

CIRCULAIRE N° 2022/2

25/02/2022

Adaptation annuelle des prix, de la durée et des frais d'entretien des appareils de prothèse et d'orthopédie - Exercice 2022.

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 médicotéchnique 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'audiens (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 », repris dans le groupe C).

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 %,
- s'agissant des aides à la mobilité (voiturettes, scooters électroniques, tricycles), on prend en compte 10 % du prix pilote,
- 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 auparavant en matière de chaussures orthopédiques, monture de réserve, en cas d'accident avec amputation ou paralysie, fauteuil roulant et prothèse myoélectriques 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 du travail, 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.

2.1.6 Explication de quelques modifications récentes de la nomenclature SSI

2.1.6.1 Bandagistes

L'arrêté royal du 16 juillet 2020 (M.B. 14 août 2020) a adapté la nomenclature relative au matériel de stomie. Les principales modifications peuvent être résumées comme suit :

- Des interventions spécifiques pour le matériel d'irrigation (set manuel et pompe) sont prévues.
- Les dispositions spécifiques pour le matériel de stomie sont regroupées : définitions, conditions de remboursement, dispositions spécifiques pour le prestataire, procédure (de notification), documents (prescription médicale, attestation de délivrance et carnet du patient), classification de la liste de produits
- Suppression des catégories B et C sur les listes limitatives pour le matériel de stomie été supprimées.

2.1.6.2 Orthopédistes

L'arrêté royal du 8 novembre 2020 (M.B. 1^{er} décembre 2020) a modifié la nomenclature relative aux prothèses des membres inférieurs et aux genoux mécatroniques (MCK). Les principales modifications peuvent être résumées comme suit :

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

- Pour l'hémipectomie et la désarticulation de la hanche, les prothèses de groupe 5 (groupe le plus actif) sont ajoutées ;
- Il est prévu 2 types de genoux mécatroniques (MCK), chaque fois avec une prestation pour désarticulation du genou et une prestation pour les amputations supérieures. Pour le MCK de type I (genou pour la stabilité), il est prévu une prestation pour le groupe 3² avec un délai de renouvellement de 8 ans et une prestation pour le groupe 4 ou 5 avec un délai de renouvellement de 6 ans. Pour le MCK de type II (genou pour activité), une prestation est prévue pour le groupe 4³ ou 5⁴ avec un délai de renouvellement de 6 ans,
- Une nouvelle prestation est prévue pour un genou avec unité pneumatique ou hydraulique de type B, qui en plus du genou de type A, possède un réglage individuel de la phase oscillante et de la phase d'appui et permet de marcher à différentes vitesses ;
- Une prestation pour une charnière de hanche pneumatique ou hydraulique est prévue pour les groupes 3, 4 et 5. De plus, une prestation pour la charnière de hanche tridimensionnelle est reprise pour le groupe 4 ou 5 en combinaison avec un MCK ;
- Une intervention complémentaire est prévue pour un pied avec élément-ressort en polymère pour le groupe 3 en combinaison avec un MCK, et pour un pied avec élément-ressort en matière composite pour le groupe 4 en combinaison avec un MCK;
- De plus, quelques prestations spécifiques pour le MCK sont également prévues comme pour les composants de montage et actes techniques pour la batterie de tests (uniquement attestable si le remboursement de ce genou est approuvé), le démontage et assemblage d'un MCK lors d'un entretien planifié et une prolongation unique de garantie.

Il est prévu d'établir des listes de produits. Seuls les genoux mécatroniques (prolongation de garantie incluse) et les genoux hydraulique type B qui sont repris sur la liste des produits admis au remboursement entrent en ligne de compte pour le remboursement. La liste limitative, qui sera adaptée régulièrement, se compose de 4 catégories :

- genoux hydrauliques de type B,
- genoux mécatroniques de type I,
- genoux mécatroniques de type II,
- prolongations de garantie pour les genoux mécatroniques.

L'arrêté royal du 13 juin 2021 (M.B. 2 juillet 2021) a modifié la nomenclature relative aux orthèses d'assise. Les principales adaptations concernent notamment :

- une clarification concernant les prestations pour lesquelles une mesure tridimensionnelle est requise,
- une précision concernant le cumul d'une orthèse d'assise et d'une orthèse du tronc pour un groupe cible spécifique,
- une clarification supplémentaire concernant le moment où un renouvellement peut être considéré comme un changement de concept,
- des adaptations à la réparation et entretien.

2.1.6.3 Audiologues

L'arrêté royal du 30 mai 2021 (M.B. 2 juillet 2021) a modifié la nomenclature SSI relative aux prestations de santé. Les modifications suivantes ont été apportées :

- Le nombre de codes de nomenclature est considérablement réduit : les quatre catégories sous « I. prestations entrant en ligne de compte pour un remboursement » sont réduites à une « catégorie de base » avec les prestations et leurs numéros de nomenclature correspondants.

