

INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITE

Établissement public institué par la loi du 9 août 1963
Avenue Galilée 5/01 - 1210 Bruxelles

Service des soins de santé

COMITÉ DE L'ASSURANCE

Note CSS 2023/378

Bruxelles, le 20 décembre 2023

CONCERNE : Convention entre le Comité de l'assurance des Soins de Santé de l'Institut National d'Assurance Maladie et Invalidité et le réseau de santé mentale concernant le financement des fonctions psychologiques dans la première ligne par les réseaux de (soins de) santé mentale

CONTENU

Cette note propose de conclure la convention en annexe 1 avec les réseaux de santé mentale adultes et enfants et adolescents dans le cadre d'une mise en œuvre plus poussée des soins de santé mentale de première ligne. Cela concerne un total de 32 réseaux, chacun ayant sa propre zone d'opération. Ensemble, les réseaux couvrent l'ensemble du pays.

Cette convention s'inscrit dans une transition vers une intégration plus structurée des soins ambulatoires de santé mentale dans les soins de la première ligne et dans le contexte plus large des 5AIM, dans la continuité de la convention de soins psychologiques dans la première ligne précédemment conclue le 26 juillet 2021 avec le Comité de l'assurance (cf. note CSS 2021/239) et prenant fin le 31/12/2023.

MOTIVATION

Le 2 décembre 2020, un [Protocole d'accord](#) a été conclu entre le Gouvernement fédéral et les Régions et Communautés sur l'approche coordonnée du renforcement de l'offre de soins de santé mentale. Suite à cela, le 26 juillet 2021, le Comité de l'assurance a approuvé la convention entre le Comité de l'assurance soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité et les Réseaux de santé mentale concernant le financement des fonctions psychologiques dans la première ligne par le biais de réseaux et de partenariats multidisciplinaires locaux (cf. note CSS 2021/239).

Cette convention prenant fin le 31/12/2023, une mise à jour de la convention a été élaborée au sein du Comité d'accompagnement de la convention sur base des résultats de l'étude d'évaluation EPCAP 2.0 (cf. note CSS 2023/216) et des différents retours des acteurs impliqués et représentés au sein du Comité d'accompagnement.

Elle bénéficie, par ailleurs, en 2024 d'une augmentation budgétaire de 55,5 millions d'euros telle que prévue dans le cadre de l'objectif budgétaire de l'assurance obligatoire soins de santé (incl. 6.05 % d'indexation).

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 dans le cadre des soins de santé mentale ambulatoires, en mettant l'accent sur la promotion des pratiques innovantes en matière de soins psychologiques dans les soins primaires, telles que le travail sur site et les séances de groupe (décision CGSS).



Le public cible demeure les personnes présentant des problèmes psychiques légers à modérer.

NOTES EXPLICATIVES

Bien que s'inscrivant dans la continuité de la convention précédente, la présente convention présente de nouveaux éléments, dont les changements clefs sont expliqués ci-dessous.

A. 3 fonctions de soins psychologiques dans les soins primaires et autres missions de soutien

• Fonctions de soins psychologiques

En remplacement des deux fonctions préalablement utilisées comme références, l'offre de soins se fera à travers trois fonctions.

1. La fonction d'interventions communautaires (fonction 1)

- Se concentre sur l'autosoin, la résilience, et la psycho-éducation dans la communauté;
- Exclusivement en lieux d'accroche ;
- Exclusivement séances de groupe (au moins 10 participants) ;
- Pas de nombre délimité de séances par bénéficiaire;
- Accessible librement à tout bénéficiaire ;
- Pas d'enregistrement des participants.

2. La fonction de soutien psychologique de première ligne (fonction 2)

- Se concentre sur la clarification de la demande, la promotion de la santé mentale par le biais d'un soutien à la résilience, d'interventions psycho-éducatives pour la prévention et/ou la détection (précoce) de problèmes psychiques (présumés) encore à un stade précoce et/ou sur l'intervention de courte durée à un stade précoce ;
- En lieu d'accroche, en cabinet, en vidéoconférence, à domicile ;
- Séances de groupe (minimum 4 participants) ou individuelles (avec ou sans entourage) ;
- Nombre de séances :
 - o Groupe : nombre de programmes non limité
 - o individuel : maximum 10 pour les enfants/adolescents ; 8 pour les adultes
- Directement accessible ;
- Enregistrement des bénéficiaires.

3. La fonction de traitement psychologique de première ligne pour les problèmes légers à modérés (fonction 3)

- Se concentre sur la un assessment de la demande si ce n'est pas déjà réalisé, le traitement à court terme des bénéficiaires et en vue de fournir un traitement de courte durée aux bénéficiaires et fixe des objectifs cliniques allant au-delà du renforcement de la résilience visée aux points 1 et 2. En lieu d'accroche, en cabinet, en vidéoconférence, à domicile ;
- Séances de groupe (minimum 4 participants) ou individuelles (avec ou sans contexte) ;
- Nombre de séances :
 - o Groupe : nombre de programmes non limité
 - o individuel : moyenne de 10 (max 20) pour les enfants/adolescents ; moyenne de 8 (max 20) pour les adultes.
- Accessible sur base du bilan fonctionnel ;
- Enregistrement des patients.

• Autres missions de soutien se concentrant principalement sur le lieu d'accroche (cf. demande CGSS) (cf. art. 8)

- **Soutien au travail en lieu d'accroche** : par exemple, coordination entre le psychologue/ orthopédagogue clinicien et l'organisation/le professionnel qui initie le



travail en lieu d'accroche sur base des besoins des personnes venant sur le lieu d'accroche afin que l'offre soit adaptée aux besoins et complémentaire à l'offre existante ;

- **Échanger des connaissances et des conseils et apporter un soutien aux acteurs de première ligne concernant une ou plusieurs personne(s)** afin que l'acteur de première ligne soit en mesure d'entreprendre des interventions ciblées, ou qu'il puisse l'orienter de manière ciblée vers les soins les plus appropriés;
- Apporter un soutien aux acteurs de première ligne par le biais de la co-consultation
- **Apporter un soutien, partager des connaissances et de l'expertise auprès d'un groupe d'acteurs** (professionnels de la santé et/ou bénévoles) de la première ligne sur l'offre de soins psychologiques dans la première ligne, y compris sur les possibles interventions qu'ils peuvent eux-mêmes entreprendre pour soutenir le bénéficiaire avec une demande de soins psychiques.

Ces missions sont rémunérées sur base d'un nombre de missions et d'heures convenues pour les psychologues/orthopédagogues cliniciens désignés et à raison de 86,69 euros par heure effectuée.

Pour renforcer ces missions, des moyens spécifiques seront déployés dans le cadre du budget disponible à cet effet (Cf. demande CGSS). En 2024, l'accent sera mis sur les cabinets de médecins généralistes, les overkophuizen/ services d'Aide en Milieu Ouvert et les établissements d'enseignement.

B. Qualité des programmes de groupe

- Le programme est élaboré en concertation entre le réseau et les différents acteurs (prestataires, lieu d'accroche, ...) dans une fiche, dans laquelle figure l'objectif, la méthodologie, le groupe cible, le nombre d'interventions, la manière dont les participants seront impliqués, le nombre minimum de participants et une référence à des sources montrant la valeur EBP du programme (en cours de construction ou déjà décidé) dans le contexte de cette convention.
- La garantie de la qualité relève de la responsabilité de chaque psychologue/orthopédagogue clinicien. En cas d'intervention communautaire, l'organisation/le lieu d'accroche est également responsable en matière d'intégration des soins, d'orientation et de modalités pratiques
- Le programme ne vise pas des formes structurelles de contacts entre pairs, de travail communautaire ou de thérapie par le biais d'un grand nombre de sessions visant à (re)socialiser les patients souffrant de problèmes chroniques ou de groupes de discussion. Il ne s'agit pas non plus d'un programme à but commercial.
- Ces séances de groupe impliquent un dialogue et un engagement actif avec les personnes présentes
- Afin de partager les connaissances sur les sessions de groupe jugées qualitatives par les réseaux, le programme est rendu public sur une plateforme fédérale à l'intention des autres acteurs intéressés.

C. Durée

- Séances de groupe : 120 minutes, comprenant 90 minutes de contact avec le patient
- Séances individuelles : 60 minutes, comprenant 45 minutes de contact avec le patient
- Concertation multidisciplinaire en cas d'intensification des soins: minimum 30 à maximum 60 minutes.
- Les autres missions visées à l'article 8 sont facturées par heure de travail.

D. Intervention personnelle du bénéficiaire

Fonction 1 : pas d'intervention personnelle

Fonction 2 et 3 :

- Jusque 23 ans compris : pas d'intervention personnelle (à partir du 1^{er} février 2024)
- A partir de 24 ans :
 - i. 1^{ere} séance gratuite
 - ii. Individuel : 4 € (BIM) ou 11€



iii. Groupe : 2,5€

Autres missions de soutien : pas d'intervention personnelle

E. Concertation multidisciplinaire

- Nombre de participants : Minimum 3 participants dont 2 prestataires de soins présents
- Durée limitée : minimum 15 minutes. La concertation peut être facturée maximum 4 fois sur une période de référence de 12 mois, pour autant que elle n'est pas déjà remboursable en vertu de la réglementation des entités fédérées sur la concertation multidisciplinaire ou si elle fait déjà l'objet d'une indemnisation dans le cadre de la nomenclature des soins médicaux.

F. Facturation/paiement

- **Groupe** : facturation pour chaque prestataire pour sa participation
- **Concertation multidisciplinaire** : forfait par participant (21.67 € par 15 minutes)
- **Autre missions de soutien (article 8)** : 86,69 € par heure prestée.
- **Délai de facturation** : Le psychologue/orthopédagogue clinicien atteste/facture par bénéficiaire les prestations/missions effectuées (via un système de pseudocodes) dans l'application web au plus tard le 5^{ème} jour du troisième mois suivant le mois auquel elles se rapportent (sauf situation exceptionnelles en matière d'assurabilité). Passé ce délai, les prestations ne peuvent plus être facturées.

G. Frais de fonctionnement des réseaux

- Facturation mensuelle des frais de fonctionnement
- Limité au budget 2023 + index

H. Budget d'un réseau

- Budget de fonctionnement
- Budget de soins
- Le budget des soins est distribué par le biais d'un financement basé sur la population à la communauté et à la région, puis alloué aux réseaux. Cette répartition tient compte du nombre d'habitants, de l'âge de départ et de la prévalence des problèmes de santé mentale, ainsi que de la situation socio-économique de la zone d'activité. À cette fin, le budget disponible a été réparti entre les 32 réseaux de manière scientifique. Les fonds spécifiquement ajoutés par le Conseil général pour les troubles du comportement alimentaires sont alloués aux réseaux pour enfants.
- Dans le cadre du budget de soins, les réseaux recevront également des informations sur ce qui a été ajouté pour les troubles de l'alimentation, les stages, le soutien spécifique au travail en lieu d'accroche, les prisons.
- Montants concrets par réseau : voir section impact budgétaire

I. Budget à la disposition du gouvernement :

Budget 2024 = budget 2023 (sans indexation) = 14.573.000 €

- Déploiement pour :
 - i. Coût pour la communication
 - ii. Évaluation scientifique
 - iii. Instrument BelRAI pour la détention
 - iv. Soutien à la réalisation d'un EPD pour les psychologues : contenu, partage des données (caresets), conditions d'homologation
 - v. Plateforme de collaboration électronique multidisciplinaire pour le partage des données
 - vi. Dashboard
 - vii. Soutien à la qualité (Evikey.be) – formation
 - viii. Prime pour les prestataires de soins de santé

J. Période de transition



La convention entre en vigueur le 1er janvier 2024. Cependant, afin de faciliter la transition sur le terrain, une période de transition a été prévue entre le 1^{er} janvier et le 31 mars 2024.

Cette période permet aux réseaux de mettre en œuvre les fonctions et missions révisées et de faire des choix quant à l'utilisation des ressources supplémentaires pour davantage de travail en lieu d'accroche, le remboursement des séances pour les stagiaires, les troubles du comportement alimentaires chez les enfants et les adolescents, et pour 10 réseaux qui ont reçu des missions supplémentaires pour les soins pénitentiaires..

Pendant cette période transitoire, certaines dispositions de la convention qui expire le 31/12/2023 continueront à s'appliquer ; il s'agit principalement des dispositions relatives aux deux fonctions, aux autres missions et à leurs montants d'intervention et interventions personnelles.

En ce qui concerne les interventions personnelles, cette convention prévoit leur suppression pour les enfants et les adolescents (jusqu'à 23 ans) à partir du 1er février 2024 (c'est-à-dire encore pendant la période de transition).

Les compteurs concernant le nombre maximum de séances individuelles par période de 12 mois sont maintenus pour les trajectoires initiées lors de la convention précédente du 26 juillet 2021.

K. Poursuite de l'évaluation scientifique :

- indicateurs de mesure des objectifs (5AIM) et des outcomes
- désigner l'instance qui mesurera et évaluera ces éléments
- Le comité d'accompagnement n'a pas encore pris d'initiative en ce sens.

Cette proposition de convention élaborée par le comité d'accompagnement concerné a été approuvée par la commission de convention hôpitaux-OA par le biais d'une consultation écrite.

