervention de l'assurance peut obtenir, au total, une intervention de l'assurance dans un maximum de 16 séances de diagnostic,
- réalisées par le centre ou par tout autre centre de référence des troubles du spectre autistique conventionné avec l'INAMI.

**§ 2** Par période de 60 mois, fixée comme prévu à l'article 28, § 2, un même bénéficiaire peut obtenir une intervention de l'assurance dans un maximum de 70

séances de coordination, réalisées par le centre ou par tout autre centre de référence des troubles du spectre autistique conventionné avec l'INAMI.

**§ 3** Plusieurs séances de diagnostic ou de coordination peuvent être réalisées en faveur d'un même bénéficiaire au cours de la même journée. Conformément aux dispositions de l'art. 6, § 2, pour qu'un nombre  $n$  de séances puisse être facturé, au moins  $n$  fois une heure de présence face au bénéficiaire et aux éventuelles personnes de son entourage doivent avoir été prestées.

**Article 32.** Le centre prend toutes mesures utiles afin de garantir l'application des dispositions des articles 28 à 31. Il en expose les termes et en explique la portée au bénéficiaire ou à son représentant légal, dans un document écrit, signé en 2 exemplaires pour réception. Il conserve un exemplaire signé et remet l'autre exemplaire au bénéficiaire ou à son représentant légal.

## **VI.5 Capacité et modalités de facturation des prix des prestations de rééducation**

**Article 33. § 1** Le centre s'engage à ne pas facturer plus de 5.400 séances au cours d'une même année civile. Ce nombre constitue sa capacité maximale de facturation.

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

**Article 34.** Le centre facture aux organismes assureurs les prix des prestations, fixés à l'article 25, § 1, au moyen d'une facture dont le modèle est approuvé par le Comité de l'assurance soins de santé de l'I.N.A.M.I. Il inscrit également sur cette facture, à titre d'information, tous les montants facturés au bénéficiaire pour des services qui ne donnent pas droit à une intervention de l'assurance soins de santé. Une copie de chaque facture est remise au bénéficiaire ou à son représentant légal.

La transmission des données de facturation se fait par voie informatique.

**Article 35. § 1** Le centre s'engage à ne pas facturer aux organismes assureurs de prix pour des services rendus au bénéficiaire qui ne donnent pas droit à une intervention de l'assurance, telle que prévue à l'article 24.

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

**§ 3** Le centre s'engage à ne facturer au bénéficiaire aucune activité de rééducation pour laquelle l'intervention de l'assurance est refusée, quel que soit le motif du refus.



**§ 4** Le centre s'engage à ne facturer aux bénéficiaires aucune intervention de l'assurance qu'il aurait dû rembourser, quel que soit le motif de l'obligation de remboursement.

## VII. EVALUATION ANNUELLE

**Article 36. § 1** Le centre s'engage à transmettre au Service des soins de santé de l'INAMI, avant la fin du premier trimestre de chaque année, un rapport annuel portant sur l'année précédente. La nature et les modalités de présentation des données contenues dans ce rapport sont fixées par le Collège des médecins-directeurs et éventuellement adaptées selon les nécessités techniques par le Service des soins de santé.

Le centre s'engage à ne facturer aucun prix à l'assurance soins de santé ou au bénéficiaire pour des prestations de rééducation effectuées à partir du 1er avril de chaque année, tant que les obligations visées au 1er alinéa du présent paragraphe n'ont pas été remplies.

### **§ 2** Les données recueillies concernent

- 1° le centre, et notamment
  - son pouvoir organisateur,
  - les réunions de l'équipe thérapeutique,
  - les activités d'information prévues à l'article 20,
- 2° chaque bénéficiaire ayant obtenu durant l'année considérée, au moins une intervention de l'assurance pour une prestation, et notamment
  - son profil administratif et social,
  - son profil médical,
  - la nature et le nombre de prestations réalisées en sa faveur.

