

INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITÉ

Établissement public institué par la loi du 9 août 1963
Avenue de Tervueren 211 - 1150 Bruxelles

Service des soins de santé

CONVENTION AVEC DES CENTRES MULTIDISCIPLINAIRES POUR UNE PRISE EN CHARGE CONSERVATRICE DU LYMPHOEDÈME

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

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

Il est convenu ce qui suit, entre,

d'une part,

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

et d'autre part,

###, au nom de son centre multidisciplinaire pour une prise en charge conservatrice du lymphœdème, appelé "centre" dans la présente convention.

OBJET DE LA CONVENTION

Article 1er.

La présente convention définit les missions du centre multidisciplinaire pour une prise en charge conservatrice du lymphœdème, les relations entre le centre et les bénéficiaires de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités définis à l'article 15, ainsi que les relations entre le centre, l'INAMI et les organismes assureurs. Elle définit plus particulièrement les prestations remboursables dans le cadre de la phase de traitement intensif ainsi que les tarifs et honoraires y afférents. La présente convention fixe également - préalablement à son entrée en vigueur, sur proposition commune des centres conventionnés à spécifier - le cadre quant au contenu, au calendrier et aux engagements des centres concernant l'évaluation de cette convention expérimentale.

LYMPHOEDÈME : AFFECTION, INCIDENCE ET PROGRAMME DE SOINS

Article 2.

§ 1er. Le lymphœdème chronique se caractérise par une accumulation pérenne extracellulaire de fluides au niveau des membres de manière uni- ou bilatérale ou au niveau de la *ligne médiane*, plus particulièrement au visage ou aux organes génitaux externes. Le lymphœdème naît d'un dysfonctionnement structural ou fonctionnel du système lymphatique. Ce dysfonctionnement peut avoir diverses origines : des mutations génétiques, des causes congénitales, traumatiques ou infectieuses, l'ablation ou la détérioration des

vaisseaux lymphatiques ou des lymphonœuds.

Le lymphœdème est caractérisé par des gonflements qui, à terme, déforment les tissus, de la douleur, des anomalies cutanées associées à des infections (ascendantes), des limitations de la mobilité, des limitations au niveau du fonctionnement quotidien et des périodes d'incapacité de travail. L'impact psychique et social est également considérable dans les cas graves.

Une distinction est opérée entre le lymphœdème primaire et le lymphœdème secondaire ou acquis. Le lymphœdème secondaire est la forme la plus fréquente de la maladie en Belgique (environ 80 % des cas). Le lymphœdème secondaire peut apparaître à la suite d'un traitement chirurgical ou radiothérapeutique de tumeurs, après une chimiothérapie, à la suite d'un traumatisme (par exemple : des brûlures), après des infections etc.

Le lipœdème est une forme mixte de lymphœdème primaire et secondaire où des signes de lymphœdème peuvent survenir conjointement avec une accumulation importante de fluides entre les lobules adipocytaires chez des patients présentant un certain degré de prédétermination.

§ 2. Sur des bases cliniques, cinq stades de lymphœdème¹ sont distingués:

- Stade 0 : subclinique, latent, absence de gonflement visible, circulation lymphatique perturbée, latence de plusieurs mois ou années avant la manifestation du lymphœdème.
- Stade I : accumulation interstitielle de liquide lymphatique (à forte teneur en protéines), disparaît en cas de surélévation, le signe du godet est possible, l'œdème fluctue et est réversible.
- Stade II : le signe du godet manifeste, une surélévation ne permet pratiquement plus de résorber le gonflement, l'œdème n'est plus totalement réversible.
- Stade II tardif : le signe du godet présent ou non, fibrose et dépôts de graisse. Irréversible.
- Stade III : œdème sans signe du godet, symptômes épidermiques tels que l'acanthose, des verrues, dépôts de graisse, une fibrose. Formes d'éléphantiasis.

§ 3. L'incidence des formes graves de lymphœdème en Belgique peut varier entre 2.000 et 3.000 nouveaux cas par an.

Article 3.

§ 1er. Les patients souffrant d'une forme modérée ou grave de lymphœdème (cf. article 15, § 1er) pour lesquels une telle prise en charge conservatrice est indiquée, suivront un programme de soins basé sur un traitement multidisciplinaire intensif du lymphœdème, dispensé par une équipe multidisciplinaire spécialisée composée de médecins et de thérapeutes non médecins. Ce programme de soins comporte trois phases :

- Phase diagnostique :
 - diagnostic différentiel avec intervention de plusieurs disciplines ;
 - détermination du stade du lymphœdème après anamnèse détaillée, examens et mesures ;
 - élaboration d'un plan de traitement individuel avec définition d'objectifs concrets (pourcentage de réduction de volume, rééducation à la marche, mobilité des articulations...).

¹ International Society of Lymphology. The diagnosis and treatment of peripheral lymphedema. 2009
Consensus Document of the International Society of Lymphology. Lymphology. 2009 Jun;42(2):51-60.

- Phase de traitement intensif :
 - traitement intensif pendant un épisode de plusieurs jours de traitement complet successifs ;
 - traitement décongestif conservateur avec pansement non élastique, suivi d'une kinésithérapie et d'un drainage lymphatique manuel, soins de plaies... ;
 - formation continue du kinésithérapeute qui traite le patient en dehors du centre afin de pouvoir poursuivre un traitement d'entretien à domicile ;
 - *empowerment* (concernant l'hygiène de la peau, l'application de pansements élastiques, le drainage manuel, l'activité physique...) du patient et de son entourage afin de pérenniser au mieux le résultat obtenu pendant la phase de traitement intensif et d'éviter une aggravation et les complications subséquentes ;
 - possibilité d'accompagnement par un diététicien et/ou un psychologue.
- Phase de suivi :
 - traitement d'entretien du lymphœdème au domicile du patient par le patient lui-même, par son entourage et par le kinésithérapeute traitant ;
 - évaluation périodique de la situation du patient par l'équipe multidisciplinaire ;
 - nouvel épisode de la phase de traitement intensif ou chirurgie en cas de non-stabilisation.

§ 2. L'objectif du programme de soins défini au § 1er est de réduire le lymphœdème et son impact négatif sur le patient par la dispense des soins optimaux et la mise en place d'un suivi optimal prévus dans un cadre ambulatoire (préférentiel) géographiquement le plus proche possible du domicile du patient.

Une diminution (de l'impact négatif) du lymphœdème peut s'observer comme suit :

- une réduction de volume des régions anatomiques atteintes (des membres, ...) ;
- une amélioration du fonctionnement du patient, par exemple :
 - amélioration de sa mobilité, essentiellement au niveau des articulations ;
 - diminution des traitements antidouleur ;
 - amélioration du sommeil par une diminution de la sensation de lourdeur et de la douleur au niveau des membres atteints ;
 - meilleure exécution des activités de la vie quotidienne ;
 - possibilité de conduire à nouveau un véhicule ;
 - augmentation du périmètre de marche ;
 - reprise du travail ;
- une diminution du nombre de séances de kinésithérapie ;
- une diminution de l'incidence des infections cutanées telles que l'érysipèle ou la lymphangite, ce qui peut se traduire par :
 - une diminution du nombre de cures d'antibiotiques pour combattre les infections cutanées ;
 - une diminution du nombre d'hospitalisations pour cause d'infections cutanées (graves) ;
- une stabilisation du stade du lymphœdème (suivant la classification mentionnée à l'article 2, § 2).

