



Les médecins-conseils dans les Soins de santé et en Aide de tierce

Le Fonds Spécial de Solidarité

Dr Alex Peltier

Les médecins-conseils



- Qui sont-ils ?
 - Voir le cours "Incapacité de travail"

Les médecins-conseils



- Section III. - Des médecins-conseils.

Art. 153

- § 1er. Les médecins-conseils ont pour missions :
 - 1) de conseiller, d'informer et de guider les assurés sociaux afin de garantir que les soins et les traitements les plus adéquats, leur sont dispensés au meilleur coût, en tenant compte des ressources globales de l'assurance soins de santé et indemnités;
 - 2) d'informer les dispensateurs de soins afin de les éclairer sur l'application correcte de la réglementation relative à l'assurance soins de santé, en veillant à l'utilisation optimale des ressources de cette assurance;
 - 3) de contrôler l'incapacité de travail, conformément aux dispositions du titre IV, chapitre III, sections I et II et aux règles prises en application de l'article 86, § 3 de la présente loi;
 - 4) de contrôler les prestations de santé, conformément aux dispositions de la présente loi et de ses arrêtés et règlements d'exécution.

Les médecins-conseils sont tenus d'observer les directives du Comité du Service d'évaluation et de contrôle médicaux et de respecter la liberté thérapeutique des dispensateurs de soins dans l'accomplissement de leurs missions visées sous 1), 2) et 4) et d'observer les directives du Comité de gestion du Service des indemnités, dans l'accomplissement des missions visées sous 3).

Les décisions des médecins-conseils engagent les organismes assureurs.

Les médecins-conseils



§ 2/1. Les constatations factuelles et médicales que les médecins conseil ont faites durant l'exercice de leurs tâches de contrôle ont force probante jusqu'à preuve du contraire. Ces constatations peuvent, avec leur valeur probante, être utilisées par les inspecteurs et contrôleurs visés aux articles 146 et 162 en vue de la constatation d'infractions.

§ 3. Dans le cadre du contrôle des prestations de l'assurance soins de santé, les médecins-conseils vérifient que les conditions médicales de remboursement des prestations de santé sont respectées et accordent les autorisations prévues. Ils peuvent contribuer à l'évaluation de l'utilisation optimale des ressources de l'assurance soins de santé dans les conditions définies par arrêté royal délibéré en Conseil des ministres et dans le respect du principe de liberté thérapeutique défini à l'article 11 de l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé. Pour l'exécution de cette mission d'évaluation, les médecins-conseils ne peuvent utiliser que les données auxquelles ils ont accès en vertu de la présente loi, dans le respect de la loi sur la protection de la vie privée et du secret professionnel.

Soins de santé : les médecins-conseils



- Art. 154. Les organismes assureurs engagent et appointent les médecins-conseils.
 Toutefois, les fonctions de médecin-conseil ne peuvent être confiées qu'aux médecins assermentés par le (Service évaluation et de contrôle médicaux). Les médecins-conseils prêtent serment entre les mains du président du Comité de ce Service. Pour pouvoir être admis au serment du médecin-conseil, il faut être préalablement proposé par un organisme assureur et agréé par le Comité du Service du contrôle médical.
 Avant d'agréer un médecin-conseil, le Comité sollicite l'avis du Conseil provincial compétent de l'Ordre des médecins, si le Conseil provincial de l'Ordre des médecins ne donne pas son avis dans le délai fixé par le Comité du (Service d'évaluation et de contrôle médicaux), la formalité est censée accomplie.

Les médecins-conseils



- Le remboursement des prestations visées à l'article 34, alinéa 1er, (5°, a) et d)), (15°, 19°, 20° et 20° bis, **peut être soumis à l'autorisation du médecin-conseil**. Le Roi peut également déterminer les conditions selon lesquelles le médecin conseil peut vérifier si les prestations délivrées visées à l'article 34, alinéa 1er, (5°, a) et d)), (15°, 19°, 20° et 20° bis,) qui ont donné lieu à remboursement ont bien été prescrites par le dispensateur conformément aux conditions de remboursement fixées. Le Roi fixe la procédure de recours introduite par le dispensateur de soins à l'encontre des décisions du médecin-conseil.

Les médecins-conseils



- Prestations soumises :
 - à un accord du médecin-conseil
 - Accord préalable au remboursement de la prestation .
 - à une notification au médecin-conseil
 - Information du médecin-conseil. Contrôle a posteriori orienté .

Les médecins-conseils



- Motifs :
 - Exclusivité du traitement soit par sa rareté, sa complexité ou son coût
 - Veiller à une utilisation optimale des ressources budgétaires de l'ASSI
 - Quantification de l'utilisation sur le terrain (étude) par rapport à certaines indications

Prestations avec l'accord du médecin-conseil



Avant de recevoir une intervention de la mutualité, il faut obtenir l'accord ou du médecin-conseil pour :

- Les médicaments délivrés sous certaines conditions
- Le remboursement majoré des frais de kinésithérapie en cas de pathologies lourdes (AR 23 02 1982)
- Les traitements de logopédie
- Certaines prestations de rééducation fonctionnelle
- Le matériel médical : voiturettes, appareils auditifs, la plupart des chaussures orthopédiques...
- Les soins dentaires : prothèses dentaires, orthodontie...
- Les soins infirmiers à domicile
- Une admission à l'hôpital ou un séjour en maison de repos et de soins

Prestations avec une notification au médecin-conseil



Le conditionnement du remboursement de la prestation est lié au contenu correct de la notification suivant les éléments prévus par la nomenclature. Le refus peut donc être donné alors que le patient a déjà bénéficié des soins. La prestation sera alors considérée comme indue et à charge du prestataire.

- Notification pour chirurgie bariatrique
- Notification pour plastie pour dermatochalasis de la paupière supérieure, par paupière
- Notification mammographie chez femme à risque
- Notification pour soins infirmiers pour patients palliatifs, pour prestations techniques spécifiques (perfusions)
- Notification pour pathologie appartenant à la liste limitative pour la rééducation pluridisciplinaire
- Liste Kiné Fa et Fb

Les accords médecins-conseils



Thème...

Qui décide ?

Motifs ?

Texte de loi /références ?

Les accords : Médicaments Chapitre 4



- Qui décide ? La commission de remboursement des médicaments
- La CRM compte 28 membres :
 - 7 membres disposant d'un mandat académique dans les universités belges
 - 8 membres délégués par les organismes assureurs
 - 3 membres délégués par les associations professionnelles représentatives du corps des pharmaciens
 - 4 membres délégués par les associations professionnelles représentatives du corps médical
 - 2 membres délégués par les associations professionnelles de l'industrie pharmaceutique
 - 1 membre proposé par le ministre des Affaires sociales
 - 1 membre proposé par le ministre de la Santé publique
 - 1 membre proposé par le ministre des Affaires économiques
 - 1 membre représentant le Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'INAMI.
 - Pas droit au vote

Les accords : Médicaments Chapitre 4



Motifs ?

Raisons budgétaires ou médicales complexes

Texte de référence ?

Liste des spécialités pharmaceutiques remboursables :

<http://www.riziv.fgov.be/fr/themes/cout-remboursement/par-mutualite/medicament-produits-sante/remboursement/specialites/Pages/specialites-pharma-liste-chap4.aspx#.WOt87UWLSCg>

Les accords : Médicaments Chapitre 4



Chapitre I

Les spécialités pharmaceutiques inscrites au chapitre I sont remboursables lorsque :

- le prescripteur respecte les indications de la notice scientifique
- le pharmacien reçoit une prescription rédigée par un médecin (ou dentiste, sage-femme)
- le pharmacien délivre la spécialité pharmaceutique.
- La **notice scientifique**, également appelée RCP (résumé des caractéristiques du produit), est un document qui reprend les indications, la posologie conseillée, les effets secondaires éventuels, les éventuelles contre-indications, etc. La **notice patient** est une version de ce document destinée au patient.

Chapitre II

Le chapitre II reprend les classes de médicaments pour lesquelles il existe des principes de bonne pratique médicale largement répandus et généralement connus.

Les spécialités pharmaceutiques du chapitre II sont remboursables lorsque :

- le pharmacien reçoit une prescription rédigée par un médecin (ou dentiste, sage-femme)
- le pharmacien délivre la spécialité pharmaceutique.