## VIII. DISPOSITIONS ADMINISTRATIVES GENERALES

**Article 37.** Le Pouvoir organisateur du centre tient une comptabilité basée, d'une part, autant que possible, sur le plan comptable normalisé minimum pour les hôpitaux (A.R. du 14.08.1987), et d'autre part, sur les décisions prises en la matière par le Comité de l'assurance soins de santé. Si le centre fait partie d'une institution ou d'un ensemble d'institutions gérées par le même Pouvoir organisateur, les données comptables liées à l'application de la présente convention sont rassemblées sous un poste de frais distinct de telle sorte que les dépenses et revenus puissent être immédiatement connus. Avant la fin du mois de juin de chaque année, le Pouvoir organisateur du centre envoie au

Service des soins de santé de l'INAMI les données comptables liées à l'application de la présente convention et relatives à l'année civile précédente.

**Article 38. § 1** Le centre tient un registre des présences selon un modèle déterminé par le Service des soins de santé de l'INAMI, dans lequel il mentionne, avant la fin de chaque journée, pour chaque bénéficiaire en faveur duquel il est intervenu durant cette journée dans le cadre de la convention, son identité ainsi que la liste des interventions réalisées en sa faveur.

**§ 2** Il établit sur cette base ses chiffres de production (soit les nombres de forfaits prestés, par type, multipliés par leurs prix respectifs). Avant la fin du mois qui suit le dernier mois de chaque trimestre, il transmet les chiffres de production relatifs à ce trimestre au moyen de l'application informatique qui lui est fournie par le Service des soins de santé.

**§ 3** Le centre s'engage à soumettre, à la demande du Service des soins de santé ou du Service d'évaluation et de contrôle médicaux, les registres de présence pour 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 dans le cadre de la présente convention.

Le centre désigne une personne de contact chargée de la transmission des chiffres de production. Il communique ses coordonnées (nom, numéro de téléphone direct et adresse électronique) au Service des soins de santé de l'INAMI qu'il informe également de tout changement de ces coordonnées.

**§ 4** Le centre s'engage à observer scrupuleusement les instructions relatives à la tenue journalière du registre de présence et les instructions relatives à la transmission des chiffres de production.

En cas de non-respect de l'obligation de compléter correctement les registres de présence, lors d'une première infraction, les prestations dispensées le jour où l'infraction a été constatée ne sont pas remboursées. Dans le cas d'une deuxième infraction, aucune prestation ne sera remboursée pour les jours où le registre de présence n'aura pas été complété correctement.

Si les chiffres de production ne sont pas transmis avant la fin du deuxième mois qui suit la fin d'un trimestre, le centre est 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 recommandé, les paiements par les organismes assureurs (dans le cadre de la convention conclue entre l'INAMI et le centre) sont suspendus d'office.

**§ 5** Chaque membre du personnel thérapeutique du centre tient un livre d'activités dans lequel il mentionne, avant la fin de chaque journée, pour chaque bénéficiaire en faveur duquel il a effectué une ou plusieurs prestations dans le courant de la

même journée, son identité ainsi que la liste exhaustive et précise des prestations effectuées et les heures auxquelles elles ont été effectuées.

**Article 39. § 1** Le centre s'engage à fournir au Service des soins de santé de l'INAMI et/ou aux organismes assureurs concernés toute information leur permettant de contrôler le respect des dispositions de la présente convention sous tous leurs aspects.

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

**Article 40.** Le centre s'engage, le cas échéant, à communiquer toutes les informations dont la transmission est explicitement prévue par la présente convention par voie de support informatique selon le format demandé par le Collège des médecins-directeurs ou par le Service des soins de santé.

**Article 41. § 1** Le Pouvoir organisateur du centre s'engage à créer toutes les conditions permettant à ce dernier de mettre en œuvre les programmes de rééducation individuels dans des conditions optimales et de respecter toutes les dispositions de la présente convention.

