

Infobox INAMI

**La réglementation décryptée
pour l'infirmier en soins à domicile débutant**



Table des matières 1

Introduction 5

1^{re} Partie - Cadre général 7

I.	Conditions administratives à satisfaire pour pouvoir exercer l'art infirmier en soins à domicile.	8
1.	Accès à la profession	8
2.	Acquisition d'un numéro INAMI	9
3.	L'agrément d'un titre professionnel particulier ou d'une qualification professionnelle particulière	10
4.	Infirmiers relais	11
II.	Les prestations de l'art infirmier	12
1.	Quelles prestations sont concernées par l'agrément du praticien de l'art infirmier ?	12
2.	Quelles sont les prestations techniques de l'art infirmier ?	12
3.	Quels sont les actes médicaux qu'un médecin peut confier à un infirmier(e) ?	16
III.	Responsabilité sociale et financière du dispensateur de soins	17
1.	Des limitations sont-elles imposées à la liberté thérapeutique des médecins et des dentistes ?	17
2.	Quelle est la responsabilité du praticien de l'art infirmier ?	17
3.	Quelles sont les répercussions financières pour l'infirmier(e) et son patient si des prestations ont été indûment remboursées par l'assurance maladie ?	17
4.	De quelle manière l'infirmier(e) peut-il être tenu responsable de ses actes infirmiers ?	18
5.	L'infirmier(e) peut-il refuser d'effectuer un acte ?	18
IV.	Le dispensateur de soins et l'INAMI	18
1.	L'INAMI	18
2.	Le Service d'évaluation et de contrôle médicaux (SECM)	20
V.	Convention nationale entre les infirmiers et les organismes assureurs	22
1.	Contenu	22
2.	Comment une Convention est-elle conclue ?	22
3.	Quelle est la durée d'une Convention ?	22
4.	Mesures prises en cas de non-respect de la convention	23
5.	L'infirmier(e) doit-il informer le patient de son adhésion ou non à la convention ?	23
VI.	Mesures de soutien	23
1.	Intervention à l'achat d'un logiciel	23
2.	Intervention forfaitaire pour les services de soins à domicile dans leurs frais de gestion spécifiques	24
3.	Projet pilote pour l'enregistrement de données au chevet du patient (projet VINCA)	24

2^e Partie - Attestation des prestations de soins infirmiers

25

I.	Introduction à la nomenclature des prestations de soins infirmiers	26
1.	Que contient la nomenclature ?	26
2.	Quelle est la base légale de la nomenclature ?	27
3.	Qui établit la nomenclature ?	27
4.	Où peut-on consulter la nomenclature ?	28
II.	La nomenclature des prestations de soins infirmiers	28
1.	Classification des prestations de soins infirmiers	28
2.	Règles d'application	29
III.	Dispositions restrictives générales relatives à l'application de la nomenclature	30
1.	Une prescription est-elle nécessaire et à quelles conditions doit-elle répondre ?	30
2.	Un(e) infirmier(e) peut-il attester des prestations pour des soins infirmiers dispensés à l'hôpital ?	31
3.	Un(e) infirmier(e) peut-il attester des prestations pour des soins dispensés dans les institutions de repos et de soins ?	31
4.	Un(e) infirmier(e) peut-il attester des prestations pour des soins dispensés dans des résidences-services ?	32
5.	Un(e) infirmier(e) peut-il attester des prestations pour des soins dispensés pendant une visite, une consultation ou une prestation technique d'un médecin ?	32
6.	L'infirmier(e) peut-il porter en compte à l'assurance soins de santé des prestations couvertes par une autre assurance ?	32
7.	L'infirmier(e) peut-il porter en compte à l'assurance soins de santé des prestations effectuées à l'étranger ?	32
8.	L'infirmier(e) peut-il porter en compte des prestations partiellement ou intégralement effectuées par des personnes non compétentes ?	32
9.	L'infirmier(e) peut-il déléguer des tâches à un aide-soignant lors des soins à domicile ?	33
IV.	Le dossier infirmier	33
1.	L'infirmier(e) doit-il constituer un dossier infirmier pour chaque patient ?	33
2.	Quelles données le dossier infirmier doit-il contenir ?	33
3.	Combien de temps l'infirmier(e) doit-il conserver le dossier infirmier ?	34
4.	Qui est responsable du dossier infirmier ?	34
V.	Explication concernant les prestations de soins infirmiers	34
1.	Le nombre de séances que l'infirmier peut attester par jour et par patient est-il limité ?	34
2.	Le nombre de prestations que l'infirmier peut attester par séance est-il limité ?	34
3.	Le nombre de prestations qui peuvent être portées en compte par jour pour un bénéficiaire est-il limité ?	35
4.	Sous quelles conditions l'infirmier(e) peut-il porter en compte une prestation de base ?	36
5.	Sous quelles conditions l'infirmier(e) peut-il porter en compte un des forfaits de la rubrique II (patients lourdement dépendants) ou de la rubrique IV (patients palliatifs) ?	36
6.	Sous quelles conditions supplémentaires l'infirmier(e) peut-il porter en compte les prestations spécifiques pour patients palliatifs des rubriques IV et V ?	36
7.	Sous quelles conditions l'infirmier(e) peut-il porter en compte les prestations spécifiques pour patients diabétiques de la rubrique VI ?	37

8.	Combien de toilettes l'infirmier(e) peut-il porter en compte et sous quelles conditions ?	40
9.	Sous quelles conditions l'infirmier(e) peut-il porter en compte les prestations de soins de plaie(s) spécifiques ?	41
10.	Sous quelles conditions l'infirmier(e) peut-il porter en compte les prestations techniques spécifiques de soins infirmiers ?	42
11.	Sous quelles conditions l'infirmier(e) peut-il porter en compte des prestations pendant un week-end ou des jours fériés ?	42
12.	En quoi consiste la consultation infirmière ?	42
13.	Procédure de demande et d'avis	43
14.	L'infirmier(e) peut-il porter en compte des suppléments ?	44
15.	L'infirmier(e) peut-il porter en compte des frais de déplacement ?	44
16.	Comment compléter l'échelle d'évaluation (échelle de Katz) ?	44
VI.	Comment l'infirmier doit-il attester ?	45
1.	Attestations de soins donnés (ASD) individuelles ou globales (AGSD)	45
2.	Attestation par un service de facturation	46
3.	Attestation sur papier ou via MyCareNet	46
4.	Attestation par le biais du tiers payant	46
5.	L'infirmier(e) peut-il, exceptionnellement, utiliser les attestations d'un collègue ?	46
6.	Comment obtenir les attestations de soins donnés ?	47
VII.	Questions concernant l'interprétation correcte de la nomenclature	47

3^e Partie - L'infirmier et son patient 49

I.	Différents types d'assurances soins de santé	50
1.	L'assurance obligatoire pour les assujettis à la sécurité sociale belge	50
2.	L'assurance complémentaire	50
3.	Autres assurances	50
4.	Assurances privées et individuelles	51
5.	Assurance soins en Flandre	51
6.	Assurances particulières	51
II.	L'assurabilité "soins de santé"	51
1.	Pour les assujettis à la sécurité sociale belge	51
2.	Pour les assurés les personnes en séjour temporaire en Belgique	52
3.	Demandeurs d'asile	52
III.	Que paye le patient pour les soins médicaux ?	54
1.	Ticket modérateur	54
2.	Qu'est-ce le maximum à facturer (MAF) et qui peut en bénéficier ?	55
3.	Régime du tiers payant	56
4.	Combien l'infirmier(e) peut-il porter en compte ?	57
IV.	Soins dispensés par des services intégrés de soins à domicile	58

V. Trajets de soins	58
1. De quoi s'agit-il ?	58
2. Rôle de l'infirmier(e) dans le trajet de soins diabète	58
VI. Droits du patients	59
1. Définitions et champ d'application	59
2. Quels droits le législateur accorde-t-il au patient ?	59
3. Qui représente le patient si celui-ci est mineur ou incapable d'exercer ses droits lui-même ?	61
 4 ^e Partie - Communication avec l'INAMI	 63
I. Circulaires	64
II. Le site Internet de l'INAMI : www.inami.be	64
III. Plus d'informations ?	65
 5 ^e Partie - Commissions médicales provinciales du SPF Santé publique	 67
Adresses des commissions médicales provinciales	68
 Index	 70

Introduction

La présente brochure a pour objectif d'apporter (directement ou via un renvoi à des sites Internet plus spécialisés) une réponse aux questions les plus fréquentes que se pose le l'infirmier(e) débutant en soins à domicile. Elle n'a pas pour objectif d'apporter une réponse à toutes les questions ou situations qui peuvent être posées ou se présenter dans la pratique quotidienne.

Cette publication n'est pas un "manuel" à parcourir de A à Z, mais un ouvrage de consultation où l'infirmier(e) pourra trouver des réponses aux questions concrètes qu'il se pose. Pour l'aider, nous avons opté pour un index et une table des matières détaillés.

L'infirmier(e) jouant un rôle très important dans le système des soins de santé, nous avons ajouté des informations qui, si elles ne présentent pas un intérêt direct pour l'infirmier(e), en ont bien un pour le patient (par exemple, les informations contenues dans la loi relative aux droits des patients, etc.).

Pour des raisons pratiques, nous nous sommes limités à l'information d'intérêt général.

- La 1^{re} partie, "Cadre général", traite les aspects administratifs de la profession (agrément, compétences requises, responsabilisation, accords).
- La 2^e partie, "Nomenclature", explique comment attester les prestations.
- La 3^e partie, "L'infirmier(e) et son patient", aborde l'assurance maladie du point de vue du patient (assurabilité, prix, MAF, droits du patient).
- La 4^e partie, "Communication", explique comment l'infirmier(e) peut communiquer avec l'INAMI, et avec le Service de contrôle et d'évaluation médicaux (SECM) en particulier.
- Pour compléter la liste des contacts utiles, la 5^e partie fournit les coordonnées des Commissions médicales provinciales du SPF Santé publique.
- Cette brochure ne se substitue pas à la loi. Dans la mesure du possible, la brochure renvoie aux textes officiels. Les dates indiquées concernent la promulgation des lois. Les extraits de textes de loi sont mentionnés en italique.



La version mise à jour (consolidée) des législations auxquelles nous faisons référence dans cette publication est à consulter sur les sites Internet

- de l'INAMI : www.inami.be > Voulez-vous en savoir plus ? > Réglementation > Banque de données réglementaire Docleg
- du SPF Justice : www.just.fgov.be > Moniteur belge > Législation belge.



Cet Infobox est disponible sous forme électronique et régulièrement mise à jour. Afin de rester au courant des dernières évolutions de la législation et de cette publication, nous conseillons au lecteur de consulter régulièrement le site Internet de l'INAMI.

Bonne lecture !

Le Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'INAMI

-  Les commentaires ou suggestions peuvent être adressés
 - à l'adresse électronique i&c-team@inami.fgov.be
 - par courrier postal : INAMI, SECM, I&C-team, avenue de Tervueren, 211, 1150 Bruxelles.
-  Si vous avez des questions vous pouvez contacter le Service de Soins de santé de l'INAMI
 - par téléphone via le call center au numéro 02 739 74 79, lundi et jeudi, de 13h à 16h ; mardi, mercredi et vendredi, de 9h à 12h
 - dans les bureaux de l'INAMI les jours ouvrables 9 heures à 12 heures, ou sur rendez-vous, à l'adresse suivante : avenue de Tervueren 211 (4^e étage) à 1150 Bruxelles.
-  Déclaration de non responsabilité : Les informations contenues dans la présente brochure ne confèrent aucun droit et ne peuvent générer la moindre revendication. En cas de doute ou de contestation, seule la législation officielle est applicable.

1^{re} Partie

Cadre général





Cette 1^{re} partie aborde les aspects administratifs de la profession. Elle explique notamment les démarches que l'infirmier devra entreprendre pour pouvoir pratiquer (agrément, numéro INAMI, compétences, etc.). Elle liste les prestations qu'il pourra ensuite effectuer, et présente ses responsabilités sociale ou financière. Quelles sont les missions de l'INAMI ? Que contient la convention entre les organismes assureurs et les infirmier(e)s ?

I. Conditions administratives à satisfaire pour pouvoir exercer l'art infirmier en soins à domicile

1. Accès à la profession

Il faut être porteur d'un des titres professionnels suivants¹ :

- diplôme d'infirmier/infirmière gradué(e)
- brevet d'infirmier/infirmière
- brevet d'hospitalier/hospitalière
- brevet d'assistant(e) en soins hospitaliers
- diplôme d'infirmier/infirmière
- diplôme de bachelier en soins infirmiers.



De plus amples informations concernant la formation de praticien infirmier peuvent être obtenues sur le site Internet de l'administration générale de l'enseignement de la Communauté française : www.enseignement.be

Le diplôme doit être visé par la commission médicale provinciale du SPF Santé publique de la province où l'infirmier(e) projette de s'installer (voir adresses en 5^e Partie).



Pour des informations complémentaires et les formulaires de demande d'agrément, voir le site Internet du SPF Santé publique : www.santepublique.be, rubrique Soins de santé > Professions de santé > Praticiens de l'art infirmier > Accès à la profession.

1. A.R. n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé, art. 21 quater, §§ 1er, 2 et 3, dit A.R. n° 78.

2. Acquisition d'un numéro INAMI

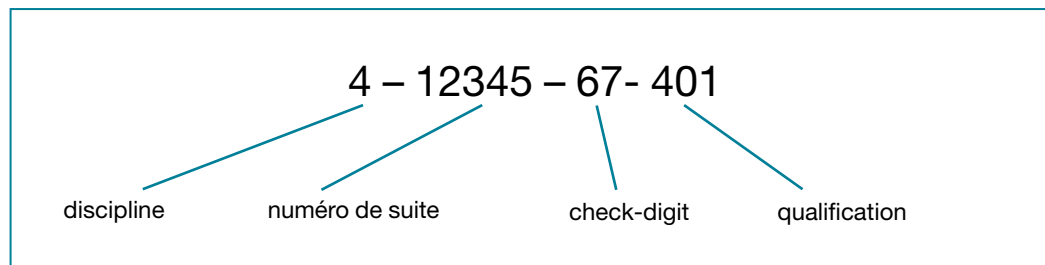
Le numéro INAMI est uniquement requis si l'infirmier(e) effectue des prestations de la nomenclature. Ce numéro INAMI n'est donc pas nécessaire si, par exemple, il dispense uniquement des soins dans un hôpital. S'il travaille dans une maison de repos pour personnes âgées, il lui est conseillé de disposer de ce numéro INAMI pour des raisons administratives. Ce numéro doit être mentionné sur chaque document officiel (attestations, courrier, échelles d'évaluation, etc.).

Les attestations de soins donnés ne peuvent être rédigées qu'à partir de la date de l'obtention du numéro INAMI.

La demande écrite doit être envoyée à l'adresse suivante : INAMI (Service des soins de santé), Section Praticiens de l'art infirmier, avenue de Tervuren 211, 1150 Bruxelles. Une copie légalisée (certifiée conforme) du diplôme visé par la commission médicale provinciale doit être jointe à cette demande.

i De plus amples informations à ce sujet peuvent être obtenues à la même adresse ou par téléphone via le call center du Service des soins de santé : 02 739 74 79, lundi et jeudi, de 13h à 16h ; mardi, mercredi et vendredi, de 9h à 12h.

Chaque numéro INAMI est unique et composé de 11 chiffres. Les trois derniers chiffres correspondent au code de compétence du praticien.



Les chiffres du numéro INAMI (4/XXXXX/CD/OOO) correspondent :

- **à la discipline**
1^{er} chiffre 4 = accoucheuses et praticiens de l'art infirmier
- **au numéro de suite**
2^e, 3^e, 4^e, 5^e et 6^e chiffres
 - Pour les accoucheuses habilitées à effectuer des prestations d'obstétrique : un numéro de suite entre 00001 et 09999.
 - Pour les praticiens de l'art infirmier inscrits sur la liste établie par le Comité de l'assurance du Service des soins de santé : un numéro de suite entre 10001 et 99999.
- **au check-digit** (pour le contrôle interne du numéro)
7^e et 8^e chiffres
- **à la qualification du dispensateur de soins**
9^e, 10^e et 11^e chiffres

Les principaux codes de qualification pour les praticiens de l'art infirmier sont les suivants :

Code	Qualification
002	Accoucheuses, autorisées à effectuer des prestations obstétricales
401	Infirmières graduées et assimilées
404	Soigneuses agréées avant le 1 ^{er} janvier 1964 et ayant demandé le maintien de cet agrément
405	Auxiliaires agréées temporairement avant le 1 ^{er} janvier 1964 et ayant demandé le maintien de cet agrément
407	Hospitalières et assimilées
408	Infirmières brevetées
411	Infirmiers(ères) gradué(e)s (reconnaissance dans le cadre de la C.E.E.)
417	Hospitalier(ères) (reconnaissance dans le cadre de la C.E.E.)
418	Infirmiers(ères) (reconnaissance dans le cadre de la C.E.E.)
421	Infirmiers gradués et assimilés + infirmiers relais en matière de soins de plaies
422	Accoucheuses + infirmiers relais en matière de soins de plaie(s)
428	Infirmiers brevetés et assimilés + infirmiers relais en matière de soins de plaie(s)
431	Infirmiers gradués, reconnaissance dans le cadre de la C.E.E. + infirmiers relais en matière de soins de plaie(s)
438	Infirmiers brevetés, reconnaissance dans le cadre de la C.E.E. + infirmiers relais en matière de soins de plaie(s)
441	Infirmiers gradués et assimilés + infirmiers relais en matière de diabète
442	Accoucheuses + infirmiers relais en matière de diabète
448	Infirmiers brevetés et assimilés + infirmiers relais en matière de diabète
451	Infirmiers gradués, reconnaissance dans le cadre de la C.E.E. + infirmiers relais en matière de diabète
458	Infirmiers brevetés, reconnaissance dans le cadre de la C.E.E. + infirmiers relais en matière de diabète
461	Infirmiers gradués et assimilés + infirmiers relais en matière de diabète et soins de plaie(s)
462	Accoucheuses + infirmiers relais en matière de diabète et soins de plaie(s)
468	Infirmiers brevetés et assimilés + infirmiers relais en matière de diabète et soins de plaie(s)
471	Infirmiers gradués, reconnaissance dans le cadre de la C.E.E. + infirmiers relais en matière de diabète et soins de plaie(s)
478	Infirmiers brevetés, reconnaissance dans le cadre de la C.E.E. + infirmiers relais en matière de diabète et soins de plaie(s)

3. L'agrément d'un titre professionnel particulier ou d'une qualification professionnelle particulière²

Les titres professionnels particuliers et qualifications professionnelles particulières sont énumérés dans l'arrêté royal du 27 septembre 2006.

La nomenclature ne prévoit actuellement pas de prestations pour lesquelles un titre professionnel particulier est requis.



Plus d'informations sur le site Internet du SPF Santé publique : www.santepublique.fgov.be, rubrique Soins de santé > Professions de santé > Praticiens de l'art infirmier > Accès à la profession > Titres professionnels particuliers.

