INAMI

Infobox pour l'infirmier à domicile

Points d'attention du SECM en vue d'une facturation correcte

Avant-propos

Cet Infobox est un outil vous permettant de vous familiariser avec les aspects réglementaires des soins infirmiers à domicile pour lesquels l'INAMI est compétent (attestation à l'assurance soins de santé, réglementation concernant le remboursement par l'assurance soins de santé, efficacité des soins, etc.). L'objectif est d'informer les dispensateurs de soins afin de prévenir les infractions par méconnaissance de la réglementation. En attestant de manière correcte, vous contribuez à l'utilisation optimale du budget de l'assurance soins de santé et à la durabilité de l'accès général aux soins.

Cet Infobox n'est pas exhaustif. Il ne se substitue pas à la loi et ne remplace pas la réglementation d'application. Vous devez garder à l'esprit que « nul n'est censé ignorer la loi » et que vous devez donc connaître la nomenclature, ainsi que les différentes réglementations qui concernent votre métier.

La dernière mise à jour de cet Infobox a eu lieu le 1er septembre 2026.

Table des matières

1re partie. Le SECM de l'INAMI 8

I. Présentation du SECM 9

Qu'est-ce que le SECM ? 9

Qu'est-ce que l'INAMI ? 9

Quelle est la mission du SECM ? 9

Quelles sont les réglementations pour lesquelles le SECM est compétent ? 9

Comment est organisé le SECM ? 10

Comment le SECM décide-t-il de procéder à une action ? 10

Comment signaler une (suspicion d')infraction ? 11

II. Actions du SECM 12

1. Analyse 12

Quel est l'objectif de l'analyse ? 12

Quelles sont les méthodes d'analyse ? 12

Quelles sont les données analysées ? 12

2. Fonction d'avis 13

Quel est l'objectif de la fonction d'avis ? 13

Auprès de quelles instances le SECM exerce-t-il une fonction d'avis ? 13

3. Sensibilisation et prévention 14

Quel est l'objectif de la sensibilisation ? 14

Quelles sont les méthodes de sensibilisation ? 14

4. Contrôle 15

Quel est l'objectif du contrôle ? 15

Quelles sont les données contrôlées ? 15

Comment se déroule une action de contrôle ? 15

Quelles sont les compétences des inspecteurs sociaux ? 17

Quelles sont les infractions définies par la loi relative à l'assurance soins de santé ? 18

Quelles sont les suites possibles d'une action de contrôle ? 20

Dans quels cas une procédure contentieuse après une action de contrôle est-elle introduite et auprès de quelle instance ? 21

Quelles mesures peuvent-elles être imposées ? 22

Comment éviter les infractions ? 24

Comment réagir en cas d'action de contrôle ? 24

5. Mesures d'impact 24
Quel est l'objectif de la mesure d'impact ? 24
Comment mesurons-nous l'impact de nos actions ? 24

2e partie. Réglementation pour les infirmiers 25

I. Conditions pour pouvoir attester en tant qu'infirmier 26
Quels sont les documents nécessaires pour exercer la profession d'infirmier ? 26
Avez-vous besoin d'un numéro INAMI ? 26
Où devez-vous vous inscrire si vous commencez à exercer en tant qu'indépendant ? 27

II. Modalités d'attestation 28
1. Support papier ou électronique 28
Qu'entend-on par « attester » ? 28
Comment attester sur papier ? 28
Comment attester électroniquement ? 28
2. Régime du tiers payant 29
Qu'est-ce que le régime du tiers payant ? 29
Quelles sont les conditions à remplir pour appliquer le régime du tiers payant ? 29
3. Pratique individuelle ou de groupe 30
Comment exercer dans le cadre d'une pratique individuelle ? 30
Comment exercer dans le cadre d'une pratique de groupe ? 30
4. En maison médicale 31
Qu'est-ce qu'une maison médicale ? 31
Comment fonctionne une maison médicale ? 31
Comment facturer à une maison médicale en tant qu'infirmier à domicile externe ? 31
5. Conventionné ou non 32
Qu'est-ce que la « convention » ? 32
Comment adhérer à la convention nationale ? 32
Comment arrêter votre adhésion à la convention nationale ? 32
Quelles sont les conséquences de l'adhésion à la convention nationale ? 33
Qu'est-ce que la Commission de conventions infirmiers-organismes assureurs ? 33

III. Soins attestables à l'assurance soins de santé 34
Quels actes infirmiers pouvez-vous effectuer ? 34
Quels actes infirmiers pouvez-vous attester à l'assurance soins de santé ? 34
Pouvez-vous attester à l'assurance soins de santé des prestations effectuées par un aide-soignant ou un assistant en soins infirmiers ? 34

IV. Obligations en lien avec l'attestation 35
1. Vérification de l'identité du patient 35
Dans quel cas devez-vous vérifier l'identité de votre patient ? 35
Comment vérifier l'identité du patient ? 35
2. Document justificatif des prestations attestées 36
Quand devez-vous remettre un document justificatif à votre patient ? 36
Quels éléments devez-vous mentionner sur le document justificatif ? 36
À qui remettre le document justificatif ? 37
Comment remettre le document justificatif ? 37
3. Notification (médecin-conseil) 37
Pour quelles prestations devez-vous envoyer une notification au médecin-conseil ? 37
Quelles sont les conditions à remplir pour envoyer une notification au médecin-conseil ? 38
V. Nomenclature 39
1. Généralités 39
Qu'est-ce que la nomenclature ? 39
Où pouvez-vous consulter la nomenclature ? 39
Qu'est-ce que les règles d'application ? 40
Qu'est-ce que les règles interprétatives ? 40
2. Nomenclature pour les infirmiers : article 8 40
Qu'est-ce que la nomenclature pour les infirmiers ? 40
Qui établit la nomenclature pour les infirmiers ? 40
Quelles informations trouvez-vous dans l'article 8 de la nomenclature ? 41
Comment sont classées les prestations de soins infirmiers ? 41
Qu'est-ce que les règles d'application pour les infirmiers ? 42
Qu'est-ce que les règles interprétatives pour les infirmiers ? 43
VI. Directives 44
Qu'est-ce que les directives pour les infirmiers ? 44
Qui rédige les directives pour les infirmiers ? 44
Où trouver les directives pour les infirmiers ? 44
VII. À savoir absolument 45
1. Responsabilité 45
Quelles sont vos responsabilités par rapport à ce qui est attesté avec votre numéro INAMI ? 45
2. Tarifs et remboursements des soins infirmiers 46
Qui fixe les prix et honoraires des soins infirmiers ? 46
Comment calculer le remboursement des soins infirmiers par l'assurance soins de santé ? 46

Combien facturer au patient si vous avez adhéré à la convention nationale ? 46
Combien facturer au patient si vous n'avez pas adhéré à la convention nationale ? 47
3. Dossier infirmier 47
Devez-vous constituer un dossier infirmer ? 47
Quel est le contenu minimal du dossier infirmier ? 48
4. Toilettes 49
Qu'est-ce qu'une toilette ? 49
Quelles sont les conditions pour attester une toilette à un patient ? 49
Qu'est-ce que l'échelle de Katz ? 50
Qu'est-ce que les forfaits ? 51
5. Soins palliatifs à domicile 52
Pouvez-vous attester des soins palliatifs à domicile ? 52
Quels honoraires pouvez-vous attester pour des soins palliatifs à domicile ? 52
Quelles sont les conditions pour attester des soins palliatifs à domicile ? 52
6. Soins de plaies 53
Quels sont les types de soins de plaies ? 53
Quelles sont les conditions pour attester les soins de plaies ? 54
Quels documents devez-vous transmettre au médecin qui supervise le soins de plaies ? 54
7. Prestations pour les patients diabétiques 55
Quels sont les honoraires forfaitaires des prestations pour les patients diabétiques ? 55
8. Infirmier relais en soins de plaies et en diabétologie 56
Quelles sont les conditions pour être infirmier relais en soins de plaies ? 56
Quelles sont les conditions pour être infirmier relais en diabétologie ? 57
9. Prescription médicale 57
Quelles prestations pouvez-vous attester uniquement si elles sont prescrites ? 57
À quelles conditions doit répondre la prescription médicale ? 58
Que faire en cas de prescription incomplète ou invalide ? 58
10. Interdiction de cumul de l'autosondage par le patient et du sondage par l'infirmier 59
Pouvez-vous facturer à l'assurance soins de santé un sondage dispensé à un patient réalisant des autosondages ? 59
11. Prestations non attestables à l'assurance soins de santé 59
Quelles prestations ne pouvez-vous pas attester ? 59
Pouvez-vous effectuer des prestations non attestables ? 60
12. Délai de facturation 60
Quand faut-il envoyer ses attestations de soins aux mutualités ? 60

13. Nombre maximal de valeurs W par année civile 60

Qu'est-ce que le nombre maximal de valeurs W ?..... 60

Que se passe-t-il si vous dépassez le nombre maximal de valeurs W ?..... 61

14. Aides-soignants dans les équipes structurées de soins infirmiers à domicile..... 61

Pouvez-vous intégrer un aide-soignant dans votre équipe structurée ? 61

Quelles sont les conditions pour que les prestations déléguées à un aide-soignant dans une équipe structurée soient attestables ?..... 61

Quelles sont les conditions des visites de contrôle lorsque vous déléguez des activités infirmières à un aide-soignant ? 62

Comment attester les soins infirmiers délégués à un aide-soignant ?..... 63

15. Assistants en soins infirmiers dans les équipes de soins..... 63

Pouvez-vous déléguer des prestations à un assistant en soins infirmiers ?..... 63

Quelles sont les conditions pour que les prestations dispensées par un assistant en soins infirmiers soient attestables ? 64

Comment attester les prestations dispensées par un assistant en soins infirmiers ? 64

16. Publicité..... 65

Pouvez-vous faire de la publicité pour votre activité d'infirmier ? 65

Dans quels cas est-il interdit de faire de la publicité pour votre activité d'infirmier ? 65

1re partie

Le SECM de l'INAMI

I. Présentation du SECM

Qu'est-ce que le SECM ?

Le Service d'évaluation et de contrôle médicaux (SECM) est un service d'inspection de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI).

Qu'est-ce que l'INAMI ?

L'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI) est un acteur-clé de la sécurité sociale. Il remplit une double mission en veillant à ce que :

- chaque assuré social, quelle que soit sa situation, ait effectivement accès aux soins de santé de qualité qui sont nécessaires et obtienne un remboursement. Ces soins de santé doivent être efficaces et dispensés aux tarifs convenus ;
- les assurés sociaux, travailleurs salariés et indépendants, reçoivent un revenu de remplacement adéquat en cas d'incapacité de travail ou de maternité/paternité. Nous garantissons que de réelles opportunités de réinsertion au terme de l'incapacité de travail leur soient offertes.

Vous trouverez plus d'informations sur les missions, la structure, les organes et les activités de l'INAMI sur notre site web.

Quelle est la mission du SECM ?

La mission du SECM[1] est de veiller à l'utilisation optimale du budget de l'assurance soins de santé. Cela permet de garantir un accès à des soins de santé de qualité, pour nous et pour les générations futures. Pour ce faire, nous voulons augmenter notre impact sur le comportement d'un maximum de dispensateurs et d'institutions de soins sur le plan de la prescription et de l'attestation. Nous vérifions s'ils attestent leurs prestations à l'assurance soins de santé dans le respect du cadre légal et réglementaire (loi relative à l'assurance soins de santé, nomenclature, directives, principes de conformité et de réalité, etc.).

Quelles sont les réglementations pour lesquelles le SECM est compétent ?

Le SECM est principalement compétent pour les matières relatives à :

- la loi relative à l'assurance soins de santé[2] ;
- la nomenclature[3].

Il est également compétent pour toute réglementation relative à la facturation à l'assurance soins de santé, dont les directives et circulaires spécifiques aux groupes professionnels de dispensateurs de soins.

---

[1] Art. 139 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

[2] Loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

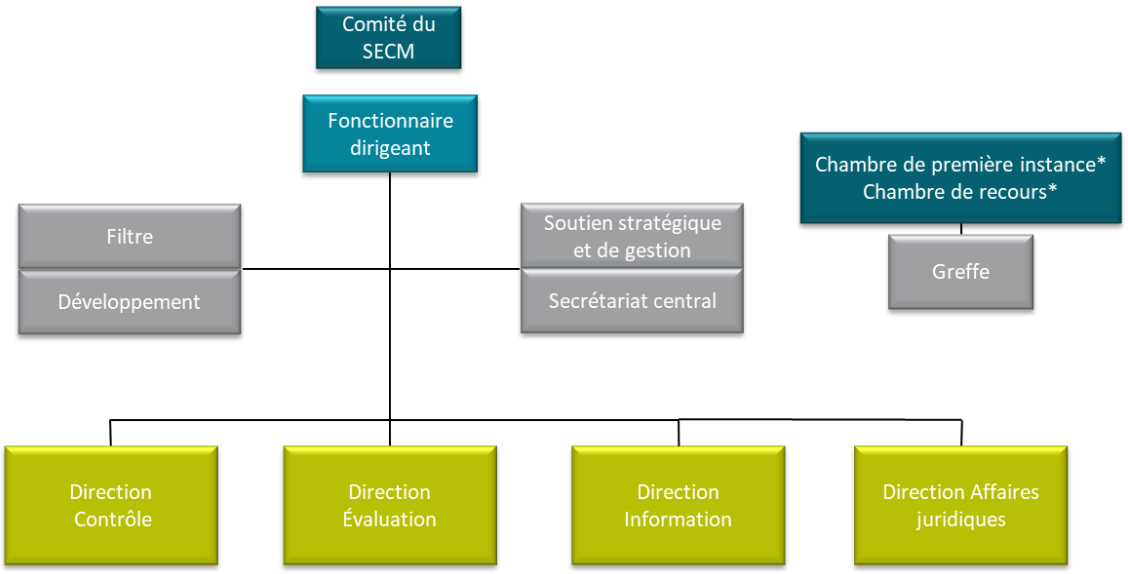
[3] Annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

Il n'est en revanche pas compétent en ce qui concerne la déontologie, l'aptitude physique du médecin, etc.

Comment est organisé le SECM ?

Le SECM est organisé selon la structure suivante.

Illustration 1 - Structure organisationnelle du SECM



* La chambre de première instance et la chambre de recours sont des juridictions administratives instituées auprès du SECM. Elles sont présidées par un magistrat et composées de membres désignés par les mutualités et les groupes professionnels concernés. Ils siègent de manière indépendante et impartiale. Les droits de la défense sont garantis.

Source : INAMI – SECM

Comment le SECM décide-t-il de procéder à une action ?

Une action du SECM peut résulter d'un signalement externe ou d'une proposition interne. Un signalement externe correspond à une plainte, une requête ou une mission venant de l'extérieur. Une proposition interne provient d'un membre du personnel, au terme de sa propre analyse. En outre, nous réalisons des analyses de risques systématiques pour tous les groupes professionnels.

Une équipe centralisée (appelée « Filtre ») reçoit et analyse les signalements externes et les propositions internes. Elle les confronte aux compétences du SECM, aux priorités stratégiques et aux moyens disponibles. Elle émet ensuite un avis à l'attention du Beslissingsorgaan/Organe décisionnel (BOD). Celui-ci décide quelles actions le SECM entreprendra et quels moyens devront être mis en œuvre à cette fin.

Il peut s'agir d'une analyse (de risques) supplémentaire, une communication d'informations et/ou une action de contrôle (nationale). Le SECM mène en l'occurrence une stratégie à multiples axes : informer, contrôler et évaluer (ICE). Les actions peuvent être menées simultanément ou successivement. Les circonstances factuelles indiquent généralement quelles actions sont appropriées et dans quel ordre. Les actions sont menées par une équipe multidisciplinaire.

Comment signaler une (suspicion d')infraction ?

Vous pouvez signaler toute infraction ou suspicion d'infraction au SECM à l'adresse e-mail secr.dgec.secm@riziv-inami.fgov.be.

Le SECM ne révèle en aucun cas l'identité du plaignant, sauf avec son autorisation expresse.

Toute personne à l'origine d'un signalement recevra un accusé de réception, mais ne sera pas informée sur les suites données à son signalement (en raison du devoir de confidentialité).

II. Actions du SECM

1. Analyse

Quel est l'objectif de l'analyse ?

L'objectif de l'analyse est d'obtenir un aperçu clair du comportement d'attestation et de prescription, ainsi que de la pratique des dispensateurs et institutions de soins. Cet aperçu permet de détecter les évolutions et variations du comportement, ainsi que d'éventuelles anomalies (*outliers*, par exemple).

Les informations récoltées sont utilisées afin de déterminer les actions ultérieures à entreprendre : sensibilisation, contrôle, fonction d'avis, demande d'informations aux concernés, ou analyse plus approfondie.

Quelles sont les méthodes d'analyse ?

