



Les soins infirmiers à domicile.

Introduction.

Médecins et infirmiers sont les deux piliers indispensables au chevet des patients.

Leur travail est complémentaire .

Il est donc important que les médecins connaissent:

- la diversité des soins infirmiers,
- leurs limites,
- le contenu des prescriptions et les différents formulaires exigés par la réglementation.

La nomenclature.

Elle reprend tous les actes infirmiers financés par l'INAMI.

Elle ne reprend pas tous les actes de la liste des soins infirmiers.

Tous les actes ne sont donc pas financés et ne peuvent pas être prestés même si il y a une prescription médicale **sauf** si un autre financement est possible: par le patient, par l'hôpital, par un laboratoire, ...

Tous les soins doivent être prescrits par un médecin **sauf la toilette et la visite de l'infirmier relais en soins de plaies**. Pour la toilette, **c'est l'infirmier qui est prescripteur** et introduit la demande auprès de l'O.A. via l'échelle de KATZ.

Les honoraires.

Ils sont différents selon qu'il s'agissent :

- de soins à l'acte,
- de forfaits pour patients lourdement dépendants,
- de forfaits pour les patients palliatifs.
- des prestations techniques spécifiques.

Remarques:

- Le patient d'un médecin non conventionné est remboursé du même montant que s'il allait chez un médecin conventionné.
- Les infirmiers doivent être conventionnés pour pouvoir facturer aux mutuelles.
- Le ticket modérateur n'est pas encore obligatoire. La plupart des prestataires ne le demandent pas à cause de problèmes de concurrence.

Les soins à l'acte.

- Les honoraires sont composés :
 - d'un honoraire pour prestation de base,
 - d'un honoraire pour la réalisation de l'acte lui-même.

L'honoraire pour la prestation de base couvre :

- l'observation globale du bénéficiaire,
- le planning et l'évaluation des soins,
- l'accompagnement sanitaire du bénéficiaire et de son entourage,
- la tenue complète du dossier infirmier,
- les frais de déplacement (hors zone rurale).

Quel que soit le nombre d'actes réalisés , un plafond journalier est fixé à

17, 55 euros .

Les soins d'hygiène.

Prescrits par l'infirmier.

Code.	Soins.	Honoraires.	Remboursement Avec régime préférentiel.	Remboursement Sans régime préférentiel.
425014	1 ^{er} passage.	4,03 e	3,78 e	3,03 e
425110	Soins d'hygiène (toilettes).	5,35 e	5.35e	4.02 e

Le nombre de toilettes remboursables est uniquement déterminé en fonction de l'échelle d'évaluation de la « dépendance physique »: l'échelle de katz.

On ne peut attester plus d'une toilette par patient par jour.

Les toilettes en surplus sont à charge du patient.

Critère	Score	1	2	3	4
Se laver		est capable de se laver complètement sans aucune aide	a besoin d'une aide partielle pour se laver au dessus ou en dessous de la ceinture	a besoin d'une aide partielle pour se laver tant au-dessus qu'en-dessous de la ceinture	doit être entièrement aidé pour se laver tant au-dessus qu'en-dessous de la ceinture
S'habiller		est capable de s'habiller et se déshabiller complètement sans aucune aide	a besoin d'une aide partielle pour s'habiller au dessus ou en dessous de la ceinture (sans tenir compte des lacets)	a besoin d'une aide partielle pour s'habiller tant au-dessus qu'en--dessous de la ceinture	doit être entièrement aidé pour s'habiller tant au-dessus qu'en-dessous de la ceinture
Transfert et déplacement		est autonome pour le transfert et se déplace de façon entièrement indépendante, sans auxiliaire(s) mécanique(s), ni aide de tiers	est autonome pour le transfert et ses déplacements moyennant l'utilisation d'auxiliaire(s) mécanique(s) (béquille(s), chaise roulante, ...)	a absolument besoin de l'aide de tiers pour au moins un des transferts et/ou ses déplacements	est grabataire ou en chaise roulante et dépend entièrement des autres pour se déplacer
Aller à la toilette		est capable d'aller seul à la toilette, de s'habiller ou de s'essuyer	a besoin d'aide pour un des trois items : se déplacer ou s'habiller ou s'essuyer	a besoin d'aide pour deux des trois items : se déplacer et/ou s'habiller et/ou s'essuyer	a besoin d'aide pour les trois items : se déplacer et s'habiller et s'essuyer
Contenance		est continent pour les urines et les selles	est accidentellement incontinent pour les urines ou les selles (sonde vésicale ou anus artificiel compris)	Est incontinent pour les urines (y compris exercices de miction) ou les selles	est incontinent pour les urines et les selles
Manger		est capable de manger et de boire seul	a besoin d'une aide préalable pour manger ou boire	a besoin d'une aide partielle pendant qu'il mange ou boit	le patient est totalement dépendant pour manger et boire