2. A.R. du 21 avril 2007 fixant la procédure d'agrément autorisant les praticiens de l'art infirmier à porter un titre professionnel particulier ou à se prévaloir d'une qualification professionnelle particulière.

4. Infirmiers relais

Certaines prestations en matière de soins de plaies et de diabète sont uniquement remboursables aux infirmiers relais.



Plus d'informations sur le site Internet de l'INAMI : www.inami.be, rubrique Dispensateurs de soins > Autres dispensateurs > Infirmier(e)s > Information par thème > Infirmiers relais > Directives.



La **Commission Médicale Provinciale (CMP)** est composée de fonctionnaires statutaires et des personnes du terrain, nommés chaque fois pour une période de six ans. Le Président et le vice président sont des médecins ; sont nommés encore 2 membres par groupe professionnelle agréé (médecins, pharmaciens, praticiens de l'art dentaire, vétérinaires, sages-femmes, praticiens de l'art infirmier, kinésithérapeutes) ainsi que 2 suppléants.

Tâches principales de la CMP³ :

- proposer au gouvernement toute mesure pouvant contribuer à la santé publique (entre autres en cas de crises)
- prendre soin de la collaboration des prestataires de soins à l'exécution des mesures prises par le gouvernement en vue de prévenir ou de combattre de maladies pour lesquelles existe une obligation de déclaration ou des maladies transmissibles
- accorder ou retirer le visa (provisoirement ou non)
- détecter et constater l'exercice illicite de la médecine
- fonctionner comme chambre déontologique pour les groupes professionnels sans Ordre
- superviser les services de garde des professions de santé (médecins, pharmaciens, praticiens de l'art dentaire, et sages-femmes) et, en cas de manque, éventuellement imposer elle-même un arrangement pour la garde
- introduire des procédures en cas de vol de prescriptions ou de cachet.

3. A.R. n° 78 du 10 novembre 1967.

II. Les prestations de l'art infirmier

1. Quelles prestations sont concernées par l'agrément du praticien de l'art infirmier ?

La réglementation entend par exercice de l'art infirmier, l'accomplissement des activités suivantes⁴ :

- “a) - observer, identifier et établir l'état de santé sur les plans psychique, physique et social ;*
 - définir les problèmes en matière de soins infirmiers ;*
 - collaborer à l'établissement du diagnostic médical par le médecin et à l'exécution du traitement prescrit ;*
 - informer et conseiller le patient et sa famille ;*
 - assurer une assistance continue, accomplir des actes ou aider à leur accomplissement en vue du maintien, de l'amélioration et du rétablissement de la santé de personnes et de groupes qu'ils soient sains ou malades ;*
 - assurer l'accompagnement des mourants et l'accompagnement lors du processus de deuil ;*
 - b) les prestations techniques de l'art infirmier qui ne requièrent pas de prescription médicale ainsi que celles pour lesquelles elle est nécessaire ;*
- Ces prestations peuvent être liées à l'établissement du diagnostic par le médecin, à l'exécution d'un traitement prescrit par le médecin ou à des mesures relevant de la médecine préventive ;*
- c) les actes pouvant être confiés par un médecin conformément à l'article 5, § 1^{er}, alinéas 2 et 3.”*

2. Quelles sont les prestations techniques de l'art infirmier ?

Ces prestations sont énumérées dans la liste suivante⁵.

Cette liste distingue 2 types de prestations : celles ne nécessitant pas une prescription de médecin (B1) et celles requérant une prescription de médecin (B2).



La condition de prescription mentionnée ci-dessus doit être considérée par rapport à la compétence qu'a le praticien pour pouvoir effectuer l'acte de soins et non par rapport au remboursement de cet acte suivant la nomenclature.



Une version tenue à jour est disponible sur le site du SPF Santé publique : www.santepublique.fgov.be > Soins de santé > professions de santé > Praticiens de l'art infirmier > législation > prestations techniques infirmiers.

4. A.R. n° 78 du 10 novembre 1967, art. 21 quinquies.

5. A.R. du 18 juin 1990, en application de l'A.R. n° 78 du 10 novembre 1967, art. 21 quinquies, § 3, annexe I.

B1 Prestations sans prescription	B2 Prestations avec prescription
1. Traitements	
Système respiratoire	
- Aspiration et drainage des voies aériennes - Soins infirmiers et surveillance auprès des patients ayant une voie respiratoire artificielle - Manipulation et surveillance d'appareils de respiration contrôlée - Réanimation cardio-pulmonaire avec des moyens non-invasifs - Administration d'oxygène	- Manipulation et surveillance d'un système de drainage thoracique - Réanimation cardio-pulmonaire avec des moyens invasifs
Système circulatoire	
- Mise en place d'un cathéter intraveineux dans une veine périphérique, prélèvement de sang et perfusion intraveineuse avec une solution saline isotonique, éventuellement avec l'usage d'un régulateur de débit - Mise en place d'une perfusion intraveineuse avec une solution saline isotonique via un système porte sous cutané connecté à une veine, prélèvement de sang et application d'un régulateur de débit	- Enlèvement d'un cathéter artériel et intraveineux profonds - Application de bandages ou de bas destinés à prévenir et/ou à traiter des affections veineuses - Préparation, administration et surveillance de perfusions et de transfusions intraveineuses éventuellement moyennant l'emploi d'appareils particuliers - Surveillance et manipulation d'appareils de circulation extracorporelle et de contre pulsion - Prélèvement et traitement de sang transfusionnel et de ses dérivés - La saignée.
Système digestif	
Enlèvement manuel de fécalome	- Préparation, réalisation et surveillance d'un - lavage gastrique - lavage intestinal - lavement - tubage et drainage gastro-intestinal - Retrait, changement après fistulisation (à l'exception du premier changement à effectuer par le médecin) et surveillance d'une sonde de gastrostomie à ballonnet.
Système urogénital et obstétrique	
- Irrigation vaginale - Soins vulvaires aseptiques	- Préparation, administration et surveillance - d'un sondage vésical - d'une instillation urétrale - d'un drainage de l'appareil urinaire - Retrait, changement après fistulisation (à l'exception du premier changement à effectuer par le médecin) et surveillance d'une sonde vésicale sus-pubienne à ballonnet.
Peau et organes des sens	
- Préparation, réalisation et surveillance de - soins de plaies - soins aux stomies, plaies avec mèches et drains - enlèvement de corps étrangers non incrustés dans les yeux	- Préparation, réalisation et surveillance - de l'enlèvement de matériels de suture cutanée, de mèches, de drains et de cathéters cutanés - du lavage du nez, des oreilles et des yeux - de thérapies utilisant la chaleur et le froid : bains thérapeutiques - Enlèvement d'un cathéter épidural - Application thérapeutique d'une source de lumière - Application de ventouses, sangsues et larves

B1 Prestations sans prescription		B2 Prestations avec prescription	
Métabolisme			
		○ Préparation, réalisation et surveillance d'une ○ hémodialyse ○ hémo-perfusion ○ plasmaphérèse ○ dialyse péritonéale ○ Maintien du bilan hydrique	
Administration de médicaments			
		○ Préparation et administration de médicaments par les voies suivantes : ○ orale (y compris par inhalation) ○ rectale ○ vaginale ○ sous-cutanée ○ intramusculaire ○ intraveineuse ○ respiratoire ○ par hypodermoclyse ○ par cathéter gastro-intestinal ○ par drains ○ application de collyre ○ gouttes auriculaires ○ percutanée ○ Préparation et administration d'une dose d'entretien médicamenteuse par le biais d'un cathéter épidural, intrathécal, intraventriculaire, dans le plexus, placé par le médecin, dans le but de réaliser une analgésie chez le patient	
Techniques particulières			
○ Soins infirmiers aux prématurés avec utilisation d'un incubateur ○ Surveillance de la préparation du matériel à stériliser et de la procédure de stérilisation ○ Manipulation des produits radioactifs		○ Enlèvement des plâtres ○ Drainage du liquide intracérébral par un drain ventriculaire sous contrôle permanent de la pression intracrânienne ○ Application du traitement par contention physique pour toute lésion après manipulation éventuelle par le médecin telles que les applications de plâtres, de plâtres de synthèse et d'autres techniques de contention.	
2. Alimentation et hydratation			
○ Alimentation et hydratation entérales		○ Alimentation parentérale	
3. Mobilisations			
○ Installation et surveillance d'un patient dans une position fonctionnelle avec support technique			
4. Hygiène			
○ Soins d'hygiène spécifiques préparatoires à un examen ou à un traitement ○ Soins d'hygiène chez les patients souffrant de dysfonction de l'A.V.Q.			

B1 Prestations sans prescription	B2 Prestations avec prescription
5. Sécurité physique	
- Transport des patients, nécessitant une surveillance constante - Mesures de prévention de lésions corporelles : moyens de contention, procédure d'isolement, prévention de chutes, surveillance - Mesures de prévention des infections - Mesures de prévention d'escarres	
6. Activités de soins infirmiers liées à l'établissement du diagnostic et du traitement	
Mesure de paramètres concernant les différentes fonctions biologiques	- Préparation et assistance lors d'interventions invasives de diagnostic - Manipulation d'appareils d'investigation et de traitement des divers systèmes fonctionnels - Prélèvements et collecte de sécrétions et d'excrétions - Prélèvement de sang - par ponction veineuse ou capillaire - par cathéter artériel en place - Administration et interprétation de tests intradermiques et cutanés
7. Assistance lors de prestations médicales	
- Gestion de l'équipement chirurgical et d'anesthésie - Préparation du patient à l'anesthésie et à une intervention chirurgicale	- Participation à l'assistance et à la surveillance du patient durant l'anesthésie - Préparation, assistance et instrumentation lors d'une intervention chirurgicale ou médicale
8. Prestations réservées aux prestataires infirmiers spécialisés en soins intensifs et d'urgences	
- Réanimation cardio-respiratoire avec utilisation de moyens techniques invasifs - Interprétation de paramètres concernant les fonctions cardiovasculaire, respiratoire et neurologique - Manipulation d'appareils de surveillance des fonctions cardiovasculaire, respiratoire et neurologique - Accueil, évaluation, triage et orientation des patients	

3. Quels sont les actes médicaux qu'un médecin peut confier à un infirmier(e) ?

La liste suivante (liste C⁶) énumère les actes médicaux qu'un médecin peut confier à un praticien de l'art infirmier. Ces actes doivent toujours être prescrits par un médecin et exécutés sous des conditions bien déterminées.

1. Préparation et administration de produits :
 - cytostatiques,
 - isotopiques.
2. Préparation et application de thérapies utilisant du matériel radioactif et des appareils de rayonnement.
3. Interprétation de paramètres concernant les différentes fonctions biologiques.
4. Utilisation d'appareils d'imagerie médicale.
5. Analyses de liquides corporels, d'excrétions, d'urines et de sang complet, relevant de la biologie clinique, à l'aide de procédures simples, à proximité du patient et sous la responsabilité d'un laboratoire clinique agréé.
6. Préparation et administration de vaccins, en présence d'un médecin
7. Remplacement de la canule trachéale externe.
8. Débridement des escarres de décubitus
9. Préparation, assistance, instrumentation et soins postopératoires dans le cadre d'une césarienne.
10. L'exécution de toutes les prestations de la liste B1 et B2 et les actes médicaux délégués durant la grossesse, l'accouchement et les soins post-partum, dans la mesure où ils portent sur la pathologie ou les anomalies résultant ou non de la grossesse et dans le cadre de la collaboration pluridisciplinaire au sein des services spécialisés dans la pathologie concernée
11. Prélèvement de sang par ponction intra artérielle.
12. Placement d'un cathéter par voie intra osseuse (uniquement si spécialisé en soins intensifs et d'urgences).

6. A.R. du 18 juin 1990, en application de l'A.R. n° 78 du 10 novembre 1967, 21 quinquies, § 3, annexe II.

III. Responsabilité sociale et financière du dispensateur de soins

1. Des limitations sont-elles imposées à la liberté thérapeutique des médecins et des dentistes?

La liberté thérapeutique dont jouissent les médecins et les dentistes n'est pas illimitée. Ils doivent s'abstenir de prescrire, d'exécuter ou de faire exécuter des prestations superflues ou inutilement onéreuses à charge de l'assurance soins de santé et indemnités⁷.

Inciter les dispensateurs de soins à la prescription ou à l'exécution des prestations superflues ou inutilement onéreuses est également interdit.

2. Quelle est la responsabilité du praticien de l'art infirmier ?

Les dispensateurs de soins autres que les médecins et les dentistes ne peuvent exécuter ou faire exécuter de prestations inutilement onéreuses ou superflues à charge de l'assurance soins de santé et indemnités obligatoire⁸.

Toutefois, l'infirmier(e) est tenu d'exécuter rigoureusement la prescription médicale⁹.

Il peut néanmoins refuser de l'exécuter mais en tenant compte de la continuité des soins. Il peut porter les prestations à charge du patient si elles ne sont pas remboursables.

3. Quelles sont les répercussions financières pour l'infirmier(e) et son patient si des prestations ont été indûment remboursées par l'assurance maladie ?

Si des prestations ont été indûment remboursées du fait que l'infirmier(e) ne possédait pas la qualification requise ou qu'il n'a pas respecté les dispositions légales et réglementaires, la loi prévoit ce qui suit¹⁰ :

- Si l'infirmier(e) a perçu les honoraires de ces prestations, il est tenu au remboursement.
- Si l'infirmier(e) n'a pas reçu les honoraires de ces prestations, lui-même et le patient sont solidairement (pour la totalité de la somme) responsables du remboursement.
- Si les prestations ont été payées dans le cadre du tiers payant, l'infirmier(e) est responsable du remboursement.
- Si une personne physique ou une personne morale a perçu ces prestations pour son propre compte, elle est solidairement responsable du remboursement avec l'infirmier(e).

Voir aussi 2^e partie, VI.

7. Loi relative à l'assurance soins de santé indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 (loi SSI), art. 73, § 1^{er}.

8. Loi SSI, art. 73, § 1^{er}.

9. A.R. du 3 juillet 1996, art. 105.

10. Loi SSI, art. 164.



Il est généralement dit que le dispensateur de soins a une obligation de moyens envers son patient et pas une obligation de résultats (art. 1137 du Code civil). Tous les moyens requis doivent donc être mis en œuvre pour obtenir un bon résultat sans donner la moindre garantie de succès.

4. De quelle manière l'infirmier(e) peut-il être tenu responsable de ses actes infirmiers ?

Les actes de l'infirmier(e) peuvent être évalués selon diverses législations.

Du point de vue administratif : selon la loi SSI, avec comme organe de contrôle le Service d'Évaluation et de contrôle médicaux (SECM).



Plus d'informations sur le site Internet de l'INAMI : www.inami.be, rubrique Dispensateurs de soins > Information générale > Le SECM : Missions et procédures.

Du point de vue pénal : selon le droit pénal. Par exemple en cas d'infractions, notamment au secret professionnel, en cas de fraude ou en cas de faux en écriture (tribunal correctionnel).

Du point de vue civil : selon le droit civil. Par exemple : en cas de dommage causés à la suite d'une erreur médicale ou de dommages résultant de soins de santé¹¹. En cas de dommage, la charge de la preuve repose sur le patient.

5. L'infirmier(e) peut-il refuser d'effectuer un acte ?

Un(e) infirmier(e) peut refuser d'effectuer certains actes pour lesquels il est pourtant compétent mais pas suffisamment qualifié. *“Les prestations techniques et les actes confiés prescrits doivent relever des connaissances et aptitudes normales du praticien de l'art infirmier.”*¹²

Le praticien de l'art infirmier est néanmoins supposé pouvoir effectuer les prestations et les actes courants de manière correcte et sûre.

Un(e) infirmier(e) peut aussi refuser de participer ou d'effectuer un acte pour des raisons éthiques, par exemple dans le cadre de l'euthanasie¹³.

M. Le dispensateur de soins et l'INAMI

1. L'INAMI

a. Missions

L'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI) est une institution publique de sécurité sociale.

11. Loi du 31 mars 2010 relative à l'indemnisation en cas des dommages résultant de soins de santé.

12. A.R. du 18 juin 1990, art. 7 ter, § 1er.

13. Loi sur l'euthanasie du 28 mai 2002, art. 14.

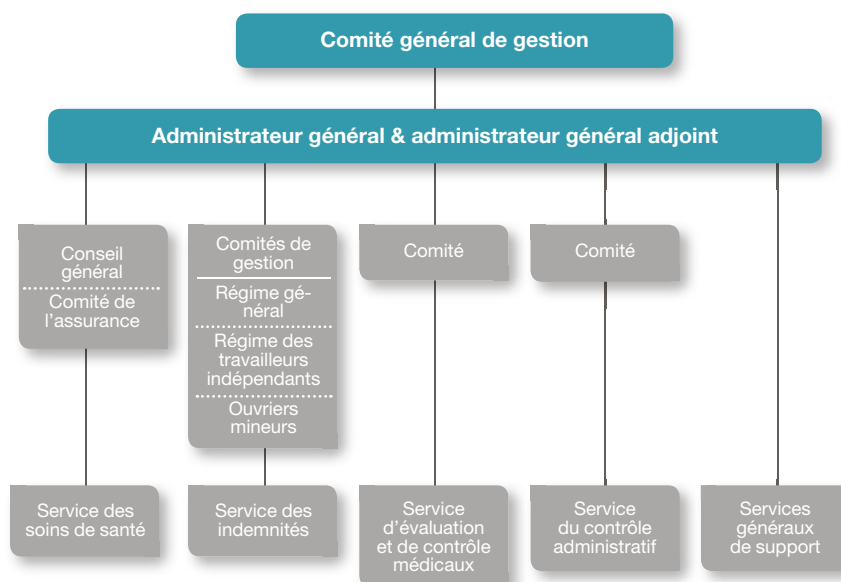
L'INAMI a pour mission de gérer au mieux les moyens que la société met à la disposition de l'assurance soins de santé et indemnités (assurance SSI). L'INAMI travaille dans le cadre légal et en concertation avec les acteurs concernés (les partenaires sociaux, les mutualités, les dispensateurs de soins, etc.) de sorte que :

- la population ait accès aux soins de santé nécessaires, que ces soins soient de bonne qualité et efficaces et qu'ils soient dispensés aux tarifs convenus
- les assurés sociaux - travailleurs salariés et travailleurs indépendants - bénéficient d'un revenu de remplacement adéquat en cas d'incapacité de travail ou de congé de maternité, avec une possibilité de réinsertion sociale
- les activités des dispensateurs de soins et des mutualités soient financées de manière adéquate
- les moyens destinés à l'assurance SSI soient utilisés correctement et que les obligations légales soient respectées par tous les intéressés.

b. Structure

L'INAMI est structuré en 5 services :

- le Service des soins de santé responsable de la gestion de l'assurance soins de santé
- le Service des indemnités responsable de la gestion de l'incapacité de travail, de l'assurance maternité, paternité et adoption ainsi que des allocations pour frais funéraires
- le Service d'évaluation et de contrôle médicaux qui veille à l'application de la législation relative à l'INAMI (au niveau de la pratique professionnelle)
- le Service du contrôle administratif qui effectue le contrôle administratif, entre autres des mutualités. En collaboration avec les mutuelles, il gère et contrôle le fonctionnement du maximum à facturer (MAF), le système du remboursement préférentiel et le statut Omnio.
- les Services généraux de support.