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

## **IX. MESURES TRANSITOIRES ET PERIODE DE VALIDITE DE LA PRESENTE CONVENTION**

**Article 42.** Les dispositions de l'article 10 sont de stricte application à partir du 01.01.2015. Entre le 01.01.2014 et le 01.01.2015, le centre entreprend toutes les démarches utiles pour adapter le cadre de son personnel aux dispositions de cet article.

**Article 43. § 1** La présente convention, faite en deux exemplaires et dûment signée par les deux parties, sort ses effets à la date du 01.01.2014. Elle annule et remplace la convention [pouvoir organisateur], pour le centre de référence des troubles du spectre autistique [centre], en vigueur depuis le [date].

**§ 2** Elle est valable pour une durée indéterminée. Toutefois, chacune des parties peut à tout moment la dénoncer par lettre recommandée à la poste adressée à l'autre partie. Les effets de la convention expirent à l'issue d'un délai de préavis de trois mois prenant cours le premier jour du mois qui suit la date de l'envoi de la lettre recommandée.

- signatures -

ANNEXE I

**Calcul du montant d'intervention et du prix de la prestation (article 25)**

Le tableau ci-dessous reprend l'encadrement financé dans le cadre de la convention pour 5.400 séances (article 10).

Fonctions	ETP	heures / semaine	barème	coût salarial annuel 1 ETP	coût salarial total
Médecin art.9, § 1, 1 à 3	1,42	54h00	médecin- conseil	130.064,67 €	184.828,75 €
Fonctions master art.9, § 1, 4 & 5	3,37	128h00	1/80	66.572,30 €	224.243,54 €
Fonctions bachelier art.9, § 1, 6 à 8	0,79	30h00	1/55-1/61- 1/77	54.204,01 €	42.792,64 €
Secrétaire art.9, § 1,	1,00	38h00	1/50	42.530,26 €	42.530,26 €
<b>TOTAL</b>	<b>6,58</b>				<b>494.395,19 €</b>

Les 3 premières colonnes du tableau reprennent le cadre du personnel comme fixé par les articles 9 et 10 de la convention, ventilé par fonction (ou niveau de diplôme).

La 4<sup>e</sup> colonne indique l'échelle barémique applicable à chacune de ces fonctions : pour le(s) médecin(s), les barèmes des médecins-conseils, pour tous les autres membres du personnel, les barèmes fixés par la commission paritaire des établissements et services de santé (CP 330) applicables au personnel des hôpitaux.

La 5<sup>e</sup> colonne reprend le coût salarial annuel par ETP, avec une ancienneté fixée à 10 ans, pour chaque barème, à l'indice-pivot 117,27 (base 2004).

Enfin, la 6<sup>e</sup> colonne donne le coût salarial par (groupe de) fonction, pour le nombre d'ETP prévu par la convention.

Le montant total des frais de personnel s'établit ainsi à 494.395,19 EUR, pour un centre atteignant la capacité maximale de 5.400 séances.

Les frais généraux sont fixés forfaitairement à 15% de l'enveloppe annuelle, soit 87.246,21 EUR.

Le total annuel des frais induits par l'application de la convention s'élève ainsi, pour un centre atteignant la capacité maximale de 5.400 séances, à :

$$494.395,19 \text{ EUR} + 87.246,21 \text{ EUR} = 581.641,40 \text{ EUR}$$

Soit un montant par prestation de 581.641,40 EUR / 5.400 = 107,71 EUR.

Les frais de personnel sont entièrement indexables. On considère que 2/3 du total des frais généraux le sont également. La partie indexable de ce montant s'élève donc à 102,33 EUR et sa partie non-indexable à 5,39 EUR.

À l'indice-pivot 119,62, le prix de la prestation est porté à **109,77 EUR** (102,33 x 1.02 + 5,39).

ANNEXE II

**Exemple d'application des dispositions de l'article 10**

L'exemple ci-dessous vise à illustrer l'application de l'article de la convention considéré. Il a valeur de règle interprétative de ces dispositions.