Se laver.	S'habiller.	Transfert Déplacement.	Aller aux toilettes.	Contenance.	Manger.	Nombre de toilettes par semaine.
2				2 la nuit+ à l'occasion.		2
2	2					7
2	2			3 ou 4		7
2	2	+ attestation désorientation dans le temps et l'espace.				7
4	4					7

Annexe 2

NECESSITE DE TOILETTE POUR PERSONNE DESORIENTEE DANS LE TEMPS ET DANS L'ESPACE

Je soussigné, docteur en médecine, certifie que

M.-Mme doit être considéré(e) comme désorienté(e) dans le temps et dans l'espace, étant donné qu'il (elle) souffre de démence moyenne ou grave (*) sur l'échelle de gravité suivante:

- Légère: Malgré une altération significative des activités professionnelles ou sociales, le sujet garde la capacité de vivre de façon indépendante, son hygiène personnelle étant satisfaisante et ses capacités de jugement relativement intactes.
- Moyenne: Vivre de façon indépendante est aléatoire et une certaine surveillance s'impose.
- Grave: Les activités quotidiennes sont si altérées que le sujet doit être surveillé en permanence; il est par exemple incapable d'observer une hygiène personnelle minimale; très incohérent ou mutique.

Date,

Cachet

Signature.

(*) (Echelle extraite du DSM-III-R, American psychiatric association: Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 3e édition, révisée. Washington, DC, 1987)

Prescription médicale.

Tous les soins infirmiers doivent être prescrits par un médecin.

Si lors d'un contrôle INAMI, la prescription n'est pas correcte, l'infirmier (et pas le médecin) doit rembourser les soins prestés.

La date de la prescription est importante, elle ne peut pas être faite rétroactivement:

- Il faut prévoir, si un renouvellement de la prescription est envisagé, que vous devrez peut-être postposer le rendez-vous .
- Vous pouvez donc prévoir un nombre de soins plus important.

Nous devons de toute façon encoder la carte d'identité du patient à chacune de nos visites donc pas de « tricherie » possible sur le nombre de soin.

Les soins ne peuvent être étalés sur plusieurs séances **que** pour des raisons médicales **figurant** sur la prescription.

Quand les soins ne doivent pas être prestés tous les jours:

- . Si la prescription indique 3x/semaine = pas les week-end ni les jours fériés.
- . Si la prescription indique 1j/2 = possible tous les jours.

L'administration de médicaments.

Code.	Soins.	Honoraires.	Remboursement avec régime préférentiel.	Remboursement sans régime préférentiel.
425014	1 ^{er} passage.	4,03 e	3,78 e	3,03 e
42307	Administration de médicaments: IM, S/C, HD.	2,22 e	2,22 e	1,67 e
423054	Administration de médicaments: IV.	2,44 e	2,44 e	1,83 e
423091	Administration de médicaments: IM, S/C, HD, IV En plusieurs sites d'injection.	2,33 e	2,33 e	1,75 e
424874	Préparation hebdomadaire de médicaments oraux.	10,85 e	10,85 e	8,14 e
425736	Préparation et administration de médicaments pour patients psychiatriques chroniques.	0,83 e	0,83 e	0,63 e

Il faut pour la prescription de toutes les injections:

- l'identification du patient et du médecin prescripteur,
- la date, le nom, le numéro d'identité et la signature complète du médecin,
- la nature et le dosage des produits ,
- le mode d'administration,
- la fréquence et le nombre de soins,
- le diagnostic.

En patients psychiatriques chroniques, on entend uniquement

- les schizophrènes,
- les bipolaires.

Pour la préparation hebdomadaire des médicaments, l'infirmier, après concertation avec le médecin traitant, doit remplir l'annexe 81 et la lui faire signer.

Le médecin doit joindre une feuille de traitement signée et datée ainsi qu'une prescription pour la prise en charge (1 an maximum).