Au cours des négociations pour parvenir à cette nouvelle convention, un certain nombre de commentaires et de propositions ont été formulés qui ne peuvent être satisfaites ou ne peuvent l'être que partiellement dans le cadre de la présente convention :

Par les représentants de psychologues :

- Dans leur cadre déontologique, ils remettent en cause la condition d'élaboration d'un bilan fonctionnel (article 7) : ils partent du principe que, dans le cadre de leur autonomie professionnelle, ils peuvent faire leurs propres choix quant à l'utilisation d'outils ou de méthodes. Néanmoins, il a été décidé de maintenir le "bilan fonctionnel" dans la convention et en tant qu'exemple de bonne pratique, la convention prévoit un certain nombre d'éléments qui peuvent être inclus dans un bilan.
- Il demande une procédure formelle pour faciliter l'intégration des psychologues cliniciens et orthopédagogues cliniciens dans les fonctions de gouvernance des réseaux de santé mentale, accompagnée d'un financement
- Ils ont des doutes en matière de respect déontologique et légal, par exemple, dans le cas de partage de données ; le principe de la convention est que le psychologue clinicien est censé discuter de ce thème avec le bénéficiaire et, et que, sur cette base, le bénéficiaire peut refuser de partager l'information avec le médecin généraliste, par exemple.
- Ils demandent la modification de la composition du comité d'accompagnement avec plus de représentants des psychologues/orthopédagogues cliniciens ainsi que des réseaux de santé mentale et avec moins de représentants des hôpitaux (Cette demande est soutenue par GBO/Cartel)..



Comme alternative, la convention prévoit également que, dans le cadre d'une politique de qualité, des initiatives peuvent être prises par les pouvoirs publics pour organiser l'intervision entre les réseaux et les représentants des prestataires de soins de santé, des organismes d'assurance et des organisations de patients et de familles représentées au sein du comité d'accompagnement.

Dans ce contexte, ils demandent également un règlement d'ordre intérieur afin de clarifier la manière dont une décision peut être prise.

- Une rémunération structurelle des associations de représentants de psychologues et orthopédagogues cliniciens. Dans l'attente d'accords sur le futur modèle de concertation au sein de l'INAMI (par exemple dans le cadre de projets transversaux dont le comité d'accompagnement est un exemple), cette question ne sera pas abordée pour le moment.
- Implication et rémunération des organisations professionnelles dans les évaluations scientifiques
- Meilleure transparence financière des réseaux
- Ils demandent que le remboursement des prestataires soit versé directement aux prestataires de soins concernés et non plus par l'intermédiaire des hôpitaux. Cela peut être examiné, sans toutefois pouvoir s'écarter du principe de la gestion de la population et des accords centraux autour de l'organisation des soins ; cela signifie que chaque prestataire de soins devrait toujours avoir un accord avec un réseau spécifiant son engagement (nombre d'heures, lieu, missions, ...) et que le réseau devrait avoir un tableau de bord pour assurer le suivi de cette mission.
- Transparence et homogénéisation entre les réseaux sur la procédure de sélection des psychologues conventionnés
- Prise en compte de l'offre des psychologues cliniques et des orthopédagogues non conventionnés dans l'ensemble des soins psychologiques de première ligne - ils demandent que, dans le cadre de l'intervision et de la formation, le gouvernement ouvre également cette possibilité aux psychologues non conventionnés : la convention ne s'y oppose pas.
- Ils demandent également une communication très claire et transparente de la part du gouvernement : une campagne de communication au grand public doit commencer début 2024, selon les principes établis dans une adjudication à la suite d'un marché public. Une session d'information est prévue pour les coordinateurs de réseaux et coordinateurs locaux les 20 et 21 décembre 2023.
- Ils demandent également que l'inscription d'un psychologue auprès de la commission des psychologues soit une condition. Comme il s'agit déjà d'une obligation légale, elle ne sera pas inscrite comme condition supplémentaire dans la convention, d'autant plus qu'il s'agit d'un système en dehors de la sécurité sociale et de la santé publique. Peut-être, à terme, pourrait-on examiner la possibilité de subordonner l'octroi d'un numéro INAMI à cet enregistrement ; dans ce cas, il faudrait toutefois que la commission des psychologues ajoute ces personnes dans Cobhra.
- Ils demandent que l'on travaille également sur une politique de qualité. Ce thème figure sur la to-do list du gouvernement en coordination avec tous les acteurs (voir aussi article 12). Le lien avec le plan interfédéral de soins intégrés est également fait ici.

Du côté des représentants des organisations hospitalières représentées, il est indiqué que leur présence au sein du comité d'accompagnement reste souhaitable compte tenu des contraintes administratives liées à la mise en œuvre de la convention.

La suggestion des représentants des psychologues de réduire le nombre de cette représentation contraste avec les efforts structurels consentis par les hôpitaux dans le déploiement de la convention et le rôle important qu'ils assument au sein des différents réseaux. En outre, la complexité croissante de la convention au cours de sa mise en œuvre entraîne des dépenses supplémentaires qui doivent être financées sur un budget déjà insuffisant pour les hôpitaux aujourd'hui, et ce dans différents domaines (facturation, ICT, communication, suivi administratif, ...).

De plus, les organisations hospitalières, dans le cadre de la commission nationale de convention hôpitaux-organismes assureurs, siègent dans ce comité d'accompagnement



également au nom des autres services de santé mentale organisés, qui sont également impliqués dans les réseaux. En d'autres termes, les organisations hospitalières représentatives représentent bien plus que les seuls hôpitaux. En outre, les organismes assureurs demandent un débat approfondi sur la "gouvernance" de cette convention, y compris la "gouvernance" des réseaux.

Du côté de GBO/Cartel, on problématise le fait que des séances individuelles puissent être réalisées sur les lieux d'accroche et que ces lieux d'accroche deviendraient ainsi des " lieux d'offre de soins ". Ils soulignent l'importance de maintenir la distinction entre les deux et de ne pas organiser de soins dans ces lieux d'accroche.

En ce qui concerne la "prime de pratique", les organismes assureurs demandent que les décisions à ce sujet ne soient prises que lorsque les autres professions de soins qui sont déjà éligibles auront été clarifiées.

Les coordinateurs de réseau demandent également à ce que le budget de fonctionnement du réseau continue à représenter 10% du budget.

INCIDENCE BUDGÉTAIRE :

Aperçu objectif partiel 2024 soins psychologiques – rubrique 40 :

Objectif budgétaire 2023 (hors budget formation transféré au SPF SP)	163.487.000 €
Objectif budgétaire 2024	242.863.000 €
Soins de crise dans les hôpitaux	23.900.000 €
Budget 2024 - objectif partiel réservé aux soins psychologiques - rubrique 40	218.963.000 €
Frais de fonctionnement fédéraux 2024 : montant fixe idem qu'en 2023 sans index	14.573.000 €
Budget disponible pour les réseaux : frais de fonctionnement et budget soins et soutien	204.390.000 €
Budget disponible pour les réseaux : frais de fonctionnement (idem que 2023 + index 2024)	15.792.330 €
Budget disponible pour les soins et le soutien : à répartir entre les réseaux en fonction des indicateurs. En l'occurrence :	188.597.670 €
Surcoût de la nouvelle convention 2024 (ticket modérateur e&a et séances de groupe)	3.223.425 €
Marge supplémentaire pour les séances psychologiques prévues dans la convention troubles du comportement alimentaire	6.414.965 €
Marge supplémentaire pour les séances/interventions psychologiques des stagiaires	6.363.000 €
Ressources pour un soutien supplémentaire aux lieux d'accroche : modalités à déterminer.	25.000.000 €
Remboursement de séances et soutien dans les prisons : ajout de ressources à 10 réseaux dans le cadre d'une convention distincte (index 2024)	2.229.171 €
Solde : pour les fonctions 1,2,3 + autres missions de soutien, y compris croissance 2024	145.367.110 €



Pour la réalisation des missions dans le cadre de cette convention, le réseau et l'hôpital disposent d'un budget global annuel.

Le montant AMI alloué à chaque réseau et l'hôpital le représentant pour l'offre de soins et la réalisation des missions de la convention est basé sur la population couverte par ce réseau (« **Population-based financing** »).

Les budgets sont distribués via un système de financement basé sur la population entre la communauté et la région, puis alloués aux réseaux. En ce qui concerne le « solde pour les fonctions 1,2,3 + autres missions de soutien », la répartition se fait avec le même indice de précarité que celui qui était d'application pour la répartition des budgets en 2021. Cet indice de précarité contient des éléments concernant l'âge d'apparition et la prévalence des problématiques psychiques ainsi que la situation socio-économique au sein de la zone d'activité.

En ce qui concerne les mesures ajoutées dans cette convention (coûts supplémentaires pour le remboursement des tickets modérateurs enfants et des adolescents, convention sur les troubles du comportement alimentaire, les stagiaires, le soutien au travail en lieu d'accroche), il est tenu compte du rapport entre le nombre de personnes ayant ou non droit à l'intervention majorées dans la zone d'activité et des coûts supplémentaires pour les personnes bénéficiant de l'intervention majorée dans le cadre de l'assurance maladie.

Le tableau montrant la répartition du budget de soins entre les réseaux sur la base de ces calculs sera ajouté à la présente note par le biais d'un addendum.

Le budget attribué à chaque réseau de santé mental pour couvrir ses frais de fonctionnement dans le cadre de cette convention se base sur le montant qui lui était attribué dans la précédente convention, indexé au 1^{er} janvier 2024.

RESEAUX	BUDGET FRAIS DE FONCTIONNEMENT
Réseaux Adultes	
107 BRABANT WALLON	325.860,68 €
ADS	563.283,80 €
BRUMENTA	1.327.286,19 €
DILETTI	539.826,40 €
EMERGO	334.300,29 €
FUSION LIÈGE	667.617,01 €
KEMPEN	433.485,54 €
KWADRAAT	354.239,37 €
MOSAIQUE	572.243,15 €
NAMUR	405.338,90 €
NOOLIM	340.165,12 €
NOWE	507.188,29 €
PAKT	834.454,07 €
PARTENAIRES 107 HAINAUT	508.660,58 €
PROXIRELUX	222.539,00 €
RELING	488.159,62 €
RESME	230.486,82 €
SARA	913.615,33 €
SAVHA	478.640,49 €
ZWV	292.723,59 €
Réseaux enfants et adolescents	



ARCHIPEL	174.852,07 €
BRU-STARS	802.729,97 €
KIRIKOU	206.643,36 €
LIGANT	381.495,43 €
MATILDA	135.112,97 €
PANGG 18	850.416,90 €
RADAR	691.460,47 €
REALISM	492.764,93 €
RHESEAU	588.138,79 €
WINGG	508.660,58 €
YUNECO	500.712,76 €
Réseau mixte	
COM. GERMANOPHONE	119.217,32 €
TOTAL	15.792.319,79 €

INCIDENCE ADMINISTRATIVE :

De nombreuses démarches restent à faire pour l'implémentation de la présente convention :

INAMI/SPF Santé Publique :

- Traitement administratif de l'adhésion à la convention
- Organisation de la transition de l'ancienne convention
- Communication vers les réseaux – explication en décembre aux coordinateurs de réseaux et aux coordinateurs locaux
- Elaboration et validation des conventions de collaboration entre le psychologue/orthopédagogue et le réseau et entre les autres prestataires et le réseau
- Mise à jour des pages sur le site web de l'INAMI et développement d'une plateforme pour la publication des offres de groupe
- Attribution d'un numéro INAMI aux psychologues/orthopédoques cliniciens
- Monitoring de l'implémentation de la convention
- Poursuite du comité d'accompagnement et suivi de ses missions
- Élaborer des accords collectifs : Médecins généralistes, CLBs
- Soutenir les réseaux, y compris :
 - i. Coaching sur le terrain,
 - ii. faciliter les moments d'intervision/supervision,
 - iii. Développement et mise en œuvre d'une offre de formation,
 - iv. soutien vers une culture de la qualité,
 - v. mise à disposition de best practices,
 - vi. mise à disposition de lignes directrices pour l'e/m-health,
 - vii. mise à disposition d'un dossier patient multidisciplinaire partagé tel que prévu dans la feuille de route eHealth (point 4.2)
 - viii. mise en place et mise à disposition d'instruments pour les réseaux et les prestataires
 - ix. révision de la gouvernance des réseaux dans le cadre de l'article 63, § 2 de la loi sur les hôpitaux (affectation SPF VG) - entre autres, participation accrue des organisations de patients et de familles.
- Étudier la demande de financement des associations professionnelles de psychologues et d'orthopédoques cliniciens.