Attention:

Pour les spécialités pharmaceutiques du chapitre II, le contrôle a posteriori s'applique.

Les accords : Médicaments Chapitre 4



Chapitre II, le contrôle a posteriori s'applique.

La prescription des médicaments du chapitre II n'est pas soumise à l'accord préalable du médecin conseil. Toutefois, la conformité de la prescription de ces médicaments aux recommandations émises par la Commission de remboursement des médicaments (CRM) peut toujours être vérifiée a posteriori. Le prescripteur prend donc la responsabilité individuelle que sa prescription soit conforme aux recommandations de la CRM.

Néanmoins une marge de tolérance de 20% est prévue.

Les accords : Médicaments Chapitre 4



Chapitre II contrôle a posteriori

Définition des indicateurs

Le Comité d'évaluation des pratiques médicales en matière de médicaments (CEM) définit des indicateurs au-delà desquels le profil de prescription du médecin sera examiné quant au respect des recommandations. Ces indicateurs sont publiés au Moniteur belge dans la rubrique « avis officiels » et sur le site Internet de l'INAMI (www.inami.be). L'INAMI en informe tous les médecins. Des indicateurs pour les statines et les inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) ont été publiés.

Les accords : Médicaments Chapitre 4



Quels sont les avantages d'un contrôle a posteriori ?

- Pour le prescripteur :
 - moins de tracasseries administratives
 - extension des possibilités d'adaptation de la prescription en fonction des recommandations générales en vigueur de bonne pratique médicale
 - renforcement de la responsabilisation individuelle.
- Pour le patient :
 - accès plus rapide au médicament prescrit
 - informations précises sur l'éventuel remboursement
 - garantie de traitement conformément aux recommandations générales en vigueur de bonne pratique médicale
 - renforcement de la relation de confiance médecin-patient en vue d'une meilleure compliance thérapeutique.

Les accords : Médicaments Chapitre 4



- Pour le pharmacien :
 - moins de tracasseries administratives
 - renforcement de la relation de confiance médecin-pharmacien-patient à cause du caractère d'EBM de la prescription du médecin.
- Pour les organismes assureurs :
 - moins de tracasseries administratives
 - garantie d'actes médicaux de promotion de la qualité grâce à l'utilisation de recommandations générales en vigueur de bonne pratique médicale
 - restauration de la relation de confiance entre le médecin traitant et le médecin-conseil.

Les accords : Médicaments Chapitre 4



Chapitre IV : contrôle a priori

Le remboursement d'une spécialité pharmaceutique inscrite au chapitre IV est soumis à des conditions imposées pour des raisons médicales et/ou budgétaires. Cela signifie que le remboursement est limité quant au niveau des indications, au groupe cible, à l'âge, etc. Il s'agit des « médicaments avec autorisation ».

- Ces conditions sont fixées dans le paragraphe où la spécialité pharmaceutique est inscrite.
- De plus, le remboursement dépend d'une autorisation préalable du médecin-conseil (le contrôle a priori).
- Dans quelques cas exceptionnels, l'autorisation préalable n'est pas nécessaire et il suffit d'indiquer une mention spécifique sur la prescription. C'est alors précisé dans le paragraphe où la spécialité pharmaceutique est inscrite.

Les accords : Médicaments Chapitre 4



Les spécialités pharmaceutiques du chapitre IV sont remboursables lorsque le patient répond aux conditions de remboursement.

→ la procédure à suivre :

- **Procédure papier**
 - le médecin rédige une demande de remboursement
 - le patient introduit la demande auprès de la mutualité
 - le patient reçoit une autorisation
- **Procédure électronique**
 - le médecin introduit une demande de remboursement
 - le patient reçoit une autorisation
- Le pharmacien reçoit une prescription rédigée par un médecin
- Le pharmacien délivre la spécialité pharmaceutique

Les accords : Médicaments Chapitre 4



Chapitre III, Ivbis, V, VI , VII , VIII Pro memorie

Les accords : Kinésithérapie



- **Qui décide ? :**
 - La commission de convention sur base du conseil technique de la kinésithérapie
- **Motifs ? :**
 - Traitement long / chronique revalidant, de stabilisation d'un état fonctionnel déficitaire
- **Pathologies soumises à l'accord :**
 - Kiné E
 - Les séances supplémentaires à la
 - Kinésithérapie courante: 18 séances
 - Kiné F: 60 séances

Les accords : Kinésithérapie E



- Information INAMI :
 - <http://www.riziv.fgov.be/fr/professionnels/sante/kinesitherapeutes/Pages/pathologies-lourdes-liste-payer-moins-cher.aspx#.WQ7gb7uwc5s>

Les accords : Kinésithérapie E



- Il s'agit de prestations pour le traitement de certaines pathologies reprises dans une liste limitative, chez des patients qui ont obtenu à cet effet un accord du médecin-conseil.
- Des avantages spécifiques sont accordés à ces patients :
 - Un plus grand nombre de séances que prévu pour d'autres traitements sont remboursées.
 - Eventuellement une deuxième séance par jour .
 - La part d'intervention personnelle du patient est réduite et le montant de l'intervention de l'assurance obligatoire est augmenté.
- Ces prestations sont reprises à l'art. 7, §1, 2° de la nomenclature.
- Les règles d'application se trouvent à l'art. 7, § 11 de la nomenclature, et dans l'AR du 23-03-1982, art. 7, § 3, 2e alinéa, 3°.

Les accords : Kinésithérapie E



- a) Paralyse périphérique étendue : monoplégie, syndrome de Guillain Barré.
- b) Affections neurologiques centrales de caractère évolutif avec déficit moteur étendu.
Exemples : sclérose en plaques, maladie de Parkinson, sclérose latérale amyotrophique, etc.
- c) Séquelles motrices étendues d'origine encéphalique ou médullaire.
Exemples : infirmité motrice cérébrale "Cerebral Palsy", hémiplégie, spina bifida, syndrome cérébelleux, etc.
- d) Suites de brûlures graves au niveau des membres et/ou du cou pendant la phase évolutive.
- e) Perte fonctionnelle :
 - Perte fonctionnelle importante d'un membre suite à une agénésie du membre ou à une dysmélie affectant l'anatomie de ses différents segments
 - Perte fonctionnelle globale d'un membre suite à une amputation, pendant la période d'adaptation
 - Perte fonctionnelle globale post-traumatique d'un membre, pendant la période évolutive
- f) Pied bot varus équin chez l'enfant de moins de 2 ans.

Les accords : Kinésithérapie E

Première demande



Pour donner un accord, le médecin-conseil doit disposer :

- d'un diagnostic confirmé par un médecin spécialiste ; pour les polyarthrites auto-immunes inflammatoires chroniques, le diagnostic doit émaner d'un rhumatologue, médecin-interniste ou pédiatre .
- d'une description précise des déficiences (dans le sens de l'OMS-ICF), de leur étendue et des raisons justifiant une prise en charge en kinésithérapie ou en physiothérapie intensive et de longue durée (1) ;
- du lien documenté entre le diagnostic et les déficiences pour lesquelles une intervention est demandée (1) ;
- des précisions qui, partant d'un bilan fonctionnel, indiquent par le biais de quel plan de traitement et de quelles techniques de kinésithérapie ou de physiothérapie l'on veut atteindre le résultat fonctionnel visé (1) ;
- pour le traitement du lymphœdème : des résultats d'une périmétrie ou d'une volumétrie ou d'une lymphoscintigraphie en trois temps (1) ;
- pour le traitement des anomalies structurelles du système locomoteur : de la prévalence et de publications récentes démontrant la nécessité d'une prise en charge en kinésithérapie intensive et de longue durée (1).

Les accords : Kinésithérapie E

Prolongation



Si nécessité d'une prolongation de l'accord :

→ cette situation doit à nouveau être démontrée par une justification médicale détaillée du médecin traitant, généraliste ou spécialiste.

- Cette justification doit comporter les éléments nécessaires pour donner l'accord, à l'exclusion de la confirmation du diagnostic par le médecin spécialiste (celle-ci ne doit pas être renouvelée).
- Pour le lymphœdème : il importe de démontrer que la réduction clinique de l'œdème ne reste maintenue que par des prestations de kinésithérapie ou physiothérapie. Un nouvel examen lymphoscintigraphique n'est pas exigé.