[Annexe 81

Nécessité de prise en charge infirmière pour la préparation hebdomadaire de médicaments (administrer par voie orale)

Votre patient M. - Mme nécessite une prise en charge infirmière pour la préparation hebdomadaire de médicaments (administrés par voie orale) pour la période du au (1 au maximum), sur base du diagnostic infirmier de non-observance thérapeutique¹ (caractéristiques essentielles et secondaires selon J. Carpenito en M. Gordon) (1):

- Déclare avoir des difficultés pour collaborer au traitement prescrit
- Confusion par rapport au traitement
- Comportement indiquant que le patient n'adhère pas au traitement
- Médicaments pris seulement en partie ou pas du tout
- Persistance des plaintes
- Progression du processus morbide
- Apparition d'effets indésirables
- Absence de soutien par la famille, les amis, l'entourage social.

Le diagnostic infirmier de non-observance thérapeutique est lié à (2)

- La démence: le diagnostic de démence a été établi par un médecin
- Un déficit non corrigé de la fonction visuelle
- Une déficience temporaire de la motricité d'un ou des membres supérieurs ne permettant plus la manipulation des condiments
- Une déficience définitive de la motricité d'un ou des membres supérieurs ne permettant plus la manipulation des condiments
- Une médication complexe: prise de minimum 5 molécules différentes par jour répartie en minimum 3 prises par jour

Commentaire du médecin:

(1) Cocher ce qui est d'application, au minimum une case
(2) Cocher ce qui est d'application, au minimum une case

Le praticien de l'art infirmier

Le médecin
Accord pour la prise en charge
infirmière

- Oui
- Non

Date:

Date:

Nom:
Prénom:
N° INAMI:

Cachet:

Signature:

Signature:

¹ Ne pas suivre strictement les recommandations thérapeutiques malgré la bonne volonté de collaborer au traitement]

Les soins de plaies.

Code.	Soins.	Honoraires.	Remboursement avec régime préférentiel.	Remboursement sans régime préférentiel.
425014	1 ^{er} passage.	4,03 e	3,78 e	3,03 e
424336	Soins de plaie(s) simples.	6,69 e	6,69 e	5,02 e
424351	Soins de plaie(s) complexe(s).	8,07 e	8,07 e	6,06 e
424373	Soins de plaie(s) spécifique(s).	13,30 e	13,30 e	9,98 e
424395	Visite d'une infirmière relais pour des soins de plaie(s) spécifiques.	12,84 e	12,84 e	9,63 e
424292	Application de collyre et/ou de pommade ophtalmique en phase postopératoire.	2,22 e	2,22 e	1,67 e
424270	Application de pommade ou d'un produit médicamenteux.	2,22 e	2,22 e	1,67 e
424255	Surveillance de plaie(s) avec pansement bioactif.	2,22 e	2,22 e	1,67 e
424314	Thérapie de compression: application de bandage(s), pansement(s) de compression.	2,22 e	2,22 e	1,67 e
424933	Thérapie de compression: application et/ou enlèvement de bas.	2,22 e	2,22 e	1,67 e

Pansements simples:

Tous les soins de plaie(s) qui ne tombent pas sous la notion « soins de plaie(s) complexe(s) » ou « soins de plaie(s) spécifique(s).

- application de pansement sur un soin de plaie simple,
- ablation de fils ou d'agrafes.

Pansements complexes:

- plaie(s) avec drain avec/ou sans aspiration,
- plaie(s) avec méchage et/ou aspiration,
- plaie(s) avec broche ou fixateur externe,
- plusieurs plaies simples,
- brûlure(s) du 2^{ème} ou 3^{ème} degré, ulcère(s), greffe(s), escarre(s) d'une superficie de **moins de 60cm²**,
- stomie(s) après colostomie, gastrostomie, iléostomie, cystostomie, urétérostomie ou trachéostomie.

Pansements spécifiques: durée au moins 30' sinon ils deviennent des pansements complexes.

- brûlure(s) du 2^{ème} ou 3^{ème} degré, greffe(s), ulcère(s) d'une superficie de **60 cm² ou plus**,
- escarre(s) profond(s) atteignant(s) les tendons et les os,
- débridement d'escarre(s) du décubitus.

L'infirmière relais en soins de plaies (formation reconnue) doit délivrer un rapport à l'infirmier qui doit le transmettre au médecin traitant s'il le demande.

