

# INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITE

Etablissement public institué par la loi du 9 août 1963

AVENUE DE TERVUREN, 211

-----  
Service des Soins de Santé

**CONVENTION DE REEDUCATION FONCTIONNELLE RELATIVE AUX  
AFFECTIONS RESPIRATOIRES CHRONIQUES GRAVES CONCLUE ENTRE LE  
COMITE DE L'ASSURANCE DU SERVICE DES SOINS DE SANTE DE  
L'INSTITUT  
NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITE ET #[dénomination de l'hôpital]#  
GERANT L'ETABLISSEMENT DE REEDUCATION FONCTIONNELLE #situé en son  
sein/se situant sur le site de [dénomination du site]#**

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

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

Il est convenu ce qui suit entre

d'une part,

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

et d'autre part,

#[dénomination de l'hôpital]# gérant l'établissement de rééducation fonctionnelle #situé en son sein/se situant sur le site de [dénomination du site]#

**Article 1<sup>er</sup>**. La section du service de pneumologie de #[dénomination de l'hôpital/dénomination du site]# qui fonctionne en tant qu'établissement de rééducation fonctionnelle est désignée dans la présente convention par le terme "établissement".

## **OBJET DE LA CONVENTION**

**Article 2.** Cette convention définit ce qu'il faut entendre par "établissement" au sens de cette convention, les buts de la rééducation respiratoire au sens de cette convention, les différents programmes et prestations de rééducation remboursables prévues, les prix et honoraires de ces dernières et les modalités de paiement de ces prix. Elle définit en outre les rapports financiers et administratifs entre l'établissement et les bénéficiaires de l'assurance obligatoire soins de santé définis à l'article 4, de même

que les rapports entre cet établissement, l'INAMI et les organismes assureurs.

### **BUT DE LA PRESENTE CONVENTION DE REEDUCATION FONCTIONNELLE**

**Article 3.** § 1<sup>er</sup>. Dans la littérature scientifique, il est démontré à l'heure actuelle que, leur traitement médical et leur hygiène de vie étant optimaux, la rééducation fonctionnelle réduit les symptômes et augmente la qualité de vie des patients atteints d'affections respiratoires chroniques graves, tandis qu'il y a de fortes indications qu'elle améliore le pronostic vital, de même qu'il est vraisemblable mais non encore dûment prouvé qu'elle réduit les coûts liés à leur affection. Les moyens mis en oeuvre pour atteindre ces objectifs rassemblent diverses disciplines au sein d'une équipe multidisciplinaire qui définit pour chaque bénéficiaire, en collaboration avec le médecin assurant son traitement d'entretien, un programme de rééducation fonctionnelle multidisciplinaire, adapté à la pathologie du bénéficiaire, ainsi qu'au stade auquel il se trouve.

§ 2. Au niveau du bénéficiaire individuel, cette convention vise donc la réduction de ses symptômes et l'amélioration de sa qualité de vie et ce, par l'exécution et la prise en charge par l'assurance obligatoire de la rééducation fonctionnelle au sens de cette convention.

Par ailleurs, en responsabilisant également le bénéficiaire au cours de sa rééducation à une bonne observance de son traitement médical et en l'éduquant à une bonne hygiène de vie, il deviendra non seulement un élément actif de sa propre rééducation mais aussi du maintien optimal ultérieur des résultats de la rééducation.

§ 3. Cette convention quantifiera dans quelle mesure la qualité de vie et les performances de ses bénéficiaires sont améliorées grâce à la rééducation fonctionnelle remboursée.

Elle a également pour but de contribuer à l'évaluation des effets de la rééducation en matière de réduction des coûts de la prise en charge ultérieure des bénéficiaires pour le système de l'assurance obligatoire soins de santé.

### **BENEFICIAIRES DE LA CONVENTION**

**Article 4.** § 1<sup>er</sup>. Les bénéficiaires au sens de cette convention sont des personnes adultes ou des adolescents au-dessus de 14 ans :

- a) - atteints de bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO)
- atteints d'asthme bronchique chronique grave;
- atteints d'une autre affection respiratoire grave telle que bronchectasies, muco-viscidose, ...
- ayant subi de la chirurgie de réduction du volume pulmonaire par suite d'une affection respiratoire obstructive ou une thoracotomie;
- b) - atteints d'une affection restrictive
  - causée par une maladie interstitielle;
  - ou secondaire à des infections;
  - ou secondaire à une affection neuromusculaire ou à une affection de la

paroi thoracique;

c) ayant subi une transplantation pulmonaire;

§ 2. En outre, au début de sa rééducation fonctionnelle tout bénéficiaire dont le diagnostic relève du § 1<sup>er</sup>, a), b) ou c) doit :

- être dans un état stable, c'est-à-dire en-dehors de périodes d'exacerbation ayant nécessité une thérapie médicale intensive adaptée;
- présenter un VEMS < 60% de la valeur prédite, mesuré en état stable et, si elle fait partie du traitement médical, après bronchodilatation;
- et répondre à au moins deux des cinq critères suivants :

- a) présenter à l'inspiration et/ou à l'expiration une force musculaire respiratoire de moins de 70 % de la valeur moyenne normative (cfr. l'annexe à cette convention);
- b) présenter une force du quadriceps de moins de 70 % de la valeur prédite fixée en application de la formule :

$$FQ_{\text{préd}} = 124 - [2,21 * \text{âge}] + [1,78 * \text{poids corporel}] + 55,9 (= \text{uniquement}),$$

où  $FQ_{\text{préd}}$  = n. Newton-mètres (Nm), âge = n. années, poids corporel = n. kilogrammes

- c) à la cycloergométrie, réaliser, en raison de son affection respiratoire chronique, une performance maximale inférieure à 90 watts
- d) pour les bénéficiaires au-dessus de 50 ans, réaliser au test de marche de 6 minutes une distance (= 6MWD) inférieure à 70 % de la valeur prédite en application de la formule :

$$6MWD_{\text{préd}} = 484 + [3,5 * \text{taille}] - [4,9 * \text{BMI}] - [5,3 * \text{âge}] + 52 (= \text{uniquement})$$

où  $6MWD_{\text{préd}}$  = m, taille = cm, et  $BMI = \text{poids}/\text{taille}^2 = \text{Kg}/\text{m}^2$

