

CIRCULAIRE N° 2019/1

1/03/2019

Adaptation annuelle des prix, de la durée et des frais d'entretien des appareils de prothèse et d'orthopédie - Exercice 2019.

I. Introduction

En vertu de l'article 48, 6°, de l'arrêté royal du 21 décembre 1971 portant exécution de certaines dispositions de la loi du 10 avril 1971 sur les accidents du travail, le comité médico-technique donne des avis sur la fixation des prix des appareils de prothèse et d'orthopédie et mentionne leur durée ainsi que les frais annuels approximatifs qu'entraîne leur entretien.

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 techniques relève de la compétence de contrôle de la Banque Nationale de Belgique.

Nous rappelons que les prix pilotes, la durée et les frais annuels d'entretien fixés par le comité de gestion pour les différents appareils ne peuvent être appliqués que pour le calcul des provisions techniques que les entreprises d'assurances doivent constituer (accidents à partir du 01.01.1988) et pour le calcul des capitaux pour prothèses à verser à Fedris (accidents antérieurs au 01.01.1988). Ils ne peuvent en aucun cas être utilisés comme tarif pour le remboursement d'appareils de prothèse ou d'orthopédie. En effet, l'indemnisation dans le régime des accidents du travail est intégrale et n'est pas liée à des tarifs forfaitaires (à l'exception des prothèses dentaires). On tient compte des besoins réels de la victime pour renouveler et entretenir les appareils.

Pour la fixation des prix pilotes, les appareils de prothèse et d'orthopédie sont subdivisés en 3 groupes :

GROUPE A : appareils pour lesquels c'est le prix pilote de l'INAMI qui est appliqué ; 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 ;

GROUPE B : appareils pour lesquels c'est le comité médico-technique qui fixe lui-même un prix moyen ;

GROUPE C : appareils pour lesquels c'est le coût réel qui est pris en considération.

II. Appareils de prothèse et d'orthopédie du groupe A

2.1. Appareils externes

Ces appareils externes englobent des prestations de bandagistes, d'orthopédistes, d'opticiens et d'audioprothésistes (audiologues). En font notamment partie les orthèses pour la tête, le cou et le tronc, les orthèses et prothèses pour les membres supérieurs et inférieurs, les chaussures et équipements (releveurs) orthopédiques, les prothèses myoélectriques, les bandes herniaires, ceintures abdominales et lombostats, le matériel pour incontinence et stomie, les lentilles de contact et les appareils auditifs (à l'exception des appareils « spéciaux »). Les aides à la mobilité (voiturettes, scooters électroniques, tricycles, etc. - rubrique 1.11 dans la circulaire n° 2008/1) ne sont plus repris dans les listes, car une nouvelle réglementation (*cf. infra*) sera d'application à partir du 1^{er} janvier 2019.

La liste complète avec codes SSI correspondants issus de la nomenclature des prestations de santé est reprise en annexe de cette circulaire.

2.1.1. Prix pilotes des appareils externes

Ce sont les tarifs de la nomenclature des prestations de santé qu'on applique aux appareils de cette catégorie. La quote-part personnelle (supplément) à la charge de la victime pour certains appareils et certaines prothèses sur mesure doit être prise en compte dans le calcul du capital pour prothèse ou de la provision technique.

2.1.2. Durée des appareils externes

Cette durée a été fixée conformément à la nomenclature SSI pour la plupart des appareils.

La durée des chaussures orthopédiques pour affections graves et affections avec indication absolue s'élève à 1 an. Pour ce qui est des chaussures orthopédiques avec indication relative, une durée de 2 ans est prévue. En cas d'octroi de chaussures orthopédiques de travail, le délai de renouvellement des chaussures orthopédiques ordinaires est doublé. Cette méthode s'applique également dans le cas des semelles orthopédiques et des adaptations individuelles de chaussures (ex. : rehaussements). Ces délais ne peuvent cependant pas être utilisés comme modalité de remboursement (*cf. supra*).

2.1.3. Réparation et entretien des appareils externes

Il s'agit d'un pourcentage annuel calculé sur le prix pilote de l'orthèse, de la prothèse ou de l'appareil orthopédique.

En ce qui concerne les orthèses pour la tête, le cou et le tronc, les orthèses pour les membres inférieurs et supérieurs, les prothèses pour les membres supérieurs, les prothèses myoélectriques et les bandes herniaires, les ceintures abdominales et les lombostats, ce pourcentage est fixé à 15 %.