Les accords : Kinésithérapie E

Nombre maximum et nomenclature



Un accord ou prolongation d'accord ne peut jamais dépasser 3 ans.

Durant la période de l'accord, le nombre de séances n'est pas limité.

- **Exceptions :**
 - Le traitement du lymphœdème avec les prestations 639XXX : maximum 120 fois par année civile. Si d'autres séances doivent être réalisées, celles-ci peuvent avoir lieu avec des séances normales 56XXXX.
 - Le traitement en séances de 45 minutes des pathologies lourdes spécifiques : au maximum 50 fois sur une période d'un an à partir de la date de la première de ces prestations spécifiques et ce, après le séjour du patient en hôpital ou en centre de révalidation (phase subaiguë), sans discontinuité des soins sauf pour raison médicale. Ceci peut avoir lieu une seule fois par patient, sauf en cas de récurrence de l'affection initiale ou en cas de manifestation d'une autre des affections spécifiques.
 - Le traitement en séances de 60 minutes des pathologies lourdes spécifiques : au maximum 30 fois par année civile. Si d'autres séances doivent être réalisées, celles-ci peuvent avoir lieu avec des séances normales 56XXXX de 30 ou de 20 minutes.

Les accords : Kinésithérapie E



- Litiges :
 - Manque de données prévues dans la demande
 - Généralement pas de problème sur l'aspect diagnostic, mais plutôt sur la nécessité d'avoir une kinésithérapie de longue durée et intensive : *un traitement d'entretien 1x par semaine ne répond pas à cette notion ...*

Kinésithérapie : type de prestations



- Prolongations du nombre de séances:

Préalable : quelques définitions

Kiné courante

Kiné Fa

Kiné Fb

Kiné E : voir ci-dessus

Kinésithérapie : type de prestations



Kiné courante : tous les traitements kinésithérapeutiques qui ne peuvent faire l'objet de remboursement dans le cadre de la Kiné Type E ou Type Fa, Fb .

Maximum : 18 séances par pathologie .

Kinésithérapie : type de prestations



Kiné Fa:Pathologies de la liste Fa

- Il s'agit de pathologies qui nécessitent un traitement de kinésithérapie intense pendant une courte période.
- Pour une pathologie de la liste Fa (F aiguë) (art. 7, §14, 5°, A), le patient peut bénéficier d'un maximum de 60 séances de kinésithérapie remboursées au meilleur tarif, pendant une période d'1 an (365 jours à partir de la date de la 1re séance effectuée).
- Après ces 60 séances, le traitement peut être poursuivi avec un remboursement moins important.

Kinésithérapie : type de prestations



Kiné Fa: Pathologies de la liste Fa (extraits art 7, § 14 5° A liste incomplète !!!!)

- "A.R. 18.12.2002" (en vigueur 1.1.2003)
- **"a)** Affections posttraumatiques ou postopératoires suivantes:
- **"b)** Situations dans lesquelles une des prestations de la nomenclature (réanimation) a été attestée pour des bénéficiaires qui ont été hospitalisés;
- **c)** Situations dans lesquelles les bénéficiaires ont été admis:
 - — soit dans une fonction de soins intensifs ;
 - — soit dans une fonction de soins néonataux locaux ;
 - — soit dans un service pour la néonatalogie intensive (NIC)
- **"d)** Insuffisance respiratoire pour les enfants de moins de 16 ans souffrant de trachéo-, laryngo- ou bronchomalacie ou d'infections récurrentes des voies respiratoires inférieures. Cette affection doit être au moins initialement démontrée par imagerie médicale.
- **e)** Déficit moteur et invalidité à la suite:
 - 1) d'une mononeuropathie (par exemple pied tombant ou main tombante);
 - 2) d'une polyneuropathie motrice ou mixte.

Pour les situations 1 et 2 ci-dessus, le déficit moteur est quantifié par un test manuel de force musculaire standardisé où, selon la classification du "Medical Research Council", on attribue un score de 3 ou moins. Une consultation chez un spécialiste et les examens diagnostiques nécessaires, dont des tests neurophysiologiques, auront eu lieu préalablement. Lorsque dans le rapport médical, la cause de la neuropathie et l'image clinique sont claires, en particulier dans les domaines du diabète et des abus d'alcool, le traitement peut être entrepris sans autre investigation neurophysiologique.

Kinésithérapie : type de prestations



Kiné Fb : Pathologies de la liste Fb

- Il s'agit de pathologies qui nécessitent un traitement régulier de kinésithérapie qui peut durer plusieurs années.
- Pour une pathologie de la liste Fb (F chronique) (art. 7, §14, 5°, B), le patient peut bénéficier d'un maximum de 60 séances de kinésithérapie remboursées au meilleur tarif par année civile, pendant une période allant de la 1^{re} séance effectuée au 31 décembre de la 2^e année civile qui suit l'année de cette 1^{re} séance.
- Si l'état de santé du patient le nécessite, une liste « Fb » est renouvelable.
- Après ces 60 séances le traitement peut être poursuivi avec un remboursement régressif. Le taux de remboursement diminue, dans un premier temps pour les 20 séances suivantes, puis une deuxième fois pour les séances effectuées à partir de la 81^e séance.

Kinésithérapie : type de prestations



Kiné Fb : Pathologies de la liste Fb (extrait Art 7 § 14 5° B)

- "a) Situations qui nécessitent une rééducation fonctionnelle de la marche pour les bénéficiaires à partir de leur 65e anniversaire ayant déjà été victime d'une chute et présentant un risque de récurrence, à objectiver par le médecin traitant et le kinésithérapeute au moyen...
- "b) Troubles du développement psychomoteur. Chez les enfants de moins de 16 ans, après avis et proposition de traitement d'un des médecins spécialistes mentionnés ci-dessous, et avec un score significativement plus faible sur un test standardisé.
 - Médecin spécialiste en :
 - (neuro)pédiatrie
 - (neuro)pédiatrie et F et P (*)
 - neuropsychiatrie et F et P (*)
 - neurologie

.....

Kinésithérapie : type de prestations



Formulaires pour kiné Fa – Fb

- [Formulaire: annexe 05a - Règlement des soins de santé du 28 juillet 2003](#)

Nouveau formulaire à utiliser depuis le 1er mai 2015 - Notification du traitement d'une situation pathologique décrite à l'article 7, § 14, 5°, a, de la nomenclature des prestations de santé (liste Fa)

- [Formulaire: annexe 05b - Règlement des soins de santé du 28 juillet 2003](#)

Notification, ou renouvellement de notification, du traitement d'une situation pathologique décrite à l'article 7, § 14, 5°, b, de la nomenclature des prestations de santé (liste Fb)

Les accords : Kinésithérapie Séances supplémentaires + 18 et + 60



Litiges : Notion de nouvelle situation pathologique

Texte de loi :

"A.R. 22.7.2010" (en vigueur 1.9.2010)

"Si, le bénéficiaire est atteint au cours de l'année civile d'une nouvelle situation pathologique, pour laquelle le traitement doit être attesté au moyen des prestations du § 1, 1°, le kinésithérapeute peut, à cet effet, adresser une demande au médecin-conseil. Ce dernier peut donner l'autorisation d'attester à la fin des 18 premières séances de l'année civile, 18 prestations supplémentaires par nouvelle situation pathologique pendant la période restante de l'année civile. Cette autorisation supplémentaire peut être donnée maximum deux fois par année civile. L'autorisation par le médecin-conseil de 18 prestations supplémentaires n'interdit pas l'attestation du solde éventuel des 18 prestations précédentes."

Les accords : Kinésithérapie Séances supplémentaires + 18 et + 60



Litiges : Notion de nouvelle situation pathologique

Texte de loi :

"A.R. 18.12.2002" (en vigueur 1.1.2003)

"Cette demande doit être accompagnée:

- *soit d'un rapport du médecin traitant dans lequel sont décrites les situations pathologiques successives et les dates d'apparition;*
- *soit d'un rapport du kinésithérapeute qui fait le relevé des situations pathologiques successives et mentionne leurs dates d'apparition, rapport établi sur base des prescriptions médicales des traitements de ces situations pathologiques; des copies de ces prescriptions sont jointes au rapport.*

La demande doit être introduite par un courrier adressé personnellement au médecin-conseil.

Les prestations supplémentaires ne peuvent être portées en compte avant d'avoir été autorisées par le médecin-conseil.