2. Le Service d'évaluation et de contrôle médicaux (SECM)

L'objectif du SECM est de contribuer à une utilisation optimale des moyens de l'assurance SSI.

Pour ce faire le SECM applique 3 stratégies : l'information, l'évaluation et le contrôle.

a. Information

Dans le cadre de la politique globale d'information de l'INAMI, le SECM souhaite donner une meilleure information aux dispensateurs de soins pour prévenir les infractions à la législation com-mises par ignorance.

Le SECM remplit cette mission d'information en collaboration avec les autres services de l'INAMI.

Quelques exemples :

-  information concernant les modifications apportées à la législation (par Internet et au moyens de circulaires)
-  mise à disposition d'informations pertinentes sur le site Internet de l'INAMI (législation, nomenclature, produits pharmaceutiques, etc.)
-  rédaction de brochures pratiques et lisibles pour les dispensateurs de soins débutants
-  feed-back sur les résultats des activités d'évaluation et de contrôle afin d'attirer l'attention des dispensateurs de soins sur les (éventuelles) infractions à la législation
-  Plus d'informations sur le site Internet de l'INAMI : www.inami.be, rubrique Dispensateurs de soins > Information générale > Jurisprudence du Comité du SECM.

b. Évaluation

Lors de l'évaluation, le SECM examine la pratique professionnelle d'un groupe de dispensateurs sélectionnés sur la base de critères tels que la discipline exercée, l'attitude de prescripteur ou encore la consommation médicale.

Le but de l'évaluation est essentiellement préventif et vise à informer les dispensateurs de soins au sujet des déviations qui ont été constatées chez eux.

c. Contrôle

Le SECM a pour mission de vérifier si les dispensateurs de soins individuels ou les établissements de soins effectuent les prestations de l'assurance SSI conformément aux dispositions légales.

Le contrôle s'opère selon des procédures strictement déterminées par la loi¹⁴.

En cas de constat d'infraction, des sanctions sont éventuellement infligées.

14. Loi SSI, art. 141.

Les infractions sont classées en 8 catégories¹⁵, une mesure distincte étant fixée pour chacune d'entre elles¹⁶.

1. Porter en compte des prestations non effectuées (réalité).
2. Porter en compte des prestations sans tenir compte des règles de la nomenclature en vigueur (conformité) ou d'autres dispositions (par exemple, l'accord national, les conventions, etc.).
3. Porter en compte des prestations qui ne sont ni curatives, ni préventives, c'est-à-dire qui ne sont pas prévues dans la nomenclature (article 34 de loi SSI), par exemple, des interventions à but esthétique.
4. Porter en compte des prestations superflues ou inutilement onéreuses (surconsommation).
5. Prescrire des prestations superflues ou inutilement onéreuses (sur-prescription).
6. Prescrire des médicaments superflus ou inutilement onéreux (médicaments sans autorisation préalable du médecin-conseil, chapitre II).
7. Infractions administratives.
8. Inciter à prescrire ou exécuter des prestations superflues ou inutilement onéreuses.

L'infirmier(e) est essentiellement concerné par les infractions 1, 2 et 7.

Les infractions énumérées ci-dessus sont également applicables aux personnes physiques ou morales qui :

- emploient des dispensateurs de soins
- organisent la dispensation des soins
- organisent la perception des sommes dues par l'assurance soins de santé¹⁷.



Plus d'informations sur le site Internet de l'INAMI : www.inami.be

- sur le fonctionnement du SECM : rubrique Dispensateurs de soins > informations générales > SECM : Missions et procédures
- sur la structure du SECM : rubrique L'INAMI > Structure administrative > Le Service d'évaluation et de contrôle médicaux.

15. Loi SSI, art. 73 bis.

16. Loi SSI, art. 142, § 1er.

17. Loi SSI, art. 2, n).

V. Convention nationale entre les infirmiers et les organismes assureurs¹⁸

1. Contenu

La Convention régit les rapports financiers et administratifs entre les patients et les organismes assureurs, d'une part, et les praticiens de l'art infirmier, d'autre part¹⁹. Cette convention fixe les éléments suivants :

- les prix et les honoraires (art. 3). Certaines catégories de patients peuvent également bénéficier d'une intervention majorée
- l'indemnisation de certains frais de transport (art. 4)
- les modalités d'attestation des prestations, d'application du régime du tiers payant (art. 6-7) et de perception du ticket modérateur (art. 8)
- les conséquences éventuelles en cas de non-respect de la Convention nationale (voir plus loin)
- la convention est budgétairement conditionnée et prévoit des mesures de correction en cas de dépassement des objectifs budgétaires (art. 10)
- les soins infirmiers à domicile et le trajet de soins du patient diabétique (art. 10 bis).

2. Comment une Convention est-elle conclue ?

La Convention peut être conclue au niveau national et/ou au niveau régional²⁰. L'adhésion est individuelle²¹.

3. Quelle est la durée d'une Convention ?

Normalement, la Convention est conclue pour une période de 2 ans minimum. Toutefois, dans des circonstances exceptionnelles, cette période peut être plus courte.

La Convention est reconduite tacitement d'année en année²², sauf si elle est résiliée.

Les infirmiers qui y ont adhéré sont censés maintenir leur adhésion à cette Convention si elle est reconduite tacitement ou à toute nouvelle Convention qui la remplace, sauf préavis par lettre recommandée, au plus tard trois mois avant la date d'expiration prévue²³.

18. Convention nationale entre les infirmiers et les organismes assureurs, adapté le 1 janvier 2009, dite convention nationale.

19. Loi SSI, art. 42.

20. Loi SSI, art. 43.

21. Loi SSI, art. 45.

22. Loi SSI, art. 49, § 4.

23. Loi SSI, art. 49, § 3, premier alinéa.

4. Mesures prises en cas de non-respect de la convention

En cas de non-respect des tarifs convenus, la commission de convention peut prononcer des amendes (une amende équivalant au triple du montant de l'infraction). Dans certaines circonstances, elle prévoit notamment :

- le retrait unilatéral de la Convention pour une durée déterminée ou indéterminée²⁴
- l'exclusion du régime du tiers payant figure également parmi ses possibilités (voir 3^e Partie, III, 3 "Régime du tiers payant").

5. L'infirmier(e) doit-il informer le patient de son adhésion ou non à la convention ?

Chaque prestataire de soins a l'obligation d'avertir clairement son patient de son adhésion ou non à l'accord. Cette communication doit être faite d'une manière claire et lisible. Lorsque plusieurs prestataires travaillent au même endroit, cette communication peut être organisée de manière commune ou centralisée²⁵.



Si l'infirmier(e) n'adhère pas à la Convention, l'intervention de l'assurance obligatoire est réduite de 25 % ce qui entraîne une augmentation du ticket modérateur.



Plus d'informations sur le site Internet de l'INAMI : www.inami.be, rubrique Dispensateurs de soins > Autres dispensateurs > Infirmier(e)s > Informations générales > convention texte coordonné.

VI. Mesures de soutien

1. Intervention à l'achat d'un logiciel

Une prime est prévue à l'achat d'un logiciel homologué par le SPF Santé publique (800 EUR en 2009).

Pour obtenir cette intervention, l'infirmier doit :

- avoir adhéré à la Convention pour l'ensemble de l'année pour laquelle l'infirmier(e) demande la prime
- exercer l'art infirmier à titre principal
- avoir exercé une activité minimum au cours de l'année pour laquelle il demande la prime (≥ 33.000 EUR de prestations dans le cadre de l'article 8 de la nomenclature).



Plus d'informations et le **formulaire de demande** sur le site Internet de l'INAMI : www.inami.be, rubrique Dispensateurs de soins > Autres dispensateurs > Infirmier(e)s > Information par thème > intervention INAMI dans le coût d'un logiciel.

24. Convention nationale, art. 9.

25. Loi SSI, art. 73, § 1.

2. Intervention forfaitaire pour les services de soins à domicile dans leurs frais de gestion spécifiques²⁶

Un service de soins à domicile peut obtenir une intervention forfaitaire dans les frais liés aux normes de gestions imposées.

Pour 2009 cette intervention s'élève à 13.064 EUR par trimestre. Elle est calculée sur la base de 14 infirmier(e)s équivalents temps plein (ETP).

Conditions pour pouvoir bénéficier de cette intervention :

- Le service est dirigé par des infirmier(e)s responsables de l'organisation des soins à domicile, de la coordination, de la programmation, de la continuité, de la qualité et de l'évaluation des soins, et qui exercent autorité et contrôle.
- L'effectif du personnel comporte au minimum 7 infirmier(e)s ETP (sans compter les infirmier(e)s responsables).
- Le service garantit la formation permanente d'au moins 20 heures par infirmier(e)s ETP et par an.
- Le service prévoit 25 heures de réunions de concertation et de peer review par infirmier(e)s ETP et par an, pour le suivi des patients.
- Le service dispose d'un numéro de tiers payant unique.
- Un infirmier(e) responsable ne peut effectuer par trimestre que le nombre de prestations correspondant à un total d'honoraires égal à 2 000 fois la valeur de la lettre-clé W.
- Par trimestre, l'activité quotidienne moyenne par infirmier(e) ETP, et sans tenir compte des infirmier(e)s responsable(s), se situe entre 13 et 23 prestations de base.



Plus d'informations sur le site Internet de l'INAMI : www.inami.be, rubrique Dispensateurs de soins > Autres dispensateurs > Infirmier(e)s > Information par thème > Intervention forfaitaire pour les services de soins infirmiers à domicile.

3. Projet pilote pour l'enregistrement de données au chevet du patient (projet VINCA)

Ce projet pilote a pour but d'apporter un soutien administratif aux infirmier(e)s ambulatoires.

L'infirmier(e) peut introduire les données au domicile du patient au moyen d'un ordinateur portable.

Une intervention financière unique de l'INAMI est prévue.



Plus d'informations sur le site Internet du SPF Santé publique : www.santepublique.fgov.be, rubrique Soins de santé > Télématicque.

26. A.R. du 16 avril 2002 fixant l'intervention forfaitaire.

2^e Partie

Attestation des
prestations de soins
infirmiers





Cette 2^e partie informe le praticien de l'art infirmier sur la nomenclature des prestations de soins infirmiers à domicile. Elle fournit également des informations sur le dossier infirmier et répond à plusieurs questions pratiques relatives aux prestations de soins infirmiers.

I. Introduction à la nomenclature des prestations de soins infirmiers



Pour autant qu'il soit satisfait entre autres, à l'obligation de prescription, l'infirmier(e) peut effectuer, à charge du patient, des prestations de soins infirmiers qui ne sont pas remboursées par l'assurance maladie.

Seules les prestations de soins infirmiers énumérées dans l'article 8 de la nomenclature des prestations de santé (NPS) et effectuées conformément aux conditions de celle-ci, donnent lieu à un remboursement par l'assurance soins de santé.



La NPS peut être consultée sur le site Internet de l'INAMI : www.inami.be, Dispensateurs de soins > Nomenclature.



Dans cette partie, en l'absence d'autre mention, les références légales se rapportent à l'article 8 de la NPS.

1. Que contient la nomenclature ?

La nomenclature énumère les prestations remboursables par l'assurance soins de santé.

Pour chaque prestation, la nomenclature donne l'information suivante :

- la **qualification** requise pour pouvoir porter en compte la prestation à l'assurance soins de santé (voir aussi le point II, 2 de cette 2^e Partie)
- un **numéro** identifiant la prestation
- une **définition** : une description de la prestation même, complétée ou non par les conditions quantitatives ou qualitatives quant aux conditions de remboursement
- une **valeur relative** qui détermine le montant de l'honoraire qui peut être demandé dans le cadre de la Convention. Elle consiste en une lettre-clé et un coefficient :
 - la **lettre-clé** pour l'art infirmier est le W. La valeur de la lettre-clé fait l'objet d'une concertation entre les infirmiers et les mutualités (voir convention)
 - le **coefficient** est un facteur de multiplication.

La nomenclature prévoit par ailleurs des **règles d'application** expliquant les conditions de remboursement d'une ou de plusieurs prestations (§§ 2 à 11 inclus).

Exemple :

 Pour les soins d'hygiène dispensés au domicile ou à la résidence du bénéficiaire :

Numéro	Libellé	Lettre-clé	Coefficient
425110	Soins d'hygiène (toilettes)	W	1,167 "

Les règles d'application pour cette prestation sont décrites au § 6.

 Plus d'informations concernant les **tarifs** des prestations sur le site Internet de l'INAMI : www.inami.be, rubrique Organismes assureurs > Honoraires, prix et remboursements

 Les **règles interprétatives** sont à consulter sur le site Internet de l'INAMI : www.inami.be, rubrique Dispensateurs de soins > Nomenclature (disponible en PDF et classement par article) ou directement via la page d'ouverture "Nomenclature des prestations de santé".

Des règles interprétatives peuvent préciser la nomenclature. Elles sont fixées par le Comité de l'assurance sur la base des propositions faites par les commissions de conventions compétentes et publiées au Moniteur belge.

2. Quelle est la base légale de la nomenclature ?

L'article 34 de la loi relative à l'assurance soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 (loi SSI) énumère les prestations de nature préventive et curative remboursables.

La nomenclature actuelle a été instaurée en annexe de l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la NPS en matière d'assurance SSI.

Les adaptations sont également publiées sous forme d'arrêté royal en faisant référence à l'arrêté royal précité.

3. Qui établit la nomenclature ?

La commission de conventions de l'art infirmier fait des propositions ou formule son avis concernant les modifications à apporter à la nomenclature (modifications de libellés de prestations, ajouts ou suppression de prestations, etc.).

Sur base de ces avis et propositions, le Comité de l'assurance décide des modifications et adaptations de la nomenclature.

Le Ministre des Affaires sociales, qui peut proposer ou refuser des modifications, formalise ces modifications dans un arrêté royal qui entre en vigueur après publication au Moniteur belge.

Le Comité de l'assurance est composé de représentants :

- des organismes assureurs, chacun ayant droit à un représentant au moins
- des organisations représentatives du corps médical et des praticiens de l'art dentaire
- des pharmaciens d'officines, des pharmaciens hospitaliers et des pharmaciens biologistes
- des gestionnaires entre autres d'établissements hospitaliers, d'établissements de soins, de maisons de repos, d'établissements de rééducation fonctionnelle et de réadaptation professionnelle
- des kinésithérapeutes, des praticiens de l'art infirmier et des auxiliaires paramédicaux
- des organisations représentatives de l'ensemble des employeurs, des organisations représentatives de l'ensemble des travailleurs salariés et de représentants des travailleurs indépendants (ceux-ci avec voix consultative).

La commission de convention de l'art infirmier est composée de 8 membres proposés par les organisations professionnelles représentatives des praticiens de l'art infirmier et de 8 membres proposés par les mutualités (A.R. du 3 juillet 1996, art. 17).

4. Où peut-on consulter la nomenclature ?

La nomenclature est consultable sur le site internet de l'INAMI via une base de données (Nomenclsoft) munie d'un moteur de recherche par numéro de code, par mot contenu dans le libellé, par article, sur base de l'arborescence ou au moyen d'une combinaison de ces méthodes de recherche.

"Nomenclsoft" donne pour chaque numéro de code, entre autres : le libellé de la prestation, les honoraires et remboursements (avec historique), la date d'entrée en vigueur, les valeurs-clés.



Les informations concernant la NPS, les règles interprétatives et les tarifs peuvent être consultés sur le site Internet de l'INAMI : www.inami.be, rubrique Nomenclature des prestations de santé.

II. La nomenclature des prestations de soins infirmiers

1. Classification des prestations de soins infirmiers

Le § 1^{er} de l'article 8 énumère les prestations de soins infirmiers. Celles-ci sont libellées en fonction des paramètres suivants :

a. Lieu / moment où ces prestations sont effectuées

4 groupes répartis en 4 catégories numérotées de 1° à 4°.

- Catégorie 1° : Prestations effectuées au domicile ou à la résidence du bénéficiaire au cours de jours ouvrables.
- Catégorie 2° : Prestations effectuées au domicile ou à la résidence du bénéficiaire durant le week-end ou un jour férié.
- Catégorie 3° : Prestations effectuées soit au cabinet du praticien de l'art infirmier, soit au domicile ou à la résidence communautaires, momentanés ou définitifs, de personnes handicapées, soit dans une maison de convalescence.
- Catégorie 4° : Prestations effectuées dans un centre de jour pour personnes âgées.



Par domicile ou lieu de séjour de l'assuré on entend non seulement son propre domicile, mais aussi le domicile de la famille ou des connaissances et les lieux publics.

b. La nature de la prestation

7 rubriques numérotées en chiffres romains de I à VII.

- Rubrique I : Séance de soins infirmiers : rubrique subdivisée en deux parties : A) Prestation de base et B) Prestations techniques de soins infirmiers (catégories 1° à 4°).
- Rubrique II : Honoraires forfaitaires par journée de soins pour des patients lourdement dépendants (catégories 1° à 3°).
- Rubrique III : Prestations techniques spécifiques de soins infirmiers (catégories 1° à 3°).
- Rubrique IV : Honoraires forfaitaires par journée de soins pour les patients palliatifs (catégories 1° et 2°).
- Rubrique V : Honoraires supplémentaires par journée de soins pour les patients palliatifs (catégories 1° et 2°).
- Rubrique VI : Honoraires forfaitaires pour les prestations dispensées aux patients diabétiques (catégories 1° et 2°).
- Rubrique VII : Consultation infirmière.

