**INSTITUT NATIONAL D’ASSURANCE MALADIE-INVALIDITÉ**

Établissement public institué par la loi du 9 août 1963

Avenue de Tervueren 211 - 1150 Bruxelles

**Service des soins de santé**

**CONVENTION RELATIVE AU DIAGNOSTIC ET AU TRAITEMENT DU SYNDROME DES APNÉES DU SOMMEIL**

Vu la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, notamment les articles 22, 6°, et 23 § 3 ;

Sur proposition du Collège des médecins-directeurs, institué auprès du Service des soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité ;

Il est convenu ce qui suit, entre :

d'une part,

le Comité de l'assurance soins de santé, institué auprès du Service des soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI), désigné plus loin dans le texte par le Comité de l'assurance

et d'autre part,

le centre pour le diagnostic et le traitement du syndrome des apnées du sommeil de l' #HÔPITAL# #CAMPUS# à #LOCALITÉ#, désigné plus loin dans le texte par « le centre ».

**TABLE DES MATIERES**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Article 1 : | Abréviations | | |
| Article 2 : | Objet de la présente convention | | |
| Article 3 : | Conditions auxquelles doivent satisfaire le centre et son équipe | | |
|  | ANNEXE 1 : | | Conditions auxquelles doivent satisfaire le médecin posant le diagnostic, le médecin spécialiste en ORL et le spécialiste OAM + Liste des formations à suivre par le médecin posant le diagnostic |
|  | ANNEXE 6 : | | Possibilités de travailler temporairement sur plusieurs sites. Fusion et défusion d'hôpitaux : règles spécifiques |
|  | ANNEXE 10 : | | Formulaire d'informations concernant les médecins posant le diagnostic du centre |
|  | ANNEXE 11 : | | Formulaire d'informations concernant les médecins spécialistes en ORL et les spécialistes OAM du centre |
| Article 4 : | Description des bénéficiaires - délai de validité de la PSG | | |
|  | ANNEXE 2 : | | Exigences minimum relatives à la polysomnographie |
|  | ANNEXE 3 : | | Scorage de PSG et PG - définition des différents indices |
| Article 5 : | Choix entre différents traitements - prescription du traitement | | |
| Article 6 : | Titration de l'appareil nCPAP - conditions auxquelles doit satisfaire une PG ou HPG - date de début du traitement par nCPAP | | |
| Article 7 : | Description du contenu du traitement par nCPAP | | |
|  | ANNEXE 4 : | | Conditions auxquelles doit satisfaire l'appareil nCPAP |
| Article 8 : | Description du rôle éventuel des prestataires de services médico-techniques spécialisés et conditions y afférentes | | |
| Article 9 : | Description du contenu du traitement par OAM | | |
|  | ANNEXE 5 : | | Caractéristiques de l'OAM et conditions concernant la fabrication de l'OAM |
| Article 10 : | Forfait de départ nCPAP et forfait de base nCPAP | | |
|  | ANNEXE 8 : | | Composition du forfait de départ nCPAP et du forfait de base nCPAP |
| Article 11 : | Forfait de départ OAM et forfait de base OAM | | |
|  | ANNEXE 9 : | | Composition du forfait de départ OAM et du forfait de base OAM |
| Article 12 : | Remboursabilité d'1 forfait par jour et par patient | | |
| Article 13 : | Traitement par nCPAP : limitation de la croissance par année | | |
| Article 14 : | Introduction d'une demande de prise en charge du traitement par nCPAP ou OAM | | |
|  | ANNEXE 13 : | | Demande nCPAP - Rapport médical - patient âgé de 16 ans ou plus |
|  | ANNEXE 14 : | | Demande nCPAP - Rapport médical - patient âgé de moins de 16 ans |
|  | ANNEXE 15 : | | Demande OAM - Rapport médical |
| Article 15 : | Règles concernant la période de prise en charge du traitement d'un bénéficiaire - Exigences en matière d'observance thérapeutique et conséquences d'une observance thérapeutique défaillante | | |
| Article 16 : | Tenue d'un dossier individuel | | |
| Article 17 : | Facturation des prestations de la convention – attestation de prestations de la nomenclature – attestation de suppléments (notamment frais de réparation et de remplacement*)* | | |
| Article 18 : | Comptabilité | | |
| Article 19 : | Chiffres de production | | |
| Article 20 : | Rapport annuel | | |
|  | ANNEXE 12 : | | Modèle de rapport annuel |
| Article 21 : | Obligations concernant la transmission d'informations à l'INAMI et l'autorisation de visites | | |
| Article 22 : | Conseil d'accord | | |
| Article 23 : | Dispositions transitoires | | |
| Article 24 : | Délai de validité et dénonciation de la convention | | |
|  |  | | |
| AUTRES ANNEXES : | | | |
| ANNEXE 7 : | | Aperçu des différentes dates et délais dans la réglementation | |

**ABREVIATIONS**

**Article 1er.**

Les notions suivantes sont abrégées comme suit dans la présente convention :

* syndrome des apnées obstructives du sommeil : SAOS
* syndrome des apnées du sommeil central : SASC
* pression positive continue par voie nasale pendant le sommeil ou "nasal continuous positive airway pressure" : nCPAP
* pression positive automatique des voies respiratoires (“automatic positive airway pressure”) : auto-CPAP
* orthèse d’avancée mandibulaire : OAM
* polysomnographie : PSG
* polygraphie : PG
* polygraphie à domicile : PGD
* indice d'apnée-hypopnée obstructive : IAHO
* indice d’apnée-hypopnée centrale : IAHC
* indice d'apnée obstructive : IAO
* indice de désaturation en oxygène : IDO

**OBJET DE LA CONVENTION**

**Article 2.**

La présente convention règle l’intervention de l’assurance obligatoire soins de santé dans le traitement du SAOS et du SASC par nCPAP et dans le traitement du SAOS au moyen d’une OAM. Elle définit notamment les conditions relatives aux bénéficiaires et au centre dans le sens de la présente convention, les prestations remboursables prévues ainsi que les montants et les modalités de paiement des prix et honoraires des prestations. En outre, elle décrit également les relations entre les différentes parties de le présente convention ; à savoir le pouvoir organisateur du centre, le centre, les prestataires de services médico-techniques spécialisés auxquels le centre peut faire appel, les bénéficiaires de l'assurance obligatoire soins de santé, les référents des bénéficiaires, les organismes assureurs et le Service des soins de santé de l'INAMI.

**LE CENTRE**

**Article 3.**

**§ 1.** Le centre qui assure le diagnostic du SAOS et du SASC et le traitement par nCPAP et par OAM dans le sens de la présente convention, est une unité fonctionnelle qui fait partie d'un hôpital. Chaque hôpital ne peut conclure qu'une seule fois la présente convention.

Le centre ne propose ses activités (consultations, PSG, PG, autres examens, etc.) dans le cadre de la présente convention que sur un site de l'hôpital dont fait partie le centre. Le centre ne peut jamais proposer les activités que prévoit et rembourse la présente convention, dans un autre hôpital que l’hôpital dont fait partie le centre. Seules les missions que doivent remplir, conformément aux dispositions de la présente convention, un médecin ORL, un dentiste général, un orthodontiste, un stomatologue ou un chirurgien maxillofacial peuvent éventuellement être réalisées sur un autre site du propre hôpital, dans un autre hôpital ou au propre cabinet du dispensateur.

Les possibilités de travailler encore à titre temporaire sur plusieurs sites (y compris les règles pour les hôpitaux fusionnés ainsi que les règles qui s'appliquent en cas de défusion d'un hôpital) sont définies à l'annexe 6 de la présente convention.

**§ 2.** Seuls les hôpitaux qui proposaient en 2017 des activités dans le cadre de la convention relative au diagnostic et au traitement du syndrome des apnées obstructives du sommeil qu'ils avaient conclue avec le Comité de l'assurance de l'INAMI et qui était d'application (convention désignée plus loin dans le texte comme "la précédente convention nCPAP"), peuvent adhérer à la présente convention.

**§ 3.** Pour pouvoir conserver la convention, le centre doit toujours traiter, à partir de 2018 et toutes les années suivantes, minimum 250 bénéficiaires sur une base annuelle dans le cadre de la convention, sauf si le centre traitre exclusivement ou dans plus de 75% des cas des bénéficiaires pédiatriques (< 16 ans).

Le fait de savoir si un centre candidat satisfait aux conditions sera déterminé au moyen des rapports annuels visés à l'article 20. En cas de doute, il peut aussi être fait usage d'autres méthodes afin de vérifier ce point.

Si le centre, pour une année déterminée, ne satisfait pas à cette condition, la convention prend fin le 30 juin de l'année qui suit l'année au cours de laquelle moins de 250 bénéficiaires ont été traités dans le cadre de la convention sur une base annuelle. À cet effet, le centre dispose d'une période de 6 mois pour prendre les mesures nécessaires afin d'assurer la continuité du traitement des bénéficiaires. Dans cette période de 6 mois, le centre ne peut plus prendre en charge de nouveaux bénéficiaires dans le cadre de la convention.

**§ 4.** *Équipe du centre pour le traitement des troubles du sommeil*

1. L'équipe multidisciplinaire médicale du centre se compose de dispensateurs de soins comme décrits ci-dessous au § 4, 1.a, 1.b et 1.c et se compose ainsi d’au moins :
2. un médecin spécialiste en médecine interne (580 ou 584), et/ou en pneumologie (620 ou 624), et/ou en neurologie (770 ou 774), et/ou en neuropsychiatrie (760 ou 764) et/ou en psychiatrie (780 ou 784)

et, dans le cas où le centre traite également des enfants (< 16 ans), un médecin spécialiste en pédiatrie (pédiatre) (690 ou 694).

Pour des raisons de lisibilité, ce(s) médecin(s) est/sont désigné(s) dans la suite du texte par les termes "médecin(s) posant un diagnostic", même s'il apparaît plus loin dans le texte que la mission de ce médecin ne se limite pas au seul diagnostic.

Sans préjudice des dispositions de l'annexe 1 concernant le temps de travail minimum que chaque médecin posant un diagnostic doit consacrer au diagnostic et au traitement des troubles du sommeil, le temps de travail total que les médecins posant un diagnostic du centre consacrent au diagnostic et au traitement des troubles du sommeil, est tributaire du nombre de bénéficiaires que le centre traite par nCPAP ou au moyen d'une OAM dans le cadre de la présente convention : si le centre traite 450 patients ou plus, il doit veiller à ce que le nombre de médecins qui se chargent exclusivement du diagnostic et du traitement de troubles du sommeil, respecte le rapport de minimum 0,2 ETP médecin par 300 patients, attendu qu’1 ETP (= 1 temps plein) correspond à 38 heures par semaine.

Afin d'éviter de multiples adaptations du nombre requis de médecins posant le diagnostic, le centre se base, en ce qui concerne le nombre requis de médecins posant le diagnostic pour une année civile déterminée (année x), sur le nombre moyen de bénéficiaires ayant été traités au cours des années civiles x-2 et x-3 dans le cadre de la présente convention ou de la précédente convention nCPAP, comme il peut l'être déduit des rapports annuels visés à l'article 20 de la présente convention.

Si plusieurs médecins qui satisfont aux conditions sont actifs dans le centre, l'un d'entre eux sera désigné comme médecin responsable du centre et agira pour l'INAMI en qualité de personne de contact pour l'application de la convention.

1. un médecin spécialiste en Oto-Rhino-Laryngologie (médecin ORL) (410 ou 414) désigné dans la suite du texte par les termes "médecin spécialiste en ORL”
2. un dentiste général et/ou orthodontiste et/ou stomatologue et/ou chirurgien maxillo-facial. Ces dispensateurs de soins sont désignés dans la suite du texte par les termes "spécialiste OAM".
3. Le médecin posant le diagnostic, le médecin ORL et le spécialiste OAM doivent toujours pouvoir faire appel à des consultants au sein de l'hôpital avec lequel la présente convention a été conclue : médecins et collaborateurs d'autres disciplines afin, si nécessaire, de procéder à un traitement alternatif des apnées du sommeil ou de traiter des affections spécifiques comorbides. Il s'agit au moins d' :

* un pneumologue dans le cas où le médecin posant le diagnostic du centre n'est pas pneumologue,
* un neurologue dans le cas où le médecin posant le diagnostic du centre n'est pas neurologue,
* un neuropsychiatre ou psychiatre dans le cas où le médecin posant le diagnostic du centre n'est pas neuropsychiatre ou psychiatre,
* un chirurgien maxillo-facial ou stomatologue dans le cas où le spécialiste OAM du centre n'est pas chirurgien maxillo-facial ou stomatologue,
* un dentiste général et/ou orthodontiste dans le cas où le spécialiste OAM du centre n'est pas dentiste général et/ou orthodontiste,
* un psychologue,
* un diététicien,
* et un médecin couramment impliqué dans le traitement de l’obésité.

1. Tant les membres de l’équipe du centre dont question au § 4, 1.a, 1.b et 1.c que les consultants du centre dont question au § 4, 1.d, peuvent travailler pour différents hôpitaux qui ont conclu une convention relative au diagnostic et au traitement du syndrome des apnées obstructives du sommeil avec le Comité de l’assurance. Chaque médecin posant le diagnostic peut seulement être actif dans maximum 2 hôpitaux dans le cadre de la convention relative au diagnostic et au traitement du syndrome des apnées obstructives du sommeil.
2. Les conditions spécifiques auxquelles le médecin posant le diagnostic, le médecin spécialiste en ORL et le spécialiste OAM doivent satisfaire et les conditions dans lesquelles les tâches du médecin spécialiste en ORL et du spécialiste OAM peuvent être accomplies par un dispensateur de soins externe sont définies à l'annexe 1.
3. Par ailleurs, l’équipe du centre est composée également d’un praticien de l'art infirmier et/ou un kinésithérapeute et/ou un paramédical qui se charge, avec le médecin qui traite le bénéficiaire, de l'éducation des bénéficiaires en ce qui concerne le traitement nCPAP, le choix du masque et le suivi de l'observance thérapeutique. Ce praticien de l'art infirmier, kinésithérapeute ou paramédical doit être légalement compétent en la matière et avoir été spécifiquement formé en la matière. Le médecin responsable du centre se porte garant de la compétence de ce(s) collaborateur(s).

Si le centre se charge lui-même de l'entretien technique et/ou de la réparation de l'appareil nCPAP et des accessoires, ce collaborateur peut également en être chargé. Cependant, cette tâche peut également être confiée totalement ou partiellement à un technicien.

Le nombre de collaborateurs visés au point 2) dont doit disposer le centre, dépend du nombre de bénéficiaires que le centre traite par nCPAP dans le cadre de la présente convention et du choix que fait le centre de réaliser entièrement lui-même le traitement du SAOS et du SASC par nCPAP ou, en application de l'article 8 de la présente convention, de faire appel partiellement à un prestataire de services médico-techniques.

En principe, le centre doit disposer d'un minimum de 0,4 ETP collaborateur par 300 bénéficiaires, attendu qu’1 ETP correspond à 38 heures par semaine.

Si le centre choisit, en application de l'article 8 de la présente convention, au minimum de confier :

* la mise à disposition au bénéficiaire du matériel pour le traitement nCPAP,
* l'entretien technique de ce matériel et
* la réparation de ce matériel,

au prestataire de services médico-techniques spécialisés, le centre doit seulement disposer d'un minimum de 0,1 ETP collaborateur par 300 bénéficiaires.

Afin d'éviter de multiples adaptations du nombre requis de collaborateurs visés au point 2), le centre se base, en ce qui concerne le nombre requis de collaborateurs visés au point 2) au cours d'une année civile déterminée (année x), sur le nombre moyen de bénéficiaires ayant été traités dans le cadre de la présente convention au cours des années civiles complètes x-2 et x-3. Le nombre de bénéficiaires peut être déduit des rapports annuels, visés à l'article 20 de la présente convention.

**§ 5.** *Liste des dispensateurs de soins - Formulaires d'informations*

Le Service des soins de santé de l'INAMI communique, pour chaque centre, dans une circulaire destinée aux organismes assureurs quels sont les médecins posant le diagnostic, les médecins spécialistes en ORL et les spécialistes OAM qui sont liés au centre.

À cet effet, le centre communiquera à l'INAMI pour le 28 février 2018, les noms et le temps de travail des médecins posant le diagnostic qui travaillent dans le centre et qui satisfont aux conditions de l'annexe 1. Afin de communiquer ces données, le centre utilisera le formulaire d’informations joint en annexe 10 à la présente convention.

Un centre qui ne figurait pas en 2017 sur la liste INAMI des centres qui, sur la base des critères de la convention de l'époque, étaient compétents pour proposer des traitements OAM, s'engage à communiquer au Service des soins de santé de l'INAMI pour le 30 avril 2018, sur la base du formulaire d'informations joint en annexe 11 à la présente convention, les noms des médecins spécialistes en ORL et des spécialistes OAM dont question au § 4 qui sont actifs dans le centre ou avec lesquels le centre collabore sur la base d'un accord de collaboration écrit et qui satisfont aux conditions mentionnées en annexe 1.

Chaque centre s'engage également à communiquer immédiatement au Service des soins de santé de l'INAMI toute modification concernant les médecins posant le diagnostic, les médecins ORL et les spécialistes OAM visés au § 4 qui sont actifs dans le centre ou avec lesquels le centre collabore et le cas échéant, à signaler aussi immédiatement au dit Service INAMI qu'un dispensateur ne satisfait plus à l'une des conditions mentionnées en annexe 1.

**§ 6**. *Conséquences de l'absence d'un dispensateur de soins*

Dans le cas où le centre ne dispose provisoirement pas d'un médecin posant le diagnostic, d’un médecin spécialiste en ORL ou d’un spécialiste OAM, les prestations accordées par le médecin-conseil pour un bénéficiaire restent remboursables pendant la période de prise en charge dont question à l'article 15 que le médecin-conseil a déjà accordée, aussi longtemps que la présente convention reste d'application. En ce qui concerne les demandes de prise en charge des prestations pour les nouveaux bénéficiaires et les demandes de prolongation de la période de prise en charge des prestations précédemment autorisées, les éléments suivants sont d'application :

* Dans le cas où il n’y a pas de médecin posant le diagnostic, aucune demande ne peut encore être introduite ;
* Dans le cas où il n’y a pas de médecin spécialiste en ORL ou de spécialiste OAM, plus aucune demande pour de nouveaux traitements OAM ne peut être introduite ;
* Dans le cas où il n’y a pas de spécialiste OAM, plus aucune demande de prolongation du traitement OAM ne peut être introduite non plus.

Si le centre ne dispose que d'un nombre limité de membres de l'équipe d'une discipline déterminée, il doit élaborer un plan d’urgence qui contient des mesures qu'il doit prendre dans le cas où il ne disposerait provisoirement plus d'un membre de l'équipe d'une discipline déterminée. Le fait qu'un centre ne dispose plus d'un membre de l'équipe d'une discipline déterminée peut, par ailleurs, constituer, pour le Comité de l'assurance, un motif de dénonciation de la présente convention.

**§ 7.** Si le Comité de l'assurance concluait à l’avenir des conventions avec des hôpitaux spécialisés dans le diagnostic et le traitement d'autres troubles du sommeil que le SAOS ou SASC et/ou concluait des conventions avec des hôpitaux qui traitent le SAOS et/ou SASC par d'autres méthodes de traitement que par nCPAP et par OAM, le centre doit :

* soit faire partie d'un hôpital qui a conclu une telle convention ou de telles conventions avec le Comité de l'assurance ;
* soit conclure, dans l'année qui suit la conclusion d'une première convention dans ces domaines par le Comité de l'assurance, un accord de collaboration avec un hôpital ayant conclu une telle convention ou de telles conventions, qui porte notamment sur le renvoi de certains patients vers les hôpitaux ayant conclu une telle convention ou de telles conventions.

**§ 8.** *Infrastructure et équipement*

En matière d'infrastructure et d'équipement, le centre doit disposer :

1. d’un laboratoire du sommeil qui, par nuit, permet d’effectuer simultanément au minimum 2 PSG telles que définies à l’annexe 2 à la présente convention. Les locaux du laboratoire du sommeil répondent aux exigences des normes pour un établissement hospitalier et sont groupés dans un même espace. Le laboratoire du sommeil se compose au moins :
2. de 2 lits pour l'examen du sommeil.

Chaque lit pour l'examen du sommeil est localisé dans une chambre individuelle qui ne doit toutefois pas avoir le statut de chambre pour une personne. Chaque chambre dispose de suffisamment d’espace et est équipée de manière à permettre une isolation sonore, un obscurcissement, une ventilation et un réglage de la température. Un équipement sanitaire est disponible à proximité des chambres. Etant donné que ces chambres doivent permettre qu'un patient puisse avoir ses heures de sommeil normales, stipulées comme étant 8 heures de sommeil, ces chambres ne peuvent pas être utilisées, pendant les heures de travail normales, à d'autres fins (par exemple, pas d'utilisation simultanée comme hôpital de jour), sauf lorsqu'elles se rapportent à d'autres examens sommeil/éveil (notamment un test de latence multiple du sommeil, un test de maintien de la vigilance ou la mise en place de la PGD, etc.) ou des activités dans le cadre des conventions apnée du sommeil, syndrome d'obésité-hypoventilation (SOH), assistance ventilatoire à domicile (AVD) ou monitoring cardio-respiratoire des nourrissons. Le médecin responsable tel que visé à l'article 3, § 4, 1.a, veille à ce que ces activités ne menacent pas la réalisation des PSG.

1. d’une chambre séparée qui dispose de suffisamment d’espace et d’ergonomie et qui est utilisée pour la disposition des stations d’enregistrement des polysomnographes, des écrans de monitoring et des bureaux pour l'équipe technique et infirmière.

Si le centre dispose de lits pour l'examen du sommeil pour enfants, ces lits sont également situés dans le laboratoire du sommeil.

1. de l'équipement nécessaire pour exécuter une PG ou PGD.

**BÉNÉFICIAIRES DE L'INTERVENTION POUR LE TRAITEMENT DES APNEES DE SOMMEIL PAR nCPAP OU OAM**

**Article 4.**

**§ 1ier**. *Les bénéficiaires*

Les bénéficiaires de la présente convention sont bénéficiaires de l'assurance et sont atteints d'un SAOS ou SASC.

Le diagnostic de SAOS ou SASC est posé par le médecin posant un diagnostic chez un patient symptomatique au moyen d'une anamnèse, d'un examen clinique et d'une PSG, comme décrite à l'annexe 2 à la présente convention. Le scorage et la définition des événements respiratoires constatés pendant la PSG (ou la PG ou PGD) et la définition des IAHO, IAO, et IAHC sont définis en annexe 3 à la présente convention.

Dans le cas de SAOS, chez un tel bénéficiaire de 16 ans ou plus, la PSG diagnostique démontre une IAHO de ≥ 15,00/heure, conformément à la description de l'IAHO à l’annexe 3.

Chez un tel bénéficiaire âgé de moins de 16 ans et qui souffre de SAOS, la PSG diagnostique démontre un IAHO de ≥ 5,00/heure ou un IAO ≥ 1,00/heure, conformément à la description de l'IAHO et de l'IAO à l’annexe 3.

En cas de SASC, la PSG diagnostique montre chez un bénéficiaire de 16 ans ou plus une apnée centrale du sommeil définie comme un IAHC de ≥ 15,00/heure, conformément à la définition de l'IAHC à l'annexe 3. Ces patients qui présentent un SASC entrent uniquement en ligne de compte pour un remboursement pour le traitement nCPAP et n’entrent donc pas en ligne de compte pour le remboursement du traitement par OAM.

**§ 2.** *Délai de validité de la PSG*

Pour les bénéficiaires qui sont traités pour la première fois par nCPAP ou par OAM et pour les bénéficiaires qui n'ont plus été traités par nCPAP ou par OAM pendant plus d’un an ou dont le traitement par nCPAP ou par OAM n'a plus été pris en charge par l'assurance pendant plus d’un an (par exemple, parce que la demande de prolongation de la prise en charge n’a pas été introduite à temps), la PSG diagnostique ne peut, à la (nouvelle) date de début de la prise en charge du traitement dans le cadre de la présente convention, jamais avoir été effectuée il y a plus de 2 ans. Pour les bénéficiaires pour lesquels une PSG diagnostique a été réalisée il y a 2 ans maximum, une nouvelle PSG diagnostique n’est seulement nécessaire que lorsque la situation clinique du bénéficiaire a changée depuis.