- e) présenter au «Chronic Respiratory Disease Questionnaire» (CRDQ) un score total inférieur à 100 pour l'ensemble des dimensions "dyspnée", "fatigue", "émotions" et "maîtrise", ou un score inférieur à 20 pour la dimension "dyspnée"

## L'ETABLISSEMENT DE REEDUCATION FONCTIONNELLE CONVENTIONNE

**Article 5.** Par établissement au sens de cette convention, il y a lieu d'entendre la section du service de pneumologie destinée à la rééducation fonctionnelle des bénéficiaires décrits à l'article 4. En outre, l'établissement répond aux conditions reprises aux articles 6 à 8 inclus.

**Article 6.** § 1<sup>er</sup>. L'équipe multidisciplinaire de l'établissement est composée du personnel suivant :

1. d'un médecin spécialiste en pneumologie avec un agrément complémentaire en réadaptation, qui dirige l'équipe;
2. d'un médecin assistant en pneumologie;
3. de kinésithérapeutes;
4. d'un ensemble d'autres personnes, comprenant obligatoirement les disciplines d'ergothérapie, de psychologie, de diététique et d'assistance sociale. Chaque personne faisant partie de cet ensemble a obtenu le diplôme correspondant à sa discipline, requis pour l'exercice d'actes faisant partie de la rééducation fonctionnelle au sens de cette convention.

§ 2. Les nombres d'heures/sem. prestés par chaque composante de l'équipe multidisciplinaire visée au § 1<sup>er</sup> sont proportionnels au nombre de programmes de rééducation à exécuter. Ainsi, en fonction de 100 programmes de rééducation fonctionnelle au cours d'une année :

1. le médecin visé au § 1<sup>er</sup>, 1., consacre au minimum un mi-temps (19 heures/sem.) à un ensemble d'activités en rapport avec la rééducation respiratoire en général, parmi lesquelles figurent celles liées à la direction médicale de l'équipe multidisciplinaire et aux prestations remboursées par la présente convention;
2. le médecin visé au § 1<sup>er</sup>, 2., consacre au minimum un mi-temps (19 heures/sem.) à des activités en rapport avec la rééducation respiratoire en général, parmi lesquelles figurent celles liées aux prestations remboursées par la présente convention;
3. les kinésithérapeutes consacrent au minimum 90 heures/sem. à des interventions faisant partie des prestations remboursées par la présente convention et à des activités directement en rapport avec celles-ci; pour chacun de ces kinésithérapeutes, les heures/sem. susvisées sont réparties en tranches d'au minimum une demi-journée, chacune d'au minimum 3 heures;
4. l'ensemble d'autres personnes, comprenant obligatoirement les disciplines d'ergothérapie, de psychologie, de diététique et d'assistance sociale, consacre au minimum 42 heures/sem. à des interventions faisant partie des prestations remboursées par la présente convention et à des activités directement en rapport avec celles-ci; pour chacune de ces personnes, les heures/sem. susvisées sont réparties en tranches d'au minimum une demi-journée, chacune d'au minimum 3 heures.

Les nombres d'heures/sem. précités sont à adapter proportionnellement au nombre de programmes de rééducation au sens de cette convention, effectivement dispensés par l'équipe de l'établissement. Après les 12 premiers mois suivant l'entrée en vigueur de cette convention et ensuite au moins 1 fois/an après échéance de 12 mois complets au cours desquels cette convention a été en vigueur, le besoin d'une éventuelle adaptation est évalué. Dès qu'au cours de ces 12 mois, le nombre de programmes de rééducation au sens de cette convention, effectivement dispensés par l'équipe de l'établissement, a changé d'au minimum 25 par rapport aux 12 mois précédents, une adaptation proportionnelle des heures/sem. prestées par l'équipe sera opérée au cours des 12 mois suivants.

**§ 3.** Fait/Font également partie intégrante de l'équipe, le médecin généraliste et/ou spécialiste assurant le traitement d'entretien du bénéficiaire, qui est/sont invité(s) à collaborer avec l'équipe.

**Article 7.** Le médecin qui dirige l'équipe de rééducation se porte garant de l'expérience de cette dernière dans la rééducation des bénéficiaires, ainsi que de la formation continue de son équipe en la matière.

L'expérience de l'équipe appert également du fait qu'au cours des 12 premiers mois suivant l'entrée en vigueur de cette convention, elle aura introduit au minimum 50 demandes de remboursement de la rééducation de 50 bénéficiaires différents, qui auront rencontré l'accord du Collège des médecins-directeurs. Au cours de chaque période ultérieure de 12 mois, elle introduira au minimum 100 demandes de remboursement de la rééducation de bénéficiaires, nouvelles demandes et demandes éventuelles de répétition d'un programme pour un même bénéficiaire confondues, qui auront rencontré l'accord du Collège des médecins-directeurs.

**Article 8. § 1<sup>er</sup>.** L'établissement dispose au moins des locaux suivants :

1. un local de kinésithérapie et de réentraînement à l'effort;
2. un local d'ergothérapie;
3. un local destiné à des entretiens d'un thérapeute (psychologue, assistant(e) social(e), diététicien(ne), ...) avec le bénéficiaire individuel;
4. un local permettant réunions d'équipe et entretiens d'un/de thérapeute(s) avec un groupe de bénéficiaires, notamment pour l'éducation de ces derniers.

**§ 2.** L'établissement dispose du matériel nécessaire et au minimum de :

1. pour la kinésithérapie, et le réentraînement à l'effort :
  - appareils d'entraînement à l'effort en quantité suffisante;
  - divans pour le massage et la kiné respiratoire.
2. pour le local d'ergothérapie
  - matériel d'entraînement aux activités de la vie quotidienne;
  - matériel d'entraînement à l'effort pour l'ergothérapie fonctionnelle.

