



**Service des soins de santé**

---

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

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

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

Il est convenu ce qui suit, entre,

D'une part,

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

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

Et d'autre part,

Le réseau santé mentale adultes XXX, 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'hôpital XXX, portant le numéro INAMI XXX et le numéro BCE 0420.427.001, représenté par le directeur général de l'hôpital, (nom et prénom),  
Ci-après dénommé « l'hôpital ».

## Introduction

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

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

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

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

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

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

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

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

Cette mission des réseaux s'inscrit dans un contexte de transition vers l'intégration structurée, pendant la durée de la présente convention, des soins ambulatoires de santé mentale dans les soins de santé de première ligne. Des partenariats multidisciplinaires réunissent tous les acteurs de soins de première ligne sur un territoire défini dont la population varie entre 75 000 et 250 000 habitants. Ils sont reconnus à cette fin ou sont désignés par les entités compétentes. Ces partenariats multidisciplinaires locaux sont communiqués pour information à la Conférence Interministérielle de la Santé publique<sup>1</sup>.

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

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

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

Il est attendu que tous les acteurs concernés par la mise en œuvre des deux fonctions au sein du réseau SSM travaillent ensemble pour les intégrer dans le paysage global des soins et du

---

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

bien-être, à la fois au niveau macro (gouvernements), méso (réseaux SSM et partenariats multidisciplinaires locales) et micro (modèle d'organisation multidisciplinaire dans le quartier/la commune).

Cette convention poursuit un quadruple objectif (4AIM) :

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

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

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

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

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

Le bénéficiaire recevra des soins personnalisés basés sur une offre de soins intégrée et multidisciplinaire. La demande d'aide sera clarifiée lors du premier contact (sans réclamer de quote-part) et (si nécessaire) le patient est orienté vers les soins appropriés. Les missions regroupées sous la fonction de soins psychologiques de première ligne sont très accessibles et organisées



dans l'environnement immédiat de la personne. Au cas où des soins plus spécialisés sont indiqués, le bénéficiaire est orienté vers le réseau de soins psychologiques spécialisés. Les patients présentant des problèmes psychiatriques chroniques stabilisés avec des besoins de soins psychologiques légers à modérés peuvent être orientés vers des soins psychologiques de première ligne (modèle de soins circulaires intégrés). Ces processus de demande, de consultation et d'échange d'informations sont soutenus par l'élaboration d'un bilan fonctionnel<sup>2</sup> et/ou d'un plan de soins et d'assistance.

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

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

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

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

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

---

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

## Objet de la convention

### Article 1

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

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

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

## Fonctions des soins psychiques

### Article 2.

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

## Fonction des soins psychologiques de première ligne

### Article 3 - Attribution

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

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

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

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

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

Art3, §2 modifié par 1<sup>er</sup> avenant, en vigueur à la date de la convention

**§ 2.** Les interventions de groupe visées au § 1, 1<sup>o</sup> sont réalisées au cours de séances de 120 minutes, dont 90 minutes au moins sont consacrées au contact direct avec les patients. Une intervention de groupe peut être précédée d'une séance individuelle au cours de laquelle le psychologue clinicien/orthopédagogue clinicien examine si une intervention en groupe est appropriée pour le bénéficiaire. Cette intervention peut également se conclure par une séance individuelle. Une intervention de groupe se compose d'un minimum de 4 et d'un maximum de 15 participants. Une session d'intervention en groupe se déroule<sup>3</sup> sous la supervision d'acteurs de l'aide et de soins ou d'experts du vécu, dont au moins un est un psychologue clinicien/orthopédagogue clinicien.

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

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

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

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

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

- Pour la première séance, le psychologue clinicien/orthopédagogue clinicien et le bénéficiaire sont physiquement présents ensemble ;
- Le bénéficiaire doit avoir donné son autorisation préalable pour les soins à distance ;
- Le psychologue clinicien/orthopédagogue clinicien doit s'assurer que le bénéficiaire est physiquement et mentalement capable de recevoir ces soins à distance ;
- Le psychologue clinicien/orthopédagogue clinicien utilise des moyens de communication pour les soins à distance qui garantissent les conditions minimales et les règles d'utilisation pour une communication sûre, comme indiqué sur le

<sup>3</sup> « de préférence » supprimé par 1<sup>er</sup> avenant

site web de la plateforme eHealth : [Bonnes pratiques en matière de plateformes pour les soins à distance formulées par le Comité de sécurité de l'information | eHealth \(fgov.be\)](#) ;

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

#### **Article 4 - Dispositions spécifiques relatives aux sessions de traitement**

Les dispositions suivantes s'appliquent au financement de la mission visée à l'article 3, § 1<sup>er</sup> :

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

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

### **Fonction de soins psychologiques spécialisés**

#### **Article 5 - Attribution**

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

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

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

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

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





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

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

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

Art 5, §3 modifié par 1<sup>er</sup> avenant en vigueur à la date de la convention

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

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

## Article 6 - Dispositions spécifiques relatives aux sessions de traitement

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

- 1° Pour chaque bénéficiaire du groupe cible « adultes/personnes âgées », une moyenne de 8 séances individuelles est remboursable, avec un maximum de 20 séances remboursables, ou un maximum de 12 séances de groupe par période de 12 mois ;
- 2° Pour chaque bénéficiaire du groupe cible « enfants et adolescent », une moyenne de 10 séances individuelles est remboursable par période de 12 mois, avec un maximum de 20 séances remboursables ou un maximum de 15 séances de groupe, y compris les sessions pour lesquelles seuls les parents sont présents ;

<sup>4</sup> « de préférence » supprimé par 1<sup>er</sup> avenant

- 3° La fonction psychologique spécialisée n'est remboursable qu'après demande au réseau de soins psychologiques spécialisés ambulatoires sur la base d'un bilan fonctionnel dont le contenu correspond au modèle approuvé par le comité d'accompagnement. C'est le psychologue/orthopédagogue clinicien qui décide, sur la base du bilan fonctionnel, si le bénéficiaire peut avoir recours à un suivi psychologique spécialisé.