Pour les bénéficiaires qui passent d'un traitement par nCPAP à un traitement par OAM ou inversement, aucune nouvelle PSG diagnostique ne doit être réalisée si la période entre la date de fin d'un traitement et la date de début de l'autre traitement est de maximum 1 an, même si la PSG diagnostique a déjà été effectuée il y a plus de 2 ans.

**TRAITEMENT DES APNEES DU SOMMEIL**

**Article 5.** *Choix du traitement et prescription du traitement*

**§ 1.** Pour chaque bénéficiaire, il convient toujours d'examiner si le bénéficiaire a besoin d'un traitement conservateur qui peut inclure :

* une réduction de poids ;
* un mode de vie actif (bouger suffisamment) ;
* une abstinence d'alcool dans la soirée ;
* le sevrage tabagique ;
* éviter les sédatifs.

Le médecin du centre posant le diagnostic décide sur la base de la problématique médicale, du traitement des apnées du sommeil le plus indiqué pour le bénéficiaire, tenant compte de l'avis du bénéficiaire et si nécessaire, après avoir recueilli l'avis à ce sujet de médecins qui appartiennent à d'autres disciplines. Le médecin du centre opte à cet effet pour un traitement dans le spectre complet des traitements des apnées du sommeil. Les traitements par nCPAP ou par OAM faisant l'objet de la présente convention, ne constituent que quelques-uns des traitements possibles.

Dans le cas du traitement des apnées du sommeil par nCPAP ou par OAM, le médecin posant le diagnostic prescrit ce traitement (à savoir en introduisant la demande de prise en charge visée à l'article 14) et est responsable du suivi médical et de la prolongation et, si nécessaire, de l’adaptation du traitement (par exemple, passer d’un nCPAP à une OAM et inversement). Dans le cas d’un traitement par OAM, le médecin spécialiste en ORL et le spécialiste OAM sont concernés à ce sujet.

**§ 2.** Le traitement du SAOS par OAM ne peut être proposé qu'à un bénéficiaire ≥ 18 ans.

Avant d'opter définitivement pour un traitement du SAOS par OAM, dans le cas d'un bénéficiaire ≥ 18 ans chez qui le diagnostic du SAOS a été posé et chez qui le médecin posant un diagnostic envisage un traitement par OAM :

* le médecin spécialiste en ORL doit confirmer, sur la base d'un examen clinique du bénéficiaire et d'éventuels examens complémentaires au niveau des voies respiratoires supérieures, que le traitement du SAOS au moyen d'une OAM est indiqué pour ce bénéficiaire ;
* et le spécialiste OAM doit confirmer, après contrôle clinique avec imagerie, si nécessaire, qu'il est possible de placer une OAM individuelle titrable chez le bénéficiaire et qu'il n'y a pas de contre-indications dentaires ou orthodontiques à ce sujet.

Le fait qu'un patient soit d'abord vu par le médecin spécialiste en ORL ou par le spécialiste OAM peut varier d'un patient à l'autre. Au moment où la demande de prise en charge d'un traitement par OAM visée à l'article 14 est introduite, les attestations tant du médecin spécialiste en ORL que du spécialiste OAM sont bien requises.

**§ 3.** Avant d'opter pour un traitement du SAOS par nCPAP chez un bénéficiaire < 16 ans, il convient toujours de vérifier si d'autres traitements du SAOS parmi lesquels l'adéonotosillectomie peuvent apporter une solution.

**§ 4.** Si une adénotonsillectomie est réalisée chez un bénéficiaire (quel que soit son âge), le traitement par nCPAP (quel que soit son âge) ou par OAM (≥ 18 ans) ne peut démarrer qu'à partir du moment où le résultat de l'adénotonsillectomie sur la ventilation nocturne et la saturation d'oxygène a été évalué. Cette évaluation au moyen d'une PSG peut avoir lieu au plus tôt 3 mois après que l'adénotonsillectomie ait été réalisée.

**§ 5.** Tous les dispositifs médicaux utilisés dans le cadre de la présente convention doivent être conformes à toutes les lois, règles et normes européennes et belges en vigueur.

**TRAITEMENT DU SAOS OU DU SASC PAR nCPAP**

**Article 6.***Titration de l'appareil nCPAP. Auto-CPAP et polygraphie. Début du traitement.*

**§ 1er.** Avant qu'un bénéficiaire ne puisse démarrer son traitement des apnées du sommeil par nCPAP, il convient de déterminer la pression de traitement dont le bénéficiaire a besoin (= titration) et le médecin posant le diagnostic doit démontrer que, grâce au traitement nCPAP, il est question d'une amélioration quantifiée de la respiration.

**§ 2.** Le médecin posant le diagnostic est responsable de la titration et décide de la manière dont la titration est réalisée :

* soit au moyen d'une PSG (= PSG de titration) dans le centre,
* soit au moyen d'un appareil d'auto-CPAP au domicile du bénéficiaire (= titration auto-CPAP à domicile), suivi d'une polygraphie (PG) dans le centre ou d'une polygraphie à domicile (PGD) ou d'une PSG dans le centre.

La titration d'auto-CPAP, suivie d'une PG ou PGD (ou PSG), ne peut être réalisée que chez un bénéficiaire ayant un IAHO de ≥ 30/heure qui ne souffre pas de l'une ou plusieurs des comorbidités suivantes :

* syndrome d'obésité-hypoventilation
* obstruction nasale ou uvulo-palato-plastie préalable
* indice d’apnée-hypopnée centrale (IAHC) de ≥ 5/heure, CASC, respiration périodique ou respiration de Cheyne-Stokes
* un autre trouble du sommeil que le SAOS
* une des affections cardiovasculaires suivantes :
* infarctus du myocarde récent (< 3 mois)
* fraction d'éjection cardiaque connue < 40 %
* BPCO connue avec FEV1 < 50 % des valeurs prévues
* patient ayant une fonction pulmonaire restrictive connue qui est due à une pathologie de la paroi thoracique (“chest wall”) ou maladie neuromusculaire
* trouble neurologique connu
* affection psychiatrique sévère connue
* suspicion d’une déficience centrale du centre respiratoire
* utilisation de plusieurs psychotropes
* utilisation d'opiacés ou de médicaments opiacés similaires

On part du principe qu'en moyenne chez 61 % des patients, la titration sera effectuée au moyen d'une PSG de titration. Chez les 39 % de patients restants, la titration sera effectuée au moyen d'un appareil auto-CPAP, suivi d'une PG ou d'une PGD.

**§ 3.** Si le médecin posant le diagnostic opte pour une PSG de titration, celle-ci doit être réalisée conformément aux dispositions de l'annexe 2 à la présente convention. Sur la base des résultats de la PSG de titration, le médecin visé démontrera qu'en comparaison de la PSG diagnostique, il est question d'une amélioration quantifiée de la respiration.

**§ 4.** Dans le cas où le médecin posant le diagnostic opte pour une titration à domicile au moyen de l’utilisation d’un appareil auto-CPAP sans supervision continue sous contrôle polysomnographique dans le centre, il sera fait usage dans ce cas d’un appareil d’auto nCPAP qui comprend au moins les fonctionnalités d’un appareil nCPAP comme décrits à l’annexe 4. La pression nécessaire définitive lors du traitement nCPAP est fixée par le médecin posant le diagnostic.

**§ 5.** Dans le cas où le médecin posant le diagnostic opte pour une titration au moyen de l'utilisation à domicile d'un appareil d'auto-CPAP sans supervision continue sous contrôle polysomnographique dans le centre, ce médecin démontrera l'efficacité de la pression titrée au moyen d'une PG nocturne qui est réalisée dans le centre ou au domicile du bénéficiaire (= PGD), pendant que le patient utilise un appareil nCPAP configuré sur cette pression fixée. La PGD ne peut être réalisée que si le bénéficiaire marque son accord et qu'il est en mesure d'utiliser correctement le polygraphe à domicile.

Dans le cadre de la présente convention, la PG ou PGD sera toujours effectuée au moyen d'un polygraphe. Cet appareil mesure au moins :

* 1 canal de débit d'air (si, sous la CPAP, il peut faire usage du flux de pression de l'appareil CPAP),
* 2 canaux de mouvements respiratoires : 1 autour de l'abdomen et 1 autour du thorax
* la fréquence cardiaque et
* la saturation d'oxygène.

La PG ou PGD ne peut jamais être réalisée la même nuit (ou le même jour) que la PSG diagnostique pour un bénéficiaire.

S’il est opté pour une PGD, un collaborateur compétent du centre qui est légalement habilité en la matière et qui est spécifiquement formé pour prendre une PGD, expliquera l'utilisation de la PGD au bénéficiaire et éventuellement à son entourage. Le médecin responsable du centre se porte garant de la compétence de ce collaborateur.

L'enregistrement de la PG dure au minimum 8 heures. L'enregistrement de la PGD dure aussi de préférence 8 heures, mais pour une PGD, une durée d'enregistrement de minimum 6 heures est considérée comme acceptable.

La PG et la PGD sont scorées manuellement par un collaborateur compétent du centre (tenant compte de tous les critères concernant la qualité et les responsabilités qui sont d’application conformément aux dispositions de l’annexe 2 pour une PSG).

Le protocole de chaque PG ou PGD effectuée mentionne la durée initiale et finale de la PG ou PGD et comporte une description statistique des résultats et des courbes graphiques couvrant la nuit entière, avec au moins la reproduction du trend SaO2 ; l’indice de désaturation d’oxygène (IDO) ≥ 3% est également mentionné. Le protocole mentionne également le nombre et le type d’apnées et hypopnées comme décrits à l’annexe 3, sauf en ce qui concerne le critère *arousal* (activation) qui tombe. Sur la base des données d'enregistrement, le rapport calcule également l'IAHO ou l'IAO; à ce sujet, il est parti de la durée initiale et finale de la PG ou PGD étant donné que le temps de sommeil réel n’est pas connu.

La réalisation de la PG ou PGD peut éventuellement être confiée à un prestataire de services médico-techniques dont question à l'article 8 de la présente convention. Compte tenu des dispositions de l'article 8, § 2, k) de la présente convention, la PG ou PGD ne peut cependant jamais être entièrement confiée à un prestataire de services médico-techniques et le médecin posant le diagnostic reste lui-même le responsable final de la PG ou PGD, l’analyse des données enregistrées ainsi que de sa précision et de son interprétation.

**§ 6.** La prise en charge du traitement par nCPAP dans le cadre de la présente convention peut démarrer au plus tôt le jour qui suit le fait qu'un médecin posant le diagnostic ait démontré - au moyen d'une PSG, PG ou PGD - l'efficacité du traitement par nCPAP sous la pression de traitement instauré.

Si un bénéficiaire a été traité par OAM avant le début du traitement par nCPAP, la prise en charge du traitement par OAM expire à partir de la prise en charge du traitement par nCPAP conformément aux dispositions de l'article 15. Pour les bénéficiaires qui, dans le cadre de la présente convention avec le centre, ont été traités par OAM, le médecin posant le diagnostic informera sans délai le spécialiste OAM (éventuellement externe) et le médecin spécialiste en ORL concernés du centre du début du traitement par nCPAP et de la fin de la prise en charge du traitement par OAM.

**§ 7.** Les coûts de la PSG de titration au centre ou de l'auto-titration CPAP à domicile, suivie d'une PG ou d'une PGD, sont compris dans le forfait de départ nCPAP mentionné à l'article 10 de la présente convention.

**Article 7.** *Description du traitement par nCPAP*

**§ 1er.** Le traitement par nCPAP comprend, pour chaque bénéficiaire, tous les éléments mentionnés dans le présent article, lesquels sont assurés sous la responsabilité finale du médecin posant le diagnostic. Lors de chaque demande de prolongation de la période de prise en charge (cf. les dispositions des articles 14 et 15), le médecin posant le diagnostic examinera et évaluera à cet effet notamment l'état de santé du patient avec ce dernier : les problèmes rencontrés par le patient au niveau de la thérapie, les résultats de la thérapie, l'acceptation de la thérapie, l'observance thérapeutique, etc.

**§ 2.** Pour chaque bénéficiaire est mis à disposition un appareil nCPAP qui répond à ses besoins individuels. Les conditions auxquelles cet appareil nCPAP doit satisfaire sont définies en annexe 4.

**§ 3.** Le centre met également à disposition du bénéficiaire tous les accessoires nécessaires au traitement par nCPAP à domicile. Il s'agit notamment du masque, des filtres d'épuration, des conduits et des accessoires de fixation.

Pour pouvoir répondre aux besoins individuels des bénéficiaires, le centre dispose de différentes sortes de masques (masques nasaux, masques bucco-nasaux, masque de capsules nasales) dans différentes tailles.

Le centre s'efforcera toujours de répondre autant que possible aux besoins individuels du bénéficiaire de manière à ce qu’il se sente autant que possible en situation confortable lors du traitement. À cette fin, le centre remplacera éventuellement un masque ou d'autres accessoires gratuitement, même s'ils ne sont pas défectueux. Si un masque ou d'autres accessoires sont défectueux, le centre le/les remplacera aussi gratuitement à moins qu'il(s) soi(en)t défectueux en raison d'une mauvaise utilisation ou d'un mauvais entretien.

**§ 4.** Outre la mise à disposition d'un appareil nCPAP et des accessoires tels que décrits au §§ 2 et 3, le traitement par nCPAP comprend également encore les différents services qui sont décrits à l'article 8, § 2, de la présente convention, peu importe si le centre les réalise lui-même ou les sous-traite partiellement ou entièrement à un prestataire de services médico-techniques.

**§ 5.** Les 6 premiers mois de traitement par nCPAP comprennent tous les éléments mentionnés dans le présent article, qu'il s'agisse d'une période plus intensive concernant la formation du bénéficiaire, la sensibilisation du bénéficiaire au traitement et le suivi du bénéficiaire en matière d'observance thérapeutique.

**§ 6.** Le médecin posant le diagnostic informera le médecin généraliste du bénéficiaire au début du traitement et ensuite au moins une fois par an du diagnostic du SAOS ou du SASC chez le bénéficiaire et du traitement du bénéficiaire par nCPAP.

**Article 8.** *Prestataires de services médico-techniques*

**§ 1.** Pour l'organisation du traitement par nCPAP, le centre peut soit faire appel à des prestataires de services médico-techniques spécialisés, soit le faire entièrement lui-même.

Dans le cas où le centre choisit de faire appel à un prestataire de services médico-techniques spécialisés, le centre conclura un contrat à ce sujet avec le prestataire de services médico-techniques qui définit les obligations des deux parties et qui règle au moins les éléments suivants :

* Les parties du traitement qui sont confiées au prestataire de services médico-techniques;
* Le lieu ou les lieux sur le(s)quel(s) le prestataire de services médico-techniques spécialisés offrent les services convenus (dans le centre, au domicile du bénéficiaire, …) ;
* La disponibilité pour les bénéficiaires que le centre attend du prestataire de services médico-techniques spécialisés;
* Les qualifications du personnel que le prestataire de services médico-techniques doit engager à cet effet, compte tenu des dispositions légales en la matière ;
* La concertation nécessaire et la communication entre le centre et le prestataire de services médico-techniques spécialisés ;
* Les accords et les règles concernant le respect de la vie privée des bénéficiaires que le prestataire de services médico-techniques doit prendre en compte ;
* L'indemnité qui est due par le centre au prestataire de services médico-techniques et les modalités de paiement en la matière.

Dès l’instant où il est rendu légalement obligatoire que les prestataires de services médico-techniques spécialisés soient enregistrés auprès de l’Agence Fédérale des Médicaments et des Produits de Santé (AFMPS), le centre ne peut seulement faire appel qu’à des prestataires de services médico-techniques qui sont enregistrés à l’AFMPS pour les services fournis dans le cadre de la présente convention.

Les dispositions des contrats avec les prestataires de services médico-techniques spécialisés ainsi que les cahiers des charges et autres documents de marché dans le cas où la législation des marchés publics est d’application, ne peuvent être en contradiction en aucun point aux dispositions légales ou aux dispositions de la présente convention.

**§ 2.** Les parties suivantes du traitement par nCPAP peuvent éventuellement être confiées à un prestataire de services médico-techniques :

1. la mise à disposition du matériel nécessaire au bénéficiaire (appareil auto-CPAP, appareil nCPAP, masque, accessoires) qui est précisé dans la prescription du médecin posant le diagnostic. Le prestataire de services médico-techniques ne peut jamais modifier les paramètres de l’appareil et le masque sans prescription de ce médecin ;
2. la tenue à jour d'un registre détaillé concernant le type de matériel qui est mis à disposition de chaque bénéficiaire, afin d'en assurer la traçabilité ;
3. l'entretien technique du matériel ;
4. la réparation et, si nécessaire, le remplacement du matériel ;
5. l’apprentissage au bénéficiaire et à son entourage à l'utilisation du matériel et l'entretien de base requis ;
6. la reprise de l'appareil auto-CPAP à la fin de la période de titration (dans le cas où, à la fin de la période de titration, le bénéficiaire passe vers un appareil nCPAP standard ou qu’il n’est plus traité par la suite par nCPAP) ;
7. la reprise de l'appareil nCPAP et éventuellement l'humidificateur d'air réchauffé à la fin du traitement ;
8. en collaboration avec le centre : la sensibilisation d’un nouveau bénéficiaire – et de son entourage - afin que le bénéficiaire acquiert l’observance thérapeutique ;
9. en collaboration avec le centre : le suivi du bénéficiaire en matière d'observance thérapeutique :

* la motivation du bénéficiaire – et de son entourage - afin qu'il continue à maintenir l’observance thérapeutique ;
* la surveillance de l'observance thérapeutique du bénéficiaire : lire régulièrement les données d'enregistrement et le rapportage de ces données au centre ;

1. la lecture et la transmission de l’imprimé de l'appareil auto-CPAP au centre. Le prestataire de services médico-techniques n’est cependant pas compétent pour interpréter l’imprimé de l’appareil ;
2. la réalisation de la PG ou PGD requise en vertu de l'article 6, § 5. Le prestataire de services médico-techniques n'est toutefois pas compétent pour analyser ou interpréter les résultats de la PG ou PGD. Le prestataire de services médico-techniques transmet les données brutes au médecin posant le diagnostic qui se charge du scorage manuel de l'ensemble du tracé, du protocole et de l'archivage des données brutes assorti d'annotations. Le médecin posant le diagnostic est le responsable final de la PG ou PGD ainsi que de leur précision.

Les parties h), i) et k) mentionnées du traitement ne peuvent jamais être sous-traitées intégralement par le centre. Un centre qui confie des tâches à ce sujet au prestataire de services médico-techniques, doit, pour chaque bénéficiaire, donc aussi continuer lui-même à assumer les tâches concernant la sensibilisation du bénéficiaire pour le traitement et le suivi de l’observance thérapeutique.

Dans le cas où l’enregistrement des prestataires de services médico-techniques par l’AFMPS est rendu obligatoire, mais que les prestataires de services médico-techniques ne peuvent pas prendre légalement sur eux certaines parties du traitement mentionnées ci-dessus, ces dispositions légales priment sur les dispositions dont question dans la présente convention.

**§ 3.** Les prestataires de services médico-techniques spécialisés auxquels le centre fait appel ne peuvent jamais être considérés comme partie dans le cadre de la présente convention. Dans le cadre de la présente convention, le centre est, par conséquent, le seul responsable par rapport au bénéficiaire, à l'organisme assureur du bénéficiaire et à l'INAMI pour l'application correcte de la présente convention.

Dans le contrat que le centre doit conclure avec chaque prestataire de services médico-techniques spécialisés, il peut toutefois être convenu de la manière dont le centre peut se retourner contre le prestataire de services médico-techniques spécialisés dans le cas où ce prestataire ne respecte pas les engagements fixés en matière de traitement par nCPAP.

**§ 4.** Chaque centre informera l'INAMI, pour le 28 février 2018, s'il sous-traite ou non les services à un prestataire de services médico-techniques et si oui, il précisera quels sont les services précisément sous-traités et sous quelles conditions (description détaillée des services sous-traités, le(s) lieu(x) sur le(s)quel(s) le prestataire de services médico-techniques spécialisés offre les services convenus, etc.). Toute modification ultérieure en la matière sera immédiatement communiquée à l'INAMI.

**TRAITEMENT DU SAOS PAR UNE OAM**

**Article 9.**

**§ 1er.** Pour chaque bénéficiaire, le traitement du SAOS par OAM comprend les éléments suivants:

1. la fabrication individuelle et sur mesure d'une OAM. Les caractéristiques auxquelles cette OAM doit satisfaire sont définies en annexe 5.

L'OAM est la propriété du bénéficiaire.

1. missions diverses du spécialiste OAM :
2. les tests de l'OAM chez le bénéficiaire;
3. la formation du bénéficiaire concernant l'utilisation de l'OAM et l'entretien de base requis;
4. la titration de l'OAM, c'est-à-dire l'augmentation graduelle de la position de la mâchoire inférieure dans les limites de tolérance physique du bénéficiaire pour parvenir à un traitement effectif maximal;
5. la formation du bénéficiaire sur la façon dont il peut encore éventuellement continuer la titration de l'OAM;
6. le contrôle régulier de l'état de l'OAM;
7. l'entretien de l'OAM;
8. le contrôle d'éventuels effets secondaires sur la condition dentaire et parodontale;
9. si nécessaire, la réparation et/ou le rebasage de l'OAM pour lesquels il peut être fait appel au laboratoire technico-dentaire agréé dont question à l’annexe 5 de la présente convention;
10. en collaboration avec le médecin posant le diagnostic:

* la sensibilisation du bénéficiaire et de son entourage au traitement ;
* et le suivi de l’observance thérapeutique par rapport à laquelle, en interrogeant le bénéficiaire ou éventuellement via le capteur micro-thermomètrique intégré, il convient de vérifier si le bénéficiaire utilise son OAM en moyenne minimum 4 heures par nuit;

1. dans le cas d'un capteur micro-thermomètrique intégré: la lecture de la mémoire du capteur;
2. la discussion avec le bénéficiaire des données de lecture du capteur concernant l'utilisation effective de l'OAM et la communication de ces données au médecin posant le diagnostic;
3. la tenue à jour d'un registre détaillé concernant le type d'OAM et – si d’application - le type de capteur qui est mis à disposition de chaque bénéficiaire afin d'en assurer la traçabilité.

Le spécialiste OAM peut éventuellement déléguer les missions mentionnées sous b, f et j à un assistant compétent qui peut les assurer sous la supervision du spécialiste OAM.

Le spécialiste OAM communique sans délai la date à laquelle l'OAM est délivrée au bénéficiaire au médecin posant le diagnostic qui est responsable de la demande de prise en charge visée à l'article 14. À partir de cette date, en application des dispositions de l'article 15, la prise en charge d'un éventuel traitement par nCPAP de ce même bénéficiaire expire.

1. la réalisation, par le médecin posant le diagnostic, ou sous sa supervision, d'une PG ou PGD dans les 5 premiers mois pendant lesquels le bénéficiaire utilise l'OAM afin de démontrer que le traitement permet une amélioration quantifiée de la respiration. Le médecin posant le diagnostic peut éventuellement remplacer la PG ou PGD par une PSG comme décrite à l’annexe 2.

La PG ou PGD est effectuée après que le bénéficiaire ait déjà utilisé l'OAM pendant une période et que l'OAM, sous la supervision du spécialiste OAM, soit suffisamment titrée. Le spécialiste OAM informera le médecin posant le diagnostic du moment où l’OAM est suffisamment titrée.

La PG ou PGD doit répondre aux conditions de l'article 6, § 5, de la présente convention.

Le médecin posant le diagnostic informe sans délai le médecin spécialiste en ORL et le spécialiste OAM du résultat de chaque PG ou PGD et se concerte avec eux au sujet de la poursuite du traitement et de son adaptation éventuelle.

**§ 2.** Le médecin posant le diagnostic informera le médecin généraliste du bénéficiaire, au début du traitement par OAM, du diagnostic du SAOS chez le bénéficiaire et du traitement du bénéficiaire par OAM. Le médecin posant le diagnostic informera également le médecin généraliste de l'arrêt éventuel du traitement par OAM.

