

**Service des soins  
de santé****TEXTE DE CONVENTION ADOPTE PAR LE COMITE DE L'ASSURANCE POUR  
LES SAGES-FEMMES**

En l'absence de convention négociée entre les organisations professionnelles des sages-femmes et les organismes assureurs, le Comité de l'assurance a adopté le 13 janvier 2025 le texte de convention suivant.

**PREAMBULE**

Ce texte de convention vise à fournir un cadre pour un futur modèle de financement, dans l'attente d'une convention négociée et de mesures plus ciblées.

**Elaborer un meilleur modèle de financement et d'organisation pour les sages-femmes afin d'ancrer leur rôle dans une perspective d'avenir**

Le trajet transversal de soins périnataux pour les femmes vulnérables, lancé en 2024, sera accéléré sur le terrain. Ce faisant, le rôle des sages-femmes dans les soins de première ligne sera confirmé, et ce, aussi bien pour le dépistage, la consultation prénatale personnalisée, la coordination ou la participation à la concertation multidisciplinaire.

Deuxièmement, l'administration continuera en 2025 de travailler sur un trajet de suivi autonome périnatal pour les grossesses à bas risque qui ira au-delà du projet mentionné ci-dessus pour les femmes vulnérables, en mettant l'accent sur le rôle important des sages-femmes dans le suivi périnatal. Ce travail sera mené en concertation avec les sages-femmes, les médecins généralistes et les gynécologues et doit déboucher sur une proposition concrète au plus tard lors de la confection du budget 2026. Dans le scope de ses compétences, décrites dans le profil professionnel, la sage-femme aura la possibilité de voir ses compétences respectées tout au long de la période périnatale.

Troisièmement, une demande sera formulée en 2025 pour un projet-pilote « article 56 » sur la révision du financement du secteur des sages-femmes.

Quatrièmement, l'actuariat de l'INAMI soutiendra la Commission de conventions pour suivre les dépenses du secteur de manière plus ciblée, en vue de proposer des mesures ciblées.

Enfin, une concertation sera organisée avec le secteur des hôpitaux sur la situation des sages-femmes dans les hôpitaux. Dans ce contexte l'attention sera attiré sur la nécessaire évolution des normes de financement des hôpitaux (BMF) qui ne correspondent plus à la réalité de l'activité des sages-femmes. On vise une première ligne forte avec un rôle important pour les sages-femmes dans ce domaine, tant intra qu'extra-muros.

### Cadre financier

En 000EUR	P 2024	Index		Masse d'index 2025	Masse d'index sur base annuelle
Nomenclature	50.153	01-02-2025	3,64%	1.675	1.827
Prime télématique	453		0,00%	0	0
AC : Réinvestissement	17	01-01-2025	3,34%	1	1
<b>Total</b>	<b>50.623</b>			<b>1.676</b>	<b>1.828</b>

<b>Coût supplémentaire 2026</b>					<b>152</b>
---------------------------------	--	--	--	--	------------

La masse d'index 2025 disponible de 1.676 milliers EUR (cf. note CGSS 2024/85) sera utilisée pour augmenter linéairement les honoraires de 3,64% à partir du 1er février 2025.

Cela représente un coût supplémentaire annualisé de 152 000 euros. Afin de compenser le surcoût sur une base annuelle, un montant de 152.000 EUR sera déduit en 2026 des éventuels moyens supplémentaires alloués ou de la masse d'index disponible.

**Article 1<sup>er</sup>.** La présente convention définit, en ce qui concerne les honoraires et les modalités de leur paiement, les rapports entre les sages-femmes, les organismes assureurs et les bénéficiaires de l'assurance, tels qu'ils sont définis par la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994.

**Art. 2.** Les honoraires sont dus pour toute prestation figurant à la nomenclature établie par le Roi en application de l'article 35 de la loi susvisée coordonnée le 14 juillet 1994, et à la condition que la sage-femme qui l'a pratiquée ait la qualification requise, conformément aux indications de ladite nomenclature.

Aucune modification de la nomenclature n'est opposable aux parties. En l'absence de manifestation contraire de leur volonté dans les trente jours qui suivent la publication d'une telle modification, celle-ci est toutefois considérée comme incluse dans les termes de la présente convention.

**Art. 3.** La valeur du facteur de multiplication V à appliquer aux valeurs relatives des prestations de santé visées par la convention est, à partir du 1er février 2025, fixée à 2,220044EUR.