En vue de l'élaboration d'un parcours de soins, le bilan fonctionnel est complété par le médecin traitant<sup>6</sup> afin que, le cas échéant, les problèmes somatiques et psychiatriques soient également pris en compte dans le cadre de la poursuite du traitement; ceci sous réserve que le bénéficiaire ait donné l'autorisation de contacter le médecin traitant en vue de communiquer ces informations. Si le bénéficiaire, alors même que le psychologue/orthopédagogue clinicien lui ait expliqué l'objectif de contacter le médecin traitant, refuse de donner son consentement par écrit pour ce contact, le psychologue/orthopédagogue clinicien ajoute ce document dans le dossier du patient. Dans ce cas, l'intervention des séances peut être facturée sans que le médecin traitant, en l'absence d'accord, ne puisse compléter le bilan fonctionnel.

Dans le cas où le bénéficiaire n'a pas de médecin traitant, le psychologue/orthopédagogue clinicien le note dans le dossier du patient<sup>7</sup>. Dans ce cas, l'intervention pour les sessions peut être facturée. Le psychologue/orthopédagogue clinicien est censé orienter le bénéficiaire vers un médecin généraliste.

- 4° Au cours de la série individuelle de soins psychologiques spécialisés, une évaluation intermédiaire est effectuée au moyen du bilan fonctionnel, tel qu'il a été établi lors de l'orientation, ou par le biais d'une consultation multidisciplinaire.

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

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

Art. 6/1 ajouté par 1<sup>er</sup> avenant en vigueur à la date de la convention

### **Autres missions**

Article 6/1.

Outre les fonctions de soins psychologiques visées à l'article 2, le psychologue/orthopédagogue clinicien peut également exercer d'autres tâches dans le cadre du champ d'activité du réseau SM avec lequel il a conclu une convention.

---

<sup>5</sup> 3° La fonction psychologique spécialisée ne peut être remboursée qu'après une demande au réseau de soins psychiques spécialisés ambulatoires sur la base d'un bilan fonctionnel établi par un psychologue clinicien/orthopédagogue clinicien et un médecin conformément aux accords de réseau sur la demande et la gestion des soins ;

<sup>6</sup> Cela peut être le médecin généraliste ou tout autre médecin ayant une relation thérapeutique avec le bénéficiaire.

<sup>7</sup> Sous réserve d'un eConsent dans le cadre de l'eHealth, le psychologue/orthopédagogue clinicien peut prendre connaissance du médecin détenteur du DMG dans l'application web de l'ASBL IM.

Il s'agit d'activités qui ne sont pas seulement liées aux patients mais aussi innovantes et qui ne peuvent être classées dans la catégorie des sessions. L'objectif est que ces activités contribuent à la réalisation de soins intégrés dans la communauté<sup>8</sup>.

Les dispositions relatives au contenu et au financement de ces autres missions seront élaborées au sein du comité d'accompagnement et seront ajoutées à la présente convention par le biais d'un avenant. »

## Processus d'orientation, de consultation et de rapport

### Article 7

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

- 1° La demande peut se faire à l'initiative du bénéficiaire lui-même, de son entourage ou après son orientation par un acteur de l'aide ou de soins ;

*Art 7 alinéa 1<sup>er</sup> 2° adapté par 1<sup>er</sup> avenant en vigueur à la date de la convention*

- 2° Les prestataires de soins psychologiques de première ligne sont directement et facilement accessibles sur les sites locaux. Dès le départ, ils établissent avec les acteurs de soin de la première ligne un bilan fonctionnel et, par le biais d'un maximum d'interventions, ils travaillent de manière solidaire à l'auto-soin et à la résilience.<sup>9</sup> En cas de soins psychologiques spécialisés, l'établissement d'un bilan fonctionnel est une condition de l'intervention conformément à l'article 6, premier alinéa, 3°.

Ce bilan est un outil de communication pour les autres partenaires du réseau et sert également d'indication pour les soins spécialisés et de demande au réseau de soins ambulatoires spécialisés en santé mentale ;

- 3° A tout moment du parcours, une séance peut être utilisée pour (ré)orienter la personne ou la guider vers une prise en charge plus coordonnée comme un autre prestataire de soins de première ligne ou vers des soins psychologiques spécialisés ou encore des soins spécialisés vers des soins psychologiques de première ligne. Cela peut se faire dans le cadre d'une séance conjointe avec bénéficiaire et son entourage et un autre acteur de l'aide et du soins ;
- 4° Si une intervention psychologique de première ligne a lieu, est interrompue ou est orientée vers des soins de santé mentale spécialisés, dans l'intérêt du bénéficiaire et sous réserve de son accord ou de celui de ses parents ou de son tuteur légal, il doit y avoir au cours de/à la fin de l'intervention ou après l'orientation, une communication avec le médecin détenteur du DMG (ou la pratique de groupe de médecins généralistes détenant le DMG) pour l'informer du soutien/de l'orientation et/ou pour discuter du suivi et/ou fournir des soins de suivi appropriés ;

*Art 7 alinéa 1<sup>er</sup> 5° remplacé par 1<sup>er</sup> avenant en vigueur à la date de la convention<sup>10</sup>*

- 5° Si le bilan fonctionnel montre qu'un traitement en soins spécialisés est indiqué, la personne est mise en contact avec le réseau de soins en santé mentale spécialisés ambulatoires. Le bénéficiaire est soutenu par le réseau, conformément aux accords du réseau, afin de pouvoir joindre dans les plus brefs délais les différents psychologues/orthopédagogues cliniciens spécialisés du réseau qui proposent les soins psychologiques spécialisés qui lui conviennent (selon le bilan fonctionnel).