Les accords : Kinésithérapie

Séances supplémentaires + 18 et + 60



Litiges : Notion de nouvelle situation pathologique

Texte de loi :

- Courante: + 18

Art 7 §10 Règles d'application page 22

- « Par nouvelle situation pathologique il faut entendre une situation apparue postérieurement à la mise en route du traitement de kinésithérapie réalisé au cours de la même année calendrier et qui soit indépendante de la situation pathologique initiale. »

- F:+ 60

Art 7 §14 Règles d'application page 29

- « Par nouvelle situation pathologique, il faut entendre une situation apparue postérieurement à la mise en route du traitement de kinésithérapie et qui soit indépendante de la situation pathologique initiale. »

Les accords : Kinésithérapie

Séances supplémentaires + 18 et + 60



Règle interprétative 01

QUESTION

L'article 7, § 10, 3e alinéa, et § 14, 5e alinéa, de la nomenclature des prestations de santé prévoit que : "*par nouvelle situation pathologique il faut entendre une situation apparue postérieurement à la mise en route du traitement de kinésithérapie réalisé au cours de la même année calendrier et qui soit indépendante de la situation pathologique initiale*".

Comment faut-il interpréter cette notion de nouvelle situation pathologique dans les situations suivantes ?

1. Arthrose à localisation multiple avec ou sans poussées successives;
2. Existence concomitante de deux pathologies chroniques;
3. Algoneurodystrophie survenant dans le décours d'une affection traumatique;
4. Ablation de matériel d'ostéosynthèse dans les mois qui suivent un traitement orthopédique sanglant?

Les accords : Kinésithérapie Séances supplémentaires + 18 et + 60



REPONSE

1. Dans la première situation, il y a lieu de considérer l'arthrose à localisation multiple comme une seule entité nosologique, c'est-à-dire que des poussées douloureuses de même localisation voire de localisation différente ne peuvent être considérées comme une nouvelle situation pathologique. Cependant, à titre exceptionnel, une poussée aiguë d'une localisation différente peut être considérée comme une nouvelle situation pathologique sur base d'un rapport mettant en évidence une aggravation nette et récente des limitations fonctionnelles. Ce rapport peut être rédigé par le médecin ou par le kinésithérapeute.
2. Dans le cas de coexistence de deux pathologies chroniques, l'alternance ou la concomitance de prise en charge pour l'une ou l'autre des pathologies ne peut justifier l'accord pour des séances de kinésithérapie supplémentaires, la situation pathologique devant être considérée à un moment donné comme un ensemble.
3. Dans le cas de l'apparition secondaire d'une algoneurodystrophie documentée, il est possible de considérer celle-ci comme une nouvelle situation pathologique par rapport à l'affection initiale.
4. Dans le cas de l'ablation de matériel d'ostéosynthèse, celle-ci peut être considérée comme un élément justifiant la reconnaissance par le médecin-conseil de l'existence d'une nouvelle situation pathologique.

Date du moniteur : 14/07/2006 Date de prise d'effet : 14/07/2006 Articles : 7 ; 7-§ 10 ; 7-§ 14 ;

Les accords médecins-conseils



Echelles de dépendance :

- Soins Infirmiers / Maison de Repos (MRS/MR)
- Aide de tierce personne

Les accords : Soins Infirmiers / MRS - MR



- Echelle de KATZ
- Contrôles par les OA :
 - Soins infirmiers : 10 % des membres bénéficiant des forfaits de soins dépendance / toilettes hygiène, contrôle direct par les médecins-conseils (infirmières-conseils) sur base de liste venant de l'INAMI ou spontanés
 - MRS/MRPA : 10 % des institutions par an, contrôle intermutuelliste organisé par le Collège National des Médecins Conseils

Les accords : Soins Infirmiers / MRS - MR



- Constats :
 - Soins infirmiers à domicile
 - 45 % de discordance entre évaluateurs et évalués
 - Surscorage de 1 à 2 niveaux
 - Impacts financiers énormes vu la différence de remboursement entre les forfaits
 - MRS-MRPA
 - Meilleure corrélation entre évaluateurs et évalués
 - Système proactif et pédagogique de contrôle
 - Lien avec les normes de personnel qui limitent la "méconnaissance" de l'échelle de Katz

Les accords : Soins Infirmiers / MRS - MR



- Texte de références :

- http://www.riziv.fgov.be/SiteCollectionDocuments/directive_infirmiers_katz_20110401.pdf

Directives pour l'utilisation de l'échelle d'évaluation

D'APPLICATION À PARTIR DU 1^{ER} AVRIL 2011

Les modifications par rapport à la version précédente sont indiquées en caractères italiques et soulignées.

- art. 161 de l'A.R. du 3/07/1996 (maisons de repos pour personnes âgées, maisons de repos et de soins, et les centres de soins de jour)
- art. 8 de l'annexe à l'A.R. du 14/09/1984 (nomenclature des praticiens de l'art infirmier)

Chaque critère doit être évalué en tenant compte des limitations quelle que soit leur origine (par exemple une affection cardiorespiratoire, une affection locomotrice, une affection psychique, etc.) et ce, indépendamment des soins dispensés.

Se laver

1. Est capable de se laver complètement sans aucune aide

Le patient est capable de se laver complètement sans aucune aide et sans aucune forme de surveillance ou de stimulation.

Les accords : Soins Infirmiers / MRS - MR



Se laver ⁽¹⁾

1. Est capable de se laver complètement sans aucune aide

Le patient est capable de se laver complètement sans aucune aide et sans aucune forme de surveillance ou de stimulation.

2. A besoin d'une aide partielle pour se laver au-dessus ou en dessous de la ceinture

Il existe deux possibilités :

- a) Le patient a besoin d'une aide active pour se laver au-dessus ou en dessous de la ceinture, ou
- b) Le patient est capable de se laver au-dessus ou en dessous de la ceinture, moyennant une stimulation et sans la nécessité d'une surveillance et/ou d'une présence continue(s).

La situation où seul le dos ou seuls les pieds sont lavés répond au score '2'.

Les accords : Soins Infirmiers / MRS - MR



Se laver (2)

3. A besoin d'une aide partielle pour se laver tant au-dessus qu'en dessous de la ceinture

Il existe deux possibilités :

a) Chaque fois que le patient se lave, au-dessus et en dessous de la ceinture, il a besoin d'aide pour se laver au-dessus ou en dessous de la ceinture

OU

b) Le patient est encore capable de se laver partiellement tant au-dessus qu'en dessous de la ceinture, moyennant une stimulation individuelle continue (par exemple vocale) et une surveillance active continue.

La situation où seuls le dos et les pieds sont lavés répond au score '3'.

4. Doit être entièrement aidé pour se laver tant au-dessus qu'en dessous de la ceinture

Lorsqu'une tierce personne ne le fait pas, le patient n'est pas lavé.

47

Les accords : Soins Infirmiers / MRS - MR



S'habiller (1)

1. Est capable de s'habiller et de se déshabiller complètement sans aucune aide

Le patient est capable de s'habiller et de se déshabiller complètement de sa propre initiative, sans aucune aide et sans aucune forme de surveillance ou de stimulation. Il s'agit de patients qui savent ce qu'ils doivent porter et qui changent à temps de vêtements.

Le patient qui éprouve uniquement des difficultés pour nouer ses lacets appartient à cette catégorie.

2. A besoin d'une aide partielle pour s'habiller au-dessus ou en dessous de la ceinture (sans tenir compte des lacets)

Il existe deux possibilités :

a) Le patient a besoin d'une aide partielle active pour s'habiller et/ou se déshabiller au-dessus ou en dessous de la ceinture (par exemple pour enfiler un corset, des bas à varices), ou

OU

b) Le patient est capable de s'habiller et/ou de se déshabiller au-dessus ou en dessous de la ceinture moyennant une stimulation (par exemple la préparation de ses vêtements) et sans la nécessité d'une surveillance continue et/ou d'une présence continue.

48

Les accords : Soins Infirmiers / MRS - MR



S'habiller (2)

3. A besoin d'une aide partielle pour s'habiller tant au-dessus qu'en dessous de la ceinture

Il existe trois possibilités :

- a) Le patient a chaque fois besoin d'une aide active partielle pour s'habiller et/ou se déshabiller tant au-dessus qu'en dessous de la ceinture
- OU
- b) Le patient est encore capable de s'habiller et/ou de se déshabiller partiellement tant au-dessus qu'en dessous de la ceinture, moyennant une stimulation individuelle continue (par exemple vocale) et une surveillance active continue
- OU
- c) Le patient a besoin d'aide pour mettre l(es) orthèse(s) et/ou la (les) prothèse(s) indispensable(s) à son autonomie locomotrice (membres supérieurs et/ou membres inférieurs).