Attestation des prestations en fonction des catégories et rubriques				
	1° Domicile jours de semaine	2° Domicile WE + jours fériés	3° Dispensaire / handicapés / maison de convalescence	4° Centres de jour personnes âgées
I. Base + techn.	oui	oui	oui	oui
II. Forfaits	oui	oui	oui	non
III. Spéc. techn.	oui	oui	oui	non
IV. Palliatif	oui	oui	non	non
V. Supp. Palliatif	oui	oui	non	non
VI. Diabète	oui	oui	non	non
VII. Consult. inf.	oui	non	non	non

2. Règles d'application

Rubrique	Nature de la prestation	Règles d'application (art. 8)
I.	Séance de soins infirmiers	§ 4, § 6 (toilettes), § 8 (soins de plaie(s))
II.	Honoraires forfaitaires par journée de soins pour des patients lourdement dépendants	§ 5
III.	Prestations techniques spécifiques de soins infirmiers	§ 9
IV.	Honoraires forfaitaires par journée de soins pour les patients palliatifs	§ 5
V.	Honoraires supplémentaires par journée de soins pour les patients palliatifs	§ 5 bis
VI.	Honoraires forfaitaires pour les prestations dispensées aux patients diabétiques	§ 5 ter
VII.	Consultation infirmière	§ 4 bis

Les paragraphes 2 à 11 présentent les règles d'application. Certaines concernent toutes les prestations, d'autres concernent certaines rubriques ; d'autres encore ne visent que quelques prestations.

a. Règles d'application pour toutes les prestations

- Le § 2 donne des précisions relatives à la prescription.
- Le § 3 énumère les circonstances dans lesquelles les honoraires ne sont pas dus.
- Le § 7 traite de la procédure de demande et de notification.
- Le § 11 traite du remboursement des prestations qui n'ont pas été effectuées ou qui n'ont été que partiellement effectuées par une personne non habilitée.

b. Règles d'application par rubriques ou par catégories

- Le § 4 donne des précisions relatives à la rubrique I (la séance de soins infirmiers + dossier infirmier).
- Le § 4 bis donne des précisions relatives à la rubrique VII (consultation infirmière)
- Le § 5 donne des précisions relatives à la rubrique II (honoraires forfaitaires par journée de soins pour des patients lourdement dépendants) et la rubrique IV.
- Le § 5 bis donne des précisions relative aux rubriques IV et V (honoraires forfaitaires par journée de soins pour les patients palliatifs).
- Le § 5 ter donne des précisions relatives à la rubrique VI (honoraires forfaitaires pour les prestations dispensées aux patients diabétiques).
- Le § 9 donne des précisions relatives à la rubrique III (prestations techniques spécifiques).
- Le § 10 donne des précisions relatives aux prestations qui sont effectuées durant les week-ends et jours fériés au domicile ou à la résidence du bénéficiaire (catégorie 2°).

c. Règles d'application pour une prestation bien déterminée

- Le § 6 donne des précisions relatives aux toilettes.
- Le § 8 donne des précisions relatives aux soins de plaie(s).
- Le § 8 bis détermine dans quelles circonstances l'infirmier(e) peut attester la préparation et l'administration d'une médication aux patients psychiatriques chroniques.

III. Dispositions restrictives générales relatives à l'application de la nomenclature

1. Une prescription est-elle nécessaire et à quelles conditions doit-elle répondre ?

a. Nécessité de la prescription²⁷

Une prescription est nécessaire pour **toutes** les prestations de soins infirmiers effectuées dans le cadre de la nomenclature, à l'exception des prestations suivantes :

- la toilette (également dans le cadre des honoraires forfaitaires),
- la visite d'un infirmier relais dans le cadre de soins de plaie(s) spécifiques,
- le contrôle d'une plaie à pansement bioactif pendant la période où les soins de la plaie ont été prescrits,
- la consultation infirmière.

b. Conditions auxquelles la prescription doit satisfaire

CONDITIONS PRÉVUES DANS LA NOMENCLATURE (§ 2)

- La prescription mentionne la nature, le nombre et la fréquence des soins à dispenser. Elle doit comporter les données requises pour pouvoir identifier les soins attestés (la seule mention du numéro de nomenclature ne suffit donc pas).
- Les prescriptions relatives à l'administration de médicaments et de solutions médicamenteuses doivent en outre mentionner la nature et la dose des produits à administrer.
- Pour la préparation et l'administration de médications destinées aux patients psychiatriques chroniques (425736 et 425751), il ne faut pas mentionner le nombre de prestations mais la période d'administration (maximum une année par prescription).
- Les prescriptions relatives à l'administration d'alimentation entérale et parentérale ou relatives à l'administration de perfusions doivent en outre mentionner le débit et la quantité par périodes de 24 heures.
- Les prescriptions relatives aux soins de plaie(s) doivent mentionner les informations suivantes :
 - une description de la plaie
 - la fréquence maximale des soins
 - la posologie des médicaments à appliquer
 - la période au cours de laquelle la plaie doit être soignée.

27. Voir 1^{re} Partie pour la nécessité de la prescription hors du cadre de la nomenclature.

AUTRES CONDITIONS²⁸

La prescription doit mentionner les données suivantes :

- mentionner l'identification du patient : nom, prénom, adresse, qualité, numéro d'inscription
- reprendre l'identification du prescripteur : nom, adresse, numéro INAMI
- être signée par le prescripteur (signature manuscrite)
- être datée.



L'infirmier(e) ne peut jamais apporter de modifications à la prescription.

c. Conséquences d'une prescription non valable

Pour l'infirmier : une prescription valable est une **condition de remboursement**. Il est dès lors tenu de présenter la prescription incomplète pour correction au prescripteur.

Pour le prescripteur : la loi prévoit une amende (de 50 EUR à 500 EUR) pour le dispensateur de soins qui, à maintes reprises et après avertissement, n'a pas rédigé les documents administratifs ou médicaux conformément aux dispositions légales²⁹.

d. Durée de validité d'une prescription soins infirmiers

La durée de validité d'une prescription de soins infirmiers n'est pas définie.

2. Un(e) infirmier(e) peut-il attester des prestations pour des soins infirmiers dispensés à l'hôpital ?

Aucune prestation ne peut être attestée pour des soins infirmiers dispensés à un patient hospitalisé car les soins infirmiers sont remboursés de manière forfaitaire.

3. Un(e) infirmier(e) peut-il attester des prestations pour des soins dispensés dans les institutions de repos et de soins ?

Aucune prestation ne peut être attestée pour des patients séjournant dans les institutions suivantes :

- maisons de repos et de soins (MRS), maisons de soins psychiatriques (MSP) et centres de soins de jour (CSJ) agréés par les autorités compétentes³⁰
- maisons de repos pour personnes âgées (MRPA) agréées par les autorités compétentes.

Par ailleurs, aucune prestation ne peut être attestée pour les soins dispensés en institutions qui, sans être agréés comme maisons de repos, constituent le domicile commun ou la résidence commune de personnes âgées³¹ (remboursement forfaitaire).

28. Règlement du 28 juillet 2003, annexe 32.

29. Loi SSI, art. 142, § 1^{er}, 7^o.

30. Institutions mentionnées dans la loi SSI, art. 34, 11^o.

31. Loi SSI, art. 34, 12, en application de l'A.R. du 19 décembre 1997.

4. Un(e) infirmier(e) peut-il attester des prestations pour des soins dispensés dans des résidences-services ?

Les prestations effectuées chez des personnes âgées séjournant dans un complexe résidentiel proposant des services (résidences-services) peuvent être attestées à condition que le complexe soit agréé.

5. Un(e) infirmier(e) peut-il attester des prestations pour des soins dispensés pendant une visite, une consultation ou une prestation technique d'un médecin ?

Non, ces soins font partie intégrante de la consultation, de la visite ou de la prestation technique.

6. L'infirmier(e) peut-il porter en compte à l'assurance soins de santé des prestations couvertes par une autre assurance ?

Les prestations remboursables en vertu d'une autre législation belge, d'une législation étrangère ou du droit commun ne sont en principe pas remboursées par l'assurance soins de santé³².

Néanmoins dans certains cas (accidents de travail et accidents de droit commun), l'assurance soins de santé peut avancer le remboursement des prestations lorsque la reconnaissance de l'accident de travail n'est pas encore établie ou lorsque la responsabilité d'un tiers n'est pas encore déterminée. L'assurance peut réclamer le remboursement de ces montants lorsqu'une autre réglementation légale est applicable.

Toutefois, si les sommes accordées en vertu de cette législation ou du droit commun sont inférieures aux remboursements de l'assurance soins de santé, celle-ci rembourse la différence.

7. L'infirmier(e) peut-il porter en compte à l'assurance soins de santé des prestations effectuées à l'étranger ?

Les prestations effectuées chez un bénéficiaire qui ne se trouve pas effectivement sur le territoire belge ou effectuées en dehors du territoire belge ne sont pas remboursables, sauf dispositions contraires³³. Une réglementation spécifique peut néanmoins s'appliquer, en particulier pour les communes frontalières.

8. L'infirmier(e) peut-il porter en compte des prestations partiellement ou intégralement effectuées par des personnes non compétentes ?

L'infirmier(e) ne peut pas porter en compte des prestations partiellement ou intégralement effectuées par des personnes non compétentes même si elles ont été effectuées en sa présence. L'assistance de tiers ne peut être invoquée que si la situation du patient rend cette aide nécessaire (§ 11).

32. Loi SSI, art. 136, § 2.

33. Loi SSI, art. 136, § 1.

9. L'infirmier(e) peut-il déléguer des tâches à un aide-soignant lors des soins à domicile?

L'infirmier(e) peut déléguer certaines prestations techniques de soins infirmiers à un aide-soignant uniquement dans le cadre d'un projet pilote et sous des conditions strictes³⁴.



Plus d'informations concernant ce projet pilote sur le site Internet de l'INAMI : www.inami.be, rubrique Dispensateurs de soins > Autres dispensateurs > Infirmier(e)s > Information par thème > Convention relative à l'activité de l'aide-soignant au sein d'un service de soins infirmiers à domicile.

M. Le dossier infirmier

1. L'infirmier(e) doit-il constituer un dossier infirmier pour chaque patient ?

L'infirmier(e) doit constituer un dossier infirmier par patient³⁵. La tenue d'un dossier infirmier complet par patient est une condition de remboursement par l'assurance (§ 3, 5°).



Aucun honoraire n'est dû pour les prestations pour lesquelles la tenue du dossier est incomplète.

2. Quelles données le dossier infirmier doit-il contenir ?

Le dossier infirmier doit mentionner les tâches liées aux soins effectués par l'infirmier(e) : le planning, l'exécution et l'évaluation, y compris l'accompagnement sanitaire du patient et de son entourage³⁶.

Il n'y a pas d'exigences formelles quant à la forme du dossier infirmier (il peut éventuellement s'agir d'un fichier informatique). Cependant les éléments suivants doivent s'y trouver :

- les données d'identification du bénéficiaire
- l'échelle d'évaluation du degré de dépendance, pour autant que la nomenclature l'impose (indemnité forfaitaire, toilettes)
- le contenu de la prescription ou une copie de celle-ci
- les données d'identification du prescripteur
- l'identification des infirmiers qui ont dispensé ces soins
- le calendrier et l'évaluation des soins
- tous les soins infirmiers dispensés chaque journée de soins ; pour les forfaits, toutes les données relatives aux soins dispensés qui sont nécessaires pour compléter les pseudo-codes sur l'attestation de soins donnés (ASD) doivent être mentionnées dans le dossier infirmier
- pour les patients palliatifs (rubriques IV et V), le dossier doit être complété par les données suivantes : enregistrement des symptômes, échelle de douleur, contacts avec la famille du patient, résultats des réunions de coordination (§ 5 bis, 5°, c)
- selon le cas, ce dossier infirmier (général) est complété par un dossier infirmier spécifique pour le patient diabétique (§ 5ter, 4° et 5°) ou par un dossier de soins de plaie(s) spécifique (§ 8, 5°).

34. A.R. du 12 janvier 2006 et annexes pour plus d'information sur les actes autorisés et la supervision.

35. NPS, art. 8, § 4, 2°.

36. A.R. du 18 juin 1990, art. 3.

3. Combien de temps l'infirmier(e) doit-il conserver le dossier infirmier ?

L'infirmier doit conserver le dossier infirmier pendant une période d'au moins 5 ans.

4. Qui est responsable du dossier infirmier ?

L'infirmier(e) qui a effectué les soins est responsable du dossier infirmier.

Si différent(e)s infirmier(e)s gèrent conjointement le dossier infirmier du même bénéficiaire, chacun est responsable des éléments du dossier relatifs aux soins qu'il a dispensés.

V. Explication concernant les prestations de soins infirmiers

1. Le nombre de séances que l'infirmier peut attester par jour et par patient est-il limité ?

L'infirmier(e) ne peut attester qu'une seule séance de soins par jour. Il ne peut répartir les soins sur plusieurs séances de soins que pour des raisons médicales mentionnées sur la prescription.

2. Le nombre de prestations que l'infirmier peut attester par séance est-il limité ?

Les limitations suivantes sont d'application :

- Les prestations mentionnées au § 4, 4°, ne peuvent être portées en compte qu'une seule fois par séance de soins.
- Les prestations techniques de soins infirmiers (rubrique I, B de 1° à 4°) ne peuvent être portées en compte qu'une seule fois par séance de soins (§ 4, 4°).
- Si plusieurs prestations de "soins de plaie(s)" sont réalisées lors d'une séance, seule la prestation ayant le tarif le plus élevé peut être portée en compte (§ 8, 8°).
- Les prestations "soins de plaie(s) simples et complexes" ne peuvent être cumulées au cours de la même séance avec la visite d'un infirmier relais en cas de soins de plaie(s) spécifiques.
- Les prestations "surveillance de plaie avec un pansement bioactif", "application de pommades et/ou d'un produit médicamenteux", "application de collyre et/ou de pommade ophtalmique" et "application de bandages, préparation et administration de médication aux patients psychiatriques chroniques ..." ne peuvent pas être cumulées au cours d'une même séance avec une autre prestation à l'exception d'une prestation de base (§ 8, 8°).
- Les prestations 425375, 425773, 426171 peuvent uniquement être cumulées au cours d'une même séance avec les prestations 423113, 423312, 423415 si le site d'injection est différent (règle interprétative 1).



Plus d'informations sur les règles interprétatives sur le site Internet de l'INAMI : www.inami.be, rubrique Nomenclature des prestations de santé > Nomenclature : par article + règles interprétatives.

3. Le nombre de prestations qui peuvent être portées en compte par jour pour un bénéficiaire est-il limité ?

Les limitations suivantes sont d'application.

- Patients lourdement dépendants, palliatifs ou non.
Les remboursements forfaitaires prévus dans les rubriques II et IV(= forfaits A, B, C, PA, PB, PC) :
 - ces forfaits ne peuvent être portés en compte qu'une seule fois par jour et doivent comporter au moins une toilette.
 - ces forfaits peuvent être uniquement cumulés avec :
 - les prestations techniques spécifiques (rubrique III)
 - la consultation infirmière (rubrique VII)
 - la visite d'un infirmier relais en cas de soins de plaie(s) spécifiques
 - tous les honoraires forfaitaires pour les prestations dispensées aux patients diabétiques (rubrique VI) chez le patient non palliatif
 - uniquement les honoraires forfaitaires pour le suivi des patients diabétiques (423216, 423231, 423334) chez le patient palliatif.
- Patients non lourdement dépendants.
 - Pour les prestations techniques de soins infirmiers (rubriques I, A + B de 1^{er} à 4^{ème}), qu'elles aient été effectuées au cours de plusieurs séances de soins ou par différents praticiens de l'art infirmier, il existe un montant maximum (plafond journalier) qui, pour un même bénéficiaire et par jour, ne peut être dépassé. Il n'est pas tenu compte ici de la visite d'un infirmier relais en cas de soins de plaie(s) spécifiques (§ 4, 6^{ème}).
 - La séance de soins infirmiers (ou le plafond journalier) peut être cumulé(e) avec :
 - les prestations techniques spécifiques de soins infirmiers (rubrique III)
 - la visite d'un infirmier relais en cas de soins de plaie(s) spécifiques, à l'exception des prestations "soins de plaie(s) simples et complexes" qui ne peuvent être cumulées durant la même séance avec la visite de l'infirmier(e) relais
 - la consultation infirmière (rubrique VII)
 - tous les honoraires forfaitaires pour les prestations dispensées aux patients diabétiques (rubrique VI) chez le patient non palliatif
 - les honoraires forfaitaires pour suivi des patients diabétiques (423216, 423231, 423334) chez le patient palliatif
 - le supplément d'honoraires PN qui peut être porté en compte chez le patient palliatif un fois par journée de soins (indemnité forfaitaire pour prestations techniques qui ne figurent pas dans les rubriques I B et III) ; lorsque le plafond journalier précité est atteint chez le patient palliatif, ce plafond et le forfait PN sont remplacés par les honoraires forfaitaires PP.
- Le remboursement des *prestations techniques spécifiques de soins infirmiers* (rubrique III) est **forfaitaire**. Il ne peut donc être porté en compte qu'une seule fois par jour. Ces remboursements peuvent cependant être cumulés avec les autres prestations de l'art. 8 de la NPS, à l'exception des prestations qui ne peuvent être cumulées qu'avec une prestation de base au cours d'une seule et même séance (voir limitations du nombre de prestations par séance § 4.2).
- La visite de l'infirmier(e) relais en cas de soins de plaie(s) spécifiques peut être cumulée avec toutes les prestations, à l'exception des prestations "soins de plaie(s) simples" et "soins de plaie(s) complexes".
- La consultation infirmière (rubrique VII) peut être cumulée avec toutes les prestations. Cette prestation n'entre pas en ligne de compte pour l'attestation d'une prestation de base.

4. Sous quelles conditions l'infirmier(e) peut-il porter en compte une prestation de base (rubrique I.A) ?

L'infirmier(e) peut uniquement porter en compte la prestation de base si :

- il constitue et tient à jour un dossier infirmier complet
- il effectue au moins une prestation technique de soins infirmiers de la rubrique I.B (visite d'un infirmier relais en cas de soins de plaie(s) spécifiques non comprise) ou s'il a effectué au moins une prestation spécifique de soins infirmiers de la rubrique III.

5. Sous quelles conditions l'infirmier(e) peut-il porter en compte un des forfaits de la rubrique II (patients lourdement dépendants) ou de la rubrique IV (patients palliatifs) ?

L'infirmier(e) doit :

- déterminer le forfait à porter en compte sur la base de l'échelle d'évaluation de la dépendance physique (§ 5) (voir 2^e partie, V, 16)
- effectuer au moins une toilette par journée de soins, à l'exception du forfait PP
- tenir un dossier infirmier
- mentionner le numéro de nomenclature du forfait, ainsi que les pseudo-codes correspondant aux prestations effectuées (§ 5, 3°), éventuellement le numéro INAMI de l'infirmier(e) qui a exécuté les soins
- effectuer pour les forfaits C et PC au minimum deux visites par journée de soins, dont au moins 1 avec toilette
- introduire une demande auprès du médecin-conseil (voir procédure de demande et de notification, § 7).

Pour les forfaits relatifs aux patients palliatifs, des conditions supplémentaires sont prévues (voir V, 6).

Le forfait est porté en compte par l'infirmier(e) qui effectue la première prestation de la journée.

6. Sous quelles conditions supplémentaires l'infirmier(e) peut-il porter en compte les prestations spécifiques pour patients palliatifs des rubriques IV et V ?

L'infirmier(e) peut uniquement porter en compte ces prestations spécifiques chez un patient palliatif à domicile. Pour que le patient puisse être reconnu comme patient palliatif à domicile, le médecin doit compléter le formulaire "Avis médical" à l'attention du médecin-conseil de la mutualité.

L'infirmier(e) doit remplir les conditions suivantes :

- envoyer une notification au médecin-conseil dans les 10 jours calendrier qui suivent le début du traitement, au moyen d'un formulaire spécialement prévu à cet effet
- garantir un accueil permanent du patient (24 heures sur 24, 7 jours sur 7)

- pouvoir à tout moment faire appel à un praticien de l'art infirmier relais qui dispose de connaissances en matière de soins palliatifs
- être gradué ou breveté. Il n'est pas un hospitalier
- compléter le dossier infirmier par les informations suivantes :
 - enregistrement des symptômes
 - échelle de douleur
 - contacts avec la famille du patient
 - résultats des réunions de coordination
- mentionner, pour chaque forfait, les pseudo-codes correspondant aux prestations qu'il a effectuées pendant la journée de soins.