- 6° Au cours de la série de soins psychologiques spécialisés individuels, une évaluation intermédiaire est effectuée par le biais du bilan fonctionnel, tel qu'il a été établi lors de la demande et de la (ré)orientation.

<sup>8</sup> A titre d'illustration : participation à des permanences, présence à une heure de consultation libre au CPAS, chez le médecin généraliste, etc. ; donner des conseils par téléphone à la première ligne, etc.

<sup>9</sup> . « Un bilan fonctionnel peut également être établi par un médecin et un psychologue clinicien/orthopédagogue clinicien qui dispense des soins spécialisés, en vue d'une demande au réseau conformément à l'article 6, 3° »

<sup>10</sup> « 5° Si le bilan fonctionnel indique qu'un traitement dans le cadre de soins spécialisés est indiqué, la personne est signalée au réseau de soins ambulatoires spécialisés en santé mentale qui orientera le bénéficiaire vers les soins psychologiques spécialisés qui lui conviennent. »

Si l'évaluation intermédiaire montre qu'un renforcement de la prise en charge spécialisée est nécessaire, une concertation (en ligne ou en face à face) peut être prévue pour le bénéficiaire. Cette concertation multidisciplinaire coordonne diverses interventions cliniques autour et en coopération avec le bénéficiaire et son entourage, et implique au moins trois prestataires de soins (par exemple, un psychiatre, un médecin généraliste, un spécialiste des soins psychologiques). Cette concertation ne peut avoir lieu qu'après avoir obtenu l'autorisation du bénéficiaire, de ses parents ou de son tuteur légal. <sup>11</sup>Cette consultation dure au moins 60 minutes. Un rapport est présenté. Ces consultations peuvent être facturées au maximum une fois par période de 12 mois par bénéficiaire.

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

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

## Règles de cumul

### Article 8.

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

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

## Missions des psychologues cliniciens/orthopédagogues cliniciens

### Article 9.

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

- 1° a conclu une convention avec le réseau SSM ;
- 2° est titulaire d'un visa et d'un agrément comme psychologue clinicien/orthopédagogue clinicien et dispose dans ces conditions d'un numéro INAMI ;
- 3° a une expérience clinique dans le domaine des soins psychologiques de première ligne ou des soins psychologiques spécialisés démontrée par son portfolio ;
- 4° en fonction des besoins du bénéficiaire et des séances/interventions de groupe qu'il a déjà suivies au sein du réseau SSM, l'informer du parcours qu'il suit et du nombre de séances qui sont (encore) possibles. Le psychologue clinicien/orthopédagogue clinicien se base sur les informations fournies par le réseau SSM ou sur les informations données par le bénéficiaire dans le cadre de l'anamnèse ;
- 5° suit la formation locale organisée par le réseau SSM sur le fonctionnement du réseau SSM ;

<sup>11</sup> « Un remboursement ne peut être facturé qu'une fois par période de 12 mois et par bénéficiaire. »

- 6° participe aux interventions/supervisions avec les autres psychologues cliniciens/orthopédagogues cliniciens ou autres professionnels du réseau SSM. Ces interventions sont organisées localement et coordonnées par le réseau SSM ;
- 7° réalise les séances psychologiques et autres missions dans la zone de travail du réseau SSM avec lequel il a passé une convention. Elle se déroule de préférence dans le milieu de vie des bénéficiaires. Ces missions peuvent également être réalisées sur la base d'un travail de proximité (par exemple, au domicile du bénéficiaire, dans une école, une entreprise, etc.)
- 8° peut aussi bien être salarié et/ou indépendant, et ne peut percevoir aucune autre rémunération pour la durée et les missions prévues dans la présente convention ;
- 9° tient un dossier individuel du patient pour chaque bénéficiaire. Ce dossier est conforme aux dispositions générales relatives aux dossiers des patients, telles qu'elles sont énoncées dans la loi sur les droits des patients;

*Art 9, 10° remplacé par 1<sup>er</sup> avenant en vigueur à la date de la convention <sup>12</sup>*

- 10° dans le cadre de l'échange de données avec l'ASBL IM : utilisation de l'application web sécurisée pour attester les prestations/missions effectuées, pour indiquer les autres dispensateurs d'aide et de soins en cas de séances de groupe ou de consultations multidisciplinaires, et pour notifier les interventions personnelles collectées par bénéficiaire. Dans cette application web, des informations sont fournies concernant l'assurabilité du bénéficiaire. Dans le cas où une session de groupe est supervisée par deux psychologues/orthopédagogues cliniciens, les données sont communiquées par le psychologue/orthopédoclogue clinicien qui a perçu les honoraires. À cette fin, les pseudocodes figurant à l'annexe 1 de la présente convention seront utilisés.
- 11° applique une méthode éthique ancrée dans des pratiques « evidence, practice et experience based » en soins psychologiques de première ligne ou spécialisés ;
- 12° est engagé pour l'ensemble des réseaux adultes/personnes âgées et enfants et adolescents, pendant au moins 8 heures par semaine.