Réseaux SSM/hôpitaux associés

- Signature de la convention INAMI-Réseau
- Communication de chaque réseau aux partenaires du réseau : via leur(s) coordinateur(s) local/locaux
 - Sensibilisation à l'ensemble du réseau
 - Faire appel à des psychologues/orthopédagogues cliniciens et à d'autres prestataires d'aide et de soins, y compris des experts du vécu.
 - Créer des liens avec les lieux d'accroche
- Réévaluation du contingent de psychologues/orthopédagogues conventionnés
- Gestion administrative liée au conventionnement
- Conclure des conventions avec les prestataires et/ou avec des organisation.
- Gestion des budgets, en tenant compte de l'analyse populationnelle, et paiement des prestataires
- Fournir des intervisions/supervisions
- Communiquer les offres de groupe à l'INAMI
- Soutenir le travail en lieu d'accroche
- Maintenir à jour les informations relatives à l'offre de soins psychologiques sur leur site web
- Développer une culture de la qualité

ASBL IM

- Adaptation de l'outil de facturation sur base de la nouvelle convention (pseudocodes, contrôles)
- Adaptation du Dashboard permettant le monitoring
- Traitement de la facturation

Comité d'accompagnement

- Le suivi global des missions du réseau prévues dans la convention
- Analyse des rapports transmis par les réseaux SSM
- Formuler une recommandation concernant un projet de protocole de recherche
- Soumettre des solutions aux problèmes relatifs à l'exécution de la convention
- Décision sur l'utilisation de la marge d'indexation annuelle
- Proposer des modifications à la convention par le biais d'avenants
- Monitorer les dépenses et proposer des mesures visant à optimiser l'utilisation des budgets

Psychologues/orthopédagogues cliniciens conventionnés

- tenue du dossier patient
- réalisation du bilan fonctionnelle
- perception et délivrance de la preuve de paiement de l'intervention personnelle
- communication de données au réseau
- facturation
- participation aux intervision et à la formation

PROCÉDURE :

Article 22, 6^obis, de la loi SSI



MISSION : Le Comité de l'assurance est prié d'approuver et de conclure la convention avec les 32 réseaux de soins de santé mentale.





Convention entre le Comité de l'assurance des Soins de Santé de l'Institut National d'Assurance Maladie et Invalidité et le réseau de santé mentale XXX concernant le financement des fonctions psychologiques dans la première ligne par les réseaux de santé mentale.

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

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, portant le numéro INAMI 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, portant le numéro INAMI 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'institution perceptrice XXX, portant le numéro INAMI XXX et le numéro BCE 0420.427.001, représenté par le directeur général de l'institution perceptrice, (nom et prénom),
Ci-après dénommé « l'institution perceptrice ».



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 du renforcement de l'offre de soins en santé mentale.

Ce protocole est également conforme à l'accord de gouvernement fédéral, qui stipule notamment 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 orthopédagogues cliniciens est une première priorité dans ce contexte. ».

Comme prévu dans l'accord du gouvernement fédéral, l'objectif de cette convention est de rendre les soins de santé mentale plus accessibles, proches du milieu de vie du citoyen, en collaboration avec les acteurs des soins de première ligne.

Dans le cadre de l'objectif budgétaire de l'assurance obligatoire soins de santé, un budget de 218.963.000 euros est prévu à cet effet en 2024.

Cette convention s'inscrit dans le prolongement de la convention précédente « concernant le financement des fonctions psychologiques dans la première ligne par le biais de réseaux et de partenariats locaux multidisciplinaires » en tenant compte des recommandations de l'étude EPCAP 2.0. et des préoccupations soulevées par les différents partenaires sur le terrain. Cette convention constitue une étape supplémentaire pour rendre plus accessibles les interventions visant à accroître la résilience de la population et permettre la poursuite du développement de la fonction psychologique de première ligne et de la fonction de traitement psychologique pour les problèmes légers à modérés dans le cadre des soins de santé mentale ambulatoires. Il s'agit d'un complément à l'offre existante, directement lié aux réformes de la santé mentale. Cet investissement doit être intégré dans la vaste offre psychosociale fédérale et régionale déjà existante, pour 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 et 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.* »

Dans le cadre de la présente convention, les 32 réseaux de santé mentale conservent un rôle de coordination pour prendre des initiatives afin d'organiser cette offre de soins psychiques dans la première ligne, conformément à la vision du protocole d'accord, dans le cadre d'un modèle organisationnel échelonné plus large :

- les soins sont adaptés à la situation personnelle et aux capacités du patient et de son environnement (matched care) ;
- les soins s'inscrivent dans le cadre plus large des soins de première ligne dans le contexte des soins de première ligne multidisciplinaires intégrés ;



- les soins font également partie des soins de santé mentale intégrés au sein des réseaux de santé mentale ;
- Les soins s'inscrivent dans une vision de « public mental health ».

L'accent est mis sur les missions définies dans le protocole d'accord : la prévention (y compris la réduction des symptômes et la prévention des rechutes), la clarification de la demande et l'assessment, les interventions précoces et de courte durée de soutien à la résilience, le traitement de courte durée de problèmes légers à modérés. L'accent est également mis sur le partage des connaissances et de l'expertise avec les prestataires de soins et de l'aide de première ligne et sur la promotion du travail en lieu d'accroche. À l'exception de la prévention universelle (qui relève de la compétence des entités fédérées) et des demandes de soins aigus et complexes, le modèle organisationnel envisagé est précisé dans cette convention sous la forme de trois fonctions : **la fonction de soins psychologiques communautaires, la fonction de soutien psychologique dans la première ligne et la fonction de traitement psychologique pour les problèmes légers à modérés**. La distinction entre ces trois fonctions est importante pour l'organisation des soins dans le cadre de la convention, mais vis-à-vis du bénéficiaire, une offre intégrée de soins psychologiques et d'autres soins et d'assistance devrait être présentée comme intégrale et le "matched care" devrait être le principe directeur.

L'accent est également mis sur la poursuite de la croissance et du déploiement des réformes de la santé mentale qui ont été lancées, en donnant la priorité en 2024 à la poursuite de la stimulation des pratiques innovantes en matière de soins psychologiques dans les soins de première ligne, telles que le travail sur place et les séances de groupe. Cela permettra à un plus grand nombre de bénéficiaires d'avoir accès à des soins de santé mentale à bas seuil (point de vue du Conseil général de l'INAMI lors des décisions budgétaires pour 2024).

Il est prévu que tous les acteurs concernés impliqués dans le réseau de santé mentale travaillent ensemble pour intégrer les trois fonctions dans le paysage global des soins et du bien-être, à la fois au niveau macro (gouvernements), méso (réseaux de santé mentale et partenariats multidisciplinaires locaux) et micro (modèle d'organisation multidisciplinaire dans le quartier/le voisinage).

Pour ce faire, cette convention poursuit un objectif à 5 axes (5AIM) :

- 1° l'amélioration de la santé grâce à de meilleurs résultats en matière de santé mentale, à la promotion des compétences en matière de santé, au renforcement de la résilience, à une détection optimisée et plus précoce des problèmes de santé mentale, à l'orientation vers des soins appropriés ainsi qu'à la disponibilité et à l'accessibilité de ces derniers, notamment via le travail en lieu d'accroche.
- 2° l'amélioration de la qualité de l'expérience des soins grâce à un suivi et à une évaluation axés sur les résultats. Il s'agit à la fois de la qualité des soins perçue par les patients et leur environnement et de l'application de lignes directrices *evidence, practice en experience based*.
- 3° un engagement en faveur de meilleures conditions de travail pour les personnes travaillant dans le secteur des soins, y compris un soutien et une formation pour les prestataires.



- 4° une utilisation efficiente du budget en déployant des ressources qui créent une valeur ajoutée, notamment en offrant différentes modalités de soins et en déployant d'autres intervenants pour des interventions dans la communauté, du soutien psychologique de première ligne, et du traitement psychologique de première ligne. La stratification des risques est utilisée pour s'assurer que le déploiement des ressources est adapté à l'intensité de la détresse/du besoin psychologique dans la zone d'intervention du réseau.
- 5° la justice sociale et l'inclusion - pour atteindre le même résultat pour tous, il est nécessaire de faire des efforts supplémentaires pour les plus vulnérables.

Des efforts sont déployés en matière de communication, de sensibilisation et des accords de coopération entre les acteurs et les structures de soins et du bien-être sont établis. Le réseau assurera le suivi et l'auto-évaluation de la réalisation de ces objectifs.

Les ressources, prévus à cet effet dans l'objectif budgétaire de l'INAMI, sont réparties via un système de financement basé sur la population entre la communauté et la région, puis alloués aux réseaux. Ce système tient compte du nombre d'habitants, de l'âge de départ et de la prévalence des problèmes de santé mentale et de la situation socio-économique dans la zone d'activité, ainsi que du rapport entre le nombre de personnes avec et sans droit à l'intervention majorée dans la zone d'activité et le coût supplémentaire pour les personnes avec droit à l'intervention majorée dans le cadre de l'assurance-maladie. À cette fin, le budget disponible a été réparti entre les 32 réseaux de santé mentale de manière scientifique.

Conformément à la perspective publique mental health et aux ressources limitées, à partir de connaissances scientifiques, de la faisabilité pratique et de l'indication des soins de la personne bénéficiaire et de son entourage, entre autres, des efforts sont faits pour développer davantage une offre de groupe, de travail dans les lieux d'accroche et pour offrir une intervention et une détection précoces.

Le déploiement des ressources est discuté au sein du réseau (dans la première fonction de la réforme article 107 de la loi sur les hôpitaux ou le programme d'activités 1 susmentionnés) et décidé au niveau du comité de réseau. Ce faisant, nous partons des besoins changeants de chaque citoyen à tous les stades de la vie. Depuis la naissance (ou même avant), le développement de l'enfant, la transition vers l'âge adulte, et de l'adulte à la personne âgée. L'offre de soins doit être largement accessible, avec une attention particulière pour les groupes vulnérables.

Le bénéficiaire recevra des soins adaptés sur la base d'une offre de soins intégrée et multidisciplinaire. La demande d'aide sera clarifiée lors d'un premier contact/notification (sans imputation de ticket modérateur) et (si nécessaire) le bénéficiaire sera orienté vers les soins les plus appropriés. La fonction d'interventions communautaires est organisée via le travail en lieu d'accroche afin de réduire au maximum le seuil d'accès aux soins.

Les réseaux santé mentale ont pour mission d'optimiser les parcours de soins vers et entre les différentes fonctions de cette offre. Les processus d'orientation, de consultation et



d'échange d'informations sont soutenus par un bilan fonctionnel¹ et/ou un plan de soins et de soutien.

Dans le cadre de cette convention, il est attendu que le prestataire conventionné adopte une posture [evidence based practice \(EBP\)](#), de manière transversale aux différentes fonctions prévues dans cette convention. L'EBP est une approche qui recommande aux prestataires de soins de tenir compte de 4 piliers pour poser des décisions cliniques et ainsi améliorer l'efficacité de la prise en charge.

Selon cette approche, il est nécessaire de tenir compte des aspects suivants :

1. De l'expertise et les connaissances acquises par les professionnels au cours de leur formation et de leurs expériences cliniques précédentes.
2. Des caractéristiques, valeurs et préférences du patient en l'impliquant dans sa prise en charge à travers la décision partagée.
3. Des preuves scientifiques - en appuyant les interventions et choix cliniques sur les recommandations issues des meilleures données de la littérature scientifique.
4. Du contexte organisationnel et environnemental dans lequel s'intègre la prise en charge.

Ce faisant, le prestataire de soins de santé tient également compte de la vision qui sous-tend cette convention.

Pour soutenir les missions de ces réseaux de santé mentale, le gouvernement fédéral s'engage à fournir une offre complémentaire à celle des entités fédérées. Ceci sous forme de recherche scientifique (évaluation de la convention), de communication, de modules de formation, de mise à disposition de lignes directrices evidence based practice, de lignes directrices pour l'e/m-health, d'une plateforme de collaboration électronique multidisciplinaire telle que prévue dans la feuille de route eSanté (4.2), d'étude de la possibilité d'un soutien de BelRAI à l'élaboration d'un plan de soins pluridisciplinaire prévoyant des soins psychologiques, la mise à disposition d'un dashboard dans l'application de l'ASBL IM et le financement des maîtres de stage.

À cette fin, un budget sera réservé chaque année dans le cadre de l'objectif budgétaire ; en 2024 il s'élève à 14,6 millions d'euros. Les dépenses feront l'objet de décisions spécifiques du Comité de l'assurance, après avis ou sur proposition du Comité d'accompagnement.

Sur ce budget réservé, dans un cadre générique qui s'applique à tous les prestataires de soins, un débat peut également être mené sur une prime de pratique pour les psychologues cliniciens/orthopédagogues afin d'atteindre un certain nombre d'objectifs, selon des modalités à déterminer.

Afin d'accroître encore l'accessibilité des bénéficiaires aux soins psychologiques, l'INAMI mettra à disposition une application web permettant à tout bénéficiaire ou prestataire de soins référent, sur la base d'un code postal, de recevoir un lien vers les pages web du réseau/des réseaux avoisinants sur lesquelles les détails de contact des psychologues cliniciens/orthopédagogues qui ont conclu une convention avec le réseau peuvent être consultés..

¹ Le bilan fonctionnel, selon le KCE, est considéré comme un outil qui décrit l'état fonctionnel du bénéficiaire et son contexte, y compris les problèmes et les capacités de la personne (médicaux, psychologiques, sociaux, traitements en cours, antécédents, etc.) Sur la base du bilan fonctionnel, vous pouvez estimer les soins ou l'aide nécessaires (y compris les interventions déjà suivies), établir un plan de soins ou de traitement et estimer la durée de l'intervention nécessaire.



Compte tenu du protocole d'accord du 8 novembre 2023, conclu dans le cadre de la Conférence interministérielle de la santé publique en matière de soins intégrés, il est prévu que cette convention soit adaptée dans sa phase de mise en œuvre afin d'être conforme à cet accord. Il s'agit entre autres des accords relatifs aux partenariats locorégionaux (implication du niveau méso) et à l'organisation et la coordination des soins.

Cette convention pourra également être adaptée lorsque l'offre de soins pour le soutien psychologique des personnes âgées fragiles, tel que prévu dans les accords du « Protocole 3 », est intégré dans cette convention.