OBJECTIF DE LA CONVENTION

Article 4.

§ 1er. La présente convention vise à créer en Belgique une offre de centres multidisciplinaires spécialisés pour une prise en charge conservatrice du lymphœdème disposant d'une

équipe de soins multidisciplinaire telle que visée à l'article 3, § 1er, qui réalise le programme de soins défini dans ce § pour des patients affectés d'une forme modérée ou grave de lymphœdème (cf. article 15, § 1er). À cette fin, la présente convention prévoit un financement complémentaire, aux remboursements dans le cadre de la nomenclature des prestations de santé, qui rembourse le travail multidisciplinaire du centre et les traitements intensifs dans le cadre de la phase de traitement intensif.

§ 2. Outre ses missions relatives aux soins aux patients, le centre multidisciplinaire pour une prise en charge conservatrice du lymphœdème assure également la formation continue des kinésithérapeutes traitants des patients de manière à ce qu'ils puissent assurer le traitement d'entretien des patients durant la phase de suivi du programme de soins. Le centre réalise aussi des recherches scientifiques concernant la pose du diagnostic, le traitement et la gestion des soins des patients affectés de lymphœdème.

Article 5.

La présente convention est conclue avec un nombre restreint d'hôpitaux qui ont, ces dernières années, investi dans le développement d'une offre de soins multidisciplinaire en matière de lymphœdème conformément au modèle défini à l'article 3, § 1er, basé sur un traitement multidisciplinaire intensif conservateur du lymphœdème.

Article 6.

La présente convention est conclue, dans un premier temps, à titre expérimental pour une période de quatre ans. Au terme de cette période, et, dans l'intervalle au terme de deux années d'application de la convention, la convention sera évaluée suivant les modalités prévues à l'article 31.

CENTRE MULTIDISCIPLINAIRE POUR UNE PRISE EN CHARGE CONSERVATRICE DU LYMPHOEDÈME

Article 7.

§ 1er. Le centre multidisciplinaire pour une prise en charge conservatrice du lymphœdème est constitué d'une équipe de dispensateurs de soins spécialisée dans les soins multidisciplinaires de patients affectés de lymphœdème suivant le modèle défini à l'article 3, § 1er.

Cette équipe de soins regroupe au minimum les fonctions suivantes :

- un médecin responsable ;
- un coordinateur du centre ;
- un kinésithérapeute ;
- un praticien de l'art infirmier ;
- un diététicien ;
- un psychologue.

La fonction de diététicien peut être exercée par un médecin qui peut prouver une expérience théorique et pratique en matière de diététique.

§ 2. L'équipe du centre compte également en son sein un collaborateur administratif qui assure entre autres l'enregistrement visé à l'article 31 des données dans la perspective de l'évaluation de la convention.

§ 3. Le médecin responsable travaille au moins pour 0,2 ETP² exclusivement pour le centre et réalise pendant ce temps de travail notamment les activités suivantes pour le centre :

- direction des réunions d'équipe hebdomadaires visées à l'article 8, § 2 ;
- collaboration à l'élaboration des plans de traitement individuels des patients ;
- suivi hebdomadaire de l'exécution des plans de traitement individuels des patients ;
- suivi médical du patient, en ce compris la gestion du dossier médical ;
- coordination du traitement des comorbidités ;
- consultation des collègues ;
- contacts avec le médecin référent ;
- prescription d'examens supplémentaires, de kinésithérapie et de matériel de bandagisterie.

En dehors de son temps de travail pour le centre, le médecin responsable est toujours joignable et disponible si des complications surviennent dans le traitement d'un patient du centre.

Le coordinateur du centre est un médecin ou un kinésithérapeute qui travaille au minimum 0,5 ETP exclusivement pour le centre. Il exerce, durant ce temps de travail, entre autres les activités suivantes :

- supervision de l'exécution du traitement conservateur ;
- coordination de l'équipe de soins (gestion des ressources humaines) ;
- suivi du registre des présences des patients ;
- préparation et rapport des réunions d'équipe ;
- coordination de l'enregistrement des données patients, de leur analyse et du rapport rédigé à ce propos ;
- coordination des formations et de la communication (site web, dépliants...) ;
- consultation de disciplines non médicales ;
- maintien des contacts avec la première ligne pour le suivi du traitement (kinésithérapeute à domicile, praticien de l'art infirmier...).

Si les fonctions du médecin responsable et du coordinateur du centre sont remplies par une seule et même personne, cette personne doit travailler au moins pour 0,7 ETP exclusivement pour le centre.

§ 4. Pendant leur temps de travail pour le centre, le médecin responsable et le coordinateur peuvent, à côté des activités respectives du médecin responsable et du coordinateur du centre mentionnées au § 3, effectuer, pour les patients du centre, des prestations remboursables dans le cadre de la nomenclature des prestations de santé, pour autant qu'il soit satisfait aux conditions de ladite nomenclature.

§ 5. A côté du médecin responsable et du coordinateur du centre, se trouve l'équipe de soins du centre composée de ### ETP dont au moins ### ETP kinésithérapeute, au moins ### ETP praticien de l'art infirmier et au maximum ### ETP collaborateur administratif. La partie restante de ces ### ETP peut être librement complétée par le centre par des thérapeutes assumant une des fonctions mentionnées au § 1er.

§ 6. La fonction de praticien de l'art infirmier mentionnée au § 1er peut être répartie entre maximum deux personnes qui doivent chacune travailler au moins ### ETP pour le centre.

² Le nombre d'ETP correspond dans cette convention toujours au nombre d'heures de travail par semaine dans le cadre d'un régime de travail de 38 heures

La fonction de kinésithérapeute mentionnée au § 1er peut être répartie entre maximum quatre personnes qui doivent chacune travailler au moins ### ETP pour le centre.

Les autres fonctions mentionnées au § 1er ne peuvent être réparties entre plusieurs personnes.

Les dispositions relatives au présent § concernant le nombre de personnes entre lesquelles chaque fonction peut être répartie, sont également valables pendant les périodes au cours desquelles les titulaires de l'équipe sont remplacés (par exemple pour cause de vacances annuelles d'un titulaire).

Article 8.

§ 1er. Chaque membre qui remplit les fonctions visées à l'article 7, § 1er, au sein de l'équipe de soins peut prouver son expertise en matière de soins multidisciplinaires conservateurs, des patients souffrant de lymphœdème suivant le modèle défini à l'article 3, § 1er.

Plus particulièrement, le médecin responsable et le coordinateur doivent à cet effet disposer d'une large expertise en la matière.