## **Développement d'une culture de la qualité**

### **Article 10.**

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

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

Une culture de la qualité est développée par :

<sup>12</sup> « 10° dans le cadre de la facturation électronique à l'organisme d'assurance du bénéficiaire ou à l'ASBL IM - communiquer les informations des interventions personnelles collectées en application de la présente convention et fournir au bénéficiaire une pièce justificative ; »

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

### **Missions du réseau SSM pendant la durée de cette convention**

#### **Article 11**

Le réseau SSM s'engage à :

*Art 11, 1° remplacé par 1<sup>er</sup> avenant en vigueur à la date de la convention <sup>13</sup>*

- 1° Par l'intermédiaire de l'hôpital, assurer le remboursement des prestations/missions conformément aux dispositions visées à l'article 13. A cet égard, l'hôpital mentionne dans l'application web de l'ASBL IM les données des psychologues/orthopédagogues cliniciens qui ont conclu la convention avec le réseau ou qui sont désignés par l'intermédiaire d'une organisation.
- 2° Traduire la gestion de la population du réseau SSM en partenariats locaux et en flux de patients ;
- 3° Assurer l'organisation administrative des programmes de formation soutenus par le Gouvernement fédéral au sein du réseau SSM et des interventions/supervisions des soins psychologiques via les partenariats locaux ;
- 4° Lorsqu'il existe un « [projet de soins intégrés](#) », avec lequel le Comité de l'assurance a conclu une convention, le réseau SSM y a recours ;
- 5° Pour le 31 décembre 2021, les réseaux enfants/adolescents et adultes/personnes âgées concluront conjointement une convention au niveau de la province avec les partenariats locaux dans laquelle les accords suivants sont notamment conclus :
  - a. Accords sur la gouvernance et la coopération avec le partenariat local - le suivi de celui-ci est inclus dans la convention avec le réseau SSM conformément à l'article 63 § 2 de l'arrêté royal du 25 avril 2002 ;
  - b. Accords concernant le soutien du réseau SSM pour l'introduction et l'intégration des 2 fonctions : via des équipes multidisciplinaires au niveau du quartier ou du district avec des acteurs de soins de première ligne (niveau micro, avec intégration de la fonction de soins psychologiques de première ligne) et en travaillant au sein d'un réseau de santé mentale ambulatoires spécialisés (niveau méso, avec intégration de la fonction spécialisée) ;
  - c. Accords concernant l'intégration des psychologues cliniciens/orthopédagogues cliniciens indépendants (par exemple, rôle du cercle local de psychologues) dans la gouvernance et la collaboration dans le réseau SSM ;

<sup>13</sup> « 1° Via l'hôpital, réaliser la facturation électronique visée à l'article 13 ; »

- d. Accords concernant le processus d'inclusion d'un patient et sur la demande de soins psychologiques (demande, orientation, renvoi, *outreaching*, etc.) et du travail sur place ;
  - e. Proposer un plan de croissance pour l'offre d'interventions de groupe dans le cadre des pourcentages proposés d'utilisation des ressources dans les fonctions de soins psychologiques de première ligne et spécialisés de l'article 13 ;
  - f. Accords concernant la supervision (scientifique), la formation, l'innovation dans la pratique, l'auto-évaluation, la culture de la qualité et la gestion de la population ;
  - g. Accords sur la répartition des ressources disponibles sur la base de la stratification des risques de la population afin de parvenir à une répartition équilibrée de la capacité disponible pour les soins psychologiques de première ligne et spécialisés dans la zone d'activité du réseau SSM ;
  - h. Accords sur l'enregistrement (paramètres) pour pouvoir évaluer les résultats concernant le 4AIM et la réalisation des missions du réseau SSM ;
  - i. Le cas échéant, des accords concernant le suivi financier ;
  - j. Accords concernant la vision sur le déploiement d'experts du vécu.
- 6° Proposer au sein du réseau un coordinateur local pour mettre en œuvre et développer la fonction psychologique et les missions du réseau SSM dans le cadre de la présente convention. Le rôle spécifique, les compétences que cette personne doit avoir et le facteur de pondération qui détermine l'ETP seront communiqués par le SPF Santé publique au coordinateur du réseau. Des informations sur la procédure de sélection seront fournies au coordinateur de réseau ;

Art 11, 7° Dispositions supprimées par 1er avenant en vigueur à la date de la convention

7°<sup>14</sup>

Art 11, 8° remplacé par 1er avenant en vigueur à la date de la convention<sup>15</sup>

- 8° Pour réaliser les 2 fonctions, le réseau SSM fera appel à des dispensateurs de soins indépendants et/ou des organisations reconnues<sup>16</sup> avec lesquels le réseau

<sup>14</sup> « 7° Par l'intermédiaire de l'hôpital, dans le cadre de la facturation électronique, communiquer à l'organisme assureur du bénéficiaire ou à l'ASBL IM les informations des interventions personnelles qui sont perçues en application de la présente convention ; »

<sup>15</sup> « 8° Pour la réalisation des 2 fonctions, le réseau SSM fera appel à des acteurs de l'aide et du soins indépendants et d'organisations reconnues, avec lesquels le réseau SSM conclut un contrat d'entreprise ou une convention de collaboration qui comprendra des accords sur :

- a. La description des deux fonctions, de leur groupe cible et la valorisation des prestations ;
- b. La fonction pour laquelle le psychologue clinicien/orthopédagogue clinicien assure des séances (1, 2 ou les deux) ;
- c. L'adhésion du psychologue clinicien /orthopédagogue clinicien au processus d'orientation, de consultation et d'établissement de rapports ;
- d. L'adhésion du psychologue clinicien/orthopédagogue clinicien à la vision du partenariat multidisciplinaire local ;
- e. Les modalités de communication du nombre de séances individuelles et d'interventions de groupe par bénéficiaire via un environnement sécurisé (eHealthbox) en vue de la facturation et du paiement par le réseau SSM ;
- f. Les conditions visées à l'article 9 de la présente convention ;
- g. Communication au patient concernant la facturation de l'intervention personnelle ;
- h. Les aspects pour lesquels les psychologues cliniciens/orthopédoques cliniciens peuvent s'appuyer sur le réseau/le partenariat multidisciplinaire local ;
- i. La participation à l'évaluation des soins prévus par la présente convention et l'incitation des patients à participer à l'étude d'évaluation
- j. La communication du portfolio.