S'assurer que le médecin-conseil a bien reçu l'avis médical.



Le **patient palliatif** à domicile est un patient³⁷:

1. qui souffre d'une ou de plusieurs affections irréversibles
2. dont l'évolution est défavorable, avec une détérioration sévère généralisée de sa situation physique/psychique
3. chez qui des interventions thérapeutiques et la thérapie revalidante n'influencent plus cette évolution défavorable
4. pour qui le décès est attendu dans un délai assez bref (espérance de vie de plus de 24 heures et de moins de trois mois)
5. ayant des besoins importants nécessitant un engagement soutenu et long, le cas échéant du personnel et des moyens techniques adaptés. Il est fait appel à des intervenants possédant une qualification spécifique et à des moyens techniques appropriés
6. ayant l'intention de mourir à domicile
7. répondant aux conditions mentionnées dans le formulaire "Avis médical".



Plus d'informations concernant le patient palliatif et le formulaire "Avis médical" sur le site Internet de l'INAMI : www.inami.be, rubrique Dispensateurs de soins > Médecins > Informations spécifiques > Patients palliatifs > Intervention de l'assurance > Formulaire.

7. Sous quelles conditions l'infirmier(e) peut-il porter en compte les prestations spécifiques pour patients diabétiques de la rubrique VI ?

Ces prestations peuvent être attestées selon les dispositions suivantes.

a. Honoraire de suivi pour l'accompagnement d'un patient diabétique qui ne passe pas aux soins autonomes (423231, 423334)

- Cet honoraire peut être portée en compte une fois par jour les jours où l'infirmier(e) administre une injection d'insuline au patient.
- Le suivi infirmier doit être assuré selon un plan de soins approuvé par le médecin traitant, conformément aux directives fixées.

b. Honoraire forfaitaire pour la constitution du dossier infirmier spécifique au patient diabétique (423135)

- Uniquement attestable si l'infirmier(e) est l'infirmier(e) référent (= s'il soigne régulièrement le patient et effectue régulièrement les injections).
- Attestable une seule fois.
- Cet honoraire ne peut être porté en compte chez des patients pour qui un forfait ou un supplément palliatif est porté en compte.
- L'infirmier(e) doit préalablement se concerter avec le médecin traitant sur les objectifs des soins infirmiers, et plus particulièrement sur l'indication d'éducation diabétique.
- Le dossier diabétique doit comporter au moins les éléments suivants :
 - l'anamnèse infirmière standardisée
 - les problèmes de soins et les diagnostics infirmiers
 - le planning de soins concret, y compris le programme éducatif et le suivi du patient
 - les objectifs relatifs à l'éducation diabétique et le suivi élaborés avec le médecin traitant.

c. Prestations forfaitaires pour l'éducation individuelle aux soins autonomes d'un patient diabétique par un infirmier relais (423150)

- L'infirmier(e) peut porter en compte cette prestation **une seule fois**, et seulement s'il est agréé comme infirmier relais en matière de diabète.
- L'éducation doit durer au moins 5 heures (minimum 30 minutes par séance) et doit être conforme aux directives fixées.
- Un rapport de chaque séance d'éducation ainsi qu'une évaluation doivent être joints tant au dossier de l'infirmier(e) relais qu'au dossier de l'infirmier(e) référent.
- L'infirmier(e) doit transmettre les résultats du programme d'éducation au médecin traitant.
- Il ne peut attester cette prestation chez des patients pour qui un forfait ou supplément palliatif est porté en compte ou pour qui la prestation 423231/423334 a déjà été portée en compte.

d. Prestations forfaitaires pour la présence d'un infirmier référent lors de l'éducation individuelle aux soins autonomes (423172)

- L'infirmier(e) peut porter en compte cette prestation **une seule fois**, et seulement s'il a assisté à au moins deux séances d'éducation, dont la dernière.
- Il ne peut porter en compte cette prestation chez des patients pour qui un forfait ou supplément palliatif est porté en compte.

e. Prestations forfaitaires pour l'éducation individuelle à la compréhension, par l'infirmier(e) référent ou l'infirmier relais en diabétologie (423194)

- L'infirmier(e) peut porter en compte cette prestation **une seule fois**, en qualité d'infirmier référent ou d'infirmier relais.
- L'éducation doit durer au moins 2 heures (minimum 30 minutes par séance) et doit être conforme aux directives fixées (voir aussi IV, 7).
- Il doit conserver dans le dossier infirmier un rapport de chaque séance avec une évaluation.
- Il ne peut attester cette prestation chez des patients pour qui un forfait ou supplément palliatif est porté en compte.

f. Prestation forfaitaire pour le suivi d'un patient diabétique après l'éducation aux soins autonomes (423216)

- L'infirmier(e) ne peut porter en compte cette prestation qu'après avoir suivi l'éducation individuelle aux soins autonomes par un infirmier relais (attestation numéro de la nomenclature 423150).
- Il doit préalablement discuter du suivi infirmier avec le médecin traitant.
- Il doit joindre le planning des soins au dossier diabétique spécifique.
- Il ne peut attester cette prestation que deux fois par année civile.
- Il ne peut attester cette prestation chez des patients pour qui la prestation 423231/423334 a déjà été portée en compte.

 Les prestations relatives à l'éducation diabétique (423150, 423172, 423194 et 423216) ne peuvent être portées en compte chez le patient qui est inscrit dans un programme d'autorégulation du diabète, sauf si il/elle remplit simultanément les conditions mentionnées dans le § 5 ter, 3°.

Tableau récapitulatif :

Numéro de nomenclature	Infirmier référent	Infirmier relais	Convention autorégulation	Palliatif	Conditions suppl.
423135 constitution dossier en concertation avec le médecin (1x par patient)	oui	non	oui	non	Dossier spécifique Anamnèse/diagnostic Planning Concertation médecin
423150 éducation aux soins autonomes (1x par patient)	non	oui	non	non	Inf. relais
423172 présence infirmier référent pour éducation aux soins autonomes	oui	non	non	non	Inf. référent au moins 2x présent dont dernière session
423194 éducation à la compréhension 1x par patient	oui	oui	non	non	Inf. relais
423216 suivi après éducation aux soins autonomes max. 2x/an	oui	oui	non	oui	Accords avec médecin Planning dans dossier inf. spécifique 423150 a été porté en compte
423231 (423334 pendant WE) suivi pas dans le cadre des soins autonomes	oui	oui	oui	oui	Approuvé et actualisé par médecin Plan de soins Ne plus attester 423150 ou 423216

 Plus d'informations sur l'agrément de l'infirmier(e) relais et sur les directives relatives au dossier diabétique spécifique et à l'éducation en matière de diabète, sur le site Internet de l'INAMI : www.inami.be, rubrique Dispensateurs de soins > Autres dispensateurs > Infirmier(e)s > Information par thème > Infirmiers relais > Honoraires forfaitaires pour les prestations au patient diabétique.

8. Combien de toilettes l'infirmier(e) peut-il porter en compte et sous quelles conditions ?

a. Dispositions générales

- Les toilettes sont obligatoires dans les forfaits A, B, C, PA, PB, PC (§ 5, 3°, a).
- L'infirmier(e) doit toujours informer le médecin-conseil s'il porte en compte des toilettes chez son patient (voir procédure d'avis).
- Les toilettes ne sont remboursables que si le patient obtient au moins un score de 2 pour le critère "se laver".
- L'infirmier(e) ne peut jamais porter en compte plus de 1 toilette par jour.
- La toilette englobe les soins infirmiers généraux d'hygiène, y compris les soins préventifs. Elle est le cas échéant complétée par une mobilisation du patient.
- Pour fixer la fréquence hebdomadaire des toilettes, la semaine s'étend du lundi 0 heures au dimanche 24 heures.

b. Nombre maximum de toilettes remboursables

Le nombre de toilettes remboursables est **uniquement** déterminé en fonction de l'échelle d'évaluation de la "dépendance physique" prévue dans le § 5. Il ne se base donc pas sur la prescription d'un médecin ou sur le souhait du patient ou de son entourage (§ 6, 5°).



Si l'infirmier(e) effectue davantage de toilettes que ne l'autorise l'échelle d'évaluation, les toilettes en surplus sont à charge du patient.

Si la situation du patient change et entraîne une modification du nombre de toilettes remboursables, le changement du nombre de toilettes doit être appliqué à partir de la semaine qui suit le changement de situation.

- **Maximum 2 toilettes par semaine** (pas les samedis, dimanches et jours fériés !)

Le patient doit obtenir au moins un score de 2 pour le critère "se laver".

- **Maximum 1 toilette par jour**

Le patient doit obtenir :

- au moins le score 2 pour les critères "se laver" et "s'habiller" et pour le critère "continence", un score de 3 ou plus ou un score de 2 à la suite de la combinaison de l'incontinence urinaire nocturne et de l'incontinence urinaire diurne occasionnelle
- au moins le score 2 pour les critères "se laver" et "s'habiller" et "désorientation" dans le temps et l'espace (corroboré par une attestation médicale établie suivant le modèle officiel³⁸)
- le score 4 pour les critères "se laver" et "s'habiller".

Score minimal de l'échelle de Katz déterminant le nombre de toilettes remboursables par semaine						
Nombre de toilettes par semaine	Se laver	S'habiller	Transfert et déplacement	Aller aux toilettes	Continence	Manger
2	2					
7	2	2			2 pour la nuit + occasionnellement	
7	2	2			3 ou 4	
7	2	2	+ attestation désorienté dans le temps et l'espace			
7	4	4				

9. Sous quelles conditions l'infirmier(e) peut-il porter en compte les prestations de soins de plaie(s) spécifiques ?

Les conditions sont les suivantes :

- La nature de la plaie détermine le type de prestation que l'infirmier(e) peut porter en compte ; les définitions des différents types de plaies figurent au § 8, 1^o.
- La prestation **“surveillance de plaie avec un pansement bioactif”** couvre la consultation du praticien de l'art infirmier et l'évaluation du pansement. Peut être portée en compte 15 fois par mois au maximum. Pour le remplacement d'un pansement bioactif, l'infirmier(e) peut, selon la nature de la plaie, attester une des prestations pour soins de plaie(s) (simples, complexes ou spécifiques). Voir aussi 2^e partie, IV, 2.
- La prestation **“application de pommade et/ou d'un produit médicamenteux”** peut uniquement être portée en compte en cas de zona, d'eczéma, de psoriasis, de verrues, de dermato mycoses ou d'une autre lésion cutanée pour laquelle ce traitement est indiqué par le médecin traitant. Cette prestation ne peut être portée en compte pour l'application d'une pommade hydratante pour la prévention de plaie de décubitus.
- La prestation **“application de collyre et/ou de pommade ophtalmique en phase postopératoire”** ne peut être portée en compte qu'au cours de la période de trente jours à partir du jour où l'intervention chirurgicale à l'œil a eu lieu.
- La prestation **“soins de plaie(s) complexes”** ne peut être portée en compte qu'à condition qu'un dossier de soins de plaie(s) spécifiques soit constitué et tenu à jour (voir pictogramme @ ci-après).
- La prestation **“soins de plaie(s) spécifiques”** ne peut être portée en compte qu'à condition que l'infirmier(e) constitue et tienne à jour un dossier de soins de plaie(s) spécifiques (voir pictogramme @ ci-après) et que le traitement dure au moins 30 minutes. Si le traitement dure moins de 30 minutes, l'infirmier(e) peut porter en compte la prestation “soins de plaie(s) complexes”.
- La prestation **“visite d'un infirmier relais en cas de soins de plaie(s) spécifiques”** couvre toutes les composantes de la prestation de base (voir § 4, 1^o, 2^o). Elle ne peut être portée en compte que 1 fois par mois et maximum 3 fois par an chez un même patient. Elle n'est remboursable que si l'infirmier(e) qui a demandé la visite est présent et si l'infirmier(e) relais établit un rapport écrit à l'attention du médecin traitant. Ce rapport doit être joint au dossier de soins de plaie(s) spécifiques. Cette prestation ne peut être cumulée au cours d'une même séance avec les prestations “soins de plaie(s) simples” et “soins de plaie(s) complexes”.



Si au cours de la même séance l'infirmier(e) effectue de manière combinée plus d'une prestation “soins de plaie(s) simples”, “soins de plaie(s) complexes” et “soins de plaie(s) spécifiques”, il ne peut porter en compte que la prestation ayant la valeur la plus élevée.



Les soins de plaie(s) que le patient ou son entourage peuvent effectuer eux-mêmes ou apprendre à effectuer ne peuvent être portés en compte.



Plus d'informations sur l'attestation des soins de plaie(s) par l'infirmier(e) relais et sur les directives en matière de dossier de soins de plaie(s) spécifiques, sur le site Internet de l'INAMI : www.inami.be, rubrique Dispensateurs de soins > Autres dispensateurs > Infirmier(e)s > Information par thème > Infirmiers relais > Directives concernant : soins de plaies.

10. Sous quelles conditions l'infirmier(e) peut-il porter en compte les prestations techniques spécifiques de soins infirmiers ?

Les conditions sont les suivantes :

- Les prestations techniques spécifiques de soins infirmiers peuvent uniquement être portées en compte si le praticien est un infirmier gradué ou assimilé, une accoucheuse ou un infirmier breveté.
- Chacune de ces prestations ne peut être portée en compte qu'une seule fois par journée de soins.
- Les honoraires prévus couvrent l'acte infirmier, y compris le matériel.
- Pour pouvoir porter en compte une des prestations 425375, 425773, 426171, l'infirmier(e) doit avoir l'autorisation du médecin-conseil (voir procédure de demande et d'avis).
- Ces prestations peuvent être cumulées avec toutes les prestations, compte tenu cependant des limitations suivantes : si au cours d'une séance une prestation technique spécifique est portée en compte, les prestations techniques spécifiques suivantes ne peuvent plus être attestées :
 - application de pommade ophtalmique
 - surveillance de plaie avec un pansement bioactif
 - application de pommade
 - application de pansements compressifs
 - préparation et administration de médicaments pour des patients psychiatriques chroniques³⁹.

! Au cours d'une même séance de soins, les prestations techniques spécifiques de soins infirmiers 425375, 425773 et 426171 ne peuvent être cumulées avec le placement d'un cathéter à demeure que si les sites d'injection sont différents pour chacune des prestations³⁹.

! Le remplacement d'une sonde de gastrostomie et d'une sonde vésicale sus pubienne à ballonnet ne peut être attesté qu'à la condition que le premier remplacement ait été effectué par un médecin.



Si l'infirmier(e) effectue ces prestations au cours de ces périodes pour des raisons personnelles, il doit porter en compte les prestations correspondantes du § 1^{er}, 1^o, 3^o ou 4^o.

11. Sous quelles conditions l'infirmier(e) peut-il porter en compte des prestations pendant un week-end ou des jours fériés ?

Les conditions sont les suivantes :

- Uniquement si l'état du patient rend ces prestations nécessaires pendant cette période.
- Uniquement si ces prestations ont été effectuées au domicile du patient (situation mentionnée sous § 1, 1^o).

12. En quoi consiste la consultation infirmière ?

La consultation infirmière :

- englobe l'identification des problèmes de santé infirmiers et la formulation des soins à effectuer en concertation avec le patient ou son entourage immédiat. Ces données doivent être mentionnées dans un rapport à joindre au dossier infirmier. L'infirmier(e) doit remettre une copie de ce rapport si le médecin traitant en fait la demande.
- peut être portée en compte pour chaque patient chez qui l'infirmier(e) a effectué des soins d'hygiène au moins 2 fois par semaine sur une période ininterrompue d'au moins 28 jours. Chez un patient palliatif, l'infirmier(e) peut porter en compte la consultation dès le début des soins.
- ne peut être portée en compte qu'une fois par patient et par année civile. Elle peut être cumulée au cours d'une même séance avec toutes les prestations de l'article 8.

39. Règle interprétative n° 1 de l'art infirmier.

13. Procédure de demande et d'avis

a. Pour quelles prestations existe-t-il une procédure de demande et d'avis?

L'infirmier(e) doit informer le médecin-conseil de son intention de porter en compte les prestations suivantes :

- honoraires forfaitaires par journée de soins (forfaits A, B, C, PA, PB, PC, PP, PN)
- toilettes
- prestations techniques spécifiques de soins infirmiers 425375, 425773 et 426171.

b. Comment introduire la demande ?

- L'infirmier(e) envoie une lettre adressée personnellement au médecin-conseil, accompagnée des formulaires requis, dans les 10 jours civils qui suivent le début du traitement. En cas de non-respect de ce délai, les soins ne seront remboursés qu'à partir de la date de l'envoi de la demande (le cachet de la poste faisant foi).
- Les formulaires et attestations requis sont les suivants :
 - Demande des honoraires forfaitaires et des toilettes⁴⁰ (avec l'échelle d'évaluation). Pour la demande de toilettes chez des personnes désorientées dans le temps et dans l'espace, il faut en outre joindre l'attestation ad hoc⁴¹.
 - Demande de soins palliatifs : il faut également joindre la "notification de soins infirmiers pour patients palliatifs"⁴².
 - Demande de prestations techniques spécifiques de soins infirmiers : un plan de soins et un rapport médical détaillé du médecin traitant (§ 9).



Plus d'informations concernant le plan de soins sur le site Internet de l'INAMI : www.inami.be, rubrique Dispensateurs de soins > Autres dispensateurs > Infirmier(e)s > Formulaires > exemple de plan de soins concernant les prestations techniques spécifiques de soins infirmiers.

- Il faut mentionner la période concernée par la demande de soins. Cette période ne peut jamais excéder une année pour les forfaits et toilettes et jamais excéder 3 mois pour les prestations techniques spécifiques de soins infirmiers.
- À l'échéance de la période faisant l'objet de la demande ou lorsque le degré de dépendance physique du patient change, l'infirmier(e) doit introduire une nouvelle demande.

c. L'accord du médecin-conseil est-il requis avant de pouvoir entamer un traitement ?

Non, l'accord n'est pas requis avant de pouvoir entamer un traitement. Le médecin-conseil peut cependant marquer son opposition. L'intervention de l'assurance cessera à partir de la date de notification de cette opposition au patient, jusqu'à ce qu'une autre décision soit éventuellement prise.

Il se peut que le médecin-conseil diminue le forfait (de C → ou A ; de B → A) ou le remplace par une indemnité par séance de soins. Cette modification est valable au moins 6 mois, sauf en cas de nouvelle indication médicale (corroborée par une attestation médicale). Dans ce cas, l'infirmier(e) devra introduire une nouvelle demande.

40. Règlement du 28 juillet 2003, annexe 3.

41. Règlement du 28 juillet 2003, annexe 2.

42. Règlement du 28 juillet 2003, annexe 6.



Les annexes, exemples et formulaires précités peuvent être consultés sur le site Internet de l'INAMI : www.inami.be, rubrique Dispensateurs de soins > Autres dispensateurs > Infirmier(e)s > Formulaires.



Puisque le médecin-conseil approuve dans la plupart des cas la demande sur pièces, cela ne constitue pas une "approbation" du score de l'échelle de Katz qui est établi par l'infirmier.