Les nouveaux membres de l'équipe qui ne disposent pas encore de cette expertise doivent travailler sous supervision.

Les membres de l'équipe doivent suivre une formation continue en matière de prise en charge des lymphœdèmes.

§ 2. Une réunion d'équipe hebdomadaire est organisée durant laquelle sont au moins discutés les cas des patients qui, au cours de la semaine écoulée, ont bénéficié d'un traitement intensif dans le centre. Le médecin responsable, le coordinateur de l'équipe de soins, le(s) kinésithérapeute(s) et le(s) praticien(s) de l'art infirmier de l'équipe de soins doivent assister aux réunions d'équipe en permanence. Les autres membres de l'équipe qui assument les fonctions mentionnées à l'article 7, § 1er, assistent au minimum à la discussion relative au traitement des patients auquel ils ont été associés. Un rapport de chaque réunion d'équipe est rédigé et est conservé par le centre.

Au minimum une fois par trimestre, une réunion d'équipe est organisée dans laquelle tous les membres de l'équipe qui assument les fonctions mentionnées à l'article 7, § 1er, participent et durant laquelle sont abordés divers sujets d'ordre général liés au lymphœdème et au fonctionnement du centre multidisciplinaire.

Article 9.

§ 1er. Le centre doit pouvoir faire appel à tout moment à des médecins spécialistes (oncologue, chirurgien, gynécologue, dermatologue, généticien...) de l'hôpital dont le centre fait partie pour affiner le diagnostic du patient et fournir un avis de traitement à l'équipe de soins.

Étant donné qu'il est important, pour la qualité de leurs interventions, que les médecins spécialistes visés à l'alinéa précédent aient une expérience suffisante en matière de lymphœdème, l'hôpital s'engage à organiser son fonctionnement de manière telle que le centre puisse faire au maximum appel aux mêmes médecins spécialistes.

Pour assurer la continuité et l'organisation des prestations de soins, les consultations et les

examens que les médecins spécialistes effectuent à la demande du centre pour des patients du centre dans le cadre des jours de traitement intensif doivent pouvoir avoir lieu dans un bref délai, et, par médecin spécialiste, le plus souvent possible, à un même moment fixe de la semaine.

§ 2. Le centre doit aussi pouvoir faire appel à tout moment à un bandagiste actif au sein de l'hôpital. Par épisode de phase de traitement intensif d'un patient, le bandagiste fournira en principe au moins un avis et/ou du matériel.

Puisqu'il est important pour la qualité des interventions du bandagiste qu'il/elle ait suffisamment d'expérience en matière de lymphœdème, l'hôpital s'engage à ce que le centre puisse, le plus souvent possible, faire appel au même bandagiste.

En principe, le bandagiste doit pouvoir intervenir immédiatement lorsque le centre fait appel à ses services.

Article 10.

§ 1er. Le centre multidisciplinaire pour une prise en charge conservatrice du lymphœdème dispose de locaux destinés aux consultations, traitements et sessions d'éducation ainsi qu'aux réunions d'équipe. Pendant les heures d'ouverture du centre, ces locaux ne peuvent être utilisés pour des activités autres que celles mentionnées à l'article 3, § 1er.

Les locaux doivent être centralisés et être signalés clairement.

Dans les locaux du centre, le matériel, les appareils et l'infrastructure requis doivent être présents pour pouvoir exécuter les différentes phases de traitement mentionnées à l'article 3, § 1er.

§ 2. Les patients sont de préférence traités en mode ambulatoire dans le centre. Au total, deux lits sont réservés pour les patients devant être hospitalisés pendant leur traitement dans le centre (pour des raisons de comorbidité grave). Ces lits sont de préférence situés dans une même chambre, compte tenu des avantages pratiques et des effets favorables des contacts avec d'autres patients atteints de la même affection.

Article 11.

Le centre multidisciplinaire pour une prise en charge conservatrice du lymphœdème, son offre de soins, ses heures d'ouverture et ses coordonnées (adresse de courriel, numéro de téléphone) sont clairement mentionnés sur le site web de l'hôpital.

Au moins pendant ses heures d'ouverture, le centre doit être joignable par téléphone pour le patient, son/ses dispensateur(s) de soins (médecin généraliste/médecin de renvoi, kinésithérapeute périphérique) et son entourage direct.

MISSIONS DU CENTRE MULTIDISCIPLINAIRE POUR UNE PRISE EN CHARGE CONSERVATRICE DU LYMPHOEDÈME

Article 12.

§ 1er. Dès la date d'entrée en vigueur de la présente convention, le centre multidisciplinaire pour une prise en charge conservatrice du lymphœdème doit accomplir les missions suivantes :

- réalisation du programme de soins défini à l'article 3, § 1er, pour les bénéficiaires définis à l'article 15, et en particulier réalisation des jours de traitement remboursables dans le cadre de la présente convention au cours de la phase de traitement intensif ;
- éducation thérapeutique (en matière d'hygiène de la peau, de mobilité... cf. article 3, § 1er) via des sessions dans le cadre des jours de traitement des patients et via des brochures qui doivent être mises à la disposition sur le site web visé à l'article 11 ;
- information au médecin généraliste/ médecin référents concernant le plan de traitement individuel du patient établi par le centre et concernant les progrès réalisés et le suivi prévu ;
- organisation de programmes de formation continue pour les kinésithérapeutes périphériques et traitants des patients de sorte qu'ils puissent poursuivre, pendant la phase de suivi, avec le patient et son médecin généraliste ainsi que son entourage, le traitement entamé au centre pendant la phase de traitement intensif afin de stabiliser le lymphœdème et éviter les complications.

§ 2. Par année civile complète pendant laquelle la présente convention est d'application, le centre doit réaliser des journées de traitement remboursables pour au moins ### nouveaux bénéficiaires dans le cadre de la phase de traitement intensif. La non-atteinte de ce nombre minimum peut constituer un motif de résiliation de la convention pour le Comité de l'assurance, pour autant que le centre ait eu l'occasion d'expliquer par écrit les raisons de la non-atteinte de ce nombre minimum.

Article 13.

Pour la fin de la phase expérimentale définie à l'article 6 de la présente convention, le centre doit :

- traiter un groupe représentatif mixte de patients souffrant de lymphœdème primaire et de lymphœdème secondaire où au minimum 10 % des deux catégories sont traitées ;
- avoir réalisé des projets et des études scientifiques concernant la physiopathologie, l'évaluation, la prévention et le traitement du lymphœdème. Chaque centre doit, durant la phase expérimentale de la présente convention, réaliser au minimum deux publications relatives au lymphœdème dans des revues scientifiques internationales évaluées par des pairs ;
- réaliser conjointement avec les autres centres conventionnés, un article dans une revue scientifique internationale évalué par des pairs concernant la gestion des soins aux patients souffrant de lymphœdème ;
- faire connaître parmi les référents (potentiels) internes et externes l'offre des centres multidisciplinaires pour une prise en charge conservatrice du lymphœdème.