<sup>16</sup> Par organisation reconnue, on entend, d'une part, les établissements/services repris dans CoBRHA (Common Base Registry for HealthCare Actor - il s'agit de la base de données commune des institutions publiques compétentes pour l'agrément des acteurs de la santé en Belgique) et, d'autre part, les organisations employant des psychologues/orthopédoques cliniciens salariés et qui, en attente de leur inscription dans CoBHRA et sur base d'une demande au comité d'accompagnement prévu dans la convention entre l'INAMI et le réseau visé à l'article 1, sont considérées par ce comité d'accompagnement comme organisations agréées dans le cadre de la présente convention.

SSM conclut une convention (de collaboration). Cette convention (de collaboration) contient au moins les articles inclus dans le modèle tel qu'approuvé par le Comité de l'assurance de l'INAMI

9° Initiatives visant à développer une culture de la qualité telle que visée à l'article 10 ;

*Art 11, 10° remplacé par 1er avenant en vigueur à la date de la convention<sup>17</sup>*

10° Ne pas payer de compensation pour les prestations/services qui sont déjà compensés par une autre autorité ou une autre réglementation<sup>18</sup>

*Art 11, 10bis° ajouté par 1er avenant en vigueur à la date de la convention*

10bis° Pour les psychologues/orthopédagogues cliniciens, salariés ou non, la rémunération peut être versée uniquement :

- a. pour les missions décrites dans la présente convention, et
- b. ne concerne pas les sessions/interventions visées au 10°, et
- c. si ces remboursements sont reprises sous une rubrique distincte dans les comptes du psychologues/orthopédagogues cliniciens ou de l'organisation reconnue.

11° Réaliser une formation sur le fonctionnement du réseau SSM et la coordination des interventions/supervisions ;

12° Elaborer et soumettre à l'INAMI des rapports qui, d'une part, démontrent la pérennité de la gouvernance du réseau SSM et, d'autre part, permettent d'évaluer la mise en œuvre des missions visées par la présente convention. La méthode de *reporting* (contenu, modèle et fréquence) sera élaborée en concertation avec les représentants au sein du comité d'accompagnement (dont un représentant des réseaux SSM) et en coordination avec les autres initiatives du SPF Santé publique en matière de *reporting* (« *only once* ») ; ceci fera l'objet d'un avenant à la présente convention ;

13° Collaborer à une étude d'évaluation réalisée dans le cadre de cette convention. Le protocole de recherche est élaboré sur base d'un cahier des charges proposé par le comité d'accompagnement.

## **Attentes à l'égard du partenariat multidisciplinaire local**

### **Article 12**

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

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

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

## **Budget global des ressources financières par réseau**

<sup>17</sup> 10° Pas de rémunération pour des contrats déjà financés par d'autres réglementations ;

<sup>18</sup> Cela s'inscrit dans la lignée des accords conclus dans le protocole du 2 décembre 2020 tels que mentionné dans l'introduction de la présente convention et par lesquels le financement des missions, dans le cadre de la présente convention, sont complémentaires à ce qui existe déjà dans le domaine de la santé mentale.



## Article 13

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

- 1° maximum xxxxx euros par mois de validité après signature de la convention en 2021, ou xxxxx sur base annuelle ;
- 2° maximum xxxxx euros en 2022 ;
- 3° maximum xxxxx euros en 2023 ;
- 4° Le montant total pour la durée de la convention correspond à la somme des montants aux points 1°, 2° et 3°.

§ 2. Un maximum de 10% du montant total pour la durée de la convention (§1, 4°) peut être utilisé pour le remboursement des coûts pour :

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

Art 13, §2 alinéa 2 remplacé par 1er avenant en vigueur à la date de la convention <sup>19</sup>

À cette fin, des pseudocodes sont attribués aux coûts suivants :

793833	frais d'hôpital pour la charge administrative (article 13, §2, 8°)
793855	coût des réunions, frais de déplacement
793870	coût des personnes déployées pour remplir des missions (autres que les séances individuelles, les interventions de groupe ou les missions autres que celles prévues à l'article 10, 9° de la convention)
793892	coûts des logiciels et du matériel informatique nécessaires au niveau du réseau pour soutenir l'exécution des missions (à l'exclusion de ceux utilisés par les prestataires de soins)
793914	Coût de la communication aux acteurs/patients
793936	Coûts pour l'organisation des interventions de groupe

D'autres coûts peuvent être ajoutés à cette liste par l'INAMI. Si nécessaire, elles sont publiées sur le site Internet de l'INAMI.