14. L'infirmier(e) peut-il porter en compte des suppléments ?

L'infirmier(e) qui a adhéré à la Convention nationale (voir 1^{re} partie, V) ne peut attester de suppléments aux patients.

15. L'infirmier(e) peut-il porter en compte des frais de déplacement ?

Les frais de déplacement sont compris dans le remboursement de la prestation de base.

Des frais de déplacement supplémentaires sont uniquement prévus dans les communes mentionnées dans l'article 4 de la Convention.

Sur l'attestation de soins⁴³ figure la mention : *"J'atteste avoir donné mes soins au domicile du bénéficiaire qui m'a déclaré ne pouvoir se déplacer par suite de son état de santé."*

16. Comment compléter l'échelle d'évaluation (échelle de Katz) ?

L'infirmier(e) doit compléter l'échelle d'évaluation le plus objectivement possible en tenant compte uniquement du degré de dépendance physique de son patient (voir tableau ci-après). Il convient de consulter à cet effet les directives prévues en la matière.



Plus d'informations sur le site Internet de l'INAMI : www.inami.be, rubrique Dispensateurs de soins > Autres dispensateurs > Infirmier(e)s > Information par thème > échelle d'évaluation.

Scores minimum pour l'octroi des différents forfaits							
Forfaits	Se laver	S'habiller	Transfert et déplacement	Aller aux toilettes	Continence	Manger	Patient palliatif
A	3 ou 4	3 ou 4	3 ou 4	et/ou 3 ou 4			
B	3 ou 4	3 ou 4	3 ou 4	3 ou 4	3 ou 4	et/ou 3 ou 4	
C	4	4	4	4	4	3	
C	4	4	4	4	3	4	
PC	4	4	4	4	4	3	+
PC	4	4	4	4	3	4	
PB	3 ou 4	3 ou 4	3 ou 4	3 ou 4	3 ou 4	et/ou 3 ou 4	+
PA	3 ou 4	3 ou 4	3 ou 4	et/ou 3 ou 4			+

Pour l'interprétation de l'échelle de Katz concernant les toilettes, voir titre V, 8, b.

43. Règlement du 28 juillet 2003, art. 6 § 1, 1^o, annexe 1.

VI. Comment l'infirmier doit-il attester ?

Il peut attester suivant les modalités suivantes.

1. Attestations de soins donnés individuelles ou globales

a. Attestations individuelles

- L'infirmier(e) doit obligatoirement délivrer une attestation de soins donnés (ASD) au bénéficiaire dans le mois qui suit la fin du mois au cours duquel les prestations ont été effectuées⁴⁴.
- Les organismes assureurs ne peuvent accorder d'intervention si l'attestation de soins donnés (ou le document tenant lieu) n'est pas délivrée.
- Il existe une ASD pour compte individuel et une pour compte de tiers⁴⁵.
- L'ASD doit toujours mentionner le numéro INAMI et les données d'identification du prescripteur.
- L'ASD doit toujours être accompagnée de la prescription ou doit mentionner la date de l'ASD à laquelle la prescription a été jointe (au cas où une prescription justifierait plusieurs ASD)⁴⁶. Cela ne vaut pas pour les honoraires forfaitaires par journée de soins chez des patients lourdement dépendants ; dans ce cas, la prescription doit être conservée dans le dossier infirmier pendant une période de 5 ans minimum.
- En cas de pratique de groupe, chaque dispensateur de soins doit porter en compte les prestations qu'il a lui-même effectuées.
- Lors de remplacements provisoires, il est toléré que le dispensateur qui effectue les prestations appose son cachet, mentionne son numéro INAMI et appose sa signature sur les attestations du dispensateur qu'il remplace.
- La loi interdit aux dispensateurs de détacher la souche fiscale⁴⁷.
- Si la mention de pseudo-codes est requise pour certaines prestations (par exemple en cas de forfaits), ces pseudo-codes doivent être mentionnés, lors du paiement direct par le patient lui-même, sur le modèle figurant en annexe 4⁴⁸. Ce support papier doit accompagner l'attestation de soins donnés.

Dans le cadre du régime du tiers payant, les pseudo-codes doivent être mentionnés sur les supports magnétiques ou électroniques qui sont transmis aux organismes assureurs.

b. Particularités pour les attestations globales

Les attestations globales de soins donnés (AGSD), sont utilisées pour porter en compte collectivement des prestations effectuées par plusieurs dispensateurs chez un même assuré. En plus des conditions des attestations individuelles, pour utiliser ces attestations globales de soins donnés, il faut remplir les conditions suivantes :

- Présence de **documents internes** : tout document mentionnant la prestation effectuée (= numéro de nomenclature) et le nom de celui qui l'a réellement effectuée, et signé par ce dernier. Il peut s'agir d'un formulaire de tarification, d'un dossier ou encore d'un registre. Les documents internes doivent être conservés pendant 3 ans.
- Existence d'un **mandat écrit** par lequel le dispensateur autorise le signataire de l'AGSD à porter en compte ses propres prestations.
- Le signataire de l'attestation globale de soins donnés doit être médecin ou exercer la profession à laquelle les prestations attestées se rapportent.

44. Loi SSI, art. 53.

45. Règlement du 28 juillet 2003 respectivement annexes 1 et 7.

46. Règlement du 28 juillet 2003, art. 6, § 2.

47. Loi du 9 décembre 1997.

48. Règlement du 28 juillet 2003, annexe 4 : site Internet de l'INAMI : www.inami.be, rubrique Dispensateurs de soins > Autres dispensateurs > Infirmier(e)s > Formulaires.



Même lorsqu'il existe un mandat écrit et des documents internes, le dispensateur demeure responsable de l'exactitude (réalité et conformité) des prestations attestées.



Plus d'informations sur les pseudo-codes sur le site Internet de l'INAMI : www.inami.be, rubrique Dispensateurs de soins > Autres dispensateurs > Infirmier(e)s > Formulaire > Formulaire pour les pseudo-codes.

2. Attestation par un service de facturation

L'infirmier(e) peut envoyer un relevé de ses prestations à un service de facturation qui établira les attestations. L'infirmier(e) devra signer ses prestations par après, car il assume ici aussi l'entière responsabilité des prestations attestées.

3. Attestation sur papier (ASD) ou via MyCareNet

L'infirmier(e) peut facturer ses prestations en ligne via MyCareNet.

Ce site permet actuellement les fonctions suivantes :

- la consultation de l'assurabilité du patient
- la notification et la demande d'autorisation pour les patients palliatifs, les forfaits, les toilettes et autres soins techniques spécifiques
- le transfert de la facturation
- la "boîte aux lettres" que le prestataire pourra ouvrir à sa guise afin de récupérer toutes les informations mises à sa disposition par les organismes assureurs.



Plus d'informations sur le site Internet www.carenet.be > Secteurs > Soins infirmiers à domicile.

4. Attestation par le biais du tiers payant

Voir 3^e partie de cet Infobox.

5. L'infirmier(e) peut-il, exceptionnellement, utiliser les attestations d'un collègue ?

En cas d'urgence, les mutualités peuvent, exceptionnellement, accepter et comptabiliser des attestations de soins donnés portées en compte par un dispensateur de soins (B) sur des attestations vierges d'un collègue (dispensateur A), à condition que⁴⁹ :

- les données du dispensateur de soins A aient été biffées
- le cachet avec le numéro INAMI du dispensateur de soins B y ait été clairement apposé
- le dispensateur de soins B délivre au dispensateur de soins A une attestation mentionnant le nombre de carnets d'attestations reçus et leurs numéros
- le dispensateur de soins A mentionne dans son livre-journal qu'il a donné au dispensateur de soins B les carnets portant ces numéros.

49. Règlement du 28 juillet 2003, art. 6.

6. Comment obtenir les attestations de soins donnés ?

Commande :

- Via le site Internet www.medattest.be après avoir reçu par courrier un identifiant et un code d'activation.
- Par courrier postal via un bon de commande pré-imprimé, disponible sur le site Internet de l'INAMI : www.inami.be, rubrique Dispensateurs > Informations générales. Ce formulaire doit être envoyé sous enveloppe affranchie à "INAMI - attestations, boîte postale 10011, 1740 Ternat".
- Par fax : envoyer le bon de commande pré-imprimé complété au 02 568 18 81.

Centre de contact :

Tél. : 02 274 09 34, du lundi au vendredi de 8h à 19h et le samedi de 8h30 à 12h.

Livraison :

La commande est livrée dans les 9 jours ouvrables suivant la réception du paiement.

Paielement :

Le paiement au préalable est obligatoire ; il peut se faire par service bancaire en ligne, carte de crédit ou virement.

Réduction :

Une réduction est appliquée en cas de commande de plus d'une boîte.

Mandat :

Le médecin peut désigner un mandataire pour les commandes en ligne.



Plus d'informations sur le site Internet de l'INAMI : www.inami.be, rubrique Dispensateurs de soins > Autres dispensateurs > Infirmier(e)s > Informations générales > Commande d'attestations de soins.

VII. Questions concernant l'interprétation correcte de la nomenclature

En cas de questions concernant l'interprétation de la nomenclature l'infirmier peut :

1) d'abord consulter le site Internet de l'INAMI. Il y trouvera la version coordonnée de la nomenclature, les directives et les FAQ.

D'autres institutions telles que les mutualités ou les associations professionnelles et scientifiques donnent également des informations sur ce sujet.

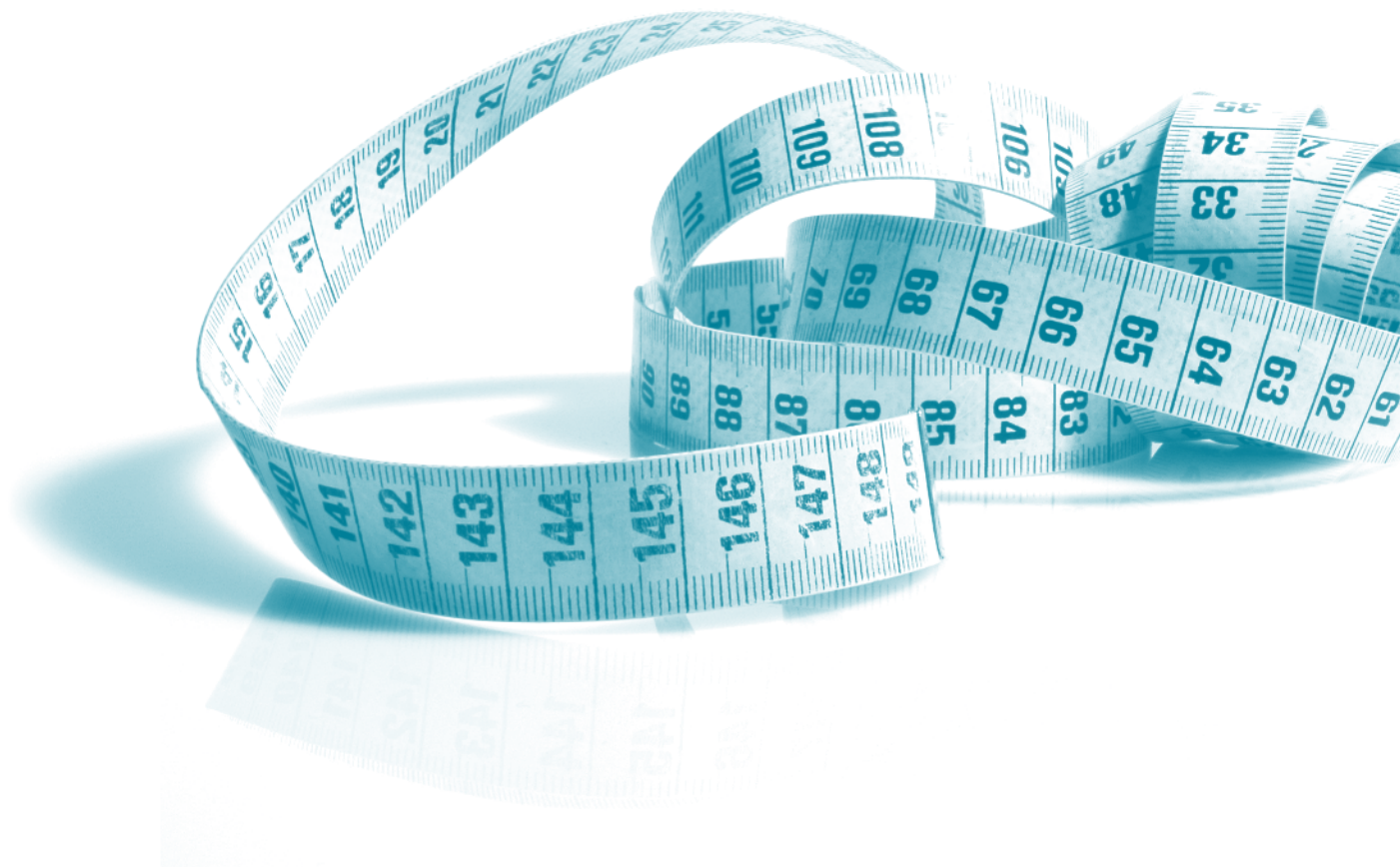
2) S'il ne trouve pas de réponse, l'infirmier(e) peut poser sa question au Service des soins de santé de l'INAMI :

- par téléphone via le call center : 02 739 74 79, lundi et jeudi, de 13h à 16h ; mardi, mercredi et vendredi, de 9h à 12h
- sur place, dans les locaux de l'INAMI, entre 9h et 12h ou sur rendez-vous à l'adresse suivante : avenue de Tervuren 211, à 1150 Bruxelles
- par écrit (à la même adresse).

Le Service des soins de santé de l'INAMI se charge de répondre à ses questions ou, le cas échéant, il les soumettra à la Commission de conventions Art infirmier qui les traitera.

3^e Partie

L'infirmier et son patient





Cette 3^e Partie passe en revue les différentes assurances soins de santé. L'information relative à l'assurance obligatoire soins de santé y est présentée du point de vue du patient (assurabilité, coût, ticket modérateur, maximum à facturer (MAF), tiers payant, trajets de soins, droits du patients).

I. Différents types d'assurances soins de santé

1. L'assurance obligatoire pour les assujettis à la sécurité sociale belge

Dans le cas de l'assurance obligatoire, l'affiliation et les cotisations sont légalement obligatoires. Certaines personnes dont les revenus sont faibles ne paient pas de cotisations. Cette assurance couvre tous les soins prévus par l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités⁵⁰.

2. L'assurance complémentaire

Une mutualité peut rembourser certains soins non couverts par l'assurance obligatoire, moyennant paiement d'une cotisation complémentaire restreinte. Les soins couverts par cette assurance complémentaire peuvent varier d'une mutualité à l'autre.

Exemples :



lentilles pour jeunes, vaccinations nécessaires en cas de voyages, dédommagement pour baby-sitters en cas d'enfants malades, cotisations pour les clubs sportifs, etc.

3. Autres assurances

Dans certains cas, les soins médicaux sont couverts, entièrement ou en partie, par des assurances qui s'inscrivent dans le cadre d'un autre régime :

- frais médicaux à la suite d'un accident de travail (par l'assurance de l'entreprise)
- frais médicaux dans le cadre d'accidents assortis d'une responsabilité civile (par exemple, accident de la circulation)
- frais médicaux dans le cadre des maladies professionnelles, indemnisés par le Fonds des maladies professionnelles
- frais médicaux liés à des accidents sportifs ou scolaires
- frais médicaux en cas de voyage (assurance voyage).

Lorsqu'une de ces assurances intervient, les soins médicaux peuvent être portés en compte, en partie ou non, à l'assurance soins de santé. Ainsi, l'assurance accident de travail rembourse la totalité des soins tandis que bien souvent les assurances privées ne remboursent que le ticket modérateur.

Si la responsabilité n'a pas encore été établie, la mutualité remboursera toutefois les frais et se fera rembourser par l'assurance responsable au terme du jugement rendu.

50. Loi SSI, art. 34.

4. Assurances privées et individuelles

Il existe des assurances privées qui remboursent les frais de soins de santé qui ne sont pas couverts par l'assurance obligatoire, la plus connue étant l'assurance hospitalisation. Selon la police d'assurance, les suppléments liés à la chambre individuelle sont remboursés ou non.

5. Assurance soins en Flandre

L'assurance soins en Flandre couvre sous forme d'un forfait mensuel les soins non médicaux en cas de diminution d'autonomie à domicile ou d'admission en maisons de repos.

L'affiliation est obligatoire pour tous les habitants de la Flandre à partir de 25 ans et libre pour les habitants de la région de Bruxelles Capitale.



Plus d'informations sur le site Internet www.vlaamsezorgverzekering.be.

6. Assurances particulières

Il existe des assurances particulières avec leurs règles propres. Par exemple, l'assurance du personnel des institutions de l'Union européenne.

II. L'assurabilité "soins de santé"

1. Pour les assujettis à la sécurité sociale belge

Un stage peut être imposé lorsque les cotisations n'ont pas été payées pendant une longue période (par exemple chez les travailleurs indépendants)⁵¹.

La carte d'identité sociale ou **carte SIS** permet de vérifier l'assurabilité et remplace l'ancien carnet de la mutualité et en partie les vignettes. La lecture de cette carte nécessite une infrastructure spécifique dont disposent les pharmacies, les hôpitaux et les mutualités.

Les nationaux et ressortissants belges assujettis à la sécurité sociale belge qui voyagent en Europe ont intérêt à emporter leur carte européenne d'assurance maladie (CEAM) comme preuve de leur assurabilité (cette carte peut être obtenue sur simple demande adressée à la mutualité).

51. A.R. du 3 juillet 1996, plus particulièrement les articles 129 et 253 : conditions de remboursement



En l'absence de CEAM, de document assimilé ou d'accord bilatéral, la preuve de l'assurabilité peut être demandée dans le pays de résidence par n'importe quelle mutualité en Belgique ou par le service social de l'hôpital.

2. Pour les assurés les personnes en séjour temporaire en Belgique

a. Ressortissants de l'Espace économique européen⁵²

Lorsque ces personnes sont en possession d'une Carte européenne d'assurance maladie (CEAM) ou d'un document assimilé, elles ont droit aux prestations de santé qui s'avèrent médicalement nécessaires pour pouvoir continuer le séjour dans des conditions médicalement sûres. La CEAM ne couvre en aucun cas les soins programmés.

Le dispensateur de soins doit appliquer les mêmes règles que s'il s'agissait d'un bénéficiaire belge.

En cas d'application du régime du tiers payant, il faut faire une copie de la CEAM ou du document assimilé.

b. Ressortissants d'un pays avec lequel la Belgique a conclu un accord bilatéral concernant la sécurité sociale (y compris l'assurance maladie)⁵³.

Lorsqu'un ressortissant de ces pays est en possession du formulaire d'accord bilatéral en question, il a droit aux soins médicaux d'urgence pendant la validité du formulaire et aux mêmes conditions que les personnes avec une Carte européenne d'assurance maladie (voir ressortissants de l'Union européenne).



Toujours contrôler la validité des documents présentés (la durée de validité dépend du pays d'origine).

c. Résidents originaires d'autres pays

Ceux-ci paient eux-mêmes leurs frais médicaux.