**PRESTATIONS REMBOURSABLES ET PRIX**

**Article 10.**

**§ 1.** Dans le cadre de la présente convention, deux types de forfaits journaliers peuvent être attestés pour le traitement des apnées du sommeil par nCPAP visé aux articles 6 et 7:

* le forfait de départ nCPAP
* le forfait de base nCPAP

**§ 2.** Le forfait de base nCPAP rembourse:

* la mise à disposition d'un appareil nCPAP tel que défini à l’annexe 4;
* la mise à disposition de tous les accessoires nécessaires tels que visés à l'article 7, § 3;
* les activités visées à l'article 7, §§ 4 et 6 (en ce compris les services visés à l'article 8, § 2, peu importe si le centre les réalise lui-même ou les sous-traite à un prestataire de services médico-techniques spécialisés).

Le forfait de départ nCPAP rembourse les mêmes éléments que le forfait de base nCPAP, complété par soit la titration PSG dans le centre, soit la titration auto-CPAP à domicile, suivie par une PG ou PGD comme décrite à l'article 6.

**§ 3.** Le forfait de départ nCPAP peut être attesté pour un bénéficiaire pendant une période ininterrompue de 6 mois (du jour x d'un mois déterminé au jour x-1 six mois plus tard). Cette période de 6 mois commence à courir le jour où le traitement par nCPAP décrit à l'article 7 a effectivement débuté et au plus tôt à partir du jour qui suit la titration PSG, PG ou PGD visée à l'article 6.Pendant cette période de 6 mois, le bénéficiaire ne peut jamais passer dans un autre hôpital avec une convention apnée du sommeil et ne peut jamais passer à un traitement par OAM.

Le forfait de départ nCPAP ne peut être attesté que pour un bénéficiaire qui est traité pour la première fois de sa vie par nCPAP. Le fait que le bénéficiaire ait déjà été traité auparavant au moyen d'une OAM n'empêche pas l'attestation du forfait de départ nCPAP si le bénéficiaire passe à un traitement nCPAP et est traité pour la première fois de sa vie par nCPAP.

Pour un bénéficiaire qui a déjà été traité précédemment par nCPAP, dans le centre ou dans un autre hôpital qui a conclu la présente convention avec le Comité de l'assurance ou dans le cadre de conventions nCPAP précédentes, aucun forfait de départ nCPAP ne peut être attesté sauf dans le cas où le bénéficiaire n'a plus été traité par nCPAP pendant minimum un an (mais éventuellement au moyen d'une OAM).

**§ 4.** Le forfait de départ nCPAP (pseudo-code 779936) s'élève à 2,82 EUR.

Le forfait de base nCPAP (pseudo-code 779951) s'élève à 1,79 EUR.

La composition de ces prix est mentionnée en annexe 8.

En application des dispositions de l'arrêté royal du 29 avril 1996 *portant fixation de la réduction de l'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans les honoraires et prix fixés dans certaines conventions avec les établissements de rééducation*, les forfaits de départ nCPAP facturés aux organismes assureurs et les forfaits de base nCPAP facturés pour certains bénéficiaires doivent être diminués du montant prévu dans l'arrêté royal. Le centre peut attester ce montant au bénéficiaire. Chaque facture qui est ainsi adressée au bénéficiaire concernera exclusivement la période de traitement de 3 mois maximum qui est déjà passée. Il est interdit d'attester les montants dus par le bénéficiaire entièrement ou partiellement préalablement à la période de traitement.

**Article 11.**

**§ 1.** Dans le cadre de la présente convention, deux types de forfaits journaliers peuvent être attestés pour le traitement du SAOS par OAM visé à l'article 9 :

* le forfait de départ OAM
* le forfait de base OAM

**§ 2.** Le forfait de base OAM rembourse surtout le suivi d'un bénéficiaire qui utilise déjà une OAM depuis 6 mois au moins. Il s'agit plus précisément des activités mentionnées à l'article 9, § 1er, 2), bien que les activités mentionnées aux points a, b, c et d ont surtout lieu dans les premiers mois d'utilisation de l'OAM.

Le forfait de départ OAM rembourse pendant 6 mois toutes les activités qui sont mentionnées à l'article 9, § 1er, bien que les activités qui sont mentionnées à l'article 9, § 1er, 2), e à k inclus, auront surtout souvent lieu après qu'un bénéficiaire ait utilisé une OAM pendant 6 mois déjà.

**§ 3.** Le forfait de départ OAM peut être attesté pour un bénéficiaire pendant une période ininterrompue de 6 mois qui commence à courir le jour où le spécialiste OAM fournit l'OAM visée à l’annexe 5, au bénéficiaire pour utilisation et où les activités visées à l'article 9 § 1er, 2), a, b, c et d, ont été effectuées ou en tout cas ont été initiées. Pendant cette période de 6 mois, le bénéficiaire ne peut jamais passer dans un autre hôpital avec une convention apnée du sommeil et ne peut jamais passer à un traitement nCPAP.

Au terme de la période ininterrompue de 6 mois pendant laquelle un forfait de départ peut être attesté, seul le forfait de base OAM peut être attesté pour le bénéficiaire.

**§ 4.** Si l'OAM d'un bénéficiaire doit absolument être remplacée par une nouvelle OAM parce qu'elle est usée ou parce qu'elle n'est plus adaptée au bénéficiaire, un forfait de départ OAM peut à nouveau être attesté pour ce bénéficiaire pendant 6 mois, à condition que la nouvelle OAM soit utilisée au plus tôt 5 ans après la date de remise de l'OAM précédente.

**§ 5.** Si un bénéficiaire, au cours de la période de 5 ans qui suit la date de remise de l'OAM, arrête son traitement au moyen d'une OAM et passe éventuellement à un traitement par nCPAP, mais passe quand même à nouveau à un traitement au moyen d'une OAM au cours de cette même période de 5 ans, plus aucun forfait de départ OAM ne peut être attesté mais bien un forfait de base OAM. Si ce bénéficiaire ne reprend le traitement au moyen d'une OAM qu'après la période de 5 ans qui suit la date de remise de l'OAM, le spécialiste OAM doit vérifier si l'OAM existante peut encore être utilisée ou si elle doit être remplacée. Le forfait de départ OAM ne peut à nouveau être attesté que dans le cas où l'ancienne OAM doit être remplacée par une nouvelle OAM et ce, minimum 5 ans après la date de remise de l'ancienne OAM.

Un bénéficiaire qui a déjà arrêté deux fois son traitement au moyen d'une OAM pour passer à un traitement par nCPAP n'entre plus en ligne de compte pour le remboursement du forfait de départ OAM ou du forfait de base OAM.

**§ 6.** Le forfait de départ OAM s'élève à 5,64 €. Il est attesté au moyen du :

* pseudo-code 779870 pour un bénéficiaire qui utilise pour la première fois une OAM
* pseudo-code 779892 pour un bénéficiaire dont l'OAM doit être renouvelée après que l'assurance soit déjà intervenue précédemment dans le coût d'une OAM, éventuellement sur la base de l'ancienne réglementation

Le forfait de base OAM (pseudo-code 779914) s'élève à 0,43 EUR.

La composition de ces prix est mentionnée en annexe 9.

Dès que l'arrêté royal du 29 avril 1996 *portant fixation de la réduction de l'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans les honoraires et prix fixés dans certaines conventions avec les établissements de rééducation* le prévoit, les forfaits de départ OAM facturés aux organismes assureurs pour certains bénéficiaires doivent être diminués du montant prévu dans l'arrêté royal. Le centre peut attester ce montant au bénéficiaire. Il est autorisé d'attester en une seule fois au bénéficiaire les montants qui sont dus par le bénéficiaire pour la période de départ de 6 mois, et ce même éventuellement à partir du moment où le médecin posant le diagnostic, le médecin ORL, le spécialiste OAM et le bénéficiaire concerné, en application des dispositions de l’article 5 de la présente convention, ont opté pour un traitement OAM.

**Article 12.**

Par jour et par bénéficiaire, un seul forfait journalier peut être attesté:

* soit le forfait de départ nCPAP
* soit le forfait de base nCPAP
* soit le forfait de départ OAM
* soit le forfait de base OAM

**TRAITEMENT PAR nCPAP: LIMITATION DE LA CROISSANCE PAR ANNEE**

**Article 13.**

**§ 1.** Le nombre total de prestations remboursables concernant le traitement par nCPAP qui sont réalisées au cours d'une même année civile et qui sont attestées aux organismes assureurs (peu importe la date de facturation), ne peut augmenter que de 15,00 % maximum par année, *en tenant compte de la croissance réelle de 13,78 % dans la période 2014-2016*.

Ce pourcentage maximum vaut pour le nombre total de prestations du centre et de tous les autres hôpitaux qui ont conclu une convention apnées de sommeil qui rembourse le traitement par nCPAP.

Le nombre de forfaits journaliers comptabilisés en 2014 (24.528.663 forfaits journaliers = en moyenne 67.201,82 patients sur une base annuelle) vaut comme année de référence sur la base de laquelle le nombre maximum de forfaits journaliers remboursables sera fixé pour toutes les années suivantes.

**§ 2.** Si le Collège des médecins-directeurs et le Comité de l'assurance constatent que le nombre total de prestations de tous les centres ayant conclu une convention dans une année civile déterminée a augmenté de plus de 15,00 %, les prix mentionnés à l'article 10 § 4, seront diminués dans le courant de l'année civile suivante afin de compenser entièrement le dépassement du pourcentage d'augmentation de 15,00 % acceptable de manière à ce que ce dépassement n'engendre pas de dépenses supplémentaires pour l'assurance. Avant de procéder éventuellement à cette diminution de prix, le Conseil d'accord visé à l'article 22 aura toutefois la possibilité d'une part, de prendre connaissance de l'augmentation de plus de 15% et d'autre part, d'élaborer d'autres propositions éventuelles qui compensent entièrement le dépassement du pourcentage d'augmentation de 15,00 % acceptable de manière à ce que ce dépassement n'engendre pas de dépenses supplémentaires pour l'assurance.

**§ 3.** La constatation de dépassement du pourcentage d'augmentation acceptable de 15,00 % dans une année civile donnée se fait sur la base des dépenses comptabilisées par les organismes assureurs pour le forfait de départ nCPAP et le forfait de base nCPAP (total du nombre de prestations comptabilisées sous les pseudo-codes 779096, 779100, 779936 et 779951). Il peut être tenu compte à cet effet d’éventuelles accélérations de facturation ou de retards de facturation.

**§ 4.** En cas de dépassement du pourcentage d'augmentation acceptable de 15,00 % dans une année civile déterminée, le Comité de l'assurance fixe - si aucune autre mesure n'est prise sur proposition du Conseil d'accord - les nouveaux prix des prestations visées à l'article 10 et la date à laquelle ils prennent cours, sans qu'il ne faille conclure à ce sujet un avenant à la convention.

**§ 5.** L'INAMI communique, le cas échéant, au centre et aux organismes assureurs, les nouveaux prix des prestations mentionnées à l'article 10 fixés par le Comité de l'assurance ainsi que la date à partir de laquelle ceux-ci sont d'application.

**PROCÉDURE DE DEMANDE ET D'ACCORD POUR L'INTERVENTION DANS LES**

**PRESTATIONS PRÉVUES À LA PRÉSENTE CONVENTION**

**Article 14.** *Demande d'intervention*

**§ 1er.** Les prestations mentionnées aux articles 10 et 11 n'entrent en considération pour une intervention de l'assurance obligatoire soins de santé que si le médecin-conseil de l'organisme assureur du bénéficiaire s'est prononcé en faveur de leur prise en charge par l'assurance obligatoire soins de santé.

**§ 2.** Une demande de prise en charge d'un traitement d'un bénéficiaire dans le cadre de la présente convention concerne soit le traitement de ce bénéficiaire par nCPAP soit le traitement de ce bénéficiaire par OAM. Une demande ne peut jamais concerner simultanément les deux traitements pour un même bénéficiaire.

Pour chaque bénéficiaire qui souhaite passer d'un traitement par nCPAP à un traitement par OAM ou inversement, une demande de modification du traitement pris en charge doit être introduite. Même pour le remplacement d'une OAM par une nouvelle OAM, une demande de modification et de prolongation du traitement doit être introduite.

**§ 3.** Toute demande d'intervention et de prolongation ou modification de l'intervention est introduite par le bénéficiaire selon les dispositions des articles 139, 142, § 2 et 144 de l'A.R. du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

En application des dispositions de l'article 139 de l'arrêté royal précité, le bénéficiaire introduit la demande d'intervention au moyen d'un formulaire qui a été approuvé par le Comité de l'assurance. Le Comité de l'assurance peut à tout moment remplacer ce formulaire de demande par un autre formulaire.

À la demande est joint un rapport médical rédigé par le médecin posant le diagnostic selon le modèle reproduit en annexe 13, 14 ou 15 à la présente convention, en fonction de la nature de la demande. Le Collège des médecins-directeurs peut à tout moment remplacer ces modèles par d'autres modèles.

Le Collège des médecins-directeurs peut décider d'accepter des rapports médicaux validés par voie électronique s'il y a suffisamment de garanties que la légitimité de ces rapports médicaux validés électroniquement ne peut être contestée, même si la procédure de demande de prise en charge se poursuit sur papier.

En application des dispositions de l'article 142, § 2, de l'arrêté royal précité, l'intervention de l'assurance, en cas d'accord du médecin-conseil, n'est due que pour les prestations réellement effectuées qui sont réalisées à partir de la date fixée par le médecin-conseil. Cette date ne peut jamais précéder de plus de 30 jours la date à laquelle le médecin-conseil a reçu la demande d'intervention.

Le centre s'engage à aider le bénéficiaire lors de l'introduction d'une demande d'intervention.

Si le centre a pris la responsabilité d'introduire lui-même la demande d'intervention, le pouvoir organisateur du centre s'engage à ne pas réclamer au bénéficiaire le coût de prestations éventuelles qui ne donnent pas lieu à une intervention de l'assurance en raison de l'introduction tardive de la demande.

**§ 4.** *Demandes pour un traitement par nCPAP ou par OAM pour de nouveaux bénéficiaires*

Pour un nouveau bénéficiaire, à savoir un bénéficiaire qui n'a jamais été traité ni par nCPAP ni par OAM ou pour lequel l’assurance n’a plus pris en charge de traitement par nCPAP ou par OAM depuis plus d’un an (indépendamment du fait que le traitement ait été poursuivi ou non au cours de cette période), les documents suivants doivent être joints en annexes au rapport médical :

* S'il s'agit d'une demande de traitement par nCPAP: le protocole de la PSG diagnostique ainsi que le protocole de la PSG de titration ou le rapport de la PG ou PGD. La demande ne peut donc être introduite qu'après que la PSG de titration, la PG ou la PGD ait été effectuée. Si la demande concerne un bénéficiaire pour lequel l’assurance n’a plus pris en charge de traitement par nCPAP ou par OAM depuis plus d’un an, la PSG diagnostique ne doit pas être réitérée si la PSG diagnostique a été réalisée, pour ce bénéficiaire, moins de 2 ans maximum avant la date de reprise du traitement.
* S'il s'agit d'une demande de traitement par OAM :
* le protocole de la PSG diagnostique ;
* le rapport du médecin spécialiste en ORL et le rapport du spécialiste OAM qui indiquent que le bénéficiaire est un bon candidat pour le traitement du SAOS au moyen d'une OAM.

La demande ne peut être introduite qu'après que le spécialiste OAM ait délivré l'OAM au bénéficiaire.

**§ 5.** *nCPAP – Demandes de prolongation*

Pour le traitement par nCPAP, une impression de l'enregistrement de la mémoire de l'appareil nCPAP du bénéficiaire est jointe aux demandes de prolongation, s'il :

* s'agit d'une demande pour une première prolongation qui est introduite après les 3 premiers mois de traitement ;
* s'agit d'une demande de prolongation qui est introduite après que la prise en charge a été autorisée pour la première fois pour une période de 12 mois (*généralement après 15 mois de traitement, c'est-à-dire les 3 premiers mois de traitement + les 12 mois suivants*) ;
* s'agit d'une demande de prolongation pour un bénéficiaire ayant bénéficié lors de la demande précédente, en application des dispositions de l'article 15, § 1er, uniquement d'une prolongation de 3 mois de la période de prise en charge en raison d'une observance thérapeutique défaillante ou parce que l'appareil n'a plus enregistré l'utilisation effective en raison d'un problème technique.

Dans tous les autres cas, l'utilisation effective de l'appareil nCPAP est évaluée sur la base du compteur de l'appareil.

Pour les demandes de prolongation de l'intervention pour le traitement par nCPAP institué, une nouvelle PSG, PG ou PGD n'est effectuée que si le médecin posant le diagnostic le juge nécessaire. Comme déjà mentionné à l'article 7, § 1er de la présente convention, le médecin posant le diagnostic examinera et évaluera l'état de santé du patient avec ce dernier lors de chaque prolongation.

**§ 6**. *OAM – Demandes de prolongation*

Pour le traitement au moyen d'une OAM, un rapport, rédigé par le spécialiste OAM est joint à chaque demande de prolongation dans lequel celui-ci, sur la base des questions posées au bénéficiaire ou sur la base de données relatives à l'utilisation effective, confirme que le bénéficiaire utilise son OAM en moyenne 4 heures minimum par nuit et qu'il n'y a pas de contre-indication à la poursuite du traitement OAM. Lors de la prescription de la poursuite du traitement par OAM, le médecin posant le diagnostic peut se fonder sur ces conclusions du spécialiste OAM. Le médecin posant le diagnostic ne doit donc pas évaluer lui-même encore une fois les résultats du traitement et l'indication de la poursuite du traitement, même si le patient et/ou le spécialiste OAM peuvent recueillir à tout moment l'avis du médecin posant le diagnostic.

Ce n'est qu'à la fin de la période de 6 mois pendant laquelle le forfait de départ OAM peut être attesté, que le rapport de la PG, de la PGD ou de la PSG visée à l'article 9, § 1er, 3), est joint à la demande de prolongation du traitement par OAM ainsi qu'un rapport du médecin posant le diagnostic relatif à l'évolution médicale du patient. Ceci est requis tant pour un patient ayant d'abord été traité au moyen d'une OAM que pour un patient dont l'ancienne OAM a été remplacée par une nouvelle OAM.

**§ 7**. *Demandes pour les patients qui passent d'un traitement OAM à un traitement nCPAP ou inversement*

Dans le cas où un bénéficiaire passe d'un traitement OAM à un traitement nCPAP, le protocole de la PSG de titration effectuée dans le cadre du traitement nCPAP ou (dans le cas d'une titration à domicile au moyen d'un appareil d'auto-CPAP) le rapport de la PG ou PGD effectuée dans le cadre du traitement nCPAP doit être joint à la demande de modification.

Dans le cas où un bénéficiaire passe d'un traitement par nCPAP à un traitement par OAM, le rapport du médecin spécialiste en ORL et le rapport du spécialiste OAM doivent être joints à la demande de modification afin de démontrer que le bénéficiaire est un bon candidat pour le traitement du SAOS au moyen d'une OAM.

**§ 8**. *Demande de remplacement d'une OAM par une nouvelle OAM*

Dans le cas d'une demande de remplacement d'une OAM par une nouvelle OAM, un rapport récent du spécialiste OAM doit être joint à la demande afin de démontrer l’observance thérapeutique et de démontrer que le bénéficiaire est un bon candidat pour la poursuite du traitement du SAOS au moyen d'une OAM. En outre, il y a lieu que le médecin posant le diagnostic examine, avec le patient, les résultats du traitement et l’indication de poursuivre ce traitement et ce, avant qu’il puisse prescrire la poursuite du traitement OAM au moyen du rapport médical qui se trouve à l’annexe 15 de la convention.

Une nouvelle OAM peut être prise en compte au plus tôt 5 ans après la date de remise de l'OAM précédent. À l'expiration de ce délai de 5 ans, une demande de prise en charge d'une nouvelle OAM peut être introduite à tout moment, même si - en application des dispositions de l'article 15 - un accord est encore en cours pour la prise en charge du traitement avec l'ancienne OAM.

**§ 9.** Le centre s’engage à fournir au médecin-conseil toutes les informations que ce dernier juge utiles afin de pouvoir se prononcer sur une demande de (prolongation) de l’intervention.

**Article 15.** *Période d'intervention de l'assurance*

**§ 1.** *Traitement par nCPAP - Période octroyée d'intervention de l'assurance, notamment en fonction de l'observance thérapeutique - Conséquences de l'observance thérapeutique défaillante*

S'il est satisfait à toutes les conditions, un premier accord de prise en charge des prestations nCPAP est donné pour une période de 3 mois à partir de la date de début du traitement, à un bénéficiaire qui n'a jamais encore été traité par nCPAP ou pour lequel l’assurance n’a plus pris en charge de traitement nCPAP ou OAM durant 3 mois ou plus (indépendamment du fait que le traitement ait été poursuivi ou non au cours de cette période).

Aussi longtemps que le bénéficiaire utilise son appareil nCPAP minimum 4 heures en moyenne par nuit et qu’il satisfait à toutes les autres conditions, chaque prochain accord vaut pour une période de maximum 12 mois.

Pour la première prolongation, l'utilisation moyenne effective de l'appareil nCPAP est évaluée sur la base d'une période de minimum 2 mois.

Dans le cas où une prolongation de la prise en charge de 12 mois a été autorisée, pour la prochaine prolongation, l'utilisation moyenne effective de l'appareil nCPAP est évaluée sur la base d'une période de 9 mois minimum.

Si un bénéficiaire, au cours de la période précédente de prise en charge, a utilisé son appareil nCPAP moins de 4 heures en moyenne par nuit (= observance thérapeutique défaillante) ou si l'appareil nCPAP n'a pas enregistré l'utilisation effective en raison d'un problème technique, un nouvel accord pour la prise en charge des prestations nCPAP ne peut être donné que pour une période de 3 mois uniquement :

* Si dans cette période supplémentaire de 3 mois, sur la base d'une période d'évaluation de 2 mois au minimum, le bénéficiaire utilise son appareil nCPAP moins de 4 heures par nuit en moyenne, le traitement par nCPAP ne peut plus être poursuivi et le bénéficiaire n'entre plus en ligne de compte pendant un an pour un traitement par nCPAP dans le cadre de la présente convention. Cela s'applique également quand il est mis fin au traitement par nCPAP dans le courant de la période supplémentaire de 3 mois.
* Si dans cette période supplémentaire de 3 mois, le bénéficiaire utilise son appareil nCPAP minimum 4 heures par nuit en moyenne, un accord de prise en charge peut ensuite à nouveau être donné pour une période de 12 mois. Si le bénéficiaire, dans cette période de 12 mois ou dans la période suivante de 12 mois, utilise son appareil nCPAP moins de 4 heures en moyenne par nuit, le bénéficiaire n'entre plus en ligne de compte pendant un an pour un traitement par nCPAP dans le cadre de la présente convention.

Pour un bénéficiaire pour lequel le traitement nCPAP est arrêté en raison du fait qu'il a utilisé son appareil moins de 4 heures par nuit en moyenne, au terme de la période d'un an susmentionnée pendant laquelle le traitement nCPAP ne peut plus être pris en charge, un nouveau traitement par nCPAP, ne peut être pris en charge que si le bénéficiaire répond encore toujours à toutes les conditions de la présente convention ; ce que doit notamment démontrer une nouvelle PSG diagnostique ; à moins que la PSG diagnostique initiale date de maximum 2 ans à la date de reprise du traitement nCPAP et que la situation clinique du bénéficiaire n’a pas changée durant cette période. La nouvelle demande d'intervention doit également contenir une note justificative dans laquelle le médecin posant le diagnostic explique les raisons pour lesquelles il attend que le bénéficiaire répondra maintenant bien aux conditions relatives à l’observance thérapeutique.

**§ 2.** *Traitement par OAM - Période octroyée d'intervention de l'assurance, notamment en fonction de l'observance thérapeutique - Conséquences de l'observance thérapeutique défaillante*

Si toutes les conditions sont remplies, un premier accord de prise en charge des prestations OAM est donné pour une période de 6 mois à partir de la date de remise de l'OAM à un bénéficiaire qui n'a encore jamais été traité au moyen d'une OAM ou pour lequel l'ancienne OAM a été remplacée par une nouvelle OAM. Pour un bénéficiaire qui a déjà été traité au moyen d'une OAM mais pour lequel l’assurance n’a plus pris en charge de traitement par OAM durant plus de 3 mois (indépendamment du fait que le traitement ait été poursuivi ou non durant cette période), l’accord pour la reprise du traitement est donné pour 3 mois.