<sup>19</sup> « À cette fin, des pseudocodes seront attribués aux centres de coûts suivants :

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

Tout autre type de centres de coûts qui pourrait être ajoutés par l'INAMI. »

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

- 1° Dépôt d'une avance de 50 % de ce montant dans le mois qui suit la signature ou le début de la convention ;
- 2° Le paiement d'une avance de 25% du montant sur une base annuelle avant le 30 juin 2022 ;
- 3° Le paiement d'une avance de 25% du montant annuel avant le 31 janvier 2023 ;
- 4° En vue de la régularisation de ces avances, l'hôpital du réseau ajoute ces frais (en indiquant le pseudocode) à la facture électronique centrale dans laquelle sont également facturés les soins visés au § 3. Les coûts encourus ultérieurement ou les coûts antérieurs pour lesquels l'information n'était pas connue lors de la facturation de mai 2023 peuvent être ajoutés ultérieurement dans les factures suivantes. Ces frais seront remboursés jusqu'à concurrence du montant maximum prévu au premier paragraphe ;
- 5° Le réseau tiendra à sa disposition tous les justificatifs possibles des frais facturés: factures, fiches de paie, rapports d'action, comptes rendus de réunions, séances de remboursement, etc. ;
- 6° Ne sont pas remboursés dans ce cadre : les frais d'investissements dont la durée normale d'amortissement est égale ou supérieure à 4 ans.

Art 13, § 3 remplacé par 1er avenant en vigueur à la date de la convention <sup>20</sup>

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

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

<sup>20</sup> « **§ 3.** Minimum 90 % du budget prévu au § 1 sont utilisés comme suit :

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

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

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

- 1° La facture est présentée au plus tard le 20 du mois suivant le mois auquel elle se rapporte ;
- 2° Cette facture indique le nombre d'heures par mois pour lesquelles le réseau a versé une compensation et le montant correspondant. Une distinction est faite entre :

- a. Coût des interventions de groupe - art. 3, § 2 ;
- b. Coût des séances individuelles au début ou à la fin d'une intervention de groupe – art. 3, § 2 ;
- c. Coût de la première séance individuelle – art. 3, § 3 ;
- d. Coût des séances individuelles suivantes - art. 3, § 3 ;
- e. Coût de la séance supplémentaire exceptionnelle - art. 4, 3° ;
- f. Coût des séances individuelles - art. 5, § 2 ;
- g. Coût des interventions de groupe - art. 5, § 3 ;
- h. Coût des séances individuelles au début ou à la fin d'une intervention de groupe – art. 5, § 3.

Cette facture mentionne également :

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

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

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



Ces pourcentages font partie d'un plan de croissance pour la réalisation du quatrième objectif du 4AIM.

A partir du 1er octobre 2021, une application web est mise à disposition par les organismes assureurs via l'ASBL IM dans laquelle les données relatives aux prestations/missions effectuées par le psychologue/orthopédagogue clinicien, les données relatives aux autres dispensateurs de soins et d'aide en cas de séances de groupe ou de consultations multidisciplinaires, les données relatives à l'établissement d'un bilan fonctionnel en cas de soins spécialisés et l'intervention personnelle collectée comme les frais visés à l'article 13, § 2, deuxième alinéa peuvent être attestées dans un environnement sécurisé approuvé par le comité de sécurité de l'information.

En vue du remboursement des prestations/missions effectuées, l'hôpital perceuteur a toujours accès à ces données.

Le psychologue/orthopédagogue clinicien atteste/facture les prestations/missions réalisées pour chaque bénéficiaire (via un système de pseudocodes) dans l'application web au plus tard le 5ième du mois suivant le mois auquel elles se rapportent. Les enregistrements des prestations saisis après cette date sont inclus dans la facturation du mois suivant.

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

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

Sur la base des données attestées/facturées au plus tard le 21 du mois et en tenant compte des interventions visées à l'article 14, l'ASBL IM verse le montant correspondant à l'hôpital perceuteur.

Sur la base des données attestées/facturées au plus tard le 5 du mois et en tenant compte des interventions visées à l'article 14, l'hôpital paie les psychologues/orthopédoques cliniciens, les organisations agréées ou les autres dispensateurs de soins pour la fin du mois au cours duquel l'attestation/facturation a été faite.

En plus de 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 du fait qu'une consultation multidisciplinaire a déjà eu lieu ;
- 2° Que le médecin généraliste titulaire du DMG ou le cabinet médical titulaire du DMG puisse, sous réserve de l'accord du patient, être informé de la prise en charge psychologique de son patient dans le cadre de cette convention ;
- 3° Que le réseau soit informé de l'offre de soins réalisée et d'un ensemble de données individuelles et agrégées qui doivent servir de support à l'évaluation du réseau; ceci dans un délai maximum d'un mois suivant le mois au cours duquel les données ont été fournies ;
- 4° Que le SPF Santé publique et l'INAMI soient informés de la prestation de soins attestée et d'un ensemble de données agrégées qui soutiennent l'évaluation de la convention avec le réseau ; ceci dans un délai maximum d'un mois suivant le mois au cours duquel les données ont été fournies.

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



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

- sur le numéro de compte xxxxxx
- au nom de xxxx

Art 13, § 6 est supprimé par 1er avenant en vigueur à la date de la convention<sup>21</sup>

**§ 6.**

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

**Article 14**

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

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

Art 14, § 2 1° remplacé par 1er avenant en vigueur à la date de la convention<sup>22</sup>

1° A l'issue d'un trajet, une intervention qui couvre les frais d'activités dans le cadre de la collaboration multidisciplinaire avec d'autres acteurs (établissement du bilan fonctionnel, prise de contact avec d'autres dispensateurs de soins et d'aide, signalement au médecin généraliste et au médecin du DMG, ...) peut être facturée.

Si le bénéficiaire n'a eu qu'un suivi dans la fonction de soins psychologiques de première ligne ou qu'un suivi dans la fonction de soins psychologiques spécialisés, cette intervention s'élève à 60 euros et est facturée par le psychologue/orthopédagogue clinicien lors de la dernière séance. Dans l'application web de l'ASBL IM, cette séance est appelée la dernière séance.