CONDITIONS POUR POUVOIR CONCLURE LA CONVENTION

Article 14.

Sans préjudice des dispositions de l'article 5 selon lesquelles la présente convention est conclue avec un nombre limité d'hôpitaux, tout hôpital doit, pour entrer en ligne de compte, démontrer dans son dossier de candidature qu'il remplit les conditions suivantes :

- disposer d'une équipe de soins répondant à toutes les conditions fixées en la matière aux articles 7 et 8 ;
- remplir les conditions d'infrastructure définies aux articles 10 et 11 ;

- avoir de l'expérience dans les missions définies à l'article 12 en matière de soins aux patients (selon le modèle mentionné à l'article 3, § 1er), de formation et de recherche scientifique.

Le contenu du dossier de candidature est davantage précisé par le Collège des médecins-directeurs. Pour la sélection des centres candidats, il est tenu compte de l'expérience acquise par ces centres (nombre d'années durant lesquelles le centre travaille déjà suivant le modèle de soins défini à l'article 3, § 1er, nombre de patients que le centre a déjà traités suivant ce modèle, qualité des traitements réalisés,...) et de la répartition géographique des centres.

BÉNÉFICIAIRES DE LA CONVENTION

Article 15.

§ 1. Les bénéficiaires d'une intervention dans les journées de traitement définies à l'article 16, § 1er, sont des patients souffrant d'une forme modérée ou grave de lymphœdème :

1. qui se situe aux stades II, II tardif ou III de la classification visée à l'article 2, § 2 ;
2. et qui se manifeste au niveau des membres du patient (unilatéralement ou bilatéralement) ou au niveau de la ligne *médiane* du patient (faciale, thoracique ou génitale) ;
3. et qui a entraîné une augmentation du volume du membre atteint d'au moins 10 %.
En cas de formes bilatérales de lymphœdème ou de lymphœdème au niveau de la région *médiane*, l'augmentation de volume de la partie corporelle atteinte doit être démontrée par un rapport documenté (à conserver dans le dossier médical visé à l'article 19) mentionnant les signes pathognomoniques cliniques et des photos étayant la gravité du lymphœdème. Pour les patients atteints de lipœdème, il convient de démontrer une composante lymphatique.

§ 2. Pour entrer en ligne de compte comme bénéficiaire, le patient doit en outre avoir été référé vers le centre par son médecin généraliste ou par un médecin spécialiste traitant qui ne fait pas partie de l'équipe de soins du centre définie à l'article 7.

§ 3. Pour pouvoir entrer en ligne de compte comme bénéficiaire, le patient doit en outre disposer d'un Dossier médical global (DMG) ou le patient doit être inscrit dans une Maison médicale (en tenant compte du fait que la mise à jour du DMG fait partie de l'activité de soins que ces établissements réalisent).

Cette règle souffre les différentes exceptions suivantes :

1. Dans le cas où le code de compétence du médecin généraliste du bénéficiaire se termine par 001 ou 002, pour lequel la prestation DMG pour le bénéficiaire ne peut pas être prise en charge par l'assurance, ou si le cabinet du médecin généraliste n'est pas situé en Belgique, une attestation dans laquelle le médecin généraliste du bénéficiaire déclare tenir le dossier médical du patient suffit ;
2. Un bénéficiaire qui pense disposer d'un DMG mais pour lequel l'organisme assureur n'a enregistré aucune prestation DMG ;
3. Un nouveau bénéficiaire sans DMG pour lequel, pendant une hospitalisation en raison de complications aiguës liées à une lymphœdème, une phase de traitement intensif a débutée, pour autant qu'il s'engage à demander sans délai un DMG dès sa sortie de l'hôpital ;
4. Un bénéficiaire ayant un accord en cours qui termine son inscription dans une Maison médicale et qui ne dispose pas d'un DMG.

Pour les bénéficiaires qui se trouvent dans les situations d'exceptions 2), 3) ou 4), le médecin-conseil ne peut autoriser qu'une seule période d'intervention de trois mois, jusqu'à ce que le bénéficiaire dispose effectivement d'un DMG. Il peut s'agir soit d'une première ou nouvelle période d'intervention, soit d'une prolongation d'une période d'intervention existante.

Les dispositions de l'article 21, § 4, sont applicables aux bénéficiaires qui se trouvent dans la situation d'exception 2).

PRESTATION REMBOURSABLE

Article 16.

§ 1. La prestation qui peut être prise en charge par l'assurance obligatoire soins de santé est la "journée de traitement" d'un bénéficiaire, c'est-à-dire une journée au cours de laquelle le bénéficiaire est présent au centre pendant au moins 5 heures et participe à des séances avec les membres de l'équipe de soins pour réaliser le traitement, l'accompagnement et l'éducation qui font partie de la phase de traitement intensif selon l'article 3, § 1er.

§ 2. Etant donné que la journée de traitement définie au § 1er cadre avec une prise en charge globale, conservatrice, cf. article 3 § 1er, du lymphœdème, la journée de traitement n'est pas remboursable pendant le mois qui suit un traitement chirurgical du lymphœdème et pendant le mois qui précède un traitement chirurgical du lymphœdème.

Pour l'application du présent §, les mois dont question dans l'alinéa précédent durent respectivement du jour x du mois m pendant lequel le traitement chirurgical a été réalisé jusqu'au jour x-1 du mois m+1 et du jour x+1 du mois m-1 jusqu'au jour x du mois m pendant lequel le traitement chirurgical a été réalisé.

Les traitements chirurgicaux des lymphœdèmes comprennent notamment toutes les prestations techniques spéciales relatives à la chirurgie vasculaire de l'article 14, f) de la nomenclature des prestations de santé.

Les journées de traitement qui ne sont pas remboursables par les organismes assureurs du bénéficiaire en vertu de l'application du présent § en raison du fait que le bénéficiaire n'a pas informé complètement le centre au sujet des traitements qu'il a eu précédemment à ces journées de traitement ou en raison du fait que le bénéficiaire a bénéficié d'un traitement chirurgical pour son lymphœdème dans le mois qui suit ces journées de traitement, peuvent être portées en compte par le centre au bénéficiaire, à condition que le centre ait informé le bénéficiaire des dispositions du présent paragraphe en temps opportun par écrit.

§ 3. La phase de traitement intensif définie à l'article 3, § 1er, dispensée dans le cadre des journées de traitement est obligatoirement multidisciplinaire. Dans cette perspective, les membres de l'équipe de soins de diverses disciplines doivent réaliser des séances et organiser des contacts pour le bénéficiaire pendant (l'ensemble) des journées de traitement.

Le centre réservera les journées de traitement aux patients qui ont besoin de certaines interventions ou de certains types de matériel de soins qui en dehors du cadre de la journée de traitement ne sont pas ou insuffisamment remboursables sur la base de la nomenclature des prestations de santé.

§ 4. À la demande de l'équipe de soins, les prestations visées à l'article 9 des médecins spécialistes ou du bandagiste de l'hôpital peuvent être réalisées pendant les journées de

traitement.