## **PROGRAMMES DE REEDUCATION FONCTIONNELLE**

**Article 9.** Avant tout programme de rééducation au sens de cette convention, un examen médical assorti des examens techniques nécessaires est réalisé, permettant de déterminer que le bénéficiaire répond aux critères déterminés à l'article 4 de cette convention. Les résultats de ces examens seront rassemblés pour le rapport médical visé à l'article 18, § 2. Le cas échéant, l'ensemble ou une partie de ces résultats préliminaires peuvent être tirés d'examens éventuellement réalisés dans un autre cadre et/ou éventuellement par un tiers prestataire, non membre de l'équipe visée à l'article 6, § 1<sup>er</sup>.

**Article 10.** § 1<sup>er</sup>. Pour tout bénéficiaire dont le diagnostic relève de l'art. 4, § 1<sup>er</sup>, a), b) ou c), et qui répond aux conditions de l'art. 4, § 2, en fonction de son âge, de sa pathologie, ainsi que du stade atteint par sa pathologie et de son état général, un programme de rééducation fonctionnelle multidisciplinaire personnalisé est défini. Au cours de son programme de rééducation, ce bénéficiaire peut être hospitalisé ou non.

§ 2. Le programme de rééducation comporte pour chaque bénéficiaire visé au § 1<sup>er</sup>, outre l'encadrement médical, au moins trois des disciplines suivantes :

- kinésithérapie (réentraînement musculaire et à l'effort, rééducation de la respiration, techniques de relaxation)
- ergothérapie
- psychologie
- assistance sociale
- diététique

Ces disciplines s'accompagnent obligatoirement d'une éducation du bénéficiaire à sa maladie.

§ 3. Sans préjudice des dispositions du § 4, le 1<sup>er</sup> programme de rééducation d'un bénéficiaire visé au § 1<sup>er</sup>, comporte un maximum de 60 prestations réparties sur 6 mois.

Si pour une raison médicale le programme en cours doit être interrompu au cours des 3 premiers mois suivant la date de début, mais peut être repris ultérieurement dans un délai ne dépassant pas 1 mois après la date de son interruption, le remboursement peut être poursuivi sans qu'une nouvelle demande doive être introduite et sans que la durée totale du programme effectif et le nombre total de prestations qu'il comporte puissent excéder la durée et le nombre de prestations ayant fait précédemment l'objet d'un accord du Collège.

Si pour une raison médicale le programme en cours doit être interrompu au cours des 3 premiers mois après la date de début, mais peut être repris ultérieurement dans un délai dépassant 1 mois mais sans dépasser 3 mois après la date de son interruption, le remboursement ne peut être poursuivi que lorsqu'une nouvelle demande a rencontré l'accord du Collège et

sans que la durée totale du programme effectif et le nombre total de prestations qu'il comporte puissent excéder la durée et le nombre de prestations ayant fait précédemment l'objet d'un accord du Collège.

Toute nouvelle demande de remboursement introduite après une interruption de plus de 3 mois, pour un même bénéficiaire présentant dans le domaine pulmonaire un même diagnostic relevant de l'art. 4, § 1<sup>er</sup>, a), ou b) est considérée comme une demande pour un programme au sens du § 5 ci-après.

**§ 4.** Pour le bénéficiaire répondant aux conditions de l'art. 4, § 2, qui est candidat à une transplantation pulmonaire en attente d'un donneur compatible, le programme de rééducation peut excéder une durée de 6 mois et le nombre de prestations peut excéder 60. En outre, après la transplantation, le remboursement d'un nouveau programme de rééducation comportant un maximum de 60 prestations réparties sur 6 mois peut être accordé par le Collège des médecins-directeurs. Ce programme n'est pas considéré comme un 2<sup>ème</sup> programme au sens du § 5, ci-après.

**§ 5.** Pour tout bénéficiaire visé au § 1<sup>er</sup>, ayant reçu un 1<sup>er</sup> programme de rééducation sur le remboursement duquel le Collège a marqué son accord, le remboursement d'un éventuel 2<sup>ème</sup> programme de rééducation qui serait demandé comportant un maximum de 60 prestations réparties sur 6 mois peut être accordé par le Collège des médecins-directeurs si le bénéficiaire satisfait aux conditions suivantes:

- à la fin de son programme précédent: avoir présenté une force du quadriceps augmentée d'au moins 30% par rapport à celle au début, et, pour un bénéficiaire de plus de 50 ans, avoir réalisé au test de marche de 6 minutes une distance augmentée d'au moins 100 m. par rapport à celle au début;
- répondre, lors de la nouvelle demande, aux conditions de l'art. 4, § 2;
- avoir perdu, lors de la nouvelle demande, au minimum 70% des acquis (= différence entre le score au début et à la fin) suite au programme précédent pour au moins deux des critères définis à l'art. 4, § 2, 3<sup>ème</sup> tiret.

Pour un même bénéficiaire visé au § 1<sup>er</sup>, présentant dans le domaine pulmonaire un même diagnostic et répondant aux conditions du § 5, 1<sup>er</sup> alinéa, un éventuel accord de remboursement d'un 3<sup>ème</sup>, 4<sup>ème</sup>, ... programme de rééducation peut porter sur un maximum de 30 prestations réparties sur 3 mois.

**§ 6.** L'éventuel envoi d'un bénéficiaire, par un des médecins visés à l'article 6, § 1<sup>er</sup>, à un autre établissement conventionné pour y poursuivre sa rééducation pulmonaire, est assimilée à une interruption pour raison médicale de son programme en cours dans l'établissement et est soumise à l'application des §§ 3 à 5 inclus, quelle que soit la raison de cet envoi.