Nous réalisons des analyses de données (*datamining*) et sur le terrain en lien avec l'attestation des (groupes de) dispensateurs de soins. L'évaluation consiste à comparer les pratiques, tant au niveau de la prescription qu'au niveau de l'exécution des prestations, avec la réglementation en vigueur et/ou les règles générales de bonne pratique *(evidence-based medicine* / EBM) en ce qui concerne :

- la surconsommation/l'efficience ;
- la réalité/conformité.

Les dispensateurs de soins pour lesquels un comportement d'attestation ou de prescription déviant de la norme est constaté peuvent être invités à expliquer leur façon de travailler.

Quelles sont les données analysées ?

Nous analysons régulièrement :

- les données de facturation venant des mutualités :
  - l'évolution du budget global des groupes professionnels,
  - les profils d'attestation des dispensateurs et institutions de soins,
  - les prestations pharmaceutiques délivrées par les officines ouvertes au public ;
- d'autres données médicales, comme les protocoles, les dossiers médicaux, etc.

2. Fonction d'avis

Quel est l'objectif de la fonction d'avis ?

Une application correcte de la réglementation implique une formulation claire. C'est pourquoi nous pouvons proposer des modifications de la nomenclature des prestations de santé, ainsi que d'autres textes réglementaires, sur la base de notre expertise du terrain. L'objectif est de contribuer à une information correcte des partenaires de l'assurance soins de santé et d'élaborer des dispositions légales claires et contrôlables.

Auprès de quelles instances le SECM exerce-t-il une fonction d'avis ?

Nous siégeons avec voix consultative dans plusieurs conseils techniques, commissions de conventions et groupes de travail de l'INAMI, notamment la Commission de conventions infirmiers-organismes assureurs et le Collège national des médecins-conseil.

> Exemple de fonction d'avis : nous avons proposé une règle interprétative concernant le code de nomenclature 474736-474740 (examen des voies biliopancréatiques par endoscopie) au groupe de travail Médecine interne du Conseil technique médical, après avoir observé un fort dépassement du budget prévu. Une analyse nous avait permis de détecter que la hausse était due à une mauvaise interprétation de ce nouveau code de nomenclature. La règle interprétative permettait de clarifier le champ d'application du code de nomenclature. Elle a été approuvée par les membres du groupe de travail et publiée au Moniteur belge le 17 mai 2019.

3. Sensibilisation et prévention

Quel est l'objectif de la sensibilisation ?

Nous sensibilisons régulièrement les dispensateurs et institutions de soins au respect de la réglementation relative à l'assurance soins de santé, afin de prévenir les erreurs et infractions vis-à-vis de celle-ci.

Quelles sont les méthodes de sensibilisation ?

Nous sensibilisons les dispensateurs et institutions de soins par le biais de :

- brochures et dépliants d'information, tels que :
  - les *Infobox*, destinés à un groupe professionnel précis,
  - *Mission et procédures*, destiné aux dispensateurs de soins faisant l'objet d'une action de contrôle,
  - le rapport annuel, qui présente l'ensemble des activités du SECM lors de l'année précédente,
  - le dépliant *Mon numéro INAMI d'infirmier, j'en prends soin !*, qui explique quand un numéro INAMI est nécessaire et comment le protéger de la fraude (par usurpation) ;
- conférences sur le rôle du SECM et sur la réglementation pour les dispensateurs de soins, à notre initiative ou à l'invitation d'organisations professionnelles ;
- courriers de sensibilisation à destination de groupes professionnels : par exemple, à l'ensemble des infirmiers à domicile, à l'ensemble des groupements infirmiers, ou aux *outliers* détectés lors d'une analyse des données de facturation d'une prestation en particulier. Ces courriers ont pour objectif de rappeler la réglementation, inviter à régulariser les prestations indues/erronées, et prévenir les dispensateurs que l'attestation ou la prescription de cette prestation fera l'objet d'analyses et éventuellement de contrôles à l'avenir ;
- publications sur le site web de l'INAMI : afin de toucher un public large, nous communiquons aussi sur le site web de l'INAMI sur certaines de nos actions de sensibilisation (par exemple, sur l'intégration d'aides-soignants dans un groupement infirmier) ou cherchons à sensibiliser les dispensateurs de soins en y publiant des rappels de la réglementation.

4. Contrôle

Quel est l'objectif du contrôle ?

L'objectif des actions de contrôle est de vérifier le respect de la législation et, en cas d'infraction, de réagir de manière proportionnelle, par exemple en adressant un avertissement et/ou en récupérant les sommes indûment facturées à l'assurance soins de santé.

Quelles sont les données contrôlées ?

Il s'agit notamment des données de facturation provenant des mutualités et des prescriptions médicales.

Comment se déroule une action de contrôle ?

Les actions de contrôle sont menées par le personnel d'inspection du SECM. Il s'agit d'inspecteurs sociaux au sens du Code pénal social : des infirmiers-contrôleurs, des médecins-inspecteurs, des pharmaciens-inspecteurs, des dentistes-inspecteurs ou des inspecteurs sociaux ayant d'autres qualifications professionnelles. Ils exécutent les missions du SECM sur le terrain.

Une action de contrôle commence par l'analyse des données de facturation ou d'autres documents. En effet, le SECM a notamment pour mission de vérifier si les facturations à l'assurance soins de santé sont correctes. Outre les données de facturation, d'autres données pertinentes sont analysées, telles que les dossiers des patients, les dossiers infirmiers, les prescriptions, les demandes et les notifications à la mutualité (entre autres les échelles de Katz), les données d'autres partenaires (comme l'ONEM ou l'INASTI, notamment), etc.

Ensuite, les inspecteurs sociaux peuvent recueillir des renseignements au moyen d'auditions. Une audition est un entretien sous forme de questions-réponses, au cours duquel les inspecteurs sociaux posent des questions ciblées et notent les réponses. Les informations notées lors d'une audition peuvent être utilisées en justice. Les inspecteurs sociaux peuvent interroger toute personne dont ils estiment que le témoignage peut être utile à l'accomplissement de leur mission de contrôle. Il s'agit en général d'abord des patients pour lesquels des soins ont été portés en compte à l'assurance soins de santé. Il est également possible d'interroger d'autres personnes susceptibles de fournir des informations importantes, telles que les proches des patients, d'autres dispensateurs de soins (par exemple d'autres infirmiers à domicile, des médecins généralistes ou des kinésithérapeutes), ainsi que d'autres services ou institutions de soins (maisons de repos, hôpitaux, services de facturation, fournisseurs de logiciels, secrétariats sociaux, organisations de soins à domicile, CPAS, etc.).

Les patients, membres de la famille, autres dispensateurs de soins et services sont généralement entendus en tant que « témoins ». Les inspecteurs sociaux peuvent les inviter à l'avance à une audition, mais ils peuvent aussi se rendre à leur domicile ou à l'adresse de leur cabinet sans s'annoncer et demander de réaliser une audition sur place.

L'objectif de la collecte de toutes les informations (données de facturation, documents et auditions) est de vérifier si la réglementation a été respectée et si la facturation à l'assurance soins de santé est correcte. Sur la base des informations recueillies, les inspecteurs sociaux peuvent

conclure à une facturation correcte ou à la suspicion d'infractions. Le dispensateur de soins concerné peut être invité à une audition ou aura la possibilité de prendre rendez-vous. Il recevra également une « déclaration de ses droits ». Il s'agit d'une liste officielle, prévue par la loi, de tous les droits dont dispose une personne lorsqu'elle est entendue en tant que « suspect ». Au cours de cette audition, des questions spécifiques sont posées sur le comportement d'attestation du dispensateur de soins concerné pour certains patients ou un groupe déterminé de patients ou une prestation déterminée.

Un dispensateur de soins ne viole pas le secret professionnel lorsqu'il fournit des informations médicales aux inspecteurs sociaux du SECM[4]. En outre, les dispensateurs de soins doivent coopérer à l'action de contrôle et ne pas entraver le contrôle des inspecteurs sociaux[5].

Le déroulement de l'audition (du « suspect » ou du « témoin ») est fidèlement retranscrit dans un procès-verbal d'audition, dont la personne entendue qui le souhaite reçoit ensuite une copie gratuite.

Il y a plusieurs suites possibles à une action de contrôle. Lorsqu'un dispensateur de soins n'a pas correctement facturé des prestations à l'assurance soins de santé et que l'inspecteur social a donc constaté une infraction, ce dernier peut rédiger un procès-verbal de constat. Le procès-verbal de constat est la trace écrite des éléments matériels de l'infraction.

Une copie du procès-verbal de constat est remise en mains propres contre récépissé ou envoyée par lettre recommandée ou via eServices[6] à la personne physique et/ou morale concernée, ainsi que, le cas échéant, à la personne solidairement responsable (ou conjointement responsable) du remboursement du montant indu de l'infraction.

Les inspecteurs sociaux joignent à la copie du procès-verbal de constat une invitation au remboursement volontaire. Il s'agit d'une invitation à rembourser le montant indu calculé par le SECM (le montant indu est le montant que le dispensateur de soins a facturé à tort et que l'assurance soins de santé n'aurait pas dû payer). Un remboursement volontaire par le dispensateur de soins peut avoir lieu sous réserve et n'empêche pas le dispensateur de soins de contester les accusations sur le fond. Les droits de la défense du dispensateur de soins restent d'application après un remboursement volontaire. Sur la base de divers facteurs, le SECM peut encore engager une procédure contentieuse, même après un remboursement volontaire. Tout remboursement volontaire sera alors pris en compte lors des débats en procédure.

[4] Art. 150 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

[5] Art. 209 du Code pénal social.

[6] Échange d'informations électronique et sécurisé entre le SECM et les dispensateur de soins.

Quelles sont les compétences des inspecteurs sociaux ?

Les inspecteurs sociaux (au sens du Code pénal social) disposent des compétences suivantes sur le terrain[7] :

- interroger toute personne dont l'audition leur semble nécessaire ;
- dresser des avertissements et procès-verbaux de constat ;
- obliger les dispensateurs de soins à leur fournir tous les renseignements et documents dont ils ont besoin pour mener leur action de contrôle[8] ;
- saisir ou mettre sous scellés tout support d'information (livres, registres, documents, supports électroniques) nécessaire à l'accomplissement de leur mission ;
- demander tout document officiel d'identification (carte d'identité, passeport, permis de conduire, etc.), faire des constats, prendre des photos ;
- pénétrer librement, dans l'exercice de leur mission, à toute heure du jour et de la nuit, sans avertissement préalable, dans tout lieu de travail ou assimilé ;
- pénétrer dans les locaux habités sans autorisation de l'occupant, à condition d'être muni d'une autorisation de visite domiciliaire délivrée par le juge d'instruction ;
- procéder à la recherche et à l'examen de tout support d'information contenant des données sociales ou d'autres supports de données prescrits par la loi qui contiennent des informations qu'ils estiment nécessaires pour l'action de contrôle ;
- télécharger ou prendre des copies, sous n'importe quelle forme et quel qu'en soit le support, des supports d'information ou des données qu'ils contiennent ou se les faire fournir sans frais ;
- exiger une traduction des données dans une des langues nationales si elles sont établies dans une autre langue qu'une des langues nationales ;
- faire des constats au moyen d'images, quel qu'en soit l'instrument technique ou le support ;
- informer les ordres professionnels[9] (Ordre des médecins et Ordre des pharmaciens), le procureur du Roi[10] ou d'autres services de contrôle fédéraux dans la mesure où les renseignements recueillis dans l'exercice de leur mission relèvent de la compétence de ces tiers[11].

Par ailleurs, les inspecteurs sociaux du SECM peuvent utiliser la méthode de vérification par échantillonnage et extrapolation pour calculer le montant porté à grief. Il s'agit d'élargir un constat réalisé pour un échantillon de patients à toute la patientèle d'un dispensateur de soins. Cette opération se fait selon des règles précises : l'échantillon doit être tiré de manière aléatoire et être suffisamment représentatif de la population. La loi relative à l'assurance soins de santé définit les étapes à respecter pour utiliser cette méthode[12].

---

[7] Art. 23 et suivants du Code pénal social.

[8] Art. 150 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

[9] Art. 146, § 3, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

[10] Art. 29 du Code d'instruction criminelle.

[11] Art. 54 du Code pénal social.

[12] Art. 146, § 2/1, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

Quelles sont les infractions définies par la loi relative à l'assurance soins de santé ?

La loi relative à l'assurance soins de santé (loi SSI) définit 10 infractions[13]. Pour les infirmiers à domicile, nous constatons principalement les 2 premières infractions.

1. Attester des prestations non effectuées

Rédiger, faire rédiger, délivrer ou faire délivrer des documents réglementaires permettant le remboursement de prestations de santé lorsque les prestations n'ont pas été effectuées ou fournies ou lorsqu'elles ont été effectuées ou fournies durant une période d'interdiction temporaire ou définitive d'exercice de la profession.

> Exemples : attester des soins chaque jour sans les dispenser le week-end ; continuer à attester même lorsque le patient est en vacances.

2. Ne pas attester les prestations conformément aux règles

Rédiger, faire rédiger, délivrer ou faire délivrer des documents réglementaires permettant le remboursement de prestations de santé qui ne satisfont pas aux conditions prévues dans la loi SSI, dans ses arrêtés et règlements d'exécution ou dans les conventions et accords conclus en vertu de la loi SSI et/ou prescrire des prestations visées à l'article 34 de la loi SSI durant une période d'interdiction temporaire ou définitive d'exercice de la profession.

> Exemples : ne pas compléter le dossier infirmier ; « surscorer » l'échelle de Katz.

3. Attester des prestations ni curatives ni préventives

Rédiger, faire rédiger, délivrer ou faire délivrer des documents réglementaires autorisant le remboursement de prestations de santé lorsque les prestations effectuées ne sont ni curatives ni préventives au sens de l'article 34 de la loi SSI.

> Exemple : utiliser des codes de nomenclature pour des prestations à but esthétique, qui sont des prestations non attestables (comme une épilation au laser).

4. Attester des prestations superflues ou inutilement onéreuses

Effectuer et porter en compte à l'assurance soins de santé des prestations superflues ou inutilement onéreuses au sens de l'article 73 de la loi SSI.

> Exemple : effectuer une visite à domicile quotidienne chez un patient sans nécessité médicale.

5. Prescrire des prestations superflues ou inutilement onéreuses

Cette infraction concerne les prescriptions de prestations et de médicaments à l'exception de ceux repris au chapitre II de la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables.

> Exemple : prescrire de l'acide folique en tant que préparation magistrale alors qu'il n'y a pas d'indication médicale ou de plus-value prouvée.

[13] Art. 73*bis* de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

6. Prescrire certains médicaments en enfreignant les indicateurs et recommandations

Prescrire certaines spécialités pharmaceutiques (visées à l'article 35*bis*, § 10, alinéa 2, de la loi SSI) en :

- dépassant les seuils fixés par les indicateurs définis par le Comité d'évaluation des pratiques médicales en matière de médicaments ;
- respectant insuffisamment les recommandations de la Commission de remboursement des médicaments.

Il s'agit ici de la prescription de spécialités pharmaceutiques appartenant aux classes de médicaments du chapitre II, pour lesquelles il existe des principes de bonne pratique médicale largement diffusés et bien connus. L'autorisation du médecin-conseil n'est pas requise, mais la conformité de la prescription aux recommandations émises par la Commission de remboursement des médicaments peut toujours être vérifiée a posteriori.

> Exemple : prescrire des fibrates pour un patient qui ne répond pas aux conditions du chapitre II.

7. Délivrer des documents non conformes

Ne pas délivrer des documents réglementaires alors qu'ils sont obligatoires ou rédiger, faire rédiger, délivrer ou faire délivrer des documents réglementaires irréguliers sans que les conditions de remboursement des prestations de santé soient mises en cause.

> Exemple : facturer via MyCareNet sans délivrer de pièce justificative au patient.

8. Inciter à prescrire ou à effectuer des prestations superflues ou inutilement onéreuses

Inciter un dispensateur de soins à prescrire ou à effectuer des prestations superflues ou inutilement onéreuses.

> Exemple : un hôpital qui incite ses médecins à réaliser beaucoup de CT-scans, même s'ils ne sont pas nécessaires.

9. Accepter des acomptes non conformes

Accepter des acomptes en dehors des limites fixées par l'article 53, § 1er/1, de la loi SSI.

> Exemple : un dentiste qui demande un acompte de plus de 75 % du montant intégral pour le traitement des 6 prochains mois.

10. Ne pas respecter l'application obligatoire du régime du tiers payant

Il s'agit de l'obligation prévue à l'article 53, § 1er, alinéa 14, de la loi SSI. Cela concerne aussi bien l'attestation papier qu'électronique.

> Exemple : un médecin généraliste qui n'applique pas le régime du tiers payant pour un patient bénéficiaire de l'intervention majorée.

Quelles sont les suites possibles d'une action de contrôle ?