Plus d'informations sur les sites Internet :

- de l'INAMI : www.inami.be, rubrique Dispensateurs de soins > Information générale > Carte européenne d'assurance maladie (CEAM)
- du portail fédéral : www.belgium.be > Santé > en voyage
- de l'asbl Medimmigrant : www.medimmigrant.be > Soins de santé par statut de séjour > Ressortissants de l'UE.

3. Demandeurs d'asile

a. Les demandeurs d'asile en cours de procédure

Il faut faire une distinction entre les demandes d'asile à partir du 1^{er} juin 2007 et les demandes d'asile avant cette date⁵⁴.

- Les demandeurs d'asile dont la demande a été faite avant le 1^{er} juin 2007 :
Si la demande est déclarée recevable : ils restent assurés via la mutualité.
Si la demande est déclarée non recevable : les dispositions ci-après sont applicables.

52. Belgique, Bulgarie, Chypre, Danemark, Allemagne, Estonie, France, Finlande, Grèce, Hongrie, Irlande, Islande, Italie, Lettonie, Liechtenstein, Lituanie, Luxembourg, Malte, Norvège, Pays-Bas, Autriche, Pologne, Portugal, Roumanie, Slovaquie, Espagne, République tchèque, Royaume-Uni, Suède et Suisse.

53. Algérie, Tunisie, Turquie, Croatie, Bosnie-Herzégovine, Serbie, Monténégro, Macédoine et Kosovo.

54. Loi du 12 janvier 2007 sur l'accueil des demandeurs d'asile et de certaines autres catégories d'étrangers, en vigueur depuis le 1^{er} juin 2007.

- Les demandeurs d'asile dont la demande a été faite après le 1^{er} juin 2007 :
 - En cas de séjour dans un centre collectif (par exemple de la Croix rouge), ces personnes peuvent faire appel au service médical du centre ou bien au médecin / à l'institution avec le(la)quel(le) l'Agence fédérale pour l'accueil des demandeurs d'asile (Fedasil) a conclu un accord de collaboration.
 - En cas de séjour dans un centre individuel ILA⁵⁵, les demandes d'intervention et les factures doivent être adressées à l'ILA à l'attention du Centre Public d'Action Sociale (CPAS).
 - En cas de séjour ailleurs (libre choix de résidence), la Cellule de Centralisation des Frais médicaux de Fedasil est chargée de l'information et du paiement des dispensateurs de soins. Le prestataire de soins ou le demandeur d'asile doit préalablement introduire une demande (un réquisitoire) d'intervention dans les frais médicaux à la cellule de centralisation, sauf en cas d'urgence. Adresse de contact Fedasil : rue des Chartreux 21, 1000 Bruxelles, tél. 02 213 43 25, fax 02 213 44 12.

La nomenclature de l'INAMI est applicable avec certaines modifications⁵⁶.

b. Les demandeurs d'asile reconnus comme réfugiés

Ils sont inscrits dans une mutualité.

c. Les demandeurs d'asile dont la demande a été rejetée ou qui sont "en séjour illégal"

Ils ne sont pas assurables par une mutualité. Cependant ils ont toujours droit à "l'aide médicale urgente" dans le cadre de la législation CPAS. Cette réglementation est plus large que la loi sur l'aide médicale urgente. Il s'agit en fait de tous les soins médicalement nécessaires de nature préventive ou curative⁵⁷.

Un demandeur d'asile, qui était inscrit à une mutualité (voir plus haut : demande introduite au plus tard le 31 mai 2007), garde son assurabilité jusqu'au 31 décembre de l'année qui suit le refus du statut de réfugié.



Plus d'informations :

- auprès du CPAS local
- sur le site Internet de Fedasil : www.fedasil.be
- sur le site Internet de l'asbl Medimmigrant : www.medimmigrant.be.

55. Prise en charge par la CPAS dans des maisons privées.

56. A.R. du 9 avril 2007, déterminant l'aide et les soins médicaux manifestement non nécessaires qui ne sont pas assurés au bénéficiaire de l'accueil et l'aide et les soins médicaux relevant de la vie quotidienne qui sont assurés au bénéficiaire de l'accueil.

57. A.R. du 12 décembre 1996 relatif à l'aide médicale urgente octroyée par les centres publics d'aide sociale aux étrangers qui séjournent illégalement dans le Royaume et loi organique des CPAS du 8 juillet 1976, art. 57, § 2.

III. Que paie le patient pour les soins médicaux ?

1. Ticket modérateur

a. Qu'est-ce que le ticket modérateur ?

Afin de maîtriser la consommation médicale et de maintenir l'équilibre financier de l'assurance soins de santé, le patient doit supporter une partie des frais. Cette participation s'appelle le ticket modérateur.

b. Le ticket modérateur est-il le même pour tout le monde et en toutes circonstances ? ⁵⁸

Le montant du ticket modérateur dépend non seulement de la nature de la prestation mais aussi du statut du patient (par exemple statut Omnio) et du dispensateur de soins (conventionné ou non) ainsi que des circonstances dans lesquelles la prestation est effectuée.

PATIENTS BÉNÉFICIAIRE D'UNE INTERVENTION MAJORÉE DE L'ASSURANCE⁵⁹

L'intervention est majorée pour certaines catégories de patients, dont on sait ou on suppose que les moyens financiers sont limités. Les plus connus sont les bénéficiaires de l'intervention majorée (les BIM, nommés auparavant les VIPO : veufs (veuves), invalides, pensionné(e)s et orphelins).

Un remboursement majoré est également accordé pour les assurés suivants (leur conjoint et les personnes à leur charge) :

- les ayants droit au minimum vital ("revenu d'intégration sociale")
- les assistés du CPAS dans le cadre de la loi du 2 avril 1965
- les chômeurs complets de longue durée âgés de plus de 50 ans
- les titulaires bénéficiant du revenu garanti aux personnes âgées (GRAPA)
- les personnes avec un handicap au sens de la loi du 27 février 1987
- les bénéficiaires d'allocations familiales majorées (en raison d'une incapacité physique ou mentale supérieure à 66 %) ou ayant au moins 4 points dans le premier pilier de l'évaluation
- les mineurs étrangers non accompagnés



Plus d'informations sur le site portail de la sécurité sociale : www.securitesocial.be, rubrique Citoyens > Remboursement des frais médicaux.

Les personnes qui ne se trouvent pas dans une des situations susmentionnées mais dont les revenus se situent en dessous d'un certain seuil, peuvent demander le **statut Omnio** auprès de leur mutualité. Celui-ci donne également droit à un remboursement majoré⁶⁰, pour eux-mêmes, leur partenaire et les personnes à charge.



Le statut Omnio doit être demandé par le patient. Il n'est pas attribué automatiquement.



Plus d'informations sur le site Internet de l'INAMI : www.inami.be, rubrique Citoyen > Frais médicaux > Le statut Omnio.

58. Loi SSI, art. 34 et 37.

59. A.R. du 23 mars 1982 pour les prestations auxquelles se rapporte l'intervention majorée.

60. A.R. du 1^{er} avril 2007 instaurant le statut Omnio.

STATUT DES DISPENSATEURS DE SOINS

L'intervention de l'assurance peut être moins élevée pour les dispensateurs de soins qui n'ont pas adhéré aux accords nationaux.

CIRCONSTANCES

L'intervention dépend également des circonstances dans lesquelles la prestation est effectuée.

- Les personnes hospitalisées ne paient qu'un forfait minimal par journée d'hospitalisation pour l'ensemble des médicaments remboursables.
- Le montant du ticket modérateur peut également être réduit pour promouvoir la qualité des soins. Par exemple : le ticket modérateur est moindre dans le cas où le médecin généraliste tient un dossier médical global pour son patient.
- Il n'y a pas de ticket modérateur pour les soins dispensés aux patients palliatifs.



Plus d'informations concernant le maximum à facturer sur le site Internet de l'INAMI : www.inami.be, rubrique Médicaments et autres fournitures pharmaceutiques > Informations générales > Remboursement.

c. Quel est le montant du ticket modérateur ?

Le montant du ticket modérateur équivaut normalement à 25 % des honoraires mais dépend également des facteurs suivants :

- statut de l'assuré : avec ou sans intervention majorée
- nature des prestations : par exemple : pas de quote-part personnelle pour forfaits palliatifs
- dispensateur de soins conventionné ou non : pour l'infirmier(e) qui n'a pas adhéré à la convention nationale, le remboursement est réduit de 25 %, sauf pour les patients bénéficiaires de l'intervention majorée qui bénéficient du même tarif de remboursement⁶¹.



Le ticket modérateur pour les frais de déplacement est de 25 % quel que soit le statut du patient (art. 8 de la convention).

d. L'infirmier(e) est-il obligé de demander le ticket modérateur ?

Il n'y a aucune obligation de demander le ticket modérateur pour des soins infirmiers.

2. Qu'est-ce le maximum à facturer et qui peut en bénéficier ?

a. Principe général

Dès que les tickets modérateurs de certains soins de santé d'un patient ou d'un ménage excèdent un plafond bien déterminé durant une année civile, ce patient ou ce ménage se voit rembourser intégralement sa quote-part personnelle pour les soins de santé dont il bénéficie durant le reste de cette année civile.

b. Quel est le but du MAF ?

Le maximum à facturer (MAF) a pour objectif d'augmenter pour chacun l'accessibilité financière aux soins de santé.

61. Loi SSI, art. 49, § 5.



On ne tient pas compte des suppléments demandés par les médecins, des frais d'hébergement dans les maisons de repos et de soins, des initiatives d'habitation protégées, etc., de la marge de sécurité de certaines prothèses, de certains frais occasionnés à l'étranger

c. Quels sont les tickets modérateurs pris en considération pour déterminer le MAF ?

Les principaux tickets modérateurs pris en considération pour déterminer le MAF sont :

- **pour le secteur ambulatoire :**
 - les honoraires des dispensateurs de soins (entre autres les infirmiers)
 - les prestations techniques (laboratoire, radiographie)
 - les médicaments (catégories A, B et C, préparations magistrales).
- **pour le secteur hospitalisation :**
 - l'intervention personnelle de la journée d'entretien
 - le forfait pour la médication

d. Comment se calcule le MAF ?

CALCUL PAR MÉNAGE

• MAF social

2 conditions doivent être réunies :

- le ménage doit avoir supporté effectivement 450 EUR de tickets modérateurs au cours d'une même année civile
- le ménage doit compter parmi ses membres au moins un bénéficiaire de l'intervention majeure (voir ticket modérateur).

Si ce montant est atteint, la mutualité rembourse tous les tickets modérateurs jusqu'à la fin de l'année (calcul direct par la mutualité) à tous les membres du ménage.

• MAF revenus

En fonction des revenus du ménage (de la 3^e année antérieure), un plafond est fixé au-dessus duquel les tickets modérateurs sont remboursés par la mutualité.

CALCUL INDIVIDUEL

Si pour un enfant, qui au 1^{er} janvier de l'année d'octroi du MAF est âgé de moins de 19 ans, les tickets modérateurs dépassent le montant de 650 EUR, la mutualité rembourse tous les tickets modérateurs pour cet enfant pour le reste de l'année civile.



Plus d'informations sur le site Internet de l'INAMI : www.inami.be, rubrique Citoyen > Frais médicaux > Maximum à facturer (MAF).

3. Régime du tiers payant⁶²



Le **tiers payant** est le mode de paiement selon lequel le dispensateur de soins reçoit le montant de l'intervention qui lui est dû directement de la mutualité à laquelle le patient est affilié. Seuls les tickets modérateurs (éventuels) sont directement perçus auprès du patient.

62. A.R. du 10 octobre 1986 portant exécution de l'article 53, alinéa 9, de la loi SSI.

a. Comment appliquer le régime ?

Pour pouvoir appliquer le régime du tiers payant, l'infirmier doit remplir les conditions suivantes⁶³ :

- informer le Service des soins de santé par lettre recommandée (ou lors de l'adhésion à la Convention)
- appliquer le régime du tiers payant pour tous les bénéficiaires et toutes les prestations
- facturer via support magnétique ou réseau électronique avant la fin du mois qui suit le mois au cours duquel la prestation a été effectuée
- respecter les honoraires fixés dans la Convention
- en cas de pratique de groupe, tous les membres doivent appliquer le régime du tiers payant et un numéro "régime du tiers payant" spécifique doit être demandé pour le groupe.



Plus d'informations sur la facturation sur support magnétique sur le site Internet de l'INAMI : www.inami.be, rubrique Dispensateurs de soins > Autres dispensateurs > Infirmier(e)s > Informations générales > Instructions facturation via support magnétique.

b. Que se passe-t-il si l'infirmier(e) ne respecte pas ces conditions ?⁶⁴

Si l'infirmier(e) ne se conforme pas aux conditions susmentionnées, il peut être sanctionné financièrement.

La Commission de conventions peut également l'exclure du régime du tiers payant pendant une période allant de 1 mois à 1 an. En cas de récidive dans un délai de 5 ans, cette exclusion peut devenir définitive.

En cas de suspicion d'irrégularités dans la pratique du praticien de l'art infirmier ou d'abus au niveau de l'application du régime du tiers payant, les organismes assureurs peuvent, à titre conservatoire, suspendre tout paiement pendant une période de maximum trois mois, pour autant qu'ils en informent simultanément l'infirmier(e) et la Commission de convention.

La Commission de convention se réunit dans les trente jours qui suivent la réception de l'avis et se prononce sur le maintien ou l'annulation de la suspension des paiements.

4. Combien l'infirmier(e) peut-il porter en compte ?

S'il a adhéré à la Convention nationale : il doit respecter les montants maximums tels qu'ils sont fixés dans la Convention nationale et il n'est pas autorisé de réclamer des frais de déplacement vers le domicile du bénéficiaire, sauf dans les cas mentionnés dans l'art. 4, § 2, de la Convention nationale.

S'il n'a pas adhéré à la Convention nationale : il fixe librement ses honoraires, sauf pour les bénéficiaires de l'intervention majorée, les patients palliatifs et les patients diabétiques pour qui il faut respecter les montants maximums⁶⁵.



Plus d'information sur le site Internet de l'INAMI : www.inami.be, rubrique Organismes assureurs > honoraires, prix et remboursement > praticiens de l'art infirmier.

63. Convention, art. 6, 7 et 7 bis.

64. Convention, art. 9.

65. A.R. du 1^{er} avril 2007 instaurant le statut Omnio, chapitre 5.

M. Soins dispensés par des services intégrés de soins à domicile

Les services intégrés de soins à domicile couvrent l'ensemble des soins du patient du point de vue organisation pratique et soutien ; l'intervention des professionnels des différentes disciplines est nécessaire (travailleurs de la santé et psychologues). Ces services sont organisés par zone de soins et ont les missions suivantes⁶⁶ :

- l'évaluation de l'autonomie du patient
- l'établissement et le suivi d'un plan de soins
- la répartition des tâches entre les prestataires de soins
- la concertation multidisciplinaire.

Un remboursement est prévu pour la concertation pluridisciplinaire et l'enregistrement effectués dans le cadre des soins à domicile dispensés à des patients se trouvant dans une des situations suivantes : autonomie réduite, état neurovégétatif permanent ou état pauci relationnel minimal, problèmes psychiatriques chroniques et complexes.

Les conditions et modalités d'attestation sont mentionnées dans l'arrêté royal du 18 novembre 2005 (déterminant l'intervention pour les médicaments, le matériel de soins et les auxiliaires pour les patients en état végétatif persistant) et du 15 décembre 2009 (fixant les conditions du financement aux services intégrés de soins à domicile).



Plus d'informations sur les services intégrés de soins à domicile sur le site Internet de l'INAMI : www.inami.be, rubrique Dispensateurs de soins > Autres dispensateurs > Services intégrés de soins à domicile.

V. Trajets de soins⁶⁷

1. De quoi s'agit-il ?



Un **trajet de soins** organise et coordonne la prise en charge et le suivi du patient qui souffre d'une maladie chronique. Le trajet de soins prévoit une collaboration entre 3 parties : le patient, le médecin généraliste et le médecin spécialiste. Le trajet de soins commence après la signature du contrat de trajet de soins par ces 3 parties et dure 4 ans.

À l'heure actuelle, 2 trajets de soins sont opérationnels : un pour l'insuffisance rénale chronique et un pour le diabète de type 2.

2. Rôle de l'infirmier(e) dans le trajet de soins diabète

L'infirmier peut bénéficier d'une intervention de l'assurance pour les prestations spécifiques en matière d'éducation à l'autonomie du patient diabétique qui sont effectuées dans le cadre des trajets de soins diabète.

66. A.R. du 8 juillet 2002, fixant les normes pour l'agrément spécial des services intégrés de soins à domicile.

67. Convention 2009, art 10 bis.

À cette fin, l'infirmier(e) doit :

- avoir la qualification de praticien de l'art infirmier gradué ou assimilé, de sage-femme (accoucheuse) ou de praticien de l'art infirmier breveté
- avoir suivi une formation complémentaire de 150 heures (pour l'infirmier(e) relais diabète qui a suivi une formation d'au moins 60 heures, il existe une mesure transitoire)
- demander un numéro d'enregistrement spécifique comme éducateur en diabétologie auprès de l'INAMI (demande accompagnée des attestations de la formation requise).



Plus d'informations et le formulaire de demande, www.trajetdesoins.be, rubrique Vous êtes un professionnel > Infirmiers.

VI. Droits du patients

La loi du 22 août 2002 détermine un certain nombre de droits au patient. Ci-dessous, un aperçu des dispositions les plus importantes.

1. Définitions et champ d'application

- **Patient** : la personne physique à qui des soins de santé sont dispensés, à sa demande ou non
- **Praticien professionnel** : tant le praticien conventionnel⁶⁸ que non conventionnel⁶⁹ (homéopathie, chiropraxie, ostéopathie).
- **Conditions** : dans la mesure où le patient y apporte son concours, le praticien professionnel respecte les dispositions de cette loi (il agit, le cas échéant, en concertation multidisciplinaire).

2. Quels droits le législateur accorde-t-il au patient ?

a. Les droits généraux

- La dignité humaine et le droit à l'autonomie.
- Des soins de qualité répondant à ses besoins.

b. Le droit au libre choix du praticien professionnel et le droit de modifier son choix

c. Le droit aux informations concernant son état de santé

- **Le droit à toutes les informations** nécessaires pour comprendre son état de santé et son évolution (également en cas d'éventuel pronostic funeste) :
 - verbalement dans une langue claire
 - par écrit, à la demande du patient
 - par l'entremise d'une personne de confiance au moyen d'une demande écrite du patient.

68. A.R. n° 78 du 10 novembre 1967.

69. Loi du 29 avril 1999, relative aux pratiques non conventionnelles dans les domaines de l'art médical, de l'art pharmaceutique, de la kinésithérapie, de l'art infirmier et des professions paramédicales.

Exception

En cas de danger pour la santé du patient, le praticien professionnel doit se concerter avec d'autres praticiens professionnels. La raison pour laquelle les informations ont été refusées doit être motivée dans le dossier.

- **Le droit de ne pas être informé** : moyennant une demande écrite, le patient peut refuser de recevoir toute information.