Chaque prochain accord vaut pour une période de 12 mois maximum à condition que :

* à la fin de la période de 6 mois pendant laquelle le forfait de départ OAM peut être attesté, sur la base de la PG ou PGD ou PSG visée à l'article 9, § 1er, 3), l'efficacité du traitement OAM peut être démontrée. Ceci est requis tant pour un patient ayant été traité pour la première fois au moyen d'une OAM que pour un patient dont l'ancienne OAM a été remplacée par une nouvelle OAM.
* lors de chaque demande de prolongation, le spécialiste OAM confirme, dans un rapport, sur la base des questions posées au bénéficiaire ou sur la base de données relatives à l'utilisation effective, que le bénéficiaire utilise son OAM 4 heures minimum par nuit en moyenne et qu'il n'y a pas de contre-indication à la poursuite du traitement OAM. Si le bénéficiaire utilise son OAM moins de 4 heures par nuit en moyenne, un accord ne peut seulement être donné que pour 3 mois et les mêmes règles que pour le nCPAP s'appliquent comme mentionnées au § 1er.

**§ 3.** *Arrêt du traitement – Fin de la période de l'intervention de l'assurance*

La période d’intervention de l'assurance pour le traitement d'un bénéficiaire par nCPAP ou au moyen d'une OAM prend fin dès que le centre arrête le traitement. Si le bénéficiaire arrête lui-même ce traitement, la période d’intervention de l'assurance prend fin dès qu'un des dispensateurs de soins ou autres collaborateurs mentionnés à l'article 3, § 4, en est informé.

Le médecin posant le diagnostic informera sans délai le médecin-conseil de la date de fin du traitement.

**§ 4.** *Patients qui passent d'un traitement OAM à un traitement nCPAP ou inversement ou qui poursuivent leur traitement dans un autre hôpital - Fin de la période de l'intervention de l'assurance*

Si une nouvelle demande de prise en charge d'un traitement est introduite pour un bénéficiaire dans le cadre de la présente convention, l'accord pour la prise en charge du traitement précédent vient à échéance le jour qui précède le jour où l'assurance commence à prendre en charge le traitement modifié. C'est notamment le cas :

* Si, pour un bénéficiaire qui est traité par nCPAP, une demande est introduite pour un traitement par OAM ou inversement ;
* Si pour un bénéficiaire qui est traité par OAM, une demande est introduite pour un traitement au moyen d'une nouvelle OAM ;
* Si un bénéficiaire qui est suivi par le centre souhaite poursuivre son traitement par nCPAP ou OAM dans un autre hôpital.

Le bénéficiaire est tenu de notifier sa décision à temps au centre de poursuivre son traitement apnées de sommeil dans un autre hôpital et ce, avant qu'un autre hôpital assure le traitement. Dans le cas où des prestations ont été indûment portées en compte par le centre suite à une notification tardive ‑ ou une non notification de ladite décision par le bénéficiaire, ce dernier doit alors rembourser lui-même ces prestations au centre. Le centre informera le bénéficiaire oralement et par écrit de ces dispositions.

Aux fins d'éviter et/ou de limiter autant que possible des problèmes en la matière dans l'intérêt des bénéficiaires, le médecin posant le diagnostic demandera toujours à chaque nouveau bénéficiaire s'il a déjà suivi antérieurement un traitement par nCPAP ou OAM, et si oui, quel centre a mis en place ce traitement. Dans le cas où un bénéficiaire a déjà été traité auparavant dans un autre centre, le médecin posant le diagnostic du nouveau centre (=*le centre qui dispense un traitement par nCPAP ou OAM à un bénéficiaire qui a déjà suivi antérieurement un traitement par nCPAP ou OAM dans un autre centre*) avertira le médecin posant le diagnostic de l'ancien centre de la date à partir de laquelle le nouveau centre assure le traitement par nCPAP ou OAM.

Dans l’intérêt des bénéficiaires et afin de leur éviter et/ou de limiter autant que faire ce peut des problèmes en la matière, le médecin-conseil avertira le centre si un bénéficiaire – pour lequel un accord pour la prise en charge dans le centre est encore en cours ou pour lequel l’accord est arrivé à échéance depuis 2 mois maximum – qu’une demande de prise en charge de son traitement apnées de sommeil a été introduite pour un autre hôpital.

Le nouveau centre et son médecin posant le diagnostic ainsi que l’organisme assureur et son médecin-conseil ne peuvent toutefois pas être tenus responsables du non remboursement des prestations prévues dans la présente convention (pour un bénéficiaire déterminé), s’ils ont oublié d’avertir le centre qu’un bénéficiaire a introduit une demande de prise en charge d'un traitement apnées de sommeil pour un autre hôpital.

Dans le cas où un bénéficiaire passe d'un traitement nCPAP à un traitement OAM ou inversement ou dans le cas où un bénéficiaire souhaite poursuivre son traitement par nCPAP ou OAM dans un autre hôpital, une nouvelle PSG diagnostique n'est pas nécessaire conformément aux dispositions de l'article 4 si la période entre les deux traitements ne dépasse pas un an.

**DOSSIER INDIVIDUEL**

**Article 16.**

Pour chaque bénéficiaire qui est traité par nCPAP ou au moyen d'une OAM, le centre tient un dossier individuel qui renferme les éléments suivants:

* le diagnostic de SAOS ou de SASC :
* l'anamnèse:
* les données de l'examen clinique
* le protocole et les extraits de tracés de la PSG
* les comorbidités
* le(s) traitement(s) conservateur(s) administrés
* la motivation du choix de traiter le bénéficiaire par nCPAP ou au moyen d'une OAM
* dans le cas d'un traitement par nCPAP : le protocole et les extraits de la PSG de titration, la PG ou la PGD + toutes les impressions réalisées concernant l'utilisation effective de l'appareil, donc également les impressions éventuellement réalisées qui (conformément aux dispositions de l'article 14) ne doivent pas être transmises au médecin-conseil
* dans le cas d'un traitement du SAOS au moyen d'une OAM : les résultats des pré-examens effectués ; le rapport et les extraits de tracés des PG et/ou PGD et le rapport concernant l’observance thérapeutique
* la/les raison(s) de l'arrêt du traitement ou du passage à un autre traitement.

**RELATIONS ENTRE LE (POUVOIR ORGANISATEUR DU) CENTRE, L'ORGANISME ASSUREUR ET L'INAMI**

**Article 17.** *Facturation des prestations de la convention – Attestation de prestations de la nomenclature – attestation de suppléments (notamment frais de réparation et de remplacement)*

**§ 1er.** Le centre facture le montant de l'intervention de l'assurance à l'organisme assureur du bénéficiaire sur la base de la bande magnétique de l'établissement hospitalier dont le centre fait partie (facturation électronique obligatoire sur support magnétique). Au moins une fois par année civile, le bénéficiaire reçoit un récapitulatif sur papier de ce que le centre a porté en compte pour lui à l'organisme assureur.

Seules les prestations définies aux articles 10 et 11 qui ont été effectivement réalisées dans la période accordée par le médecin-conseil peuvent être portées en compte aux organismes assureurs.

Lors de l'attestation du traitement par nCPAP, le médecin posant le diagnostic concerné est identifié.

Lors de l'attestation du traitement par OAM, le médecin spécialiste OAM concerné est identifié.

**§ 2.** Chaque jour remboursable de prestation effective ne peut être attesté à l'organisme assureur concerné qu'à partir de la fin de ce jour.

Les prix et honoraires qui peuvent être attestés pour un jour remboursable de prestation effective sont les prix et honoraires d'application à la date de ce jour de prestation effective.

**§ 3.** Si un bénéficiaire est hospitalisé après qu’ait débutée la période de prise en charge du traitement par nCPAP ou OAM dans le cadre de la présente convention, l'intervention de l'assurance visée aux articles 10 et 11 reste due. La période de prise en charge du traitement par nCPAP ou OAM ne peut toutefois pas commencer durant une période pendant laquelle le bénéficiaire est hospitalisé dans un hôpital général (en ce compris la section psychiatrique d'un hôpital général). La période de prise en charge du traitement par nCPAP ou OAM peut commencer durant une période pendant laquelle le bénéficiaire est hospitalisé dans un hôpital psychiatrique.

**§ 4.** Le centre s'engage à ne pas réclamer de supplément à qui que ce soit pour les prestations définies aux articles 6, 7, 9, 10, et 11, à compter du jour où un bénéficiaire est traité par nCPAP ou OAM dans le cadre de la présente convention.

Les dispensateurs de soins visés à l'article 3, § 4, 1), peuvent toutefois attester les prestations de la nomenclature des prestations de santé s'il est satisfait aux conditions de cette nomenclature.

Les PSG effectuées au centre ainsi que les consultations et autres prestations des dispensateurs de soins visés à l'article 3, § 4, 1), qui concernent entièrement ou partiellement le diagnostic et le traitement du SAOS ou SASC, peuvent toutefois être portées en compte pour les bénéficiaires de la présente convention, à compter du jour où un bénéficiaire est traité par nCPAP ou par OAM dans le cadre de la présente convention, uniquement aux honoraires officiels sur la base desquels l'intervention de l'assurance est calculée et qui peuvent être consultés sur le site web de l'INAMI. (Il s'agit ici, en principe, des tarifs pour les médecins dits « conventionnés »). Etant donné que cette disposition ne s'applique qu'à compter du jour où un bénéficiaire est traité par nCPAP ou OAM dans le cadre de la présente convention, ce principe ne s'applique pas aux consultations et autres prestations (y compris les PSG diagnostiques) qui sont réalisées pour des patients qui ne sont pas encore traités par nCPAP ou par OAM dans le cadre de la présente convention. La disposition est cependant d’application sur la PSG de titration et sur la PG et PGD : étant que ces examens sont remboursés via les forfaits que la présente convention prévoit, ces examens ne peuvent jamais, en tout ou en partie être portés en compte au bénéficiaire.

Etant donné qu'il ressort des articles 9 et 11 et de l’annexe 9 que le forfait de départ OAM rémunère le traitement par OAM depuis la préparation de la fabrication d'une OAM jusqu'à 6 mois après la délivrance de l'OAM, aucune prestation de la nomenclature des prestations de santé (ex. consultations) qui est liée au traitement par OAM ne peut cependant être portée en compte et ce, à partir du moment où le médecin posant le diagnostic opte définitivement pour un traitement par OAM et où le médecin spécialiste en ORL et le spécialiste OAM ont confirmé l'indication pour le traitement par OAM conformément aux dispositions de l'article 5, § 2. Cette interdiction d'attester des prestations de la nomenclature des prestations de santé (p.ex. consultations) liées au traitement par OAM reste d’application jusqu'à 6 mois après la délivrance de l'OAM.

Les réparations ou remplacements qui font suite à une mauvaise utilisation ou à une perte du matériel ou à un mauvais entretien par le bénéficiaire peuvent éventuellement être attestés au bénéficiaire.

**§ 5.** Le pouvoir organisateur du centre assume toute la responsabilité en matière de conformité à toutes les dispositions de la convention, des prestations qui, sur la base de cette convention, sont facturées aux organismes assureurs. Cela vaut également pour les traitements OAM qui sont réalisés en collaboration avec un spécialiste OAM externe et pour les traitements nCPAP qui sont réalisés avec l'intervention d'un prestataire de services médico-techniques spécialisés dont question à l'article 8. Si le remboursement de certaines prestations est récupéré en raison du fait qu'elles n'ont pas été effectuées conformément aux dispositions de la présente convention, cela se fera exclusivement au niveau du centre et pas au niveau des dispensateurs de soins ou prestataires de soins médico-techniques concernés.

**Article 18.** *Comptabilité*

Le pouvoir organisateur du centre tient une comptabilité basée sur le plan comptable normalisé minimum pour les hôpitaux (A.R. du 14.8.1987). Les données comptables liées à l'application de la présente convention sont rassemblées sous un poste de frais distinct de telle sorte que les dépenses et revenus de la présente convention puissent être immédiatement connus.

Le pouvoir organisateur est tenu de conserver les justificatifs des recettes et des dépenses pendant 7 ans.

Les comptes doivent toujours être accessibles, dans ce délai, au Service des soins de santé de l'INAMI.

Le pouvoir organisateur du centre transmet, uniquement à la demande explicite du Service des soins de santé, un aperçu à ce Service des données comptables liées à l'application de la convention sur la base d'un modèle que ce Service a établi.

**Article 19.** *Chiffres de production*

**§ 1er.** Le centre tient un registre dans lequel est mentionné, par bénéficiaire, le type de traitement du SAOS ou du SASC qui lui est appliqué et pour quels jours quel forfait remboursable peut être porté en compte.

**§ 2.** Sur la base des données du registre mentionné au § 1er, le centre établit ses chiffres de production (soit le nombre de prestations effectuées par type et par mois, multiplié par leurs prix respectifs). Avant la fin du mois qui suit la fin de chaque trimestre, le centre transmet les chiffres de production relatifs à ce trimestre au Service des soins de santé de l'INAMI au moyen de l'application informatique que l'INAMI a fait parvenir à cet effet. Cette application informatique mentionne toutes les sortes de prestations pour lesquelles l'assurance maladie obligatoire peut intervenir dans le cadre de la convention, avec leurs libellés, prix et pseudo-codes.

Chaque prestation réalisée (forfait journalier) ne peut figurer qu'une seule fois dans les chiffres de production. Les prestations dont il apparaît d’avance qu’elles ne sont pas remboursables (p.ex. parce qu’elles ne répondent pas aux conditions de la présente convention ou parce que le patient est assuré en dehors du cadre de l’assurance obligatoire soins de santé ou parce que le patient n'est plus assuré) ne doivent pas figurer dans les chiffres de production.

**§ 3.** Le centre s'engage à présenter, à la demande du Service des soins de santé ou du Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'INAMI, tous les documents nécessaires à l'appui des chiffres de production communiqués. La transmission délibérée de chiffres de production erronés entraîne la suspension d'office des paiements par les organismes assureurs dans le cadre de la présente convention.

**§ 4** Le centre s'engage à observer scrupuleusement les instructions relatives à la transmission des chiffres de production. Dans le cas où les chiffres de production ne sont pas envoyés avant la fin du mois qui suit la fin d’un trimestre, le centre sera rappelé à ses obligations par lettre recommandée. Dans le cas où les chiffres de production ne sont toujours pas transmis dans les 30 jours calendrier suivant l'envoi recommandé, les paiements par les organismes assureurs au centre sont suspendus d'office jusqu'à ce que cet engagement soit respecté.

**§ 5.** Le centre désigne une personne de contact chargée de la transmission des chiffres de production. Le centre communique ses coordonnées personnelles (nom, numéro de téléphone direct et adresse e-mail) au Service des soins de santé de l'INAMI et informe également le Service de toute modification de ces coordonnées.

**Article 20.** *Rapport annuel*

**§1.** Le pouvoir organisateur du centre et le médecin responsable du centre s'engagent à transmettre chaque année, au plus tard pour le 31 mars de l'année civile x+1, au Service des soins de santé de l'INAMI, à l'attention du Collège des médecins-directeurs, un rapport de l'usage fait de la présente convention au cours de l'année civile x précédente.

Ce rapport est rédigé selon le modèle et les instructions reproduits en annexe 12 à la présente convention. Le Collège des médecins-directeurs peut à tout moment remplacer ce modèle par un autre modèle.

Le rapport peut également être transmis par courriel.

Un tel premier rapport concerne l'année civile 2018.

**§ 2.** En cas de non-respect dans les délais, le Service des soins de santé de l'INAMI rappelle le centre à ses obligations par lettre recommandée à la poste. Si le rapport annuel n'a toujours pas été transmis dans les 30 jours calendrier suivant l'envoi de la lettre recommandée selon le modèle imposé et les instructions prévues, les paiements par les organismes assureurs au centre sont suspendus d'office jusqu'à ce que cet engagement soit respecté.

**§ 3.** Seul le respect finalement correct et complet de l'engagement visé au § 1er de cet article lève une suspension d'office visée au § 2 du présent article. Le cas échéant, les organismes assureurs sont avertis par circulaire de cette levée de suspension.

**§ 4.** Le Service des soins de santé de l'INAMI informera (éventuellement par courriel) le centre et les autres hôpitaux qui ont conclu la convention en matière de diagnostic et de traitement des apnées du sommeil avec le Comité de l'assurance, des données de tous les rapports annuels après que ces données aient été traitées et communiquées au Collège des médecins-directeurs. Les données peuvent être communiquées par hôpital et par province sans qu’il soit fait mention du nom et du numéro d'identification des hôpitaux.

**Article 21.**

Le centre s'engage à transmettre au Service des soins de santé de l'INAMI toutes les informations supplémentaires demandées en vue du contrôle du respect de la présente convention sur le plan thérapeutique ou financier ou dans le cadre de la gestion générale des convention avec les centres de rééducation fonctionnelle et avec les centres qui dispensent les programmes de soins multidisciplinaires coordonnés.

Le centre s'engage à permettre à tout délégué de l'INAMI ou des organismes assureurs d'effectuer les visites qu'il juge utiles pour l'accomplissement de sa mission.

**CONSEIL D'ACCORD**

**Article 22.**

**§ 1er.** Un Conseil d’accord est créé dans le cadre de la présente convention.

Ce Conseil d'accord se compose d'une part, de membres du Collège des médecins-directeurs et d'autre part de :

* 8 représentants des médecins posant le diagnostic dont 4 représentants des hôpitaux universitaires et 4 représentants des hôpitaux généraux avec lesquels la présente convention a été conclue.
* 2 représentants des médecins spécialistes en ORL.
* 4 représentants des spécialistes OAM.

Les représentants susmentionnés des centres doivent être pour une moitié néerlandophones et pour l'autre moitié francophones.

Le Conseil d'accord est présidé par le président du Collège des médecins-directeurs.

**§ 2.** En fonction de l'ordre du jour d'une réunion, les personnes concernées suivantes peuvent également être invitées à participer aux réunions du Conseil d'accord :

* Représentants d'associations de patients ;
* Représentants des prestataires de services médico-techniques dont question à l’article 8 et éventuellement les firmes qui fabriquent et/ou vendent du matériel pour le traitement par nCPAP ou OAM ;
* Représentants des syndicats médicaux qui siègent au Comité de l'assurance ;
* Représentants des associations des dentistes qui siègent au Comité de l'assurance ;
* Représentants des organisations des hôpitaux qui siègent au Comité de l'assurance.

**§ 3.** Le Conseil d'accord a notamment une fonction d'avis en ce qui concerne :

* l'application de la présente convention ainsi que les questions et les problèmes qui se posent en la matière. Dans ce contexte, le Conseil d’accord peut également suggérer des propositions d’adaptations de la présente convention en fonction de la qualité de la dispense de services aux bénéficiaires visés ;
* le contrôle de la qualité aussi bien au niveau du patient individuel et des établissements conventionnés qu'en ce qui concerne le système même d'intervention dans les frais des traitements SAOS et SASC, dans le strict respect, évidemment, de la vie privée à tous les niveaux ;
* l'évolution du nombre de bénéficiaires de la présente convention ;
* l'évolution du coût du matériel que la présente convention rembourse ;
* les besoins en personnel dans le cadre de la présente convention.

**§ 4.** Le Conseil d'accord est convoqué sur décision motivée du Président. Le Président convoque en tout cas le Conseil d'accord à la demande du Comité de l'assurance.

**DISPOSITIONS TRANSITOIRES**

**Article 23.**

**§ 1.** Des accords individuels en cours pour un traitement nCPAP ou OAM qui concernent une période comprise entièrement ou en partie dans le délai d’application de la présente convention, mais qui ont été octroyés dans le cadre de la précédente convention nCPAP (convention remplacée à partir du 1er janvier 2018 par la présente convention), restent valables dans le cadre de la présente convention, jusqu’à la date de fin normale de ces accords.

**§ 2.** Les demandes d'un bénéficiaire pour la prise en charge d'un nouveau traitement nCPAP ou OAM qui commence avant le 1er janvier 2018 sont évaluées en fonction des critères mentionnés dans la précédente convention nCPAP d'application jusqu'au 31 décembre 2017. Les demandes de prolongation du traitement nCPAP ou OAM qui concernent une période qui commence avant le 1er janvier 2018 sont également évaluées en fonction des critères mentionnées dans la précédente convention nCPAP.

**§ 3.** Les demandes d'un bénéficiaire pour la prise en charge d'un nouveau traitement nCPAP ou traitement OAM et les demandes pour la prolongation du traitement nCPAP ou du traitement OAM qui concernent une période qui commence au plus tôt le 1er janvier 2018 sont évaluées en fonction des dispositions de la présente convention.

**§ 4.** Pour tous les bénéficiaires visés aux §§ 1 et 2 du présent article traités par nCPAP et pour les prestations effectuées à partir du 1ier janvier 2018, le forfait de base nCPAP mentionné à l'article 10, § 4 doit être attesté au moyen du pseudo-code correspondant mentionné dans ce même article.

Seul dans le cas où il s'agit d'un bénéficiaire qui a commencé son traitement nCPAP au plus tôt le 1er octobre 2017 et qui n'a été traité aucun jour par nCPAP dans la période du 1er octobre 2016 au 30 septembre 2017 inclus, le forfait de départ nCPAP mentionné à l'article 10, § 4, doit être attesté pour ce bénéficiaire à partir du 1er janvier 2018 jusqu'au 31 mars 2018 inclus au moyen du pseudo-code correspondant mentionné dans ce même article.

**§ 5.** Un bénéficiaire pour lequel l'assurance est intervenue dans la période 2012-2016 dans le coût d'une OAM dans le cadre de la réglementation des prestations 317295 et 317306 de la nomenclature, n'entre pas en ligne de compte pour les prestations OAM de l'article 11 de la présente convention pendant 5 ans à partir de la date de la prestation 317295 ou 317306 dont il a bénéficié. Au terme de cette période de 5 ans, il peut entrer en ligne de compte pour le remplacement de son OAM par une nouvelle OAM qui peut être remboursée sur la base des dispositions de la présente convention à condition qu'il remplisse tous les critères que la présente convention fixe (notamment un IAHO ≥ 15,00 / heure). Si ce bénéficiaire, dans la période visée de 5 ans, sur la base des questions posées au bénéficiaire ou sur la base des données concernant l'utilisation effective, a utilisé son OAM au moins 4 heures par nuit en moyenne, une nouvelle PSG diagnostique n'est pas nécessaire. Le forfait de départ OAM et le forfait de base OAM peuvent uniquement être remboursés pour un bénéficiaire pour lequel l'OAM est remplacée par une nouvelle OAM au plus tôt 5 ans après la date de la prestation 317295 ou 317306 dont il a bénéficié.

**§ 6.** Un bénéficiaire qui était déjà traité par nCPAP avant le 1er janvier 2018 et qui poursuit le traitement par nCPAP en 2018 et éventuellement les années suivantes, peut continuer à utiliser l'appareil nCPAP qu'il utilisait en 2017 pour une durée indéterminée jusqu'à ce que l'appareil doive être remplacé pour des raisons techniques, si cet appareil satisfait aux conditions de la convention nCPAP qui était en vigueur jusqu'au 31 décembre 2017, même si l'appareil ne satisfait pas aux critères de l'annexe 4 à la présente convention. Si l'ancien appareil nCPAP doit être remplacé, l'appareil de remplacement doit toutefois satisfaire aux critères de l'annexe 4 à la présente convention. Pour les bénéficiaires pour lesquels une impression de l'enregistrement de la mémoire doit être ajoutée lors de la demande de prise en charge en vertu de l'article 14, § 5, de la présente convention, un appareil nCPAP qui offre la possibilité d'imprimer l'enregistrement de la mémoire doit toutefois toujours être utilisé.

Aux bénéficiaires qui commencent un traitement par nCPAP en 2018, un appareil qui satisfait aux critères de l'annexe 4 à la présente convention doit en tout cas être mis à disposition.

**DISPOSITIONS FINALES**

**Article 24.**

**§ 1.** La présente convention, faite en deux exemplaires et dûment signée par les deux parties, prend effet le 1er janvier 2018.

**§ 2.** Les annexes à la présente convention font partie intégrante de celle-ci.

Pour des raisons pratiques, les formulaires en annexes à la présente convention peuvent être adaptés par le Collège des médecins-directeurs.