Un processus sera également élaboré par le gouvernement fédéral pour aboutir à un dossier patient électronique auprès des psychologues/orthopédagogues cliniciens, notamment : concrétisation du contenu tel que prévu dans la loi qualité, conditions, critères d'homologation, caresets pour le partage des données et intégration de BelRAI.

Article 1.

Cette convention définit les modalités de remboursement et de prise en charge par l'assurance obligatoire soins de santé :

- a. Pour les soins psychologiques dans le cadre des soins dans la première ligne et dans la communauté pour les personnes souffrant de problèmes psychiques légers à modérés ou pour les personnes risquant de souffrir de ces problèmes et qui peuvent être aidées dans le cadre d'un trajet de courte durée. Une distinction est faite entre trois fonctions : la fonction d'interventions communautaires, la fonction de soutien psychologique de première ligne et la fonction de traitement psychologique de première ligne pour les problèmes légers à modérés ;
- b. Pour les autres missions visant à soutenir les prestataires de soins de santé et d'aide dans la première ligne et à promouvoir le travail dans les lieux d'accroche.

Cette convention définit également les missions du réseau liées à cette convention, de l'organisme de soins responsable de la facturation et du paiement des missions, des psychologues/orthopédagogues cliniciens et des autres acteurs impliqués ainsi que la manière dont les ressources financières seront mises à disposition pour la mise en œuvre de cette convention.

Cette convention fixe également la quote-part personnelle du bénéficiaire.

Cette convention prévoit également un système de remboursement des moyens de fonctionnement mis à la disposition d'un réseau.

Cette convention définit également les modalités de son suivi au sein d'un comité d'accompagnement.

Définitions

Article 2.



Le "travail en lieu d'accroche" est une méthode de travail dans laquelle un prestataire de soins se déplace vers le groupe cible visé, alors que dans les méthodes de travail plus traditionnelles, c'est le groupe cible qui se déplace vers le prestataire de soins. Les interventions peuvent se concentrer sur la promotion de la santé mentale par le renforcement de la résilience, la prévention secondaire et la détection précoce. Le travail en lieu d'accroche se focalise sur les groupes (vulnérables) qui ont plus de difficultés à chercher ou trouver des soins ou à prendre conscience d'un besoin de soins et à le clarifier.

Le prestataire de soins peut faire cela :

- en recherchant les groupes cibles directement dans des lieux dans la communauté, où les groupes cibles se rendent dans leur activité quotidienne et où il peut y avoir ou non une demande de soins /un problème explicite.
- en soutenant d'autres acteurs de la communauté et des soins de première ligne tels que visés à l'article 8.

Dans le cadre des trois fonctions de cette convention, un travail spécifique sur lieu d'accroche peut être effectué aussi bien dans les interventions communautaires, que dans la fonction de soutien psychologique de première ligne et que dans la fonction de traitement psychologique de première ligne pour les problèmes légers à modérés.

Dans la présente convention, on entend par "réseaux" les réseaux , tels que décrits dans le "Guide pour l'amélioration des soins de santé mentale par la réalisation de circuits et de réseaux de soins" et dans le "Guide pour une nouvelle politique de santé mentale pour les enfants et les adolescents".

Les fonctions de soins psychologiques dans la première ligne

Article 3.

Dans le cadre de cette convention, trois fonctions de soins sont définies et offertes de manière intégrée par le réseau. Ces fonctions sont complémentaires et reposent sur la vision selon laquelle la détresse du patient est détectée le plus tôt possible et qu'il y est répondu par des interventions partant de la résilience de l'individu et/ou de son entourage social immédiat et/ou du soutien de la communauté dans laquelle il vit, par un traitement psychologique à court terme en première ligne ou par l'orientation vers d'autres formes de soins.

La fonction d'interventions communautaires, la fonction de soutien psychologique de première ligne la fonction de traitement psychologique de première ligne pour les problèmes légers à modérés

Article 4 - Description

§ 1. La fonction d'interventions communautaires (fonction 1)

Il s'agit d'une forme de travail basé sur le lieu d'accroche avec des interventions qui s'adressent à des groupes dans la communauté où il peut y avoir ou non une demande de soins/un problème explicite.



Les interventions se concentrent sur l'autosoins, la résilience, et la psychoéducation.

Ces interventions communautaires sont organisées en groupe, en fonction des besoins locaux identifiés, car cela répond mieux à la perspective public health.

§ 2. La fonction de soutien psychologique de première ligne (fonction 2)

Cette fonction se concentre sur la clarification de la demande, la promotion de la santé mentale par le biais d'un soutien à la résilience, d'interventions psycho-éducatives pour la prévention et/ou la détection (précoce) de problèmes psychiques (présumés) encore à un stade précoce.

Grâce à une série d'interventions généralistes à court terme, d'intensité légère à modérée, les symptômes et leur aggravation sont évités et l'individu et/ou son entourage sont renforcés dans leur résilience.

Si, pendant et après l'intervention, il apparaît que des participants ont besoin d'un autre traitement psychologique et/ou d'un traitement plus intensif, le bénéficiaire sera orienté vers la fonction et la modalité les plus appropriées dans le cadre de la présente convention ou vers d'autres formes de soins répondant à ses besoins.

§ 3. La fonction de traitement psychologique pour les problèmes légers à modérés (fonction 3)

Ce traitement est axé sur un assessment de la demande, si elle n'est pas déjà réalisée, en vue d'un traitement à court terme des bénéficiaires et fixe des objectifs cliniques qui vont au-delà du renforcement de la résilience tel que visé aux §§ 1 et 2.

Article 5 - Modalités concernant les trois fonctions

§ 1. Modalités des interventions communautaires

Les interventions de groupe communautaires peuvent être réalisées selon les conditions suivantes :

- a. Toute organisation dans la communauté peut, en collaboration avec le réseau, prendre l'initiative de travailler comme lieu d'accroche en prêtant attention, dans le cadre de ses activités, aux besoins en matière psychiques des personnes qui fréquentent le lieu d'accroche.
- b. La décision d'organiser une intervention de groupe est prise par le réseau sur base de l'analyse des besoins et des choix qui en découlent en termes de déploiement budgétaire, sur proposition d'une organisation responsable d'un lieu d'accroche. Ainsi, il y a collaboration avec le réseau et concertation avec les psychologues/orthopédagogues cliniciens, les autres acteurs éventuels. Un programme est élaboré dans une fiche qui reprend l'objectif, la méthodologie, le groupe cible, le nombre d'interventions, la manière dont les participants seront impliqués, le nombre minimum de participants et une référence à des sources montrant la base EBP du programme (en cours de construction ou déjà décidé) dans le contexte de cette convention.



- c. L'organisation/le lieu d'accroche a également des responsabilités en matière d'intégration des soins, d'orientation et de modalités pratiques.
- d. Le programme sera publié sur une plateforme fédérale à l'intention des autres acteurs intéressés.
- e. Le programme n'est pas axé sur des formes structurelles de contacts entre pairs, de travail communautaire ou de thérapie par le biais d'un grand nombre de séances visant à (re)socialiser les patients souffrant de problèmes chroniques ou de groupes de parole. En outre, il ne doit pas s'agir de programmes à caractère commercial.
- f. Au cours de ces séances de groupe, le dialogue avec les participants et leur participation active auront lieu
- g. L'intervention se poursuit uniquement sur un lieu d'accroche dans la communauté, qui prend en charge les aspects pratiques et organisationnels.
- h. Cette forme d'intervention est directement accessible à tout bénéficiaire.
- i. Le nombre minimum de participants par intervention est de 10 ou correspond à des groupes clairement définis tels que des classes,
- j. L'intervention de groupe communautaire dure 2 heures, dont au moins 90 minutes d'interaction directe avec les participants. L'intervention de groupe est toujours supervisée par soit 2 psychologues/orthopédagogues cliniciens ou un psychologue/orthopédagogue clinicien et un médecin, soit un psychologue/orthopédagogue clinicien et un autre dispensateur de soin ou d'aide ou expert du vécu. De préférence, une personne travaillant sur le lieu d'accroche sera impliquée.
- k. Le(s) psychologue(s)/orthopédagogue(s) clinicien(s) qui assure(nt) ces interventions de groupe communautaires doi(ven)t avoir les compétences nécessaires et doi(ven)t acquérir ces compétences, les programmes de formation spécifiques comme proposés dans le cadre du programme de formation du gouvernement fédéral.

§ 2. Modalités relatives à la fonction de soutien psychologique de première ligne et à la fonction de traitement psychologique de première ligne

A. Séances de groupe

Dans le cadre de cette fonction, il est fortement recommandé de proposer une offre de groupe. Cette offre de groupe est possible dans les conditions suivantes :

- a. Pour la fonction de soutien psychologique de première ligne, cette forme d'intervention est directement accessible à tout bénéficiaire. Pour la fonction de traitement psychologique de première ligne, elle est accessible sous réserve du bilan fonctionnel prévu à l'article 7.
- b. Le nombre minimum de participants par intervention est de 4.
- c. L'intervention de groupe a une durée de 120 minutes, dont au moins 90 minutes de contact direct avec les participants.
- d. L'intervention de groupe est toujours supervisée par soit 2 psychologues/orthopédagogues cliniciens ou un psychologue/orthopédagogue clinicien et un médecin, soit un psychologue/orthopédagogue clinicien et un autre dispensateur de soin ou d'aide ou expert du vécu. Si l'intervention de groupe a lieu sur un lieu d'accroche, l'un des deux prestataires travaille de préférence sur le lieu d'accroche.
- e. Le(s) psychologue(s)/orthopédagogue(s) clinicien(s) qui propose(nt) ces séances de groupe doi(ven)t disposer des compétences nécessaires. Pour acquérir ces



compétences, des formations spécifiques via le programme de formation du gouvernement fédéral sont proposées en plus des formations organisées par les structures reconnues par les Communautés.

- f. La décision d'organiser une intervention de groupe est prise par un réseau. La proposition d'interventions de groupe provient soit d'une organisation responsable d'un lieu d'accroche en concertation avec les psychologues/orthopédagogues cliniciens, soit des psychologues/orthopédagogues cliniciens en concertation avec le réseau et tout autre acteur. Ce faisant, un programme est élaboré dans une fiche, dans laquelle figure l'objectif, la méthodologie, le groupe cible, le nombre d'interventions, la manière dont les participants seront impliqués, le nombre minimum de participants et une référence à des sources montrant l'évidence du programme (en cours de construction ou déjà décidée) dans le contexte de cette convention. En tout état de cause, la garantie de la qualité relève de la responsabilité de chaque psychologue/orthopédagogue clinicien.
- g. Le programme ne vise pas des formes structurelles de contacts entre pairs, de travail communautaire ou de thérapie par le biais d'un grand nombre de sessions visant à (re)socialiser les patients souffrant de problèmes chroniques ou de groupes de discussion. Il ne s'agit pas non plus d'un programme à but commercial.
- h. Ces séances de groupe impliquent un dialogue et un engagement actif avec les personnes présentes.
- i. Afin de partager les connaissances sur les sessions de groupe jugées qualitatives par les réseaux, le programme est rendu public sur une plateforme fédérale à l'intention des autres acteurs intéressés.

B. Séances individuelles

Les séances individuelles dans le cadre de ces fonctions sont soumises aux conditions suivantes :

- a. Pour la fonction de soutien psychologique de première ligne, cette forme d'intervention est directement accessible à tout bénéficiaire. Pour la fonction de traitement psychologique de première ligne, elle est accessible sous réserve du bilan fonctionnel prévu à l'article 7 qui a été préparé avant ou après la première session.
- b. La première séance visant la clarification de la demande ou assessment est gratuite lorsqu'il n'y a pas de clarification préalable de la demande.
- c. S'il s'avère que les soins dans le cadre de ces fonctions ne répondent pas aux besoins du bénéficiaire, le psychologue/orthopédagogue clinicien l'orientera vers une autre forme de soins ou de soutien.
- d. Pour la fonction de soutien psychologique de première ligne, le nombre d'interventions par bénéficiaire est limité par période de 12 mois à un maximum de 10 pour le groupe cible suivi par un psychologue/orthopédagogue clinicien qui a conclu une convention avec un réseau pour enfants et adolescents et maximum de 8 pour le groupe cible suivi par un psychologue/orthopédagogue clinicien qui a conclu une convention avec un réseau pour adultes. Ce nombre ne constitue pas un droit exigible pour le bénéficiaire.
- e. Pour la fonction de traitement psychologique de première ligne, le nombre de séances individuelles est limité par période de 12 mois à une moyenne de 10 séances avec un maximum de 20 pour le groupe cible suivi par un psychologue/orthopédagogue clinicien qui a conclu une convention avec un réseau pour enfants et adolescents et à une moyenne de 8 séances avec un maximum de 20 pour le groupe cible suivi par un



psychologue/orthopédagogue clinicien qui a conclu une convention avec un réseau pour adultes. Ce nombre ne constitue pas un droit exigible pour le bénéficiaire. Les réseaux de santé mentale se concertent avec les psychologues/orthopédagogues cliniciens sur la réalisation de ces conditions.