S'agissant des prothèses pour les membres inférieurs (prothèses après amputation), le pourcentage d'entretien annuel est fixé à 20 %.

Pour ce qui est des aides à la mobilité (voiturettes, scooters électroniques, tricycles), le prix pilote est pris en compte à hauteur de 10 %.

L'entretien d'un appareil auditif (dont le montant est essentiellement déterminé par le renouvellement des piles) est fixé à 125,00 € par appareil.

L'entretien des lentilles de contact reste fixé à 230,90 €. Les prix des produits d'entretien et de nettoyage disponibles aussi bien en pharmacie que chez les opticiens varient fortement. Par ailleurs, le « produit » dépend du type et du matériau de la lentille.

2.1.4. Appareil de réserve

Il s'agit d'un « appareil » permettant à la victime de poursuivre ses activités lorsque l'« appareil principal » est en cours de renouvellement ou d'entretien. Ces périodes, et par conséquent l'utilisation de l'appareil, doivent en principe être limités dans le temps. L'appareil de réserve ne doit pas toujours être identique à l'« appareil principal » (= pas aussi sophistiqué) et ne peut en aucun cas être considéré comme une deuxième prothèse à part entière. L'objectif n'est pas non plus d'utiliser l'appareil de réserve en parallèle avec l'appareil principal.

Cet appareil de réserve n'est en principe octroyé qu'une seule fois (sauf si le renouvellement s'avère nécessaire) et n'est pris en considération ni pour une capitalisation ni pour un calcul de la provision technique. Il sera fourni avant de présenter le dossier à Fedris pour entérinement de l'accord-indemnité.

Les décisions prises précédemment concernant les chaussures orthopédiques, la monture de réserve en cas d'amputation ou de paralysie, la chaise roulante et la prothèse myoélectrique sont toujours d'application.¹ Par ailleurs, il s'avère indispensable d'octroyer à titre unique des lunettes (en back-up) aux utilisateurs de lentilles de contact.

Sans infirmer la compétence des tribunaux, le comité médico-technique peut, en cas de désaccord entre le médecin traitant et/ou le médecin-conseil de la victime et le médecin-conseil de l'entreprise d'assurances et sur avis du médecin-conseil de Fedris, se prononcer sur la nécessité de prévoir un appareil de réserve lorsqu'il s'agit d'autres appareils. L'octroi d'un appareil de réserve peut alors être soumis à des critères particuliers (par exemple, l'incidence sur l'exercice d'une activité professionnelle donnée).

2.1.5. Changements affectant la nomenclature SSI

Si l'INAMI fixe de nouveaux barèmes pour les orthèses, prothèses et appareils du groupe A, les entreprises d'assurances les appliquent immédiatement lorsqu'elles déterminent les provisions techniques ou calculent les capitaux pour prothèses.

2.2. Les prothèses internes

Les implants figurant dans la liste (*cf.* tableaux en annexe) des 12 spécialités suivantes font partie des prothèses internes : ophtalmologie, neurochirurgie, oto-rhino-laryngologie, urologie et néphrologie, chirurgie abdominale, chirurgie thoracique, chirurgie vasculaire, gynécologie, pneumologie, chirurgie plastique et reconstructive, chirurgie en général et orthopédie et traumatologie.

On peut distinguer les prothèses articulaires (orthopédie et traumatologie) des autres prothèses. Pour les prothèses articulaires, une capitalisation est nécessaire pour les prothèses de hanche et de genou (à l'exception des prothèses de genou unicondytaire car, à ce jour, on remplace toujours ces prothèses internes par une prothèse totale du genou). La plupart des autres prothèses articulaires ne doivent pas être remplacées sur base « régulière ».

Parmi les prothèses non articulaires, on distingue les prothèses inertes, non renouvelables et les prothèses actives, renouvelables.

S'agissant des prothèses internes à capitaliser, le prix de l'implant (y compris le matériel de synthèse nécessaire à la pose et la marge de sécurité) et les frais liés à l'anesthésie et à l'intervention (réintervention) chirurgicale sont pris en compte pour la capitalisation et la constitution de la provision technique.

