



Service des soins de santé

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

Vu la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, notamment l'article 22, 6°bis ;

Sur proposition de la Commission de conventions entre les établissements hospitaliers et les organismes assureurs, en concertation avec les représentants des médecins, des psychologues cliniciens/orthopédagogues cliniciens, des organisations de patients et de familles et des réseaux de soins de santé mentale (SSM),

Il est convenu ce qui suit, entre,

D'une part,

Le Comité de l'assurance soins de santé, institué au sein du Service des soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, représenté par le responsable exécutif du Service des soins de santé de l'INAMI,

Ci-après dénommé "le Comité de l'assurance".

Et d'autre part,

Le réseau santé mentale adultes XXX, ci-après dénommé « le réseau », représenté ici par l'hôpital XXX portant le numéro INAMI XXX et le numéro BCE XXX, qui a conclu avec le ministre de la Santé publique une convention « *relative à la participation au projet article 107 en vue du financement d'un coordinateur de réseau et d'un réseau SSM au sein d'une zone d'activités spécifique* » en exécution de l'article 63, § 2, de l'arrêté royal du 25 avril 2002 relatif à l'établissement et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux, représenté ici par le directeur général (nom et prénom)

ou

Le réseau de soins de santé mentale enfants et adolescents XXX, appelé ci-après « le réseau », représenté ici par l'hôpital XXX portant le numéro INAMI XXX et le numéro BCE XXX, qui a conclu avec le ministre de la Santé publique une convention « *concernant l'implémentation de la nouvelle politique de santé mentale pour enfants et adolescents* » en exécution de l'article 63, § 2, de l'arrêté royal du 25 avril 2002 relatif à l'établissement et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux,

représenté ici par le directeur général (nom et prénom)

ou

le réseau de soins de santé mentale de la Communauté germanophone, ci-après nommé « le réseau », représenté ici par l'hôpital XXX, portant le numéro INAMI XXX et le numéro KBO XXX, qui a conclu avec le ministre de la Santé Publique une convention « XXX », conformément à l'article 63, § 2, de l'arrêté royal du 25 avril 2002 relatif à l'établissement et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux, représenté ici par le directeur général (nom et prénom)

- l'hôpital XXX portant le numéro INAMI XXX et le numéro BCE XXX, représenté par le directeur général de l'hôpital, (nom et prénom),
Ci-après dénommé « l'hôpital ».

Introduction

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

Ce protocole est également conforme aux engagements de l'accord du Gouvernement fédéral qui stipule, entre autres, que *« les soins de santé mentale sont abordés de la même manière que les soins de santé somatique en termes d'accessibilité, de qualité, de proximité et d'accessibilité financière, et à cette fin, des efforts sont faits pour que les soins soient très accessibles, ambulatoires et communautaires et qu'ils se dirigent vers la personne qui a besoin de soins. Le remboursement des soins psychologiques par les psychologues cliniciens et les orthopéda-gogues cliniciens est une première priorité dans ce contexte. »*

Comme prévu dans l'accord du Gouvernement fédéral, l'objectif de cette convention est de rapprocher les soins de santé mentale de l'environnement du citoyen, et ce en collaboration avec les acteurs de première ligne.

Dans le cadre de l'objectif budgétaire de l'assurance obligatoire soins de santé, le budget déjà disponible de 39,3 millions d'euros a été augmenté de 112,5 millions d'euros à partir de 2021.

Cette convention s'appuie sur la première convention intitulée « soins psychologiques de première ligne » et tient compte de nombreuses préoccupations et recommandations. La présente convention constitue une nouvelle étape dans l'ouverture des soins psychologiques à la population et permet de développer davantage les soins psychologiques de première ligne et les soins psychologiques spécialisés dans le cadre des soins de santé mentale ambulatoires. Cela complète les dispositions existantes et est en lien direct avec les réformes des soins en santé mentale. Cet investissement doit être intégré à l'importante offre psychosociale fédérale et régionale déjà existante sur laquelle un accord a été conclu au sein de la CIM le 2 décembre 2020. Dans cet accord, il a été convenu que les investissements du Gouvernement fédéral, des Communautés et Régions sont complémentaires : *« Les entités fédérées s'engagent à ne pas réduire leurs investissements récurrents supplémentaires et à maintenir les projets temporaires pendant la crise du COVID. Afin d'éviter un double financement, des mécanismes de contrôle sont prévus au sein des réseaux sur la base de leur quota. Ceux-ci sont convenus bilatéralement entre le Gouvernement fédéral et les Communautés et Régions ».*

Les 32 réseaux de soins en santé mentale auront un rôle de coordination dans le cadre duquel ils prendront des initiatives pour organiser l'offre de soins de santé mentale de première ligne, dans le cadre de la vision définie dans le Protocole d'accord, en un modèle organisationnel plus large et échelonné, dans lequel :



- les soins sont adaptés à la situation personnelle et aux possibilités du patient et de son environnement (*matched care*) ;
- les soins font partie de soins de première ligne plus larges dans le cadre de soins de première ligne multidisciplinaires et intégrés;
- les soins font partie des soins de santé mentale intégrés plus largement au sein des réseaux SSM ;
- en considérant la perspective du « *public mental health* ».

L'accent est mis sur les tâches définies dans le Protocole d'accord : prévention (y compris la réduction des symptômes et la prévention des rechutes), clarification de la demande, interventions précoces et de soutien à la résilience temporaire, diagnostic, traitement et réhabilitation/rétablissement, ainsi que partage des connaissances et de l'expertise. A l'exception de la prévention universelle (qui relève de la compétence des entités fédérées) et des demandes de soins complexes, le modèle organisationnel prévu dans cette convention est défini sous la forme de deux fonctions: **la fonction de soins psychologiques de première ligne et la fonction de soins psychologiques spécialisés**. La distinction entre ces deux fonctions est importante pour l'organisation des soins dans le cadre de la convention, mais une offre intégrée de soins et d'assistance psychologiques et d'autre nature doit être présentée au bénéficiaire, car une prise en charge intégrale et « *matched* » doit être le principe directeur.

Cette mission des réseaux s'inscrit dans un contexte de transition vers l'intégration structurée, pendant la durée de la présente convention, des soins ambulatoires de santé mentale dans les soins de santé de première ligne. Des partenariats multidisciplinaires réunissent tous les acteurs de soins de première ligne sur un territoire défini dont la population varie entre 75 000 et 250 000 habitants. Ils sont reconnus à cette fin ou sont désignés par les entités compétentes. Ces partenariats multidisciplinaires locaux sont communiqués pour information à la Conférence Interministérielle de la Santé publique¹.

Pendant cette phase de transition, les acteurs actifs dans les « activités de première fonction concernant la prévention, la promotion des soins de santé mentale, la détection précoce, le dépistage et le diagnostic » dans les réseaux d'adultes ou dans le « programme d'activité 1 : détection et intervention précoces » dans les réseaux d'enfants et d'adolescents concluront des accords avec le partenariat multidisciplinaire local sur la manière dont le travail multidisciplinaire et intégré peut être réalisé à partir du « *patient centered and goal oriented care* ».