Le médecin-inspecteur général de la direction Contrôle décide de la suite donnée à une action de contrôle :

- **négatif** : actions de contrôle que nous clôturons sans avoir constaté d'infraction ;
- **informatif** : actions de contrôle dans lesquelles nous
  - relevons une irrégularité limitée, qui ne justifie ni procès-verbal de constat, ni avertissement, ni demande de régularisation, et
  - informons la personne concernée de la réglementation applicable ;
- **avertissement** : actions de contrôle dans lesquelles nous avons relevé une infraction, mais pour laquelle nous n'avons pas dressé de procès-verbal de constat. Nous informons le dispensateur ou l'institution de soins de l'infraction constatée et l'incitons à respecter dorénavant la réglementation. Nous pouvons aussi lui demander de régulariser la situation en remboursant directement aux mutualités le montant indûment attesté ;
- **constat sans procédure contentieuse** : actions de contrôle pour lesquelles nous n'introduisons pas de procédure devant le fonctionnaire dirigeant du SECM ou les juridictions administratives parce que le dispensateur ou l'institution de soins a commis une infraction pour un montant inférieur ou égal à 3.000 euros et a volontairement remboursé la totalité du montant porté à grief. Dans ce cas, nous confirmons au dispensateur ou à l'institution de soins la réception du remboursement volontaire après le procès-verbal de constat et l'informons que ses attestations pourraient faire l'objet d'un suivi à l'avenir ;
- **constat avec procédure contentieuse** : actions de contrôle dans lesquelles le dispensateur ou l'institution de soins a commis des infractions volontaires et/ou pour un montant supérieur à 3.000 euros et/ou n'a pas (entièrement) remboursé le montant porté à grief. Nous pouvons introduire une procédure :
  - devant le fonctionnaire dirigeant du SECM, ou
  - devant la chambre de première instance ;
- **sans suite SECM** : actions de contrôle auxquelles le SECM ne donne pas de suite. La suite est donnée par une autre instance, par exemple par :
  - le Service du contrôle administratif,
  - l'auditorat du travail,
  - le parquet du procureur du Roi,
  - l'Ordre des médecins,
  - l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé.

  En ce qui concerne les dossiers envoyés à l'auditorat ou au parquet, nos inspecteurs sociaux continuent souvent à réaliser des auditions et des actions à la demande des magistrats. Nous nous concertons régulièrement avec ces magistrats afin d'assurer le suivi des dossiers que nous traitons ensemble et de leur présenter les dossiers que nous envisageons de leur confier.

  Par ailleurs, si les faits dénoncés donnent lieu à une procédure judiciaire, l'INAMI peut se constituer partie civile en vue de la récupération des prestations indûment remboursées par l'assurance soins de santé.

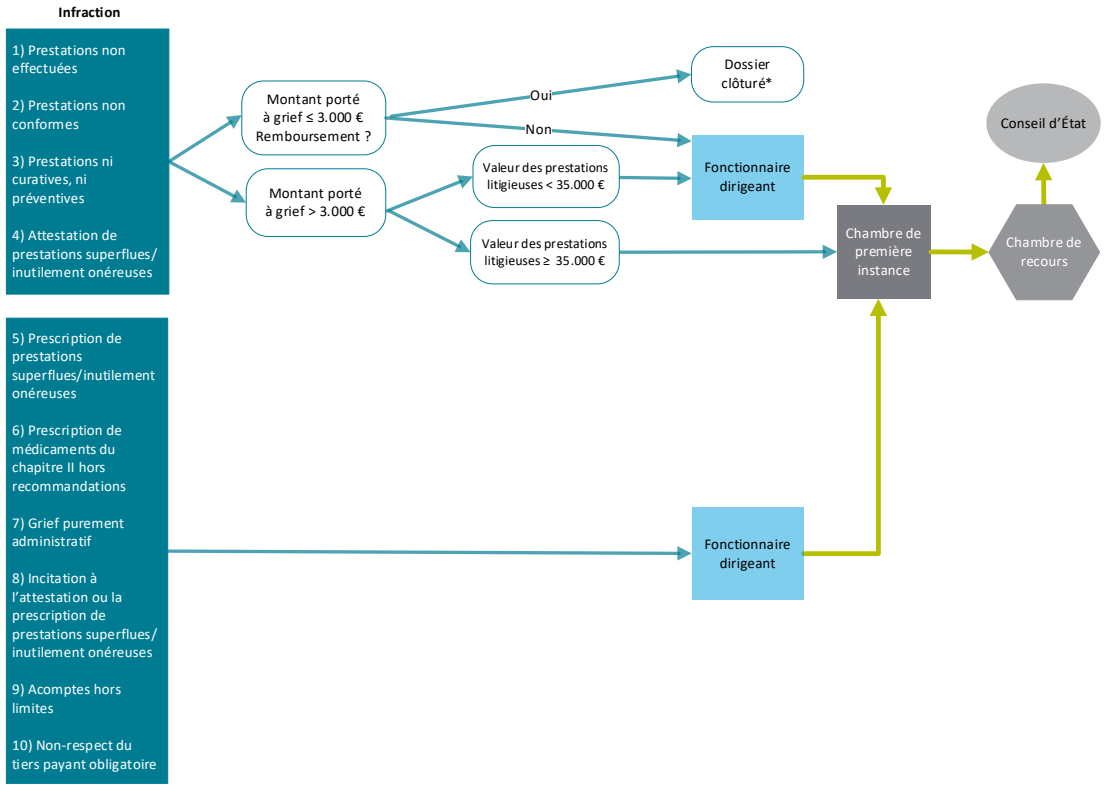
Dans quels cas une procédure contentieuse après une action de contrôle est-elle introduite et auprès de quelle instance ?

Nous pouvons introduire une procédure contentieuse à l'encontre d'un dispensateur ou d'une institution de soins. Si un dispensateur de soins ne rembourse pas volontairement l'entièreté du montant porté à grief, une procédure sera d'office introduite, de même que pour les dossiers de fraude. Les procédures sont introduites soit auprès du fonctionnaire dirigeant du SECM, soit auprès de la chambre de première instance. Il existe une possibilité de recours auprès de la chambre de première instance contre la décision du fonctionnaire dirigeant du SECM et auprès de la chambre de recours contre la décision de la chambre de première instance[14].

Ces juridictions administratives instituées auprès du SECM garantissent les droits de la défense et siègent de manière indépendante et impartiale.

La procédure à suivre est déterminée par plusieurs critères, comme le montre l'illustration ci-dessous : l'infraction constatée, le montant porté à grief et la valeur des prestations litigieuses.

Illustration 2 - Procédure suivie en fonction de l'infraction constatée, du montant porté à grief et de la valeur des prestations litigieuses



* Sauf en cas de procès-verbal de constat (pour des infractions similaires ou différentes) au cours des 3 années précédentes. Dans ce cas, une procédure peut être introduite.

Source : INAMI – SECM

[14] Art. 143 et 144 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

Nous entendons par « valeur des prestations litigieuses » le montant des prestations attestées indûment que le dispensateur de soins n'a pas encore remboursé au moment où la procédure est introduite.

Si le montant porté à grief est inférieur ou égal à 3.000 euros et qu'il a été intégralement remboursé dans les 2 mois suivant le jour de la notification du procès-verbal de constat, nous n'introduisons pas de procédure contentieuse, et le dossier est clôturé. Cependant, si le dispensateur de soins avait déjà reçu un procès-verbal de constat (pour des infractions similaires ou différentes) au cours des 3 années précédentes, une procédure contentieuse peut être introduite.

Quelles mesures peuvent-elles être imposées ?

Outre le remboursement des infractions portées à grief, d'autres mesures peuvent être imposées par le fonctionnaire dirigeant du SECM ou la chambre de première instance. Ces mesures doivent être infligées de manière différenciée, en fonction de la gravité des infractions. Nous distinguons :

- les fautes administratives ;
- le mésusage d'une nomenclature peu claire ;
- les infractions intentionnelles.

Les antécédents, le remboursement volontaire avant l'introduction de la procédure, l'adaptation du comportement d'attestation et l'ampleur de l'action de contrôle sont aussi pris en compte.

En fonction de l'infraction définie par la loi relative à l'assurance soins de santé, les mesures suivantes peuvent être imposées[15].

1. Attester des prestations non effectuées

Remboursement de la valeur des prestations indûment attestées à charge de l'assurance soins de santé et paiement d'une amende administrative comprise entre 50 % et 200 % de la valeur du remboursement.

2. Ne pas attester les prestations conformément aux règles

Remboursement de la valeur des prestations indûment attestées à charge de l'assurance soins de santé et/ou paiement d'une amende administrative comprise entre 5 % et 150 % de la valeur du remboursement.

3. Attester des prestations ni curatives ni préventives

Remboursement de la valeur des prestations indûment attestées à charge de l'assurance soins de santé et paiement d'une amende administrative comprise entre 5 % et 100 % de la valeur du remboursement.

[15] Art. 142 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

4. Attester des prestations superflues ou inutilement onéreuses

Remboursement de la valeur des prestations indûment attestées à charge de l'assurance soins de santé et paiement d'une amende administrative comprise entre 5 % et 100 % de la valeur du remboursement.

5. Prescrire des prestations superflues ou inutilement onéreuses

Paiement d'une amende administrative comprise entre 500 et 50.000 euros.

6. Prescrire certains médicaments en enfreignant les indicateurs et recommandations

Paiement d'une amende administrative comprise entre 500 et 20.000 euros.

7. Délivrer des documents non conformes

Paiement d'une amende administrative de 50 euros, à multiplier par le nombre de patients concernés, jusqu'à maximum 5.000 euros.

8. Inciter à prescrire ou à effectuer des prestations superflues ou inutilement onéreuses

Paiement d'une amende administrative comprise entre 1.000 et 250.000 euros. Cette amende administrative ne peut être infligée qu'après que la décision relative au dispensateur de soins qui a été incité à prescrire ou effectuer des prestations superflues ou inutilement onéreuses (4e, 5e et 6e infraction) soit devenue définitive.

9. Accepter des acomptes non conformes

Paiement d'une amende administrative de 50 euros, à multiplier par le nombre de patients concernés, jusqu'à maximum 5.000 euros.

10. Ne pas respecter l'application obligatoire du régime du tiers payant

Paiement d'une amende administrative de 50 euros, à multiplier par le nombre de patients concernés, jusqu'à maximum 5.000 euros.

En outre, la chambre de première instance et la chambre de recours peuvent également prononcer une interdiction de facturer via le régime du tiers payant à l'égard d'un dispensateur de soins ayant fait un usage abusif de ce régime. Cette interdiction peut être imposée pour une durée de minimum 5 jours à maximum 2 ans.

Enfin, s'il existe des indices graves, précis et concordants de fraude dans le chef d'un dispensateur de soins, le fonctionnaire dirigeant du SECM peut suspendre les paiements par les mutualités via le régime du tiers payant, totalement ou partiellement et ce, pour une période maximale de 12 mois[16]. Le dispensateur peut introduire un recours, qui ne sera pas suspensif.

[16] Art. 77*sexies* de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

Comment éviter les infractions ?

- Connaissez la réglementation relative à votre profession.
- Soyez conscient que vous êtes responsable de ce que vous attestez et de ce qui est attesté avec votre numéro INAMI.
- Soyez à jour et en ordre dans votre gestion administrative.
- Facturez à temps aux mutualités.

Ces conseils sont valables tout au long de votre carrière. Continuez à vous tenir informé.

Comment réagir en cas d'action de contrôle ?

- Fixez le rendez-vous avec l'inspecteur social à un bon moment (calme, qui vous convient).
- Restez poli et calme.
- Collaborez avec les inspecteurs sociaux et donnez-leur les documents qu'ils demandent.

5. Mesures d'impact

Quel est l'objectif de la mesure d'impact ?

En tant que service d'inspection, l'objectif du SECM est d'avoir un impact sur le comportement d'attestation et de prescription des dispensateurs et institutions de soins.

Les mesures d'impact permettent de déterminer si cet objectif a été atteint ou non et de vérifier si les résultats sont proportionnels aux moyens déployés. En fonction des résultats obtenus, nous décidons des nouvelles actions à entreprendre : sensibilisation, contrôle, fonction d'avis, demande d'informations aux concernés, ou analyse plus approfondie.

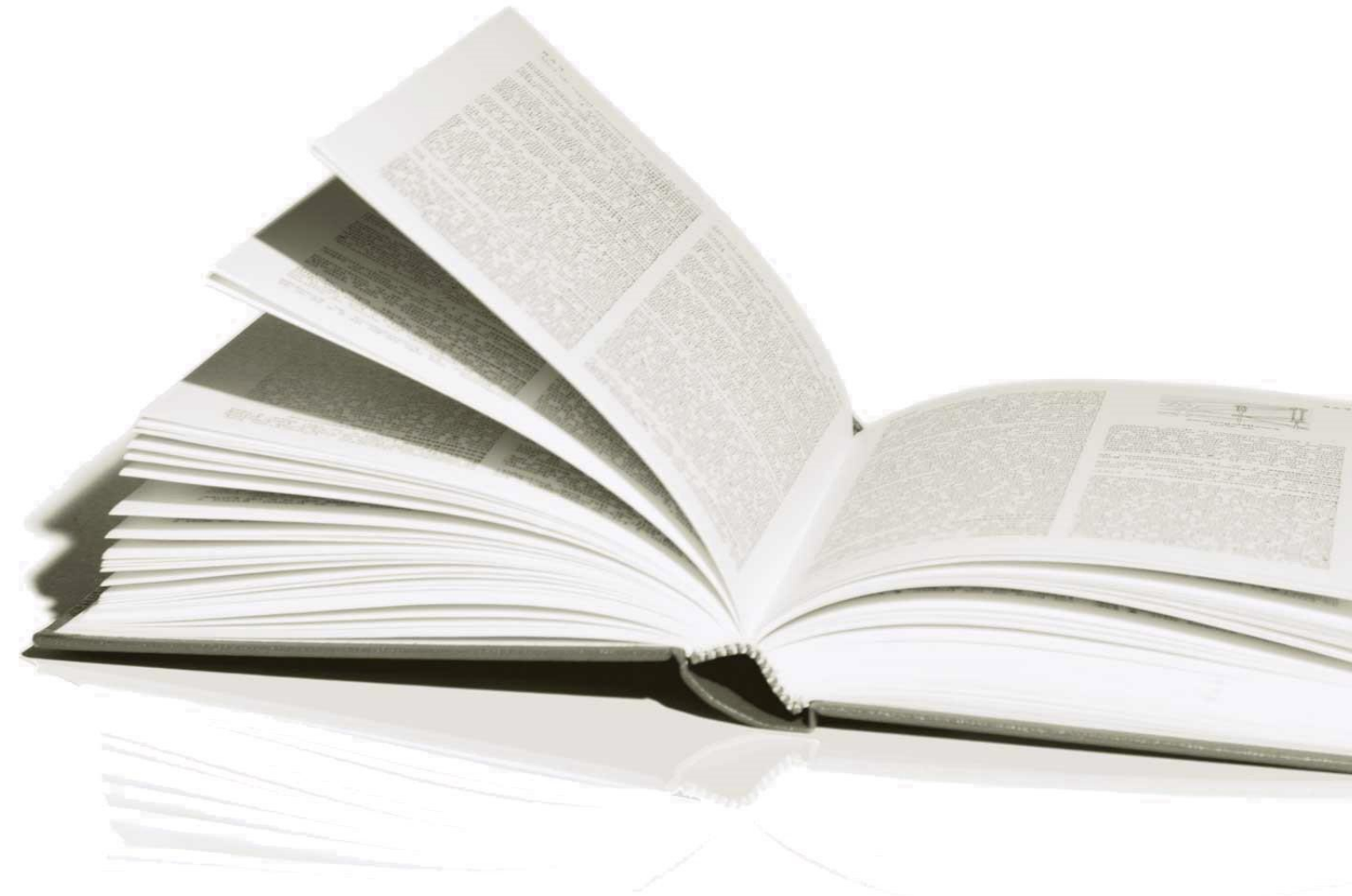
Comment mesurons-nous l'impact de nos actions ?

En raison de la diversité de ses actions et des retombées escomptées, l'impact du SECM doit être considéré de manière holistique. C'est pourquoi nous mesurons l'impact à l'aide d'indicateurs tant quantitatifs que qualitatifs. Nous entendons par indicateurs :

- quantitatifs : les estimations financières ou la variation du nombre de prestations ;
- qualitatifs : les interventions auprès des commissions en vue d'adapter ou de préciser la nomenclature, la formulation d'indicateurs auprès du Conseil national de promotion de la qualité, etc.

2e partie

Réglementation pour les infirmiers



I. Conditions pour pouvoir attester en tant qu'infirmier

Quels sont les documents nécessaires pour exercer la profession d'infirmier ?

Pour pouvoir exercer la profession d'infirmier en Belgique, vous devez disposer d'un diplôme agréé et d'un visa de votre diplôme[17].

Le visa est délivré par le SPF Santé publique.

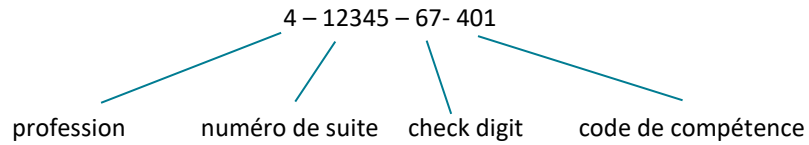
Avez-vous besoin d'un numéro INAMI ?

