

FONDS DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

CIRCULAIRE N° 2005/2

Fixation des prix, de la durée et des frais d'entretien des appareils de prothèse et d'orthopédie pour l'année 2005

En exécution de l'article 48, 6°, de l'arrêté royal du 21.12.1971, le comité de gestion du Fonds des accidents du travail a fixé les prix, la durée et les frais annuels d'entretien des appareils de prothèse et d'orthopédie pour l'année 2005.

En vertu de l'arrêté royal du 16.01.2002, les entreprises d'assurances sont tenues de constituer les provisions techniques nécessaires pour l'entretien et le renouvellement, les prix actuels étant si pas des éléments nécessaires, du moins des éléments indicatifs importants.

L'utilisation de ces prix actuels par les entreprises d'assurances pour la fixation des provisions est de la compétence de contrôle de l'Office de contrôle des assurances.

Les prix, la durée et les frais annuels d'entretien sont valables uniquement pour la fixation des capitaux pour prothèses à verser au Fonds (accidents antérieurs au 01.01.1988) et pour le calcul des provisions techniques que les entreprises d'assurances doivent constituer pour couvrir les frais probables d'entretien et de renouvellement des appareils (accidents survenus depuis le 01.01.1988).

En aucun cas, ces prix ne peuvent s'utiliser comme tarif de remboursement des appareils étant donné que l'indemnisation dans le régime des accidents du travail doit être intégrale, sans intervention financière des victimes.

En ce qui concerne l'entretien et le renouvellement des appareils, on tient compte des besoins réels. Il faut toutefois éviter la fourniture d'articles de luxe.

Pour la fixation des prix directeurs, les appareils sont subdivisés en trois groupes :

- **Groupe A** : Appareils pour lesquels s'applique le prix directeur figurant dans la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire maladie-invalidité. Ce prix ne figure pas dans la circulaire étant donné qu'il peut être adapté en cours d'année et faire l'objet de suppléments dans certains cas. On n'y trouve mentionnés que la durée et les frais d'entretien.
- **Groupe B** : Appareils pour lesquels le comité de gestion fixe le prix moyen, la durée et les frais d'entretien approximatifs.
- **Groupe C** : Appareils pour lesquels c'est le coût réel qui est pris en considération.

Les directives ci-après sont particulièrement mises en exergue :

GROUPE A

- **APPAREILS EXTERNES**

Si l'Institut national d'assurance maladie-invalidité fixe de nouveaux tarifs, il faut appliquer immédiatement les prix adaptés.

Si, dans certains cas, la nomenclature met une quote-part personnelle à la charge de l'assuré, cette quote-part doit être portée en compte pour le calcul du capital (notamment en ce qui concerne les semelles et chaussures orthopédiques, certains appareils pour le tronc, pour les membres supérieurs et pour les membres inférieurs, ainsi que certains fauteuils roulants).

Les prestataires de soins auxquels s'appliquent les conventions tarifaires pour orthopédistes et bandagistes ont la faculté de facturer un supplément par rapport au tarif imposé par l'AMI pour les appareils préfabriqués repris dans le groupe A. Les prestations relatives aux appareils préfabriqués ont été indiquées dans la liste. Le supplément éventuellement facturé doit être pris en considération pour le calcul du capital ou de la provision technique.

Les entreprises d'assurances veilleront particulièrement à l'observance des points suivants :

1. Chaussures orthopédiques

Dans le cas des chaussures orthopédiques pour affections graves qui s'indiquent absolument, la durée est de 12 mois. Dans celui des chaussures orthopédiques qui s'indiquent de manière relative, elle est de 2 ans.

S'il y a octroi de chaussures orthopédiques de travail qui peuvent être renouvelées annuellement dans le cadre des conditions professionnelles, le délai de renouvellement des chaussures orthopédiques ordinaires est doublé.

2. Appareils de réserve

On peut retenir comme règle générale que l'octroi d'un appareil de réserve s'indique dans les cas où l'accident du travail a entraîné une amputation ou une paralysie de membre. Cet appareil ne doit être prévu qu'une seule fois et ne doit pas faire l'objet d'une capitalisation. Les entreprises d'assurances sont priées de le fournir avant de présenter le dossier au Fonds pour entérinement.