- f. Une seule séance individuelle par jour et par bénéficiaire est remboursable, à l'exception des situations où, le même jour, une séance avec le patient est combinée à une séance avec l'entourage du patient ou, dans le cas des enfants et des adolescents, à une séance avec l'entourage du patient uniquement. Dans ces cas, les séances sont toujours attestées au nom du patient.
- g. Les séances individuelles durent 60 minutes, dont au moins 45 minutes de contact avec le patient et/ou son entourage.
- h. Les interventions auprès des personnes individuelles sont enregistrées au nom du bénéficiaire sur la base de son numéro NISS.
- i. L'objectif est de réaliser la première séance individuelle pour la clarification de la demande dans un délai d'une semaine à un mois maximum à partir du moment où le bénéficiaire ou son entourage a soumis une demande d'aide au psychologue/orthopédagogue clinicien.

En cas de séances individuelles réalisées par travail en lieu d'accroche, des conditions supplémentaires s'appliquent :

- a. Une organisation responsable d'un lieu d'accroche, en collaboration avec le réseau, prend l'initiative d'effectuer un travail de proximité en prêtant attention, dans le cadre de ses activités, aux besoins psychologiques des personnes qui fréquentent le lieu d'accroche.
- b. Le lieu d'accroche est responsable des aspects pratiques et organisationnels.

Dans le cas de séances individuelles à distance (remplacement d'une séance physique par une séance digitale ou téléphonique), dans l'attente de l'exécution de l'article 34, cinquième alinéa, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, les mesures transitoires suivantes s'appliquent :

- a. Pour la première séance, le psychologue/orthopédagogue clinicien et le bénéficiaire sont physiquement présents ensemble ;
- b. Le bénéficiaire doit avoir donné son autorisation préalable pour les soins à distance ;
- c. Le psychologue clinicien/orthopédagogue clinicien doit s'assurer que le bénéficiaire est physiquement et mentalement capable de recevoir ces soins à distance ;
- d. 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](#);

Pour des raisons de nécessité clinique, une séance peut exceptionnellement aussi se dérouler dans le cadre de vie du bénéficiaire ou dans le cadre familial si le bénéficiaire donne son accord préalable.

§ 3. Modalités relatives à la fonction de traitement psychologique de première ligne

Avant d'entamer le traitement d'un bénéficiaire, sa nécessité et l'appartenance de la personne au groupe cible (traitement d'un problème psychique léger à modéré) doivent résulter d'une clarification préalable ou non de la demande ou assessment et d'un bilan fonctionnel (tel que



prévu à l'article 7) établi par le psychologue/orthopédagogue clinicien (de préférence pendant ou après la première séance, complété au cours des séances suivantes si nécessaire). Il se peut que, lors de l'établissement du bilan fonctionnel au début du traitement, il soit constaté que la personne ne correspond finalement pas au groupe cible : dans ce cas, le psychologue/orthopédagogue clinicien orientera la personne vers une fonction, une forme de soins et une modalité qui répondent mieux à ses besoins.

Pour un bénéficiaire ayant des besoins multidisciplinaires : dans l'attente de la concrétisation du programme de soins pour les personnes vulnérables tel que prévu dans le protocole d'accord du 8 novembre 2023, conclu dans le cadre de la Conférence interministérielle de santé publique en matière de soins intégrés, le psychologue/orthopédagogue clinicien veille à ce que sa part de traitement soit incluse dans la prise en charge plus large du patient au sein de l'équipe de soins. Si le psychologue/orthopédagogue clinicien du patient constate qu'aucune équipe de soins n'a encore été constituée et si le bilan montre qu'il peut y avoir des besoins multidisciplinaires, il en informera le médecin généraliste, moyennant l'accord du patient.

Article 6

Dans le cadre des séances individuelles, il peut y avoir d'une part un trajet d'accompagnement qui répond à une demande de soins individuelle et qui implique les partenaires et/ou les membres de la famille dans le parcours, de manière à soutenir le demandeur de soins et de promouvoir un changement positif durable.

D'autre part, il peut y avoir des séances au cours desquelles un trajet d'accompagnement répond à une demande de soins émanant d'un système (couple/famille). Dans ce cas, il existe une demande de soins émanant du système (couple/famille). Ces sessions sont enregistrées au nom de l'un des participants à la session.

Ces questions peuvent être abordées à la fois dans le cadre des soins psychologiques de première ligne et dans celui du traitement des problèmes légers à modérés.

Article 7 - Bilan fonctionnel.

1° La fonction traitement psychologique des problèmes légers à modérés n'est remboursable que sur la base d'un bilan fonctionnel qui, à titre d'exemple de bonne pratique, comprend en principe les éléments suivants :

- a) Coordonnées du patient, du psychologue/orthopédagogue clinicien et des autres prestataires de soins ;
- b) Description de la demande d'aide/des plaintes/des difficultés ;
- c) Description des facteurs contextuels pertinents et du réseau social dans lequel le patient évolue (y compris l'impact du contexte familial, la capacité à (continuer à) travailler, suivre un enseignement, avoir des contacts sociaux);
- d) Description de l'aide déjà fournie et de l'efficacité des interventions ;
- e) Objectifs du traitement
- f) Proposition en termes de traitement ultérieur, de points d'attention et de suggestions pour un soutien ultérieur (par le psychologue référent) ;
- g) Traitement à mettre en place (par le psychologue référent).



2° C'est le psychologue/orthopédagogue clinicien conventionné qui décide, sur base du **bilan fonctionnel**, si le bénéficiaire est éligible à la fonction de traitement psychologique de première ligne.

En vue de l'établissement d'un plan de soins, le médecin traitant² complète si nécessaire le bilan fonctionnel afin que les problèmes somatiques et psychiatriques soient également pris en compte dans le cadre de la poursuite du traitement. Le psychologue /orthopédagogue clinicien en discute d'abord avec le bénéficiaire et lui en explique l'objectif.; Si le bénéficiaire s'y oppose, le psychologue/orthopédagogue clinicien ajoute le refus écrit au dossier du patient. Dans ce cas, l'indemnité pour les séances peut être facturée sans que le médecin traitant ait pu réaliser le bilan fonctionnel en raison de l'absence de consentement.

Le bilan fonctionnel appartient au patient.

Le partage du bilan fonctionnel avec d'autres professionnels n'élude pas le respect du code professionnel sur le secret professionnel partagé.

3° Dans le cas où le bénéficiaire n'a pas de médecin traitant, le psychologue/orthopédagogue clinicien le note dans le dossier du patient³. Dans ce cas, l'indemnité pour les séances peut être facturée. Le psychologue/orthopédagogue clinicien est toutefois tenu d'orienter le bénéficiaire vers un médecin généraliste. Au cours de la série individuelle de traitements psychologiques dans la première ligne, une évaluation intermédiaire est effectuée via le bilan fonctionnel, tel qu'il a été établi lors du renvoi, ou via la concertation multidisciplinaire.

Si le psychologue/orthopédagogue clinicien estime que la demande de soins du patient ne peut être satisfaite dans le cadre de ce nombre de séances ou en cas de soins de crise, le psychologue/orthopédagogue clinicien se réfère à des soins de santé mentale spécialisés plus intensifs dans le réseau.

Article 8 - Soutien aux prestataires de soins et d'aide en première ligne et des activités spécifiques liées au travail dans les lieux d'accroche

§ 1. Les psychologues/orthopédagogues cliniciens indépendants et les psychologues/orthopédagogues cliniciens mis à disposition par les organisations avec lesquelles le réseau a conclu une convention peuvent être appelés à soutenir les prestataires de soins et d'aide dans la première ligne (par exemple, en cabinets de médecins généralistes).

Cela comprend :

- a) Soutien au travail en lieu d'accroche : par exemple, la coordination entre le psychologue/ orthopédagogue clinicien et l'organisation/le professionnel qui initie le

² Il peut s'agir du médecin généraliste ou de tout autre médecin avec lequel le bénéficiaire entretient une relation thérapeutique.

³ S'il existe un eConsent dans le cadre d'eHealth, le psychologue/orthopédagogue clinicien peut prendre connaissance du médecin détenteur du DMG dans l'application de l'ASBL IM.



travail en lieu d'accroche sur base des besoins des personnes venant sur le lieu d'accroche afin que l'offre soit adaptée aux besoins et complémentaire à l'offre existante ;

- b) Échanger des connaissances et des conseils et apporter un soutien aux acteurs de première ligne concernant une ou plusieurs personnes afin que l'acteur de première ligne soit en mesure d'entreprendre des interventions ciblées, ou qu'il puisse le ou les orienter de manière ciblée vers les soins les plus appropriés;
- c) Apporter un soutien à des acteurs de première ligne via la co-consultation ;
- d) Apporter un soutien, partager des connaissances et de l'expertise auprès d'un groupe d'acteurs (professionnels de la santé et/ou bénévoles) de la première ligne sur l'offre de soins psychologiques dans la première ligne, y compris sur les possibles interventions qu'ils peuvent eux-mêmes entreprendre pour soutenir le bénéficiaire avec une demande de soins psychiques.

Ce soutien s'effectue dans le cadre du nombre d'heures pour lequel le psychologue/orthopédagogue clinicien (désigné) s'est engagé dans la convention qu'il a signée avec le réseau.

Sur la base d'un appel auprès du lieu d'accroche et des candidatures au sein du réseau, le réseau convient avec le lieu d'accroche et un certain nombre de psychologues/orthopédoques cliniciens/ (désignés) de l'accomplissement de ces missions dans un nombre d'heures à convenir.

La mobilisation du nombre d'heures peut prendre la forme d'un nombre d'heures programmées à des moments fixes ou d'un nombre d'heures flexibles pouvant être utilisées (par exemple pour la co-consultation).

L'indemnisation est facturée conformément aux accords de réseau. Elle est facturée par heure prestée.

§ 2. Le réseau s'engage à consacrer des ressources au soutien, tel que visé au paragraphe 1er, dans des lieux d'accroche spécifiques définis par le comité d'accompagnement afin d'en renforcer la capacité. Cet engagement vise à renforcer l'offre spécifique à ces lieux d'accroche.

De cette manière, ce soutien sera plus ciblé et plus efficace dans tous les réseaux. Concrètement, cela sera possible à partir de 2024 pour au moins les lieux d'accroche suivants : pratiques de médecins, les *overkophuizen*-services d'Aide en Milieu Ouvert et les établissements scolaires, ...

§ 3. En ce qui concerne les missions mentionnées aux §§ 1, 2, les conditions suivantes s'appliquent :

- a) Il doit s'agir de missions pour lesquelles il n'existe pas encore de cadre réglementaire ou de financement.
- b) Les consultations, la communication, le soutien ou l'intervision ou les séances (fonctions) qui font déjà l'objet d'autres dispositions de la convention ne peuvent pas être remboursés par le biais de ces missions.
- c) Le reporting de ces autres missions se fait d'une part via l'attestation/la facturation à l'ASBL IM et d'autre part via le rapport d'activité annuel du réseau.



Processus d'orientation, de consultation et de reporting

Article 9

Les processus suivants s'appliquent à l'organisation des soins psychologiques dans le cadre des trois fonctions :

- 1° La prise de contact avec le psychologue/orthopédagogue clinicien peut se faire à l'initiative du bénéficiaire, de son entourage ou à la suite d'une orientation par un professionnel de la santé ou de l'aide. La période de 12 mois visée aux articles 5 §2, 9,8°, 15 §2 en 21 commence à la date d'exécution de la première séance.
- 2° Si, pendant la clarification de la demande/assessment ou après une intervention, il apparaît que le bénéficiaire a besoin d'un autre soutien psychologique et/ou d'un soutien plus intensif, le bénéficiaire sera orienté vers la fonction et la modalité les plus appropriées dans le cadre de la présente convention ou vers d'autres formes de soins qui répondent à ses besoins.
- 3° Le bilan fonctionnel est un outil de communication entre les partenaires et sert également d'indication pour le traitement psychologique dans la troisième fonction conformément à l'article 7, 2°.
- 4° Si une intervention psychologique a lieu, est interrompue/terminée ou est orientée vers la fonction 3, dans l'intérêt du bénéficiaire et sous réserve du consentement du bénéficiaire et/ou de ses parents ou de son tuteur légal, pendant l'intervention/la clôture ou après l'orientation, il devrait y avoir une communication avec le médecin titulaire du DMG ou avec le cabinet du médecin généraliste titulaire du DMG pour l'informer du soutien/l'accompagnement/ou pour discuter du suivi et/ou pour prévoir des soins de suivi appropriés.
- 5° Si l'évaluation intermédiaire montre qu'un renforcement du traitement psychologique de première ligne est nécessaire, une concertation (en ligne ou en face à face) peut être proposée au bénéficiaire. Cette concertation multidisciplinaire coordonne diverses interventions cliniques autour et en collaboration avec le bénéficiaire et son entourage, dans laquelle au minimum 3 participants dont minimum 2 prestataires de soins sont présents. Cette concertation ne peut avoir lieu qu'avec le consentement du bénéficiaire, de ses parents ou de son tuteur légal. Elle fait l'objet d'un rapport. Cette consultation peut être facturée dans la mesure où elle n'est pas déjà remboursée en vertu de la réglementation des entités fédérées sur la consultation multidisciplinaire ou si une prestation est déjà facturée pour cette consultation dans le cadre de la nomenclature des soins de santé. Cette consultation peut être facturée au maximum une fois par période de 12 mois et par bénéficiaire.

Règles de cumul

Article 10.