Toute interruption d'un programme de rééducation en cours dans l'établissement, pour une raison non médicale et pour une durée de plus de 1 mois, est considérée comme un arrêt. En cas d'introduction d'une nouvelle demande de rééducation pulmonaire pour ce bénéficiaire, dans un des établissements visés à l'article 24, le Collège l'apprécie en fonction des dispositions de l'article 4 et en fonction de l'explication de l'interruption précitée, dont la fourniture est obligatoire.

**Article 11.** § 1<sup>er</sup>. Tout programme de rééducation se déroule dans les locaux dont dispose l'établissement, ou au moins dans ceux #[du site]# de l'hôpital où il se situe,

Toutefois, le cas échéant, deux prestations maximum au cours d'un programme pour un bénéficiaire dont le diagnostic relève de l'art. 4, 1<sup>er</sup>, a), b) ou c), réalisées par un(e) kinésithérapeute, un(e) ergothérapeute et/ou un(e) assistant(e) ou infirmier(ère) social(e) peuvent se dérouler au domicile du bénéficiaire en vue d'une adaptation de ce domicile en fonction de ses performances physiques.

§ 2. L'équipe de rééducation fonctionnelle prépare la fin du programme de rééducation qu'elle a dispensé, en collaboration avec le médecin généraliste et/ou le spécialiste assurant le traitement d'entretien du bénéficiaire, pour maintenir le dynamisme du bénéficiaire et les acquis obtenus grâce à sa rééducation fonctionnelle.

§ 3. L'équipe organise, sous la direction du médecin qui la dirige, une réunion hebdomadaire au cours de laquelle peuvent être discutés tant des sujets d'ordre général que des cas individuels de bénéficiaires. Cette réunion permet à l'équipe de faire le point sur les progrès réalisés par les bénéficiaires dans chaque domaine, sur les difficultés rencontrées, sur les problèmes sociaux et familiaux qui contrecarrent parfois le succès d'un programme, en vue d'adapter au mieux le programme de chaque bénéficiaire, et de motiver au mieux le bénéficiaire et son entourage à y participer activement.

## **LA PRESTATION DE REEDUCATION - DEFINITION, PRIX ET HONORAIRES**

**Article 12.** § 1<sup>er</sup>. La prestation de rééducation susceptible d'être prise en charge par l'assurance obligatoire soins de santé dans le cadre de cette convention, a une durée d'au moins deux heures qui peuvent être étalées au cours d'une journée. En aucun cas, une prestation dispensée par un des médecins visés à l'article 6, § 1<sup>er</sup>, et tarifée en application de l'A.R. du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités peut être considérée comme faisant partie de ces deux heures.

Toute prestation de rééducation remboursable est exécutée par au moins 2 intervenants d'une discipline différente, citée à l'article 10, § 2, sans compter l'encadrement médical, à l'exception d'éventuelles prestations visées à l'article 11, § 1<sup>er</sup>, 2<sup>ème</sup> alinéa, qui ne sont pas obligatoirement exécutées par plus d'un intervenant.

§ 2. Sans préjudice des dispositions de l'alinéa 2 ci-après et du § 3, chaque prestation de rééducation citée au § 1<sup>er</sup> est individuelle et s'adresse à un seul bénéficiaire. Toute intervention au cours de laquelle, pour toute sa durée, le nombre de bénéficiaires est égal au nombre de thérapeutes intervenant effectivement, est considérée comme étant individuelle.

Cependant, pour un même bénéficiaire et au cours d'un même programme, au maximum 20% des prestations peuvent s'adresser en tout ou en partie à un groupe de maximum 5 bénéficiaires.

§ 3. Des prestations de minimum 2 heures, destinées exclusivement à l'éducation de bénéficiaires et de leurs familles peuvent s'adresser, simultanément, à un groupe de bénéficiaires plus nombreux que 5.

§ 4. La collaboration du médecin généraliste ou spécialiste assurant le traitement d'entretien peut se concrétiser par:

- sa présence à une réunion d'équipe où le programme de rééducation fonctionnelle et/ou la préparation du retour à domicile du bénéficiaire concerné sont discutés,
- le recueil de données nécessaires à une évaluation du coût de la consommation du bénéficiaire en prestations de santé au sens de l'article 34 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, avant et après la fin du 1<sup>er</sup> programme de rééducation fonctionnelle, en vue de les comparer, et leur transmission par écrit à l'équipe de l'établissement.

**Article 13. § 1<sup>er</sup>.** Le prix d'une des prestations de rééducation fonctionnelle citées à l'article 12 est un montant forfaitaire qui couvre, pour chaque bénéficiaire, le coût total de la rééducation. Il couvre entre autres :

- a) toutes les interventions du personnel de l'établissement, y compris toutes les interventions des médecins de l'établissement, qui ne sont pas des prestations de santé remboursables en application de l'A.R. du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité, en particulier lorsqu'il s'agit:
  - de la rédaction d'un bilan de la rééducation du bénéficiaire
  - des entretiens avec la famille et l'entourage du bénéficiaire
  - de la direction des réunions d'équipe et de la coordination de l'équipe thérapeutique
  - de l'éducation à la santé des bénéficiaires
  - des contacts avec les médecins traitants et tout prestataire de première ligne en général
- b) tous les frais de fonctionnement résultant des activités qui se déroulent pendant les prestations de rééducation fonctionnelle (y compris les frais de matériel utilisé lors de l'ergothérapie, les frais de déplacement pour les prestations de kinésithérapeutes, ergothérapeutes, et travailleurs sociaux, visées à l'article 11, § 1<sup>er</sup>, 2<sup>ème</sup> alinéa).

**§ 2.** Le prix d'une prestation visée à l'art. 12, §§ 1<sup>er</sup> et 2, est fixé à 3.479 BEF (86,24 EUR) par bénéficiaire.

**§ 3.** Le prix d'une prestation visée à l'art. 12, § 3, est fixé à 464 BEF (11,50 EUR) par bénéficiaire.

**§ 4.** En outre, l'établissement peut facturer, pour un même bénéficiaire, au maximum 4 fois dans les deux ans qui suivent le début de son premier programme de rééducation fonctionnelle, un montant égal à celui de l'honoraire prévu pour la prestation 104355 de l'article 2 de l'A.M. du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités et ce, en vue de la rémunération de la collaboration du médecin généraliste ou spécialiste assurant le traitement d'entretien, pour les actes prévus à l'art. 12., § 4.