Sans cette aide, le patient n'est pas capable de s'habiller décentement.

4. Doit être entièrement aidé pour s'habiller tant au-dessus qu'en dessous de la ceinture

La situation du patient a tellement évolué qu'il ne s'habille ou ne se déshabille plus du tout. Si personne ne l'aide à s'habiller, le patient porte les mêmes vêtements jour et nuit.

49

Les accords : Soins Infirmiers / MRS - MR



Transfert et déplacements (1)

Le critère « transfert » exprime tout changement de position (de la position couchée à la station debout, de la position assise à la station debout, de la position couchée à la position assise et vice versa).

Le critère « déplacements » implique le fait d'aller d'un point à l'autre.

Aucun moyen d'immobilisation ou de contention n'est pris en considération pour l'évaluation de ce critère.

1. Est autonome pour le transfert et se déplace de façon entièrement indépendante, sans auxiliaire(s) mécanique(s), ni aide de tiers

Le patient est autonome pour le transfert et est capable de se déplacer sans aucune aide de tiers ou d'aide(s) mécanique(s), comme il l'a toujours fait.

2. Est autonome pour le transfert et ses déplacements moyennant l'utilisation d'auxiliaire(s) mécanique(s) (béquille(s), chaise roulante, ...)

Le patient est autonome pour le transfert, éventuellement à l'aide d'auxiliaire(s) mécanique(s). Pour se déplacer, le patient utilise lui-même des aides à la marche telles des béquilles, une tribune, une chaise roulante, etc. ou s'appuie sur les meubles ; cela nécessite, le cas échéant, l'aide occasionnelle d'un tiers.

50

Les accords : Soins Infirmiers / MRS - MR



Transfert et déplacements (2)

3. A absolument besoin de l'aide de tiers pour au moins un des transferts et/ou ses déplacements

Il existe deux possibilités :

a) Le patient n'est jamais capable de se lever du lit le matin et/ou de se coucher le soir sans l'aide de tiers (de la position couchée à la station debout ou vice versa), et/ou le patient n'est jamais capable de se mettre debout ou de s'asseoir sans l'aide de tiers (de la position assise à la station debout ou vice versa), et/ou le patient n'est jamais capable de s'asseoir ou de se coucher sans l'aide de tiers (de la position couchée à la position assise et vice versa)

ET/OU

b) Le patient a besoin de l'aide de tiers pour chaque déplacement

4. Est grabataire ou en chaise roulante et dépend entièrement des autres pour se déplacer

Le patient qui bénéficie d'une voiturette électronique remboursée et qui y séjourne la plus grande partie de la journée, tant pour les déplacements intérieurs qu'extérieurs, obtient un score 4. Il s'agit d'un patient qui présente des difficultés complètes, démontrées et définitives de déplacement. Il ne peut se tenir debout ou marcher. Un transfert autonome de la voiturette vers une chaise, le fauteuil ou le lit ou inversement est impossible sans l'aide d'une tierce personne.

51

Les accords : Soins Infirmiers / MRS - MR



Aller à la toilette

Ce critère exprime tant l'utilisation des WC que celle de la chaise percée placée à proximité immédiate du patient.

Ce critère est chaque fois une combinaison de 3 items : se déplacer et s'habiller (baisser et relever le pantalon et éventuellement retirer et replacer du matériel d'incontinence) et s'essuyer.

1. Est capable d'aller seul à la toilette, de s'habiller et de s'essuyer

2. A besoin de l'aide partielle de tiers pour se rendre aux toilettes ou s'habiller ou s'essuyer

Le patient a besoin d'aide pour un des trois items: se déplacer ou s'habiller ou s'essuyer.

3. Doit être entièrement aidé pour se rendre aux toilettes et/ou s'habiller et/ou s'essuyer

Le patient a besoin d'aide pour deux des trois items: se déplacer et/ou s'habiller et/ou s'essuyer.

4. Doit être entièrement aidé pour se rendre aux toilettes/chaise percée et s'habiller et s'essuyer

Le patient a besoin d'aide pour les trois items: se déplacer et s'habiller et s'essuyer.

52

Les accords : Soins Infirmiers / MRS - MR



Continence (1)

La modification pour le score « 2 » est d'application à partir du 1^{er} janvier 2007 (la date d'entrée en vigueur de la modification de la nomenclature des soins infirmiers à domicile qui y est associée)

1. Est continent pour les urines et les selles
2. Est accidentellement incontinent pour les urines ou les selles (sonde vésicale ou anus artificiel compris)

Il existe trois possibilités :

a) Le patient présente occasionnellement, c'est-à-dire à des moments irréguliers du nyctémère, des pertes involontaires d'urine et/ou de fèces, comme une incontinence due au stress ou une incontinence d'effort. Une personne qui est exclusivement incontinente pour les urines pendant la nuit doit obtenir un score «2». Une personne qui est incontinente pour les urines pendant la nuit et occasionnellement incontinente pour les urines pendant la journée reçoit également un score "2«

OU

b) Le patient porte un anus artificiel ou une urostomie ou une sonde à demeure

OU

c) Le patient réalise son auto-sondage

53

Les accords : Soins Infirmiers / MRS - MR



Continence (2)

3. Est incontinent pour les urines (y compris exercices de miction) ou les selles

Il existe deux possibilités :

a) Le patient présente une perte involontaire d'urine ou de fèces de façon permanente ou le patient n'est continent que grâce à des exercices de miction (minimum 4 fois par jour) ou une aide à la toilette individualisée avec mention dans le plan de soins, dans le dossier infirmier ou le dossier de soins) ou cathétérisation par un tiers

OU

b) Le patient présente en permanence un comportement inadapté lors de l'élimination de l'urine ou des fèces.

4. Est incontinent pour les urines et les selles

Il existe deux possibilités :

a) Le patient présente une perte involontaire d'urine et de fèces de façon permanente. Il est donc incontinent pour l'urine et les selles

OU

b) Le patient présente en permanence un comportement inadapté lors de l'élimination de l'urine et des fèces.

54

Les accords : Soins Infirmiers / MRS - MR



Manger (1)

1. Est capable de manger et de boire seul

Le patient est capable de manger et de boire de manière autonome

2. A besoin d'une aide préalable pour manger ou boire

Il existe deux possibilités :

a) Le patient a surtout besoin d'une aide préalable pour manger ou boire (par exemple tartiner, couper la viande, servir la boisson,...), ou

b) Le patient est autonome pour manger et boire s'il dispose de moyens d'aide adaptés ou de l'aide occasionnelle de tiers ou moyennant une stimulation et sans la nécessité d'une surveillance et/ou d'une présence continue.

55

Les accords : Soins Infirmiers / MRS - MR



Manger (2)

3. A besoin d'une aide partielle pendant qu'il mange ou boit

Il existe deux possibilités :

a) Le patient a besoin de l'aide partielle de tiers au moins pendant tout le repas principal

OU

b) Le patient reçoit une stimulation (par exemple vocale) individualisée continue (une personne qui s'occupe de maximum 3 patients pour la prise du repas durant toute la durée de celui-ci) et une surveillance active continue lors de la prise de nourriture ou de boissons.

4. Le patient est totalement dépendant pour manger et boire

Pour manger, le patient est totalement dépendant de tiers ou d'une technique de nutrition (alimentation par sonde, alimentation entérale ou parentérale,...).

56

Catégories suivant les scores KATZ



DOMICILE :

- T2 : droit à deux toilettes par semaine
- T7 : droit à sept toilettes par semaine
- FFT A
- FFT B
- FFT C

ATTENTION DOMICILE :
FFT A = 17 € , FFT B = 33 € , FFT C = 46 €

MRS/MRPA :

- 0
- FFT A
- FFT B
- FFT C
- FFT Cd
- FFT D (MRPA uniquement)

57

DOMICILE	1	2	3	4		
se laver		T2 T7dés T7-inc	00	T7 000	et et et	FFT A
s'habiller		T7dés T7-inc	00	T7 000		FFT B
ET						FFTC
transfert/ déplacement			00	000	et/ou et et	
aller à la toilette			00	000	et et	
continence		T7-inc	T7-inc 0 O(3)	T7-inc 0 O(4)	et/ou et	
manger			0 O(3)	0 O(4)		
						58

Les accords : Aide de tierce personne INAMI



Aide de tierce personne INAMI :

Loi ASSI du 14 07 1994 :

Section II. - De l'indemnité d'invalidité.