Vous avez besoin d'un numéro INAMI (identifiant unique de 11 chiffres) si vous attestez ou faites attester en votre nom des prestations à l'assurance soins de santé via la nomenclature[18].

> Exemple : vous avez besoin d'un numéro INAMI pour exercer dans le secteur des soins à domicile ou pour travailler (au forfait) dans une maison médicale. Vous n'avez en principe pas besoin de numéro INAMI pour exercer en tant qu'infirmier salarié en milieu hospitalier (sauf exceptions).

Vous pouvez obtenir un numéro INAMI en introduisant une demande auprès du Service des soins de santé de l'INAMI.

Illustration 3 - Structure du numéro INAMI



Source : INAMI – Service des soins de santé

Le numéro INAMI est composé comme suit[19] :

- profession : le chiffre 4 correspond aux infirmiers ;
- numéro d'ordre : suite unique qui distingue chaque dispensateur de soins ;
- check-digit ou chiffres de contrôle ;
- codes de compétence : ils dépendent du degré de diplôme et/ou de formations complémentaires comme pour les infirmiers relais. Voici les principaux codes de compétence pour les infirmiers à domicile :

[17] Loi coordonnée du 10 mai 2015 relative à l'exercice des professions des soins de santé.

[18] Art. 6, § 8 et 10, du règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

[19] Pour les nouvelles professions, comme les assistants en soins infirmiers et les infirmiers de pratique avancée, cette structure n'est plus d'application. Les numéros INAMI ne sont plus significatifs (attribution par ordre de disponibilité, et non selon la profession).

Tableau 1 - Principaux codes de compétence pour les infirmiers à domicile	
Code	**Compétence**
401	Infirmier(ère)s gradué(e)s et assimilé(e)s
408	Infirmier(ère)s breveté(e)s
421	Infirmier(ère)s gradué(e)s et assimilé(e)s + infirmier(ère)s relais en matière de soins de plaie(s)
428	Infirmier(ère)s breveté(e)s + infirmier(ère)s relais en matière de soins de plaie(s)
441	Infirmier(ère)s gradué(e)s et assimilé(e)s + infirmier(ère)s relais en matière de diabète
448	Infirmier(ère)s breveté(e)s + infirmier(ère)s relais en matière de diabète
461	Infirmier(ère)s gradué(e)s et assimilé(e)s + infirmier(ère)s relais en matière de diabète et de soins de plaie(s)
468	Infirmier(ère)s breveté(e)s + infirmier(ère)s relais en matière de diabète et soins de plaie(s)
561	Infirmier(ère)s bachelor/gradué(e)s et assimilé(e)s compétent(e)s pour l'éducation au diabète + infirmier(ère)s relais en matière de diabète et de soins de plaies
Pas de numéro spécifique	Infirmier(ère)s gradué(e)s ou breveté(e)s ayant une expertise particulière en soins palliatifs

Où devez-vous vous inscrire si vous commencez à exercer en tant qu'indépendant ?

Si vous commencez à pratiquer en tant d'indépendant, vous devez vous inscrire auprès de la BCE[20]. Vous pouvez vous inscrire en tant que personne physique ou morale.

Comme tout indépendant, vous devez obligatoirement vous affilier à une caisse d'assurances sociales[21].

[20] Art. 73*quater*, § 1er, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994.

[21] Art. 10, § 1er, de l'arrêté royal n° 38 du 27 juillet 1967 organisant le statut social des travailleurs indépendants.

II. Modalités d'attestation

1. Support papier ou électronique

Qu'entend-on par « attester » ?

« Attester » signifie compléter et signer une attestation de soins donnés (ASD). L'ASD est le document qui permet le remboursement ou le paiement par l'assurance soins de santé des prestations dispensées à un patient ou de l'infirmier dans le cadre du régime du tiers payant.

Cela a pour conséquence que :
- vous êtes responsable de la réalité et de la conformité des données complétées ;
- l'assurance soins de santé s'engage à rembourser le montant des prestations dont le code de nomenclature est mentionné.

Comment attester sur papier ?

Il existe plusieurs modèles[22] :
- l'attestation de soins donnés (ASD) pour les soins effectués par un dispensateur de soins individuel ;
- l'attestation globale de soins donnés (AGSD) utilisée lors de soins effectués et attestés par plusieurs dispensateurs de soins.

Les attestations de soins donnés doivent être commandées en ligne, via Medattest.

Comment attester électroniquement ?

Vous pouvez attester par voie électronique via MyCareNet.

MyCareNet est un système vous permettant de communiquer directement en ligne de manière sécurisée et rapide avec les mutualités pour :
- facturer avec le régime du tiers payant ;
- vérifier l'assurabilité ;
- envoyer des documents médico-administratifs.

Le règlement MyCareNet définit la procédure à suivre pour que la force probante puisse être accordée aux données de facturation et aux documents médico-administratifs (tels que les demandes de toilettes et de forfaits, les notifications de soins palliatifs et les demandes de prestations techniques spécifiques)[23].

[22] Art. 6 de l'annexe 10 du règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

[23] Annexe 1 au règlement du 10 juillet 2023 portant exécution des articles 9*bis* et 22, 11°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

En tant qu'infirmier, vous pouvez utiliser MyCareNet vous-même ou donner procuration à un mandataire. Cette procuration doit être confirmée par écrit selon le modèle de la plateforme eHealth et doit mentionner explicitement la durée de la procuration.

Nous vous conseillons de :

- contrôler ce qui a été facturé en votre nom par la personne à qui vous avez donné une procuration (mandat) ;
- toujours garder une trace des prestations que vous avez effectuées.

Même si un tiers dispose exclusivement des accès numériques ou atteste, vous demeurez responsable de ce qui est attesté en votre nom. Si vous avez perçu des paiements indus de l'assurance soins de santé, ils peuvent vous être réclamés.

2. Régime du tiers payant

Qu'est-ce que le régime du tiers payant ?

Le régime du tiers payant est un mode de paiement selon lequel vous recevez le paiement de l'intervention due directement de la mutualité à laquelle le patient est affilié.

Seuls les éventuels tickets modérateurs (quotes-parts personnelles) sont directement payés par le patient.

Quelles sont les conditions à remplir pour appliquer le régime du tiers payant ?

Pour pouvoir appliquer le régime du tiers payant, vous devez remplir les conditions suivantes[24] :

- facturer par voie électronique, en principe avant la fin du mois qui suit la date de la prestation ;
- respecter les honoraires fixés dans la convention nationale ;
- en cas de pratique de groupe, tous les membres appliquent le régime du tiers payant, et le groupe a demandé un numéro « tiers payant » spécifique ;
- remettre un document justificatif au patient ;
- vérifier l'identité du patient lors de chaque contact patient.

[24] Art. 53 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 ; décision de la Commission de conventions praticiens de l'art infirmier-organismes assureurs en vertu de l'article 9, alinéa premier, de l'arrêté royal du 18 septembre 2015 portant exécution de l'article 53, M.B. du 13 octobre 2017 ; règlement du 10 juillet 2023 portant exécution des articles 9bis et 22, 11°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

3. Pratique individuelle ou de groupe

Comment exercer dans le cadre d'une pratique individuelle ?

Vous travaillez en principe seul, gérez votre propre administration et facturation, et attestez en votre nom avec votre numéro INAMI personnel. Vous ou votre société recevez les interventions des mutualités, directement ou par le biais d'un bureau de facturation.

Vous pouvez conclure des accords avec d'autres (groupes d')infirmiers pour soigner un groupe de patients à tour de rôle ou pour sous-traiter certaines tâches ou permanences. Dans ce cas, chacun facture uniquement sa part. Des dispositions claires doivent alors être prises en termes de documents obligatoires et de clés de répartition (par exemple, la deuxième visite chez le patient au forfait).

Comment exercer dans le cadre d'une pratique de groupe ?

Vous rejoignez une pratique de groupe ou vous en créez une.

Plusieurs infirmiers appliquant le régime du tiers payant peuvent se faire payer les prestations sur un seul compte bancaire, moyennant l'obtention d'un numéro tiers payant de groupe (code unique de 11 chiffres commençant par 94 et finissant par 001).

Un secrétariat, un coordinateur ou un responsable gère (éventuellement moyennant rémunération) l'administration, l'attestation, l'organisation pratique et le suivi légal de l'ensemble du groupe. Ces personnes ne doivent pas nécessairement être des dispensateurs de soins.

La prestation est attestée au moyen d'une attestation globale de soins donnés. L'argent est perçu de manière centralisée et ensuite versé aux dispensateurs de soins individuels, après retenue des coûts et calcul des clés de répartition (accords concertés sur la façon de répartir financièrement des prestations susceptibles d'être réalisées par plusieurs infirmiers, mais obligatoirement attestées et payées au nom d'un seul infirmier [exemple : deuxième ou troisième visite en cas de forfaits]).

L'attestation via le régime du tiers payant doit obligatoirement être réalisée par voie électronique (MyCareNet) et est assortie d'obligations comme la remise d'un document justificatif au patient et la lecture de la carte d'identité électronique (eID)[25].

Même si un tiers dispose exclusivement des accès numériques ou atteste, vous demeurez responsable de ce qui est attesté en votre nom. Si vous avez perçu des paiements indus de l'assurance soins de santé, ils peuvent vous être réclamés.

[25] Art. 6, § 1er*bis*, du règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

4. En maison médicale

Qu'est-ce qu'une maison médicale[26] ?

Une maison médicale est un cabinet (généralement pluridisciplinaire) offrant des soins de première ligne par des médecins et/ou des infirmiers et/ou des kinésithérapeutes.

Lorsqu'un patient est inscrit dans une maison médicale, celle-ci prend en charge l'ensemble de ses soins médicaux. Les soins dispensés dans une maison médicale sont remboursés d'une manière spécifique et fixe, à savoir sur la base d'un financement forfaitaire mensuel.

Comment fonctionne une maison médicale[27] ?

La maison médicale conclut un accord avec les mutualités et reçoit un montant forfaitaire mensuel par patient inscrit.

Le patient s'inscrit dans la maison médicale de son choix. Lorsque le patient consulte un autre dispensateur de soins de la même qualification (médecin, infirmier ou kinésithérapeute) ne faisant pas partie de la maison médicale, il n'a pas droit au remboursement des prestations, sauf dans les cas suivants :

- consultation ou visite à domicile d'un autre médecin généraliste dans le cadre d'un service de garde organisé ;
- séjour temporaire du patient dans une zone où la maison médicale ne délivre pas de soins.

Dans ces 2 cas, la maison médicale (et non la mutualité) remboursera le dispensateur de soins à hauteur des tarifs en vigueur.

Via MyCareNet, vous pouvez vérifier si un patient est inscrit dans une maison médicale (*member data*). Le numéro INAMI de la maison médicale permet de voir si les prestations de soins infirmiers relèvent du forfait de la maison médicale : si le dernier chiffre est un « 1 », les soins infirmiers sont inclus dans le forfait.

Comment facturer à une maison médicale en tant qu'infirmier à domicile externe ?

La maison médicale peut sous-traiter des soins infirmiers (à domicile) à des infirmiers externes, moyennant un accord de coopération écrit avec des dispositions pratiques. En tant qu'infirmier à domicile externe, vous facturez les prestations effectuées à la maison médicale, et ces prestations peuvent être rémunérées « à l'acte »[28].

---

[26] Arrêté royal du 23 avril 2013 portant exécution de l'article 52, § 1er, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, relatif aux maisons médicales.

[27] Arrêté royal du 23 avril 2013 portant exécution de l'article 52, § 1er, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, relatif aux maisons médicales.

[28] Art. 21 , 4e, de l'arrêté royal du 23 avril 2013 portant exécution de l'article 52, § 1er, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, relatif aux maisons médicales.

5. Conventionné ou non

Qu'est-ce que la « convention » ?

La convention nationale pour les infirmiers[29] régit les rapports financiers et administratifs entre les patients et les mutualités, d'une part, et les infirmiers, d'autre part[30]. Cette convention fixe notamment les éléments suivants :

- les prix et les honoraires (art. 3). Certaines catégories de patients peuvent bénéficier d'une intervention majorée ;
- l'indemnisation des frais de déplacement (art. 4) ;
- la perception du ticket modérateur (art. 8) ;
- les conséquences possibles en cas de non-respect de la convention nationale (art. 9).

La convention nationale est conclue pour une période d'un an et est reconduite tacitement d'année en année[31] après approbation du Comité de l'assurance du Service des soins de santé[32], du Conseil général de l'INAMI et du ministre des Affaires sociales. La convention nationale est publiée au Moniteur belge, et tous les dispensateurs de soins en sont informés via l'eHealthBox.

Comment adhérer à la convention nationale ?

Lorsque vous demandez un numéro INAMI, vous devez d'emblée indiquer si vous adhérez ou non à la convention nationale. Vous pouvez encore changer de statut d'adhésion dans les 30 jours en envoyant par e-mail un nouveau formulaire de demande au Service des soins de santé. Passé ce délai, vous pouvez encore adhérer à la convention nationale transmettant le formulaire prévu à cet effet au Service des soins de santé.

Comment arrêter votre adhésion à la convention nationale ?

Si vous souhaitez interrompre votre adhésion à la convention nationale, vous devez adresser une lettre recommandée au Service des soins de santé. Toute renonciation reçue avant le 1er octobre prend cours à partir du 1er janvier de l'année suivante.

---

[29] Convention nationale W/97 entre les infirmières graduées ou assimilées, les accoucheuses, les infirmières brevetées, les hospitalières/assistantes en soins hospitaliers ou assimilées et les organismes assureurs.

[30] Art. 42 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994.

[31] Art. 49, § 4, al. 1er et 2, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 ; art. 12 de la convention nationale W/97 entre les infirmières graduées ou assimilées, les accoucheuses, les infirmières brevetées, les hospitalières/assistantes en soins hospitaliers ou assimilées et les organismes assureurs.

[32] Art. 22 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994.

Quelles sont les conséquences de l'adhésion à la convention nationale ?

Vous vous engagez à respecter les accords stipulés dans la convention nationale.

Vous respectez par conséquent les tarifs fixés. Si vous n'êtes pas conventionné, vous êtes libre de fixer vos tarifs, mais vos patients qui ne bénéficient pas d'un régime préférentiel recevront une intervention de l'assurance soins de santé diminuée de 25 % en moyenne.

Si vous remplissez les conditions, vous avez droit au statut social et/ou à une prime télématique.

Qu'est-ce que la Commission de conventions infirmiers-organismes assureurs ?

La Commission de conventions infirmiers-organismes assureurs statue sur les engagements cruciaux qui lient les infirmiers et les mutualités (organismes assureurs), qui sont repris dans la convention nationale. La commission formule également des propositions en lien avec la réglementation, l'élaboration/les modifications de la nomenclature, etc.[33]

Elle se réunit en réunion plénière tous les mois. Elle met aussi en place des groupes de travail thématiques. Le Service des soins de santé se charge de l'organisation pratique, dirige les réunions et rédige les procès-verbaux.

Le SECM est présent pour rendre des avis, principalement sur la contrôlabilité des propositions[34]. Ni le Service des soins de santé, ni le SECM n'ont de voix délibérative.

La commission est composée comme suit[35] :

- 8 mandats (8 effectifs et 8 suppléants) pour les représentants des mutualités ;
- 8 mandats (8 effectifs et 8 suppléants) pour les représentants des infirmiers à domicile, dont :
  - 4 représentants des services de soins à domicile (désignés paritairement),
  - 4 représentants des organisations professionnelles représentatives/cartels (désignés tous les 4 ans à la suite d'un recensement des membres).

[33] Art. 27, al. 3, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994.

[34] Art. 28, § 1er, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994.

[35] Art. 17 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

III. Soins attestables à l'assurance soins de santé

Quels actes infirmiers pouvez-vous effectuer ?

Les actes infirmiers que vous pouvez effectuer sont fixés par les annexes de l'arrêté royal du 18 juin 1990[36].

Vous trouvez sur le site web du SPF Santé publique un tableau comparatif des actes qui peuvent être effectués par l'aide-soignant, l'assistant en soins infirmiers, l'infirmier responsable de soins généraux, l'infirmier spécialisé et l'infirmier de pratique avancée.

Quels actes infirmiers pouvez-vous attester à l'assurance soins de santé ?

Seuls les soins infirmiers repris à l'article 8 de la nomenclature donnent droit à un remboursement de l'assurance soins de santé s'ils remplissent les conditions.

Par conséquent, il y a des actes infirmiers pour lesquels aucune intervention de l'assurance soins de santé n'est prévue. Ceux-ci peuvent être facturés directement au patient sans intervention de l'assurance soins de santé.

Pouvez-vous attester à l'assurance soins de santé des prestations effectuées par un aide-soignant ou un assistant en soins infirmiers ?

Si les conditions de l'article 8, § 12 (pour les aides-soignants) et § 13 (pour les assistants en soins infirmiers), de la nomenclature sont remplies, vous pouvez attester des prestations effectuées par un aide-soignant ou un assistant en soins infirmiers.