²Groupe 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.

³Groupe 4 : Patients actifs n'utilisant aucun appareil d'aide à la marche lorsqu'ils marchent à l'aide d'une prothèse.

⁴Groupe 5 : Patients très actifs dont les possibilités avec la prothèse doivent répondre au test de la marche suivant, réalisé sans aucune aide ou autre soutien

- Des pseudocodes sont ajoutés à la nomenclature dans le but, chaque fois qu'un code de cette catégorie de base est délivré, de compléter celui-ci par un de ces pseudocodes. Le pseudocode exact qui doit être attesté dépend d'une perte auditive d'au moins 40 dB ou de l'une des 4 catégories d'exceptions, et l'audiométrie vocale possible ou non.
- Si plus d'un pseudocode est applicable, un seul pseudocode est attesté ; le choix du pseudocode à attester est précisé dans la nomenclature. Pour des raisons de clarté, l'ordre d'apparition des exceptions dans la nomenclature a été modifié de sorte que l'exception la plus courante se trouve en haut.
- Le segment relatif aux interventions complémentaires de l'assurance devient une partie distincte de la nomenclature car aucun pseudocode n'est attesté pour ces prestations. L'intervention forfaitaire de l'assurance pour les tests sans appareillage devient alors également une partie distincte.

2.2. Les prothèses internes

Les implants figurant dans la liste (cf. tableaux en annexe) des 13 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, orthopédie et traumatologie et autres.

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 unicondyloaire 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.

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 doive 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 2021/1 :

- les nouvelles prestations suivantes 181591-181602, 181613-181624, 181635-181646, 181650-181661, 181672-181683 et 181694-181705 ont été ajoutées (groupe chirurgie abdominale et pathologie digestive - 1^{er} juillet 2021) dans le cadre du projet « IFFI »,
- la description des prestations 159132-159143, 159154-159165, 159176-159180, 159191-159202, 159213-159224, 159235-159246, 159250-159261 et 159272-159283 a été modifiée dans le cadre du projet « révision des prestations relatives aux valves cardiaques ». Dans le cadre du même projet, les nouvelles prestations suivantes 181775-181786, 181790-181801, 181912-181823, 181871-181882, 181834-181845, 181856-181860 et 181893-181904 ont été introduites (groupe chirurgie thoracique et cardiologie - 1^{er} octobre 2021).
- Une nouvelle prestation 181974-181985 a été intégrée (groupe ophtalmologie - 1^{er} octobre 2021) dans le cadre du projet « traitement du glaucome ».

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). En revanche, le droit au renouvellement n'expire pas, ce qui implique qu'ils doivent être repris dans l'accord-indemnité, par analogie avec les prothèses internes des groupes A et C. 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 cout 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 « matériel pour incontinence »

Il ressort de la circulaire 93/3 du 18 juin 1993 qu'une partie du matériel pour incontinence et du matériel de stomie est reprise dans le groupe A et le groupe C. La raison à cela est qu'un code a été attribué à chaque produit, composé de deux lettre et d'un nombre à deux chiffres.

La première lettre de base « A », « B » ou « C » faisait référence à la catégorie et concernait :

- la lettre de base « A » correspondait à une indication médicale absolue. Chaque liste limitative comportait au moins 2 produits « A » indemnisés entièrement,
- la lettre de base « B » correspondait à une indication médico-sociale relative. Les produits avaient une « plus »-value et un supplément de maximum 25 % pouvait être réclamé à l'ayant droit. L'intervention de l'assurance équivalait aussi à celle du niveau « A »,
- la lettre de base « C » était attribuée aux produits dont la « plus »-value dépasse largement l'indication médico-sociale et pour lesquels une intervention majorée de l'assurance ne se justifiait pas. Les prix libres étaient proposés avec une intervention équivalente à celle du niveau « A ».

La partie du matériel non concernée par une indication médicale absolue a été reprise dans le groupe C, alors que l'autre partie est restée dans le groupe A.

Suite l'entrée en vigueur de la nouvelle nomenclature du matériel de stomie (cf. groupe A - Bandagistes), les références aux catégories « B » et « C » ont été supprimées des listes limitatives. De ce fait, il n'est plus nécessaire de reprendre le « matériel de stomie » dans la rubrique en question.

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 doive 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).

Dans le cadre du projet « révision des prestations relatives aux valves cardiaques » (voir ci-avant - prothèses internes du groupe A), la description de plusieurs prestations a été modifiée. De nouvelles prestations ont également été introduites dans le cadre du même projet. La prestation 181893-181904 (valve artificielle ou système d'annuloplastie pour lequel une dérogation a été obtenue pour une utilisation hors marquage CE) est désormais reprise dans le groupe C.

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,

Pascale
Lambin
(Signature)

Digitally signed by
Pascale Lambin
(Signature)
Date: 2022.03.02
08:39:08 +01'00'

P. Lambin