§ 5. Le temps que le bénéficiaire en question consacre à son repas de midi peut être comptabilisé pour atteindre le nombre d'heures requis de la journée de traitement défini au § 1er.

Le centre et l'hôpital dont le centre fait partie s'engagent à organiser les journées de traitement de façon telle que le temps d'attente avant ou entre les séances auxquelles participe un bénéficiaire pendant une journée de traitement soit le plus court possible.

Article 17.

§ 1. Une seule journée de traitement remboursable peut être portée en compte par jour et par bénéficiaire.

La phase de traitement intensif peut être répétée pour un bénéficiaire déterminé ; ce bénéficiaire suivant par intermittence, à plusieurs reprises, un épisode de quelques journées de traitement. Toutefois, par année civile et par bénéficiaire, 20 journées de traitement remboursables peuvent au maximum être réalisées et portées en compte à l'organisme assureur du bénéficiaire.

§ 2. Si au cours d'une année civile, un bénéficiaire est traité dans plus d'un centre multidisciplinaire pour une prise en charge conservatrice du lymphœdème ayant conclu la présente convention, le nombre maximum de journées de traitement remboursables est applicable par année civile et par bénéficiaire mais pas par centre multidisciplinaire conventionné pour une prise en charge conservatrice du lymphœdème où le bénéficiaire est traité au cours de l'année civile en question.

Les journées de traitement qui ne sont pas remboursables en application de cet article par l'organisme assureur du bénéficiaire du fait que celui-ci n'a pas informé complètement le centre qu'il a été traité dans d'autres centres peuvent être portées en compte par le centre au bénéficiaire, pour autant que le centre ait informé le bénéficiaire à temps et par écrit des dispositions du présent article.

CAPACITÉ DE FACTURATION

Article 18.

§ 1. Par année civile, le centre peut réaliser au maximum ### journées de traitement remboursables pouvant être portées en compte aux organismes assureurs, quelles que soient les dates auxquelles ces journées de traitement ont été portées en compte aux organismes assureurs. Ce nombre constitue la capacité de facturation. Le centre s'engage à ne pas dépasser ce nombre dans sa facturation aux organismes assureurs.

§ 2. Pour les années civiles au cours desquelles la présente convention n'est applicable qu'une partie du temps, la capacité de facturation définie au § 1er doit être réduite proportionnellement, compte tenu du délai d'application de la présente convention au cours de l'année civile en question.

§ 3. Les prestations devant être facturées aux organismes assureurs belges pour des patients qui sont à charge d'un organisme assureur étranger sont comprises dans la capacité de facturation mentionnée au § 1er.

DOSSIER MÉDICAL

Article 19.

Pour chaque bénéficiaire, le centre doit tenir à jour un dossier individuel qui a spécifiquement trait au lymphœdème du patient et qui contient au moins les données suivantes :

- les données d'identification du patient ;
- la lettre de renvoi du médecin généraliste ou du médecin spécialiste traitant (cf. article 15) ;
- les résultats de toutes les prestations diagnostiques qui ont été effectuées en ce qui concerne le patient ;
- les rapports et avis des médecins spécialistes de l'hôpital auxquels le centre fait appel, visés à l'article 9, § 1^{er} ;
- les rapports et avis du bandagiste visé à l'article 9, § 2 ;
- les conclusions des réunions d'équipe concernant le patient ;
- le plan de traitement individuel visé à l'article 3, § 1^{er} qui doit être établi par l'équipe de soins du centre et doit contenir les objectifs concrets pour le patient concerné ;
- par épisode de traitement intensif, les résultats d'une mesure de base et d'une mesure de suivi de certains paramètres du lymphœdème (mesure de volume et/ou périmétrie, scores au questionnaire Lymf-ICF, stade du lymphœdème, photo standard de l'œdème, etc.) ;
- un récapitulatif des séances et des contacts réalisés pour le patient dans le cadre des journées de traitement ;
- une copie de la correspondance échangée avec le médecin généraliste ;
- le cas échéant, une copie de la correspondance échangée avec le médecin spécialiste qui a référé le patient ;
- un rapport du contact obligatoire avec le kinésithérapeute traitant périphérique ;
- toute autre correspondance qui concerne le patient ;
- les preuves datées de l'information écrite donnée au patient quant aux dispositions visées aux articles 16, § 2, 17, § 2 et 21, § 5.

PROCÉDURE DE DEMANDE D'INTERVENTION DE L'ASSURANCE

Article 20.

La journée de traitement définie dans la présente convention n'entre en ligne de compte pour une intervention de l'assurance obligatoire soins de santé que si le médecin-conseil a émis un avis favorable sur la prise en charge de cette prestation pour un bénéficiaire donné.

Une telle décision favorable ne donne cependant pas droit automatiquement à une intervention financière de l'assurance obligatoire soins de santé : seules les journées de traitement effectivement réalisées dans la période d'intervention accordée par le médecin-conseil et qui satisfont à toutes les autres conditions prévues dans la présente convention entrent en ligne de compte pour une intervention.

Article 21.

§ 1^{er}. Une demande de prise en charge doit être introduite par le bénéficiaire conformément aux dispositions prévues à l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

Le centre s'engage à aider le bénéficiaire lors de l'introduction des demandes, notamment

en veillant au respect du délai imparti pour l'introduction de la demande.

Si le centre a pris sur lui la responsabilité d'introduire la demande d'intervention, il s'engage également à ne pas porter en compte au bénéficiaire concerné les frais qui ne seraient pas remboursés par l'organisme assureur en raison de l'introduction tardive de la demande.

§ 2. L'arrêté royal cité au § 1^{er} prévoit notamment que le bénéficiaire introduise sa demande de prise en charge au moyen d'un formulaire conforme au modèle approuvé par le Comité de l'assurance.

Ce formulaire de demande doit être obligatoirement accompagné d'un rapport médical, établi par le médecin responsable du centre. Il doit ressortir de ce rapport médical qu'il s'agit d'un bénéficiaire tel que visé à l'article 15 de la présente convention. Le rapport médical doit contenir au moins les données suivantes :

- l'identité du bénéficiaire ;
- une déclaration attestant que le bénéficiaire répond aux critères d'inclusion prévus à l'article 15 (étayée par les données diagnostiques et les données de mesure conservées dans le dossier médical visé à l'article 19) ;
- la date de début et la date de fin de la période d'intervention demandée.

Le Collège des médecins-directeurs peut, à tout moment, imposer un modèle pour l'établissement du rapport médical.

§ 3. Tant dans le cas d'une première demande ou d'une nouvelle période d'intervention que dans le cas d'une demande de prolongation d'une période d'intervention déjà accordée, le médecin-conseil accorde toujours une période d'intervention de 3 mois maximum. La période d'intervention qui est accordée par le médecin-conseil prend cours à la date de début demandée dans le rapport médical et - conformément à l'article 142, § 2, de l'AR du 3 juillet 1996 cité au § 1^{er} - au plus tôt 30 jours avant la date de réception de la demande d'intervention par le médecin-conseil.