Art. 93. Lorsque

(Le Roi peut, pour les catégories de travailleurs en incapacité de travail à partir du quatrième mois et d'invalides qu'il définit et aux conditions qu'il détermine, octroyer une allocation forfaitaire pour aide de tiers.) <L 1999-01-25/32, art. 139, 038; En vigueur : 16-02-1999>

Les accords : Aide de tierce personne INAMI



Aide de tierce personne INAMI :

- **Article 215bis de AR du 3/07/1996 modifié par l'AR du 29/01/2007**
 - L'évaluation du degré de nécessité de l'aide d'une tierce personne s'effectue sur base du nombre total de points attribués en fonction du **guide utilisé pour l'évaluation du degré d'autonomie par la législation relative à l'octroi d'allocations aux handicapés (AM 30 07 87)** . Le titulaire doit obtenir un nombre total d'au moins 11 points.

Les accords : Aide de tierce personne INAMI



Aide de tierce personne INAMI :

Octroi si :

- Difficultés à accomplir les actes courants de la vie journalière
- Indemnités de maladie => être en incapacité de travail !

Si des difficultés à accomplir les actes courants de la vie journalière mais pas droit à des indemnités de maladie : => Direction générale Personnes handicapées du Service public fédéral Sécurité sociale. (Vierge Noire ...). Ce sont les médecins-conseils du SPF qui évaluent.

En quoi consiste l'allocation pour aide d'une tierce personne ?

- Allocation pour l'aide d'une tierce personne pour tous les jours de la semaine à l'exception du dimanche. Le montant de cette allocation journalière est forfaitaire. (20,4 € par jour) .Il est exonéré d'impôt.

Quand peut-on recevoir l'allocation pour aide d'une tierce personne ?

- L'allocation d'Aide d'une Tierce Personne est reconnue à partir du 4^e mois d'incapacité de travail . Au plus tard, jusqu'à la fin de l'incapacité de travail.
- L'aide d'une tierce personne ne peut être reconnue que si elle est estimée indispensable pour une période continue d'au moins trois mois.
- Pas en maison de repos , pas en hospitalisation psychiatrique ...!

Les accords : Aide de tierce personne INAMI



Quels sont les critères à remplir pour obtenir l'aide d'une tierce personne ?

- Le médecin-conseil OA évalue le degré de nécessité de l'aide d'une tierce personne sur base des activités suivantes :
 - se déplacer
 - absorber ou préparer sa nourriture
 - assurer son hygiène personnelle et s'habiller
 - assurer l'hygiène de son habitat et accomplir des tâches ménagères
 - vivre sans surveillance, être conscients des dangers et être en mesure de les éviter
 - communiquer et avoir des contacts sociaux.
- Pour chaque activité, le médecin-conseil attribue un score de 0 à 3 points, en fonction des tâches concrètes encore réalisables.

Pour reconnaître la nécessité de l'aide d'une tierce personne, le médecin-conseil doit attribuer un score total d'**au moins 11 points** (18 points au maximum) et estimer que celle-ci est indispensable pour une **période d'au moins 3 mois**.

Les accords : Aide de tierce personne INAMI



ATTENTION :

Aide d'une Tierce Personne INAMI

Allocation d'intégration SPF Personne Handicapée

Une seule échelle médico-sociale, deux approches... **deux médecins-conseils différents : OA – SPF avec 2 outils différents !!!!**

Les accords : Allocation Intégration PH



Loi 27 février 1987: Allocation d'intégration PH

- o 21 ans – 65 ans
- o autonomie réduite suite à handicap

Définit 5 "CATEGORIES" de perte d'autonomie,

Suivant une échelle de points de 0 à 18 points

Aux 5 catégories correspondent 5 montants d'allocations maxima :

1° catégorie : 7 à 8 points	1.171 € annuel (montant 01 01 2016)
2° catégorie : 9 à 11	3.992
3° catégorie : 12 à 14	6.380
4° catégorie : 15 à 16	9.294
5° catégorie : 17 à 18	10.544

Les accords : Allocation Intégration PH



- **AR du 6 juillet 1987** : définit les 6 « Fonctions » à prendre en compte pour l'évaluation de la perte d'autonomie
 - Possibilité de se déplacer
 - Possibilité d'absorber ou de préparer sa nourriture
 - Possibilité d'assurer son hygiène personnelle et de s'habiller
 - Possibilité d'assurer l'hygiène de son habitat et d'accomplir des tâches ménagères
 - Possibilité de vivre sans surveillance, d'être conscient des dangers et d'être en mesure d'éviter les dangers
 - Possibilité d'avoir des contacts sociaux

Les accords : Allocation Intégration PH



- **AM du 30 juillet 1987** : définit les « DEGRES » de perte d'autonomie pour chaque fonction de l'AR du 6 juillet 1987 à prendre en compte pour l'évaluation de la perte d'autonomie.

Les accords : Allocation Intégration PH



- **AM du 30 juillet 1987 : DEGRES**
 - 0 point : Pas de difficultés, pas d'efforts particuliers, pas d'équipements particuliers
 - 1 point : Difficultés minimes, ou efforts supplémentaires minimes, ou recours minime à des équipements particulier
 - 2 points : Difficultés importantes ou efforts supplémentaires importants ou recours important à des équipement particuliers
 - 3 points : Impossible sans l'aide d'une tierce personne ou impossible sans accueil dans un établissement approprié ou impossible sans environnement complètement adapté
- **ANNEXE : GUIDE**
 - C'est l'Echelle Médico-Sociale qui comporte 6 fonctions de même importance , chacune donnant un score compris entre 0 et 3 selon une autonomie décroissante.
 - Chaque fonction recouvre un domaine assez large des activités de la vie quotidienne. Exemple : alimentation comprend la planification , l'achat , préparation et consommation d'aliments et boissons.

Les accords : Aide de tierce personne INAMI vs. Allocation Intégration PH > UN PROBLEME



- Le SPF PH utilise le **Guide d'évaluation du degré d'autonomie** de l'AM 30 07 87 à l'intention des médecins du SPF Handicap
- L'INAMI a émis des **Modalités d'utilisation de l'Echelle d'évaluation de la réduction du degré d'autonomie** à l'intention des médecins-conseils des OA

Les évaluations aboutissent à des scores différents:

=> incompréhension des bénéficiaires ou allocataires

=> les experts désignés dans les recours contre l'INAMI et / ou le SPF utilisent le Guide annexe de l'AM....

=> critiques des divergences par les juges

=> nombre d'affaires perdues

=> insécurité / discrimination pour les personnes concernées

Les accords : Aide de tierce personne INAMI vs. Allocation Intégration PH > UN PROBLEME



• Modalités Inami :

- Sélection très précise d'activités représentatives par fonction
- Score attribué selon une évaluation « hiérarchique » des activités que la personne peut encore faire : système de cascade .
- Principe général : il faut toujours tenir compte de la planification, accomplissement, évaluation et de l'adaptation
- Même si toutes les institutions sociales ont participé à son élaboration, n'ont été approuvées que par l' INAMI et le FAT, pas par le SPF DGPH.

Echelle INAMI 01 07 2013



<http://www.riziv.fgov.be/fr/themes/incapacite-travail/salaries-chomeurs/Pages/aide-tierce-personne.aspx#.WOycz0WLSM8>

I. POSSIBILITES DE SE DEPLACER

L'INTERESSE(E) PEUT spontanément, de façon sûre, correcte et habituelle :

0		exact	faux
	marcher sur la voie publique sur une distance d'1 km .		
	monter et descendre un étage par l'escalier.		
	utiliser le bus, le tram et le train ou conduire sa voiture.		

Si tout est positif : 0 Si au moins une réponse est négative : cfr. questions à 1 point.

1		exact	faux
	se déplacer sur une distance de 100 mètres dans les environs de son habitation.		
	monter et descendre quelques marches d'escalier.		
	entrer et sortir d'une voiture et faire le voyage.		