¹ *Cf.* rubrique 2.1.4 de la circulaire n° 2013/2 du 25.02.2013

Nous tenons en outre à souligner que toutes les prothèses internes (= également celles qu'il ne faut pas capitaliser), à l'exception des pompes à médicament et du matériel d'ostéosynthèse (*cf. infra*), sont énumérées dans l'accord-indemnité car le droit au renouvellement ne s'éteint pas. Par ailleurs, la durée de vie de l'implant est limitée. Ce qui ne signifie bien entendu nullement qu'un remplacement doit être effectué à un certain moment, mais qu'en cas de problème, une nouvelle intervention (chirurgie) soit possible. Cette chirurgie peut consister en le placement d'une prothèse de remplacement du même type ou différente ou en l'exécution d'une autre intervention corrective.

La pompe à médicament constitue une exception car il s'agit en fait d'une aide à l'administration d'un médicament (antispasmodique, morphine, morphinomimétique) comme pour une injection. Étant donné qu'il est difficile d'affirmer que ces implants servent à réparer une fonction perdue ou endommagée, le terme « frais médicaux » a été ajouté.

Suite à la publication de l'arrêté royal du 17.06.2014 modifiant l'arrêté royal du 17.10.2000 fixant les conditions et le tarif des soins médicaux applicable en matière d'accidents du travail (M.B. 14.08.2014), les frais pour le matériel d'ostéosynthèse sont désormais remboursés à concurrence de leur coût réel. Par matériel d'ostéosynthèse, on entend le matériel de fixation utilisé dans le cadre de la chirurgie ostéo-articulaire.

On peut résumer comme suit les principales modifications par rapport aux tableaux repris dans la circulaire 2018/1 :

- ajout d'une nouvelle prestation (code SSI 183013-183024) dans la rubrique « valve cardiaque » (2.6.1.2)
- ajout de nouvelles prestations (codes SSI 180493-180504/180515-180526) dans la rubrique « endoprothèses » (2.7.4)
 - dans la rubrique « hanche » (2.12.2.2) des prestations ont été supprimées et de nouvelles prestations ont été ajoutées (*cf. infra*)
 - ajout de nouvelles prestations (codes SSI 183035-183046/183050-183061/183072-183083/183094-183105) dans la rubrique « prothèses fémorales »
 - ajout de nouvelles prestations (codes SSI 183116-183120/183131-183142/183153-183164/183175-183186-183190-183201) dans la rubrique « tête pour tige de hanche »
 - ajout de nouvelles prestations (codes SSI 183212-183223/183234-183245/183256-183260/183271-183282) dans la rubrique « cupules non modulaires »
 - ajout de nouvelles prestations (codes SSI 183293-183304/183315-183326/183330-183341/183352-183363) dans la rubrique « cupules modulaires - partie interne »
 - ajout de nouvelles prestations (codes SSI 183374-183385/183396-183400/183411-183422/183433-183444/183455-183466) dans la rubrique « cupules modulaires - partie externe »
 - ajout d'une nouvelle prestation (code SSI 183470-183481) dans la rubrique « spacer ».
 - ajout de nouvelles prestations (codes SSI 183492-183503/183514-183525/183536-183540/183551-183562/183573-183584) dans la rubrique « accessoires pour la prothèse de la hanche »

III. Appareils de prothèse et d'orthopédie du groupe B

Font partie de ce groupe les appareils dont le comité de gestion fixe le prix moyen, la durée et le coût approximatif d'entretien sur avis du comité médico-technique.

Les « lunettes de soleil » sont toujours reprises dans les tableaux du groupe B, car, dans certains cas, l'utilisation de « lunettes de soleil » est la seule solution pour traiter une photophobie (sensibilité à la lumière). Par « lunettes de soleil », on entend des lunettes avec des verres plano teintés (verres sans valeur dioptrique). Les verres plano teintés conservent leur teinte dans toutes les luminosités. Si les verres s'adaptent à la luminosité et/ou dès qu'il est question de verres à valeur dioptrique ou si les verres s'adaptent à la luminosité, ils appartiennent au groupe C.

L'arrêté royal du 25.07.2014 modifiant l'arrêté royal du 01.10.2013 établissant les conditions d'indemnisation des prothèses dentaires a été publié au Moniteur belge le 07.10.2014. Dès que les adaptations de tarifs et/ou de terminologie seront publiées dans un nouvel arrêté royal ou sur le site

internet de Fedris, les entreprises d'assurances devront les appliquer lors du remboursement et du calcul des provisions techniques et des capitaux pour prothèses.