Sans préjudice de la compétence du tribunal, le comité médicoteknique peut émettre un avis en cas de litige quant à la nécessité d'un appareil de réserve pour ce qui est des autres catégories d'appareils.

3. Prothèses crurales

Pour ce qui est des prothèses des membres inférieurs, l'arrêté royal du 20.07.2004 paru au *Moniteur belge* du 06.08.2004 a apporté à l'article 29 de la nomenclature des prestations de santé une série de modifications, lesquelles sont expliquées ci-dessous.

Cet arrêté est entré en vigueur le 01.09.2004.

3.1. Types de prothèses

Le premier équipement est une prothèse d'évaluation. Celle-ci vise à verticaliser et à rééduquer le patient après l'amputation. Durant la période de rééducation fonctionnelle, l'évolution du moignon est méticuleusement suivie au moyen d'adaptations du fut.

Après la période de rééducation fonctionnelle intensive et dès que le moignon a acquis une certaine stabilité (trois mois au minimum), le patient est évalué par le prestataire de soins pour être placé dans l'un des cinq groupes en vue de recevoir une prothèse définitive.

Groupe 1 - Patients sans perspective de récupérer la fonction de marche

Ces patients n'entrent en ligne de compte que pour le remboursement d'une **prothèse cosmétique**, qui a pour fonctions :

- le recouvrement et la protection de la surface du moignon ;
- la propulsion active du patient assis dans sa voiturette, à l'aide de la prothèse, lors d'une amputation sous le genou ;
- le rétablissement de l'intégrité corporelle ;
- la stabilisation de la position assise.

Groupe 2 - Patients ayant une fonction de marche très réduite et nécessitant l'aide de tiers lors de transferts ou de déplacements

Ces patients n'entrent en ligne de compte que pour le remboursement d'une **prothèse de transfert**, qui a pour fonctions :

- le soutien en vue de permettre l'accomplissement des actes de la vie journalière ;
- le transfert.

Groupe 3 - Patients ayant une fonction de marche réduite, utilisant des appareils d'aide à la marche, se déplaçant sans l'aide de tiers et participant à des activités sociales à l'extérieur

Ces patients entrent en ligne de compte pour le remboursement d'une **prothèse définitive**.

La fonction de cette prothèse est de garantir le fonctionnement autonome statique et dynamique du patient dans les circonstances mentionnées ci-dessus.

Groupe 4 - Patients actifs n'utilisant aucun appareil d'aide à la marche lorsqu'ils marchent à l'aide d'une prothèse

Ces patients entrent en ligne de compte pour le remboursement d'une **prothèse définitive**.

La fonction de la prothèse est de permettre le fonctionnement autonome statique et dynamique du patient dans les circonstances mentionnées ci-dessus.

Groupe 5 - Patients très actifs dont les possibilités avec la prothèse doivent répondre au test de marche prévu, réalisé sans appareil d'aide à la marche ou autre soutien

Cela signifie qu'ils doivent pouvoir marcher pendant x minutes en maintenant une vitesse de y km/h. Le nombre de minutes et la vitesse qui doit pouvoir être maintenue dépendent du niveau d'amputation et du type d'amputation (amputation unilatérale ou bilatérale).

Ces patients entrent en ligne de compte pour le remboursement d'une **prothèse définitive**.

La fonction de cette prothèse est de garantir le fonctionnement autonome statique et dynamique du patient dans les circonstances mentionnées ci-dessus.

3.2. Prescription médicale et attestation d'évaluation

Le médecin spécialiste en orthopédie, en médecine physique, en chirurgie vasculaire ou en pédiatrie ou un médecin spécialiste en rééducation fonctionnelle dans l'une des disciplines précitées prescrit la prothèse ou le renouvellement du fut au moyen de la prescription médicale jointe à l'attestation d'évaluation.