L'établissement s'engage à verser intégralement ces montants à ce médecin.

**§ 5.** 95 % des prix fixés aux §§ 2 et 3, donc respectivement 3.308 BEF (82,00 EUR) et 441 BEF (10,93 EUR), sont liés à l'indice pivot 103,14 au 1<sup>er</sup> juin 1999 (base 1996) des prix à la consommation. Cette partie indexable est adaptée selon les dispositions de la loi du 1<sup>er</sup> mars 1977 organisant un régime de liaison à l'indice des prix à la consommation du Royaume de certaines dépenses du secteur public.

**§ 6.** Pour les bénéficiaires non hospitalisés au moment de la prestation de rééducation effectuée, en application des dispositions de l'arrêté royal du 29 avril 1996, modifié par l'arrêté royal du 11 décembre 1996, 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<sup>o</sup>, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, chaque prix mentionné au §§ 2 et 3, porté en compte aux organismes assureurs doit être diminué du montant prévu à l'arrêté royal susvisé.



## SUPPLEMENTS ET CUMULS

**Article 14.** § 1<sup>er</sup>. L'établissement s'engage à ne pas réclamer aux bénéficiaires de suppléments aux prix fixés dans cette convention pour les prestations de rééducation fonctionnelle.

Le prix des repas et des boissons consommés dans l'établissement peut cependant être facturé au bénéficiaire non hospitalisé.

Dans le cas où l'établissement offre au bénéficiaire non hospitalisé des possibilités d'hébergement sur le site de l'hôpital, il peut lui demander une participation financière.

§ 2. Pour le bénéficiaire non hospitalisé, les consultations au sens de l'article 2, I, de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité et pour le bénéficiaire hospitalisé les honoraires de surveillance au sens de l'article 25, §§ 1<sup>er</sup> ou 3 de l'annexe à l'arrêté royal précité, ainsi que pour tout bénéficiaire les prestations techniques au sens de l'article 3, § 1<sup>er</sup>, de l'annexe à l'arrêté royal précité, peuvent, le cas échéant et compte tenu des autres dispositions de cette convention, être portés en compte à l'assurance obligatoire soins de santé.

**Article 15.** § 1<sup>er</sup>. Tant pour le bénéficiaire hospitalisé que pour le bénéficiaire non hospitalisé, durant toute la période d'un programme de rééducation défini à l'article 10, pour le remboursement duquel le Collège des médecins-directeurs a marqué son accord, il est exclu que l'assurance obligatoire soins de santé rembourse :

- une des prestations du chapitre IV de l'annexe à l'arrêté royal du 10 janvier 1991, destinées à la rééducation de patients cardiaques, prestations 771201 ou 771212-771223;
- un des prix et honoraires fixés dans une convention de rééducation pour handicapés locomoteurs;
- une des prestations 558810-558821 ou 558832-558843 de l'article 22 de l'A.M. du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

§ 2. Tant pour le bénéficiaire hospitalisé que pour le bénéficiaire non hospitalisé, le fait que l'assurance obligatoire soins de santé rembourse, pour un jour déterminé, le prix d'une prestation de rééducation fonctionnelle visé à cette convention, exclut le remboursement, pour ce même jour, de toute prestation de kinésithérapie et de physiothérapie, quels qu'en soient le dispensateur et le lieu où elle est effectuée.

**Article 16.** L'établissement s'engage à prendre, pour le bénéficiaire hospitalisé, toutes les mesures utiles, en vue du respect des dispositions des articles 14 et 15. De plus, il avertira le bénéficiaire non hospitalisé, par écrit, des prestations ne pouvant pas lui être remboursées pour les jours où il est pris en charge dans le cadre de cette convention (copie de ce document est conservée dans le dossier du bénéficiaire).

## DISPOSITIONS MEDICO-ADMINISTRATIVES ET COMPTABLES

**Article 17.** La rééducation d'un bénéficiaire ne peut être prise en considération pour le remboursement par l'assurance obligatoire soins de santé que lorsque le Collège des médecins-directeurs a pris une décision favorable au sujet de la prise en charge de cette rééducation.

Seules les prestations visées dans cette convention, qui ont effectivement été réalisées dans la période de rééducation admise par le Collège des médecins-directeurs, sont prises en considération pour un remboursement. Dans ce cas, sans préjudice des dispositions de l'article 20, 3<sup>ème</sup> alinéa, l'assurance obligatoire soins de santé ne peut rembourser par jour qu'une prestation de rééducation au sens de cette convention.

**Article 18. § 1<sup>er</sup>.** La demande de prise en charge par l'assurance obligatoire soins de santé doit être introduite par le bénéficiaire selon les dispositions des articles 139 et 142, § 2, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

En cas d'accord du Collège des médecins-directeurs, l'intervention de l'assurance n'est due qu'à partir de la date fixée par le Collège et au plus tôt 30 jours avant la date de réception de la demande d'intervention par le médecin-conseil.

Une éventuelle demande de prolongation de la prise en charge doit être faite conformément aux dispositions des articles 139 et 144 de l'arrêté royal précité.

L'établissement s'engage à aider le bénéficiaire à introduire la demande de remboursement.

L'établissement s'engage à ne pas réclamer au bénéficiaire les frais afférents aux prestations effectuées pendant les jours qui, pour motif de retard d'introduction de la demande d'intervention, ne donnent pas lieu à une intervention de l'assurance, si l'établissement a pris la responsabilité d'introduire lui-même la dite demande d'intervention.