En exception à la règle générale ci-dessus,

- pour les prestations 422796, 423791, 422774, 423776, 422914, 422936, 422951 et 422995, la valeur du facteur de multiplication V est égale à 1,979387 EUR.
- pour les prestations 421993 et 422973, la valeur du facteur de multiplication V est égale à 2,093993 EUR.
- pour les prestations 422575, 422590, 422612, 422634, 423570, 423592, 423614, 423636, 422225, 423500, 422262, 422656, 423651, 422671, 423673, 422693,

- 428455, 423695, 428470, 422752, 423754 et 422531, la valeur du facteur de multiplication V est égale à 2,135053 EUR.
- pour les prestations 428514, 428551, 428595, 428632, 428676, et 428713, la valeur du facteur de multiplication V est égale à 2,719553 EUR.
  - pour les prestations 422435, 428735, 422811, 422833 et 422855, la valeur du facteur de multiplication V est égale à 2,993107 EUR.
  - pour les prestations 422450 et 422472, la valeur du facteur de multiplication V est égale à 2,861642 EUR.

Conformément à l'arrêté royal du 8 décembre 1997 fixant les modalités d'application pour l'indexation des prestations dans le régime de l'assurance obligatoire soins de santé, la valeur du facteur de multiplication V peut être adaptée à partir du 1<sup>er</sup> janvier de chaque année à l'évolution de la valeur de l'indice-santé. Pour ce faire, la Commission de conventions constate qu'il existe une marge budgétaire suffisante par le même quorum de votes que celui qui est nécessaire à la conclusion d'une convention.

En cas d'introduction de nouvelles prestations dans la nomenclature au cours de la présente convention, la Commission de conventions fixe la valeur de la lettre-clé au cours de la présente convention pour chacune de ces prestations dans le cadre du budget disponible. Ce constat est approuvé par le même quorum que celui requis pour la conclusion d'une convention. La valeur de la lettre-clé est communiquée à la Commission de contrôle budgétaire et au Comité de l'Assurance lors de la présentation de l'adaptation de la nomenclature.

**Art. 4.** La sage-femme s'engage à respecter les taux des honoraires fixés pour les prestations prévues à l'article 9 de la nomenclature des prestations de santé.

Elle peut cependant déroger aux taux desdits honoraires en cas d'exigence particulière de la bénéficiaire à savoir, lorsque à la demande de cette dernière, la prestation est effectuée à son domicile sans nécessité médicale et en dehors de deux visites à domicile comprises dans les séances prénatales (prestations n<sup>os</sup> 422030 et 422052).

Elle peut en plus déroger aux taux desdits honoraires pour les prestations se rapportant à la préparation à l'accouchement (prestations n<sup>os</sup> 422096, 428374, 428396, 422111, 428411, 422133 et 428433).

La sage-femme informe préalablement l'intéressée sur le montant des honoraires. En cas de litige, la charge de la preuve que l'information a été donnée incombe à la sage-femme.

**Art. 5. § 1<sup>er</sup>.** Une intervention est accordée pour les déplacements au domicile de la bénéficiaire dans le cadre des séances prénatales en cas de grossesse à risque (prestations 422870 et 422892). Cette intervention est calculée par visite à raison de 0,15 V au km (pseudo-numéro de code 422973) en fonction de la distance réelle, limitée cependant à deux fois trente km (aller-retour), séparant la résidence effective de la sage-femme de celle de la bénéficiaire.

Un relevé des frais de déplacement réclamés doit être certifié conforme par la sage-femme et doit être contresigné par la bénéficiaire.

**§ 2.** La sage-femme peut réclamer librement des frais de déplacement sauf pour les déplacements dans le cadre des séances prénatales en cas de grossesse à risque et pour deux visites à domicile dans les douze séances prénatales (prestations 422030 et 422052) qui ne dépasse pas deux fois 10 km (aller-retour).

La bénéficiaire doit être préalablement informée du montant des frais de déplacement.

**Article 6. § 1<sup>er</sup>** La bénéficiaire paye elle-même les honoraires à la sage-femme.

**§ 2.** Toutefois la sage-femme peut appliquer le système du tiers payant pour la partie des honoraires qui est à charge de l'organisme assureur selon les modalités déterminées par l'arrêté royal du 18 septembre 2015 (MB 23.09.2015).

**Art. 7. § 1<sup>er</sup>.** La sage-femme délivre à la bénéficiaire l'attestation de soins donnés ou joint l'attestation ou le document en cas d'application du système du tiers payant, à la note d'honoraires adressée à la mutualité ou à l'office régional de l'organisme assureur au plus tard dans un délai de deux mois suivant la fin du mois au cours duquel les prestations ont été fournies.

**§ 2.** La sage-femme qui applique le système du tiers payant envoie à chaque mutualité ou office régional de l'organisme assureur, mensuellement et avant la fin du deuxième mois suivant le mois au cours duquel les prestations ont été effectuées, sa note d'honoraires comprenant les attestations de soins et un état récapitulatif en double exemplaire; celle-ci mentionne le nom des bénéficiaires, le montant des interventions par bénéficiaire et le montant global dû par l'organisme assureur. Conformément à l'article 53, §1<sup>er</sup>, alinéa 2 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994, le dispensateur de soins peut transmettre les données aux organismes assureurs via un réseau électronique.