Fondés sur une évaluation des besoins d'une région et sur une gestion de la population, les réseaux stimuleront la coopération multidisciplinaire dans cette phase de transition par une double approche :

- 1° d'une part, on stimule une méthode de travail d'équipes multidisciplinaires au niveau du quartier ou du district avec des acteurs de première ligne (niveau micro, avec intégration de la fonction psychologique de première ligne) ;
- 2° d'autre part, au niveau du partenariat pluridisciplinaire local, une méthode de travail est déployée au sein d'un réseau de soins ambulatoires spécialisés en santé mentale avec des acteurs spécialisés (niveau méso, avec intégration de la fonction spécialisée).

Il est attendu que tous les acteurs concernés par la mise en œuvre des deux fonctions au sein du réseau SSM travaillent ensemble pour les intégrer dans le paysage global des soins et du bien-être, à la fois au niveau macro (gouvernements), méso (réseaux SSM et partenariats multidisciplinaires locales) et micro (modèle d'organisation multidisciplinaire dans le quartier/la commune).

Cette convention poursuit un quadruple objectif (4AIM) :

¹ En Flandre, il s'agit des niveaux de soins dans les zones de première ligne.

- Tout d'abord, améliorer la santé de la population grâce à de meilleurs résultats en matière de santé mentale, à la promotion de la littératie en matière de santé, au renforcement de la résilience, à une détection plus efficace et plus précoce des problèmes de santé mentale, ainsi qu'à l'orientation vers les soins appropriés, disponibles et accessibles.
- Deuxièmement, accroître la qualité des soins au moyen du suivi (monitoring) et une évaluation axée sur les résultats, tant de la qualité des soins ressentie par le patient et son entourage que de l'application de lignes directrices fondées sur l'évidence, la pratique et l'expérience.
- Troisièmement, œuvrer à l'amélioration des conditions de travail pour les personnes exerçant dans le secteur des soins, y compris par le soutien et la formation des prestataires de soins.
- Quatrièmement, assurer l'utilisation efficace du budget en déployant des ressources qui créent de la valeur ajoutée en proposant notamment différentes modalités de soins et en faisant appel à d'autres prestataires de soins pour les missions de soins psychologiques de première ligne et de soins psychologiques spécialisés. Une approche de stratification des risques est utilisée pour garantir un déploiement des ressources adaptés à l'intensité du besoin/de la nécessité psychologique dans la zone d'opération du réseau.

La communication et la sensibilisation sont pratiquées et des accords de partenariat sont établis entre les acteurs et les structures de soins et d'aide sociale. Le réseau contrôlera et évaluera automatiquement la mesure dans laquelle ces objectifs sont atteints.

Les ressources prévues à cet effet dans le budget de l'INAMI sont allouées aux réseaux SSM sur base d'un financement populationnel. Cela tient compte du nombre d'habitants, de l'âge d'apparition et de la prévalence des troubles mentaux, ainsi que de la situation socio-économique de la zone d'intervention. À cette fin, le budget disponible a été réparti entre les 32 réseaux SSM de manière scientifique.

Conformément à la perspective « *public mental health* » et aux ressources limitées, on s'efforce, sur base des connaissances scientifiques, de la faisabilité pratique et de la demande de soins du bénéficiaire et de son contexte, de développer davantage une offre de groupe, d'intervention précoce et de détection précoce.

L'utilisation des ressources sera discutée au sein du réseau (dans le cadre de la première fonction ou du programme d'activité 1 susmentionnés). Le point de départ de cette démarche est l'évolution des besoins de chaque citoyen à travers les étapes de sa vie, de la naissance (ou même avant), du développement de l'enfant, de la transition vers l'âge adulte, et de l'âge adulte à la vieillesse. L'offre de soins doit être largement accessible, avec une attention particulière pour les groupes cibles vulnérables.

Le bénéficiaire recevra des soins personnalisés basés sur une offre de soins intégrée et multidisciplinaire. La demande d'aide sera clarifiée lors du premier contact (sans réclamer de quote-part) et (si nécessaire) le patient est orienté vers les soins appropriés. Les personnes présentant un risque accru de développer une plainte psychique (liée ou non à des plaintes somatiques) peuvent s'adresser directement à des prestataires de soins psychologiques. Les missions regroupées sous la fonction de soins psychologiques de première ligne sont très accessibles et organisées dans l'environnement immédiat de la personne. En cas de problèmes psychiques légers à modérément graves, une prise en charge plus spécialisée est indiquée et est signalée au réseau de soins psychologiques spécialisés. Les patients présentant des problèmes psychiatriques chroniques stabilisés avec des besoins de soins psychologiques légers à modérés peuvent être orientés vers des soins psychologiques de première ligne (modèle de

soins circulaires intégrés). Ces processus de demande, de consultation et d'échange d'informations sont soutenus par l'élaboration d'un bilan fonctionnel² et/ou d'un plan de soins et d'assistance.

Afin de soutenir les missions de ces réseaux SSM et les accords conclus avec des partenariats multidisciplinaires locaux, le Gouvernement fédéral s'engage à fournir une offre qui est complémentaire à l'offre des Communautés/Régions. Cela sous la forme de coaching, de facilitation des moments d'intervision/supervision, de modules de formation, de la mise à disposition de lignes directrices fondées sur l'évidence, la pratique et l'expérience, de lignes directrices pour l'e/m-santé (un site portail fournissant des outils de soutien à l'auto-soin et à la prestation de soins), et d'un dossier patient multidisciplinaire partagé tel que prévu dans la feuille de route e-santé. A cet effet, 10% du budget total disponible sera réservé. Son utilisation fera l'objet de décisions spécifiques du Comité de l'assurance, après avis ou proposition du Comité d'accompagnement. Dans le cadre de ce budget réservé, une prime de pratique sera prévue pour les psychologues cliniciens/orthopédagogues cliniciens indépendants, selon des modalités à déterminer. La prime facilite la communication par l'utilisation du matériel informatique ou de logiciels.

En outre, en coopération avec l'ASBL IM, le processus de paiement et de facturation sera remplacé par un système électronique qui sera rendu disponible par les institutions d'assurance et dans lequel les données concernant les soins fournis et l'intervention personnelle collectée pourront être communiquées dans un environnement sécurisé et, sous réserve de l'eConsent du bénéficiaire, pourront être partagées avec le médecin généraliste détenteur du DMG ou la pratique de groupe de médecins généralistes détenteur du DMG. Cette application doit également permettre au réseau SSM de rembourser les prestataires de soins pour les soins prestés.

Une attention particulière sera également accordée à la gouvernance de cette réforme. Les autorités compétentes concluront des accords concernant le pilotage des réseaux SSM et des partenariats multidisciplinaires locaux pour organiser les soins psychologiques dans le cadre d'une approche multidisciplinaire plus large. À cet égard, le modèle de gouvernance prévu dans les conventions avec les réseaux et financé via l'article 63, § 2, du budget des ressources financières sera revu et complété afin que les prestataires de soins de première ligne, les psychologues cliniciens/orthopédagogues cliniciens ainsi que les organisations de patients et des familles puissent y jouer un rôle égal. Dès lors, et dans le cadre de la part budgétaire réservée, un soutien approprié sera apporté à la participation des organisations concernées.

La mise en œuvre de cette convention sera réalisée en différentes phases. La priorité est donnée à la réalisation des soins psychiques ambulatoires et aux partenariats multidisciplinaires locaux. Notamment, le développement d'une culture de qualité et l'évaluation se réaliseront progressivement.