Si tout est positif: 1 Si au moins une réponse est négative : cfr. questions à 2 points.

Echelle INAMI 01 07 2013



III. POSSIBILITES D'ASSURER SON HYGIENE PERSONNELLE ET DE S'HABILLER.

L'INTERESSE(E).

0	Exact	Faux
Peut spontanément, de façon sûre, correcte et habituelle se laver complètement.		
Peut spontanément, de façon sûre, correcte et habituelle entrer dans son bain ou dans sa douche et en sortir.		
Peut spontanément, de façon sûre, correcte et habituelle s'habiller et se déshabiller complètement, y compris choisir et prendre ses vêtements.		
Peut spontanément, de façon sûre, correcte et habituelle juger de la propreté et de l'usure des vêtements.		
Peut spontanément, de façon sûre, correcte et habituelle se coiffer, se brosser les dents, se raser et se couper les ongles.		
Peut spontanément, de façon sûre, correcte et habituelle utiliser une toilette ordinaire.		
Est continent ou présente seulement une incontinence d'effort.		
N'a pas de canule, de stomie ou de sonde.		

Si tout est positif: 0 Si au moins une réponse est négative: cfr. questions à 1 point.

1	Exact	Faux
Peut de façon sûre et autonome (sans stimulation) une fois dans son bain ou dans sa douche, se laver complètement.		
Peut de façon sûre et autonome (sans stimulation) enfiler et retirer sa chemise ou sa blouse, son pantalon ou sa jupe et ses sous-vêtements.		

Echelle INAMI 01 07 2013 Référentiel CIF



7. Précisions spécifiques sur la manière de considérer les différents items

Pour certaines activités mentionnées, les exigences sont décrites de manière plus détaillée, en vue de préciser les choses.

1. Possibilités de se déplacer

Marcher sur la voie publique : être conscient des situations de circulation dangereuses ; franchir de petits obstacles (trottoirs) ; marcher sur terrain inégal (pavés, gravier) ; s'orienter dans un environnement inconnu.

Descendre ou monter l'escalier : monter ou descendre normalement un escalier muni d'une rampe, c'est-à-dire sans manœuvres particulières (pas en arrière ou à quatre pattes).

Utiliser le bus, le tram et le train : consulter les horaires ; acheter un ticket ; monter dans les voitures et en descendre ; reconnaître le lieu de destination.

Conduire sa voiture : monter dans sa voiture et en descendre ; conduire sans devoir se reposer excessivement ou faire halte ; connaître et respecter le code de la route ; demander de l'aide en cas de nécessité ; s'orienter dans un environnement inconnu.

Faire le voyage : pouvoir rester assis tranquille au moins deux heures.

Se déplacer dans les environs de la maison : être conscient des situations de circulation dangereuses ; pouvoir franchir de petits obstacles (trottoirs) ; marcher sur

Echelle 01 07 2013 INAMI Référentiel CIF



On doit dans le cadre de l'implémentation de CIF

- tenir compte des fonctions suivantes :

les fonctions mentales générales retenues les fonctions de la conscience,
 fonctions d'orientation, les fonctions intellectuelles, les fonctions cognitives de
 niveau supérieur
 les fonctions sensoriels retenues les fonctions visuelles, les fonctions de l'audition
 les fonctions du cœur
 les fonctions respiratoires
 les fonctions de tolérance à l'effort
 les fonctions consacré aux fonctions locomotrices.

- tenir compte avec les structures suivantes

structure du cerveau
 structure de la moelle épinière et structures connexes
 œil, oreille et structures connexes non précisées
 Cœur
 structure du système respiratoire
 les structures liées au mouvement.

**NB!!!! La traduction
 est en peaufinage ...!**

- tenir compte avec les capacités

exécuter des transferts
 se déplacer
 marcher
 utiliser un moyen privé de transport motorisé
 utiliser les transports en commun
 conduire un moyen de transport à énergie humaine
 conduire des véhicules motorisés

Pour info: les codes CIF peuvent pris en considération
 d450 - d4551 - d420 - d455 - d460 - d470 - d475

Les accords : Aide de tierce personne INAMI vs. Allocation Intégration PH > UN PROBLEME



- Guide SPF :
 - Mêmes fondements généraux
 - Par fonction , la limitation des activités est décrite selon sa cause sur le plan MOTEUR, ENERGETIQUE, PSYCHIQUE et INTELLECTUEL , SENSORIEL et des TROUBLES de la parole
 - Conditions pour obtenir un score sont mentionnées.
 - On tient compte du score de la description la plus adéquate .

Echelle SPF



- <http://handicap.belgium.be/docs/fr/legislation-am-30juillet1987.pdf>

Echelle SPF



I. Possibilités de se déplacer :

Situation	Cote proposée	Justification éventuelle
Pas de difficultés Pas d'efforts particuliers Pas d'équipements particuliers		
Difficultés minimes ou Efforts supplémentaires minimes ou Recours minime à des équipements particuliers		
Difficultés importantes ou Efforts supplémentaires importants ou Recours important à des équipements particuliers		
Impossible sans l'aide d'une tierce personne ou Impossible sans accueil dans un établissement approprié ou Impossible sans environnement complètement adapté		

Cette fonction doit être évaluée pour toutes les catégories de [personnes handicapées, qu'elles] (6) (7) (8), soient [atteintes] (9) (10) (11) d'un handicap physique, sensoriel, psychique ou mental ou [atteintes] (6) (7) (8) d'une maladie chronique.

Il convient de ne pas examiner uniquement l'acte mécanique de se mouvoir, mais également la capacité de se rendre à l'endroit désiré, de reconnaître son chemin, de circuler dans le trafic, d'emprunter les transports en commun.

On n'envisagera pas uniquement les difficultés de déplacement sur de courtes distances mais également

Les accords : Aide de tierce personne INAMI vs. Allocation
Intégration PH > UN PROBLEME



- 2013 : A la demande du ministre Courard, mise en place d'une réflexion sur une simplification administrative dans l'évaluation / octroi de droits
- Groupe de travail chargé de réfléchir à une fusion des approches INAMI/SPF
- Objectifs :
 - Octroi de l'allocation d'intégration sur base des documents ATP des médecins-conseils INAMI, pour des personnes entre 21 à 65 ans
 - Simplification administrative pour les institutions et les bénéficiaires (OPTIFED)

Les accords : Aide de tierce personne INAMI vs. Allocation
Intégration PH > UN PROBLEME



- Aller vers un seul référentiel d'évaluation, une seule annexe, et donc abolir l'existence concomitante de l'annexe de l'AM et les modalités de l'INAMI
 - => fusion des approches
 - => concrétisation de la création du groupe de travail proposé en 2009

Les accords médecins-conseils



- Logopédie
- Orthodontie
- Réduction mammaire
- Voiturette
- Soins à l'étranger

Les accords médecins-conseils : recours



Je ne suis pas d'accord avec la décision du médecin-conseil. Quels sont mes recours ?

- Transmettre au plus vite un maximum d'informations (résultats d'examens, radios, rapports médicaux...) avant une décision finale
- En cas de désaccord persistant avec une décision du médecin-conseil, la seule alternative est d'adresser un recours auprès du Tribunal du travail le plus proche de votre domicile dans les trois mois suivant la décision du médecin-conseil. La procédure est gratuite.

Les accords médecins-conseils : récupération de l'indû



Section II. - De la récupération des prestations payées indûment.

Art. 164 celui qui, par suite d'erreur ou de fraude, a reçu indûment des prestations de l'assurance soins de santé, de l'assurance indemnités ou de l'assurance maternité, est tenu d'en rembourser la valeur à l'organisme assureur qui les a octroyées. Toutefois, la valeur des prestations octroyées indûment à un bénéficiaire est remboursée par le dispensateur qui ne possède pas la qualification requise ou qui ne s'est pas conformé aux dispositions légales ou réglementaires.

Si, toutefois, les honoraires relatifs aux prestations octroyées indûment n'ont pas été payés, le dispensateur de soins et le bénéficiaire qui a reçu les soins sont solidairement responsables du remboursement des prestations octroyées indûment.

Les autres accords au niveau de l'INAMI



- Le Fonds Spécial de Solidarité
- Le Collège des médecins-directeurs

Le Fonds Spécial de Solidarité



Qu'est-ce que le Fonds spécial de solidarité (FSS) ?