L'organisme assureur règle le montant de la note d'honoraires, compte tenu des rectifications apportées, dans les six semaines qui suivent la fin du mois au cours duquel les documents nécessaires à la facturation ont été reçus par l'organisme assureur. Dans la mesure où les délais de paiement ne sont pas respectés par l'organisme assureur, la sage-femme en avise la Commission de convention. La Commission de convention veillera au respect par les organismes assureurs des susdits délais de paiement.

**§ 3.** En cas de paiement tardif, les règles déterminées par l'arrêté royal du 18 septembre 2015 (MB 23.09.2015) sont d'application.

**Art. 8.** La Commission de conventions est compétente pour concilier les contestations qui peuvent surgir à propos de l'interprétation ou de l'exécution de la présente convention. Elle peut également concilier des contestations quant à l'interprétation de la nomenclature des prestations de santé.

**Art. 9.** L'objectif budgétaire pour les prestations de l'article 9 de la nomenclature des prestations de santé est fixé sur base des dispositions légales et réglementaires en vigueur en la matière.

En application de l'article 51, § 2, de la loi précitée, relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, dès qu'un dépassement significatif ou risque de dépassement significatif de l'objectif budgétaire annuel partiel est constaté, les parties concernées s'engagent à appliquer les mesures de corrections suivantes :

- révision du remboursement de la préparation à l'accouchement (prestations n<sup>os</sup> 422096, 428374, 428396, 422111, 428411, 422133 et 428433).
- révision du tarif pour la surveillance et l'assistance pendant la phase de travail.

Ces révisions sont appliquées sauf si le dépassement budgétaire est dû à une augmentation significative du nombre d'accouchements effectués par les sages-femmes.

Est prévue, en cas d'insuffisance desdites mesures, une réduction automatique et applicable immédiatement des honoraires, prix ou autres montants et des tarifs de remboursement pour

les prestations ou groupes de prestations qui sont à l'origine du dépassement ou du risque de dépassement significatif de l'objectif budgétaire annuel partiel; cette réduction est proportionnelle au montant du dépassement ou du risque de dépassement.

**Art. 10.** La convention est adoptée pour les années 2025 et 2026 pour autant qu'elle ne soit pas remplacée par une nouvelle convention négociée en Commission de conventions. Elle n'est pas tacitement reconductible.

L'adhésion individuelle à la présente convention produit immédiatement ses effets et vaut pour la durée de la convention. Les sages-femmes conventionnées au 31 décembre 2024 sont supposés maintenir leur adhésion à cette convention, sauf manifestation contraire de leur volonté exprimée en utilisant l'application électronique sécurisée ProSanté ou par l'envoi d'un formulaire de non-adhésion disponible sur le site Internet de l'INAMI par e-mail à nursefr@riziv-inami.fgov.be ou par courrier au siège de l'INAMI, dans les trente jours suivant la date de l'envoi par le Service des soins de sante de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité de la présente convention.

Toutefois, la convention peut être dénoncée avant le 15 décembre de chaque année en utilisant l'application électronique sécurisée ProSanté ou par l'envoi d'un formulaire de non-adhésion disponible sur le site Internet de l'INAMI par e-mail à nursefr@riziv-inami.fgov.be ou par courrier au siège de l'INAMI, par toute sage-femme ayant adhéré à la convention et, dans ce cas, elle a pour effet de faire cesser l'adhésion de cette seule personne à partir du 1er janvier qui suit cette dénonciation.

**Art. 11.** Pour l'application de l'article 49, § 7 de la loi ASSI coordonnée le 14 juillet 1994, le Comité de l'assurance doit constater si le quorum d'adhésions de 60% est atteint ou non. En vue de constater si le quorum visé ci-dessus est ou non atteint, le nombre de sages-femmes auquel il faut rapporter le nombre de sages-femmes ayant adhéré à la convention, est établi comme suit : nombre de sages-femmes ayant un profil de dispensateur pour l'année comptable 2023 augmenté du nombre de sages-femmes qui ont obtenu un numéro INAMI en 2024 avec une vérification supplémentaire afin que les sages-femmes ayant un numéro de l'INAMI qui a été désactivé entre temps ne soient pas incluses dans le calcul.

Fait à Bruxelles, le

Le Secrétaire du Comité de l'assurance, La Présidente du Comité de l'assurance,

M. DAUBIE  
Fonctionnaire dirigeant

A. KIRSCH