Si le bénéficiaire a suivi un traitement en partie dans la fonction de soins psychologiques de première ligne et en partie dans la fonction de soins psychologiques spécialisés, les interventions suivantes s'appliquent :

- a) Si au moins 2 séances ont eu lieu dans la fonction de soins psychologiques de première ligne et qu'une orientation vers des soins spécialisés a été convenue, ou inversement, une intervention de 30 euros peut être facturée à la fin de la dernière

<sup>21</sup> « **§ 6** Au plus tard à partir du 1<sup>er</sup> mars 2022, le processus de paiement et de facturation tel que réglementé aux §§ 1 et 2 dans cet article sera remplacé par un système électronique qui, après avis de la commission de convention hôpitaux-organismes assureurs et approuvé par le Comité de l'assurance, sera mis à disposition par les organismes assureurs et qui sera basé sur une application web dans laquelle les données relatives à la prestation de soins et l'intervention personnelle collectée pourront être communiquées dans un environnement sécurisé, et sur la base de laquelle, entre autres :

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

Le SPF Santé publique et l'INAMI sont informés de la réalisation des soins et d'un ensemble de données agrégées permettant l'évaluation de la convention avec le réseau, et ce dans un délai maximum de 3 mois après le mois au cours duquel les données ont été fournies »

<sup>22</sup> « 1° Pour chaque nouveau bénéficiaire avec lequel le psychologue clinicien/orthopédagogue clinicien a convenu d'un suivi après la première séance, 60 euros peuvent être facturés une fois pour une période de 12 mois pour l'établissement et la tenue du dossier (électronique) du patient, pour le contact avec d'autres acteurs de l'aide et de soins, pour le rapport au médecin généraliste et au psychiatre, pour la facturation et l'enregistrement des données à la demande du réseau SSM. »

séance dans la fonction de soins psychologiques de première ligne. Dans l'application web de l'ASBL IM, cette séance est appelée la dernière séance.

- b) Si un bénéficiaire est orienté vers des soins spécialisés après un suivi dans la fonction de soins psychologiques de première ligne, ou inversement, une intervention de 30 euros peut être facturée à la fin de la dernière séance dans la fonction de soins psychologiques spécialisés. Dans l'application web de l'ASBL IM, cette séance est appelée la dernière séance.

Ces montants ne peuvent être remboursés qu'une seule fois par bénéficiaire par période de 12 mois.

*Art 14, § 2, 2° complété par 1er avenant en vigueur à la date de la convention*

- 2° Pour une « séance psychologique de 60 minutes » telle que visée à l'article 3, § 3 ou à l'article 5, § 2, 75 € (y compris la quote-part du bénéficiaire) peuvent être facturés.

En plus du contact individuel avec le patient, ce remboursement couvre également la constitution et la tenue du dossier patient (électronique), l'attestation des dispositions à l'ASBL IM et l'enregistrement des données comme demandé par le réseau SM.

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

*Art 14, § 2, 2° complété par 1er avenant en vigueur à la date de la convention*

- 5° Pour la rémunération des autres missions visées à l'article 6/1, les montants peuvent être facturés tels qu'ajoutés à la présente convention via un avenant.

## **Indexation**

### **Article 15**

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

## **Intervention personnelle du bénéficiaire**

### **Article 16**



**§ 1er.** L'intervention personnelle par séance psychologique individuelle s'élève à 4 € pour les bénéficiaires qui ont droit à l'indemnité majorée<sup>23</sup> et à 11 € pour les bénéficiaires pour lesquels cette indemnité majorée ne s'applique pas. L'intervention personnelle pour les interventions de groupe s'élève à 2,5 euros par intervention de groupe pour le bénéficiaire.

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

*Art 16, § 1er complété par 1er avenant en vigueur à la date de la convention*

Dans le cas des autres missions visées à l'article 6/1, aucune intervention personnelle n'est due.

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

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

### **Groupes cibles enfants/adolescent et adultes/personnes âgées**

#### **Article 17**

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

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

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

---

<sup>23</sup> l'allocation majorée visée à l'article 37, §§ 1 et 19 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé, coordonnée le 14 juillet 1994

## Suivi - Comité d'accompagnement

### Article 18

Art 18, § 1er remplacé par 1er avenant en vigueur à la date de la convention <sup>24</sup>

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

- 6 représentants des associations professionnelles représentatives des psychologues cliniciens et des orthopédagogues cliniciens, dont un nombre égal de néerlandophones et de francophones ;
- 2 représentants des organisations de familles, dont un néerlandophone et un francophone.
- 2 représentants d'associations de patients, dont un néerlandophone et un francophone.
- 6 représentants des organisations hospitalières.
- 6 représentants des organismes assureurs
- 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.
- 2 psychiatres désignés par les organisations représentant les médecins au sein du comité de l'assurance, dont un néerlandophone et un francophone ;
- 6 représentants des réseaux SSM, dont 3 des réseaux enfants et adolescents et 3 des réseaux adultes ;
- 2 experts du SPF Santé publique qui soutiennent les réseaux SSM et les hôpitaux dans la mise en œuvre de cette convention ;
- l'administration de l'INAMI ;
- un conseiller du ministre des Affaires sociales et un conseiller du ministre de la Santé publique ;
- un représentant de l'administration des entités fédérées concernées.