**§ 2.** L'arrêté royal cité au § 1<sup>er</sup> de cet article prévoit entre autres que le bénéficiaire introduit la demande de prise en charge au moyen du formulaire approuvé par le Comité de l'assurance du Service des soins de santé. Un rapport médical, établi selon un modèle fixé par le Collège des médecins-directeurs, doit être joint au formulaire de demande. Il est rédigé sous la responsabilité du médecin dont question à l'article 6, § 1<sup>er</sup>, 1.

**§ 3.** L'établissement s'engage à fournir au Collège des médecins-directeurs toute information demandée en vue d'apprécier les demandes individuelles d'intervention.

**Article 19.** L'établissement tient une comptabilité sur base du plan comptable minimum normalisé des hôpitaux (A.R. 14.8.1987). Les activités prévues dans la convention doivent être considérées comme un centre de frais établi de manière telle que leur prix de revient doit être connu. Ces données comptables concernant l'année calendrier écoulée doivent être transmises chaque année au Service des soins de santé de l'INAMI, au plus tard avant la fin du sixième mois de l'année calendrier suivante.

**Article 20.** L'établissement s'engage à facturer aux organismes assureurs les prix fixés à l'article 13 en utilisant à cet effet la facture dont le modèle et la description sont approuvés par le Comité de l'assurance soins de santé.

Une copie de la facture doit être remise au bénéficiaire ou à son tuteur légal.

L'établissement s'engage à facturer au maximum le prix d'une prestation par jour et par bénéficiaire. Cependant, à titre exceptionnel, pour un même bénéficiaire le prix d'une prestation visée à l'article 12, §§ 1<sup>er</sup> et 2, peut être cumulé avec le prix d'une prestation visée à l'article 12, § 3, qui est effectuée le même jour.

**Article 21.** L'établissement transmet au Service des soins de santé de l'INAMI toutes les informations demandées par le Service précité, en vue du contrôle de l'observation de cette convention sur le plan thérapeutique ou financier ou dans le cadre de la gestion générale des conventions de rééducation fonctionnelle (dans le respect du secret médical).

L'établissement s'engage également à permettre à tout délégué de l'INAMI ou des organismes assureurs d'effectuer les visites qu'il juge utiles pour l'accomplissement de sa mission.

**Article 22.** § 1<sup>er</sup>. L'établissement tient un registre des prestations de rééducation réalisées, telles que visées à l'article 12, §§ 1<sup>er</sup> et 2 ou à l'article 12, § 3. Ce registre mentionne l'identité du bénéficiaire, le type de prestation qui lui est dispensée, s'il est hospitalisé ou non et, si non, s'il loge sur le site de l'hôpital ou non. Ce registre est complété journalièrement avant la fin des activités de rééducation de l'établissement. Le modèle de ce registre est fixé par le Service des Soins de santé de l'INAMI.

§ 2. Il appartient à l'établissement de tenir un système d'enregistrement complet des intervenants au cours de chaque prestation mentionnée au registre visé au § 1<sup>er</sup> et de la durée de chaque intervention effectuée.

L'établissement s'engage à rembourser les prestations de rééducation qui ont été portées en compte à un organisme assureur, et pour lesquelles un médecin-inspecteur du Service du Contrôle médical a constaté que l'enregistrement ci-dessus ne permet pas de prouver que les prestations portées en compte répondent aux dispositions de la convention.

Par ailleurs, l'établissement s'engage à ne pas facturer au bénéficiaire les prestations décrites ci-dessus qui, à ce titre, ont fait l'objet d'une récupération.

§ 3. Une copie du registre des prestations précité est transmise mensuellement au Service des Soins de santé de l'INAMI avant la fin du mois qui suit le mois concerné.

§ 4. L'établissement s'engage, le cas échéant, à assurer les obligations contenues dans cet article par un système de support magnétique selon des modalités déterminées par le Service des Soins de santé de l'INAMI.

**Article 23.** L'établissement s'engage à fournir annuellement au Service des Soins de santé, avant la fin du mois de février de l'année suivante, un relevé de tous les membres du personnel qui, au cours de l'année comptable précédente, faisaient effectivement partie de l'équipe de rééducation en y mentionnant le nom, la fonction effectuée, la période et le nombre d'heures par semaine que le membre du personnel a prestées cette année-là, dans le cadre de l'équipe de l'établissement. L'exactitude de ces données sera attestée, au nom de son pouvoir organisateur, par le gestionnaire de l'hôpital dont fait partie l'établissement. Le Service des Soins de santé peut à tout moment imposer un modèle déterminé de ce relevé.

## **LE CONSEIL D'EVALUATION**

**Article 24.** Dans sa forme actuelle, la présente convention est conclue à titre expérimental avec l'établissement; il peut encore être conclu avec au maximum 3 autres établissements et ce, jusqu'au #[la date qui sera mentionnée à l'article 31, § 2]#. Les raisons de ce caractère expérimental lui conféré sont spécifiées à l'article 3, § 3.

**Article 25.** § 1<sup>er</sup>. Par la conclusion de cette convention, l'établissement adhère au Conseil d'évaluation en matière de rééducation respiratoire. Le médecin dont question à l'article 6, § 2, 1., qui dirige l'équipe de l'établissement, siège au Conseil d'évaluation et y représente l'établissement.

§ 2. Les missions du Conseil d'évaluation consistent :

1. à superviser la quantification visée à l'article 3, § 3, 1<sup>er</sup> alinéa, selon la méthode décrite à l'article 26, ainsi que l'évaluation visée à l'article 3, § 3, 2<sup>ème</sup> alinéa, selon la méthode décrite à l'article 27.
2. et, si la quantification et/ou l'évaluation susmentionnées justifiaient l'ouverture du remboursement de la rééducation respiratoire après le #[la date qui sera mentionnée à l'article 31 § 2]# à un plus grand nombre d'établissements, à donner un avis au sujet d'éventuelles adaptations des modalités mêmes de la convention actuelle.

§ 3. Le Conseil d'évaluation est composé des membres du Collège des médecins-directeurs instauré auprès du Service des soins de santé de l'INAMI, du médecin visé au § 1<sup>er</sup> et de ses confrères des 3 autres établissements visés à l'article 24.