La restauration par construction composite (lisez technique adhésive) est toujours reprise dans les tableaux des prothèses dentaires et doit être capitalisée comme telle si le dentiste traitant ne prévoit pas de restauration prothétique future.

Rappelons également que, dans les cas de restauration par un ou plusieurs implants dentaires, l'implant et l'« abutment » ne doivent plus entrer en ligne de compte dans le calcul du capital pour prothèse ou de la provision technique (voir circulaire n° 2003/2 du 13.02.2003). Par contre, le droit de renouvellement ne s'éteint pas, ce qui implique que, par analogie aux prothèses internes des groupes A et C, ils doivent être repris dans l'accord-indemnité. En guise d'entretien, on prévoit toutefois un contrôle annuel de l'implant. Le prix pilote a été maintenu à 50 €.

Pour pouvoir poser un implant sur le maxillaire, le volume osseux doit être suffisant. Les techniques de reconstruction osseuse (greffes, substituts) peuvent être utilisées lorsque le volume osseux du maxillaire s'avère insuffisant. Les frais y afférents sont qualifiés de « frais médicaux ». Les prestations hors de la nomenclature des prestations de santé doivent être évaluées sur la base de leur caractère « raisonnable » et « équitable ».

IV. Appareils de prothèse et d'orthopédie du groupe C

4.1. Appareils externes

Pour les appareils de cette catégorie, c'est le coût réel qu'il convient de prendre en considération pour le capital de prothèse ou pour la provision technique à constituer. Toutefois, l'entretien annuel et la durée des différents appareils sont fixés par le comité de gestion sur avis du comité médico-technique.

Rappelons que cette liste n'est pas limitative, les prothèses qui y sont reprises n'y figurant qu'à titre indicatif uniquement.

4.1.1. Explication à la rubrique « Adaptation de véhicule »

À l'exception d'une boîte de vitesses automatique (prix pilote maximal de 1 903,82 € - à utiliser uniquement pour le calcul du capital pour prothèse ou de la provision technique), on applique le coût réel pour l'adaptation et l'équipement du véhicule.

Suite à l'entrée en vigueur au 01.09.2014 de la directive 2007/46/CEE établissant un cadre pour la réception des véhicules à moteur, les véhicules à moteur destinés aux personnes à mobilité réduite doivent être réceptionnés comme des véhicules complétés. Sont inclus dans le champ d'application tous les véhicules adaptés pour pouvoir être conduits par des personnes à mobilité réduite et les véhicules adaptés au transport de personnes à mobilité réduite.

Vu que la procédure est obligatoire pour les véhicules pour personnes à mobilité réduite dont l'adaptation est reconnue comme nécessaire des suites d'un accident du travail, les « frais » (indemnité et frais de gestion) doivent être pris en charge par l'entreprise d'assurances. Les montants réclamés doivent être ajoutés au montant servant de base pour le calcul du capital de prothèse ou de la provision technique.

4.1.2. Explication à la rubrique « Aides à la mobilité »

Avant, il était possible d'octroyer des aides à la mobilité ne figurant pas sur la liste des produits agréés de l'INAMI. Ces aides devaient répondre aux critères d'une fabrication de qualité et « être nécessaires ». Elles devaient en outre être disponibles sur le marché européen. La rubrique « Aides à la mobilité (et leurs adaptations) » du groupe C a été prévue en ce sens.

Dans le cadre de la sixième réforme de l'État, les « aides à la mobilité » ont été transférées aux communautés et aux régions.

Depuis le 01.07.2017, la communauté germanophone organise les aides à la mobilité en gestion propre. Le nouveau système s'applique uniquement aux patients domiciliés en communauté germanophone et à qui des aides à la mobilité ont été prescrites à partir du 1^{er} juillet 2017. Le citoyen n'a plus qu'un seul point de contact pour le suivre et le conseiller dans sa recherche d'une aide à la mobilité adaptée et le processus s'en trouve ainsi simplifié. Davantage d'informations à ce sujet peuvent être consultées sur le site www.ostbelgienlive.be.