§ 4. Si un bénéficiaire déclare dans le formulaire de demande que son médecin généraliste tient son Dossier médical global (DMG), mais que l'organisme assureur n'a pas enregistré la prestation DMG (situation d'exception visée à l'article 15, § 3, 2^o), d'une part le médecin-conseil en informera le bénéficiaire concerné ainsi que son médecin généraliste (si possible via les Services de MyCareNet), mais d'autre part (*si le patient répond à toutes les autres conditions de la convention*) il marquera tout de même son accord sur la prise en charge des journées de traitement dans le cadre de la phase de traitement intensif pendant 3 mois, si bien que le bénéficiaire et son médecin généraliste disposent du délai nécessaire pour régulariser la prestation DMG.

§ 5. Une période d'intervention accordée dans le cadre de la présente convention prend fin dès que le bénéficiaire concerné est pris en charge dans le cadre d'une convention avec des centres multidisciplinaires pour une prise en charge conservatrice du lymphœdème, conclue avec un autre hôpital. Les journées de traitement que le centre réalise pour le patient concerné pendant la partie expirée de la période d'intervention en application du présent § ne peuvent être remboursées par l'organisme assureur. Ces journées peuvent être facturées par le centre au patient concerné pour autant que le centre l'ait informé par écrit à temps des dispositions du présent paragraphe et que le patient n'ait pas informé à temps le centre qu'il a demandé une période d'intervention dans le cadre de la convention conclue avec l'autre hôpital.

Article 22.

§ 1. Le centre s'engage à fournir au médecin-conseil de l'organisme assureur du bénéficiaire toute information demandée permettant d'apprécier les demandes d'intervention individuelles.

§ 2. Le centre s'engage à conserver les demandes (copie) d'intervention ainsi que toute la correspondance entrante et sortante à ce sujet avec les organismes assureurs pendant un délai de 7 ans.

PRIX DE LA PRESTATION REMBOURSABLE

Article 23.

Le prix de la journée de traitement définie à l'article 16, § 1^{er}, est fixé à 111,80 €. Ce montant est entièrement lié à l'indice pivot 101,02 (juin 2016) des prix à la consommation et est adapté conformément aux dispositions de la loi du 1^{er} mars 1977 organisant un régime de liaison à l'indice des prix à la consommation du Royaume de certaines dépenses dans le secteur public.

RÈGLES DE CUMUL

Article 24.

§ 1^{er}. Les activités que les membres de l'équipe de soins du centre définie à l'article 7, § 1^{er}, réalisent pour un bénéficiaire pendant ou en dehors de leur période de travail pour le centre, pendant une période d'intervention pour ce bénéficiaire visée à l'article 21, § 3, ne peuvent pas être portées en compte séparément, ni au bénéficiaire ni à l'organisme assureur, sauf les prestations remboursables dans le cadre de la nomenclature des prestations de santé.

§ 2. Les activités qu'un psychologue ou un diététicien réalise à l'hôpital du centre pour un bénéficiaire, pendant une période d'intervention pour ce bénéficiaire visée à l'article 21, § 3, ne peuvent être portées en compte séparément, ni au bénéficiaire ni à l'organisme assureur.

§ 3. À l'exception de la quote-part personnelle du bénéficiaire dans le prix des prestations remboursables de la nomenclature des prestations de santé qui couvrent la délivrance du matériel, le centre ne facturera au bénéficiaire aucun supplément pour le matériel (bandages non élastiques, matériel de soins de plaies, etc.) qu'il utilise pendant une période d'intervention visée à l'article 21, § 3, pour ce bénéficiaire pour la décongestion et les soins consécutifs au lymphœdème.

OBLIGATIONS MÉDICO-ADMINISTRATIVES ET COMPTABLES

Article 25.

§ 1^{er}. Le centre tient à jour un registre de toutes les journées de traitement réalisées par le centre, sur la base d'un modèle établi par le Service des soins de santé. Ce registre doit être considéré comme un document de base en vue de la facturation visée à l'article 26.

Dans ce registre est notée l'identité de tous les patients pour lesquels des journées de traitement ont été réalisées, y compris celle des patients qui ne sont pas bénéficiaires de l'assurance obligatoire soins de santé.

Toutes les journées de traitement qui ont été réalisées au cours d'une journée déterminée par le centre, doivent encore être notées ce même jour dans le registre.

Le registre est conservé par le centre et tenu à la disposition du Service des soins de santé de l'INAMI et des médecins-conseils des organismes assureurs et ce, pendant sept ans.

§ 2. Le registre visé au § 1^{er} constitue la base pour les chiffres de production, par lesquels il faut entendre : le nombre de journées de traitement prestées, multiplié par leur prix.

Le centre s'engage à transmettre avant la fin du mois qui suit la fin de chaque trimestre, les chiffres de production concernant ce trimestre au Service des soins de santé .

Le Service des soins de santé peut à tout moment imposer des modalités selon lesquelles ces chiffres de production doivent être élaborés et envoyés au Service des soins de santé de santé.

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

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

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

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

Article 26.

§ 1. Le centre s'engage à facturer le prix de la journée de traitement, fixé conformément à l'article 23, aux organismes assureurs, au moyen de la bande magnétique de l'hôpital dont le centre fait partie.

L'hôpital dont le centre fait partie transmet au bénéficiaire une facture sur laquelle figurent tous les montants que l'hôpital facture pour le bénéficiaire concerné à l'organisme assureur du bénéficiaire ou au bénéficiaire même.

§ 2. En application des dispositions de l'arrêté royal du 29 avril 1996 *portant fixation de la réduction de l'intervention de l'assurance soins de santé et indemnités dans les honoraires et prix fixés dans certaines conventions avec les établissements de rééducation*, le prix

facturé aux organismes assureurs de la journée de traitement, doit, pour les patients ambulatoires du centre, être réduit du montant prévu à l'arrêté royal.

§ 3. Compte tenu des dispositions de l'arrêté royal cité au § 2, le prix facturé aux organismes assureurs de la journée de traitement ne doit pas être réduit pour les bénéficiaires du centre hospitalisés, auxquels s'appliquent les dispositions de l'article 37bis, § 3, de la *loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994*, et/ou les dispositions de l'arrêté royal du 5 mars 1997 fixant le montant de la réduction de l'intervention de l'assurance en cas d'hospitalisation ou de séjour dans un centre de rééducation.

Article 27.

L'hôpital du centre tient une comptabilité basée sur le plan comptable minimum normalisé pour les hôpitaux (A.R. du 14.8.1987). Les données comptables liées à l'application de la présente convention sont comptabilisées sous un poste de frais distinct de telle sorte que les recettes et dépenses de la présente convention puissent être immédiatement connues.

À la demande explicite du Service des soins de santé, un récapitulatif de ces recettes et dépenses spécifiques dans le cadre de la convention doit être transmis au Service des soins de santé suivant le modèle établi par celui-ci.