§ 1er. Pour les séances individuelles dans le cadre de la fonction de soutien psychologique de première ligne et de la fonction de traitement psychologique les conditions suivantes sont d'application :



- a) Les séances individuelles ne sont remboursées que si elles sont effectuées soit dans le cadre de la fonction de soutien psychologique de première ligne, soit dans le cadre de la fonction de traitement psychologique dans la première ligne ;
- b) Elles ne peuvent pas être effectuées au cours de la même période dans les deux fonctions, mais peuvent être effectuées consécutivement si cela s'avère nécessaire en fonction du besoin de soutien du bénéficiaire.

§ 2 Le cumul est possible sans limitation entre les sessions de groupe des fonctions 1, 2 et 3. Le cumul est également possible sans restriction entre les sessions de groupe et les sessions individuelles, ce qui signifie que le nombre de sessions de groupe n'est pas inclus dans le compteur du nombre de sessions individuelles.

§ 3. Seule une séance psychologique ou une intervention de groupe par jour et par bénéficiaire est remboursable, à l'exclusion d'une séance avec l'entourage.

§ 4. L'indemnité pour la concertation multidisciplinaire prévue à l'article 9, 8° ne peut être cumulée le même jour avec d'autres indemnités de concertation prévues par les entités fédérales ou dans la nomenclature des prestations de santé.

Missions du psychologue/orthopédagogue clinicien

Article 11.

Les indemnités prévues par la présente convention pour l'affectation des psychologues/orthopédaogues cliniciens ne peuvent être utilisées que pour le psychologue/orthopédagogue clinicien qui :

- 1° soutient la vision et les principes relatifs à l'organisation des soins de santé mentale qui sous-tendent la présente convention et a conclu une convention avec le réseau de santé mentale,
- 2° a conclu une convention avec le réseau de santé mentale et accepte les choix du réseau en ce qui concerne le déploiement des ressources en fonction de la répartition régionale au sein du réseau et des besoins de soins identifiés.
- 3° est titulaire d'un visa et d'un agrément en tant que psychologue/orthopédagogue clinicien et dispose d'un numéro INAMI dans ces conditions ou est titulaire d'un master en psychologie clinique/orthopédagogie clinique, effectue un stage professionnel en vue d'obtenir une accréditation en psychologie clinique/orthopédagogie clinique et est titulaire d'un visa provisoire et d'un numéro INAMI provisoire dans le cadre de ce stage.
- 4° en fonction des besoins du bénéficiaire et des séances/interventions de groupe qu'il a déjà suivies au sein du réseau santé mentale, informe le bénéficiaire du déroulement et du nombre de séances qui sont (encore) possibles. Le psychologue/orthopédagogue clinicien se base sur les informations du réseau SSM ou sur les informations fournies par le bénéficiaire dans le cadre de l'anamnèse ;
- 5° participe aux formations organisées localement par le réseau santé mentale sur le contenu et l'objectif de cette convention ainsi que sur le fonctionnement du réseau et sur la culture de la qualité recherchée ; participe à l'intervision/supervision avec les autres psychologues cliniciens/orthopédaogues ou autres professionnels du réseau. Cette intervention est organisée localement et coordonnée par le réseau de santé mentale ;



- 6° exécute les séances psychologiques et les autres missions dans la zone d'activité du réseau avec lequel il a conclu une convention ;
- 7° qu'il soit salarié ou indépendant il ne peut recevoir aucune autre rémunération pour la durée et la mission telles que stipulées dans la présente convention ;
- 8° tient un dossier patient individuel pour chaque bénéficiaire. Ce dossier est conforme aux dispositions générales du dossier du patient figurant dans la loi sur les droits des patients ;
- 9° dans le cadre de l'échange de données avec l'ASBL IM, atteste, via l'application web sécurisée, les prestations/missions effectuées, notifie les autres prestataires de soins et d'aide en cas de séance de groupe ou de concertation multidisciplinaire et notifie les interventions personnelles collectées par bénéficiaire. Cette application web fournit des informations sur l'assurabilité du bénéficiaire. Dans le cas où une séance de groupe est supervisée par deux psychologues/orthopédagogue cliniciens, les données sont communiquées par le psychologue/orthopédagogue clinicien qui a perçu le ticket modérateur. A cet effet, les pseudocodes tels qu'énumérés à l'annexe 1 de la présente convention sont utilisés.
- 10° applique une pratique éthique fondée sur des lignes directrices « evidence based practice » dans la fonction exécutée telle que visée dans l'introduction.
- 11° Collabore avec les chercheurs pour l'étude scientifique visant à évaluer certains aspects de la convention (comme le travail sur site) et sensibilise les bénéficiaires à participer à cette étude.

Développer une culture de la qualité

Article 12.

Le réseau de santé mentale s'engage à participer activement à la poursuite et au développement d'une culture de la qualité conformément aux initiatives fédérales et des entités fédérées. Le développement d'une culture de la qualité au sein du réseau de santé mentale implique le partage de convictions, de valeurs, d'attitudes, d'institutions et de modèles de comportement visant à l'amélioration continue de la qualité de la prestation des soins : pour des soins sûrs, efficaces, efficaces, égaux et opportuns, centrés sur le patient. Le focus sur le patient est un élément important de la qualité : concrètement, il convient d'encourager la prise de décision partagée, le travail axé sur le rétablissement, la responsabilisation, l'inclusion, ...

Pour favoriser un changement de mentalité, la culture de la qualité devrait faire partie de toutes les missions du réseau de santé mentale, des missions de chaque partenariat multidisciplinaire ou de chaque prestataire de soins/institution de soins ou organisation impliquée dans les soins, ainsi que des patients et des aidants proches.

Une culture de la qualité est développée par :

- 1° Doter le réseau SSM et tous ses partenaires d'un système de qualité avec 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, soutenir et accompagner les prestataires de soins dans l'amélioration de la qualité et expliquer 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 résultat, prévoir un processus de suivi et d'évaluation et intervenir lorsque les changements n'aboutissent pas.



- 4° Une culture de la qualité en tant qu'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 des interventions/supervisions y contribueront.
- 5° Mesurer et suivre la satisfaction et les expériences des patients et des familles, ainsi que celles des prestataires de soins de santé.
- 6° Communiquer et discuter de manière transparente les résultats des évaluations entre les partenaires du réseau.

Dans le cadre des ressources dont il dispose pour mettre en œuvre et soutenir cette convention, le gouvernement soutiendra les réseaux et tous les partenaires impliqués dans le développement d'une culture de la qualité. Cela peut inclure des initiatives où des interventions sont organisées entre les réseaux et les représentants des prestataires de soins, des organismes assureurs et des organisations de patients et de familles représentées au sein du comité d'accompagnement.

Missions du réseau pendant la durée de la convention

Article 13

§ 1er. Le réseau de santé mentale s'engage à :

- 1° Garantir, par l'intermédiaire de l'institution perceptrice, le remboursement des prestations/missions conformément aux dispositions prévues à l'article 14. A cet effet, l'institution perceptrice introduit dans l'application web de l'ASBL IM les coordonnées des psychologues/orthopédagogues cliniciens qui ont conclu une convention avec le réseau ou qui sont mis à disposition par une organisation.
- 2° Fournir un outil permettant d'orienter les patients vers le psychologue/orthopédagogue clinicien le plus approprié.
- 3° Conclure des accords sur la répartition des ressources disponibles, sur la base de la stratification des risques de la population (gestion de la population), afin de parvenir à une répartition équilibrée des capacités disponibles entre les trois fonctions, soutenir les programmes de formation fédéraux et organiser l'intervention/supervision en matière de soins psychologiques.
- 4° Au sein des réseaux d'enfants/adolescents et d'adultes/personnes âgées contribuer à la mise en œuvre du protocole d'accord du 8 novembre 2023, conclu au sein de la Conférence interministérielle de santé publique en matière de soins intégrés, dont les modalités seront précisées ultérieurement et pourront faire l'objet d'un avenant (accords sur la gouvernance, l'organisation des soins, l'évaluation, la gestion de la population, la coopération entre les soins somatiques et les soins de santé mentale, etc.).
- 5° Accomplir avec le coordinateur local des missions visant à réaliser la mise en œuvre et le développement des fonctions psychologiques et des missions du réseau de santé mentale dans le cadre de la présente convention. Pour ce faire, le réseau tient compte des modalités relatives au rôle spécifique et les compétences que cette personne doit avoir mis à disposition par le SPF Santé publique. Le réseau dispose d'un minimum de x ETP pour cette fonction.
- 6° Pour réaliser les 3 fonctions et les missions de l'article 8, faire appel à des prestataires de soins ou d'aide indépendants et/ou à des organisations avec lesquelles le réseau conclut une convention (de collaboration). Cette convention (de collaboration)



contiendra au moins les articles repris dans le modèle tel qu'approuvé par le Comité de l'assurance de l'INAMI. Ce faisant, le réseau garantit également la transparence des possibilités et des critères de conclure une convention (de collaboration) avec des prestataires de soins ou d'assistance indépendants et/ou des organisations.

- 7° Conclure des conventions avec d'autres prestataires de soins ou d'aide/experts/acteurs communautaires pour la fourniture de prestations de groupe en collaboration avec un psychologue/orthopédagogue clinicien conventionné. Cette convention (de collaboration) contient au moins les articles repris dans le modèle tel qu'approuvé par le Comité de l'assurance de l'INAMI.
- 8° Prendre des initiatives visant à développer la culture de la qualité visée à l'article 12 avec le soutien des autorités.
- 9° Ne pas payer de frais pour les prestations/interventions qui sont déjà remboursées par un autre gouvernement ou règlement.
- 10° Pour les psychologues/orthopédagogue cliniciens, salariés ou non, seuls des honoraires peuvent être versés :
 - a) pour les missions décrites dans la présente convention, et
 - b) dans la mesure où il ne s'agit pas des sessions/interventions visées au point 9°, et
 - c) si ces honoraires figurent sous une rubrique distincte dans les comptes du psychologue/orthopédagogue clinicien ou de l'organisation agréé.
- 11° Fournir une formation sur le fonctionnement du réseau et la coordination de l'intervention/supervision.
- 12° Rédiger et soumettre des rapports au gouvernement démontrant, d'une part, la durabilité de la gouvernance du réseau SSM et, d'autre part, la concrétisation des missions telles que visées dans la présente convention et évaluées. La méthode de rapportage (contenu - modèle et fréquence) sera encore élaborée en concertation avec les représentants au sein du comité d'accompagnement (y compris une représentation des réseaux SSM) et en coordination avec d'autres initiatives du SPF Santé publique en matière de rapportage ("only once") ;
- 13° Collaborer à une étude d'évaluation menée dans le cadre de cette convention. Le protocole de recherche sera élaboré sur la base d'une mission, sur proposition du comité d'accompagnement.
- 14° Communiquer les programmes d'interventions communautaires et les séances de groupe des fonctions 2 et 3 à l'INAMI, pour publication sur une plateforme fédérale.
- 15° Convenir avec les organisations travaillant sur les lieux d'accroche d'une indemnité exceptionnelle et temporaire pour le démarrage de travaux sur les lieux d'accroche dans des situations où cela pose un problème pour des raisons de faisabilité financière de l'organisation.
- 16° Maintenir à jour les informations relatives à l'offre de soins psychologiques dans la zone d'activité sur son propre site web, afin que le moteur de recherche de l'INAMI puisse s'y référer. Le réseau renseigne également l'INAMI en cas de changement de lien URL afin de s'assurer que celui-ci reste à jour dans le moteur de recherche.

§ 2. Le réseau peut conclure une convention avec une organisation aux conditions suivantes :

- 1° le réseau évalue lui-même, en fonction de ses besoins et de l'offre de cette organisation, dans quelle mesure il souhaite conclure une convention avec celle-ci ;
- 2° Le réseau convient avec l'organisation du groupe cible et de l'objectif des prestations de manière qu'ils s'intègrent dans la présente convention conclue avec l'INAMI.



- 3° L'organisation désigne le psychologue/orthopédagogue clinicien salarié ou d'autres prestataires de soins ou d'aide salariés pour les missions proposées par le réseau.
- 4° Chaque organisation qui reçoit des fonds à cette fin les comptabilise dans une rubrique distincte de ses comptes.
- 5° Un double financement doit être exclu : les organisations remplissent une mission pour la convention qui s'ajoute à leurs missions pour lesquelles elles peuvent déjà éventuellement être financées par le gouvernement fédéral ou une entité fédérée. Le financement des missions de la convention est destiné à financer un nombre d'heures ou un recrutement supplémentaire. Ceci peut être vérifié à tout moment par l'échange des informations disponibles entre les autorités concernées. Des sanctions sont prévues.

Le réseau **ne peut pas** conclure de convention avec un organisme d'hébergement qui n'est pas reconnu⁴ pour cela ou autorisé par l'autorité reconnue. Au moindre doute d'un réseau sur la reconnaissance d'une institution, il lui est demandé de s'adresser à l'administration de l'administration concernée.

Les réseaux santé mentale surveillent l'utilisation des ressources en fonction de la gestion et de la stratification de la population (cartographie des besoins en soins psychologiques)

Budget global des ressources financières par réseau

Article 14

§ 1. Pour l'exécution des missions dans le cadre de la présente convention, le réseau peut disposer d'un budget global de l'assurance obligatoire des soins de santé sur une base annuelle de xxxxxx, qui est composé de la manière suivante :

- a) budget de base euros,
- b) budget pour les missions spécifiques :
 - a. euros pour les sessions des stagiaires
 - b. euros pour des travaux spécifiques en lieu d'accroche (article 8, § 2)
 - c. euros pour les troubles alimentaires chez les enfants et les jeunes (limité aux réseaux E&A)
 - d. euros pour les soins et le soutien psychologiques dans les prisons (limité à 10 réseaux).