Application de pommade:

- ne peut être attestée que pour les soins des affections suivantes:
 - zona, eczéma, psoriasis,
 - verrues, dermato mycoses,
 - autres lésions cutanées justifiant, selon le médecin prescripteur, des soins de plaie(s) simple(s) minutieux,
 - **pas pour une crème hydratante.**
- Ne peut pas être facturée si un autre soin à l'acte est presté.

Application de collyre et/ou de pommade ophtalmique:

Maximum 30 jours **post-opératoires** avec un maximum de 3 fois par jour. Le 4ème passage souvent demandé est à charge du patient.

Thérapie de compression:

- doit être prescrite,
- ne peut pas être facturée si un autre soin à l'acte est presté.

Il faut pour la prescription de tous les soins de plaies:

- l'identification du patient et du médecin prescripteur,
 - la date, le nom, le numéro d'inami et la signature complète du médecin,
 - le type de soins,
 - la description et la localisation de la plaie,
 - la fréquence maximale des soins,
 - la posologie des médicaments à appliquer,
 - la période pendant laquelle la plaie doit être soignée.
- Rem: « jusqu'à guérison » n'est pas admis.

Autres soins.

Code.	Soins.	Honoraires.	Remboursement sans régime préférentiel.	Remboursement avec régime préférentiel.
425014	1 ^{er} passage.	4,03 e	3,03 e	3,78 e
425176	Sondage vésical, instillation vésicale, lavage de vessie.	3,69 e	2,77 e	3,35 e
425191	Soins aseptiques de vulve, irrigation vaginale. Aspiration des voies respiratoires.	3,35 e	2,52 e	3,35 e
425213	Evacuation manuelle de fécalome, lavement et/ou administration de solution médicamenteuse par sonde rectale. Tubage et drainage gastro-intestinaux. Lavage intestinal. Nutrition entérale via une sonde gastrique, une gastrostomie ou entérostomie.	3,35 e	2,52 e	3,35 e

Voici quelques exemples de prescriptions qui posent problème:

- Toilette 2x/jour : même si c'est justifié, si le patient ne répond pas aux critères d'un forfait il devrait payé lui-même la deuxième visite.
Il vaut mieux dire: voir avec l'infirmière ce que l'INAMI autorise dans votre cas.
- TA, puls, t°, glycémie, délivrance journalière de médicaments, patch, préparation d'aérosols, collyre (hors post-op), etc... : seuls ce n'est pas honoré donc impossible mais si d'autres soins sont prescrits l'infirmier accepte généralement.
- PS: n'est possible que si l'infirmier a signé une convention avec un laboratoire qui le rémunère.

Les soins au forfait.

- Le forfait est attribué aux patients lourdement dépendants.
- Il y en a trois: FA, FB, FC qui dépendent des scores obtenus sur l'échelle de katz.
- Pour les soins palliatifs, PFA, PFB, PFC sont déterminés de la même manière.
- Quand un patient répond aux critères d'un forfait: **l'ensemble des soins est compris quel qu'en soit le nombre mais ils doivent être prescrits de la même façon que pour les soins à l'acte.**

Code.	Forfaits.	Honoraires.	Remboursement sans régime préférentiel.	Remboursement avec régime préférentiel.
425272	Forfait A.	17,55 e	17,30 e	13,17 e
427055	Forfait PA.	49,94 e	49,94 e	49,94 e
425294	Forfait B.	33,81 e	30,43 e	33,56 e
427033	Forfait PB.	53,90 e	53,90 e	53,90 e
425316	Forfait C.	46,25 e	41,63 e	46,00 e
427011	Forfait PC.	66,16 e	66,16 e	66,16 e
427173	Forfait PP.	49,94 e	49,94 e	49,94 e
427070	PN.: suppl. palliatif hors forfait.	32,40 e	32,40 e	32,40 e

Forfait.	Se laver.	S'habiller.	Transfert et déplacement.	Aller aux toilettes.	Contenance.	Manger.
FA ou PFA	3 ou 4	3 ou 4	3 ou 4 pour un critère au moins.			
FB ou PFB	3 ou 4	3 ou 4	3 ou 4	3 ou 4	3 ou 4 pour un critère au moins.	
FC ou PFC	4	4	4	4	3 ou 4 pour un critère au moins.	