Cette convention régit les droits et obligations du réseau SSM et de l'hôpital d'une part, et de l'INAMI d'autre part. Pour la réalisation des deux fonctions, le réseau SSM fera appel aux partenariats multidisciplinaires locaux, aux prestataires de soins individuels et aux organisations de soins avec lesquels une convention aura été signée. Un partenariat est prévu là où un « [projet de soins intégrés](#) » existe.

Objet de la convention

² Selon le KCE, le bilan fonctionnel est un instrument qui décrit l'état fonctionnel du bénéficiaire dans son contexte, y compris les problèmes et les capacités de la personne et de son environnement (médical, psychologique, social, traitement actuel, antécédents, etc.) Sur la base du bilan fonctionnel, il est possible d'estimer les soins ou l'aide nécessaires (y compris les interventions déjà réalisées), établir un plan de soins ou de traitement et estimer la durée de l'intervention nécessaire.

Article 1

La convention détermine les conditions d'utilisation par le réseau SSM des ressources financières provenant de l'assurance obligatoire soins de santé, plus particulièrement le financement des soins psychiques ambulatoires de première ligne pour les deux fonctions visées à l'article 2.

Cette convention définit la manière dont les ressources financières, via l'hôpital en tant que représentant du réseau SSM, sont mises à disposition du réseau SSM et la manière dont les dépenses sont suivies et régularisées auprès de l'INAMI.

Cette convention établit également l'intervention du bénéficiaire dans le cadre des soins directs aux patients.

Fonctions des soins psychiques

Article 2.

Cette convention décrit deux fonctions de soins qui sont organisées de façon intégrée : la fonction de soins psychologiques de première ligne et la fonction de soins psychologiques spécialisés. Ces services sont fournis par des prestataires de soins psychologiques possédant les aptitudes et les compétences nécessaires. Le point de départ est de détecter le plus rapidement possible les besoins du patient. En fonction de la demande d'aide du patient, l'intervention peut viser de manière préventive à soutenir l'auto-soin et la résilience dans le cadre de la fonction de soins psychologiques de première ligne. Si le bilan fonctionnel montre que le traitement de la maladie mentale sous-jacente est nécessaire, les soins spécialisés ambulatoires en santé mentale sont fournis au sein du réseau après notification. La fonction de soins psychologiques spécialisés est sollicitée.

Fonction des soins psychologiques de première ligne

Article 3 - Attribution

§ 1. Les missions suivantes sont prévues dans le cadre de cette fonction :

- 1° Soutien aux personnes souffrant de problèmes mentaux par le biais d'interventions de groupe qui renforcent la santé mentale et préviennent les problèmes mentaux, renforcent les possibilités d'auto-soin et/ou soutiennent les soins informels. Ce travail est effectué par des psychologues cliniciens/orthopédagogues cliniciens, de préférence en collaboration avec des acteurs de l'aide et de soins et d'experts du vécu. Pour ces derniers, leur intervention ne peut se faire que sous la supervision d'un professionnel de santé mentale et dans le cadre de son expertise (par exemple, évaluation des problèmes présents et clarification de la plainte). Cette fonction est exercée à l'endroit où se trouve la personne dans un service, un établissement ou un lieu de la communauté locale (*outreaching* vers les personnes de la communauté) ;
- 2° Soutien individuel aux bénéficiaires qui peuvent être aidés par un nombre limité d'interventions psychologiques de première ligne. Ces soins permettent aux bénéficiaires de maintenir ou, si nécessaire, de retrouver un mode de vie sain et une qualité de vie satisfaisante.

Ces soins sont dispensés lors de séances individuelles (y compris les soins à distance – télémédecine).



Ces interventions psychologiques de courte durée et/ou de faible intensité se concentrent sur les tâches suivantes :

- a. Évaluation des problèmes présents et clarification de la demande ;
- b. Auto-assistance guidée, psychoéducation ;
- c. Promotion de l'autonomie et de la résilience du bénéficiaire ou de son environnement familial ;
- d. Soutien des acteurs de première ligne autour du bénéficiaire ;
- e. Orientation vers des soins spécialisés et/ou orientation vers d'autres organisations de d'aide et de soins et/ou des associations de patients et de familles,...

§ 2. Les interventions de groupe visées au § 1, 1° sont réalisées au cours de séances de 120 minutes, dont 90 minutes au moins sont consacrées au contact direct avec les patients. Une intervention de groupe peut être précédée d'une séance individuelle au cours de laquelle le psychologue clinicien/orthopédagogue clinicien examine si une intervention en groupe est appropriée pour le bénéficiaire. Cette intervention peut également se conclure par une séance individuelle. Une intervention de groupe se compose d'un minimum de 4 et d'un maximum de 15 participants. Une session d'intervention en groupe se déroule de préférence sous la supervision d'acteurs de l'aide et de soins ou d'experts du vécu, dont au moins un est un psychologue clinicien/orthopédagogue clinicien.

§ 3. Les séances individuelles visées au § 1, 2° se déroulent lors de sessions d'une durée de 60 minutes (dont au moins 45 minutes de contact avec le patient). Le psychologue clinicien/orthopédagogue clinicien et le bénéficiaire sont physiquement présents dans un lieu adapté à la situation de la personne (possibilité d'*outreach*).

Dans le cas de séances individuelles avec des enfants et des adolescents, il est possible qu'une séance se poursuive uniquement avec les parents, le tuteur ou un membre de la famille.

L'objectif est de réaliser la première séance individuelle dans un délai d'une semaine à maximum un mois à partir du moment où le bénéficiaire ou son entourage a formulé une demande d'aide au psychologue clinicien/orthopédagogue clinicien de première ligne.

Si le bénéficiaire donne son accord préalable et que le seuil de déplacement est trop élevé, les séances peuvent avoir lieu dans le propre cadre de vie du bénéficiaire (*outreaching*).

Si les conditions suivantes sont remplies, ces sessions peuvent également être organisées à distance :

- Pour la première séance, le psychologue clinicien/orthopédagogue clinicien et le bénéficiaire sont physiquement présents ensemble ;
- Le bénéficiaire doit avoir donné son autorisation préalable pour les soins à distance ;
- Le psychologue clinicien/orthopédagogue clinicien doit s'assurer que le bénéficiaire est physiquement et mentalement capable de recevoir ces soins à distance ;
- Le psychologue clinicien/orthopédagogue clinicien utilise des moyens de communication pour les soins à distance qui garantissent les conditions minimales et les règles d'utilisation pour une communication sûre, comme indiqué sur le site web de la plateforme eHealth : [Bonnes pratiques en matière de plateformes pour les soins à distance formulées par le Comité de sécurité de l'information | eHealth \(fgov.be\)](#) ;

- Le psychologue clinicien/orthopédagogue clinicien doit noter ces consultations vidéo et leur durée dans le dossier du patient.

Article 4 - Dispositions spécifiques relatives aux sessions de traitement

Les dispositions suivantes s'appliquent au financement de la mission visée à l'article 3, § 1^{er} :

- 1° Pour chaque bénéficiaire du groupe cible « adultes/personnes âgées », un maximum de 8 séances individuelles peut être remboursé ou un maximum de 5 interventions de groupe sur une période de 12 mois ;
- 2° Pour chaque bénéficiaire du groupe cible « enfants et adolescents », un maximum de 10 séances individuelles ou un maximum de 8 interventions de groupe peuvent être remboursées par période de 12 mois, y compris les sessions pour lesquelles les parents sont présents ;
- 3° Dans des cas exceptionnels, une séance supplémentaire peut être nécessaire afin de compléter un programme de traitement de 8 ou 10 séances individuelles respectivement. Le nombre de cas exceptionnels ne peut dépasser 5 % du nombre de bénéficiaires.