Il appartient au réseau d'assurer une utilisation efficace du budget de base et du budget pour les missions spécifiques. Dans le cadre des missions spécifiques prévues à l'article 8, le réseau passe des accords avec ces lieux d'accroche.

§ 2. Un maximum de xxx euros du budget annuel peut être utilisé pour rembourser les frais de fonctionnement suivants :

- 1° La gouvernance de cette convention, le soutien du réseau dans la mise en œuvre des trois fonctions et des activités visées à l'article 8 ;
- 2° Le développement d'une culture de la qualité telle que visée à l'article 12 ;
- 3° Les initiatives concernant l'enregistrement de l'activité, y compris pour les rapports aux autorités (voir article 13, 12°) ;
- 4° Participation à la l'étude d'évaluation ;

⁴ si un organisme perd son agrément pendant la durée de la convention avec le réseau, il doit le notifier au réseau et ce dernier doit mettre fin à la convention avec l'organisme.



- 5° Le coordinateur local ;
- 6° L'organisation de formations liées au fonctionnement du réseau et de l'intervision/supervision visée à l'article 13, §1, 3° ;
- 7° La gestion de la convention avec les psychologues/orthopédagogues cliniciens ou avec les autres acteurs qui reçoivent des missions dans le cadre de cette convention et de l'ensemble du processus de facturation et de paiement. Ce coût s'élève à un maximum de 30.000 euros. Ce montant sera évalué et éventuellement adapté en fonction des dépenses réelles pour ces missions.
- 8° Remboursement des frais liés au travail sur lieu d'accroche : frais de démarrage et de coordination tels que visés à l'article 13, §1^{er}, 15°
- 9° Charges de crédit à court terme auprès d'une institution financière pour assurer l'exécution normale des missions des réseaux dans le cadre de la présente convention.
- 10° Rémunération pour le temps passé et l'expertise pour réaliser les missions liées à la mise en œuvre de cette convention :
 - a) Il s'agit des acteurs qui contribuent temporairement au développement des soins psychologiques dans les soins de santé primaires au niveau du partenariat local reconnu ou désigné par les entités fédérées ;
 - b) La somme de ces remboursements ne dépasse pas 5% (1/20ème) du budget de fonctionnement ;
 - c) Le montant du remboursement est convenu au sein du réseau ; les tarifs de l'assurance maladie peuvent être utilisés à titre indicatif. L'établissement collecteur doit établir une fiche fiscale.
 - d) Le contributeur d'un groupe d'intérêt n'a pas droit à ce remboursement.

À cette fin, des pseudocodes sont attribués aux centres de frais suivants :

727112	Gouvernance et soutien du réseau pour la mise en œuvre des trois fonctions et des missions visées à l'article 8 (y compris les coûts de communication avec les acteurs, les réunions, les frais de déplacement, le coût des logiciels et du matériel nécessaires au niveau du réseau pour soutenir la mise en œuvre des missions (à l'exception de ceux utilisés par les prestataires de soins)).
727134	Développement d'une culture de la qualité
727156	Enregistrement des initiatives et rapports au gouvernement
727171	Participation à l'étude d'évaluation
727193	Coordinateur local et autres frais de personnel
727215	Formation sur le fonctionnement du réseau
727230	Frais de l'hôpital pour la charge administrative (artikel 14, § 2, 8°)
727252	Frais pour le travail en lieu d'accroche : Coûts de démarrage et de coordination du lieu d'accroche tel que visé à l'article_13, § 1, 15°.
727263	Frais de crédit à la banque à court terme auprès d'une institution financière pour assurer l'exécution normale des missions des réseaux dans le cadre de la présente convention
727285	Rémunération du temps de travail et de l'expertise pour l'accomplissement des missions liées à la mise en œuvre de la convention



D'autres centres de frais peuvent être ajoutés à cette liste par l'INAMI. Le cas échéant, ils seront publiés sur le site web de l'INAMI.

Le remboursement de ces frais est effectué dans les conditions suivantes :

- 1° Sur une base mensuelle, l'institution perceptrice ajoute ces frais (en indiquant le pseudocode) dans la facture électronique centrale dans laquelle les soins sont également facturés comme indiqué au § 3.
Ces frais seront remboursés jusqu'à concurrence du montant maximum stipulé au premier paragraphe. Ces frais peuvent être introduits au plus tard 3 mois après la fin de la convention.
Les factures des frais de fonctionnement relatifs à la convention valable jusqu'au 31 décembre 2023 et facturés après le 5 avril 2024 seront imputées au budget de fonctionnement 2024.
- 2° L'hôpital percepateur tient à sa disposition toutes les pièces justificatives des frais facturés possibles : factures, fiches de paie, rapports d'actions, rapports de réunions, remboursement de séances, etc.
- 3° Ne sont pas remboursés dans ce cadre : les frais pour les investissements dont la durée normale d'amortissement est de 4 ans ou plus.

§ 3. Un minimum de xxxxxx euros du budget annuel visé au §1 doit être utilisé pour le remboursement des soins (budget des soins).

Un maximum de 45 % de ce budget pour les soins est utilisé pour le remboursement des soins relevant de la fonction 3 (de traitement psychologique de première ligne pour les problèmes légers à modérés) visés à l'article 5, y compris le coût de la concertation multidisciplinaire visée à l'article 9, 8°. Le déploiement des ressources entre les trois fonctions et les autres missions est contrôlé par le comité d'accompagnement.

§ 4. Les organismes assureurs mettent à disposition une application web via l'ASBL IM dans laquelle les données relatives aux prestations/missions effectuées par le psychologue/orthopédagogue clinicien, les données des autres prestataires de soins et d'aide dans les séances de groupe ou dans la concertation multidisciplinaire, les données relatives à l'établissement d'un bilan fonctionnel dans le cas de soins spécialisés et la quote-part personnelle perçue au titre des frais visés à l'article 14, § 2, 2^{de} alinéa peuvent être attestées dans un environnement sécurisé approuvé par le Comité de sécurité de l'information.

Dans le courant de 2024, en concertation avec la Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité et Fedasil, l'utilisation de l'application web sera étendue aux demandeurs d'asile.

En vue du remboursement des prestations/missions effectuées, l'institution perceptrice a toujours accès à ces données. Le psychologue/orthopédagogue clinicien atteste/facture par bénéficiaire⁵ les prestations/missions effectuées (via un système de pseudocodes) dans l'application web au plus tard le 5^{eme} jour du troisième mois suivant le mois auquel elles se rapportent. Passé ce délai, les services ne peuvent plus être facturés et rémunérés. Une exception est prévue pour les situations où il y a un problème d'assurabilité. Dans ce cas, la facturation doit avoir lieu dans les trois mois suivant la résolution du problème d'assurabilité.

⁵ Dans le cas d'une session de groupe dans le cadre de la fonction 1, seul le nombre de bénéficiaires présents à la session de groupe est mentionné.



Si un bénéficiaire a des séances individuelles avec plusieurs psychologues au sein de la même fonction, celles-ci sont remboursées pour l'ensemble des prestataires jusqu'à concurrence du nombre maximum par bénéficiaire tel que stipulé à l'article 5, §2. Si le nombre maximum est dépassé, c'est le premier prestataire facturant qui est remboursé dans la limite du nombre maximum.

La liste des pseudocodes figure à l'annexe 1 de la présente convention. Tout ajout ou modification de pseudocodes sera publié sur le site web de l'INAMI.

Les dispensateurs de soins et d'aide individuels conservent dans leurs dossiers toutes les pièces justificatives des prestations/missions qu'ils ont attestées.

Sur base des données attestées/facturées au plus tard le 5^{ème} jour du mois et compte tenu des indemnités visées à l'article 14, l'ASBL verse à l'organisme perceptrice le montant correspondant au plus tard le 21^{ème} jour du mois.

Sur base des données attestées/facturées au plus tard le 5^{ème} jour du mois et compte tenu des indemnités visées à l'article 16, l'institution perceptrice paie les psychologues/orthopédagogues cliniciens, les organisations agréées ou les autres prestataires de soins au plus tard à la fin du mois au cours duquel l'attestation/la facturation a été effectuée.

Outre l'enregistrement des prestations/missions, l'application web permet :

- 1° Que le psychologue/orthopédagogue clinicien puisse prendre connaissance des données d'assurabilité du patient, du nombre de séances déjà attestées et si une concertation multidisciplinaire a déjà eu lieu ;
- 2° Que le réseau soit informé des soins fournis et d'un ensemble de données individuelles et agrégées destinées à soutenir l'évaluation du réseau, et ce dans un délai maximum d'un mois après le mois au cours duquel les données ont été transmises.
- 3° Le SPF Santé publique et l'INAMI sont informés de la prestation de soins attestée et d'un ensemble de données agrégées qui permettent d'évaluer la convention avec le réseau, et ce dans un délai maximum d'un mois après le mois au cours duquel les données ont été transmises.

§ 5. Le total des montants remboursés au cours d'une année civile ne peut jamais dépasser le budget mentionné au § 1er.

§ 6. Les paiements de l'ASBL IM sont effectués sur le numéro de compte qui lui a été communiqué par l'institution perceptrice.

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

Article 15

§ 1. Les montants mentionnés ci-dessous comprennent la quote-part personnelle prévue à l'article 18.



§ 2. Les montants ci-dessous, à l'exception de la quote-part personnelle du bénéficiaire, et imputés à l'utilisation du budget visé à l'article 14, sont soumis aux conditions suivantes :

1° Au terme d'un trajet, une indemnité peut être perçue pour couvrir les coûts des activités dans le cadre de la collaboration multidisciplinaire avec d'autres acteurs (élaboration du bilan fonctionnel, prise de contact avec d'autres prestataires de soins et d'aide, contacts lors de l'inscription, rapport au cabinet médical et au médecin détenteur du DMG, etc.)

Au cas où le bénéficiaire a eu un suivi avec un psychologue/orthopédaogogue clinicien, cette indemnité s'élève à 69,35 euros et est facturée par le psychologue/orthopédaogogue clinicien lors de la dernière séance. Cette indemnité n'est due que si au moins 3 séances ont été réalisées.

Si le bénéficiaire a eu un suivi auprès d'un psychologue/orthopédaogogue clinicien et a ensuite été orienté vers un autre psychologue/orthopédaogogue clinicien, les indemnités suivantes s'appliquent :

- a) S'il y a eu au moins deux séances avec le premier psychologue/orthopédaogogue clinicien et qu'une réorientation a été convenue vers un autre psychologue/orthopédaogogue clinicien, une indemnité de 34,68 euros peut être facturée à l'issue de la dernière séance par le psychologue/orthopédaogogue clinicien référent.
- b) Le psychologue/orthopédaogogue clinicien qui reprend le suivi d'un bénéficiaire après avoir été réorienté par un premier psychologue/orthopédaogogue clinicien peut facturer une indemnité de 34,68 euros s'il y a eu au moins 2 séances après l'orientation.

Dans le cas des séances de groupe, une indemnité peut être perçue à condition que le bénéficiaire ait bénéficié d'une séance individuelle avant la séance de groupe et d'une séance individuelle après la séance groupe, qu'un bilan fonctionnel ait été établi et que, sauf en cas de refus du patient, des contacts aient été pris avec d'autres prestataires de soins ou d'aide dans l'entourage du patient, y compris le (cabinet du) médecin généraliste détenant le DMG.

Ces montants ne sont remboursables qu'une seule fois par période de 12 mois et par bénéficiaire.

2° Pour une "séance psychologique de 60 minutes" telle que visée à l'article 5, § 2, 86,69 euros (comprenant la quote-part personnelle du bénéficiaire) peuvent être facturés.

Outre le contact individuel avec le patient, cette rémunération couvre également la préparation et la tenue du dossier (électronique) du patient, l'attestation des prestations à l'ASBL IM et l'enregistrement des données comme demandé par le réseau SSM.

3° Pour une "intervention de groupe communautaire de 120 minutes" visée à l'article 5, §1er et pour une "intervention de groupe de 120 minutes" visée à l'article 5, § 2 :

- 231,18 euros seront facturés par le psychologue/orthopédaogogue clinicien et par le médecin si la séance est assurée par 2 psychologues/orthopédaogogues cliniciens ou par un psychologue/orthopédaogogue clinicien et un médecin.
- 145,65 euros peuvent être facturés par l'autre prestataire de soins et d'aide/expert du vécu/acteur communautaire si la séance est assurée par un psychologue/orthopédaogogue clinicien et un autre prestataire de soins et d'aide/expert du vécu/acteur communautaire.



Ces indemnités pour les deux prestataires sont attestées par le psychologue/orthopédagogue clinicien conventionné dans le cadre de l'application de l'ASBL IM.

4° Pour le remboursement de la participation à la concertation multidisciplinaire visée à l'article 9, 8°, pour chaque professionnel participant à la concertation, un montant de 21,67 euros pour une concertation d'au moins 15 minutes peut être facturé pour chaque professionnel participant à la concertation. Ce montant peut être facturé au maximum 3 fois par consultation. Cette consultation peut être facturée au maximum 4 fois par période de 12 mois par bénéficiaire. Cette consultation peut être facturée plusieurs fois par jour à condition qu'il s'agisse d'une consultation d'au moins 30 minutes, d'au moins 45 minutes ou d'au moins 60 minutes respectivement. C'est le psychologue/orthopédagogue clinicien qui atteste l'indemnité des participants concernés dans l'application web. Cette concertation peut être facturée au maximum 1 fois par période de 12 mois par bénéficiaire.