Les activités infirmières concernées sont fixées dans :

- les annexes de l'arrêté royal du 12 janvier 2006 fixant les activités infirmières qui peuvent être effectuées par des aides-soignants et les conditions dans lesquelles ces aides-soignants peuvent poser ces actes ;
- l'arrêté royal du 20 septembre 2023 fixant la liste des prestations techniques de l'art infirmier relative à l'assistant en soins infirmiers, ainsi que leurs conditions d'exercice.

[36] Arrêté royal du 18 juin 1990 portant fixation de la liste des [prestations techniques de l'art infirmier] et de la liste des actes pouvant être confiés par un médecin [ou un dentiste] à des praticiens de l'art infirmier, ainsi que des modalités d'exécution relatives à ces prestations et à ces actes et des conditions de qualification auxquelles les praticiens de l'art infirmier doivent répondre.

IV. Obligations en lien avec l'attestation

1. Vérification de l'identité du patient

Dans quel cas devez-vous vérifier l'identité de votre patient ?

Vous devez vérifier l'identité de votre patient lors de chaque contact patient si vous appliquez le régime du tiers payant[37].

Comment vérifier l'identité du patient[38] ?

Dans 90 % des cas au moins :

- en lisant la puce :
  - d'une carte d'identité électronique belge valide (eID),
  - d'une carte d'étranger électronique valide,
  - d'un document de séjour électronique valide,
- en lisant une carte ISI+ valide ;
- via l'application itsme®.

Vous devez toujours utiliser la méthode située le plus haut dans cette liste.

Dans 10 % des cas maximum :

- en lisant le code-barres ou le code QR sur :
  - une carte d'identité électronique belge valide (eID), une carte d'étranger électronique valide ou un document de séjour électronique valide,
  - une attestation d'assuré social valide délivrée par une mutualité,
  - une vignette de la mutualité ;
- en introduisant manuellement le numéro d'identification à la sécurité sociale (NISS). C'est la seule possibilité si le patient ne dispose que d'une attestation valide de perte ou de vol d'un document d'identité.

Quelles données enregistrer ?

- La nature du document d'identité ;
- le type de lecture ;
- la raison de l'utilisation d'une vignette (le cas échéant) ;
- la raison de l'encodage manuel (le cas échéant) ;
- la date et l'heure de la lecture.

[37] Art. 53 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994.

[38] Art. 32/2 du règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 ; art. 53 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994.

2. Document justificatif des prestations attestées

Quand devez-vous remettre un document justificatif à votre patient[39] ?

- Lorsque vous attestez des prestations non remboursables (c'est-à-dire des prestations pour lesquelles l'assurance soins de santé n'intervient pas) en plus des prestations remboursables ;
- lorsque vous facturez exclusivement des prestations non remboursables au patient ;
- lorsque vous facturez via MyCareNet.

Quels éléments devez-vous mentionner sur le document justificatif[40] ?

- Votre statut de conventionnement ;
- pour chaque prestation remboursable :
  - un libellé concis et compréhensible pour le patient, mentionné avec le code de nomenclature,
  - le montant :
    - l'intervention facturée directement à la mutualité,
    - et, le cas échéant, la quote-part personnelle ;
- pour chaque prestation non remboursable :
  - un libellé concis et compréhensible pour le patient,
  - le montant ;
- le coût total pour le patient.

Si vous attestez les prestations en tant que groupement infirmier, vous pouvez délivrer le document justificatif au nom de ce groupement. Dans ce cas, vous devez, en plus des données indiquées ci-dessus, mentionner les données suivantes :

- le numéro tiers payant de groupe (si le groupement atteste les prestations avec un numéro tiers payant unique) ;
- le nom du groupement ;
- l'adresse de contact ;
- le nom de la personne de contact ;
- les noms des infirmiers et des aides-soignants ayant contribué aux prestations mentionnées.

Vous pouvez regrouper les prestations identiques sur le document justificatif. Il vous appartient, à vous ou au groupement infirmier, de déterminer la manière concrète de procéder.

---

[39] Art. 53, § 1/2, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994.

[40] Art. 31 et 31/1 du règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 ; art. 53 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994.

À qui remettre le document justificatif ?

- À votre patient ;
- au représentant légal du patient ;
- à l'administrateur du patient.

Vous devez pouvoir présenter une preuve de consentement (au représentant légal et à l'administrateur du patient) en cas de contrôle[41].

Comment remettre le document justificatif ?

- Sur papier ;
- par voie électronique via une plateforme sécurisée ;
- via l'eBox.

Vous pouvez remettre le document justificatif par voie électronique via une plateforme sécurisée ou via l'eBox :

- moyennant l'accord formel du patient ;
- dans un format lisible et courant (PDF, Word, etc.) ;
- en tenant compte des autres réglementations applicables.

3. Notification (médecin-conseil)

Pour quelles prestations devez-vous envoyer une notification au médecin-conseil ?

Certaines prestations de soins infirmiers ne peuvent être attestées à l'assurance soins de santé que si vous avez envoyé une demande ou une notification au médecin-conseil de la mutualité du patient[42] :

- toilettes et honoraires forfaitaires pour patients lourdement dépendants ;
- soins palliatifs ;
- autres honoraires forfaitaires :
  - pour mise en place et/ou surveillance des perfusions,
  - pour administration et/ou surveillance de l'alimentation parentérale ;
- prestations complémentaires « soins de plaie(s) complexes ».

[41] Loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient.

[42] Nomenclature des prestations de santé.

Quelles sont les conditions à remplir pour envoyer une notification au médecin-conseil ?

La réglementation détaillée relative aux prestations suivantes figure à l'article 8, § 7, de la nomenclature des prestations de santé :

- toilettes et honoraires forfaitaires pour patients lourdement dépendants (demande) :
  - envoyer l'échelle de Katz par voie électronique au plus tard 10 jours après le début du traitement :
    - valide maximum 3 mois ;
  - envoyer une nouvelle échelle de Katz par voie électronique en cas de prolongation ou de modification du degré de dépendance et du traitement ;
  - avertir le médecin-conseil en cas d'arrêt du traitement ou d'interruption du traitement pendant 10 jours ou plus ;
  - en cas d'opposition du médecin-conseil ou du Collège national des médecins-conseils :
    - vous recevez une notification,
    - l'opposition est d'application à partir du début de l'échelle de Katz en cours ;
  - si le médecin-conseil décide de modifier les scores de l'échelle de Katz :
    - elle reste valable 6 mois,
    - sauf en cas de nouvelle indication médicale étayée par un certificat du médecin traitant.
- soins palliatifs ;
- autres honoraires forfaitaires :
  - envoyer la notification par voie électronique au plus tard 10 jours après le début du traitement ;
  - éléments à mentionner :
    - date de début et de fin. Cette période ne peut pas excéder un an,
    - identification du notifiant, du patient et du prescripteur,
    - type de prestation ;
  - le plan de soins est tenu à disposition du médecin-conseil dans le dossier infirmier.

Les conditions relatives aux prestations complémentaires « soins de plaie(s) complexes » sont décrites à l'article 8, § 8, 12°, de la nomenclature des prestations de santé :

- notification à envoyer par voie électronique au plus tard 10 jours après le début du traitement ;
- mention de la date de début ;
- mention de la durée escomptée : cette période ne peut pas excéder 3 mois ;
- mention de la justification du traitement :
  - localisation de la plaie,
  - type de plaie,
  - fréquence du traitement par journée de soins.

V. Nomenclature

1. Généralités

Qu'est-ce que la nomenclature ?

La nomenclature des prestations de santé[43] (ou NPS) est une liste reprenant par code les prestations que l'assurance soins de santé rembourse partiellement ou totalement.

Pour chaque prestation, la nomenclature fournit les informations suivantes :
- la compétence requise ;
- un code de 6 chiffres qui identifie la prestation ;
- un libellé de la prestation ;
- une valeur relative qui détermine le montant du remboursement. Elle se compose :
  - de la lettre clé W pour les soins infirmiers,
  - d'un coefficient (facteur de multiplication) ;
- des règles d'application précisant les modalités de remboursement des prestations.

Où pouvez-vous consulter la nomenclature ?

Vous pouvez consulter la nomenclature sur le site web de l'INAMI via l'onglet *Nomenclature*. Cette page vous permet d'accéder :
- au texte de la nomenclature ;
- au moteur de recherche Nomensoft ;
- aux tarifs des honoraires, prix et remboursements.

Sous le titre *Texte de la nomenclature*, se trouve le texte complet avec l'historique et des liens vers les règles interprétatives.

NomenSoft est une base de données associée à un moteur de recherche de tous les codes de la nomenclature pouvant être utilisés dans l'attestation à l'INAMI. Ce moteur de recherche vous permet d'effectuer une recherche :
- sur le code de nomenclature ;
- sur un ou plusieurs terme(s) et/ou expression(s) du libellé ;
- sur l'article via la navigation dans l'arborescence ;
- via une combinaison de ces méthodes de recherche.

Pour chaque code de la nomenclature, vous trouvez sur Nomensoft, entre autres :
- le libellé de la prestation ;
- les honoraires et remboursements (avec l'historique) ;
- la date d'entrée en vigueur ;
- les valeurs clés.

[43] Annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

Sur le site web de l'INAMI, vous trouvez également des tableaux reprenant les tarifs en vigueur.

Qu'est-ce que les règles d'application ?

Les règles d'application décrivent les conditions de remboursement d'une ou de plusieurs prestations. Elles se trouvent dans la nomenclature.

Qu'est-ce que les règles interprétatives ?

Les règles interprétatives fournissent des précisions supplémentaires sur la nomenclature.

Le Comité de l'assurance établit les règles interprétatives sur la base des propositions du conseil technique compétent. Les règles interprétatives clarifient la nomenclature et sont publiées au Moniteur belge. Vous pouvez les consulter sur le site web de l'INAMI.

Lors de l'étude d'un code de la nomenclature, vous devez toujours être attentif au libellé, aux règles d'application et aux règles interprétatives.

2. Nomenclature pour les infirmiers : article 8

Qu'est-ce que la nomenclature pour les infirmiers ?

La nomenclature pour les infirmiers se trouve à l'article 8 de la nomenclature des prestations de santé.

L'assurance soins de santé rembourse uniquement les prestations de soins infirmiers qui :
- sont énumérées à l'article 8 des prestations de santé ;
- et qui ont été effectuées d'après les conditions de cette nomenclature.

Qui établit la nomenclature pour les infirmiers[44] ?

Les modifications de la nomenclature pour les infirmiers sont d'abord discutées au sein de la Commission de conventions infirmiers-organismes assureurs. La Commission formule des propositions ou rend des avis concernant :
- les modifications du libellé des prestations ;
- l'ajout ou la suppression de prestations ;
- d'autres modifications de la nomenclature.

Sur la base de ces propositions ou avis, le Comité de l'assurance du Service des soins de santé décide des modifications et adaptations de la nomenclature, moyennant l'accord et après avis de la Commission de contrôle budgétaire.

Le ministre des Affaires sociales, qui peut aussi formuler ou refuser des propositions, formalise ces modifications au moyen d'un arrêté royal qui entre en vigueur après sa publication au Moniteur belge.

[44] Art. 35, § 2, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

Quelles informations trouvez-vous dans l'article 8 de la nomenclature ?

L'article 8 comprend :
- une énumération des prestations de soins infirmiers (§ 1er) ;
- les règles d'application (§ 2-12).

Comment sont classées les prestations de soins infirmiers ?

Les prestations de soins infirmiers sont classées en fonction :
- du lieu et du moment où elles sont effectuées ;
- de la nature de la prestation.

Le classement selon le lieu et le moment où ces prestations sont effectuées comprend 6 catégories :
- 1° prestations effectuées au cours d'une séance de soins infirmiers au domicile ou à la résidence du bénéficiaire* ;
- 2° prestations effectuées au cours d'une séance de soins infirmiers durant le week-end ou un jour férié au domicile ou à la résidence du bénéficiaire* ;
- 3° prestations effectuées au cours d'une séance de soins infirmiers soit au cabinet du praticien de l'art infirmier, soit dans une maison de convalescence ;
- 3°*bis* prestations effectuées au cours d'une séance de soins infirmiers au domicile ou à la résidence communautaires, momentanés ou définitifs, de personnes handicapées ;
- 3°*ter* Prestations effectuées au cours d'une séance de soins infirmiers au domicile ou à la résidence communautaires, momentanés ou définitifs, de personnes handicapées, durant le week-end ou un jour férié ;
- 4° prestations effectuées au cours d'une séance de soins infirmiers dans un centre de jour pour personnes âgées.

* Sont considérés comme le domicile ou la résidence du bénéficiaire son propre domicile, mais aussi le domicile de membres de la famille ou d'amis, ou un lieu public.

Le classement selon la nature de la prestation comprend 8 rubriques :
- séance de soins infirmiers, subdivisée en :
  - prestation de base,
  - prestations techniques de soins infirmiers ;
- honoraires forfaitaires par journée de soins pour des patients lourdement dépendants ;
- prestations techniques spécifiques de soins infirmiers ;
- honoraires forfaitaires par journée de soins pour les patients palliatifs ;
- honoraires supplémentaires par journée de soins pour les patients palliatifs ;
- honoraires forfaitaires pour les prestations dispensées aux patients diabétiques ;
- consultation infirmière ;
- valorisation des prestations multiples.

Tableau 2 - Attestation des prestations en fonction du lieu et du moment où elles sont effectuées						
	1° Domicile en semaine	**2° Domicile le WE et jours fériés**	**3° Cabinet de l'infirmier / Maison de convalescence**	**3°*bis* Résidence de personnes handicapées en semaine**	**3°*ter* Résidence de personnes handicapées le WE et jours fériés**	**4° Centres de jour pour personnes âgées**
I. a. Base I. b. Techniques	oui	oui	oui	oui	oui	oui
II. Forfaits	oui	oui	oui	oui	oui	non
III. Techniques spécifiques	oui	oui	oui	oui	oui	non
IV. Patients palliatifs	oui	oui	non	non	non	non
V. Hon. suppl. patients palliatifs	oui	oui	non	non	non	non
VI. Patients diabétiques	oui	oui	non	non	non	non
VII. Consultation infirmière	oui	non	non	non	non	non
VIII. 3e, 4e et 5e visite	oui	oui : VII	oui : IV	oui : IV	Oui : IV	non

Qu'est-ce que les règles d'application pour les infirmiers ?

Les règles d'application décrivent les conditions de remboursement d'une ou de plusieurs prestations. Elles se trouvent aux § 2 à 12 de l'article 8 de la nomenclature.

Certaines règles d'application sont valables pour :
- toutes les prestations ;
- ou les prestations d'une rubrique ou d'une catégorie précise.

Tableau 3 - Règles d'application valables pour toutes les prestations	
Sujet	**Article 8**
La prescription	§ 2
Quand aucun honoraire n'est-il dû ?	§ 3
Le seuil de justification	§ 3*bis*
Le dossier infirmier	§ 4
La procédure de demande et de notification	§ 7
Prestations exécutées par une personne non habilitée	§ 11
Prestations déléguées à un aide-soignant	§ 12

Tableau 4 - Règles d'application par rubrique ou catégorie		
Sujet	**Rubrique/catégorie**	**Article 8**
Prestation de base	I	§ 4
Toilettes	I	§ 6
Soins de plaies	I	§ 8
Préparation et administration de médication pour patients psychiatriques chroniques	I	§ 8*bis*
Préparation hebdomadaire de médicaments	I	§ 8*ter*
Forfaits pour patients lourdement dépendants	II	§ 5
Prestations techniques spécifiques	III	§ 9
Forfaits pour patients palliatifs	IV	§ 5 § 5*bis*
Honoraires supplémentaires pour patients palliatifs	V	§ 5*bis*
Forfaits pour patients diabétiques	VI	§ 5*ter*
Consultation infirmière	VII	§ 4*bis*
Valorisation de prestations multiples	VIII	§ 5*quater*
Prestations durant le week-end ou un jour férié au domicile ou à la résidence du bénéficiaire	2°	§ 10
Prestations effectuées au cabinet de l'infirmier/dans une maison de convalescence	3°	§ 10*bis*

Qu'est-ce que les règles interprétatives pour les infirmiers ?

Les règles interprétatives fournissent des précisions supplémentaires sur la nomenclature.

Il existe 2 règles interprétatives pour l'article 8 de la nomenclature, concernant :

- l'impossibilité d'attester certaines prestations via l'article 8 de la nomenclature des prestations de santé ;
- la possibilité d'attester une prestation comme ayant été dispensée par un aide-soignant.

VI. Directives

Qu'est-ce que les directives pour les infirmiers ?

Les directives pour les infirmiers fournissent des informations supplémentaires sur les règles d'application de l'article 8 de la nomenclature et sont, elles aussi, contraignantes.

Qui rédige les directives pour les infirmiers ?

Les directives sont rédigées et établies par le Comité de l'assurance, sur proposition de la Commission de conventions infirmiers-organismes assureurs.

Où trouver les directives pour les infirmiers ?

Toutes les directives pour les infirmiers se trouvent sur le site web de l'INAMI.