Le nombre maximal de séances psychologiques par série fixé dans le présent article ne constitue pas un droit à réclamer de la part du bénéficiaire.

Fonction de soins psychologiques spécialisés

Article 5 - Attribution

§ 1. Cette fonction s'adresse aux personnes qui ont besoin de soins spécialisés en raison de leur maladie mentale sous-jacente. Ces interventions psychologiques visent le psychodiagnostic et le traitement.

Cette fonction spécialisée peut être réalisée de différentes manières : intervention individuelle, soins à distance (télémédecine) ou intervention spécifique en groupe. Cela signifie que l'intervention est adaptée en fonction de la problématique et pour laquelle des techniques spécifiques sont utilisées (par exemple, intervention de groupe pour les personnes atteintes de TDAH ou intervention pour les parents d'enfants anxieux). Ce traitement est effectué par des psychologues cliniciens/orthopédagogues cliniciens avec des compétences spécifiques, démontrables par le biais du portfolio du prestataire de soins.

§ 2. Les sessions psychologiques en individuel visées au § 1 se déroulent au cours de séances d'une durée de 60 minutes (dont au moins 45 minutes de contact avec le patient). Le psychologue clinicien/orthopédagogue clinicien et le bénéficiaire sont physiquement présents ensemble dans un lieu adapté à la situation du bénéficiaire (possibilité d'*outreach*).

Dans le cas de séances individuelles avec des enfants et des adolescents, il est possible qu'une séance se poursuive uniquement avec les parents.

L'objectif est de réaliser la première séance individuelle dans un délai d'une semaine à maximum un mois à partir du moment où le bénéficiaire ou son entourage formule une demande au psychologue clinicien/orthopédagogue clinicien.

Si le bénéficiaire donne son accord préalable et que le seuil de déplacement est trop élevé, les séances peuvent se dérouler dans le cadre de vie du bénéficiaire. La session dure 60 minutes (dont au moins 45 minutes de contact avec le patient).



Sous réserve du respect des conditions suivantes, ces sessions peuvent être organisées à distance :

- Pour la première séance, le psychologue clinicien/orthopédagogue clinicien et le bénéficiaire sont physiquement présents ;
- Le bénéficiaire doit avoir donné son accord préalable pour des soins à distance ;
- Le psychologue/orthopédagogue clinicien doit s'assurer que le bénéficiaire est physiquement et mentalement capable de recevoir ces soins à distance ;
- Le psychologue clinicien/orthopédagogue clinicien doit utiliser des moyens de communication pour les soins à distance qui garantissent les conditions minimales et les règles d'utilisation pour une communication sécurisée telles que mentionnées sur le site de la plateforme eHealth: [Bonnes pratiques en matière de plateformes pour les soins à distance formulées par le Comité de sécurité de l'information | eHealth \(fgov.be\)](https://www.fgov.be/pt/themes/ehealth/bonnes-pratiques-en-matiere-de-plateformes-pour-les-soins-a-distance-formulees-par-le-comite-de-securite-de-l-information-ehealth) ;
- Le psychologue clinicien/orthopédagogue clinicien doit noter ces consultations vidéo et leur durée dans le dossier du patient ;
- La session dure 60 minutes (dont au moins 45 minutes de contact avec le patient).

§ 3. Les interventions de groupe visées au § 1 sont réalisées au cours de séances d'en moyenne 120 minutes (dont au moins 90 minutes de contact avec le patient).

Une intervention de groupe peut être précédée d'une séance individuelle au cours de laquelle le psychologue clinicien/l'orthopédagogue clinicien examine si l'intervention en groupe est adaptée au bénéficiaire. Si nécessaire, cette intervention peut également se conclure par une séance individuelle. Une intervention de groupe se compose d'un minimum de 4 et d'un maximum de 15 participants. Une intervention en groupe se déroule de préférence sous la supervision de 2 acteurs de l'aide et de soins ou d'experts du vécu, dont l'un au moins doit être un psychologue clinicien/orthopédagogue clinicien.

Article 6 - Dispositions spécifiques relatives aux sessions de traitement

Les dispositions suivantes s'appliquent au financement du contrat tel que visé à l'article 5, § 1 :

- 1° Pour chaque bénéficiaire du groupe cible « adultes/personnes âgées », une moyenne de 8 séances individuelles est remboursable, avec un maximum de 20 séances remboursables, ou un maximum de 12 séances de groupe par période de 12 mois ;
- 2° Pour chaque bénéficiaire du groupe cible « enfants et adolescent », une moyenne de 10 séances individuelles est remboursable par période de 12 mois, avec un maximum de 20 séances remboursables ou un maximum de 15 séances de groupe, y compris les sessions pour lesquelles seuls les parents sont présents ;
- 3° La fonction psychologique spécialisée ne peut être remboursée qu'après une notification au réseau de soins psychiques spécialisés ambulatoires sur la base d'un bilan fonctionnel établi par un psychologue clinicien/orthopédagogue clinicien et un médecin conformément aux accords de réseau sur la notification et la gestion des soins ;
- 4° Au cours de la série individuelle de soins psychologiques spécialisés, une évaluation intermédiaire est effectuée au moyen du bilan fonctionnel, tel qu'il a été établi lors de l'orientation, ou par le biais d'une consultation multidisciplinaire.

Le nombre maximal de séances psychologiques par série fixé dans le présent article ne constitue pas un droit opposable pour le bénéficiaire.



Si le psychologue clinicien/orthopédagogue clinicien estime que les besoins en soins du patient ne peuvent être satisfaits dans le cadre de ce nombre de séances ou en cas de soins de crise, le psychologue clinicien/orthopédagogue clinicien orientera le patient vers des soins de santé mentale spécialisés plus intensifs dans le réseau.

Processus d'orientation, de consultation et de rapport

Article 7

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

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

Si l'évaluation intermédiaire montre qu'un renforcement de la prise en charge spécialisée est nécessaire, une concertation (en ligne ou en face à face) peut être prévue pour le bénéficiaire. Cette concertation multidisciplinaire coordonne diverses interventions cliniques autour et en coopération avec le bénéficiaire et son entourage, et implique au moins trois prestataires de soins (par exemple, un psychiatre, un médecin généraliste, un spécialiste des soins psychologiques). Cette concertation ne peut avoir lieu qu'après avoir obtenu l'autorisation du bénéficiaire, de ses parents ou de son tuteur légal. Un remboursement ne peut être facturé qu'une fois par période de 12 mois et par bénéficiaire.

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

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

Règles de cumul

Article 8.

Seule une séance psychologique ou une intervention de groupe par jour et par bénéficiaire est remboursable, à l'exception d'une séance avec les parents.

Le remboursement de la concertation multidisciplinaire prévu à l'article 7, 6° n'est pas cumulable avec d'autres remboursements de concertation.

Missions des psychologues cliniciens/orthopédagogues cliniciens

Article 9.