5° Pour les missions visées à l'article 8, une rémunération de 86,69 euros maximum par heure travaillée peut-être perçue.

Référence à d'autres conventions INAMI

Article 16

§1. Les prestations spécifiques (pseudocodes 400352, 400175 et 400315) prévues pour les psychologues/orthopédagogue cliniciens dans la convention "Covid-19 long pour une approche de soins adaptée en première ligne" du 27 juillet 2022 sont attestées et remboursées par l'application de l'ASBL IM selon les termes de la convention Covid-19 long.

Ces indemnités sont attestées par le psychologue/orthopédagogue clinicien dans le cadre de l'application de l'ASBL IM.

§2. Pour une prise en charge psychologique dans le cadre d'un « trajet de soins troubles du comportement alimentaire » tel que défini dans le cadre de la convention « Projet transversal 5 : Trajet de soins 'troubles du comportement alimentaire chez les enfants et adolescents' », l'offre de soins s'appuie sur la présente convention et respecte ses modalités. Les prestations sont donc également facturées dans l'application de l'asbl IM.

Indexation

Article 17

Les montants mentionnés aux articles 14 et 15, à l'exclusion de la quote-part personnelle du bénéficiaire, sont indexés annuellement selon les dispositions 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.



Par dérogation au paragraphe précédent, le Comité d'accompagnement visé à l'article 20 peut décider, au plus tard le 31 décembre de l'année en cours, de proposer au Comité de l'assurance d'utiliser la marge financière pour l'indexation des indemnités prévues dans l'objectif budgétaire d'une manière différente pour l'année civile suivante.

La quote-part personnelle du bénéficiaire Enregistrement des bénéficiaires dans l'application web

Article 18

§ 1. La quote-part personnelle par séance psychologique individuelle pour les bénéficiaires âgés de 24 ans et plus est de 4 euros pour le bénéficiaire ayant droit à l'intervention majorée et de 11 euros pour le bénéficiaire n'ayant pas droit à cette intervention majorée.

Par dérogation au premier alinéa, pour les bénéficiaires âgés de 24 ans et plus, la première séance individuelle, qu'elle relève de la fonction de soutien psychologique de première ligne, ou de la fonction de traitement des problèmes légers à modérés n'est pas redevable d'une quote-part personnelle par période de 12 mois.

Pour les bénéficiaires âgés de 23 ans et moins, aucune quote-part personnelle n'est due pour les séances individuelles.

Les bénéficiaires des interventions individuelles sont toujours enregistrés dans l'application web fournie par les institutions d'assurance par l'intermédiaire de l'ASBL IM.

§ 2. Aucune quote-part personnelle n'est due pour la participation à la fonction d'offre de groupe communautaire.

Les participants à l'offre de groupe communautaire ne sont pas enregistrés dans l'application web fournie par les organismes assureurs par l'intermédiaire de l'ASBL IM. Le psychologue/orthopédagogue clinicien enregistre dans l'application la date de l'intervention et le nombre total de participants.

§ 3. Pour la participation à des séances de groupe dans la fonction de soutien psychologique de première ligne et la fonction de traitement psychologique de première ligne des problèmes légers à modérés, la quote-part personnelle pour les bénéficiaires âgés de 24 ans et plus est de 2,5 euros par bénéficiaire et par séance.

Pour les bénéficiaires jusqu'à 23 ans inclus, aucune quote-part personnelle n'est due pour les séances de groupe.

Les participants aux séances de groupe dans le cadre de la fonction de soutien psychologique de première ligne et de la fonction de traitement psychologique de première ligne des problèmes légers à modérés sont toutefois enregistrés dans l'application web fournie par les organismes assureurs par l'intermédiaire de l'ASBL IM.

§ 4. En cas de missions visées à l'article 8, aucune quote-part personnelle n'est due.

§ 5. Le prestataire de soins remet au bénéficiaire un document justificatif conformément à l'article 53 de la loi du 14 juillet 1994.



§ 6. En dehors de la quote-part personnelle, ni le psychologue/orthopédagogue clinicien, ni le réseau, ni l'institution perceptrice ne facturent de supplément au bénéficiaire.

Groupes cibles Enfants/adolescents et adultes/personnes âgées

Article 19

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

- 1° Un bénéficiaire peut être suivi par un psychologue/orthopédagogue qui a conclu une convention avec un réseau pour enfants/adolescents jusqu'à l'âge de 23 ans compris.
- 2° Un bénéficiaire peut être suivi par un psychologue/orthopédagogue qui a conclu une convention avec un réseau pour 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.

Les proches, tels que le(s) parent(s), les enseignants, les membres de la famille ou les partenaires des bénéficiaires, peuvent également être présents pendant la séance, avec le consentement du bénéficiaire. Chaque séance avec les proches, compte pour une séance.

Suivi - Comité d'accompagnement

Article 20

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

- 1° 6 représentants des associations professionnelles représentatives des psychologues cliniciens et des orthopédagogues cliniciens, dont un nombre égal de néerlandophones et de francophones ;
- 2° 2 représentants des organisations de familles, dont un néerlandophone et un francophone.
- 3° 2 représentants d'associations de patients, dont un néerlandophone et un francophone.
- 4° 6 représentants des organisations hospitalières.
- 5° 6 représentants des organismes assureurs
- 6° 4 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.
- 7° 2 psychiatres désignés par les organisations représentant les médecins au sein du comité de l'assurance, dont un néerlandophone et un francophone ;
- 8° 6 représentants des réseaux SSM, dont 3 des réseaux enfants et adolescents et 3 des réseaux adultes (coordinateurs ou/et coordinateurs locaux) ;
- 9° 2 experts du SPF Santé publique qui soutiennent les réseaux SSM et les hôpitaux dans la mise en œuvre de cette convention ;
- 10° L'administration de l'INAMI ;



11° Un conseiller du ministre des Affaires sociales et un conseiller du ministre de la Santé publique ;

12° Un représentant des administrations des entités fédérées concernées.

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

1° Formuler une proposition de rapport et d'enregistrement des données

2° Le suivi global des missions du réseau prévues dans la présente convention et de la rémunération des trois fonctions et missions prévues à l'article 8 ;

3° Analyse des rapports transmis par les réseaux SSM ;

4° Formuler une recommandation concernant un projet de protocole de recherche pour la poursuite de l'évaluation des missions dans le cadre de la convention, avec une évaluation de la qualité ;

5° Soumettre des solutions aux problèmes relatifs à l'exécution de la présente convention pendant la durée de celui-ci ;

6° Evaluer les montants inclus dans cette convention

7° Décision sur l'utilisation de la marge d'indexation annuelle

8° Proposer des modifications à la convention par le biais d'avenants

9° Le monitoring des dépenses et, si nécessaire, proposer des mesures visant à optimiser l'utilisation des budgets de santé des réseaux.

Dispositions transitoires de la convention actuelle

Article 21

Pour la détermination du nombre de séances individuelles visées à l'article 5, §2, il est tenu compte du nombre de séances déjà réalisées en application de la précédente convention du 26 juillet 2021 conclue entre le Comité de l'assurance, le réseau de santé mentale et l'hôpital sur le financement des fonctions psychologiques en première ligne par le biais de réseaux et de partenariats multidisciplinaires locaux.

Les compteurs concernant le nombre maximum de séances individuelles par période de 12 mois seront donc maintenus pour les trajectoires initiées lors de la convention précédente du 26 juillet 2021.

Pendant une période transitoire allant du 1^{er} janvier 2024 au 31 mars 2024, les dispositions suivantes de la convention du 26 juillet 2021 et les avenants associés continueront à s'appliquer :

- Article 3: Missions fonction de soins psychologiques de première ligne
- Article 4: Dispositions spécifiques relatives aux sessions de traitement dans la fonction des soins psychologiques de première ligne
- Article 5: Fonction de soins psychologiques spécialisés - Attribution
- Article 6: Dispositions spécifiques relatives aux sessions de traitement dans la fonction de soins psychologiques spécialisés
- Article 6/1 : Autres missions
- Article 7: Processus d'orientation, de consultation et de rapport
- Article 8: Règles de cumul
- Article 14: montants des interventions
- Article 16: Intervention personnelle du bénéficiaire



- Utilisation des pseudocodes correspondants.

Par dérogation à l'alinéa précédent, à partir du 1er février 2024, la quote-part personnelle des bénéficiaires âgés de moins de 24 ans à la date de la prestation n'est plus due.

Assurance responsabilité civile professionnelle

Article 22

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 de la nécessité de souscrire une assurance responsabilité civile professionnelle.

Contrôle

Article 23

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.

Tribunaux compétents

Article 24

Tout litige entre les parties concernant la présente convention est soumis à la compétence exclusive des tribunaux de Bruxelles.

Période de validité de la convention

Article 25

§ 1. L'article 14 de cette convention entre en vigueur le 1er janvier 2024, sauf les articles suivants qui entrent en vigueur le 1er avril 2024 :

- Article 3: les fonctions de soins psychologiques dans la première ligne
- Article 4: description fonctions

Elle remplace, à compter du premier janvier 2024, la convention conclue entre le Comité d'assurance, le réseau de santé mentale et l'hôpital sur les soins psychologiques dans la première ligne à l'exception des articles 3, 4, 5, 6, 6/1, 7 6°, 14 et 16 de la convention du 26 juillet 2021 qui restent applicables jusqu'au 31 mars 2024, y compris les pseudocodes figurant en annexe.

§ 2. La présente convention est valable jusqu'au 31 décembre 2026 et n'est pas renouvelée par reconduction tacite.



En outre, la présente convention prend fin automatiquement et de plein droit dès l'entrée en vigueur d'une nouvelle convention approuvée par le comité de l'assurance.

§ 3. La non-signature d'un avenant proposé par le comité de l'assurance entraîne la résiliation de plein droit du contrat avec effet au premier jour du troisième mois suivant l'envoi de l'avenant.

Bruxelles,

Pour le Comité de l'assurance :

Le fonctionnaire dirigeant,
Daubie Mickael

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

Pour l'hôpital, nom et prénom,
(directeur général de l'hôpital
percepteur)



Annexe 1 : liste des pseudocodes

pseudocode	description
FONCTION 1	
726412	Intervention Communautaire – Groupe - Psychologue/orthopédagogue
726434	Intervention Communautaire – Groupe - Médecin
726456	Intervention Communautaire – Groupe - Autre prestataire Soins-Aide
FONCTION 2	
726471	Soutien Première ligne – Individuel – première séance - cabinet
726493	Soutien Première ligne – Individuel – première séance – lieu d'accroche
726515	Soutien Première ligne – Individuel – première séance – chez le bénéficiaire
726530	Soutien Première ligne - Individuel – cabinet – bénéficiaire seul
726552	Soutien Première ligne - Individuel - lieu d'accroche – bénéficiaire seul
726574	Soutien Première ligne - Individuel – cabinet – bénéficiaire avec entourage/entourage seul
726596	Soutien Première ligne - Individuel - lieu d'accroche – bénéficiaire avec entourage/entourage seul
726611	Soutien Première ligne - Individuel - chez le bénéficiaire
726633	Soutien Première ligne - Individuel - à distance
726655	Soutien Première ligne - Groupe – Psychologue/orthopédagogue
726670	Soutien Première ligne - Groupe – Médecin
726692	Soutien Première ligne - Groupe – Autre prestataire Soins-Aide
FONCTION 3	
726714	Traitement - Individuel – première séance - cabinet
726736	Traitement - Individuel – première séance - lieu d'accroche
726751	Traitement - Individuel – première séance - chez le bénéficiaire
726773	Traitement - Individuel - cabinet – bénéficiaire seul
726795	Traitement - Individuel - lieu d'accroche – bénéficiaire seul
726810	Traitement - Individuel - cabinet – bénéficiaire avec entourage/entourage seul
726832	Traitement - Individuel - lieu d'accroche – bénéficiaire avec entourage/entourage seul
726854	Traitement - Individuel – chez le bénéficiaire
726876	Traitement - Individuel - à distance
726891	Traitement - Groupe – Psychologue/orthopédagogue
726913	Traitement - Groupe – Médecin
726935	Traitement - Groupe – Autre prestataire Soins-Aide
MISSIONS DE SOUTIEN _ Fonctions 1, 2 et 3	
726950	Conseil et partage de connaissance à un acteur de première ligne
726972	Partage d'expertise à un groupe d'acteurs de première ligne
726994	Préparation au Travail en lieu d'accroche
727016	Co-consultation aux acteurs de premières ligne
CODES ADMINISTRATIFS – Fonction 2 et 3	
727031	Participation à la concertation multidisciplinaire
727053	Trajet de soins sans renvoi
727075	Trajet de soins avant renvoi
727090	Trajet de soins après renvoi
COVID	
400352	Traitement par un psychologue dans le cadre du trajet de soins Post-Covid-19



400175	Intervention globale pour l'organisation, la coordination et l'administration de la concertation d'équipe dans le cadre du suivi d'un patient post-COVID-19 (par période de 6 mois) - coordonateur de soins
400315	Participation à la concertation d'équipe dans le cadre du suivi des patients post-Covid-19 pour un psychologue

Tout ajout ou modification de pseudocodes sera publié sur le site web de l'INAMI.