Soins palliatifs:

Modalités d'octroi:

- 1- Le médecin remplit le formulaire (avis médical pour l'intervention financière) qui doit être remis à la mutuelle.
- 2- L'infirmière remplit son formulaire (My carnet) . **Il n'est pris en compte que si celui du médecin est parvenu à l'O.A.**
- 3- La prise en charge doit être supérieure à 24h.
- 4- L'appel à une équipe spécialisée en soins palliatifs est possible mais pas obligatoire.
- 5- Les prestataires sont tenus d'assurer les soins 24h/24, 7j/7.
- 6- La concertation médecin / infirmier est obligatoire au moins une fois par semaine: au domicile, par téléphone, par mail,...
- 7- La tenue d'un cahier de liaison est obligatoire et doit rester au domicile du patient.
- 8- Valorisation des prestations multiples et contraignantes pour la 3^{ème}, 4^{ème}, 5^{ème} visites et suivantes: **0,61 e**

Conditions auxquelles le patient palliatif à domicile doit répondre pour entrer en ligne de compte pour une intervention forfaitaire de l'assurance obligatoire soins de santé pour les médicaments, le matériel de soins et les auxiliaires.

Il doit s'agir d'un patient:

- 1° qui souffre d'une ou plusieurs affections irréversibles;
- 2° dont l'évolution est défavorable, avec une détérioration sévère généralisée de sa situation physique/psychique;
- 3° chez qui des interventions thérapeutiques et la thérapie revalidante n'influencent plus cette évolution défavorable;
- 4° pour qui le pronostic de(s) l'affection(s) est mauvais et pour qui le décès est attendu dans un délai assez bref (espérance de vie de plus de 24 heures et de moins de trois mois);
- 5° ayant des besoins physiques, psychiques, sociaux et spirituels importants nécessitant un engagement soutenu et long; le cas échéant, il est fait appel à des intervenants possédant une qualification spécifique et à des moyens techniques appropriés;
- 6° ayant l'intention de mourir à domicile;
- 7° et qui répond aux conditions reprises dans cette formule.

Annexe I

A ENVOYER SOUS ENVELOPPE FERMEE AU MEDECIN-CONSEIL

Avis médical pour l'intervention financière pour un patient bénéficiaire de soins palliatifs à domicile

Nom du patient: Mutualité:
Adresse du patient: Numéro d'affiliation:
..... Numéro de compte:

Répond à la définition de patient palliatif - bénéficiaire d'une intervention financière:

Diagnostic en matière de soins palliatifs:

soit(1) Patient avec assistance de l'équipe palliative.
Nom d'une équipe ou, le cas échéant, du réseau.
Date de la première assistance.

soit(1) Patient sans assistance de l'équipe palliative, uniquement assisté par les dispensateurs de soins habituels qui s'engagent à réaliser la totalité des soins palliatifs de façon compétente.

La continuité des soins médicaux organisés par le médecin de famille, aussi durant les heures de garde et le week-end (remplacement éclairé) est assurée. Chaque semaine il doit y avoir une réunion interdisciplinaire avec au moins le médecin de famille. Un plan de soins formel et/ou un cahier de communication sont tenus à jour. Après le décès du patient, le médecin de famille garde ces documents dans le dossier du patient.

Il est satisfait à 2 des 3 conditions mentionnées ci-après(2):

Assistance et surveillance permanentes, concrétisées par une ou plusieurs des modalités suivantes:

- a) une personne de l'entourage
- b) congé palliatif demandé par ... relation, avec le patient: ...
- c) appel à la surveillance par l'entourage complémentaire, éventuellement des volontaires recyclés par des instances agréées
- d) aide familiale
 - prise en charge de jour;
 - prise en charge de nuit;
 - accueil pendant le week-end.

Besoin d'au moins 2 des 5 éléments mentionnés ci-après(3):

- a) médicaments palliatifs spécifiques (analgésiques, antidépresseurs, sédatifs, corticoïdes, antiémétiques, laxatifs);
- b) matériel de soins (matériel d'incontinence, matériel de soins de plaies/de soins de stomie);
- c) dispositifs (matelas, lit d'hôpital, chaise percée et accessoires);
- d) pousse-seringues ou pompe anti-douleur;
- e) soins psychosociaux journaliers pour la famille.