Dans le cadre de la présente convention, les remboursements liés aux missions confiées aux psychologues cliniciens/orthopédagogues cliniciens ne peuvent être utilisés que pour le psychologue clinicien/orthopédagogue clinicien qui :

- 1° a conclu une convention avec le réseau SSM ;
- 2° est titulaire d'un visa et d'un agrément comme psychologue clinicien/orthopédagogue clinicien et dispose dans ces conditions d'un numéro INAMI ;
- 3° a une expérience clinique dans le domaine des soins psychologiques de première ligne ou des soins psychologiques spécialisés démontrée par son portfolio ;
- 4° en fonction des besoins du bénéficiaire et des séances/interventions de groupe qu'il a déjà suivies au sein du réseau SSM, l'informer du parcours qu'il suit et du nombre de séances qui sont (encore) possibles. Le psychologue clinicien/orthopédagogue clinicien se base sur les informations fournies par le réseau SSM ou sur les informations données par le bénéficiaire dans le cadre de l'anamnèse ;
- 5° suit la formation locale organisée par le réseau SSM sur le fonctionnement du réseau SSM ;
- 6° participe aux interventions/supervisions avec les autres psychologues cliniciens/orthopédagogues cliniciens ou autres professionnels du réseau SSM. Ces interventions sont organisées localement et coordonnées par le réseau SSM ;
- 7° réalise les séances psychologiques et autres missions dans la zone de travail du réseau SSM avec lequel il a passé une convention. Elle se déroule de préférence dans le milieu de vie des bénéficiaires. Ces missions peuvent également être réalisées sur la base d'un travail de proximité (par exemple, au domicile du bénéficiaire, dans une école, une entreprise, etc.)
- 8° peut aussi bien être salarié et/ou indépendant, et ne peut percevoir aucune autre rémunération pour la durée et les missions prévues dans la présente convention ;
- 9° tient un dossier individuel du patient pour chaque bénéficiaire. Ce dossier est conforme aux dispositions générales relatives aux dossiers des patients, telles qu'elles sont énoncées dans la loi sur les droits des patients;

- 10° dans le cadre de la facturation électronique à l'organisme d'assurance du bénéficiaire ou à l'ASBL IM - communiquer les informations des interventions personnelles collectées en application de la présente convention et fournir au bénéficiaire une pièce justificative ;
- 11° applique une méthode éthique ancrée dans des pratiques « evidence, practice et experience based » en soins psychologiques de première ligne ou spécialisés ;
- 12° est engagé pour l'ensemble des réseaux adultes/personnes âgées et enfants et adolescents, pendant au moins 8 heures par semaine.

Développement d'une culture de la qualité

Article 10.

Le réseau SSM s'engage à participer activement à la poursuite et au développement d'une culture de la qualité conformément aux initiatives du Gouvernement fédéral et les entités fédérées. Développer une culture de la qualité au sein du réseau SSM implique le partage de convictions, de valeurs, d'attitudes, d'institutions et de modèles de comportement partagés visant à l'amélioration continue de la qualité de la prestation des soins : pour des soins sûrs, efficaces, efficaces, égaux et opportuns, axés sur le patient. L'orientation du patient est un élément de qualité important : concrètement, il faut tenir compte de la promotion de la prise de décision partagée, du travail axé sur le rétablissement, de la responsabilisation, de l'inclusion, etc.

Afin de stimuler un changement de mentalité, la culture de la qualité doit faire partie de chaque mission du réseau, des missions de chaque collaborateur ou établissement/institution de soins ou de chaque organisation impliquée dans les soins, ainsi que dans les tâches des patients et des aidants informels.

Une culture de la qualité est développée par :

- 1° Doter le réseau SSM et tous ses partenaires d'un système de qualité comprenant une auto-évaluation à intervalles réguliers à l'aide d'indicateurs, d'objectifs mesurables et de processus de suivi et d'évaluation ;
- 2° Impliquer activement tous les acteurs, en soutenant et en accompagnant les prestataires de soins dans le domaine de l'amélioration de la qualité et en indiquant l'importance de la mesure et de l'évaluation dans un processus d'amélioration. Cela commence par la définition d'un objectif commun au début de chaque nouvelle mission afin de créer un soutien ;
- 3° Travailler de manière orientée vers un objectif pour chaque mission, prévoir un processus de suivi et d'évaluation, et intervenir lorsque les changements ne sont pas réussis ;
- 4° Une culture de la qualité comme instrument de changement en se remettant en question, en menant une réflexion critique sur la qualité fournie et en se concentrant sur l'amélioration continue. L'organisation et la participation à l'intervision/supervision y contribueront ;
- 5° Mesurer et contrôler la satisfaction et les expériences des patients et des familles, ainsi que celles des prestataires de soins de santé ;
- 6° Communication et discussion transparentes des résultats des évaluations entre les partenaires du réseau SSM.

Missions du réseau SSM pendant la durée de cette convention

Article 11



Le réseau SSM s'engage à :

- 1° Via l'hôpital, réaliser la facturation électronique visée à l'article 13 ;
- 2° Traduire la gestion de la population du réseau SSM en partenariats locaux et en flux de patients ;
- 3° Assurer l'organisation administrative des programmes de formation soutenus par le Gouvernement fédéral au sein du réseau SSM et des interventions/supervisions des soins psychologiques via les partenariats locaux ;
- 4° Lorsqu'il existe un « [projet de soins intégrés](#) », avec lequel le Comité de l'assurance a conclu une convention, le réseau SSM y a recours ;
- 5° Pour le 31 décembre 2021, les réseaux enfants/adolescents et adultes/personnes âgées concluront conjointement une convention au niveau de la province avec les partenariats locaux dans laquelle les accords suivants sont notamment conclus :
 - a. Accords sur la gouvernance et la coopération avec le partenariat local - le suivi de celui-ci est inclus dans la convention avec le réseau SSM conformément à l'article 63 § 2 de l'arrêté royal du 25 avril 2002 ;
 - b. Accords concernant le soutien du réseau SSM pour l'introduction et l'intégration des 2 fonctions : via des équipes multidisciplinaires au niveau du quartier ou du district avec des acteurs de soins primaires (niveau micro, avec intégration de la fonction de soins psychologiques de première ligne) et en travaillant au sein d'un réseau de santé mental ambulatoires spécialisés (niveau méso, avec intégration de la fonction spécialisée) ;
 - c. Accords concernant l'intégration des psychologues cliniciens/orthopédagogues cliniciens indépendants (par exemple, rôle du cercle local de psychologues) dans la gouvernance et la collaboration dans le réseau SSM ;
 - d. Accords concernant le processus d'inclusion d'un patient et sur l'indication à des soins psychologiques (accueil de la demande, orientation, renvoi, *outreaching*, etc.) et du travail sur place ;
 - e. Proposer un plan de croissance pour l'offre d'interventions de groupe dans le cadre des pourcentages proposés d'utilisation des ressources dans les fonctions de soins psychologiques de première ligne et spécialisés de l'article 13 ;
 - f. Accords concernant la supervision (scientifique), la formation, l'innovation dans la pratique, l'auto-évaluation, la culture de la qualité et la gestion de la population ;
 - g. Accords sur la répartition des ressources disponibles sur la base de la stratification des risques de la population afin de parvenir à une répartition équilibrée de la capacité disponible pour les soins psychologiques de première ligne et spécialisés dans la zone d'activité du réseau SSM ;
 - h. Accords sur l'enregistrement (paramètres) pour pouvoir évaluer les résultats concernant le 4AIM et la réalisation des missions du réseau SSM ;
 - i. Le cas échéant, des accords concernant le suivi financier ;
 - j. Accords concernant la vision sur le déploiement d'experts du vécu.
- 6° Proposer au sein du réseau un coordinateur local pour mettre en œuvre et développer la fonction psychologique et les missions du réseau SSM dans le cadre de la présente convention. Le rôle spécifique, les compétences que cette personne doit avoir et le facteur de pondération qui détermine l'ETP seront communiqués par le SPF Santé publique au coordinateur du réseau. Des informations sur la procédure de sélection seront fournies au coordinateur de réseau ;
- 7° Par l'intermédiaire de l'hôpital, dans le cadre de la facturation électronique, communiquer à l'organisme assureur du bénéficiaire ou à l'ASBL IM les informations des interventions personnelles qui sont perçues en application de la présente convention ;
- 8° Pour la réalisation des 2 fonctions, le réseau SSM fera appel à des acteurs de l'aide et du soins indépendants et d'organisations reconnues, avec lesquels le réseau SSM conclut un contrat d'entreprise ou une convention de collaboration qui comprendra des accords sur :