**§ 3.** La présente convention annule et remplace à partir du 1er janvier 2018 toutes les conventions précédentes en matière de traitement des apnées de sommeil par nCPAP qui ont été conclues avec le même établissement hospitalier (le même hôpital) et qui étaient d'application jusqu'alors.

**§ 4.** La présente convention est valable jusqu'au 31 décembre 2019 inclus. Toutefois, elle peut aussi être dénoncée avant cette date par chacune des parties, par lettre recommandée à la poste, adressée à l'autre partie. Dans ce cas, les effets de la convention expirent à l'issue d'un délai de préavis de trois mois qui prend cours le 1er jour du mois qui suit la date de l'envoi de la lettre recommandée.

|  |  |
| --- | --- |
| Pour le pouvoir organisateur du centre, | Pour le Comité de l'assurance soins de santé,  Bruxelles, le |
| Le Mandataire du pouvoir organisateur, | Le Fonctionnaire dirigeant,  H. DE RIDDER,  Directeur général. |
| Pour le centre,  Le médecin responsable, |  |

**Annexe 1**

**Conditions spécifiques auxquelles le médecin posant le diagnostic,**

**le médecin spécialiste en ORL et le spécialiste OAM doivent satisfaire**

**Conditions auxquelles le médecin posant le diagnostic doit satisfaire**

Chaque médecin posant le diagnostic satisfait aux conditions suivantes :

* il est actif pendant au moins 0,25 ETP (9,5 heures/semaine) dans le centre pour le diagnostic et le traitement des troubles du sommeil.
* il traite, à partir de l'année civile 2018, par année civile, en moyenne et sur une base annuelle, un minimum de 250 bénéficiaires différents par nCPAP ou au moyen d’une OAM dans le cadre de la présente convention. Un bénéficiaire ne peut être compté qu'une seule fois, même s'il a bénéficié des deux traitements dans le courant d'une année civile. Le fait de savoir si les médecins du centre, sur base du nombre de patients du centre, peuvent satisfaire à ces conditions, sera déterminé au moyen du rapport annuel visé à l’article 20. En cas de doute, il peut également être fait usage d’autres méthodes permettant de vérifier ce point.
* il a suivi avec succès, au plus tard pour le 01/01/2020, une des formations concernant le diagnostic et le traitement des troubles du sommeil mentionnées plus loin dans la présente annexe. Dans le cas où il s'agit d'une formation à laquelle aucune évaluation n'est rattachée, le médecin doit avoir assisté à tous les cours de la formation. Une formation qui n'est pas mentionnée sur la liste est acceptée s'il ressort d'un avis du Conseil d’accord dont question à l’article 22 de la présente convention que cette formation est équivalente aux formations figurant sur la liste.
* il est médecin accrédité conformément à la réglementation de l'INAMI à cet effet et, dans le cadre des activités auxquelles il assiste en vue d'obtenir et de maintenir son accréditation, il assiste annuellement à des activités concernant le diagnostic et le traitement des troubles du sommeil d'une valeur de 10 points d'accréditation. Cette condition s'applique à partir de l'année civile 2018.
* il dispose du titre professionnel particulier de somnologue dès que ce titre professionnel est instauré.

Les 2 premières conditions susmentionnées ne s'appliquent pas à un pédiatre. Elles ne s'appliquent pas non plus à un autre médecin qui est actif dans un centre qui traite exclusivement ou dans plus de 75 % des cas des patients pédiatriques (< 16 ans).

Un médecin qui ne faisait pas partie en 2017 de l'équipe prévue dans le cadre de la précédente convention nCPAP, ne peut faire partie de l'équipe du centre que s'il a suivi au préalable une des formations mentionnées plus loin dans la présente annexe ou considérées comme équivalentes. Dans le cas où il s'agit d'une formation à laquelle aucune évaluation des compétences n'est rattachée, le médecin doit avoir assisté à tous les cours de la formation.

**Liste des formations acceptées et certificats acceptés pour les médecins posant le diagnostic**

*Chaque médecin posant le diagnostic doit avoir suivi avec succès au plus tard pour le 01/01/2020 une des formations mentionnées ci-après ou éventuellement une autre formation équivalente aux formations mentionnées d'après le Conseil d'accord.*

*Un médecin qui ne faisait pas partie en 2017 de l'équipe prévue dans le cadre de la précédente convention nCPAP, ne peut faire partie de l'équipe du centre que s'il a suivi au préalable une de ces formations.*

Slaapcursus der Lage Landen deel 1 en deel 2

Organisation : Université d’Anvers, Hôpital universitaire d’Anvers, et “de Nederlandse Vereniging Artsen Longziekten en TB (NVALT)”.

Langue parlée : Néerlandais

Forme d’enseignement : Conférences et workshops

Matériel de cours : Syllabus (2x450 pages, avec résumés et documents), aussi bien imprimé que sur CD Rom. Livre d’apprentissage « Slaap en Slaapstoornissen » (739 pages + 100 pages online)

Evaluation : Non

Cours: 30 heures (5 jours), sur 2 ans

Fréquence : Cursus organisé chaque année

But : Professionnalisation + préparation à l’examen européen (ESRS)

International Sleep Medicine Course (ISMC)

(appelé jusqu'en 2007 Belgian Sleep Medicine Course – BSMC)

Organisation: Belgian Association for Sleep research and Sleep medicine (BASS), NSWO (Nederlandse vereniging Slaap Waak Onderzoek), BSS (British Sleep Society)

Langue parlée : Anglais

Forme d’enseignement : Conférences et workshops

Matériel de cours: Version digitale des diapositives en PDF. Textbook Sleep Medicine ESRS (400 pages)

Evaluation: Non

Cours: 22 heures (4 jours)

Fréquence: Annuellement, mais à chaque fois dans un autre pays (rotation entre la Belgique, la Hollande et les Etats-Unis)

But: Préparation à l’examen européen (ESRS)

Certificat interuniversitaire en Médecine du Sommeil

Organisation: ULB+UCL+Ulg

(Cours interuniversitaire agrée par les trois Universités et par l’ARES (Académie de la Recherche et de l’Enseignement de Fédération Wallonie-Bruxelles : http://www.ares-ac.be/fr/ )

Durée : Deux ans

Langue parlée : Français

Forme d’enseignement : Conférences pluridisciplinaires et cours assurés par des experts académiques compétents dans le sommeil et issus de différentes disciplines médicales touchant au sommeil de manière complète et exhaustive (pneumologie, neurologie, psychiatrie, ORL, neurophysiologie, pharmacologie, pédiatrie, neuropédiatrie, anesthésie, psychologie, neuroimagerie etc.)

Evaluation : Examen écrit chaque année et 200 heures de stage supervisé et encadré dans les labos de sommeil académiques et en laboratoires de stage agréés (sur 2 ans). Travail personnel casuistique ou autre encouragé sur base de l’expérience du stage. Le stagiaire doit pratiquer au cours de son stage l’ensemble des activités spécifiques constitutives de l’activité du laboratoire de sommeil

Cours: ± 48 heures (8 journées d’enseignement), sur 2 ans

Matériel de cours: version digitale des diapositives des cours en PDF. Diffusion d’articles de la littérature en fonction des thèmes spécifiques des journées d’enseignement.

Fréquence : Organisation tous les deux ans par cycles de deux ans

But : Professionnalisation

European Sleep Research Society (ESRS): Examination in Sleep Medicine (certificat de cet examen Européen)

Plus d’informations via [www.esrs.eu](http://www.esrs.eu)

Diplôme Inter-universitaire (DIU) « Le Sommeil et sa pathologie », organisé par « la Société Française de Recherche et Médecine du Sommeil » (SFRMS) et « la Société de Pneumologie de Langue Française (SPLF) ».

Plus d’informations via <http://www.sfrms-sommeil.org/formation/diu/>

**Conditions auxquelles le médecin spécialiste en ORL doit satisfaire**

Le médecin spécialiste en ORL a suivi une formation complémentaire en matière de diagnostic et de traitement des troubles respiratoires liés au sommeil, et est un médecin accrédité conformément à la réglementation de l'INAMI à cet effet. À partir de l'année civile 2017 ou (si le médecin ORL ne faisait pas encore partie de l'équipe du centre en 2017) à partir de l'année civile pendant laquelle le médecin ORL fait partie de l'équipe du centre, afin d'obtenir ou de maintenir son accréditation, ce médecin assistera chaque année civile à des activités concernant le diagnostic et le traitement des troubles respiratoires liés au sommeil. Ces activités représenteront au moins 20 % du nombre minimum de points à obtenir.

Le centre peut éventuellement aussi faire appel à un médecin ORL spécialisé externe qui satisfait aux conditions susmentionnées mais qui ne traite pas de patients au sein de l’hôpital duquel fait partie le centre. Ce médecin ORL externe ne sera pris en considération comme médecin ORL du centre que s'il ressort d'un accord de collaboration écrit que le centre conclut avec le médecin ORL et le cas échéant avec les hôpitaux au sein desquels le médecin ORL remplit des missions dans le cadre de la présente convention, que :

* ce médecin ORL est disposé à agir en qualité de médecin spécialiste en ORL pour le centre avec lequel la présente convention a été conclue ;
* le centre est disposé à renvoyer ses patients vers ce médecin spécialiste en ORL dans le cas où cela est indiqué ou prévu dans la présente convention; les centres qui disposent eux-mêmes de leur propre médecin spécialiste en ORL interne peuvent éventuellement opter pour un renvoi exclusif vers le médecin spécialiste en ORL externe si le médecin spécialiste en ORL interne n'est pas disponible ;
* le médecin ORL spécialisé externe et les hôpitaux externes concernés s'engagent à respecter les dispositions de la présente convention relatives au diagnostic et au traitement des patients apnées de sommeil.

**Conditions auxquelles le spécialiste OAM doit satisfaire**

Le spécialiste OAM satisfait aux conditions suivantes :

* sur la base des critères qui étaient d'application dans le cadre de la convention de l'époque, il était inscrit en 2017 sur la liste de spécialistes OAM visée à l'article 3, § 5, de la convention que l'INAMI communique aux organismes assureurs. Les dispensateurs de soins qui ne satisfont pas à cette condition, doivent justifier, avant de rejoindre l’équipe, qu’ils se sont formés dans le traitement du SAOS au moyen d’une OAM et doivent déjà satisfaire dans chacune des deux années civiles qui précèdent leur demande d'adhésion à l'équipe, à la condition mentionnée ci-après concernant l'obtention des points d'accréditation.
* il place une OAM, à partir de 2017, chez un minimum de 20 bénéficiaires par année civile qui répondent aux critères de l'article 4 de la présente convention. Ces bénéficiaires peuvent tout aussi bien être des patients chez qui une OAM a été placée pour la première fois au cours de l'année civile visée que des patients chez qui l'OAM a été remplacée au cours de l'année civile visée. Ces bénéficiaires peuvent également être comptabilisés s'ils ont arrêté un traitement par OAM dans le courant de l'année civile visée.

Un nouveau spécialiste OAM qui a commencé en 2017 ou plus tard avec des traitements OAM ne doit seulement répondre aux conditions relatives au nombre minimum de patients OAM par année civile qu’à partir de la 3e année civile complète qu'il fait partie de l'équipe du centre.

Un nouveau spécialiste OAM qui commence en 2018 ou plus tard avec des traitements par OAM, doit en outre exercer ses activités pendant deux années civiles complètes sous la supervision d'un spécialiste OAM qui est actif au même endroit, qui est inscrit sur la liste de spécialistes OAM visée à l'article 3, § 5, de la convention et qui a placé en 2016 une OAM chez 15 patients au minimum et/ou qui a déjà placé une OAM chez 20 bénéficiaires au minimum pendant deux années civiles successives (dès 2017).

* il s'agit d'un dentiste général accrédité, orthodontiste accrédité, stomatologue accrédité ou chirurgien maxillo-facial accrédité conformément à la réglementation de l'INAMI à cet effet et dans le cadre des activités auxquelles il/elle assiste en vue d'obtenir et de maintenir son accréditation, il/elle assiste chaque année à des activités concernant le diagnostic et le traitement des troubles respiratoires liés au sommeil d'une valeur de 10 points d'accréditation pour un dentiste général et un orthodontiste et d’une valeur de 2 points d’accréditation pour un stomatologue ou chirurgien maxillo-facial.

Le centre peut éventuellement aussi faire appel à un spécialiste OAM externe qui satisfait aux conditions susmentionnées. Ce spécialiste OAM externe ne sera pris en considération comme collaborateur du centre que s'il ressort d'un accord de collaboration écrit que le centre conclut avec le spécialiste OAM externe et le cas échéant avec les hôpitaux au sein desquels le spécialiste OAM remplit des missions dans le cadre de la présente convention, que :

* le spécialiste OAM est disposé à agir en qualité de spécialiste OAM pour le centre avec lequel la présente convention a été conclue ;
* le centre est disposé à renvoyer ses patients pour lesquels un traitement par OAM est indiqué vers ce spécialiste OAM ; les centres qui disposent eux-mêmes de leur propre spécialiste OAM interne peuvent éventuellement opter pour un renvoi exclusif vers le spécialiste OAM externe si le spécialiste OAM interne n'est pas disponible ;
* le spécialiste OAM externe et les hôpitaux externes concernés s'engagent à respecter les dispositions de la présente convention relatives au traitement OAM,
* des accords concrets sont passés sur :
* la manière dont on collabore et dont on échange les informations concernant tous les éléments du traitement ;
* les indemnités dues par le centre au dispensateur externe pour l'exercice de son travail.

**Annexe 2**

**Exigences minimum relatives à la polysomnographie**

**1.** Le centre enregistre pendant chaque PSG dans le cadre de la présente convention, tant pendant les PSG diagnostiques que pendant les PSG de titration, au moins les paramètres suivants :

* un EOG bilatéral,
* un EEG bilatéral avec 3 dérivations (frontale, centrale et occipitale)
* un EMG mentonnier,
* un EMG bilatéral du tibialis antérior ou capteur du mouvement bilatéral,
* le SaO2 (y compris l’ « indice de désaturation en oxygène » calculé, avec cut-off 3%)
* les ronflements,
* la position du corps,
* le flux ventilatoire oro-nasal mesuré par capteur de pression via des lunettes nasales et d'un thermisteur oro-nasal ou thermocouple; si la PSG est effectuée sous CPAP, le flux ventilatoire est mesuré au moyen du signal de flux du CPAP intégré dans la PSG,
* l'ECG à 1 dérivation,
* une méthode validée pour l'effort respiratoire, p.ex. enregistrement de la pression œsophagienne ou des signes de mouvements thoraciques + abdominaux.

L’enregistrement vidéo (enregistrement simultané du son et de l’image) doit être possible sur au moins un des lits destinés à l’examen du sommeil dans le laboratoire du sommeil du centre.

**2.** Chaque PSG doit débuter au moment où le patient souhaite aller dormir et où les lumières de l'espace sommeil s'éteignent. A compter de ce moment, l'enregistrement doit durer au moins 8 heures en continu.

L'enregistrement d’un minimum de 8 heures doit ressortir des données du protocole.

L'enregistrement d’un minimum de 8 heures a pour but de donner l’occasion au patient d’un repos nocturne normal et d’enregistrer le sommeil, pendant autant d’heures que possible. Le patient ne doit pas nécessairement dormir 8 heures.

Le protocole de chaque PSG effectuée mentionne la durée initiale et finale de la PSG et comporte une description statistique des caractéristiques du sommeil et de ses courbes graphiques couvrant la nuit entière (au moins un hypnogramme et le trend SaO2). Dans le rapport, l’indice de désaturation en oxygène (IDO) ≥ 3% est aussi mentionné (afin de pouvoir comparer les données avec une éventuelle PG ou PGD effectuée plus tard). Sur la base des données d'enregistrement, le protocole calcule également l'IAHO ou l’IAHC ou, s’il s’agit d’enfants, l'IAO.

Le protocole et extraits des tracés sont conservés dans le dossier du bénéficiaire, avec les données d'anamnèse du sommeil, les données de l'examen clinique, les résultats d'éventuels autres examens effectués et les données sur le ou les traitement(s) institué(s).

Le résultat de chaque PSG diagnostique qui indique qu’un traitement par nCPAP ou OAM doit être envisagé, doit être discuté dans le centre avec le bénéficiaire par le médecin posant le diagnostic. Cela vaut également pour chaque PSG sous nCPAP ou OAM ou pour chaque PG ou PGD sous nCPAP ou OAM. La discussion de la PSG diagnostique peut être déléguée par le médecin posant un diagnostic au médecin ORL s'il est déjà clair pour le médecin posant un diagnostic pendant la consultation qu'une OAM constitue une option médico-thérapeutique valable et que les deux modalités (CPAP et OAM) ont été expliquées au bénéficiaire.

**3.** Chaque PSG dans le cadre de la présente convention est effectuée dans les locaux du centre qui y sont destinés, sous la présence et la surveillance permanentes d'un praticien de l'art infirmier ou d'un paramédical qui est légalement habilité en la matière et qui est spécifiquement formé pour pouvoir réaliser une PSG. Le médecin responsable du centre se porte garant de la compétence de ce collaborateur. La PSG ne peut dès lors jamais être confiée entièrement ou partiellement à un prestataire de services médico-techniques comme stipulé à l'article 8 de la convention.

Si, pour un patient qui se présente dans le centre, une PSG diagnostique a déjà été réalisée dans un autre hôpital que l'hôpital auquel appartient le centre, le médecin du centre posant le diagnostic peut sur la base du protocole et, si besoin en est, d'extraits des tracés de la PSG également, estimer que cette PSG diagnostique ne doit pas être réitérée dans le centre. Si ce médecin décide néanmoins d'exécuter une nouvelle PSG diagnostique, le centre n'attestera pas cette nouvelle PSG diagnostique ni au bénéficiaire ni à l'organisme assureur du bénéficiaire.

**4.** Chaque PSG que le centre réalise dans le cadre de la présente convention, est analysée manuellement par un membre compétent du personnel du centre.

Dans le cas où ce n’est pas réalisé par le médecin du centre posant le diagnostic mais par un collaborateur, le protocole et les extraits de tracés sont encore vérifiés par ce médecin. Ce médecin est le responsable final du protocole de la PSG et de la précision du diagnostic.

Si la PSG est analysée manuellement par un collaborateur, ce dernier doit être légalement habilité en la matière et spécifiquement formé pour scorer manuellement une PSG. Le médecin responsable du centre se porte garant de la compétence de ce collaborateur.

**5.** La PSG diagnostique et la PSG de titration ne peuvent jamais être effectuées au cours de la même nuit.

**6.** Si la titration est réalisée au moyen d'une PSG de titration, le centre effectuera toujours lui-même la PSG de titration. La PSG de titration ne peut donc jamais être réalisée dans un autre hôpital que celui dont fait partie le centre.

**Annexe 3**

**Scorage de PSG et PG – Définition de certains indices**

**1. Méthodes de mesure à utiliser pour scorer les évènements respiratoires**

Pour la détection des apnées lors d’études diagnostiques, une mesure de la température oro-nasale (thermisteur ou thermocouple) est utilisée. Dans le cas où ce signal n’est pas fiable, il peut être fait usage des signaux :

* du transducteur de pression nasale ;
* de la somme des ceintures respiratoires.

Pour la détection des hypopnées lors d’études diagnostiques, un transducteur nasal est utilisé. Dans le cas où ce signal n’est pas fiable, il peut être fait usage des signaux de :

* la mesure de température oro-nasale ;
* la somme des ceintures respiratoires ;
* les 2 ceintures respiratoires.

Pour la détection des apnées et hypopnées lors d’études de titration sous nCPAP, le signal de débit de l’appareil est utilisé.

Les efforts respiratoires sont mesurés par ceintures respiratoires autours du thorax et de l’abdomen.

**2. Définition des évènements respiratoires**

Une apnée est un arrêt complet de la respiration, définie comme une réduction de l'amplitude d'une mesure valide de la respiration pendant le sommeil, jusqu'à ≥ 90 % sous la*baseline*.

Une hypopnée est une diminution préalable de la respiration qui répond aux critères suivants :

1. Une réduction de l'amplitude d'une mesure valide de la ventilation pendant le sommeil, jusqu'à ≥ 30 % sous la *baseline*.
2. Cette réduction de l'amplitude s'accompagne

* soit d'une baisse du SaO2 de ≥ 3 %,
* soit d'un *arousal* (activation) comme décrit dans la présente annexe.

Une apnée est considérée comme centrale s'il y a absence d'effort respiratoire pendant la période complète. Une apnée est considérée comme obstructive s’il y a présence d’un effort respiratoire durant la période complète. Une apnée est considérée comme mixte (« mixed ») s’il y a présence d’effort respiratoire pendant la première partie de la période avec reprise de l’effort respiratoire pendant la deuxième partie.

Une hypopnée est scorée comme obstructive s’il y a présence d’un des critères suivants :

* Ronflements pendant l’évènement ;
* Aplatissement croissant du signal de pression nasale ou du signal de débit de l’appareil PAP, en comparaison avec la respiration *baseline*;
* Respiration paradoxale thoraco-abdominale pendant l’évènement qui n’est pas présente pendant la respiration *baseline*.

En l'absence de ronflement pendant l'évènement, d'aplatissement et de paradoxe, l'hypopnée peut être considérée comme centrale.

Chez les personnes qui présentent un profil de respiration stable pendant le sommeil, la *baseline* est définie comme l’amplitude moyenne pour une respiration et une oxygénation stables dans les 2 minutes qui précèdent l’évènement. Chez les personnes qui ne présentent pas de profil de respiration stable, la *baseline* est définie comme l’amplitude moyenne des trois mouvements de respiration les plus profonds dans les 2 minutes qui précèdent l’évènement.

Chez les patients à partir de 16 ans, une apnée ou hypopnée peut être scorée si pendant ≥ 10 secondes, il est question d'une réduction de l'amplitude décrite ci-dessus. Chez les patients < 16 ans, la durée minimum pour les apnées obstructives et mixtes et les hypopnées obstructives est équivalente à au moins 2 cycles ventilatoires.

Les stades du sommeil etles *arousals* (activations) sont scorés conformément à la règlementation AASM 2012 (AASM = American Academy of Sleep Medicine). Conformément à cette règlementation, un *arousal* (activation) est défini comme suit :

* Une modification abrupte de minimum 3 secondes dans la fréquence de l'EEG qui contient des ondes Alfa, Theta et/ou des fréquences plus grandes que 16 Hz (à l’exclusion des broches) précédée d’un minimum de 10 secondes de sommeil.
* Le changement doit être visible aussi bien dans les dérivations occipitales, centrales et frontales.
* Au moins 10 secondes de sommeil avant l’*arousal* ; donc également minimum 10 secondes de sommeil entre 2 *arousals* successifs. Les 10 secondes avant l’*arousal* peuvent commencer dans une époque précédente, même s’il s’agit d’une époque W.
* *Arousals* qui précèdent une époque W doivent aussi être scorés. Donc tant l’*arousal* que la transition vers la phase W doivent être scorés.
* *Arousals* qui répondent aux critères mais qui sont survenus lors d’une époque W doivent aussi être scorés.
* Des *arousals* pendant le sommeil REM doivent être accompagnés d’une augmentation du tonus musculaire de l’EMG mentonnier de minimum une seconde.
* Pour scorer les *arousals,* les informations d’autres signaux (respiratoires, mouvements, …) peuvent être utilisées mais des arousals ne peuvent pas être scorés sur base de ces signaux.
* Les dispositions suivantes des règles originales ASDA (American Sleep Disorders Association) restent d’application :
  + Des différentes modifications courtes de l’EEG et de l’EMG (< 3 secondes) qui ensemble durent plus longtemps que 3 secondes, ne peuvent pas être scorées comme un *arousal*
  + Des artefacts, complexes K ou ondes Delta ne sont pas scorées comme *arousal* sauf s’ils s’accompagnent d’une modification soudaine de la fréquence de l’EEG dans au moins 1 dérivation, sur base des règles suivantes :
    - Si ces activités et la modification dans la fréquence de l’EEG constituent le début de l’*arousal*, elles ne sont pas comptées dans la règle des 3 secondes.
    - Si ces activités se présentent au cours de la modification de la fréquence de l’EEG, elles sont comptées dans la règle des 3 secondes.
* Intrusion Alfa :
  + Période < 3 secondes 🡪 pas d’*arousal*
  + Période > 3 secondes 🡪 *arousal* si l’intrusion Alfa est précédée de 10 secondes de sommeil sans signe Alfa

**3.** **Définitions de l’IAHO, l’IAHC, l’IAO, et l’IDO**

L'IAHO est le nombre moyen d'apnées obstructives et mixtes + hypopnées obstructives par 60 minutes de sommeil enregistré sous EEG. Pour déterminer cette moyenne, il est tenu compte de la somme du nombre total d'apnées obstructives et mixtes et du nombre total d'hypopnées obstructives (= a) pendant le nombre total de minutes de sommeil enregistré sous EEG (= b).