La présidence en est assurée par le Président du Collège des médecins-directeurs. Le secrétariat en est assuré par le Service des soins de santé.

§ 4. Le Conseil d'évaluation se réunit à la demande du Collège des médecins-directeurs ou d'au moins trois de ses autres membres.

**Article 26.** § 1<sup>er</sup>. Dans la littérature scientifique il est dûment démontré à l'heure actuelle que, leur traitement médical et leur hygiène de vie étant optimaux, la rééducation fonctionnelle réduit les symptômes et augmente la qualité de vie des patients atteints d'affections respiratoires chroniques graves.

Au cours de la période d'effets de cette convention ainsi que des 3 autres dont question à l'article 24, les établissements quantifieront les améliorations chez chaque bénéficiaire ayant bénéficié d'un programme de rééducation personnalisé, répondant cependant aux critères généraux fixés au point "PROGRAMMES DE REEDUCATION FONCTIONNELLE" de cette convention et composé de prestations de rééducation répondant aux critères de l'article 12 de cette convention.

§ 2. La quantification précitée, liée à l'enregistrement de données au sujet des programmes et prestations dispensées, se fait dans le but de vérifier si le cadre général en matière de programmes et de prestations fixé par cette convention est adéquat ou mérite une adaptation au terme de sa durée de validité.

§ 3. Afin de réaliser le but fixé au § 2, l'établissement s'engage à transmettre au Service des soins de santé, au plus tard avant la fin du 20<sup>ème</sup> mois qui suit l'entrée en vigueur de cette convention, un rapport relatif à la période comprise entre le début du 7<sup>ème</sup> et la fin du 18<sup>ème</sup> mois. De même, il s'engage à transmettre au Service des soins de santé, au plus tard avant la fin du 32<sup>ème</sup> mois qui suit l'entrée en vigueur de cette convention, un second rapport analogue, relatif à la période comprise entre le début du 19<sup>ème</sup> et la fin du 30<sup>ème</sup> mois.

§ 4. Ces rapports font la synthèse de l'usage fait de cette convention au cours des 12 mois visés.

§ 5. Ils mentionnent tous les bénéficiaires qui ont terminé, au cours des 12 mois visés, un programme de rééducation ou qui sont encore en rééducation à la fin de ceux-ci, avec pour chacun d'eux la date de naissance, le sexe et le diagnostic.

En outre, pour chaque bénéficiaire dont le diagnostic relève de l'art. 4, § 1<sup>er</sup>, a), b) ou c), qui a terminé au cours des 12 mois visés un 1<sup>er</sup> programme de rééducation, le rapport mentionne :

- les valeurs obtenues aux items cités à l'article 4, § 2, 2<sup>ème</sup> tiret, et 3<sup>ème</sup> tiret, a), b), c), d) (bénéficiaires de > 50 ans), et e), et ce, avant et après leur 1<sup>er</sup> programme de rééducation;
- en ce qui concerne le 1<sup>er</sup> programme de rééducation :
  - a) durée totale (= n. de jours entre sa 1<sup>ère</sup> et sa dernière prestation dispensée)
  - b) programme dispensé à un bénéficiaire hospitalisé au cours de son programme, à un bénéficiaire non hospitalisé au cours de son programme ou à un bénéficiaire en situation mixte au cours de son programme
  - c) programme prescrit effectivement complété ou non; si non, motif de l'interruption prématurée
  - d) disciplines impliquées outre l'encadrement médical (cf. art. 10, § 2) et % de temps pris par chacune d'elles
  - e) n. de réunions d'équipe au cours desquelles le cas du bénéficiaire à été discuté; implication du médecin traitant ou non
- en ce qui concerne les prestations de rééducation
  - a) n. de prestations de groupe et n. de prestations individuelles
  - b) n. de prestations au sens de l'art. 11, § 1<sup>er</sup>, alinéa 2
  - c) n. de prestations au sens de l'art. 12, § 3

Le rapport fait la synthèse au sujet de ces points pour le total de bénéficiaires concernés au cours des 12 mois visés.

**§ 6.** Au plus tard au cours des 6 derniers mois de la période d'effets de cette convention ainsi que des 3 autres dont question à l'article 24, en se basant notamment sur les données contenues dans les rapports précités, le Conseil d'évaluation donne un avis au sujet d'éventuelles adaptations des modalités mêmes de la convention actuelle. Les motifs de cet avis seront communiqués dans un rapport au Comité de l'assurance, qui mentionnera également la suite que le Collège des médecins-directeurs propose d'y donner.

**Article 27. § 1<sup>er</sup>.** Il y a également de fortes indications que la rééducation fonctionnelle réduit les coûts liés à une affection respiratoire chronique grave. Dans le but de contribuer à l'évaluation des effets en matière de réduction des coûts de la prise en charge ultérieure des bénéficiaires pour le système de l'assurance obligatoire soins de santé, pour les programmes de rééducation dont le remboursement est rendu possible par cette convention, l'établissement s'engage à respecter les dispositions des §§ 2, 3 et 4 de cet article.

**§ 2.** Avant le début de sa rééducation dans l'établissement, chaque bénéficiaire est informé au sujet de l'évaluation visée au § 1<sup>er</sup>. Son autorisation est demandée pour le recueil et l'utilisation des données nécessaires au sujet de sa consommation en prestations de santé citées ci-dessous au § 3, 1) ou 2), avant, durant et après sa rééducation. Il est informé du fait que l'établissement lui-même et tous les membres du Conseil d'évaluation, dont celui ou ceux représentant son organisme assureur, lui garantissent l'anonymat de ces données envers toute tierce instance ou personne.

Le bénéficiaire est également informé du fait que sa collaboration est demandée pour le recueil des données en matière de nombre de consultations médicales de généralistes et de spécialistes, ainsi que de nombre d'hospitalisations et de jours d'hospitalisation.