- a. La description des deux fonctions, de leur groupe cible et la valorisation des prestations ;
 - b. La fonction pour laquelle le psychologue clinicien/orthopédagogue clinicien assure des séances (1, 2 ou les deux) ;
 - c. L'adhésion du psychologue clinicien /orthopédagogue clinicien au processus d'orientation, de consultation et d'établissement de rapports ;
 - d. L'adhésion du psychologue clinicien/orthopédagogue clinicien à la vision du partenariat multidisciplinaire local ;
 - e. Les modalités de communication du nombre de séances individuelles et d'interventions de groupe par bénéficiaire via un environnement sécurisé (eHealthbox) en vue de la facturation et du paiement par le réseau SSM ;
 - f. Les conditions visées à l'article 9 de la présente convention ;
 - g. Communication au patient concernant la facturation de l'intervention personnelle ;
 - h. Les aspects pour lesquels les psychologues cliniciens/orthopédagogues cliniciens peuvent s'appuyer sur le réseau/le partenariat multidisciplinaire local ;
 - i. La participation à l'évaluation des soins prévus par la présente convention et l'incitation des patients à participer à l'étude d'évaluation
 - j. La communication du portfolio.
- 9° Initiatives visant à développer une culture de la qualité telle que visée à l'article 10 ;
- 10° Pas de rémunération pour des contrats déjà financés par d'autres réglementations ;
- 11° Réaliser une formation sur le fonctionnement du réseau SSM et la coordination des interventions/supervisions ;
- 12° Elaborer et soumettre à l'INAMI des rapports qui, d'une part, démontrent la pérennité de la gouvernance du réseau SSM et, d'autre part, permettent d'évaluer la mise en œuvre des missions visées par la présente convention. La méthode de *reporting* (contenu, modèle et fréquence) sera élaborée en concertation avec les représentants au sein du comité d'accompagnement (dont un représentant des réseaux SSM) et en coordination avec les autres initiatives du SPF Santé publique en matière de *reporting* (« *only once* ») ; ceci fera l'objet d'un avenant à la présente convention ;
- 13° Collaborer à une étude d'évaluation réalisée dans le cadre de cette convention. Le protocole de recherche est élaboré sur base d'un cahier des charges proposé par le comité d'accompagnement.

Attentes à l'égard du partenariat multidisciplinaire local

Article 12

L'organisation de la première ligne, tant pour les soins de santé mentale que somatique, est une tâche des entités fédérales. Le réseau SSM est censé consulter les structures existantes (« partenariat multidisciplinaire local ») et les autorités (Communauté/Région/Locale) pour intégrer conjointement les soins psychologiques dans les soins de première ligne. Il est essentiel que le partenariat multidisciplinaire local concerne l'ensemble de la population d'une zone définie et soit reconnu ou désigné par l'organisme compétent.

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

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



Budget global des ressources financières par réseau

Article 13

§ 1. Pour la réalisation des missions dans le cadre de cette convention, le réseau et l'hôpital disposent d'un budget global annuel qui se compose d'une intervention maximale de xxxxxx euros et des interventions personnelles perçues par le réseau telles que décrites à l'article 16 et de l'intervention de l'assurance soins de santé de :

- 1° maximum xxxxxxxxxxx euro en 2021, ou xxxxxxxxxxx sur base annuelle ;
- 2° maximum xxxxxxxxxxx euro en 2022 ;
- 3° maximum xxxxxxxxxxx euro en 2023 ;
- 4° ou un total de xxxxxxxx euro pour la durée de la convention.

§ 2. Un maximum de 10% de ces fonds, ce qui correspond à un maximum de xxxxxx euros pour toute la durée de la convention, peut être utilisé pour le remboursement des coûts pour :

- 1° Le soutien du réseau pour la mise en œuvre des 2 fonctions ;
- 2° La gouvernance de la présente convention, l'organisation relative à l'exécution des missions, les contacts avec les acteurs de l'aide et de soins, ... ;
- 3° Le développement d'une culture de la qualité telle que visée à l'article 10 ;
- 4° Les initiatives en matière d'enregistrement de l'activité, y compris les rapports au gouvernement (voir article 11, 12°) ;
- 5° La participation aux études d'évaluation ;
- 6° Le coordinateur local ;
- 7° L'organisation de formations sur le fonctionnement du réseau ;
- 8° Gestion de la convention avec les psychologues cliniciens/orthopédagogues cliniciens ou avec les autres acteurs qui se voient confier des missions dans le cadre de cette convention et de tout le processus de facturation et de paiement. Ce coût s'élève à 30 000 euros plus un maximum de 0,70 euro par séance facturée.

À cette fin, des pseudocodes seront attribués aux centres de coûts suivants :

- 1° Coût de l'hôpital pour la charge administrative (article 13, § 2, 8°) ;
- 2° Coût des réunions, frais de déplacement ;
- 3° Coût des personnes employées pour remplir les missions (autres que les séances individuelles et les interventions de groupe) ;
- 4° Coût des logiciels et matériels nécessaires au niveau du réseau pour soutenir l'exécution des missions (sauf ceux utilisés par les prestataires de soins) ;
- 5° Coût de la communication aux acteurs/patients ;
- 6° Coût de l'organisation des interventions de groupe ;
- 7° Tout autre type de centres de coûts qui pourrait être ajoutés par l'INAMI.

Le paiement de ce montant est effectué de manière centralisée pour toutes les institutions d'assurance par l'intermédiaire de l'ASBL IM, dans les conditions et selon les modalités suivantes :

- 1° Dépôt d'une avance de 50 % de ce montant dans le mois qui suit la signature ou le début de la convention ;
- 2° Le paiement d'une avance de 25% du montant sur une base annuelle avant le 30 juin 2022 ;
- 3° Le paiement d'une avance de 25% du montant annuel avant le 31 janvier 2023 ;
- 4° En vue de la régularisation de ces avances, l'hôpital du réseau ajoute ces frais (en indiquant le pseudocode) à la facture électronique centrale dans laquelle sont également facturés les soins visés au § 3. Les coûts encourus ultérieurement ou les



coûts antérieurs pour lesquels l'information n'était pas connue lors de la facturation de mai 2023 peuvent être ajoutés ultérieurement dans les factures suivantes.