L'IAHO = (a / b) x 60.

L'IAHC est le nombre moyen d'apnées centrales + hypopnées centrales (non obstructives) par 60 minutes de sommeil enregistré sous EEG. Pour déterminer cette moyenne, il est tenu compte de la somme du nombre total d'apnées centrales et du nombre total d'hypopnées centrales (non obstructives) (= a) pendant le nombre total de minutes de sommeil enregistré sous EEG (= b).

L'IAHC = (a/b) x 60.

L'IAO est le nombre moyen d'apnées obstructives et mixtes par 60 minutes de sommeil enregistré par EEG. Pour déterminer cette moyenne, il est tenu compte du nombre total d'apnées obstructives et mixtes (= a) pendant le nombre total de minutes de sommeil enregistré par EEG (= b).

L'IAO = (a/b) x 60.

L'IDO ≥ 3 % est le nombre moyen de fois par 60 minutes de sommeil enregistré par EEG où la saturation en oxygène diminue d’au moins 3 % sous la baseline. Pour la fixation de cette moyenne, il est tenu compte du nombre de fois où la saturation en oxygène diminue d’au moins 3 % sous la baseline (= a) pendant le nombre total de minutes de sommeil enregistré par EEG (= b).

L'IDO = (a/b) x 60.

En cas d'absence d'enregistrement EEG, b est défini comme le nombre total de minutes au lit (temps au lit).

**Annexe 4**

**Conditions auxquelles l’appareil nCPAP doit répondre**

L’appareil nCPAP qui est mis à la disposition de chaque bénéficiaire est au moins équipé des fonctionnalités suivantes :

* Système SmartStart/SmartStop :
* SmartStart = l'appareil démarre automatiquement par la respiration dans le masque
* SmartStop = l'appareil s'arrête quand le bénéficiaire ne porte pas le masque
* Fonction RAMP: fonction permettant, en sus d’instaurer la pression thérapeutique programmée, de déterminer une pression de départ et un temps de progrès. Par conséquent, la pression de départ augmentera progressivement jusqu’à la pression thérapeutique programmée lorsque le patient s’endort.
* Enregistrement de paramètres pour estimer l'efficacité du traitement + conserver brièvement ces paramètres à titre temporaire :
* l'IAH résiduel
* fuite
* Enregistrement des paramètres d'utilisation suivants au moins + conserver ces paramètres pendant 12 mois minimum :
* nombre de nuits pendant lesquelles l'appareil est utilisé et nombre de nuits pendant lesquelles l'appareil n'est pas utilisé
* nombre d'heures d'utilisation par nuit
* utilisation moyenne pendant une période déterminée
* le niveau de la pression fournie
* possibilité de visualiser les données de thérapie dans les rapports
* niveau de pression du bruit < 28 Db (humidificateur d'air compris)
* précision de la pression : la pression statique peut varier de maximum ± 0,5 cm H2O jusqu’à un niveau de pression de 15 cm H2O.

Si le bénéficiaire se sent en inconfort face à une pression CPAP plus élevée, le médecin posant un diagnostic peut éventuellement mettre à disposition un appareil nCPAP, qui peut apporter des solutions à ce problème.

Si le bénéficiaire présente des problèmes nasaux (ex. rhinite), un appareil nCPAP dans lequel est intégré un humidificateur d'air réchauffé est mis à disposition ou un humidificateur d'air réchauffé séparé.

**Annexe 5**

**Caractéristiques de l'OAM et conditions concernant la fabrication de l'OAM**

Une OAM est mise à la disposition du bénéficiaire qui est traité par OAM. Cette OAM :

* déplace et fixe la mâchoire inférieure vers l'avant afin d'élargir la voie aérienne supérieure et d'éviter le collapsus de celle-ci;
* est inclinable selon au moins 1 axe dans l'espace;
* se compose d'un arc dentaire supérieur et d'un arc dentaire inférieur distinct;
* ne contient pas de base thermoplastique;
* peut être équipé de dispositifs permettant d'accroître la rétention autour des dents;
* peut être équipé d'un capteur micro-thermomètrique afin de mesurer l'utilisation effective de l'OAM. Un tel capteur micro-thermomètrique ne sera placé qu'à la demande ou avec l'accord du médecin posant le diagnostic. On part ici du principe qu'il est utile de mesurer l'utilisation effective de l'OAM pendant un an chaque année chez 20% des patients OAM.

L'OAM sera fabriquée par un laboratoire technico-dentaire qui a signalé ses activités relatives à la fabrication de dispositifs sur mesure (entre autres des OAM), conformément à la procédure prévue à cet effet, à l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé (AFMPS) – et qui fabrique les dispositifs sur mesure et les OAM conformément à la règlementation Belge et Européenne et à la norme ISO pour la fabrication de tels produits. Le laboratoire technico-dentaire fabriquera l'OAM sur ordre du spécialiste OAM qui réalisera au préalable des empreintes de précision des arcs dentaires du bénéficiaire.

**Annexe 6**

**Possibilités de travailler temporairement sur plusieurs sites.**

**Fusion en défusion d'hôpitaux**

Fusion d'hôpitaux

En dérogation aux dispositions de l'article 3, § 1, deuxième alinéa de la présente convention, les activités de ladite convention qui doivent normalement être réalisées sur un seul site, peuvent provisoirement, pendant 5 ans au maximum, s'appliquer sur deux sites, si l'établissement hospitalier (= l'hôpital) avec lequel la présente convention a été conclue, fusionne, après la conclusion de la présente convention, avec un autre établissement hospitalier avec lequel la convention relative au diagnostic et au traitement des apnées du sommeil a également été conclue.

Le nouvel établissement hospitalier fusionné doit, dans ce cas, prendre les mesures organisationnelles nécessaires afin de pouvoir mettre fin, après cinq ans au plus tard, à une des deux conventions et informer par écrit (par lettre recommandée) le Service des soins de santé de l'INAMI à quelle convention il a été mis fin ; information qui sera communiquée par circulaire aux organismes assureurs. L'autre convention continuera simplement de produire ses effets à condition que le nouvel établissement hospitalier reprenne tous les droits et obligations découlant de la convention et le déclare formellement dans la lettre recommandée précitée.

Aussi longtemps (dans les limites de la période précitée de maximum cinq ans après la fusion des hôpitaux) que les activités offertes par les deux établissements hospitaliers fusionnés dans le cadre de la présente convention, n'ont pas été totalement intégrées, les chiffres de production demandés à l'article 19 peuvent être introduits séparément et les rapports annuels visés à l'article 20 peuvent être établis séparément. Toutefois, il est également autorisé de regrouper les prestations réalisées dans les chiffres de production sur le numéro d'identification d'une des entités (à savoir le numéro d'identification de la convention qui sera maintenue à l'avenir) et de mentionner pour l'autre entité que la production est nulle. En aucun cas, une même prestation ne peut figurer deux fois dans les chiffres de production, à savoir tant dans les chiffres de production de l’une des entités préfusionnée que dans ceux de l’autre entité préfusionnée. Une méthode analogue est également possible pour les rapports annuels.

Ces dispositions concernant la possibilité de travailler encore durant maximum 5 ans sur plusieurs sites propres de l'établissement hospitalier s'appliquent aussi aux :

* établissements hospitaliers qui, avant le 1er janvier 2018, ont conclu pour divers campus de l'établissement hospitalier, une convention nCPAP, mais qui, à partir du 1er janvier 2018, ne disposent plus que d'une convention relative au diagnostic et au traitement de l'apnée du sommeil.
* établissements hospitaliers qui, avant le 1er janvier 2018, appliquaient dans la pratique leur convention nCPAP sur divers sites de leur établissement hospitalier.

Le formulaire d'informations qui est joint en annexe 10 à la présente convention et qui doit être transmis à l'INAMI pour 28 février 2018 au plus tard doit faire apparaître sur quels sites un établissement un établissement hospitalier propose les activités prévues dans la présente convention.

Sur la base des données qui ressortent des formulaires d’informations, les dispositions de la présente convention concernant le fait de travailler sur un site (avec la possibilité d’une exception temporaire pendant 5 ans) seront évaluées.

Défusion d'hôpitaux

Si l'établissement hospitalier avec lequel a été conclue la présente convention est, dans le cadre d'une défusion d'hôpitaux, scindé en plusieurs établissements hospitaliers séparés, la présente convention peut (dans le cadre de l'accord de défusion) être automatiquement reprise par un des deux établissements hospitaliers apparus après la défusion, à condition que ce nouvel établissement hospitalier (défusionné) reprenne tous les droits et obligations découlant de la convention. Il appartient aux responsables de l'établissement hospitalier avec lequel la présente convention a été conclue et du nouvel établissement hospitalier qui reprend les droits et obligations de la convention d'informer par écrit (par une lettre recommandée commune, adressée au Service des soins de santé de l'INAMI) lequel des établissements hospitaliers (dans le cadre de l'accord de défusion) poursuivra les activités de la convention et reprendra à cette fin les droits et obligations de la convention.

Si les deux établissements hospitaliers apparus après la défusion d'hôpitaux souhaitent offrir à leurs patients les activités que prévoit la présente convention, la présente convention (en ce compris les périodes de prise en charge individuelles autorisées en vertu des articles 14 et 15) expire automatiquement à la date de prise d'effet de la défusion et les deux établissements hospitaliers doivent introduire une demande en vue de conclure une nouvelle convention avec le Comité de l'assurance au moins quatre mois avant que la défusion ne prenne effet. Dans leur dossier de demande, les établissements hospitaliers intéressés doivent démontrer que même après la défusion, ils satisfont chacun séparément à toutes les conditions de la convention. Les nouvelles conventions pourront alors entrer en vigueur au plus tôt à la date à laquelle la défusion prend effet. Pour les patients qui seront suivis dans le cadre des nouvelles conventions conclues avec les établissements hospitaliers défusionnés, une nouvelle demande individuelle de prise en charge de la rééducation fonctionnelle doit être introduite à partir de la date de prise d'effet de la nouvelle convention, conformément à la procédure prévue à l'article 14.

**Annexe 7**

**Aperçu des différentes dates et délais dans la convention**

La présente annexe vise à aider à l'application pratique de la convention, mais ne modifie pas les dispositions de la convention. Toutes les dispositions de la convention restent donc d’application, y compris les dispositions auxquelles le tableau ci-après ne fait pas référence.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Date, durée ou délai** | **Obligation figurant dans la convention** | **Référence** |
| Au plus tard le 28/02/2018 | Communiquer à l'INAMI les noms et le temps de travail des médecins posant le diagnostic qui travaillent dans le centre + les divers sites (si d'application), sur la base du formulaire de l'annexe 10 | Art. 3, § 5 |
| Au plus tard le 28/02/2018 | Communiquer à l'INAMI si le centre sous-traite des services à des prestataires de services médico-techniques spécialisés et si oui, description détaillée des services sous-traités (pas de formulaire type) | Art. 8, § 4 |
| Au plus tard le 30/4/2018 | Uniquement pour les centres qui n'ont pas été repris en 2017 sur la liste des centres qui proposent des traitements par OAM : communiquer à l'INAMI les noms du (des) médecin(s) ORL spécialisé(s) et du (des) spécialiste(s) OAM du centre, sur la base du formulaire d'informations de l'annexe 11 | Art. 3, § 5 |
| Si la situation se présente | Communiquer les modifications concernant le médecin posant le diagnostic, le(s) médecin(s) ORL spécialisé(s) et le(s) spécialiste(s) OAM du centrum + communiquer les modifications concernant la sous-traitance ou non de services à un prestataire de services médico-techniques spécialisés | Art. 3, § 5  +  Art. 8, § 4 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Au début du traitement + annuellement | Le médecin posant un diagnostic informera le médecin généraliste du bénéficiaire au début du traitement et ensuite une fois par an du diagnostic de l'apnée du sommeil et du traitement par nCPAP ou par OAM. | Art. 7 + art. 9 |
| Au plus tard le 31 janvier, le 30 avril, le 31 juillet et le 31 octobre de chaque année | Transmettre à l'INAMI les chiffres de production du trimestre précédent | Art. 19 |
| Au plus tard le 31 mars de chaque année | Transmettre à l'INAMI le rapport annuel du centre, sur la base du formulaire de l'annexe 12. | Art. 20 |
| 6 heures | Durée minimale obligatoire de la PGD | Art. 6 § 5 |
| 8 heures | Durée minimale obligatoire de la PSG et PG | Annexe 2 |
| 30 jours après le début d'un traitement par nCPAP ou par OAM (ou après la date de début d'une nouvelle période) | Le médecin-conseil doit avoir reçu chaque demande de prise en charge du traitement par nCPAP ou par OAM au plus tard 30 jours après le début de la période de traitement. Les prestations qui ont été réalisées plus de 30 jours avant la date de réception de la demande par le médecin-conseil, sont refusées. | Art. 14, § 3 |
| Date de délivrance de l'OAM au bénéficiaire | Date à partir de laquelle le traitement par OAM peut démarrer et (moyennant l'autorisation du médecin-conseil) peut être pris en charge. Il s’agit également de la date de début de la période de 6 mois au cours de laquelle un forfait de départ OAM peut être attesté.  Pendant la période de 6 mois de forfait de départ OAM, le bénéficiaire ne peut jamais passer dans un autre hôpital avec une convention apnée du sommeil et ne peut jamais passer à un traitement nCPAP. | Art. 11, § 3 |
| Date à partir de laquelle un appareil nCPAP est mis à disposition du bénéficiaire | Date à partir de laquelle le traitement par nCPAP peut démarrer et (moyennant l'autorisation du médecin-conseil) peut être pris en charge. Il s’agit également de la date de début de la période de 6 mois au cours de laquelle un forfait de départ nCPAP peut être attesté, à condition d'avoir démontré auparavant (soit via la PSG, soit via la PG ou la PGD) que le traitement de l'apnée du sommeil avec la pression thérapeutique programmée est efficace.  Pendant la période de 6 mois de forfait de départ, le bénéficiaire ne peut jamais passer dans un autre hôpital avec une convention apnée du sommeil et ne peut jamais passer à un traitement OAM. | Art. 10, § 3 |
| Facturer la quote-part personnelle pour le nCPAP pour une période de 3 mois au maximum | Chaque facture pour la quote-part personnelle pour un traitement nCPAP qui est envoyée au bénéficiaire, ne peut porter que sur une période révolue de 3 mois au maximum. | Art. 10, § 4 |
| Facturer la quote-part personnelle pour l'OAM | Dès que la quote-part personnelle pour un traitement OAM est réglée d'un point de vue légal, une quote-part personnelle unique peut être attestée pour chaque nouvelle OAM (l'attestation pouvant déjà avoir lieu avant le début du traitement OAM). | Art. 11, § 6 |
| Période de prise en charge de 3 mois (évaluation de l'utilisation effective de l'appareil nCPAP, impression) | La première période de prise en charge pour un nouveau bénéficiaire qui est traité par nCPAP, est de 3 mois.  En ce qui concerne le bénéficiaire qui est traité par nCPAP ou par OAM et qui au cours de la précédente période de prise en charge n'observait pas le traitement (moins de 4 heures d'utilisation par nuit en moyenne), une période de prise en charge de 3 mois est également octroyée.  En ce qui concerne le bénéficiaire pour qui une période de prise en charge de 3 mois a été octroyée, l'utilisation effective de l'appareil nCPAP au cours de cette période est évaluée sur la base d'une impression de 2 mois au minimum. En ce qui concerne la demande de prolongation du traitement nCPAP, il convient donc toujours de joindre une impression de l'appareil. | Art. 15, §§ 1er et 2 |
| Période de prise en charge du traitement d'un bénéficiaire par OAM pendant 6 mois | La première période de prise en charge pour un bénéficiaire qui est traité par OAM, est de 6 mois. Une telle période de 6 mois est également octroyée à un bénéficiaire pour lequel l'ancienne OAM (après 5 ans au minimum) est remplacée par une nouvelle OAM. | Art. 15, § 2 |
| PG ou PGD dans les 5 mois pour les patients OAM | Au plus tard 5 mois après le début du traitement OAM, il convient de démontrer que l'apnée du sommeil du bénéficiaire est traitée de manière efficace avec l'OAM titrée. Cette donnée est essentielle pour pouvoir prolonger la prise en charge du traitement par OAM après la période initiale de 6 mois et ce, tant pour un patient qui a été traité pour la première fois par OAM que pour un patient dont l'ancienne OAM a été remplacée par une nouvelle OAM. | Art. 9, § 1er, 3)  +  Art. 14, § 6  +  Art. 15 § 2 |
| Période de prise en charge de 12 mois | Durée normale (maximale) de la période autorisée de prise en charge d'un traitement par nCPAP ou par OAM, après la première période initiale qui est plus courte (3 mois pour le nCPAP et 6 mois pour l'OAM).  En ce qui concerne le traitement par nCPAP, l'observance thérapeutique au cours de cette période de 12 mois est évaluée sur la base d'une période de 9 mois au minimum.  Dans le cas d'une observance thérapeutique défaillante (utilisation de moins de 4 heures par nuit en moyenne), seule une période de prise en charge de 3 mois est octroyée et une impression de l'enregistrement de la mémoire de l'appareil doit être jointe à la demande suivante de prolongation de la prise en charge, laquelle porte sur une période de 2 mois au minimum. | Art. 15 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 an interruption du traitement par nCPAP ou OAM | Si la (prise en charge du) traitement par nCPAP ou par OAM a été interrompue pendant un an au maximum, il est possible de traiter le patient par nCPAP ou par OAM (après la période au cours de laquelle le patient n'a pas été traité par nCPAP ou par OAM) sans qu'une nouvelle PSG diagnostique soit réalisée (quelle que soit la date à laquelle la PSG diagnostique originale a été réalisée). Cela vaut tant pour les patients qui souhaitent poursuivre leur traitement par nCPAP ou par OAM après la période d'interruption que pour les patients pour lesquels la modalité de traitement serait modifiée (de nCPAP vers OAM ou inversement).  Patients pour lesquels la période de prise en charge en raison d'une observance thérapeutique défaillante a été prolongée de 3 mois et qui arrêtent le traitement par nCPAP durant ces 3 mois, n'entrent toutefois plus en considération pendant 1 an pour un traitement par nCPAP. Il en va de même pour les patients traités par OAM se trouvant dans la même situation. | Art. 4  +  Art. 14, § 4  + Art. 15 § 1ier et § 2 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Impression obligatoire lors de la demande de prolongation du traitement par nCPAP après (normalement) 15 mois de traitement par nCPAP | Après que la prise en charge a été autorisée pour la première fois pour une période de 12 mois (généralement après 15 mois de traitement, à savoir les 3 premiers mois de traitement + les 12 mois suivants), une impression de l'enregistrement de la mémoire de l'appareil au cours de la période précédente doit être jointe à la demande de prolongation de cette période. Cette impression doit porter au minimum sur une période de 9 mois. | Art. 14, § 5 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 2 ans | Pour les nouveaux bénéficiaires qui sont traités par nCPAP ou par OAM, la PSG diagnostique peut, à la date de début du traitement par nCPAP ou par OAM, avoir 2 ans au maximum. Si, à la date de début du traitement, la PSG diagnostique a été effectuée il y a plus de 2 ans, une nouvelle PSG diagnostique doit être effectuée.  Il convient également d'effectuer une nouvelle PSG diagnostique si la prise en charge du traitement par nCPAP ou par OAM a été interrompue de plus d'un an et que la PSG diagnostique originale ait été effectuée plus de 2 ans avant la date de début d'un nouveau traitement par nCPAP ou par OAM. Cela vaut également pour les patients qui après une interruption (du traitement par nCPAP ou par OAM) pendant plus d'un an, passent du nCPAP vers l'OAM ou inversement. | Art. 4  +  Art. 14, § 4 |
| 5 ans | Une nouvelle OAM peut être mise à disposition d'un même bénéficiaire au moins 5 ans après le début du traitement par OAM (en remplacement de l'ancienne OAM) et un forfait de départ OAM peut à nouveau être attesté. Pour un patient dont l'ancienne OAM a été remplacée par une nouvelle OAM, il y a lieu de démontrer 5 mois après le début du traitement par la nouvelle OAM l'efficacité du traitement au moyen d'une PG ou PGD. | Art. 11, § 4  Art. 14, § 6 et § 8  Art. 15 § 2  Art. 23, § 5 |
| Exclusion pendant un an de patients nCPAP ou OAM qui n'observent pas le traitement à maintes reprises | Si un patient utilise son nCPAP ou son OAM en moyenne moins de 4 heures par nuit pendant une période de prise en charge, la période de prise en charge ne peut être prolongée que de 3 mois.   * Si au cours de cette période de 3 mois, le patient utilise de nouveau son nCPAP ou son OAM moins de 4 heures par nuit en moyenne, le patient n'entre plus en ligne de compte pendant un an pour une intervention de l'assurance dans le traitement qu'il a suivi avec un manque d'observance thérapeutique. Cela s'applique également quand il est mis fin au traitement par nCPAP dans le courant de la période supplémentaire de 3 mois. Un patient nCPAP qui n'observe pas le traitement, peut au cours de cette période d'exclusion d'un an entrer en ligne de compte pour une OAM et inversement. * Si au cours de cette période de 3 mois, le patient utilise son nCPAP ou son OAM au moins 4 heures par nuit en moyenne, le médecin-conseil peut à nouveau approuver la prise en charge pour une période de 12 mois. Si le patient n'observe de nouveau pas le traitement au cours de cette période de 12 mois ou au cours des 12 mois suivants (utilisation de moins de 4 heures par nuit en moyenne), le patient n'entre toutefois plus en ligne de compte pendant un an pour une intervention de l'assurance dans le traitement qu'il a suivi avec un manque d'observance thérapeutique. Un patient nCPAP qui n'observe pas le traitement, peut au cours de cette période d'exclusion d'un an entrer en ligne de compte pour une OAM et inversement. | Art. 15 |

**Annexe 8**

**Composition du forfait de base nCPAP et du forfait de départ nCPAP**

**Composition du forfait de base nCPAP**

**Frais de matériel :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Type de matériel** | **Montant** | **Commentaire** |
| **Appareil nCPAP** | 102,4475 | Amortissement (5 ans) sur prix moyen pondéré de tous les appareils (nCPAP, APAP, AAS, bilevel) = 512,24 €, y compris les frais de stock, compte tenu de l'utilisation accrue d'appareils APAP que prévoit la convention à partir du 1.1.2018. |
| **Charges d'intérêts sur amortissement de l'appareil** | 15,3671 | Moyenne des charges d'intérêts annuels (5 ans) sur la base de 5 % d'intérêt par an |
| **Masques** | 155,3594 | Prix moyen pondéré de tous les masques (92,7181 €) X en moyenne 1,6756 masque par patient remboursé par an (y compris les frais de stock) |
| **Humidificateurs** | 14,8615 | Prix humidificateur 2013 (160,59 €) X en moyenne 9,25 % de patients nécessitant sur un an un nouvel humidificateur (y compris les frais de stock) |
| **Tubages** | 9,7776 | Prix tubages 2013 (32,71 €) X en moyenne 29,89 % de patients nécessitant sur un an de nouveaux tubages (y compris frais de stock) |
| **Filtres** | 5,6524 | Prix filtres 2013 (5,82 €) X en moyenne 97,12 % de patients nécessitant sur un an de nouveaux filtres (y compris les frais de stock) |
| **Récipients pour humidificateur** | 3,5222 | Prix récipients 2013 (56,03 €) X en moyenne 6,29 % de patients nécessitant sur un an un nouveau récipient (y compris les frais de stock) |
| **Total par patient et par an** | **306,9877** |  |
| **Pris par jour et par patient** | **0,8411** |  |

**Autres frais :**

Le forfait de base nCPAP couvre également les autres frais suivants, que l'hôpital se charge lui-même entièrement du traitement ou sous-traite certaines parties du traitement à un prestataire de services médico-techniques :

* Les honoraires médicaux pour l'organisation et la coordination du traitement (prestations de nomenclature non comprises)
* Le coût de l'accompagnement et de la surveillance par du personnel non médical
* La maintenance technique et la réparation du matériel
* Les frais d'administration (procédures d'acquisition du matériel, demande de prise en charge du traitement, frais de facturation, ...)
* Les frais généraux de l'hôpital (10 % des frais de personnel)
* Les frais de transport si un collaborateur se rend au domicile du patient

Pour ces autres frais, un montant de 346,3623 EUR par patient et par an est disponible = 0,9489 EUR par jour.