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

- 1° formuler une proposition de rapport et d'enregistrement des données sous la forme d'une clause d'amendement à la présente convention ;
- 2° le suivi global des tâches des réseaux prévues par la présente convention et la rémunération des deux fonctions ;
- 3° l'analyse des rapports d'activité soumis par les réseaux SSM ;
- 4° formuler un avis concernant un projet d'un protocole d'évaluation des tâches prévues par la convention ;

---

<sup>24</sup> « **§ 1er.** Il est créé, au sein du Comité de l'assurance, un comité d'accompagnement composé comme suit :

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

- 5° formuler des solutions à tout problème qui pourrait survenir pendant la durée de la présente convention en ce qui concerne la mise en œuvre de la présente convention;
- 6° évaluer les montants inclus dans la présente convention.
- 7° la formulation d'avis et de recommandations en vue d'un ancrage structurel après l'expiration de la convention.

### **Dispositions transitoires de la convention actuelle**

#### **Article 19**

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

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

### **Assurance responsabilité civile professionnelle**

#### **Article 20**

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

### **Contrôle**

#### **Article 21**

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

### **Des tribunaux compétents**

#### **Article 22**

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



## Période de validité de la convention

### Article 23

Art 23, § 1<sup>er</sup> remplacé par 1<sup>er</sup> avenant en vigueur à la date de la convention<sup>25</sup>

**§ 1<sup>er</sup>.** La présente convention entre en vigueur le premier du mois suivant la signature de l'accord et au plus tôt le 1<sup>er</sup> septembre 2021.

A partir de cette date, elle remplace la convention conclue entre le Comité de l'assurance, le réseau SSM et l'hôpital dans le cadre des soins psychologiques de première ligne.

Les prestations fournies par le psychologue/orthopédagogue clinicien qui a signé la convention concernant la réalisation de séances psychologiques de première ligne remboursables au sein de la région pour les soins de santé mentale (« ancienne convention »), les dispositions de cette dernière continuent à s'appliquer jusqu'à la date de l'entrée en vigueur de la nouvelle convention conclue entre le psychologue/orthopédagogue clinicien et le réseau en vertu de la présente convention et ceci au plus tard jusqu'au 31 décembre 2021..

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

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

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

## Engagement spécifique

### Article 24

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

*Texte ajouté par 1<sup>er</sup> avenant art. 13 en vigueur à la date de la convention*

Comme mentionné dans l'introduction de la convention, les autorités compétentes s'accordent sur le pilotage confié aux réseaux SSM et aux partenariats multidisciplinaires locaux pour l'organisation des soins psychologiques dans une approche multidisciplinaire plus large.

Le modèle de gouvernance du réseau, prévu dans la convention entre le réseau et le Ministre de la Santé publique, et ce en application de l'article 63, § 2 de l'arrêté royal du 25 avril 2002 qui fixe le budget des moyens financiers, devra donc être adapté dans le but, entre autres, de

<sup>25</sup> « **§ 1.** La présente convention entre en vigueur le premier jour du mois qui suit la signature de l'accord et au plus tôt le 1<sup>er</sup> septembre 2021. Elle remplace à partir de cette date, la convention conclue entre le Comité des assurances, le réseau SSM et l'hôpital dans le cadre des soins psychologiques de première ligne »

faire jouer un rôle égal aux acteurs de la première ligne, dont les psychologues et les orthopédaogues cliniciens, ainsi que les organisations de patients et de familles. En signant cet avenant, le réseau SSM en prend connaissance et l'appliquera sans délai dès que le réseau aura approuvé l'avenant à la convention qui sera proposée par le ministre de la Santé publique.

Bruxelles,

Pour le Comité de l'assurance:

Le fonctionnaire dirigeant,  
VAN DAMME Briec

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 qui exécute l'ordre de  
facturation)

## Annexe 1 : liste des pseudocodes

pseudocode	description
792514	SPPL - séance de groupe - 1 - par un psychologue et un autre prestataire de soins
792536	SPPL – séance de groupe - 2 - par 2 psychologues ou par médecin et psychologue
792551	SPPL – séance de groupe – 1 outreach - par un psychologue et un autre prestataire de soins
792573	SPPL – séance de groupe – 2 outreach - par 2 psychologues ou par médecin et psychologue
792595	SPPL – séance Ind. avant séance de groupe
792610	SPPL - séance Ind. après séance de groupe
792632	SPPL – séance Ind. – première séance
792654	SPPL – séance Ind. – séance outreach dans service/institution/autres professionnels
792676	SPPL - séance Ind. Outreach milieu de vie
792691	SPPL – séance Ind. – physique autre (cabinet du psychologue)
792713	SPPL – séance Ind. – vidéoconsultation
792735	SPS - séance de groupe - 1 - par un psychologue et un autre prestataire de soins
792750	SPS – séance de groupe - 2 - par 2 psychologues ou par médecin et psychologue
792772	SPS – séance de groupe – 1 outreach - par un psychologue et un autre prestataire de soins
792794	SPS – séance de groupe – 2 outreach - par 2 psychologues ou par médecin et psychologue
792816	SPS – séance Ind. Avant séance de groupe
792831	SPS - séance Ind. Après séance de groupe
792853	SPS – séance Ind. – séance outreach dans service/institution/autres professionnels
792875	SPS - séance Ind. Outreach milieu de vie
792890	SPS – séance Ind. – physique autre (cabinet du psychologue)
792912	SPS – séance Ind. – Vidéoconsultation
792956	SPS – consultation multidisciplinaire
792971	Remboursement du trajet PPL/SPS sans renvoi
792455	Remboursement du trajet PPL avec renvoi vers les soins psychologiques spécialisés.
792470	Remboursement du trajet en soins psychologiques spécialisés vers les soins PPL
792993	Séance supplémentaire

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

### Abréviations :

SPPL : Soins psychologiques de première ligne

SPS : Soins psychologiques spécialisés