Ces frais seront remboursés jusqu'à concurrence du montant maximum prévu au premier paragraphe ;

- 5° Le réseau tiendra à sa disposition tous les justificatifs possibles des frais facturés: factures, fiches de paie, rapports d'action, comptes rendus de réunions, séances de remboursement, etc. ;
- 6° Ne sont pas remboursés dans ce cadre : les frais d'investissements dont la durée normale d'amortissement est égale ou supérieure à 4 ans.

§ 3. Minimum 90 % du budget prévu au § 1 sont utilisés comme suit :

- 1° 45% au minimum est utilisé pour la fonction de soins psychologiques de première ligne visée à l'article 3 ;
- 2° 45% au maximum est utilisé pour la fonction de soins psychologiques spécialisés au sens de l'article 5, y compris les coûts des consultations multidisciplinaires au sens de l'article 7, 6°).

Ces pourcentages font partie d'un plan de croissance pour la réalisation du quatrième objectif du 4AIM. Ces fonds seront versés de manière centralisée au réseau pour toutes les institutions d'assurance par l'intermédiaire de l'ASBL IM sous forme d'avances mensuelles dont le montant correspond à 1/12 de 90% du budget annuel visé au § 1. Les paiements sont effectués au plus tard le 5ème jour du mois auquel ils se rapportent.

Ces avances sont régularisées chaque mois sur la base d'une facture électronique que l'hôpital soumet de manière centralisée (via l'ASBL IM) aux organismes assureurs selon les instructions de facturation par voie électronique. Les dispositions suivantes s'appliquent :

- 1° La facture est présentée au plus tard le 20 du mois suivant le mois auquel elle se rapporte ;
- 2° Cette facture indique le nombre d'heures par mois pour lesquelles le réseau a versé une compensation et le montant correspondant. Une distinction est faite entre :
 - a. Coût des interventions de groupe - art. 3, § 2 ;
 - b. Coût des séances individuelles au début ou à la fin d'une intervention de groupe – art. 3, § 2 ;
 - c. Coût de la première séance individuelle – art. 3, § 3 ;
 - d. Coût des séances individuelles suivantes - art. 3, § 3 ;
 - e. Coût de la séance supplémentaire exceptionnelle - art. 4, 3° ;
 - f. Coût des séances individuelles - art. 5, § 2 ;
 - g. Coût des interventions de groupe - art. 5, § 3 ;
 - h. Coût des séances individuelles au début ou à la fin d'une intervention de groupe – art. 5, § 3.

Cette facture mentionne également :

- a. Le coût de la consultation multidisciplinaire - art. 7, 6° ;
- b. Les coûts des inclusions - art. 14, § 2, 1° ;
- c. Les coûts liés à d'autres activités dans le cadre des deux fonctions qui soutiennent la coopération multidisciplinaire et sont approuvées par l'INAMI sur proposition du Comité d'accompagnement ; le remboursement est basé sur des prestations équivalentes au sein de la loi AMI ;
- d. Par bénéficiaire, l'intervention personnelle qui a été payée par séance, en indiquant le numéro INAMI du psychologue clinicien/orthopédagogue clinicien et le pseudocode de la prestation ;
- e. Le montant de l'avance versée pour ce mois.

Lors du traitement de cette facture, le paiement anticipé est régularisé. Si cela révèle qu'un montant trop élevé a été payé à l'avance, l'excédent est déduit du 12^e paiement suivant. Si l'avance est insuffisante, la différence est versée au réseau.

Les acteurs d'aide et de soins conservent dans leur dossier toutes les preuves des soins facturés.

§ 4. A aucun moment, le total des montants versés ne peut dépasser le budget prévu au § 1, premier alinéa, 4^o.

§ 5. Ces sommes visées aux §§ 2 et 3 sont déposées

- sur le numéro de compte
- au nom de

§ 6 Au plus tard à partir du 1^{er} mars 2022, le processus de paiement et de facturation tel que réglementé aux §§ 1 et 2 dans cet article sera remplacé par un système électronique qui, après avis de la commission de convention hôpitaux-organismes assureurs et approuvé par le Comité de l'assurance, sera mis à disposition par les organismes assureurs et qui sera basé sur une application web dans laquelle les données relatives à la prestation de soins et l'intervention personnelle collectée pourront être communiquées dans un environnement sécurisé, et sur la base de laquelle, entre autres :

- 1^o Les paiements au réseau peuvent être régulés de manière centralisée ;
- 2^o Le psychologue clinicien/orthopédagogue clinicien peut prendre connaissance des données d'assurabilité ;
- 3^o Le bénéficiaire peut recevoir un élément de preuve ;
- 4^o Le réseau pourra être informé des soins qui ont été prodigués et de données individuelles et agrégées qui doivent pouvoir servir de support à l'évaluation du réseau, dans un délai n'excédant pas 3 mois à compter du mois au cours duquel les données ont été transférées ;
- 5^o Le médecin généraliste titulaire du DMG peut être informé de la prise en charge psychologique de son patient dans le cadre de cette convention ;
- 6^o Le SPF Santé publique et l'INAMI sont informés de la réalisation des soins et d'un ensemble de données agrégées permettant l'évaluation de la convention avec le réseau, et ce dans un délai maximum de 3 mois après le mois au cours duquel les données ont été fournies.

Règles spécifiques concernant l'imputabilité des missions liées à l'assurance obligatoire soins de santé

Article 14

§ 1. Les montants mentionnés ci-dessous comprennent, le cas échéant, l'intervention personnelle prévue à l'article 16.

§ 2. Les conditions suivantes s'appliquent aux montants ci-dessous, à l'exclusion de l'intervention personnelle du bénéficiaire, qui sont imputés pour l'utilisation du budget visé à l'article 13 :

- 1^o Pour chaque nouveau bénéficiaire avec lequel le psychologue clinicien/orthopédagogue clinicien a convenu d'un suivi après la première séance, 60 euros peuvent être facturés une fois pour une période de 12 mois pour l'établissement et la tenue du dossier (électronique) du patient, pour le contact avec d'autres acteurs de l'aide et de soins, pour le rapport au médecin généraliste et au psychiatre, pour la facturation et l'enregistrement des données à la demande du réseau SSM.

- 2° Pour une « séance psychologique de 60 minutes » telle que visée à l'article 3, § 3 ou à l'article 5, § 2, 75 € (y compris la quote-part du bénéficiaire) peuvent être facturés.
- 3° Pour une « intervention de groupe de 120 minutes » telle que visée à l'article 3, § 2, ou à l'article 5, § 3, 400 € peuvent être facturés si elle est proposée par, soit, deux psychologues cliniciens/orthopédagogues cliniciens, soit, un psychologue clinicien/orthopédagogue clinicien et un médecin. 326 € peuvent être facturés si elle est proposée par un psychologue clinicien/orthopédagogue clinicien et un autre acteur d'aide ou de soins ou expert du vécu. Ces deux montants comprennent l'intervention personnelle de 2,5 euros.
- 4° Pour le remboursement de la participation à la concertation multidisciplinaire visée à l'article 7, 6° (intervention d'un psychologue clinicien/orthopédagogue clinicien, d'un médecin généraliste, et d'un (pédo)-psychiatre), un montant de 225 € maximum peut être facturé.