Pour les prestations annuelles (entretien, adaptations de fut (recalibrages), renouvellements cosmétiques, gaines de moignon, *liner*), aucune prescription médicale n'est requise.

Dans le cas des personnes qui sont classées dans le groupe 4 ou 5, le médecin spécialiste précité signe l'évaluation effectuée par le prothésiste.

3.3. Renouvellement du fut

Le renouvellement du fut peut être demandé pour les raisons suivantes :

- après une intervention chirurgicale sur le moignon concerné ;
- après une modification morphologique importante du moignon (parties molles ou structures osseuses) en raison de chimiothérapie, médication, dialyse, diabète, régime, etc. ;
- allergies cutanées.

3.4. Critères de renouvellement

- Renouvellement des prothèses définitives

Le patient doit à nouveau être évalué. Selon ses performances, il peut rester dans le même groupe ou doit passer dans un groupe supérieur ou inférieur.

- Délais de renouvellement

Ces délais dépendent de l'âge du patient et du type de prothèse :

- o jusqu'au 18^e anniversaire, la prothèse peut être renouvelée annuellement ;
- o à partir du 18^e anniversaire, on distingue selon le type de prothèse :
 - prothèse du pied :
 - ° 10 ans (groupe 1) ;
 - ° 5 ans (groupe 2) ;
 - ° 18 mois (groupes 3, 4 et 5) ;
 - prothèse cosmétique (groupe 1) : 10 ans ;
 - prothèse de transfert (groupe 2) : 5 ans ;
 - prothèse du groupe 3 : 4 ans ;
 - prothèse des groupes 4 et 5 : 3 ans.

Pour la fixation du délai de renouvellement, la base de référence est l'âge à la date de la livraison de la prothèse précédente.

- Renouvellement anticipé de la prothèse

Ce renouvellement peut être demandé, sur prescription, après une amputation, un traumatisme grave ou encore une lésion locomotrice ou neurologique au niveau de l'autre membre inférieur ou à un niveau supérieur du même membre.

Après amputation du deuxième membre inférieur, il faut prévoir la fourniture de deux nouvelles prothèses. Le patient doit, à cet effet, d'abord être réévalué au moyen de deux nouvelles prothèses d'évaluation.

Après amputation à un niveau supérieur du même membre, la confection d'une nouvelle prothèse d'évaluation est requise.

3.5. Entretien et réparations

La nouvelle nomenclature des prothèses crurales instaure un entretien annuel obligatoire (principe de l'omnium) pour lequel l'intervention est un forfait couvrant les frais d'entretien et de réparation de la prothèse.

En ce qui concerne la capitalisation ou les provisions techniques, les frais d'entretien ont été fixés à 20 % du prix pilote de l'appareil.

Lors du calcul des capitaux et des provisions techniques à constituer, les entreprises d'assurances doivent s'en tenir strictement au barème. Il faut entendre par là les couts correspondant aux numéros de code de la nomenclature, les délais de renouvellement en fonction du type d'appareil (catégories 1 à 5) et les frais d'entretien annuel représentant 20 % du cout des prothèses.

- **APPAREILS INTERNES**

Appartiennent à cette catégorie les lentilles intraoculaires, les neurostimulateurs, les implants cochléaires, les stimulateurs cardiaques et les prothèses de hanche.

Ces appareils sont repris dans une liste limitative dressée par l'INAMI des produits entrant en ligne de compte pour indemnisation.

C'est le prix AMI qui est d'application, étant entendu que, pour la capitalisation et pour la constitution des provisions techniques, le cout des implants est majoré de la marge de fourniture. Cette marge représente 10 % du cout, avec pour maximum € 148,74 (montant non indexé). Ce montant facturé au patient en vertu de la réglementation AMI peut être adapté par arrêté royal en fonction de l'index. En outre, on intégrera au cout de l'implant les frais d'anesthésie et de l'intervention chirurgicale.

Les numéros de code allant de 688516-688520 à 689452-689463 inclus se rapportent aux prothèses de hanche.

Les numéros de code allant de 683093-683104 à 683130-683141 inclus se rapportent aux neurostimulateurs. La durée de ces appareils et de ses accessoires a été fixée sur la base des systèmes existants.