Le forfait de base s'élève de ce fait à 0,8411 EUR + 0,9489 EUR = 1,79 EUR par jour et par patient.

Soit un montant de 653,35 EUR par patient et par an.

**Forfait de départ**

Le forfait de départ couvre les mêmes coûts que le forfait de base (1,79 EUR par patient et par jour) mais rembourse en sus, une seule fois, les services suivants durant une période de 6 mois (182,5 jours) :

* Titration PSG pour 61% des nouveaux patients. Coût : 240,71 EUR X 61% = 146,8331 EUR
* Polygraphie (à domicile ou à l'hôpital) pour 39% des patients. Pour la polygraphie, on se base sur des honoraires de 106,98 EUR. Le coût à intégrer dans le forfait de départ s'élève par conséquent à 106,98 EUR X 39% = 41,7222 EUR

Total des coûts remboursés une seule fois : 188,5553 EUR

Supplément par patient et par jour : 188,5553 EUR / 182,5 jours = 1,0332 EUR

Montant forfait de départ : 1,79 EUR + 1,0332 EUR = 2,82 EUR

En raison du forfait de départ, le remboursement par patient et par an lors de la première année de traitement s'élève à (2,82 € X 182,5 jours) + (1,79 € X 182,5 jours) = 841,33 EUR.

**Annexe 9**

**Composition du forfait de départ OAM et du forfait de base OAM**

**Composition du forfait de départ OAM (remboursable pendant 6 mois)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Montant** | **Justification** |
| **Indemnisation pour le spécialiste OAM (y compris les coûts portés en compte par le laboratoire technico-dentaire)** |  |  |
| Fabrication d'une OAM pour un bénéficiaire (y compris : matériaux d'empreinte, prise d'empreinte de simulation si nécessaire, tester l'OAM sur le patient, apprendre au patient son utilisation + possibilités de titration + entretien de l'OAM, titration de l'OAM par le spécialiste OAM, concertation entre le spécialiste OAM et le médecin qui a posé le diagnostic du SAOS et/ou le médecin ORL) | 882,16 | Le coût technique de la fabrication d'une OAM peut fortement différer d'une OAM à l'autre. Un montant de 660 EUR TVA incluse est prévu à cet effet pour les OAM enregistrées CE.  La partie restante du montant (222,16 EUR) est principalement destinée à rémunérer le travail supplémentaire du spécialiste OAM (éventuellement l'assistant), aux examens supplémentaires éventuels, au matériel indispensable et ce, dans une période qui court depuis le choix définitif d'un traitement par OAM et du début donc des préparatifs en vue de la fabrication de l'OAM jusqu'à 6 mois après la délivrance de l'OAM au patient. |
| **Indemnisations pour le centre apnées de sommeil** |  |  |
| Polygraphie (PG) | 106,98 | 1 PG par patient OAM. Lorsqu’un autre type de PG figurait encore dans la nomenclature, le remboursement était basé sur K 80 = 106,98 EUR sur la base de la valeur de la lettre-clé actuelle. |
| Administration | 20,08 | Estimé par bénéficiaire à 0,11 EUR en moyenne par jour X 182,5 jours (6 mois). Ce montant permet dans une période de 6 mois (en partant de 1.634 heures de travail effectives par an et par temps plein) de rémunérer environ 45 minutes de travail d'un employé (niveau enseignement secondaire supérieur, barème 1/50, 10 ans d'ancienneté) (à l'indice pivot 99,04). |
| Concertation avec le spécialiste OAM | 20,30 | En moyenne 15 minutes par patient |
| **Sous-total des indemnisations pour le centre apnées de sommeil** | **147,36** |  |
|  |  |  |
| **Total à indemniser via le forfait de départ** | **1.029,52** |  |
| Nombre de jours forfait de départ | 182,5 |  |
| **Montant forfait de départ** | **5,64** |  |

**Composition du forfait de base OAM (remboursable pendant minimum 4,5 ans)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Montant** | **Justification** |
| **Indemnisations pour le spécialiste OAM (y compris les coûts portés en compte par le laboratoire technico-dentaire)** |  |  |
| Rebasage | 171,90 | On tient compte d'un rebasage pour une période de 5 ans pour 50 % des patients. Selon les tarifs de la nomenclature (septembre 2016) pour le rebasage de la prothèse supérieure (309131) = 171,90 EUR et le rebasage de la prothèse inférieure (309013) = 171,90 EUR, le coût du rebasage d'une OAM peut être estimé à 343,80 EUR pour 50 % des patients. Le coût du rebasage de l'OAM s'élève donc en moyenne par patient à 171,90 EUR. |
| Réparation | 281,90 | Il est tenu compte en moyenne de 1,2 réparation par patient dans une période de 5 ans. Selon les tarifs de la nomenclature (septembre 2016) pour la réparation de la prothèse supérieure (309013) = 117,46 EUR et la réparation de la prothèse inférieure (309035) = 117,46 EUR, le coût de la réparation d'une OAM peut être estimé à 234,92 EUR X en moyenne 1,2 réparations par patient dans une période de 5 ans. Le coût des réparations de l'OAM dans une période de 5 ans s'élève donc en moyenne à 281,90 EUR par patient. |
| Entretien, nettoyage OAM | - | L'entretien et le nettoyage de l'OAM sont normalement réalisés par le patient lui-même. Si le spécialiste OAM (ou l'assistant) se charge en plus également de l'entretien et du nettoyage, cela peut avoir lieu pendant les consultations de contrôle annuelles. |
| Capteur observance thérapeutique (matériel + travail) | 132,33 | Un capteur est prévu en moyenne par patient sur une période de 5 ans pour le contrôle de l'observance thérapeutique. Le médecin qui diagnostique le SAOS et le spécialiste OAM se concertent lorsqu'il est indiqué de contrôler l'observance thérapeutique d'un patient à l'aide d'un capteur. L'utilisation du capteur chez un patient n'est pas obligatoire.  Le coût d'achat, d'incorporation et de licence du capteur s'élève à 109,77 EUR. En outre, la proposition de prix prévoit encore en moyenne 22,56 EUR par patient pour le suivi de l'utilisation effective de l'OAM via le capteur (lecture du capteur, sensibilisation de patients qui utilisent trop peu l'OAM). |
| **Sous-total des indemnisations pour le spécialiste OAM** | **586,13** |  |
|  |  |  |
| **Indemnisations pour le centre apnées de sommeil** |  |  |
| Administration | 119,48 | Il est tenu compte en moyenne d'une heure d'administration par patient et par an (4,5 heures sur une période de 4,5 ans), en partant du coût salarial d'un employé (niveau enseignement secondaire supérieur, barème 1/50) avec 10 ans d'ancienneté et 1.634 heures de travail effectives par an. |
| **Total à indemniser via le forfait de base OAM** | **705,61** |  |
| Nombre de jours forfait de base OAM (4,5 ans) | 1.643,50 | 365 jours X 4,5 ans + 1 jour intercalaire (29 février) |
| **Montant forfait de base OAM** | **0,43** |  |

**CONVENTION RELATIVE AU DIAGNOSTIC ET AU TRAITEMENT**

**DU SYNDROME DES APNEES DU SOMMEIL**

(d'application à partir du 1er janvier 2018)

**ANNEXE 10: FORMULAIRE D'INFORMATIONS SUR LES MEDECINS POSANT LE DIAGNOSTIC DU CENTRE**

A TRANSMETTRE A L'INAMI ENTIEREMENT COMPLETE AVEC TOUS LES JUSTIFICATIFS DEMANDES POUR LE 28 FEVRIER 2018 AU PLUS TARD

Si nécessaire, vous pouvez ajouter des lignes dans ce document.

|  |  |
| --- | --- |
| Nom et adresse (du site) de l'hôpital\*: |  |
| Numéro de téléphone: |  |
| Adresse e-mail: |  |

\**Si votre hôpital, en application des dispositions de l'annexe 6 à la convention, applique la convention apnées du sommeil sur 2 sites, ajoutez une colonne et mentionnez les données des deux sites.*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **MEDECIN(S) SPECIALISTE(S) EN MEDECINE INTERNE, EN PNEUMOLOGIE, EN NEUROLOGIE, EN NEUROPSYCHIATRIE OU EN PSYCHIATRIE (cf. art 3, § 4, 1.a et annexe 1 à la convention)** | | | | | |
| **Nom, prénom et numéro INAMI**  **(éventuellement cachet)** | **Temps de travail consacré aux troubles du sommeil dans le centre (exprimé en ETP) (1ETP = 38 heures par semaine)** | **Etait déjà actif dans le domaine des troubles du sommeil dans le centre en 2017** | **A déjà suivi une des formations mentionnées en annexe 1 à la convention** | **Est le médecin responsable du centre** | **Signature** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**Si votre centre prend en charge des enfants (< 16 ans):**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **PEDIATRE(S) (cf. art. 3, § 4, 1.a et annexe 1 à la convention)** | | | | |
| **Nom, prénom et numéro INAMI (éventuellement cachet)** | | **Était déjà actif dans le domaine des troubles du sommeil dans le centre en 2017** | **A déjà suivi une des formations mentionnées en annexe 1 à la convention** | **Est le médecin responsable du centre** | **Signature** |
|  | |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |

*Seuls les médecins posant un diagnostic qui satisfont à l'ensemble des conditions de l'article 3, § 4, 1.a et de l'annexe 1 à la convention, peuvent être repris dans ce formulaire d'informations. Le nombre de patients de votre centre d’apnées du sommeil limite le nombre de médecins posant un diagnostic qui peut être mentionné dans ce formulaire d'informations étant donné que chaque médecin posant un diagnostic doit traiter (à partir de 2018), par année civile, en moyenne et sur une base annuelle, un minimum de 250 bénéficiaires différents par nCPAP ou au moyen d'une OAM dans le cadre de la convention relative à l'apnée du sommeil.*

Dans la colonne **“Temps de travail consacré aux troubles du sommeil dans le centre”**, il est mentionné le temps pendant lequel le membre de l'équipe concerné travaille à partir du 01/01/2018 dans le centre pour le diagnostic et le traitement de troubles du sommeil. Le temps que le membre de l'équipe consacre dans l'hôpital aux patients atteints de pathologies autres que les troubles du sommeil ne peut pas être pris en considération. Cette donnée ne doit pas être complétée pour le pédiatre ou si votre centre traite exclusivement, ou dans plus de 75% des cas, des patients pédiatriques (< 16 ans).

Dans la colonne **“Etait déjà actif dans le domaine des troubles du sommeil dans le centre en 2017”**, il est mentionné si le membre de l’équipe concerné faisait déjà partie en 2017 de l'équipe prévue dans le cadre de la convention nCPAP précédente. Elle est uniquement cochée si cela s'applique au membre de l'équipe concerné.

Dans la colonne **“A déjà suivi une des formations mentionnées en annexe 1 à la convention”**, il est mentionné si le membre de l’équipe concerné a suivi avec succès - si une évaluation est associée à la formation - une formation spécifique en matière de diagnostic et de traitement de troubles du sommeil (cf. les formations spécifiques mentionnées en annexe 1) :

* Si le membre de l'équipe concerné travaillait **déjà** en 2017 dans le domaine des troubles du sommeil dans le centre, il ne faut la compléter que si le membre de l’équipe a déjà suivi (avec succès) une formation au moment de l'introduction du formulaire d'informations. Ces membres de l'équipe ont encore jusqu'au 31/12/2019 pour terminer une telle formation.
* Si le membre de l'équipe **ne travaillait pas** en 2017 dans le domaine des troubles du sommeil dans le centre, le membre de l'équipe doit avoir suivi une telle formation pour pouvoir travailler dans votre centre en tant que médecin posant le diagnostic.

Si un membre de l'équipe a déjà suivi une formation spécifique, joignez les pièces justificatives nécessaires (*certificat de réussite de la formation*) en annexe à ce formulaire d'informations.

Dans la colonne **“Est le médecin responsable du centre”**, il est mentionné si le membre de l'équipe concerné assume la fonction de médecin responsable du centre (un médecin responsable par centre). Elle est uniquement cochée si cela s'applique au membre de l'équipe concerné.

**Par la présente, le(s) signataire(s) déclare(nt) que les données mentionnées dans ce formulaire d'informations sont correctes. Si des modifications devaient être apportées à l'avenir en ce qui concerne les noms des médecins posant un diagnostic, ces modifications doivent être communiquées immédiatement par écrit à l'INAMI.**

(nom, prénom, fonction et signature des signataires de la convention)

**CONVENTION RELATIVE AU DIAGNOSTIC ET AU TRAITEMENT**

**DU SYNDROME DES APNEES DU SOMMEIL**

(d'application à partir du 1er janvier 2018)

**ANNEXE 11: FORMULAIRE D'INFORMATIONS SUR LES MEDECINS SPECIALISTES EN ORL ET SUR LES SPECIALISTES EN OAM DU CENTRE**

CHAQUE CENTRE QUI NE FIGURAIT PAS ENCORE EN 2017 SUR LA LISTE INAMI DES CENTRES QUI PROPOSENT DES TRAITEMENTS OAM, DOIT TRANSMETTRE CE FORMULAIRE À L'INAMI ENTIÈREMENT COMPLÉTÉ AVEC TOUS LES JUSTIFICATIFS DEMANDÉS POUR LE 30 AVRIL 2018 AU PLUS TARD.

UN CENTRE QUI FIGURAIT DÉJÀ EN 2017 SUR LA LISTE INAMI DE CENTRES QUI PROPOSENT DES TRAITEMENTS OAM, NE DOIT PAS TRANSMETTRE CE FORMULAIRE, SAUF EN CAS DE MODIFICATIONS DES MÉDECINS SPÉCIALISTES EN ORL ET DES SPÉCIALISTES OAM DU CENTRE.

Si nécessaire, vous pouvez ajouter des lignes dans ce document.

|  |  |
| --- | --- |
| Nom et adresse (du site) de l'hôpital\*: |  |
| Numéro de téléphone: |  |
| Adresse e-mail: |  |

\**Si votre hôpital, en application des dispositions de l'annexe 6 à la présente convention, applique la convention apnées du sommeil sur 2 sites, ajoutez une colonne et mentionnez les données des deux sites.*

*Seuls les médecins spécialistes en ORL et les spécialistes OAM qui satisfont à l'ensemble des conditions de l'article 3, § 4, 1.b et 1.c et de l'annexe 1 à la convention, peuvent être repris dans ce formulaire d'informations.*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **MEDECIN(S) ORL (cf. article 3, § 4, 1.b et annexe 1 à la convention)** | | |
| **Nom, prénom et numéro INAMI (éventuellement cachet)** | **Est un médecin externe** | **Signature** |
|  |  |  |
|  |  |  |

Dans la colonne **“Est un médecin externe”,** il est mentionné si le membre de l'équipe concerné est un médecin externe, c'est-à-dire un médecin qui n'effectue pas ses activités dans le cadre de la convention apnées du sommeil sur un site de l'hôpital dont le centre fait partie mais sur un site d'un autre hôpital ou dans sa propre pratique. Dans ce cas, il convient de joindre en annexe l'accord de collaboration requis. Elle est uniquement cochée si cela s'applique au membre de l'équipe concerné.

Veuillez démontrer dans une annexe (avec les pièces justificatives nécessaires) pour chaque médecin spécialiste en ORL mentionné que ce médecin spécialiste en ORL s'est formé dans le domaine du diagnostic et du traitement de troubles respiratoires liés au sommeil.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DENTISTE(S) GENER(AL)(AUX), ORTHODONTISTE(S), STOMATOLOGUE(S) OU CHIRURGIEN(S) MAXILLOFACIAL (MAXILLOFACIAUX) (cf. article 3, § 4, 1.c et annexe 1 à la convention)** | | |
| **Nom, prénom et numéro INAMI (éventuellement cachet)** | **Est un dentiste ou médecin externe** | **Signature** |
|  |  |  |
|  |  |  |

Dans la colonne **“Est un dentiste ou médecin externe”,** il est mentionné si le membre de l'équipe concerné est un dispensateur de soins externe, c'est-à-dire un dispensateur de soins qui n'effectue pas ses activités dans le cadre de la convention apnées du sommeil sur un site de l'hôpital dont le centre fait partie mais sur un site d'un autre hôpital ou dans sa propre pratique. Dans ce cas, il convient de joindre en annexe l'accord de collaboration requis. Elle est uniquement cochée si cela s'applique au membre de l'équipe concerné.

Veuillez indiquer dans une annexe (avec les justificatifs nécessaires) pour chaque dentiste ou médecin mentionné que ce dispensateur de soins a suivi une formation complémentaire en matière de diagnostic et de traitement des troubles respiratoires liés au sommeil, et qu'il/elle a assisté chaque année au cours des deux années civiles précédentes (2016 et 2017), dans le cadre des activités auxquelles il/elle a assisté en vue d'obtenir et de maintenir son accréditation, à des activités concernant le diagnostic et le traitement des troubles respiratoires liés au sommeil d'une valeur de 10 points d'accréditation pour un dentiste général et un orthodontiste et d'une valeur de 2 points d'accréditation pour un stomatologue ou chirurgien maxillo-facial.

**Par la présente, le(s) signataire(s) déclare(nt) que les données mentionnées dans ce formulaire d'informations sont correctes. Si des modifications devaient être apportées à l'avenir en ce qui concerne les noms des membres de l'équipe, ces modifications doivent être transmises immédiatement par écrit à l'INAMI.**

(nom, prénom, fonction et signature des signataires de la convention)

**CONVENTION RELATIVE AU DIAGNOSTIC ET AU TRAITEMENT DU SYNDROME DES APNEES DU SOMMEIL**

(d’application à partir du 1er janvier 2018)

**ANNEXE 12 : RAPPORT ANNUEL CONCERNANT LE NOMBRE DE PATIENTS QUI SONT TRAITES DANS LE CADRE DE LA CONVENTION**

|  |  |
| --- | --- |
| Nom et adresse de (du site de) l’hôpital |  |
| Numéro de téléphone : |  |
| Adresse e-mail : |  |

Si votre hôpital, en application des dispositions de l’annexe 6 à la convention, applique la convention apnées du sommeil sur 2 sites, ajoutez une colonne et mentionnez les données d’identification des deux sites.

Vous pouvez nous envoyer les données demandées relatives au nombre de patients des 2 sites ensemble ou nous envoyer ces données séparément par site. Si vous nous communiquez les données par site, il vous est demandé de mentionner pour quel site les données ont trait et de copier les tableaux de 1 jusqu’au 4 inclus.

**Rapport annuel pour l’année civile (AAAA) :…….**  Cette année est référencée dans le présent document par le terme “20xx”

**1. Nombre de patients qui, dans le courant de 20xx, ont seulement été traités par nCPAP dans le cadre de la convention apnées du sommeil**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Ancien patient nCPAP (déjà traité par nCPAP avant le 1/1/20xx)** | | | | **Nouveau patient nCPAP (a commencé dans le courant de 20xx)** | | | | |
| **Statut du traitement** | | | | **Statut du traitement** | | **Efficience du traitement démontrée par** | | |
| **Déjà été traité par nCPAP dans le centre avant le 1/1/20xx et** | | **A déjà été traité par nCPAP avant le 1/1/20xx dans un autre hôpital, mais, dans le courant de 20xx, est passé sous traitement nCPAP dans le propre centre et** | |
| **Est encore en traitement nCPAP au 31/12/20xx** | **A arrêté avec le nCPAP dans le courant de 20xx** | **Est encore en traitement nCPAP au 31/12/20xx** | **A arrêté avec le nCPAP dans le courant de 20xx** | **Est encore en traitement nCPAP au 31/12/20xx** | **A arrêté avec le nCPAP dans le courant de 20xx** | **PSG de titration** | **PG** | **PGD** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Tous ces patients n’ont donc pas été traités par OAM en 20xx.

Les nouveaux patients s’entendent comme tous les patients qui ont débuté un traitement dans le courant de 20xx aussi bien que les patients qui ont arrêté le traitement l’année précédente et qui ont repris en 20xx. Dans certains cas, l’efficience du traitement pour les patients qui ont repris le traitement ne doit pas à nouveau être démontrée.

Les patients qui ont arrêté sont les patients qui ont arrêté le traitement dans votre centre. Vous ne devez pas tenir compte du fait que le patient continue à être traité dans un autre hôpital pour ses apnées du sommeil (dans le cas où vous seriez au courant).

**2. Nombre de patients qui, dans le courant de 20xx, ont seulement été traités par OAM dans le cadre de la convention apnées du sommeil**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Anciens patients OAM (déjà traités par OAM dans le cadre de la convention apnées du sommeil avant le 1/1/20xx, sans que leur OAM ait été renouvelée en 20xx )** | | | | **Patients pour lesquels l’OAM a été renouvelée dans le courant de 20xx** | | **Nouveau patient OAM (a débuté le traitement OAM dans le courant de 20xx)** | | **Nombre de patients pour lesquels l’efficience du traitement a été démontrée dans le courant de 20xx par** | | |
| **Statut du traitement** | | | | **Statut du traitement** | | **Statut du traitement** | |
| **Déja été traité par OAM dans le centre avant le 1/1/20xx et** | | **A déjà été traité par OAM avant le 1/1/20xx dans un autre hôpital, mais, dans le courant de 20xx, est passé sous traitement OAM dans le centre propre et** | |
| **Est encore en traitement OAM au 31/12/20xx** | **A arrêté avec l’OAM dans le courant de 20xx** | **Est encore en traitement OAM au 31/12/20xx** | **A arrêté avec l’**  **OAM dans le courant de 20xx** | **Est encore en traitement OAM au 31/12/20xx** | **A arrêté avec l’ OAM dans le courant de 20xx** | **Est encore en traitement OAM au 31/12/20xx** | **A arrêté avec l’OAM dans le courant de 20xx** | **PSG** | **PG** | **PGD** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Tous ces patients n’ont donc pas été traités par nCPAP en 20xx.

Les patients qui ont été traités en 20xx par une OAM qu’ils ont obtenue en dehors du cadre de la convention (par exemple une OAM remboursée via l’ancienne règlementation des prestations de la nomenclature 317295 et 317306) ne peuvent pas être mentionnés dans le présent rapport annuel. Dans le cas où leur OAM est renouvelée en 20xx dans le cadre de la convention apnées du sommeil, ils doivent être mentionnés dans la catégorie des patients pour lesquels l’OAM a été renouvelée dans le courant de 20xx.

Les patients qui ont arrêté sont les patients qui ont arrêté le traitement dans votre centre. Vous ne devez pas tenir compte du fait que le patient continue à être traité dans un autre hôpital pour ses apnées du sommeil (dans le cas où vous seriez au courant).

Les nouveaux patients s’entendent comme tous les patients qui ont débuté un traitement dans le courant de 20xx aussi bien que les patients qui ont arrêté le traitement l’année précédente et qui ont repris en 20xx. Dans certains cas, l’efficience du traitement pour les patients qui ont repris le traitement ne doit pas à nouveau être démontrée.

L’efficience du traitement doit être démontrée dans le courant des 6 premiers mois du traitement par OAM. Dès lors, il est possible que l’efficience ne soit seulement démontrée que l’année d’après s’il s’agit d’un patient qui a débuté un traitement OAM dans l’année 20xx.