Exception

En cas de danger pour la santé du patient ou de tiers et après concertation avec un autre praticien professionnel.

d. Le droit de consentir librement à toute intervention du praticien professionnel moyennant information préalable

- **Informations concernant l'intervention**
 - Quelle intervention ? L'objectif, les modalités, les contre-indications, les effets secondaires, les alternatives possibles et les répercussions financières, les conséquences possibles en cas de refus.
 - Quand ? Au préalable et en temps opportun.
- **Le consentement à une intervention**
 - Le consentement à une intervention est donné expressément sauf lorsqu'il peut être raisonnablement déduit du comportement du patient qu'il consent à l'intervention.
 - Il se fait à la demande d'une des 2 parties et avec l'accord de l'autre. Le consentement est fixé par écrit.
 - Le patient a le droit de refuser ou de retirer son consentement à la demande d'une des 2 parties. Le refus est fixé par écrit.
 - Le refus n'entraîne pas l'extinction du droit du patient à des prestations de qualité.
 - Le refus doit être respecté si le patient n'était plus par la suite en mesure d'exercer ses droits lui-même.
 - Dans un cas d'urgence, sans l'existence d'une volonté exprimée par le patient ou son représentant, toute intervention nécessaire du praticien professionnel est pratiquée dans l'intérêt du patient.

e. Le droit à un dossier de patient et à la consultation de ce dernier

Le patient a le droit :

- à un **dossier** soigneusement tenu, et conservé en lieu sûr, où il peut lui-même ajouter des documents
- de **consulter** son dossier :
 - doit se faire dans les 15 jours après la demande
 - les annotations personnelles ainsi que les données concernant des tiers ne pourront être consultées
- de faire consulter son dossier par une **personne de confiance** (si cette dernière est un praticien professionnel, elle a également le droit de consulter les annotations personnelles)
- d'obtenir une **copie de son dossier** (ce droit peut être refusé quand il est clair que le patient est mis sous pression par des tiers pour communiquer ces renseignements).

Si le praticien professionnel refuse la consultation du dossier pour des raisons médicales, le patient peut désigner un praticien professionnel pour exercer son droit.

En cas de décès, la famille peut exercer le droit de consultation par l'intermédiaire d'un praticien professionnel désigné en tant que personne de confiance pouvant également consulter les annotations personnelles (pour autant que la demande soit suffisamment motivée et que le patient ne s'y soit pas opposé). Il est interdit de prendre une copie du dossier après le décès.



Le prix maximum d'une copie totale du dossier est fixé à 25 EUR et à 0,10 EUR au maximum par page copiée. Pour l'information sauvegardée de manière informatique, le prix maximum est de 10 EUR.

f. Le droit à la protection de la vie privée

- En ce qui concerne les informations liées à sa santé.
- En ce qui concerne son intimité : la présence de personnes est limitée au strict nécessaire dans le cadre des examens/traitements à effectuer.

Exception

Pour la protection de la santé publique ou la protection des intérêts ou droits de tiers.

g. Le droit d'introduire une plainte auprès de la fonction de médiation



Plus d'informations sur les sites Internet

- www.santepublique.fgov.be, rubrique Ma santé > Droits du patient et médiation interculturelle
- www.patientrights.be

La fonction de médiation remplit les missions suivantes :

- la prévention par le biais de la promotion de la communication entre le patient et le praticien professionnel
- la médiation
- l'information du patient en cas d'échec de la médiation
- la communication d'informations sur le fonctionnement de la fonction de médiation
- la formulation de recommandations à titre de prévention.

3. Qui représente le patient si celui-ci est mineur ou incapable d'exercer ses droits lui-même ?

a. Mineurs et personnes assimilées

- Le parent ou le tuteur.
- Le patient est associé à l'exercice de ses droits en fonction de son âge et de sa capacité de compréhension (un mineur émancipé peut donc exercer entièrement ses droits !)

b. Patients incapables d'exercer eux-mêmes leurs droits

Les droits sont alors exercés en ordre décroissant par :

- un représentant désigné par un mandat du patient ; ce mandat doit être signé au préalable par le patient et par son représentant
- en l'absence de mandat : la famille (par ordre de priorité) : l'époux ou le partenaire, un enfant majeur, un parent, un(e) frère/ sœur majeurs
- le praticien professionnel (également en cas de désaccord entre des représentants).

Pour le droit de porter plainte, cet ordre n'est pas d'application.

Exceptions

- Dans le cadre de la protection de la vie privée, le praticien professionnel peut exiger que le droit à la consultation du dossier par le représentant du patient s'exerce par un autre praticien professionnel choisi par ce dernier.
- Dans le cadre de la protection de la vie et de la santé du patient, le praticien professionnel peut déroger à une décision du représentant. Il ne peut le faire qu'après une concertation multidisciplinaire, sauf si le représentant est en possession d'un mandat écrit invoquant la volonté expresse du patient.



Chaque hôpital est obligé d'instaurer une fonction de médiation qui doit travailler indépendamment des dispensateurs de soins et où le patient peut s'adresser en cas de plaintes concernant les soins dispensés.

Si la plainte concerne des soins dispensés en dehors d'un hôpital, le patient peut contacter le service de médiation fédéral "Droits des patients" du SPF Santé publique, direction générale Organisation des Etablissements de soins, place Victor Horta 40 boîte 10, 1060 Bruxelles. Médiateur fédéral francophone : tél. 02 524 85 21, fax 02 524 85 38.

4^e Partie

Communication avec l'INAMI



I. Circulaires



Le dispensateur de soins a l'obligation de s'informer sur les dispositifs légaux. L'ignorance ne pourra jamais être invoquée comme justification en cas de procédure judiciaire.

La publication au **Moniteur belge** est la **manière officielle**⁷⁰ de promulguer des lois et des arrêtés. C'est également la manière officielle de les faire entrer en vigueur à partir d'une date déterminée.

La circulaire a pour but d'informer les dispensateurs de soins sur des sujets jugés pertinents tels que la réglementation, les honoraires, les modalités de facturation ou encore l'accord national médico-mutualiste.

Parfois également, les circulaires fournissent des explications complémentaires concernant des problèmes constatés dans l'application de la réglementation.



La base légale demeure toujours la publication au Moniteur belge et non la circulaire en tant que telle. De même, pour la date d'entrée en vigueur, ce n'est pas l'envoi de la circulaire qui est déterminant mais bien la publication au Moniteur belge et la date d'entrée en vigueur qui y est mentionnée.

II. Le site Internet de l'INAMI : www.inami.be

Le site Internet de l'INAMI reprend de plus en plus d'informations.

À partir de la page d'accueil, le visiteur accède à différentes rubriques. Voici une brève description de leur contenu.

- Rubrique Dispensateurs de soins > Autres dispensateurs > Infirmier(e)s :
 - sous "**Informations générales**" : circulaires (à partir de 2003), nomenclature, Convention, prix et remboursements, instructions en matière de facturation, autres dispositions légales, etc.
 - sous "**Information par thème**" : projet pilote aide soignant au sein d'un service de soins à domicile, interventions forfaitaires, échelle d'évaluation, patients palliatifs, infirmiers relais, pseudo-codes, logiciels, projet VINCA etc.
 - sous "**Formulaires**" : les différents formulaires de demande, notification, adhésion, etc.
 - sous "**Projet éducatif dispensateurs de soins**" : la version la plus récente de cette brochure
 - sous "**Contacts**" : les coordonnées des points de contact à l'INAMI (adresses, téléphones, adresses électroniques, etc.)
- Rubrique Citoyen : outre des informations relatives aux mutualités, des informations intéressant directement le patient du praticien de l'art infirmier (frais médicaux, indemnités d'incapacité de travail)
- Rubrique Autres domaines : informations à destination des employeurs, sur l'enseignement de 3^e niveau, etc.
- Rubrique L'INAMI : informations sur la sécurité sociale en Belgique et sur l'INAMI (structure, missions, etc.).
- Rubrique Voulez-vous en savoir plus ? : vous y trouverez des informations sur l'évolution de l'assurance et des dépenses en matière de soins de santé, sur la réglementation la plus importante en matière d'assurance soins de santé et indemnités, sur le réseau européen de lutte contre la fraude (EHFCN), des liens vers d'autres sites Internet par exemple de sécurité sociale.

70. Loi du 31 mai 1961, Publication et promulgation de lois et de règlements.

III. Plus d'informations ?

Les questions auxquelles aucune réponse n'a été trouvée dans cette publication peuvent être adressées à l'INAMI. À cette fin, l'infirmier(e) peut utiliser

- les données de contact (adresses électroniques, numéros de téléphone, numéros de fax, adresses pour courrier postal) figurant dans la présente brochure (voir "Plus d'informations")
- l'adresse électronique communication@inami.be : la Cellule communication de l'INAMI transfèrera le courriel au service concerné
- le site Internet de l'INAMI : www.inami.be > Voulez-vous en savoir plus ? > Réglementation > Docleg.

S'il n'obtient pas de réponses à ses questions auprès de son association professionnelle ni sur le site Internet, il peut s'adresser au Service des soins de santé de l'INAMI :

- par téléphone via le call center au 02 739 74 79, lundi et jeudi, de 13h à 16h ; mardi, mercredi et vendredi, de 9h à 12h
- dans les locaux de l'INAMI, entre 9 et 12 heures ou sur rendez-vous à l'adresse suivante : avenue de Tervueren 211, local T486 (4^e étage) à 1150 Bruxelles
- par écrit (même adresse).



Sites internet mentionnés dans cette publication :

- Trajets de soins : www.trajetdesoins.be
- Commander les attestations en ligne : www.medattest.be
- Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid ("zorgverzekering" in Vlaanderen) : www.vlaamsezorgverzekering.be
- Medimmigrant : www.medimmigrant.be
- Agence Fédérale pour l'Accueil des demandeurs d'asile : www.fedasil.be
- Droits des patients : www.patientrights.be
- Service public fédéral (SPF) Santé publique : www.santepublique.be
- Service public fédéral (SPF) Justice : www.just.fgov.be.

5^e Partie

Commissions médicales
provinciales du
SPF Santé publique



Call center du SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne Alimentaire et Environnement : 02 524 97 97

Adresse e-mail générale : CMP-PGC@health.fgov.be

Commission médicale du Brabant d'expression française

- Place Victor Horta 40, 1060 Bruxelles
- Tél. : 02 524 97 72, fax : 02 524 98 20
- Président : Prof. Monique De Rood
- Secrétaire: Dr M. Luyckx, Inspecteur d'hygiène provincial
- E-mail : veronique.souvel@health.fgov.be
- Heures d'ouverture : mardi et jeudi, de 14h à 16h

Commission médicale de la province du Hainaut (CMP Hainaut)

- Grand'rue 67-69, 4^e étage, 7000 Mons
- Tél. : 065 39 48 80, fax : 065 39 48 83
- Président : Dr Basselier
- Secrétaire : Dr D. Taminiau, Inspecteur d'hygiène provincial
- E-mail : didier.taminiau@health.fgov.be
- Heures d'ouverture : lundi de 14h à 16h, mardi de 9h30 à 11h30, jeudi de 14h à 16h et vendredi de 9h30 à 11h30

Commission médicale de la province de Namur (CMP Namur)

- Résidence Les Célestins Place des Célestins 25, 5000 Jambes
- Tél. : 081 65 44 73, fax : 081 30 76 26
- Président : Dr Fery
- Secrétaire : Dr J. Renard, Inspecteur d'hygiène provincial
- E-mail : juliette.renard@health.fgov.be
- Heures d'ouverture : tous les jours de 9h à 12h et de 14h à 16h

Commission médicale de la province de Luxembourg (CMP Luxembourg)

- Rue Dr. Lomry 3, 6800 Libramont
- Tél. : 061 23 00 73, fax : 061 23 43 79
- Président : Dr J-J. Slegten
- Secrétaire : Dr C. Laboulle, Inspecteur d'hygiène provincial
- E-mail : IH.libramont@health.fgov.be
- Heures d'ouverture : mardi de 10h à 12h et de 14h à 16h

Commission médicale provinciale de la province de Liège (CMP Liège)

- Bld Frère Orban 25, 2^e étage, 4000 Liège
- Tél. : 02 524 79 01, fax: 04 254 15 68
- Président : Dr Georges Henrard
- Secrétaire : Dr I. Renard, Inspecteur d'hygiène provincial
- E-mail : isabelle.renard@health.fgov.be
- Heures d'ouverture : tous les jours de 9h à 12h et de 14h à 16h. Pour inscription visa (diplômes) : le mardi de 9h à 11h et de 14h à 16h ou sur rendez-vous

Provinciale Geneeskundige Commissie Antwerpen (PGC Antwerpen)

- Pelikaanstraat, 4, 2^e verdieping, 2018 Antwerpen
- Tel. : 02 524 78 50, fax : 02 524 78 58
- Voorzitter : Dr. D. Duyck
- Secretaris : Dr. W. Haenen, Gezondheidsinspecteur
- E-mail : icm.antwerpen@health.fgov.be
- Openingsuren : dinsdag en donderdag van 9u30 tot 12u en van 14u tot 16u

Provinciale Geneeskundige Commissie Limburg (PGC Hasselt)

- St-Jozefsstraat 10 bus 5.2 3500 Hasselt
- Tel. : 02 524 78 02, fax : 02 524 78 21
- Voorzitter : Dr. Rega R.
- Secretaris : Dr. K. Machiels, Gezondheidsinspecteur
- E-Mail : katia.machiels@health.fgov.be
- Openingsuren : dinsdag en donderdag van 9u30 tot 13u30 en van 14u tot 16u en na afspraak

Provinciale Geneeskundige Commissie West-Vlaanderen (PGC Brugge)

- Hoogstraat 9 8000 Brugge
- Tel. : 02 524 79 30, fax : 02 524 79 33
- Voorzitter : Dr. Lieven Wostyn
- Secretaris : Dr. Z. Vermeulen, Gezondheidsinspecteur
- E-Mail : zeger.vermeulen@health.fgov.be
- Openingsuren : maandag en dinsdag van 9u tot 11u30 en van 13u30 tot 15u30

Nederlandstalige Geneeskundige Commissie van Brabant (PGC Leuven)

- Philipssite 3 B bus 1 3001 Leuven
- Tel. : 016 31 89 22, fax : 016 31 89 17
- Voorzitter : Dr. Lucas Kayaert
- Secretaris : Dr. M. Coppens, Gezondheidsinspecteur
- E-Mail : monique.coppens@health.fgov.be
- Secretariaat : M. Roelants
- E-mail : martine.roelants@health.fgov.be
- Openingsuren : dinsdag en donderdag van 9u tot 11u en van 14u tot 15u30

Provinciale Geneeskundige Commissie Gent Oost-Vlaanderen (PGC Gent)

- Kouterpoort - Ketelvest 26 bus 201 9000 Gent
- Tel. : 02 524 99 73 of 02 524 99 72, fax : 02 524 99 78
- Voorzitter : Prof. Dr. L. de Thibault de Boesinghe
- Secretaris : Dr H. Nimmegeers, Gezondheidsinspecteur
- E-mail : hugo.nimmegeers@health.fgov.be
- Openingsuren : maandagmorgen en vrijdagmorgen van 9u tot 11u30 en woensdagnamiddag van 14u tot 15u30

Index

A

Agence fédérale pour l'accueil des demandeurs d'asile	53
aide-soignant	33
projet pilote	33
assurabilité	50
assurance soins en Flandre	51
attestations	
comment obtenir	47
globales	45
individuelles	45
utiliser les attestations d'un collègue	46
attester	
par MyCareNet	46
par service de facturation	46

C

carte européenne d'assurance maladie	52
cathéter à demeure	43
circulaires	64
coefficient	26
collyre	14, 34, 42
Comité de l'assurance	27
commission de conventions infirmiers	27
commission médicale provinciale	11
compétence	9
actes infirmiers	18
codes	10
Consultation infirmière	29, 36, 42
contrôle de la pratique	20
Convention nationale	22

D

délégation de tâches	33
demandeurs d'asile	53
documents internes	45
dossier infirmier	33
droits du patient concernant le dossier de l'infirmier	60
droits du patient	61-64

E

échelle d'évaluation	37, 40, 44
échelle de Katz. <i>voir échelle d'évaluation</i>	
enregistrement de données au chevet	24
évaluation de la pratique	20

F

forfait	38-39
frais de déplacement	44
frais de gestion	24

H

hôpital	31
---------------	----

I

infirmier relais	38
infractions à la législation INAMI	21
initiative locale d'accueil (ILA)	53
intervention	
frais de gestion d'un service de soins à domicile	58
logiciel	23
intervention majorée	54

L

lettre-clé	26
liberté thérapeutique	17
logiciel	23

M

maisons de repos et de soins	31
mandat écrit	45
maximum à facturer (MAF)	56
MAF revenu	56
MAF social	56
médecin-conseil	21, 37, 42, 43
demande et notification	37
Moniteur belge	64
MyCareNet	46

N

nomenclature	26-28
base juridique	27
consultation	28
contenu	26
demandeurs d'asile	53
établissement	26
questions concernant	47
nomenclature des prestations de soins infirmiers	
restrictions générales	30
structure	28
numéro INAMI	9
nécessité	9

P

pansement bioactif	30, 35, 42, 43
patient diabétique	37-39
patient palliatif à domicile	37
définition	37
patients palliatifs ou lourdement dépendants	36-37
pommade ophtalmique	34, 42
porter en compte	32, 34
aide lors de prestations effectuées par un médecin	32
en milieu hospitalier	31
maisons de repos et de soins	31
montant	57
restriction	34-35

prescription	
conditions	31
durée de validité	31
nécessité	30
non valable	31
prestation de base	36
prestations	
couvertes par une autre assurance	32
effectuées à l'étranger	32
remboursement indu	17
prestations de soins infirmiers	12-17
techniques	12
actes médicaux confiés,	16
prestations infirmières techniques spécifiques	42
procédure de demande et d'avis	43
projet VINCA	24
pseudo-codes	34, 37, 46

Q

qualification professionnelle particulière	10
--	----

R

refus d'effectuer un acte	17
régime du tiers payant	22, 23, 56, 57
règles d'application	26
règles interprétatives	28
remboursement	12
représentant du patient	61
résidences-services	32
responsabilité	
dossier infirmier	34
financière	17
juridique	17

S

SECM	20
service de facturation	46
services intégrés de soins à domicile	58
site Internet de l'INAMI	64
soins de plaies	41
statut Omnio	56
suppléments	45

T

tarifs	22, 27
ticket modérateur	54
titre professionnel particulier	10
toilettes	36, 40, 44, 46
trajet de soins	58
types d'assurances	50

V

valeur relative	26
visa	11
vol prescriptions / cachet	11

W

week-end et jours fériés	42
--------------------------------	----

1^{re} édition, juin 2010

Éditeur responsable : J. De Cock, avenue de Tervueren 211, 1150 Bruxelles

Réalisation : Service d'évaluation et de contrôle médicaux (SECM), en collaboration avec le Service des soins de santé et la Cellule communication de l'INAMI, et avec la participation du Service public fédéral Santé publique

Design graphique : Cellule communication INAMI

Photos : Ab initio et Verypics

Dépôt légal : D/2010/0401/1