Les règles d'application pour l'attestation des différentes prestations figurent à l'article 8 de la nomenclature. Lorsqu'il existe également des directives, l'article 8 y fait toujours référence.

Tableau 5 - Références aux directives pour les infirmiers dans l'article 8

Article 8	Sujet/prestation	Directive/formulaire
Rubrique III	Prestations techniques spécifiques	Remplacement d'une sonde vésicale sus-pubienne et d'une sonde de gastrostomie
Rubrique III	Prestations techniques spécifiques	Retrait d'un cathéter à demeure
Rubrique III	Prestations techniques spécifiques	Mise en place d'un cathéter à demeure
§ 4, 2°	Dossier infirmier	Planification et évaluation
§ 4*bis*	Consultation infirmière	Consultation infirmière
§ 5	Forfaits pour patients lourdement dépendants	Directives pour l'utilisation de l'échelle d'évaluation
§ 5*ter*	Forfaits pour patients diabétiques	Forfaits pour patients diabétiques
§ 8	Soins de plaies	Directives en matière de soins de plaies
§ 12	Équipe structurée travaillant avec des aides-soignants	Déclaration sur l'honneur
§ 12	Équipe structurée travaillant avec des aides-soignants	Accords internes

VII. À savoir absolument

1. Responsabilité

Quelles sont vos responsabilités par rapport à ce qui est attesté avec votre numéro INAMI ?

Vous êtes responsable des prestations que vous attestez et/ou qui sont attestées avec votre numéro INAMI.

Des mesures (remboursement, éventuellement accompagné d'amendes) existent si vous enfreignez la loi relative à l'assurance soins de santé, tant en dispensant des soins qu'en en prescrivant (ou en incitant à commettre une infraction à cette loi).

Votre responsabilité peut être établie selon différentes réglementations :

- **administrative** : selon la loi relative à l'assurance soins de santé[45] et d'autres réglementations (remboursement et/ou amende) ;
- **pénale** : selon le droit pénal et le code pénal social[46] (amende, emprisonnement, casier judiciaire) ; par exemple, en cas :
  - d'infractions au secret professionnel[47],
  - de fraude sociale[48],
  - de faux,
  - de faux en écriture[49],
  - d'usage de faux,
  - de déclarations inexactes et d'escroquerie en droit pénal social[50].

  La qualification juridique de l'infraction déterminera le tribunal compétent : le tribunal correctionnel ou le tribunal du travail ;
- **civile** : selon le droit civil (indemnisation du dommage).

Sont légalement assimilées aux dispensateurs de soins (et peuvent donc être considérées comme responsables), pour l'application de certains articles, les 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 santé[51].

[45] Art. 73*bis* et 142 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

[46] Loi du 6 juin 2010 introduisant le Code pénal social.

[47] Art. 458 du Code pénal.

[48] Art. 1er, § 1er, du Code pénal social.

[49] Art. 193 du Code pénal.

[50] Art. 230 du Code pénal social.

[51] Art. 2, n), de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

Votre numéro INAMI peut être usurpé par des tiers pour attester frauduleusement des prestations. Notre dépliant *Mon numéro INAMI d'infirmier, j'en prends soin !* explique comment protéger votre numéro INAMI de la fraude.

2. Tarifs et remboursements des soins infirmiers

Qui fixe les prix et honoraires des soins infirmiers ?

Les prix et honoraires des soins infirmiers sont fixés par la convention nationale[52].

Comment calculer le remboursement des soins infirmiers par l'assurance soins de santé ?

Une valeur W est attribuée à chaque prestation de soins infirmiers reprise à l'article 8 de la nomenclature des prestations de santé. Elle est déterminée entre autres en fonction de la charge de travail : plus celle-ci est élevée, plus la valeur W est élevée. Le moment (le week-end ou en semaine) et le lieu de la prestation (domicile ou résidence, cabinet ou maison de convalescence, domicile ou résidence communautaires, centre de jour pour personnes âgées) jouent également un rôle. Cette valeur W est un facteur de multiplication (coefficient) qui sert à calculer le remboursement de l'assurance soins de santé pour une prestation de soins infirmiers.

Vous trouverez, dans l'article 8 de la nomenclature, le code de nomenclature, le libellé et la valeur W attribuée à cette prestation.

Le montant attribué à la valeur W peut être adapté à l'évolution des prix de la consommation (indice-santé) par la Commission de convention infirmiers-organismes assureurs, généralement à partir du 1er janvier de chaque année. Pour connaître le montant de la valeur W de l'année en cours, vous pouvez consulter les tarifs sur le site web de l'INAMI.

Exemple : une administration de médicaments par voie intramusculaire, sous-cutanée ou hypodermique porte le code de nomenclature 423076 et la valeur W 0,484 (coefficient). En 2026, le montant de la valeur de W pour cette prestation est de 5,880421 euros. Par conséquent, l'assurance soins de santé rembourse la prestation susmentionnée 0,484 x 5,880421 euros = 2,85 euros.

Combien facturer au patient si vous avez adhéré à la convention nationale ?

Vous devez respecter les montants maximums tels qu'ils sont fixés dans la convention nationale. Vous ne pouvez pas réclamer de supplément pour des soins repris dans la nomenclature ou des coûts repris dans la convention nationale. Vous pouvez facturer le ticket modérateur (non obligatoire).

Attention à ne pas confondre les suppléments avec le ticket modérateur (qui est la différence entre le tarif officiel de l'honoraire et ce que la mutualité rembourse au patient).

[52] Art. 42 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

Combien facturer au patient si vous n'avez pas adhéré à la convention nationale ?

Vous fixez librement vos honoraires, sauf pour les bénéficiaires de l'intervention majorée (BIM), les patients palliatifs et les patients diabétiques pour lesquels vous devez respecter les montants maximums[53].

Vous devez informer vos patients que vous n'avez pas adhéré à la convention nationale[54]. Par ailleurs, si vous n'êtes pas conventionné, le montant du remboursement est moins élevé pour votre patient : l'intervention de l'assurance soins de santé est réduite de 25 %, ce qui entraîne une augmentation du ticket modérateur (part à charge du patient), sauf pour les bénéficiaires de l'intervention majorée et les patients palliatifs[55]. Le patient peut se faire rembourser une partie de la somme payée par l'assurance soins de santé, mais celle-ci est fixée sur les honoraires de la convention nationale.

3. Dossier infirmier

Devez-vous constituer un dossier infirmer ?

Vous devez constituer un dossier infirmier par patient[56] et le tenir complètement à jour pour avoir droit au remboursement des prestations que vous avez effectuées.

Aucun honoraire n'est dû[57] si :
- le dossier infirmier n'existe pas ;
- le contenu minimal n'est pas repris.

Vous pouvez constituer et tenir à jour ce dossier infirmier au format papier ou électronique.

[53] Arrêté royal du 23 mars 1982 portant fixation de l'intervention personnelle des bénéficiaires ou de l'intervention de l'assurance soins de santé dans les honoraires pour certaines prestations ; arrêté royal du 15 janvier 2014 relatif à l'intervention majorée de l'assurance visée à l'article 37, § 19, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

[54] Art. 73 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

[55] Art. 49, § 5, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

[56] Art. 8, § 4, 1°, de la nomenclature des prestations de santé.

[57] Art. 8, § 3, 5°, de la nomenclature des prestations de santé.

Quel est le contenu minimal du dossier infirmier ?

Tableau 6 - Schéma du contenu minimal du dossier infirmier[58]

Contenu minimal	Prestations de type 1 Nomenclature par acte (sauf les prestations qui se trouvent sous un autre type) + T2 et T7	Prestations de type 2 Prestations forfaitaires et soins de plaies	Prestations de type 3 Prestations palliatives, PTSSI, consultation infirmière, prestations diabètes
Niveau 1 Données générales	o ID bénéficiaire o ID dispensateur de soins o Prestations effectuées o Échelle d'évaluation si exigée o Prescription si exigée o ID prescripteur si exigé o Indication de l'incontinence si exigée o ID infirmier ayant délégué soins si effectués par aide-soignant	o ID bénéficiaire o ID dispensateur de soins o Prestations effectuées o Échelle d'évaluation si exigée o Prescription si exigée o ID prescripteur si exigé o Dossier soins de plaies spécifiques si exigé o Indication de l'incontinence si exigée o ID infirmier ayant délégué soins si effectués par aide-soignant	o ID bénéficiaire o ID dispensateur de soins o Prestations effectuées o Échelle d'évaluation si exigée o Prescription si exigée o ID prescripteur si exigée o ID infirmier ayant délégué soins si effectués par aide-soignant
Niveau 2 Planification et évaluation	o Planification o Évaluation Les éléments relevants concernant la planification et l'évaluation doivent être mentionnés au moins **tous les 2 mois**.	o Planification o Évaluation Les éléments relevants concernant la planification et l'évaluation doivent être mentionnés au moins **toutes les 2 semaines**.	o Planification o Évaluation Les éléments relevants concernant la planification et l'évaluation doivent être mentionnés au moins **chaque semaine**. (Cette fréquence n'est pas valable pour les consultations et les prestations diabètes, vu qu'elles ne sont prestées qu'une seule fois ou qu'elles comprennent un rapport ou un plan de soins infirmiers.)
Niveau 3 Contenu spécifique supplémentaire en fonction de la prestation (palliative, diabète, soins de plaies)		Voir directives spécifiques dans la nomenclature.	Voir directives spécifiques dans la nomenclature.

[58] Art. 8, § 4, 2°, de la nomenclature des prestations de santé.

4. Toilettes

Qu'est-ce qu'une toilette ?

La toilette comprend l'ensemble des soins infirmiers se rapportant à la globalité des soins d'hygiène, y compris préventifs. Elle est complétée, le cas échéant, par la mobilisation du patient[59].

Ne peut être considéré comme une toilette :
- le lavage du dos et/ou des pieds uniquement[60];
- le lavage des jambes lors de l'enfilage et du retrait des bas de contention ou de la thérapie de compression ;
- le lavage de la zone autour d'une plaie.

Lorsque le patient se lave seul, mais que l'infirmière le surveille et/ou le stimule en permanence, une toilette peut être facturée.

Les directives pour l'utilisation de l'échelle d'évaluation précisent à la rubrique « se laver » que « *la situation où seuls le dos et les pieds sont lavés répond au score '3'.* » Ce point est important pour déterminer quelle prestation (toilette ou forfait) peut être facturée. Toutefois, comme indiqué ci-dessus, le seul lavage du dos et des pieds n'est pas suffisant pour facturer une toilette. En effet, il ne s'agit pas de la globalité des soins d'hygiène[61].

Quelles sont les conditions pour attester une toilette à un patient[62] ?

Pour réaliser des soins d'hygiène à un patient et les attester à l'assurance soins de santé, vous n'avez pas besoin de prescription médicale, mais vous devez remplir et signer une échelle d'évaluation de la dépendance du patient, dite échelle de Katz.

La prescription médicale d'une toilette ne garantit pas son remboursement par l'assurance soins de santé.

Pour introduire votre notification ou votre demande pour des soins d'hygiène (toilette) à l'acte ou dans le cadre de forfaits, vous devez remplir cette échelle de Katz et la faire parvenir au médecin-conseil de la mutualité de votre patient via MyCareNet.

Si le patient est désorienté dans le temps et l'espace, vous devez faire remplir un certificat médical.

---

[59] Art. 8, § 6, 8°, de la nomenclature des prestations de santé ; décision du 12 janvier 2012 de la chambre de recours, instaurée auprès du SECM (FB-009-06).

[60] Décision du 29 juin 2017 de la chambre de première instance, instaurée auprès du SECM (FA-010-16) ; décision du 20 octobre 2023 de la chambre de recours, instaurée auprès du SECM (FB-014-22) ; décision du 4 juillet 2023 de la chambre de recours, instaurée auprès du SECM (NB-014-21).

[61] Décision du 29 juin 2017 de la chambre de recours, instaurée auprès du SECM (FB-001-15).

[62] Art. 8, § 6, de la nomenclature des prestations de santé.

Qu'est-ce que l'échelle de Katz[63] ?

L'échelle de Katz est une échelle d'évaluation de la dépendance du patient, qui déterminera les codes de nomenclature à utiliser pour l'attestation des soins effectués. Vous devez compléter l'échelle d'évaluation objectivement, en tenant compte des limitations quelle que soit leur origine et indépendamment des soins dispensés.

L'échelle de Katz comprend 6 critères :
- se laver ;
- s'habiller ;
- transfert et déplacement ;
- aller aux toilettes ;
- continence ;
- manger.

Chaque critère a un score allant de 1 à 4 :
- 1 = le patient est autonome / ne rencontre aucun problème avec cette fonction ;
- 4 = le patient a totalement besoin d'aide pour remplir cette fonction.

Pour remplir l'échelle de Katz, vous pouvez vous aider des directives pour l'utilisation de l'échelle d'évaluation.

Une fois l'échelle de Katz remplie, vous obtenez un score final, qui détermine quels soins vous pouvez attester à l'assurance soins de santé :
- pas de soins d'hygiène ;
- soins d'hygiène 2x/semaine ;
- soins d'hygiène 7x/semaine ;
- forfait A ;
- forfait B ;
- forfait C.

[63] Art. 8, § 5, de la nomenclature des prestations de santé.

Tableau 7 - Scores minimum pour l'attestation des toilettes et forfaits à l'assurance soins de santé						
	Se laver	**S'habiller**	**Transfert et déplacement**	**Aller aux toilettes**	**Continence**	**Manger**
Pas de toilette	S'il n'est pas satisfait aux conditions (scores minimum) ci-dessous					
Toilettes 2x/semaine	2					
Toilettes 7x/semaine	4	4				
	2	2			3	
	2	2			2 en raison d'une incontinence urinaire mixte jour/nuit**	
	2	2	+ certificat désorienté dans le temps et l'espace			
Forfait A ou PA*	3	3	au moins 3 pour un critère			
Forfait B ou PB*	3	3	3	3	au moins 3 pour un critère	
Forfait C ou PC*	4	4	4	4	au moins 3 pour un critère au moins 4 pour l'autre	
* forfait PA, PB ou PC si le patient a reçu le statut de « patient palliatif ». ** un score minimum de 2 pour le critère « continence » en raison de l'association d'une incontinence urinaire nocturne et d'une incontinence urinaire diurne occasionnelle.						

Les soins d'hygiène ne sont pas attestables à l'assurance soins de santé si les scores minimum ci-dessus ne sont pas atteints, même si ces soins sont prescrits par un médecin.

Qu'est-ce que les forfaits[64] ?

Un forfait (A, B ou C) est un honoraire forfaitaire que vous recevez **par journée de soins** pour un patient à qui des soins d'hygiène sont réalisés. Cet honoraire forfaitaire comprend :

- la prestation de base ;
- les prestations techniques (injections, etc.), sauf :
  - la visite d'un infirmier relais en soins de plaies,
  - la prestation complémentaire si le soin de plaies complexe dure :
    - entre 30 et 59 minutes,
    - entre 60 et 89 minutes,
    - plus de 89 minutes ;
  - les prestations techniques spécifiques.

Pour chaque forfait attesté, les pseudo-codes doivent être mentionnés en plus du code de nomenclature du forfait. Il s'agit des codes de nomenclature qui décrivent chaque soin infirmier effectué au cours de la journée de soins, y compris les soins infirmiers sans code de nomenclature correspondant (par exemple, la prise de la tension artérielle). Il s'agit d'une exigence réglementaire, et c'est aussi important en cas de contrôle du SECM.

[64] Art. 8, § 5, de la nomenclature des prestations de santé.

5. Soins palliatifs à domicile

Pouvez-vous attester des soins palliatifs à domicile[65] ?

Vous pouvez dispenser et attester des soins palliatifs à domicile uniquement si vous êtes un infirmier gradué, une accoucheuse ou un infirmier breveté.

Si vous êtes infirmier hospitalier / assistant en soins hospitaliers, vous pouvez dispenser des soins palliatifs à condition qu'un infirmier gradué, une accoucheuse ou un infirmier breveté ait effectivement réalisé les soins durant une des séances de soins nécessaires lors de la même journée (ces soins ne doivent pas obligatoirement être réalisés lors de la première séance de la journée). Seul cet infirmier gradué, cette accoucheuse ou cet infirmier breveté peut attester le forfait palliatif et uniquement pour les jours où il a lui-même réalisé les soins lors d'une des séances de la journée. Exception : le jour d'une admission dans un établissement de soins ou du décès du patient, la séance de soins unique de la journée peut également être attestée par un infirmier hospitalier / assistant en soins hospitaliers.

Quels honoraires pouvez-vous attester pour des soins palliatifs à domicile[66] ?