**3. Nombre de patients qui sont passés du nCPAP à une OAM dans le courant de 20xx**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Ancien patient (déjà traité par nCPAP avant le 1/1/20xx ou a débuté le nCPAP dans le courant de 20xx dans un autre hôpital)** | | | | **Nouveau patient nCPAP de 20xx, a été traité en 20xx dans le centre premièrement par nCPAP avant de passer en 20xx à l’OAM** | | **Nombre de patients pour lesquels l’efficience du traitement a été démontrée dans le courant de 20xx par** | | |
| **Statut du traitement** | | | | **Statut du traitement** | |
| **Déjà été traité dans le centre par nCPAP avant le 1/1/20xx, en 20xx passe à l’OAM et** | | **Encore traité par nCPAP en 20xx dans un autre hôpital** (et éventuellement aussi en 20xx premièrement encore traité par nCPAP dans le propre centre) **avant de passer (dans le courant de 20xx) vers une OAM dans le propre centre et** | |
| **Est encore en traitement OAM au 31/12/20xx** | **A arrêté l’OAM dans le courant de 20xx** | **Est encore en traitement OAM au 31/12/20xx** | **A arrêté l’OAM dans le courant de 20xx** | **Est encore en traitement OAM au 31/12/20xx** | **A arrêté l’OAM dans le courant de 20xx** | **PSG** | **PG** | **PGD** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Les patients qui ont arrêté sont les patients qui ont arrêté le traitement dans votre centre. Vous ne devez pas tenir compte du fait que le patient continue à être traité dans un autre hôpital pour son SAOS (dans le cas où vous seriez au courant).

Les nouveaux patients s’entendent comme tous les patients qui ont débuté un traitement dans le courant de 20xx aussi bien que les patients qui ont arrêté le traitement l’année précédente et qui ont repris en 20xx. Dans certains cas, l’efficience du traitement pour les patients qui ont repris le traitement ne doit pas à nouveau être démontrée.

L’efficience du traitement doit être démontrée dans le courant des 6 premiers mois du traitement par OAM. Dès lors, il est possible que l’efficience ne soit seulement démontrée que l’année d’après s’il s’agit d’un patient qui a débuté un traitement par OAM dans l’année 20xx.

**4. Nombre de patients qui sont passés, dans le courant de 20xx, de l’OAM au nCPAP**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Ancien patient (déjà traité par l’OAM avant le 1/1/20xx ou a débuté dans le courant de 20xx l’OAM dans un autre hôpital)** | | | | **Nouveau patient OAM de 20xx, a été traité en 20xx dans le centre premièrement par l’OAM avant de passer en 20xx au nCPAP** | | **Nombre de patients pour lesquels l’efficience du traitement a été démontrée dans le courant de 20xx par** | | |
| **Statut du traitement** | | | | **Statut du traitement** | |
| **Déjà été traité dans le centre par OAM avant le 1/1/20xx, est passé en 20xx au nCPAP et** | | **Encore traité par l’OAM en 20xx dans un autre hôpital** (et éventuellement aussi en 20xx premièrement encore traité par OAM dans le propre centre) **avant de passer (dans le courant de 20xx) vers un nCPAP dans le propre centre et** | |
| **Est encore en traitement nCPAP au 31/12/20xx** | **A arrêté avec le nCPAP dans le courant de 20xx** | **Est encore en traitement nCPAP au 31/12/20xx** | **A arrêté avec le nCPAP dans le courant de 20xx** | **Est encore en traitement nCPAP au 31/12/20xx** | **A arrêté avec le nCPAP dans le courant de 20xx** | **PSG de titration** | **PG** | **PGD** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Les patients qui ont arrêté sont les patients qui ont arrêté le traitement dans votre centre. Vous ne devez pas tenir compte du fait que le patient continue à être traité dans un autre hôpital pour ses apnées du sommeil (dans le cas où vous seriez au courant).

Les nouveaux patients s’entendent comme tous les patients qui ont débuté un traitement dans le courant de 20xx aussi bien que les patients qui ont arrêté le traitement l’année précédente et qui ont repris en 20xx. Dans certains cas, l’efficience du traitement pour les patients qui ont repris le traitement ne doit as à nouveau être démontrée.

**ANNEXE 13 : Demande d’intervention pour un traitement nCPAP pour un patient de 16 ans ou plus – rapport médical**

**Identification du Centre**

Numéro d’identification : 7.85.

Nom de l’hôpital + nom du site :

Rue et numéro :

Code postal + commune :

Numéro de téléphone :

**Identification du patient**

Nom + prénom : Sexe : F-M

Rue et numéro :

Code postal + commune :

Date de naissance :

Organisme assureur :

**Nature de la demande**

0 Première demande pour nCPAP

0 Demande de prolongation pour nCPAP

0 Demande pour la reprise du traitement nCPAP après une interruption d’au moins 3 mois et d’un an au maximum

0 Demande pour la reprise du traitement nCPAP après une interruption de plus d’un an

0 Demande de passer d’un traitement OAM à un traitement nCPAP (la période entre les deux traitements est de 1 an au maximum)

0 Demande de passer d’un traitement OAM à un traitement nCPAP (la période entre les deux traitements est plus longue qu’un 1 an)

Période d’intervention demandée :

Du (jj/mm/aaaa) ……../……../…….. au (jj/mm/aaaa) ……../……../…….. inclus.

**EN CAS DE 1ere DEMANDE D’INTERVENTION ou d’une demande de reprise du traitement après une interruption de plus d’un an ou d’une demande de passer d’un traitement OAM à un traitement nCPAP**

BMI = ……..…Kg/m²

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Type d’événement** | **Nombre de ces événements** pendant le sommeil enregistré par EEG (ou, dans le cas d’un PG ou PGD, pendant la durée totale de l’enregistrement (temps passé au lit) | | |  |
|  | **1ière PSG** (PSG diagnostique) | **2ième PSG** (PSG de titration)  **of** | **PG ou PGD** afin de démontrer l’efficience du traitement nCPAP- |  |
|  | Date : JJ/MM/AAAA  = / / | Date : JJ/MM/AAAA  = / / | Date : JJ/MM/AAAA  = / / |  |
| Apnées obstructives |  |  |  | = A |
| Apnées mixtes |  |  |  | = B |
| Apnées centrales |  |  |  | = C |
| Hypopnées obstructives |  |  |  | = D |
| Hypopnées centrales |  |  |  | = E |
| **Autres données** | | | | |
| Durée totale de l’enregistrement (temps passé au lit) en minutes = | minutes | minutes | minutes | = F |
| Durée totale du sommeil enregistré par EEG (en minutes) = | minutes | minutes | Pas d’application | = G |
| **Indices** | | | | |
| Le patient souffre de SAOS | IAHO1 = | IAHO1 = | IAHO3 = |  |
| Le patient souffre de SASC | IAHC2 = | IAHC2 = | Pas d’application |  |
| IDO ≥ 3 % | IDO = | IDO = | IDO = |  |

*1IAHO =[ (A + B + D) / G ] X 60 2IAHC =[ ( C + E) / G ] X 60* 3IAHO = [ (A + B + D) / F ] X 60

*Il y a lieu d’ajouter les protocoles des PSG, PG et HPG en annexe. Il doit être possible de retrouver, dans le protocole, les données demandées dans le tableau, à l’exception des indices.*

*Conformément à la convention, il peut s’agir dans certains cas d’une ancienne PSG.*

Dans le cas où il s’agit d’une demande d’intervention pour un patient qui n’entrait pas en ligne de compte pour un traitement nCPAP pour un an en raison de l’observance thérapeutique défaillante, le médecin prescripteur doit, dans une note qui doit être jointe en annexe à la présente demande, préciser les raisons pour lesquelles il est convaincu que le patient satisfera maintenant à la condition relative à l’observance thérapeutique.

**EN CAS DE DEMANDE DE PROLONGATION DE L’INTERVENTION**

*(également d’application si le patient reprend le traitement après une interruption de maximum 1 an)*

BMI = ………Kg/m²

Observance thérapeutique

Période d’enregistrement du (date de début, jj/mm/aaaa) ……../……../…….. au (date de fin, jj/mm/aaaa) ……../……../…….. = …….. nuits

Valeur du compteur « masque sous pression » à la date de début = ………………………

Valeur du compteur « masque sous pression » à la date de fin = ………………………

Nombre d’heures total d’utilisation pendant la période d’enregistrement (= nombre d’heures sous nCPAP)  = ………. heures

Nombre moyen d’heures d’utilisation par nuit = …….… heures

*Une impression de l'enregistrement de la mémoire de l'appareil nCPAP est jointe :*

* *après la première période de prise en charge (3 mois)*
* *après la première fois que la prise en charge a été acceptée pour une période de 12 mois, et*
* *après chaque période de prolongation de la prise en charge, d’une durée de 3 mois*

Pas de donnée disponible au sujet de l’observance thérapeutique étant donné que le patient n’a plus été traité sous nCPAP pendant minimum 3 mois mais maximum 1 an (et l’assurance n’a pas pris en charge le traitement dans cette période)

Nouvelle PSG, PG ou PGD

*Pour une prolongation du traitement nCPAP, une nouvelle PSG, PG ou PGD n’est généralement pas nécessaire. Si une nouvelle PSG, PG ou PGD est quand même réalisée, veuillez mentionner les données suivantes :*

Motifs justifiant la réalisation d’une nouvelle PSG, PG ou PGD :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Type d’événement** | **Nombre de ces événements** pendant le sommeil enregistré par EEG (ou, dans le cas d’un PG ou PGD, pendant la durée totale de l’enregistrement (temps passé au lit) | |  |
|  | **PSG** | **PG ou PGD** |  |
|  | Date : JJ/MM/AAAA = / / | Date : JJ/MM/AAAA = / / |  |
| Apnées obstructives |  |  | = A |
| Apnées mixtes |  |  | = B |
| Apnées centrales |  |  | = C |
| Hypopnées obstructives |  |  | = D |
| Hypopnées centrales |  |  | = E |
| **Autres données** |  |  |  |
| Durée totale de l’enregistrement (temps passé au lit) en minutes = | minutes | minutes | = F |
| Durée totale du sommeil enregistré par EEG (en minutes) = | minutes | Pas d’application | = G |
| **Indices** | | | |
| Le patient souffre de SAOS | IAHO1 = | IAHO4 = |  |
| Le patient souffre de SASC | IAHC2 = | Pas d’application |  |
| IDO ≥ 3 % | IDO = | IDO = |  |

*1IAHO =[ (A + B + D) / G ] X 60 2IAHC =[ ( C + E) / G ] X 60* 3IAHO = [ (A + B + D) / F ] X 60

*Il y a lieu d’ajouter les protocoles des PSG, PG et HPG en annexe. Il doit être possible de retrouver, dans le protocole, les données demandées dans le tableau, à l’exception des indices.*

**RESEAU DE TRAITEMENT**

- Nom, prénom, adresse, numéro de téléphone et numéro d’identification INAMI du médecin généraliste :

- Si d’application : nom, prénom, adresse, numéro de téléphone et numéro d’identification INAMI du médecin spécialiste référent :

|  |
| --- |
| Nom, prénom, numéro d’identification INAMI (ou éventuellement cachet) du médecin prescripteur du centre qui confirme que le patient répond à toutes les conditions de la convention et que toutes les conditions de la convention sont respectées  Date : Signature : |

**ANNEXE 14 : Demande d’intervention pour un traitement nCPAP pour un patient de MOINS DE 16 ans – rapport médical**

**Identification du Centre**

Numéro d’identification : 7.85.

Nom de l’hôpital + nom du site :

Rue et numéro :

Code postal + commune :

Numéro de téléphone :

**Identification du patient**

Nom + prénom : Sexe : F-M

Rue et numéro :

Code postal + commune :

Date de naissance :

Organisme assureur :

**Nature de la demande**

0 Première demande pour nCPAP

0 Demande de prolongation pour nCPAP

0 Demande pour la reprise du traitement nCPAP après une interruption d’au moins 3 mois et d’un an au maximum

0 Demande pour la reprise du traitement nCPAP après une interruption de plus d’un an

Période d’intervention demandée :

Du (jj/mm/aaaa) ……../……../…….. au (jj/mm/aaaa) ……../……../…….. inclus.

**EN CAS DE 1ere DEMANDE D’INTERVENTION ou d’une demande de reprise du traitement après une interruption de plus d’un an**

|  |
| --- |
| En cas de premiere demande d’intervention  Adénotonsillectomie antérieure ou autre traitement SAOS ?  0 Oui 0 Non  Motivation si pas d’adénotonsillectomie antérieure ou autre traitement SAOS :  EN CAS DE DEMANDE DE REPRISE DU TRAITEMENT : Motivation qui fait que l’indication pour le nCPAP existe encore : |
|  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Type d’événement** | **Nombre de ces événements** pendant le sommeil enregistré par EEG (ou, dans le cas d’un PG ou PGD, pendant la durée totale de l’enregistrement (temps passé au lit) | | |  |
|  | **1ière PSG** (PSG du diagnostic) | **2ième PSG** (PSG de titration)  **of** | **PG ou PGD** afin de démontrer l’efficience du traitement nCPAP- |  |
|  | Date : JJ/MM/AAAA  = / / | Date : JJ/MM/AAAA  = / / | Date : JJ/MM/AAAA  = / / |  |
| Apnées obstructives |  |  |  | = A |
| Apnées mixtes |  |  |  | = B |
| Apnées centrales |  |  |  | = C |
| Hypopnées obstructives |  |  |  | = D |
| Hypopnées centrales |  |  |  | = E |
| **Autres données** | | | | |
| Durée totale de l’enregistrement (temps passé au lit) en minutes = | minutes | minutes | minutes | = F |
| Durée totale du sommeil enregistré par EEG (en minutes) = | minutes | minutes | Pas d’application | = G |
| **Indices** | | | | |
| Le patient souffre de SAOS | IAHO1 = | IAHO1 = | IAHO3 = |  |
| **ou** IAO2 = | **ou** IAO2 = | **ou** IAO4 = |  |
| ODI ≥ 3 % | ODI = | ODI = | ODI = |  |

*1IAHO =[ (A + B + D) / G ] X 60 2IAO =[ (A + B) / G ] X 60* 3IAHO = [ (A + B + D) / F ] X 60 4IAO =[ (A + B) / F ] X 60

*Il y a lieu d’ajouter les protocoles des PSG, PG et HPG en annexe. Il doit être possible de retrouver, dans le protocole, les données demandées dans le tableau, à l’exception des indices.*

*Conformément à la convention, il peut s’agir dans certains cas d’une ancienne PSG.*

Dans le cas où il s’agit d’une demande d’intervention pour un patient qui n’entrait pas en ligne de compte pour un traitement nCPAP pour un an en raison de l’observance thérapeutique défaillante, le médecin prescripteur doit, dans une note qui doit être jointe en annexe à la présente demande, préciser les raisons pour lesquelles il est convaincu que le patient satisfera maintenant à la condition relative à l’observance thérapeutique.

**EN CAS DE DEMANDE DE PROLONGATION DE L’INTERVENTION**

*(également d’application si le patient reprend le traitement après une interruption de maximum 1 an)*

Motivation qui fait que l’indication pour le nCPAP existe encore ?

Observance thérapeutique

Période d’enregistrement du (date de début, jj/mm/aaaa) ……../……../…….. au (date de fin, jj/mm/aaaa) ……../……../…….. = …….. nuits

Valeur du compteur « masque sous pression » à la date de début = ………………………

Valeur du compteur « masque sous pression » à la date de fin = ………………………

Nombre d’heures total d’utilisation pendant la période d’enregistrement (= nombre d’heures sous nCPAP)  = ………. heures

Nombre moyen d’heures d’utilisation par nuit = …….… heures

*Une impression de l'enregistrement de la mémoire de l'appareil nCPAP est jointe :*

* *après la première période de prise en charge (3 mois)*
* *après la première fois que la prise en charge a été acceptée pour une période de 12 mois, et*
* *après chaque période de prolongation de la prise en charge, d’une durée de 3 mois*

Pas de donnée disponible au sujet de l’observance thérapeutique étant donné que le patient n’a plus été traité sous nCPAP pendant minimum 3 mois mais maximum 1 an (et l’assurance n’a pas pris en charge le traitement dans cette période)

Nouvelle PSG, PG ou PGD

*Pour une prolongation du traitement nCPAP, une nouvelle PSG, PG ou PGD n’est généralement pas nécessaire. Si une nouvelle PSG, PG ou PGD est quand même réalisée, veuillez mentionner les données suivantes :*

Motifs justifiant la réalisation d’une nouvelle PSG, PG ou PGD :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Type d’événement** | **Nombre de ces événements** pendant le sommeil enregistré par EEG (ou, dans le cas d’un PG ou PGD, pendant la durée totale de l’enregistrement (temps passé au lit) | |  |
|  | **PSG** | **PG ou PGD** |  |
|  | Date : JJ/MM/AAAA = / / | Date : JJ/MM/AAAA = / / |  |
| Apnées obstructives |  |  | = A |
| Apnées mixtes |  |  | = B |
| Apnées centrales |  |  | = C |
| Hypopnées obstructives |  |  | = D |
| Hypopnées centrales |  |  | = E |
| **Autres données** |  |  |  |
| Durée totale de l’enregistrement (temps passé au lit) en minutes = | minutes | minutes | = F |
| Durée totale du sommeil enregistré par EEG (en minutes) = | minutes | Pas d’application | = G |
| **Indices** | | | |
| Le patient souffre de SAOS | IAHO1 = | IAHO3 = |  |
| **ou** IAO2 = | **ou** IAO4 = |  |
| IDO ≥ 3 % | IDO = | IDO = |  |

*1IAHO =[ (A + B + D) / G ] X 60 2IAO =[ (A + B) / G ] X 60* 3IAHO = [ (A + B + D) / F ] X 60 4IAO =[ (A + B) / F ] X 60

*Il y a lieu d’ajouter les protocoles des PSG, PG et HPG en annexe. Il doit être possible de retrouver, dans le protocole, les données demandées dans le tableau, à l’exception des indices.*

**RESEAU DE TRAITEMENT**

- Nom, prénom, adresse, numéro de téléphone et numéro d’identification INAMI du médecin généraliste :

- Si d’application : nom, prénom, adresse, numéro de téléphone et numéro d’identification INAMI du médecin spécialiste référent :

|  |
| --- |
| Nom, prénom, numéro d’identification INAMI (ou éventuellement cachet) du médecin prescripteur du centre qui confirme que le patient répond à toutes les conditions de la convention et que toutes les conditions de la convention sont respectées  Date : Signature : |

**ANNEXE 15 : Demande d’intervention pour un traitement OAM pour un patient de 18 ans ou plus - rapport médical**

**Identification du Centre**

Numéro d’identification : 7.85.

Nom de l’hôpital + nom du site :

Rue et numéro :

Code postal + commune :

Numéro de téléphone :

**Identification du patient**

Nom + prénom : Sexe : F-M

Rue et numéro :

Code postal + commune :

Date de naissance :

Organisme assureur :

**Nature de la demande**

0 Première demande pour une OAM

0 Demande de prolongation pour un traitement OAM

0 Demande pour la reprise du traitement OAM après une interruption d’au moins 3 mois et d’un an au maximum

0 Demande pour la reprise du traitement OAM après une interruption de plus d’un an

0 Demande de remplacement d’une OAM par une nouvelle OAM

0 Demande de passer d’un traitement nCPAP à un traitement OAM (la période entre les deux traitements est de 1 an au maximum)

0 Demande de passer d’un traitement nCPAP à un traitement OAM (la période entre les deux traitements est plus longue qu’un 1 an)

Période d’intervention demandée :

Du (jj/mm/aaaa) ……../……../…….. au (jj/mm/aaaa) ……../……../…….. inclus.

**pour toutes les DEMANDEs (a l’exception des demandes de prolongation)**

BMI = ……..…Kg/m²

Résultats de la première PSG diagnostique

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Type d’événement** | | **Nombre de ces événements** pendant le sommeil enregistré par EEG |  |
|  | | Date : JJ/MM/AAAA = / / |  |
| Apnées obstructives | |  | = A |
| Apnées mixtes | |  | = B |
| Apnées centrales | |  | = C |
| Hypopnées obstructives | |  | = D |
| Hypopnées centrales | |  | = E |
| **Autres données** | |  |  |
| Durée totale de l’enregistrement (temps passé au lit) en minutes = | | minutes | = F |
| Durée totale du sommeil enregistré par EEG (en minutes) = | | minutes | = G |
| **Indices** | | | |
| Le patient souffre de SAOS | IAHO1 = | |  |
| IDO ≥ 3 % | IDO = | |  |

*1IAHO =[ (A + B + D) / G ] X 60*

*Il y a lieu d’ajouter les protocoles des PSG, PG et HPG en annexe. Il doit être possible de retrouver, dans le protocole, les données demandées dans le tableau, à l’exception des indices.*

*Conformément à la convention, il peut s’agir dans certains cas d’une ancienne PSG.*

OAM : type + marque déposée :

* OAM sans marque déposée

|  |
| --- |
| Bon candidat pour un traitement OAM (cf. rapports en annexe du médecin spécialiste en ORL concerné et du spécialiste OAM  concerné)  *(s’il s’agit d’une demande de remplacement d’une OAM par une nouvelle OAM, un rapport du spécialiste OAM concerné suffit ; ce rapport doit également démontrer que le patient était observant)*  Date de la remise de l’OAM au patient (jj/mm/aaaa) :  (*s’il s’agit d’une demande de reprise de traitement OAM après une interruption, il y a lieu de mentionner la date de la remise de l’OAM, uniquement dans le cas où le patient a reçu une nouvelle OAM parce que l’ancienne OAM était usée ou n’était plus adaptée au patient*) |

S’il s’agit d’une demande d’intervention pour un patient qui n’entrait pas en ligne de compte pour un traitement OAM pour un an en raison d’une observance thérapeutique défaillante, le médecin prescripteur doit, dans une note qui doit être jointe en annexe à la présente demande, préciser les raisons pour lesquelles il est convaincu que le patient satisfera maintenant à la condition relative à l’observance thérapeutique.

**en cas de DEMANDE de prolongation de l’intervention**

(également d’application dans le cas où le patient reprend le traitement après une interruption d’au moins 3 mois et de maximum 1 an)

BMI = ……..…Kg/m²

Confirmation que le patient utilise son OAM en moyenne au moins 4 heures par nuit et qu’il n’y a pas de contre-indication à la poursuite de son traitement OAM (cf. rapport du spécialiste OAM concerné en annexe)

Pas de donnée disponible au sujet de l’observance thérapeutique étant donné que le patient n’a plus été traité par OAM pendant au moins 3 mois mais maximum 1 an (et l’assurance n’a pas pris en charge le traitement dans cette période)

Résultats de la PSG, PG ou PGD (effectuée afin de démontrer l’efficience du traitement à la fin de la période de 6 mois de forfaits de départ ; dans d’autres cas, une nouvelle PSG, PG ou PGD est facultative)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Type d’événement** | **Nombre de ces événements** pendant le sommeil enregistré par EEG ou, dans le cas d’un PG ou PGD, pendant la durée totale de l’enregistrement (temps passé au lit) | |  |
|  | **PSG** | **PG ou PGD** |  |
|  | Date : JJ/MM/AAAA = / / | Date : JJ/MM/AAAA = / / |  |
| Apnées obstructives |  |  | = A |
| Apnées mixtes |  |  | = B |
| Apnées centrales |  |  | = C |
| Hypopnées obstructives |  |  | = D |
| Hypopnées centrales |  |  | = E |
| **Autres données** |  |  |  |
| Durée totale de l’enregistrement (temps passé au lit) en minutes = | minutes | minutes | = F |
| Durée totale du sommeil enregistré par EEG (en minutes) = | minutes | Pas d’application | = G |
| **Indices** | | | |
| Le patient souffre de SAOS | IAHO1 = | IAHO2 = |  |
| IDO ≥ 3 % | IDO = | IDO = |  |

*1IAHO =[ (A + B + D) / G ] X 60* 2IAHO = [ (A + B + D) / F ] X 60

*Il y a lieu d’ajouter les protocoles des PSG, PG et HPG en annexe. Il doit être possible de retrouver, dans le protocole, les données demandées dans le tableau, à l’exception des indices.*

Dans le cas d’une PSG, PG ou PGD (facultative) (cf. les résultats ci-dessus) : Motifs justifiant la réalisation d’une nouvelle PSG, PG ou PGD :

**RESEAU DE TRAITEMENT**

- Nom, prénom, adresse, numéro de téléphone et numéro d’identification INAMI du médecin généraliste :

- Si d’application : nom, prénom, adresse, numéro de téléphone et numéro d’identification INAMI du médecin spécialiste référent :

|  |
| --- |
| Nom, prénom, numéro d’identification INAMI (ou éventuellement cachet) du médecin prescripteur du centre qui confirme que le patient répond à toutes les conditions de la convention et que toutes les conditions de la convention sont respectées  Date : Signature : |