Indexation

Article 15

Les montants mentionnés aux l'articles 13 et 14, à l'exclusion de l'intervention personnelle du bénéficiaire, sont indexés annuellement. L'indexation a lieu le 1^{er} janvier sur base de l'évolution entre le 30 juin de la pénultième année et le 30 juin de l'année précédente de la valeur de l'indice santé visé à l'article 1^{er} de l'arrêté royal du 8 décembre 1997 déterminant les modalités d'application de l'indexation des prestations du régime obligatoire d'assurance soins de santé, pour autant que le Conseil général ait prévu la marge financière pour l'indexation.

Intervention personnelle du bénéficiaire

Article 16

§ 1. L'intervention personnelle par séance psychologique individuelle s'élève à 4 € pour les bénéficiaires qui ont droit à l'indemnité majorée³ et à 11 € pour les bénéficiaires pour lesquels cette indemnité majorée ne s'applique pas. L'intervention personnelle pour les interventions de groupe s'élève à 2,5 euros par intervention de groupe pour le bénéficiaire.

Aucune intervention personnelle ne peut être demandée pour la première séance individuelle de soins psychologiques de première ligne. Dans le cas d'un soutien à un acteur de première ligne, dans le cadre d'un bénéficiaire, aucune intervention personnelle n'est facturée non plus.

§ 2. L'intervention personnelle est perçue par le prestataire de soins, qui en fournit la preuve au bénéficiaire conformément à l'article 53 de la loi du 14 juillet 1994.

§ 3. En dehors de l'intervention personnelle, ni le psychologue clinicien/orthopédagogue clinicien, ni le réseau SSM, ni l'hôpital ne facturent de supplément au bénéficiaire.

Groupes cibles enfants/adolescent et adultes/personnes âgées

Article 17

³ l'allocation majorée visée à l'article 37, §§ 1 et 19 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé, coordonnée le 14 juillet 1994

Aux fins de la présente convention, les termes « enfants/adolescent » et « adultes/personnes âgées » désignent :

- 1° Un bénéficiaire peut appartenir à la catégorie des enfants/adolescents jusqu'à l'âge de 23 ans compris.
- 2° Un bénéficiaire peut appartenir à la catégorie des adultes/personnes âgées dès qu'il a 15 ans ou plus.
- 3° Pour les personnes âgées de 15 à 23 ans, l'attribution à la catégorie des enfants/adolescents ou à celle des adultes/personnes âgées dépend du contexte spécifique évalué par le psychologue clinicien/orthopédagogue clinicien concerné.
- 4° Par période de 12 mois, un bénéficiaire ne peut appartenir qu'à une seule catégorie.

Les membres de la famille tels que les parents, les enseignants, les proches ou les partenaires des bénéficiaires peuvent également être présents lors des interventions, ceci uniquement après autorisation du bénéficiaire. Chaque séance avec des proches compte pour une séance.

Suivi - Comité d'accompagnement

Article 18

§ 1. Il est créé, au sein du Comité de l'assurance, un comité d'accompagnement composé comme suit :

- 6 représentants des associations professionnelles représentatives des psychologues cliniciens et des orthopédagogues cliniciens, dont un nombre égal de néerlandophones et de francophones ;
- 2 représentants des organisations des familles, dont un néerlandophone et un francophone ;
- 2 représentants des organisations de patients, dont un néerlandophone et un francophone ;
- 6 membres du comité de conventions entre les établissements de soins et les organismes assureurs, comprenant autant de représentants des établissements de soins que des organismes assureurs et comprenant autant de néerlandophones que de francophones ;
- 3 médecins généralistes désignés par les organisations représentant les médecins au sein du Comité de l'assurance, dont au moins un néerlandophone et au moins un francophone ;
- 2 psychiatres désignés par les organisations représentant les médecins au sein du Comité de l'assurance, dont un néerlandophone et un francophone ;
- 2 représentants des réseaux SSM ;
- 2 experts du SPF Santé publique pour soutenir les réseaux SSM et les hôpitaux dans la mise en œuvre de cette convention ;
- l'administration de l'INAMI ;
- un conseiller du ministre des Affaires sociales et un conseiller du ministre de la Santé publique.
- un représentant de l'administration des entités fédérales concernées.

§ 2 Les tâches du comité d'accompagnement sont les suivantes :

- 1° formuler une proposition de rapport et d'enregistrement des données sous la forme d'une clause d'amendement à la présente convention ;
- 2° le suivi global des tâches des réseaux prévues par la présente convention et la rémunération des deux fonctions ;



- 3° l'analyse des rapports d'activité soumis par les réseaux SSM ;
- 4° formuler un avis concernant un projet d'un protocole d'évaluation des tâches prévues par la convention ;
- 5° formuler des solutions à tout problème qui pourrait survenir pendant la durée de la présente convention en ce qui concerne la mise en œuvre de la présente convention;
- 6° évaluer les montants inclus dans la présente convention.
- 7° la formulation d'avis et de recommandations en vue d'un ancrage structurel après l'expiration de la convention.

Dispositions transitoires de la convention actuelle

Article 19

Pour la détermination du nombre de séances visées aux articles 4 et 6, il n'est pas tenu compte du nombre de séances prévues par la convention conclue entre le Comité d'assurance, le réseau SSM et l'hôpital dans le cadre des soins psychologiques de première ligne (« convention PPL »).

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

Assurance responsabilité civile professionnelle

Article 20

En ce qui concerne les missions et prestations réalisées dans le cadre de la présente convention, le réseau SSM est chargé d'informer les acteurs impliqués dans la réalisation de ces missions et prestations de la nécessité de souscrire une assurance responsabilité civile professionnelle.

Contrôle

Article 21

Le réseau SSM et l'hôpital s'engagent à autoriser les médecins inspecteurs ou leurs mandataires du Service d'évaluation et de contrôle médical à effectuer les visites qu'ils jugent nécessaires à l'accomplissement de leurs missions.

Des tribunaux compétents

Article 22

En cas de litige entre les parties concernant la présente convention, seuls les tribunaux de Bruxelles sont compétents.

Période de validité de la convention

Article 23



§ 1. La présente convention entre en vigueur le premier jour du mois qui suit la signature de l'accord et au plus tôt le 1^{er} septembre 2021. Elle remplace à partir de cette date, la convention conclue entre le Comité des assurances, le réseau SSM et l'hôpital dans le cadre des soins psychologiques de première ligne.

§ 2. La présente convention est valable jusqu'au 31 décembre 2023 et ne sera pas reconduite automatiquement.

§ 3. Le défaut de signature d'une clause modificative proposée par le Comité de l'assurance entraîne la résiliation automatique de la convention à partir du premier jour du troisième mois suivant l'envoi de la clause modificative.

§ 4. La présente convention peut être résiliée à tout moment par l'une des parties. Cette résiliation est valable à partir du premier jour du troisième mois qui suit la résiliation. Dans chaque cas, la continuité des soins des bénéficiaires doit être assurée.

Engagement spécifique

Article 24

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

Bruxelles,

Pour le Comité de l'assurance:

Le fonctionnaire dirigeant

Pour le réseau de santé mentale XXX,
(nom et prénom du directeur général de
l'hôpital avec lequel le SPF SP a conclu une
convention B4)

Signature :

Pour l'hôpital, (Nom et prénom du directeur
général de l'hôpital qui exécute l'ordre de
facturation) :

Signature :