Vous pouvez attester des soins palliatifs à domicile de 2 manières en fonction du score de votre patient sur l'échelle d'évaluation :

- via des honoraires forfaitaires : vous pouvez attester un des forfaits suivants :
  - forfait PA : correspond au forfait A, majoré d'un montant déterminé,
  - forfait PB : correspond au forfait B, majoré d'un montant déterminé,
  - forfait PC : correspond au forfait C, majoré d'un montant déterminé ;
- via des honoraires 'par acte' (= honoraires pour chaque prestation de soins à domicile) : vous devez tenir compte d'un plafond journalier. La somme des honoraires des prestations de base et des prestations techniques atteint-elle le plafond journalier ?
  - OUI : vous devez alors attester un forfait, à savoir le forfait PP qui correspond au plafond journalier majoré d'un montant déterminé ;
  - NON : vous pouvez alors attester un supplément PN en plus de vos prestations.

Quelles sont les conditions pour attester des soins palliatifs à domicile[67] ?

Avant de pouvoir attester des soins palliatifs à domicile, vous devez :

- contrôler auprès de la mutualité de votre patient s'il possède effectivement le « statut palliatif » ;
- informer la mutualité de votre patient que vous lui dispensez des soins palliatifs à domicile au plus tard dans les 10 jours des soins palliatifs infirmiers à domicile via le formulaire « Notification de soins infirmiers pour un patient palliatif », à transmettre au médecin-conseil de la mutualité via MyCareNet.

[65] Art. 8, § 5*bis*, de la nomenclature des prestations de santé.

[66] Art. 8, § 5*bis*, de la nomenclature des prestations de santé.

[67] Art. 8, § 5*bis*, de la nomenclature des prestations de santé.

Pour attester des soins palliatifs à domicile, vous devez :

- être disponible 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 si votre patient a besoin de vous ;
- pouvoir faire appel à un infirmier de référence qui connaît les soins palliatifs ;
- compléter le dossier infirmier de votre patient avec les informations de base et les informations suivantes :
  - l'enregistrement des symptômes,
  - l'échelle de la douleur,
  - les contacts avec la famille de votre patient,
  - les résultats des réunions de coordination ;
- mentionner pour chaque forfait les pseudo-codes généraux et palliatifs qui correspondent aux prestations que vous avez dispensées pendant la journée de soins.

6. Soins de plaies

Quels sont les types de soins de plaies ?

La nomenclature des prestations de santé distingue 5 types de soins pour traiter les plaies[68] :

- **surveillance de plaie sans changement de pansement :** vous pouvez attester maximum 10 surveillances de plaie sans changement de pansement ;
- **soins d'une stomie cicatrisée, ne nécessitant pas de soins de plaies :** ces soins peuvent être réalisés par un(e) aide- soignant(e), mais ne reprennent pas la néphrostomie et la trachéotomie (qui sont des soins de plaies complexes) ;
- **soins de plaies simples :** il s'agit de plaies dont le processus normal de cicatrisation prend un maximum de 14 jours. Ce libellé reprend tous les soins de plaies non repris sous le libellé « soins de plaie complexes ». La durée de traitement est de 1 à 14 jours, et vous pouvez demander une prolongation de 7 jours, avec notification au(x) médecin(s) qui supervise(nt) le soin de plaies et mise à disposition d'une nouvelle photo de la plaie. Si le traitement de la plaie dure plus de 21 jours, vous l'attestez en soins de plaies complexes et ajoutez une nouvelle photo dans le dossier ;
- **soins de plaies complexes :** il s'agit de soins de plaies aigües et chroniques non reprises dans les soins de plaies simples, ou de soins de plaies qui ont évolué de soins de plaies simples en soins de plaies complexes, ce qui doit être justifié dans le dossier infirmier. Exemples : soins de plaies avec mèches ou drains, stomies non cicatrisées, etc. Vous pouvez attester un maximum 20 surveillances de plaie sans changement de pansement ;
- **prestations complémentaires de soins de plaies complexes :** si l'ensemble des soins de plaies complexes pendant la journée de soins dure plus de 30 minutes, vous pouvez, en plus de la prestation de soin de plaies complexe, attester un supplément qui varie en fonction de la durée des soins. Pour ce faire, vous suivez la même procédure que pour les soins des plaies complexes et transmettez aussi une notification de prestations complémentaires au médecin-conseil de la mutualité du patient, via MyCareNet, au plus tard 10 jours calendrier après le premier jour de traitement. La période de traitement couverte par le formulaire est de maximum 3 mois. Ces honoraires complémentaires pour les soins de plaies complexes ne sont pas inclus dans le calcul du plafond journalier et peuvent être attestés en plus des honoraires forfaitaires pour les patients lourdement dépendants et pour les patients palliatifs. Les prestations complémentaires ne peuvent pas être cumulées au cours d'une même journée de soins.

[68] Art. 8, § 1er et 8, de la nomenclature des prestations de santé.

Le changement de pansement dans le cadre des soins aux cathéters est quant à lui couvert par la prestation « **mise en place et/ou surveillance des perfusions** ».

Quelles sont les conditions pour attester les soins de plaies[69] ?

Une prescription médicale est uniquement nécessaire pour les **actes B2**[70] (par exemple, pour enlever des sutures).

Pour attester les soins de plaies à l'assurance soins de santé, vous devez :

- créer un dossier infirmier de soins de plaies ;
- signaler le début des soins de plaies au(x) médecin(s) qui supervise(nt) le soin de plaies, dans les 5 jours suivant la première séance de soins, qui peut comporter toute prestation de soins de plaies simples ou complexes, y compris la prestation « Surveillances de plaie sans changement de pansement » ;
- prendre une photo de la plaie lors du premier changement de pansement et la mettre à disposition du ou des médecins qui supervisent le soin de plaies ;
- ajouter une nouvelle photo au dossier de soins infirmiers au moins tous les 14 jours ;
- au plus tard 6 semaines après la première prestation de soins de plaies (simples ou complexes) :
  - demander l'avis du ou des médecin qui supervisent le soin de plaies,
  - ou attester la prestation « Visite de l'infirmier relais en matière de soins de plaies » à la demande de l'infirmier relais, d'un (des) médecin(s) qui supervise le soin de plaies ou du patient ;
- demander l'avis de l'infirmier relais ou du médecin toutes les 6 semaines, si une détérioration ou un statu quo (qui ne correspond pas à l'objectif de soins) de l'état de la plaie est constaté par rapport à la date de l'avis précédent (sur la base des outils Evidence-based d'évaluation de la douleur et des plaies les plus récents[71] (par exemple TIME)).

Quels documents devez-vous transmettre au médecin qui supervise le soins de plaies[72] ?

Pour prendre en charge un patient avec soin de plaies, une bonne coopération entre les infirmiers et les médecins est essentielle. Dans le cadre de ces communications, désormais obligatoires, vous transmettez régulièrement des photos et rapports pour que les médecins puissent aussi suivre l'évolution de la plaie.

- Vous devez informer le médecin du début du traitement de la plaie dans les 5 jours et mettre à sa disposition une photo de la plaie. Cette communication doit se faire de façon directe, sécurisée et vérifiable, car elle contient des données à caractère personnel relatives à la santé du patient. L'eHealthBox est un canal de communication possible. L'envoi postal est aussi possible.

---

[69] Art. 8, § 8, de la nomenclature des prestations de santé.

[70] Annexe I, 1.5, de l'arrêté royal du 18 juin 1990 portant fixation de la liste des prestations techniques de l'art infirmier et de la liste des actes pouvant être confiés par un médecin ou un dentiste à des praticiens de l'art infirmier, ainsi que des modalités d'exécution relatives à ces prestations et à ces actes et des conditions de qualification auxquelles les praticiens de l'art infirmier doivent répondre.

[71] Annexe 96 du règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 ; art. 8, § 8, de la nomenclature des prestations de santé.

[72] Art. 8, § 8, de la nomenclature des prestations de santé.

- La photo prise au premier changement de pansement est ajoutée au dossier infirmier du patient. Elle est mise à la disposition du médecin qui supervise les soins de plaies. Cela ne signifie pas que la photo doit être envoyée systématiquement. Si le médecin a accès au dossier du patient (lors d'une consultation ou d'une visite), il peut consulter la photo de la ou des plaies. Si la photo est enregistrée dans le dossier électronique du patient sur un hub (RSW/RSB/Vitalink), elle est en principe aussi disponible pour le médecin. Vous devez vous assurer que le médecin ait accès à une photo de la plaie pour un suivi ou un avis éventuel.
- À chaque communication obligatoire avec le médecin, vous devez partager une photo pour pouvoir suivre ensemble l'évolution de la plaie.
- Demandez des conseils supplémentaires à l'infirmier relais en soins de plaies ou au médecin qui supervise les soins de plaies, au plus tard après 6 semaines.

7. Prestations pour les patients diabétiques

Quels sont les honoraires forfaitaires des prestations pour les patients diabétiques ?

Il existe différents types d'honoraires forfaitaires pour les prestations dispensées aux patients diabétiques[73] :

- **honoraires de suivi pour l'accompagnement d'un patient diabétique qui ne passe pas aux soins autonomes :** vous pouvez attester cet honoraire uniquement :
  - une fois par jour,
  - les jours où une injection d'insuline est effectuée,
  - si l'accompagnement infirmier a lieu selon un planning des soins approuvé par le médecin traitant du patient et conformément aux directives fixées ;
- **honoraires forfaitaires pour la constitution du dossier infirmier spécifique au patient diabétique et la concertation avec le médecin traitant** : vous pouvez attester cet honoraire uniquement :
  - une seule fois,
  - si vous êtes l'infirmier référent,
  - après concertation préalable avec le médecin traitant sur les objectifs des soins infirmiers (éducation diabétique) ;
  - vous ne pouvez pas l'attester pour les patients avec un forfait ou un supplément palliatif attesté ;
  - pour réaliser le dossier infirmier, vous pouvez consulter les directives relatives aux honoraires forfaitaires pour les prestations dispensées aux patients diabétiques ;
- **prestations forfaitaires pour l'éducation individuelle aux soins autonomes d'un patient diabétique par un infirmier relais** : vous pouvez attester ce code uniquement :
  - une seule fois,
  - si vous êtes agréé infirmier relais en diabétologie.
  - si l'éducation est assurée pendant au moins 5 heures (minimum 30 minutes par séance) conformément aux directives relatives aux honoraires forfaitaires pour les prestations dispensées aux patients diabétiques ;

[73] Art. 8, § 1er, 2 et 5*ter*, de la nomenclature des prestations de santé.

- **prestations forfaitaires pour la présence d'un infirmier référent lors de l'éducation individuelle aux soins autonomes** : vous pouvez attester ce code uniquement :
  - une seule fois,
  - si vous avez assisté au moins à 2 séances d'éducation, dont la dernière ;
  - vous ne pouvez pas cumuler ce code avec un forfait ou un supplément palliatif ;
- **prestations forfaitaires pour l'éducation individuelle à la compréhension, par l'infirmier référent ou l'infirmier relais en diabétologie** : vous pouvez attester ce code uniquement :
  - une seule fois,
  - si l'éducation est assurée pendant au moins 2 heures (minimum 30 minutes par séance) conformément aux directives ;
  - vous devez conserver un rapport de chaque séance dans le dossier infirmier ;
  - vous ne pouvez pas cumuler ce code avec un forfait ou un supplément palliatif ;
- **prestations forfaitaires pour le suivi d'un patient diabétique après l'éducation aux soins autonomes** : vous pouvez attester ce code uniquement :
  - 2 fois par année civile,
  - sur prescription du médecin traitant et après concertation préalable avec celui-ci sur les objectifs du suivi en termes de soins infirmiers,
  - si une prestation forfaitaire pour l'éducation individuelle aux soins autonomes d'un patient diabétique par un infirmier relais a été attestée ;
  - le planning des soins doit être repris dans le dossier infirmier spécifique au patient diabétique ;
  - certains cumuls sont interdits avec ce code de nomenclature.

8. Infirmier relais en soins de plaies et en diabétologie

Quelles sont les conditions pour être infirmier relais en soins de plaies ?

Suite aux changements de nomenclature en matière de soins de plaies, l'infirmier relais en soins de plaies a désormais un rôle plus large. L'infirmier référent doit lui demander des conseils supplémentaires (ou au médecin)[74].

Pour être infirmier relais en soins de plaies, vous devez satisfaire aux conditions suivantes[75] :
- être porteur :
  - du titre d'infirmier gradué,
  - ou du titre d'infirmier breveté/diplômé,
  - ou du titre professionnel de praticien de l'art infirmier gradué,
  - ou du titre professionnel de praticien de l'art infirmier ;
- et avoir suivi une formation complémentaire de 40 heures minimum, donnant droit à une attestation délivrée par un institut de formation agréé par le département qui a l'enseignement dans ses attributions. La formation complémentaire comprend au moins 40 heures dans les domaines des sciences biomédicales ou sciences de l'art infirmier et sciences sociales.

[74] Art. 8, § 8, de la nomenclature des prestations de santé.

[75] Annexe 96 du règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 ; art. 8, § 8, de la nomenclature des prestations de santé.

Quelles sont les conditions pour être infirmier relais en diabétologie ?

Pour être infirmier relais en diabétologie, vous devez :

- être porteur :
  - du titre d'infirmier gradué,
  - ou du titre d'infirmier breveté/diplômé,
  - ou du titre professionnel de praticien de l'art infirmier gradué,
  - ou du titre de praticien de l'art infirmier ;
- et avoir suivi une formation complémentaire de 40 heures minimum, donnant droit à une attestation délivrée par un institut de formation agréé par le département qui a l'enseignement dans ses attributions.

Cette formation complémentaire permet notamment le développement des compétences pédagogiques en matière d'éducation du patient diabétique et comprend au moins 40 heures d'enseignement théorique dans les sciences biomédicales ou les sciences infirmières et psychosociales[76].

9. Prescription médicale

Quelles prestations pouvez-vous attester uniquement si elles sont prescrites ?

Les prestations suivantes sont remboursées uniquement si elles ont été prescrites[77] :

- administration de médicaments, y compris le remplacement de l'héparjet, par voie intraveineuse directe ou via un cathéter intraveineux préalablement installé ;
- administration de médicaments par voie intramusculaire, sous-cutanée ou hypodermique ;
- administration de médicaments par voie intramusculaire, sous-cutanée, hypodermique ou intraveineuse, en plusieurs sites d'injection ;
- application de bandage(s), pansement(s) de compression dans le cadre d'une thérapie de compression ;
- application et/ou enlèvement de bas dans le cadre d'une thérapie de compression ;
- sondage vésical à demeure, instillation vésicale, lavage de vessie ;
- lavement et/ou administration de solution médicamenteuse par une sonde rectale, tubage et drainage gastro-intestinal, lavage intestinal, nutrition entérale via une sonde gastrique, une sonde de gastrostomie ou d'entérostomie ;
- mise en place et/ou surveillance des perfusions (intraveineuses ou sous-cutanées) sauf si solution saline isotonique ;
- administration et/ou surveillance de l'alimentation parentérale ;
- remplacement d'une sonde vésicale sus-pubienne à ballonnet ;
- remplacement d'une sonde de gastrostomie à ballonnet ;
- surveillance et le suivi lors de l'utilisation d'un système de pompe pour l'administration d'une analgésie chronique via un cathéter épidural ou intrathécal si modification de la dose d'entretien.

[76] Directives relatives aux honoraires forfaitaires pour les prestations dispensées aux patients diabétiques.

[77] Art. 8, § 2, de la nomenclature des prestations de santé.

À quelles conditions doit répondre la prescription médicale ?

Vous ne pouvez attester certaines prestations que si vous disposez d'une prescription médicale qui répond aux conditions suivantes[78] :

- mentionner l'identification du patient ;
- reprendre l'identification du prescripteur : nom, adresse, numéro INAMI ;
- mentionner la nature, le nombre et la fréquence des soins à dispenser. Elle doit comporter les données requises pour pouvoir identifier les soins prescrits (la seule mention du code de nomenclature ne suffit pas) ;
- mentionner la nature et la dose des produits à administrer dans le cas de l'administration de médicaments et de solutions médicamenteuses ;
- comporter la période d'administration (maximum une année par prescription), et non le nombre de prestations, pour la préparation et l'administration de médications destinées à des patients psychiatriques chroniques ;
- mentionner le débit et la quantité par période de 24 heures pour l'administration d'alimentation entérale et parentérale ou pour l'administration de perfusions ;
- être datée ;
- être signée par le prescripteur (signature manuscrite).

Que faire en cas de prescription incomplète ou invalide ?

Vous ne pouvez jamais apporter de modifications à la prescription ! Une prescription valable est une condition de remboursement. Il vous est donc conseillé de rendre toute prescription incomplète au prescripteur en vue de la corriger.

Vous pouvez lui rappeler que la loi prévoit une amende (de 50 euros, à multiplier par le nombre de patients concernés, jusqu'à maximum 5.000 euros) pour le dispensateur de soins qui n'a pas rédigé les documents administratifs ou médicaux conformément aux dispositions légales[79].

En cas d'urgence, vous pouvez attester des prestations qui ont été prescrites oralement. Cela peut se faire par un dispensateur de soins autre qu'un médecin, dans les limites de ses compétences, sur base d'une prescription communiquée par téléphone ou par webcam. Le dispensateur confirme la prescription par écrit dans les meilleurs délais et au plus tard dans les 5 jours calendrier qui suivent la prescription formulée oralement[80].