En 2014, la capacité d'un centre, calculée sur la base des 2 années précédentes, est de 2.700 séances (séances de diagnostic et de coordination confondues). Le cadre de son personnel est donc composé comme suit : médecin 27h00 / sem., fonctions de master 64h00 / sem., fonctions de bachelier 15h00 / sem., secrétaire 19h00 / sem.

En 2014, il dispense à nouveau 2.700 séances. En 2015, il en dispense 2.800. La moyenne de 2014 et 2015  $([2.700 + 2.800] / 2 = 2.750)$  dépasse de moins de 5% la capacité prise comme référence (2.700), le centre n'est donc pas obligé d'adapter le cadre de son personnel. En 2016, le centre réalise 2.900 séances. La moyenne  $([2.800 + 2.900] / 2 = 2.850)$  dépasse cette fois de plus de 5% la capacité de référence. Cette capacité est portée à 2.850 et le cadre du personnel est adapté en proportion : médecin 28h30 / sem., fonctions de master 67h35 / sem., fonctions de bachelier 15h50 / sem., secrétaire 20h05 / sem. (durées arrondies par tranches de 5 min.)

Les tableaux suivants illustrent la progression du temps de travail dans le cadre de la convention en fonction du nombre de séances, pour des nombres de séances choisis par commodité. Les durées sont arrondies par tranches de 5 min. La progression effective du temps de travail dans un centre dépend du nombre réel de séances ; elle doit être calculée conformément aux dispositions de l'article 10.

	2025 séances		2363 séances		2700 séances		3038 séances	
	heures / semaine	ETP	heures / semaine	ETP	heures / semaine	ETP	heures / semaine	ETP
Médecin art.9, § 1, 1 à 3	20h15	0,53	23h40	0,62	27h00	0,71	30h25	0,80
Fonctions master art.9, § 1, 4 & 5	48h00	1,26	56h00	1,47	64h00	1,68	72h00	1,89
Fonctions bachelier art.9, § 1, 6 à 8	11h15	0,30	13h10	0,35	15h00	0,39	16h55	0,44
Secrétaire art.9, § 1,	14h15	0,38	16h40	0,44	19h00	0,50	21h25	0,56
<b>TOTAL</b>		<b>2,47</b>		<b>2,88</b>		<b>3,29</b>		<b>3,70</b>

	3375 séances		3713 séances		4050 séances		4388 séances	
	heures / semaine	ETP	heures / semaine	ETP	heures / semaine	ETP	heures / semaine	ETP
Médecin art.9, § 1, 1 à 3	33h45	0,89	37h10	0,98	40h30	1,07	43h55	1,15
Fonctions master art.9, § 1, 4 & 5	80h00	2,11	88h00	2,32	96h00	2,53	104h00	2,74
Fonctions bachelier art.9, § 1, 6 à 8	18h45	0,49	20h40	0,54	22h30	0,59	24h25	0,64
Secrétaire art.9, § 1,	23h45	0,63	26h10	0,69	28h30	0,75	30h55	0,81
<b>TOTAL</b>		<b>4,11</b>		<b>4,52</b>		<b>4,93</b>		<b>5,35</b>

	4725 séances		5063 séances		5400 séances	
	heures / semaine	ETP	heures / semaine	ETP	heures / semaine	ETP
Médecin art.9, § 1, 1 à 3	47h15	1,24	50h40	1,33	54h00	1,42
Fonctions master art.9, § 1, 4 & 5	112h00	2,95	120h00	3,16	128h00	3,37
Fonctions bachelier art.9, § 1, 6 à 8	26h15	0,69	28h10	0,74	30h00	0,79
Secrétaire art.9, § 1,	33h15	0,88	35h40	0,94	38h00	1,00
<b>TOTAL</b>		<b>5,76</b>		<b>6,17</b>		<b>6,58</b>