L'hôpital s'engage à toujours garantir à tous les représentants du Service des soins de santé ou des organismes assureurs l'accès à sa comptabilité afin qu'ils puissent contrôler les activités du centre.

L'hôpital est tenu de conserver les documents comptables pendant une période de 7 ans.

PERSONNEL

Article 28.

§ 1^{er}. Afin d'assurer la qualité du fonctionnement, le pouvoir organisateur s'engage à employer, en permanence, l'équipe de soins dont le centre doit disposer en vertu de l'article 7 de la présente convention.

Cela implique que, pour toute fonction dont il est question à l'article 7 précité, le pouvoir organisateur emploie effectivement une personne possédant les qualifications requises pour cette fonction et ce, pour le nombre d'heures de travail fixé par semaine.

Le Comité de l'assurance ne peut être considéré comme partie dans les contrats de travail conclus entre le pouvoir organisateur et son personnel.

§ 2. Le pouvoir organisateur s'engage, en application des dispositions du § 1^{er}, à prendre sans délai toutes les dispositions utiles en vue de l'engagement de nouveau personnel, afin d'éviter qu'une fonction, prévue à l'article 7, ne soit plus remplie. Ainsi, dès que l'on sait qu'une fonction, prévue dans l'équipe de soins, est partiellement ou totalement vacante à la suite d'une démission, d'un licenciement ou pour un motif justifié d'absence de longue durée (interruption de carrière, congé sans solde, maladie, etc.), le pouvoir organisateur prend immédiatement des mesures afin de pourvoir, à temps, au remplacement du membre du personnel temporairement ou définitivement absent.

Le pouvoir organisateur n'est toutefois pas tenu de remplacer, au cours de la période de préavis légal rémunéré, un membre du personnel licencié qui, à la demande du pouvoir

organisateur, ne travaille plus au cours de cette période. Le pouvoir organisateur n'est pas davantage tenu de remplacer un membre du personnel absent pour maladie au cours de la période légale de salaire garanti, pendant laquelle le membre du personnel malade est encore effectivement rémunéré par l'établissement.

§ 3. Le centre doit, en permanence, tenir à jour une liste de l'équipe de soins qu'il emploie effectivement. Cette liste doit renseigner, à tout moment, la composition de l'équipe de soins du centre ainsi que le nombre d'heures de travail par semaine et l'horaire de chaque membre de l'équipe. Outre les modifications définitives de la composition de l'équipe de soins (pour cause de démission, de licenciement, de conversion au travail à temps partiel, etc.) les modifications temporaires de la composition de l'équipe de soins doivent également être reprises sur cette liste du personnel, notamment les absences du personnel pour cause de maladie (si cette absence excède la période légale du salaire garanti), d'interruption de carrière, de congé sans solde, etc.

Les représentants de l'INAMI et des organismes assureurs doivent pouvoir consulter cette liste et ce, en permanence.

§ 4. Si le Comité de l'assurance constate que le centre n'a pas respecté les dispositions de l'article 28, §§ 1^{er} et 2 ou de l'article 28, § 3, il peut décider, en plus d'autres mesures jugées utiles, de réduire d'un certain montant, pendant une certaine période, le prix de la journée de traitement fixé conformément à l'article 23, à condition que le centre ait eu l'opportunité d'exposer par écrit les motifs du non-respect de ces dispositions.

La période, à déterminer par le Comité de l'assurance, au cours de laquelle le prix, fixé conformément à l'article 23, est réduit, ne peut jamais dépasser la durée de la période de non-respect des dispositions de l'article 28, §§ 1^{er} et 2 ou des dispositions de l'article 28, § 3.

Le montant, dont le prix de la journée de traitement fixé à l'article 23 peut être réduit, est fixé à [75.000/capacité de facturation] euros par unité manquante de temps plein moyenne au cours d'une certaine période dans l'équipe de soins. Ce montant doit être considéré comme un montant de base, susceptible d'être adapté proportionnellement, compte tenu du nombre réel de membres du personnel manquants, exprimé en unités temps plein. Le montant de base de [75.000/capacité de facturation] euros est lié à l'indice pivot 101,02 (juin 2016) et adapté en fonction des dispositions de la loi mentionnée à l'article 23.

En cas de non-respect des dispositions de l'article 28, § 3, le Comité de l'assurance fixera le montant à déduire qui s'élèvera à au moins [75.000/capacité de facturation] euros.

Le centre s'engage à ne pas répercuter sur les patients qu'il a pris en charge, les réductions appliquées sur la base des dispositions du présent paragraphe.

Article 29.

§ 1^{er}. Le pouvoir organisateur s'engage à rémunérer le personnel du centre au moins selon les principes de rémunération applicables à tout le personnel de l'hôpital dont le centre fait partie.

§ 2. Si une fonction de l'équipe de soins, prévue à l'article 7, est remplie, de façon contractuelle, par un travailleur indépendant, le pouvoir organisateur s'engage à verser, pour les prestations de ce travailleur indépendant, des honoraires au moins égaux à la charge salariale totale en cas d'occupation sur la base du statut des travailleurs salariés. La charge salariale totale en cas d'occupation sur la base du statut des travailleurs salariés comporte, outre la rémunération brute, entre autres le pécule de vacances, l'ensemble des primes ainsi que les cotisations patronales ONSS.

CONSEIL D'ACCORD

Article 30.

Il est institué un Conseil d'accord dans le cadre des conventions conclues avec les centres multidisciplinaires pour une prise en charge conservatrice du lymphœdème.

Ce Conseil d'accord se compose d'une part des médecins responsables et des coordinateurs des centres et d'autre part des membres du Collège des médecins-directeurs. Sa présidence est assurée par le président du Collège des médecins-directeurs.

Le Collège des médecins-directeurs peut décider d'inviter d'autres organisations ou instances au Conseil d'accord si cela est utile pour examiner certains sujets ou pour réaliser certaines missions.

Le Conseil d'accord se réunit à la demande du président du Collège des médecins-directeurs ou à la demande d'au moins 1/3 de ses membres.

Le Conseil d'accord a les missions suivantes :

- Le suivi permanent de l'exécution des conventions et en particulier :
 - l'application du modèle de soins multidisciplinaire (cf. article 3, § 1^{er}) ;
 - le fonctionnement des centres ;
 - la collaboration entre les centres et les médecins généralistes ;
 - la collaboration entre les centres et les kinésithérapeutes périphériques ;
- Le suivi permanent des connaissances scientifiques actuelles en rapport avec le lymphœdème ;
- Évaluation intermédiaire et finale des conventions (cf. article 6) sur la base des rapports d'évaluation visés à l'article 31 ;
- Propositions visant à adapter la convention après la phase-pilote, par exemple en ce qui concerne les critères d'inclusion médicaux pour les bénéficiaires.

ÉVALUATION DES CENTRES MULTIDISCIPLINAIRES POUR UNE PRISE EN CHARGE CONSERVATRICE DU LYMPHOEDÈME

Article 31.