Un document écrit, signé par le bénéficiaire et gardé par l'établissement dans son dossier, témoigne de la communication des informations et (du refus) de son autorisation précitées, ainsi que, le cas échéant, de son accord pour une collaboration effective.

**§ 3.** Pour chaque bénéficiaire qui a donné l'autorisation et certifié sa collaboration visées au § 2, dont la rééducation remboursable a commencé après l'entrée en vigueur de cette convention et qui a terminé un 1<sup>er</sup> programme de rééducation dans l'établissement, ce dernier s'engage à transmettre au Service des soins de santé, outre les données mentionnées à l'article 26, § 5, avant la fin du 2<sup>ème</sup> mois qui suit les 1<sup>er</sup>, 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> semestres après ce 1<sup>er</sup> programme, les éléments suivants concernant sa consommation en prestations de santé au sens de l'article 34 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, au cours du semestre concerné :

- nombre d'éventuelles prestations de rééducation au sens de cette convention faisant partie d'un programme remboursable en application de l'article 10, § 5, de cette convention
- nombre de consultations médicales en rapport avec une affection respiratoire, de médecins généralistes et de médecins spécialistes en pneumologie et/ou en médecine interne
- nombre d'hospitalisations et de jours d'hospitalisation, en rapport avec une affection respiratoire
- dosage moyen journalier de corticothérapie orale ou intraveineuse
- nombre, type et durée d'antibiothérapies

Les sources pour l'obtention de ces éléments sont le bénéficiaire, les médecins et les hôpitaux concernés et, là où possible, aussi l'organisme assureur du bénéficiaire.

§ 4. Avant la fin de la période d'effets de cette convention, pour les bénéficiaires dont toutes les données citées au § 3 sont disponibles, le Conseil d'évaluation les analysera et comparera le coût de la consommation médicale au cours des 3 semestres suivant le 1<sup>er</sup> programme de rééducation à ceux au cours du semestre avant la rééducation, afin de voir l'influence (des frais) de la rééducation remboursée sur les coûts de la prise en charge ultérieure des bénéficiaires pour le système de l'assurance obligatoire soins de santé.

**Article 28.** § 1<sup>er</sup>. Cette analyse donnera lieu à un rapport au Comité de l'assurance soins de santé. Dans ce rapport, tout élément en ce qui concerne bénéficiaires ou établissements sera anonymisé.

§ 2. Avant et après la soumission dudit rapport, l'établissement peut utiliser de façon autonome, sous sa propre responsabilité et en mentionnant à chaque occasion le cadre dans lequel elles ont été recueillies, ses propres données au sujet des bénéficiaires qu'il a rééduqués et ce, en vue de toute publication éventuelle. L'établissement s'engage cependant à ne jamais utiliser, avant la soumission dudit rapport au Comité de l'assurance, les données d'autres établissements dont il a pris connaissance au cours des travaux du Conseil d'évaluation. Après la soumission dudit rapport au Comité de l'assurance, moyennant l'accord du ou des autres établissements concernés et en mentionnant à chaque occasion le cadre dans lequel elles ont été recueillies, l'utilisation des données précitées est libre.

**Article 29.** Le fait que le médecin qui dirige l'équipe de l'établissement soit régulièrement absent aux réunions du Conseil d'évaluation ou le fait que l'établissement ne respecte pas ses engagements dont question aux articles 26 et 27 ou celui dont question à l'article 28, est constaté par un envoi recommandé par le Président du Conseil d'évaluation au responsable agissant au nom du pouvoir organisateur de l'établissement.

Le Comité de l'assurance est informé dans le mois suivant la notification de ces manifestations objectives de désintérêt concernant la présente convention, afin de pouvoir se prononcer sur la dénonciation de celle-ci.

### **DISPOSITION TRANSITOIRE ET DISPOSITIONS GENERALES**

**Article 30.** § 1<sup>er</sup>. Pour tout bénéficiaire dont le diagnostic relève de l'article 4, § 1<sup>er</sup>, a), b) ou c), répondant avant sa rééducation aux critères de l'article 4, § 2, pour lequel au moment de l'entrée en vigueur de la présente convention un programme de rééducation est en cours, le Collège des médecins-directeurs peut encore marquer son accord sur le remboursement d'un programme de rééducation visé à l'article 10, duquel sont cependant déduites les prestations et la durée dont l'intéressé a bénéficié avant l'entrée en vigueur de cette convention.

§ 2. Les dispositions transitoires du § 1<sup>er</sup> n'est applicable qu'aux demandes reçues par le médecin-conseil de l'organisme assureur du bénéficiaire dans les 30 jours qui suivent la signature de cette convention.

**Article 31.** § 1<sup>er</sup>. Cette convention faite en deux exemplaires et dûment signée par les deux parties, produit ses effets à la date du .....

**§ 2.** Elle est valable jusqu'au .... (3 ans après l'entrée en vigueur de la 1<sup>ère</sup> des 4 conventions)... Toutefois, chacune des parties peut, à tout moment, la dénoncer par lettre recommandée à la poste adressée à l'autre partie. Dans ce cas, les effets de la convention expirent à l'issue d'un délai de préavis de trois mois; ce préavis prend cours le 1<sup>er</sup> jour du mois qui suit la date de l'envoi de la lettre recommandée.

**§ 3.** Le tableau en annexe à la présente convention fait partie intégrante de celle-ci. Il s'agit du tableau reprenant les valeurs normatives pour la mesure des forces musculaires respiratoires à l'inspiration et à l'expiration.



## VALEURS NORMATIVES\*

	9 - 18 ans	19 - 49 ans	50 - 69 ans	> 70 ans
<b>Hommes</b>				
PI <sub>max</sub>	-96±35	-127±28	-112±20	-76±27
PE <sub>max</sub>	170±32	216±45	196±45	133±42
<b>Femmes</b>				
PI <sub>max</sub>	-90±25	-91±25	-77±18	-66±18
PE <sub>max</sub>	136±34	138±39	124±32	108±28

\* Rochester, D.F. and N.S. Arora Med. Clin. N. Amer. 1983; 68; 573