Surveillance quotidienne ou soins quotidiens par un praticien de l'art infirmier pour un patient dépendant au moins pour se laver et s'habiller, pour se déplacer et aller à la toilette, pour incontinence et/ou pour manger. (La dépendance implique au moins un score de niveau 3 sur l'échelle de Katz pour chaque groupe de dépendance).

Signature du médecin de famille

Date
Cachet

(1) Indiquer une des deux possibilités.

(2) Désigner deux des trois conditions et compléter éventuellement.

(3) Cocher au moins deux des cinq éléments.

voir verso s.v.p.

Les techniques spécifiques:

- Elles peuvent être facturées en plus du plafond journalier ou du forfait.
- Elles ne peuvent être facturées qu'une fois par jour.

Codes.	Soins.	Honoraires.	Remboursement sans régime préférentiel.	Remboursement avec régime préférentiel.
425014	1 ^{er} passage.	4,03 e	3,03 e	3,78 e
423113	Forfait par journée de mise en place et/ou surveillance des perfusions (IV ou S/C). Administration et/ou surveillance de l'alimentation parentérale.	40,98 e	30,74 e	4,098 e
423113	Mise en place d'un cathéter à demeure ou d'un matériel spécifique permettant l'administration d'une solution médicamenteuse dans une chambre implantable.	40,98 e	30,74 e	40,98 e
421072	Retrait d'un cathéter à demeure ou d'un matériel spécifique permettant l'administration d'une d'une solution médicamenteuse dans une chambre implantable.	38,23 e	28,68 e	38,23 e
427416	Remplacement d'une sonde vésicale sus-pubienne à ballonnet.	10,56 e	7,92 e	10,56 e
427534	Honoraire pour la 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.	13,51 e	10,14 e	13,51 e

Il faut pour la prescription des techniques spécifiques:

- l'identification du patient et du médecin prescripteur,
- la date, le nom, le numéro d'identité et la signature complète du médecin,
- le type de soin,
- le mode d'administration,
- la nature de la perfusion,
- le dosage et/ou la quantité par 24h,
- le débit,
- la fréquence,
- les dates de début et de fin du traitement.

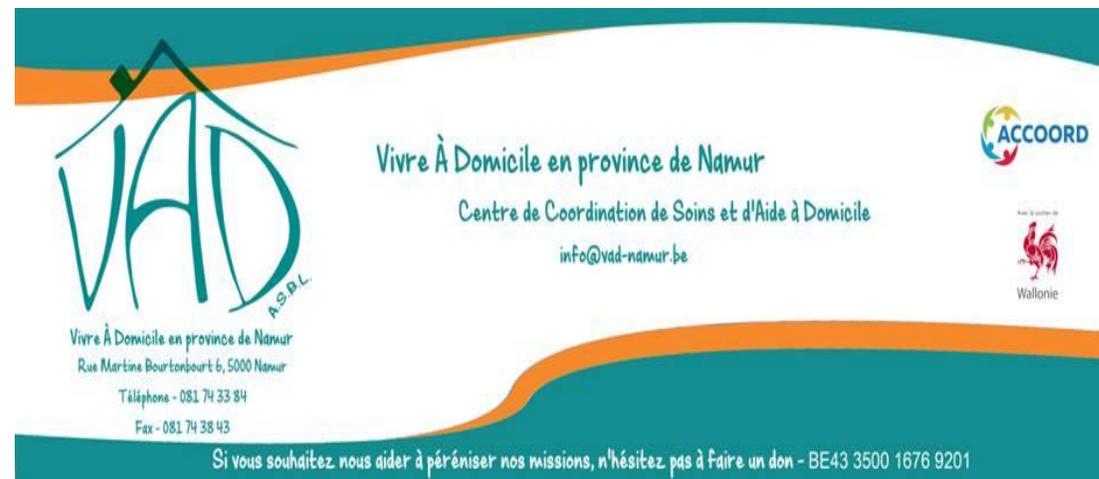
Les infirmiers peuvent, **en cas d'urgence**, exécuter les soins sur base d'une prescription formulée oralement, communiquée par téléphone ou webcam par le médecin. Le médecin confirme la prescription par écrit dans les meilleurs délais et au plus tard après 5 jours calendriers qui suivent la prescription.

Merci de votre attention.

Pour votre facilité, vous trouverez le texte de cet exposé ainsi que les différents documents sur les sites:



www.aiin.be



www.vad-namur.be