<http://www.riziv.fgov.be/fr/themes/cout-remboursement/par-mutualite/fonds-solidarite/Pages/default.aspx#.WOznoEWLSM8>

- Le FSS est un filet de protection supplémentaire de la couverture «ordinaire» de l'assurance obligatoire soins de santé.
- Ce fonds octroie aux patients souffrant d'une affection très grave une intervention financière pour certaines prestations médicales qui ne sont pas remboursées et qui sont particulièrement coûteuses.
- Le Fonds spécial de solidarité fait partie de l'INAMI .

Le Fonds Spécial de Solidarité



Dans quels cas faire appel au FSS ?

Dans un des cas suivants :

- L'**indication** pour la prestation est **rare**
- Souffrir d'une **maladie rare**
- Souffrir d'une maladie rare et avoir besoin de **soins médicaux continus et complexes**
- Avoir besoin d'un dispositif médical et/ou d'une prestation qui est une technique médicale innovante (à l'exclusion des médicaments)
- Enfant souffrant d'une maladie chronique qui a besoin d'un traitement
- Soins à l'étranger
- Besoin médical non rencontré (Unmet Medical Need) (uniquement pour le remboursement de médicaments).

Le Fonds Spécial de Solidarité Technique innovante



Demande d'intervention pour une technique médicale innovante

Dans la liste limitative des prestations et dispositifs médicaux apparaissent les techniques médicales chères et innovantes que le FSS peut prendre en compte pour intervenir financièrement.

=> **Liste vide actuellement**

Demande d'intervention pour une technique médicale innovante NON reprise sur la liste ?

Une intervention dans ce cadre est impossible. Toutefois, le Collège des médecins-directeurs examine si l'indication de la demande est rare, si il y a une maladie rare ou si l'enfant est malade chronique.

Le Fonds Spécial de Solidarité : Soins à l'étranger



Si l'état de santé nécessite **des soins qui doivent être délivrés à l'étranger**, le FSS peut dans certains cas intervenir :

- pour les **soins** (non remboursables) délivrés à l'étranger
- pour **les frais de voyage et pour les frais de séjour** pour le bénéficiaire et, le cas échéant, pour la personne qui l'accompagne.
 - **Attention** : Le FSS n'accordera pas d'intervention financière pour des frais de séjour et de transport si l'endroit de traitement se situe dans un périmètre de **350km à vol d'oiseau autour de Bruxelles**.

Néanmoins, au cas où l'état de santé est tellement grave qu'un transport médicalisé (p. ex en ambulance) est absolument requis et que la demande est digne d'intérêt selon les critères de la loi, le FSS pourra rembourser ces frais si un rapport médical établi avant le transport, motive pourquoi ce mode de transport est indispensable.

Le Fonds Spécial de Solidarité : Soins à l'étranger



Critères

La demande doit répondre à la notion de « **digne d'intérêt** » comme la loi la définit.

Pour être considérée comme « digne d'intérêt » et recevoir l'autorisation du FSS, la demande doit répondre à **TOUS** les critères suivants :

- Les prestations de santé dispensées à l'étranger sont onéreuses.
- Les prestations de santé dispensées à l'étranger présentent une valeur scientifique et une efficacité largement reconnues par les instances médicales internationales faisant autorité.
- Les prestations de santé dispensées à l'étranger ne relèvent plus d'un stade expérimental.
- Les prestations de santé dispensées à l'étranger visent le traitement d'une affection portant atteinte aux fonctions vitales du bénéficiaire.
- Il n'existe aucune alternative thérapeutique acceptable en matière de diagnostic ou de thérapie qui puisse être délivrée en Belgique dans un délai raisonnable sur le plan médical en tenant compte de l'état de santé du bénéficiaire au moment de sa demande.
- Les prestations de santé dispensées à l'étranger ont été, préalablement à l'obtention des soins, prescrites par un médecin-spécialiste, spécialisé dans le traitement de l'affection concernée et autorisé légalement à pratiquer la médecine dans un Etat membre de l'Union européenne ou de l'Espace économique européen. Le Collège des médecins-directeurs peut, le cas échéant, demander un avis complémentaire d'un médecin-spécialiste, spécialisé dans le traitement de l'affection concernée et autorisé à pratiquer la médecine en Belgique.

Le Fonds Spécial de Solidarité



Demande / documents

→ Pour que le FSS puisse accorder des interventions financières, il faut obligatoirement avoir reçu l'accord du FSS **avant** la réalisation des soins. Toujours adresser une demande de principe au médecin-conseil de la mutualité avant le départ à l'étranger !

Le Fonds Spécial de Solidarité



Dans quels cas ne pouvez-vous pas faire appel au FSS ?

- Si le patient n'est **pas effectivement redevable** des frais demandés (pas de facture à son nom, celui de son enfant ou celui de la personne représentante légale).
Attention : ceci ne s'applique pas si votre demande concerne un besoin médical non rencontré.
- Si les **frais sont déjà remboursés** :
 - par l'assurance obligatoire soins de santé belge ou étrangère
 - pour des frais compris dans le prix de journée en cas d'hospitalisation
 - dans le cadre d'une autre législation relative aux accidents du travail, aux maladies professionnelles, aux personnes handicapées, etc.
 - dans le cadre d'une assurance privée (assurance hospitalisation, assurance complémentaire, assurance groupe, etc.).
- S'il s'agit de **suppléments d'honoraires**, même si un médecin traitant a renvoyé le patient chez un grand spécialiste de renom qui aurait demandé de tels suppléments.

Le Fonds Spécial de Solidarité



Quels critères la prestation médicale doit-elle remplir ?

- Pour introduire une demande auprès du FSS, la prestation médicale doit remplir une des conditions énumérées et, de plus, répondre à tous les critères joints à cette condition (sauf dans le cadre d'un besoin médical non rencontré).

En résumé, voici les **critères les plus importants** :

- La prestation est coûteuse
- La valeur scientifique et l'efficacité de la prestation sont largement reconnues et motivées par les autorités médicales
- La prestation est prescrite pour le traitement d'une maladie portant atteinte aux fonctions vitales
- Il est impossible de traiter par un autre traitement faisant l'objet d'un remboursement
- La prestation est prescrite par un médecin spécialiste, spécialisé dans cette affection.
- Listes détaillées de tous les critères légaux à remplir pour les cas suivants :
 - Indication rare
 - Affection rare
 - Dispositifs médicaux et/ou prestations qui sont des techniques médicales innovantes
 - Enfant souffrant d'une maladie grave chronique
 - Soins dispensés à l'étranger - Infos sur les soins à l'étranger

Le Fonds Spécial de Solidarité



Comment introduire une demande ?

- Une demande au FSS doit être introduite auprès du médecin-conseil de la mutualité par lettre recommandée à la poste ou par tout autre moyen permettant de déterminer avec certitude la date d'introduction de la demande.
- S'il s'agit d'un enfant malade chronique, un autre intervenant (par exemple, votre mutualité, le service social de l'hôpital où votre enfant est traité, etc.) peut introduire la demande au FSS.

Le Fonds Spécial de Solidarité



Quand introduire une demande ?

- Dans un délai de maximum 3 ans après la délivrance de la prestation.
- **Exemple :**
La prestation a été effectuée le 15 avril 2015 : vous pouvez donc introduire une demande jusqu'au 14 avril 2018.
Si les soins n'ont pas encore été dispensés, une demande de principe préalable au traitement peut être introduite. Cela permet de savoir avant que la prestation ne soit dispensée si le FSS va intervenir et éventuellement de connaître le montant de l'intervention qui sera accordé.

Le Fonds Spécial de Solidarité



Qui prend une décision concernant votre demande ?

- Le Collège des médecins-directeurs, décide si la demande est acceptée et fixe le montant de l'intervention dans le cadre des limites de ses moyens financiers (« pouvoir discrétionnaire » du Collège des médecins-directeurs).
- Le Collège ne peut pas accorder une intervention qui serait plus élevée que le remboursement proposé par la Commission de Remboursement des Médicaments, la Commission de remboursement des implants et des dispositifs médicaux invasifs, ou le Conseil Technique compétent.

Si pas d'accord avec la décision prise par le Collège des médecins-directeurs, le patient peut entamer une procédure devant le Tribunal du travail, dans les 3 mois suivant la notification de la décision.