[78] Annexe 32 du règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 ; art. 8, § 2, de la nomenclature des prestations de santé.

[79] Art. 142, § 1er, 7°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

[80] Art. 8, § 2, de la nomenclature des prestations de santé.

10. Interdiction de cumul de l'autosondage par le patient et du sondage par l'infirmier

Pouvez-vous facturer à l'assurance soins de santé un sondage dispensé à un patient réalisant des autosondages ?

Certains patients bénéficient d'un remboursement pour l'achat de sondes dans le cadre de l'autosondage[81]. Il s'agit du sondage urinaire réalisé à domicile, par le patient lui-même ou par une personne de son entourage qui a été formée à cet effet et qui est apte à appliquer cette technique.

En cas d'intervention de l'assurance soins de santé pour l'autosondage, aucun sondage réalisé par l'infirmier ne peut être remboursé. Si le patient a tout de même besoin d'un sondage par l'infirmier, celui-ci devra être facturé directement au patient.

11. Prestations non attestables à l'assurance soins de santé

Quelles prestations ne pouvez-vous pas attester ?

Vous ne pouvez pas attester de prestations effectuées[82] :

- dans un hôpital ;
- dans une maison de repos ;
- dans une maison de repos et de soins ;
- dans une maison de soins psychiatriques ;
- pour des soins dispensés pendant une visite, une consultation ou une prestation technique d'un médecin ;
- chez des patients en prison ;
- dans le cadre de la recherche scientifique ou d'essais cliniques ;
- chez un patient qui ne se trouve pas sur le territoire belge ;
- partiellement ou intégralement effectuées par des personnes non compétentes, même si effectuées en présence de l'infirmier qui les atteste ;
- etc.

[81] Pour les conditions dans lesquelles l'assurance soins de santé intervient dans le coût de l'autosondage à domicile, voir l'arrêté royal du 23 novembre 2021 fixant les procédures, délais et conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût des prestations pharmaceutiques visées à l'article 34, alinéa 1er, 5° a), 19°, 20° et 20*bis* de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

[82] Art. 8, § 3, de la nomenclature des prestations de santé.

Pouvez-vous effectuer des prestations non attestables ?

Vous pouvez effectuer des prestations non remboursées par l'assurance soins de santé, pour autant que vous respectiez les obligations qui vous incombent (entre autres, l'obligation de prescription) et que vous en ayez la compétence. Le coût de ces prestations, librement déterminé[83], est alors à charge du patient. Vous devez l'informer à ce sujet[84]. Vous ne devez pas délivrer d'attestation de soins donnés, mais le patient peut demander un reçu.

12. Délai de facturation

Quand faut-il envoyer ses attestations de soins aux mutualités ?

Si vous avez adhéré à la convention nationale et opté pour le régime du tiers payant, vous devez envoyer votre note d'honoraires comprenant les attestations de soins donnés et un état récapitulatif en double exemplaire aux mutualités concernées mensuellement, avant la fin du mois suivant celui au cours duquel les prestations ont été effectuées. Cette note mentionne le nom des bénéficiaires, le montant des interventions par bénéficiaire et le montant global dû par la mutualité[85].

Les avantages d'une facturation effectuée à temps sont que cela :
- limite les risques d'oubli et d'erreur ;
- permet d'éviter des rejets par les mutualités (pour cause d'erreur ou de retard) ;
- diminue la probabilité d'un contrôle du SECM et d'amendes du Service du contrôle administratif de l'INAMI.

13. Nombre maximal de valeurs W par année civile

Qu'est-ce que le nombre maximal de valeurs W ?

Pour pouvoir garantir la qualité des soins et lutter contre les pratiques frauduleuses, un nombre maximal de valeurs W par année civile a été fixé pour les infirmiers et les aides-soignants dans la nomenclature[86].

Ce nombre maximal de valeurs W est déterminé en fonction de votre statut : si vous êtes infirmier ou aide-soignant sous statut :
- salarié : vous pouvez attester des prestations pour maximum 22.000 valeurs W par année civile ;
- indépendant : vous pouvez attester des prestations pour maximum 40.000 valeurs W par année civile ;
- salarié et indépendant pendant une même année civile : vous pouvez attester des prestations pour maximum 40.000 valeurs W par année civile.

---

[83] Loi relative à l'exercice des professions des soins de santé coordonnée le 10.05.2015, art. 35, al. 2.

[84] Loi du 22.08.2002 concernant les droits des patients, art. 8, § 2.

[85] Art. 7, § 2, de la convention nationale W/97 entre les infirmières graduées ou assimilées, les accoucheuses, les infirmières brevetées, les hospitalières/assistantes en soins hospitaliers ou assimilées et les organismes assureurs.

[86] Art. 8, § 3*bis*, de la nomenclature des prestations de santé.

Que se passe-t-il si vous dépassez le nombre maximal de valeurs W ?

Si nous détectons un dépassement du nombre maximal de valeurs W, nous ouvrons une action de contrôle en vue de récupérer la valeur des prestations qui dépassent le nombre maximal de valeurs W. Vous avez 2 mois après la réception du procès-verbal de constat pour rembourser volontairement la facturation indue et éventuellement contacter le SECM.

Lors du calcul du nombre de vos valeurs W, nous ne prenons pas en compte les prestations dispensées par un autre dispensateur de soins et attestées sous votre numéro INAMI. Il est donc important que l'attestation indique avec précision qui a effectivement dispensé les soins.

14. Aides-soignants dans les équipes structurées de soins infirmiers à domicile

Pouvez-vous intégrer un aide-soignant dans votre équipe structurée ?

Il est possible, pour des équipes structurées de soins infirmiers à domicile, d'intégrer des aides-soignants et de leur déléguer certains soins définis dans l'arrêté royal du 12 janvier 2006[87]. Pour ce faire, l'équipe structurée doit répondre aux 5 critères définis à l'article 3, § 1er, de cet arrêté royal :

- la répartition des infirmiers dans l'équipe structurée doit être telle qu'ils puissent contrôler les activités des aides-soignants ;
- l'équipe structurée doit garantir la continuité et la qualité des soins ;
- elle organise la concertation commune au sujet des patients dans le cadre de laquelle elle a procédé à une évaluation du plan de soins et le cas échéant à une adaptation de celui-ci.
- elle instaure une procédure de collaboration entre l'infirmier et l'aide-soignant. Ce dernier fait rapport le jour même à l'infirmier qui contrôle ses activités ;
- elle bénéficie d'une formation permanente.

Il incombe à l'équipe structurée de démontrer qu'elle respecte ces 5 critères.

Quelles sont les conditions pour que les prestations déléguées à un aide-soignant dans une équipe structurée soient attestables ?

Une équipe structurée de soins infirmiers à domicile peut attester à l'assurance soins de santé des prestations déléguées à des aides-soignants si elle remplit ces conditions[88] :

- elle se compose d'au moins 3 praticiens de l'art infirmier, dont au moins 2 infirmiers responsables de soins généraux (IRSG), qui :
  - ont tous adhéré à la convention nationale,
  - exercent l'art infirmier à titre principal,
  - collaborent effectivement à un aspect des soins dispensés aux patients, à l'exception d'aspects administratifs ou de coordination,
  - utilisent le même numéro d'équipe structurée (ou numéro tiers payant de groupe) ;

[87] Arrêté royal du 12 janvier 2006 fixant les activités infirmières qui peuvent être effectuées par des aides-soignants et les conditions dans lesquelles ces aides-soignants peuvent poser ces actes.

[88] Art. 8, § 12, de la nomenclature des prestations de santé.

  - attestent ensemble chaque mois des prestations de l'article 8 pour une valeur minimale de 3.000 valeurs W (en dehors des prestations entièrement ou en partie effectuées par un aide-soignant), durant une période de 6 mois précédant le mois au cours duquel une prestation attestée a été effectuée par un aide-soignant ;
- elle a conclu des accords internes répondant à la directive fixée par le Comité de l'assurance sur les modalités pratiques de la délégation d'activités infirmières aux aides-soignants et sur la collaboration entre les membres de l'équipe ;
- elle a transmis à nursefr@riziv-inami.fgov.be une déclaration sur l'honneur répondant à la directive fixée par le Comité de l'assurance et comprenant au moins les données permettant d'identifier l'équipe ;
- l'aide-soignant a un numéro INAMI. C'est au responsable de l'équipe structurée à demander ce numéro INAMI.

Si, pour un mois civil donné, plus de 40 % des prestations de base attestées par une équipe structurée, tant dans le cadre des honoraires forfaitaires qu'en dehors, sont dispensés par des aides-soignants, le SECM peut demander pour quelle raison ce pourcentage a été dépassé et contrôler ces prestations. Un dépassement peut être lié à des circonstances de courte durée, comme l'absence d'un infirmier, ou au type de prestations fournies principalement par l'équipe structurée. En cas de dépassement, les conditions reprises ci-dessus peuvent être contrôlées par le SECM.

! Les équipes structurées sont conçues pour favoriser une bonne collaboration des dispensateurs de soins dans leurs soins au patient. Il n'est donc pas possible de travailler avec des aides-soignants lorsque les conditions ne sont remplies qu'à titre administratif.

> Exemple : certains offices de tarification forment de grands groupements administratifs d'infirmiers facturant via un même numéro tiers payant. Un infirmier membre d'un tel groupement ne peut pas travailler avec des aides-soignants s'il est seul à prendre en charge ses patients. En effet, aucun autre infirmier n'a dans ce cas collaboré à un aspect des soins aux patients autre qu'administratif ou de coordination.

En résumé :
- 3 IRSG indépendants qui travaillent ensemble hors d'un groupement → ne peuvent pas attester de soins délégués à un aide-soignant ;
- 3 IRSG indépendants ou 2 IRSG et un assistant en soins infirmiers, qui travaillent ensemble en groupement → peuvent attester des soins délégués à un aide-soignant s'ils travaillent en équipe structurée (déclarée à l'INAMI) et respectent les conditions ci-dessus.

Quelles sont les conditions des visites de contrôle lorsque vous déléguez des activités infirmières à un aide-soignant ?

En tant qu'infirmier, lorsque vous déléguez des activités infirmières à un aide-soignant intégré dans l'équipe structurée, vous devez faire des visites de contrôle au cours desquelles :
- vous vérifiez si la délégation d'activités se déroule correctement ;
- vous dispensez vous-même les soins nécessaires, éventuellement en présence de l'aide-soignant. Les soins au patient ne peuvent être étalés sur plusieurs séances de soins que pour des raisons médicales figurant sur la prescription ou dans le cas d'une délégation à un aide-soignant.

Les visites de contrôle doivent avoir lieu au moins :

- 1 fois par mois pour chaque patient chez qui un aide-soignant effectue des activités infirmières ;
- 2 fois par mois dans le cadre des forfaits A ;
- 4 fois par mois dans le cadre des forfaits B ;
- 1 fois par jour dans le cadre des forfaits C et des forfaits palliatifs (PA, PB, PC, PP et PN). Le jour d'une admission dans un établissements de soins ou du décès du patient, il est autorisé qu'une visite de contrôle n'ait pas lieu.

Ces visites de contrôle doivent être adéquates au niveau de la fréquence et des moments, du point de vue de la situation de soins du patient, et motivées dans le dossier infirmier.

Comment attester les soins infirmiers délégués à un aide-soignant ?

Vous devez attester les soins que vous avez délégués à un aide-soignant en votre nom en mentionnant le numéro INAMI de l'aide-soignant. Les honoraires couvrent cette activité, ainsi que tous les aspects de contrôle et de surveillance[89].

15. Assistants en soins infirmiers dans les équipes de soins

Pouvez-vous déléguer des prestations à un assistant en soins infirmiers ?

Il est possible, pour des groupements infirmiers, de déléguer à des assistants en soins infirmiers certains soins définis dans l'arrêté royal du 20 septembre 2023[90], selon les conditions fixées par cet arrêté royal.

[89] Art. 8, § 11 et 12, de la nomenclature des prestations de santé.

[90] Arrêté royal du 20 septembre 2023 fixant la liste des prestations techniques de l'art infirmier relative à l'assistant en soins infirmiers, ainsi que leurs conditions d'exercice.

Quelles sont les conditions pour que les prestations dispensées par un assistant en soins infirmiers soient attestables ?

Les prestations dispensées par un assistant en soins infirmiers sont remboursées par l'assurance soins de santé si les conditions suivantes sont remplies[91] :

- les prestations sont dispensées au sein d'une équipe de soins[92] (d'un groupement infirmier) :
  - qui comprend au moins 2 infirmiers responsables de soins généraux (IRSG),
  - dans laquelle les soins infirmiers sont coordonnés par un IRSG,
  - dont tous les membres utilisent le même numéro d'équipe de soins (ou numéro tiers payant de groupe),
  - qui a conclu des accords internes sur les modalités pratiques de la collaboration entre les membres de l'équipe et la disponibilité permanente d'un IRSG au sein ou en dehors de l'équipe de soins. Ces accords internes répondent à la directive fixée par le Comité de l'assurance concernant ces accords de collaboration au sein d'une équipe de soins infirmiers ;
- le dossier infirmier est complété par un plan de soins infirmiers établi par l'IRSG qui pose le diagnostic. L'assistant en soins infirmiers effectue les soins tels qu'indiqués dans ce plan. Le plan précise également les limites dans lesquelles l'assistant en soins infirmiers peut adapter lui-même des éléments du plan de soins infirmiers ;
- l'IRSG évalue le degré de complexité de la situation (évaluation initiale et éventuelle réévaluation). L'évaluation initiale peut être effectuée par l'assistant en soins infirmiers lorsqu'il s'agit de prestations techniques devant être réalisées pour une période de moins de 24 heures par l'assistant en soins infirmiers. En tenant compte de l'état de santé du patient et du contexte de soins, l'assistant en soins infirmiers peut, dans les limites de ses compétences, commencer à effectuer les soins sur la base d'un plan de soins infirmiers de référence et sans évaluation initiale par l'IRSG. L'évaluation de l'état du patient par l'IRSG doit suivre dès que possible, au plus tard le cinquième jour suivant le jour au cours duquel les soins ont commencé. L'assistant en soins infirmiers qui, lors de la dispensation des soins, constate qu'en raison de l'évolution de l'état de santé du patient les soins nécessaires dépassent ses compétences, en informe dès que possible l'IRSG, en vue d'une réévaluation de l'état de santé du patient et de la collaboration nécessaire.

En résumé :

- 2 IRSG indépendants qui travaillent ensemble hors d'un groupement → ne peuvent pas attester de soins effectués par un assistant en soins infirmiers ;
- 2 IRSG indépendants qui travaillent ensemble en groupement → un assistant en soins infirmiers peut effectuer et attester des soins infirmiers si l'équipe de soins a conclu des accords internes et respecte les conditions ci-dessus.

Comment attester les prestations dispensées par un assistant en soins infirmiers ?

L'assistant en soins infirmiers peut attester de manière autonome, avec son numéro INAMI, les soins infirmiers à domicile qu'il a dispensés dans le cadre de sa collaboration au sein de l'équipe de soins.

---

[91] Art. 8, § 13, de la nomenclature des prestations de santé.

[92] Telle que visée à l'art. 45, § 1/2, de la loi coordonnée du 10 mai 2015 relative à l'exercice des professions des soins de santé.

16. Publicité

Pouvez-vous faire de la publicité pour votre activité d'infirmier ?

En tant qu'infirmier, vous pouvez avoir recours à la publicité. Veillez néanmoins à respecter les législations en matière de soins de santé et le Code de droit économique[93]. Respectez aussi les principes déontologiques et éthiques de votre profession[94].

L'information professionnelle que vous communiquez :
- doit être conforme à la réalité, objective, pertinente et vérifiable, et scientifiquement fondée ;
- ne peut pas inciter à pratiquer des examens ou des traitements superflus ;
- ne peut pas avoir pour objectif d'attirer des patients ;
- mentionne le(s) titre(s) professionnel(s) particulier(s) dont vous disposez.

Par ailleurs, vous pouvez communiquer des informations sur des formations complémentaires pour lesquelles il n'existe aucun titre professionnel[95].

Dans quels cas est-il interdit de faire de la publicité pour votre activité d'infirmier ?

Il est interdit de faire de la publicité dans 2 cas[96] :
- si elle mentionne la gratuité des prestations de santé ;
- si elle fait référence à l'intervention de l'assurance soins de santé dans le coût de ces prestations.

[93] Art. VI.93. et suivants du Code pénal économique.

[94] Art. 27 du Code de déontologie des praticiens de l'art infirmier belges, annexe de l'avis 2017.04 du Conseil fédéral de l'art infirmier.

[95] Art. 31 de la loi du 22 avril 2019 relative à la qualité de la pratique des soins de santé.

[96] Art. 127, § 2, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

2e édition, septembre 2026

Éditeur responsable : P. Facon, Avenue Galilée 5/01, 1210 Bruxelles

Réalisation : Service d'évaluation et de contrôle médicaux (SECM)

Design graphique : Team Comm INAMI

Photos : Ab initio, Canva et Verypics

Dépôt légal : D/2026/0401/05