Le 19 janvier 2018, le Gouvernement flamand a approuvé définitivement le décret relatif à la « Protection sociale flamande ». Ce décret prévoit qu'à partir du 1^{er} janvier 2019, de nouveaux piliers seront ajoutés progressivement, à commencer par un pilier aides à la mobilité et un pilier soins résidentiels aux personnes âgées. Ensuite, dans une phase ultérieure, d'autres piliers seront encore ajoutés, à savoir l'aide aux familles, les centres de court séjours, les centres de soins de jour, les soins de santé mentale et la revalidation.

Le fait que les interventions pour aides à la mobilité existantes soient incluses dans la « Protection sociale flamande » simplifie grandement les demandes et permet davantage de possibilités. Il ne sera nécessaire d'introduire qu'une seule demande : la « Protection sociale flamande » prend à la fois en charge les indemnités qui étaient précédemment accordées par l'assurance maladie et les indemnités complémentaires qui pouvaient être obtenues auprès de l'Agence flamande pour les Personnes handicapées (VAPH). Pour le moment, il existe une liste des aides à la mobilité agréées et pour lesquelles une indemnité peut être obtenue. On continuera à utiliser cette liste, mais une procédure plus flexible sera employée, de sorte que des indemnités puissent également être obtenues pour des aides innovatrices et que celles-ci soient ajoutées plus rapidement dans la liste agréée. L'âge n'est plus un critère dans les décisions d'intervention. Les aides à la mobilité seront davantage réutilisées, car le système de location, tel qu'il existe aujourd'hui dans les centres de soins résidentiels, sera étendu à de nouveaux groupes cibles.

Afin d'organiser la « Protection sociale flamande », le Gouvernement flamand travaille en collaboration avec des caisses d'assurance soins agréées. À partir du 1^{er} janvier 2019, les aides à la mobilité ne pourront être demandées que d'une seule manière, en passant par un fournisseur d'aides à la mobilité agréé. Ce fournisseur introduira la demande par voie électronique auprès de la caisse d'assurance soins, qui prendra une décision. Davantage d'informations à ce sujet peuvent être consultées sur le site www.vlaamsesocialebescherming.be.

Un « Bruxellois » peut s'affilier de sa propre initiative à une caisse d'assurance soins et payer la prime de soins chaque année ou s'affilier à « IRIS-care ». « IRIS-care » est le nouvel organisme d'intérêt public (OIP) chargé des matières transférées à la Commission communautaire commune (Cocom), à la suite de la 6^e Réforme de l'État. Ces matières concernent l'aide aux personnes âgées et aux personnes atteintes d'un handicap, les maisons de repos et de soins, les centres d'hébergement, les aides et soins à domicile, les chaises roulantes, les soins de première ligne, les allocations familiales, etc. Davantage d'informations à ce sujet peuvent être consultées sur le site « www.iriscare.brussels ».

L'Agence pour une Vie de Qualité (AVIQ) est le nouvel organisme d'intérêt public (OIP) en Wallonie chargé de compétences transférées à la suite de la 6^e Réforme de l'État. Ces compétences concernent les matières suivantes : « Bien-être et Santé, Handicap et Famille ». Ce nouvel organisme tend à assurer une plus grande cohérence et vise une simplification administrative. Afin d'assurer la continuité du service et pour faciliter la transition, l'article 28§8 de l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités reste d'application en attendant que la nouvelle réglementation pour la Wallonie soit publiée. Davantage d'informations à ce sujet peuvent être consultées sur le site www.aviq.be.

À la suite des changements dans la réglementation (*cf. supra*) toutes les aides à la mobilité sont provisoirement reprises dans le groupe C.

4.2. Les prothèses internes

Les prothèses internes de ce groupe doivent également être capitalisées, sauf lorsqu'il existe un consensus quant au fait que cette prothèse ne doit pas être « remplacée » (sur base régulière). Par ailleurs, elles doivent aussi être reprises dans l'accord-indemnité car le droit au renouvellement ne s'éteint pas (*cf. supra* - prothèses internes du groupe A).

Conclusion

Si, en ce qui concerne les orthèses, les appareils de prothèse et les moyens auxiliaires d'orthopédie, on recourt à un matériel neuf ou à une technologie nouvelle dont la description n'est pas reprise dans les groupes A, B et C, c'est le prix réel qui doit être appliqué pour le calcul du capital pour prothèse et de la provision technique.

L'administratrice générale adjointe,

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'P. Lambin', written in a cursive style.

P. Lambin