§ 1^{er}. L'évaluation intermédiaire et finale visée à l'article 6 est chaque fois basée sur un rapport d'évaluation commun des centres multidisciplinaires pour une prise en charge conservatrice du lymphœdème qui ont conclu la présente convention.

Les rapports d'évaluation doivent être basés sur les résultats des analyses statistiques de données enregistrées de manière systématique et uniforme par les centres qui ont conclu la présente convention. Les résultats des analyses statistiques doivent être discutés et interprétés dans le rapport d'évaluation.

§ 2. Les centres qui ont conclu la présente convention assurent eux-mêmes et conjointement l'enregistrement des données, le traitement statistique des données et l'établissement des rapports d'évaluation.

Il est fait usage autant que possible pour l'enregistrement à la plateforme Healthdata.

§ 3. Les centres qui ont conclu la présente convention établissent conjointement un protocole d'évaluation qui mentionne très concrètement :

- quels sont les objectifs finaux spécifiques (compte tenu de ce qui aura été défini en particulier aux articles 3, 4 et 12) :
 - de la conclusion de la présente convention avec les centres multidisciplinaires pour une prise en charge conservatrice du lymphœdème ;
 - du traitement des patients individuels ;
- par objectif final, la façon dont il sera évalué si l'objectif final a été réalisé et en particulier :
 - quels (tant en néerlandais qu'en français) instruments de mesure scientifiques validés les centres utiliseront à cet effet de manière systématique et uniforme ;
 - suivant quel planning précis chaque centre réalisera les mesures de manière systématique et uniforme (par exemple : un instrument de mesure utilisé au début, à la fin et à des périodes régulières au terme du traitement intensif) ;
 - quel score de mesure ou résultat doit être obtenu pour réaliser l'objectif final ;
- la manière dont les différents centres tiendront à jour de manière uniforme les données évaluées (suivant quel format, etc.) de telle sorte que les données des différents centres puissent ensuite être agrégées et analysées sur le plan statistique
- quelles analyses statistiques spécifiques des données seront réalisées (par exemple quels tests statistiques) ;
- la manière dont les résultats des analyses statistiques seront interprétés (par exemple à travers du *benchmarking*) ;
- la manière dont les centres répartiront entre eux les différentes activités citées au § 2 pour parvenir au rapport d'évaluation (par exemple qui se charge de l'analyse statistique des données, de l'établissement du rapport d'évaluation, etc.)

Lors de l'établissement du protocole d'évaluation, les centres tiennent compte des propositions et des questions formulées en la matière par le Collège des médecins-directeurs.

§ 4. Les centres transmettent, au Collège des médecins-directeurs, le rapport d'évaluation en vue de l'évaluation intermédiaire, au plus tard 2 mois avant les 2 ans d'application de la présente convention.

Les centres transmettent au Collège des médecins-directeurs le rapport d'évaluation en vue de l'évaluation finale au plus tard 2 mois avant la date de fin de la présente convention.

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Article 32.

Le pouvoir organisateur s'engage à informer chaque membre du personnel du centre de toutes les dispositions de la présente convention afin de permettre à chaque membre du personnel d'accomplir ses tâches conformément aux dispositions de la présente convention.

À cet effet, le pouvoir organisateur remettra à chaque membre du personnel le texte complet de la présente convention.

Le pouvoir organisateur conserve et tient à la disposition du Service des soins de santé de l'INAMI les accusés de réception signés à cet égard par les membres de l'équipe.

Article 33.

Le pouvoir organisateur s'engage à fournir au Service des soins de santé de l'INAMI et au médecin-conseil de l'organisme assureur du bénéficiaire toutes les informations demandées en ce qui concerne le fonctionnement du centre et l'application de la présente convention. Le pouvoir organisateur s'engage également à autoriser tous les représentants de l'INAMI ou des organismes assureurs à effectuer les visites qu'ils estiment utiles à cette fin.

DÉLAI DE VALIDITÉ DE LA CONVENTION

Article 34.

§ 1. La présente convention, établie en deux exemplaires et dûment signée par les deux parties, entre en vigueur le premier jour du deuxième mois qui suit l'approbation, par le Collège des médecins-directeurs, du protocole d'évaluation commun, visé à l'article 31, § 3, des centres multidisciplinaires pour une prise en charge conservatrice du lymphœdème qui ont conclu la présente convention. La présente convention expire si elle n'est pas encore entrée en vigueur le 1/###/20## en application des dispositions du présent paragraphe.

La présente convention reste valable quatre ans à compter de la date d'entrée en vigueur de la convention mais peut toujours, quel qu'en soit le motif, être dénoncée par une des deux parties par une lettre recommandée à la poste qui est adressée à l'autre partie, moyennant le respect d'un préavis de 3 mois prenant cours le premier jour du mois qui suit la date d'envoi de la lettre recommandée.

§ 2. L'annexe à la présente convention en fait partie intégrante, dans les limites fixées par les articles de ladite convention. Les articles de la convention priment cependant toujours sur l'annexe.

Il s'agit de l'annexe suivante :

- composition du prix forfaitaire

Pour #

(date + signature)

Pour le Comité de l'assurance soins de santé :

Bruxelles

Le Fonctionnaire dirigeant,

H. DE RIDDER,
Directeur général

Annexe: composition du prix forfaitaire

Chiffre d'indice pivot 101,02 (juin 2016; base 2013)

Nombre d'heures de travail des membres de l'équipe couvertes par le forfait par patient et par semaine de 5 jours

Fonction dans l'équipe	Coût salarial annuel brut pour un temps plein*	Coût salarial par heure	Nombre d'heures par semaine de traitement	Coût par semaine de traitement	
Médecin responsable	135.552,60 €	82,96 €	0,5	41,48 €	
Coordinateur	66.803,76 €	40,88 €	1	40,88 €	
Kinésithérapeute	55.292,94 €	33,84 €	5	169,20 €	
Praticien de l'art infirmier	55.292,94 €	33,84 €	1,5	50,76 €	
Divers (à remplir librement par des fonctions obligatoires de l'équipe de soins)	59.654,94 €	36,51 €	0,5	18,25 €	
Administration (y compris l'enregistrement des données pour l'évaluation)	42.941,70 €	26,28 €	1,5	39,42 €	
				359,99 €	Total des frais de personnel
				36,00 €	Frais généraux
				153,00 €	Matériel pour les pansements (dans le cadre du traitement intensif)
				10,00 €	Frais généraux pour l'éducation (patient, kinésithérapeute périphérique, ...)
				558,99 €	Coût total par semaine de traitement (5 jours)
				111,80 €	Prix par journée de traitement

* sur base barèmes médecin conseil / CP 330; 10 ans d'ancienneté; y inclu ONSS, prime, pécule de vacances

Le forfait constitue une rémunération supplémentaire qui couvre les frais du centre pour la réalisation de la journée de traitement non couverts par les prestations de la nomenclature des prestations de santé.