GROUPE B

À la rubrique 5 des prothèses oculaires « c. Lentille cornéenne », on fait dorénavant la distinction entre lentilles sphériques et lentilles toriques. La distinction s'applique d'ailleurs aussi en assurance maladie-invalidité. Ce sont des caractéristiques qui doivent être clairement spécifiées par les fournisseurs sur les factures ou dans les devis.

À la rubrique 6 (point 1.1) relative aux prothèses dentaires fixes, il n'est désormais plus question d'or et de métal semi-précieux (alliage économique), mais bien de métal très précieux et de métal précieux (alliage économique).

Pour ce qui est prothèses dentaires amovibles en résine (rubrique 6 – point 1.2.1.), les éléments de calcul sont fixés conformément aux honoraires prévus dans la nomenclature de l'AMI. La rubrique prévoit à présent les honoraires en vigueur au 01.01.2005. S'ils venaient à être modifiés en cours d'année, il y aurait lieu de les intégrer dans le prix de ces prothèses en résine.

À ce prix peut être appliqué un supplément pour utilisation de résine souple, dure ou incassable.

Le cout d'entretien annuel des prothèses amovibles en résine se détermine au moyen du code 308291. Le cout du rebasage se calcule au moyen des codes 306950, 307156 et 308313 en fonction du nombre de dents. Les honoraires sont de 30 % du prix AMI de ces prothèses.

En ce qui concerne les prothèses dentaires amovibles en métal (rubrique 6 – point 1.2.2.), le prix de la monture (squelette ou cadre) est fixé à € 440,03, crochets compris. Il convient d'y ajouter le prix des dents donné à la rubrique 1.2.1., avec un maximum de € 352,03 valant pour 8 à 14 dents.

Les implants dentaires sont repris dans le groupe B.

Chacun d'eux se compose de trois parties : l'implant proprement dit placé par opération, l'« abutment » (vis de fixation dans l'implant) et la couronne confectionnée sur l'« abutment ».

Il ne faut plus prévoir de capitalisation pour l'implant et pour l'« abutment », mais un capital de réserve pour le contrôle annuel de l'implant (€ 38,98).

La superstructure (couronne ou système d'ancrage fixe) doit toutefois être renouvelée et entre dès lors en ligne de compte pour la capitalisation ou pour la constitution de provisions techniques.

GROUPE C

• **APPAREILS EXTERNES**

Pour rappel, le comité de gestion a reconnu les appareils de levage et de transfert comme appareils de prothèse et d'orthopédie.

On peut distinguer dans cette catégorie trois appareils : le monte-escalier, le monte-plateau (monte-charge d'intérieur franchissant le seuil) et le « railroomlift » (nécessaire pour se rendre d'un espace d'habitation à un autre).

Ils figurent à la rubrique 15 de ce groupe.

Pour ce qui est de leur durée, on fait la distinction entre parties non fixes (moteur, siège et suspente) et parties fixées au mur, à l'escalier ou au plafond (système d'ancrage ou rails).

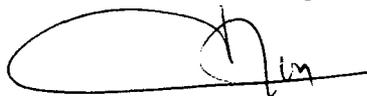
Pour ce qui est de la capitalisation ou du calcul de la provision, la limite est de 6 073,39 € dans le cas du monte-escalier ainsi que du monte-plateau et de 6 817,07 € dans celui du « railroomlift ».

• **APPAREILS INTERNES**

Dans la liste du groupe C, les modifications affectent les paramètres de capitalisation et de calcul des provisions techniques concernant les neurostimulateurs implantés totalement ou partiellement (rubrique B –point 3). Il s'agit des appareils pour lesquels le tarif AMI ne prévoit pas d'indemnisation intégrale. Si l'implantation est pratiquée au niveau du segment cervical, la durée du générateur d'impulsions implantable est de dix ans au lieu de cinq.

À noter que cette liste n'est pas limitative, n'étant qu'une énumération donnée à titre indicatif.

L'administrateur général,



M. Depoortere