

**A.R. 19.12.2017 M.B. 11.1.2018**  
**En vigueur 1.2.2018**

- Modifier
- Insérer
- Enlever

## Article 34 – PRESTATIONS INTERVENTIONNELLES

§ 1<sup>er</sup>. Sont considérées comme prestations qui requièrent la qualification du médecin visé au § 2:

### a) Traitements percutanés transluminaux vasculaires:

...

Prestations pour le traitement d'un anévrisme de l'aorte et/ou iliaque :

589595	589606	Implantation percutanée d'une endoprothèse sous contrôle d'imagerie médicale pour le traitement d'un anévrisme aortique abdominal <del>infrarénal</del> abdominal, ou pour le traitement d'un anévrisme de l'artère iliaque de plus de 3 cm, sans collet iliaque proximal, en ce compris les manipulations et les contrôles effectués pendant le traitement et tout le matériel utilisé, à l'exception des cathéters pour angioplastie, des endoprothèses, des produits pharmaceutiques et des moyens contraste	I 1850
--------	--------	---	--------

...

589654	589665	Implantation percutanée d'une endoprothèse sous contrôle d'imagerie médicale pour le traitement d'un endoleak, en ce compris les manipulations et les contrôles effectués pendant le traitement et tout le matériel utilisé, à l'exception des cathéters pour angioplastie, des endoprothèses, des produits pharmaceutiques et des moyens contraste	I 1200
--------	--------	---	--------

Les honoraires pour dilatations endovasculaires supplémentaires, avec ou sans placement de stent(s), y compris les manipulations et tout le matériel utilisé, à l'exclusion du ou des cathéter(s) de dilatation, du ou des stent(s) éventuel(s), des produits pharmaceutiques et de contraste, sont compris dans les honoraires des prestations 589374-589385, 589595-589606, 589610-589621, 589632-589643 et 589654-589665.

Un endoleak de type III à hauteur de l'aorte abdominale infrarénale est considéré comme un nouvel anévrisme.

Les prestations 589595 – 589606, 589610 – 589621, 589632 – 589643, 589654 - 589665 doivent répondre aux conditions suivantes pour pouvoir bénéficier d'une intervention :

#### 1. Conditions concernant le centre implanteur

Les prestations 589595-589606, 589610-589621, 589632-589643, 589654-589665 ~~ne sont remboursées que si elles sont dispensées~~ ne peuvent entrer en ligne de compte pour une intervention de l'assurance obligatoire que si elles sont effectuées dans un ~~centre~~ établissement hospitalier qui répond aux critères suivants :

**a) l'établissement hospitalier dispose d'une équipe** dotée d'une formation solide et d'une expérience soutenue en matière de procédures endovasculaires et de traitement chirurgical d'un anévrisme aortique **infrarénal**, d'un anévrisme iliaque et, le cas échéant, d'un anévrisme thoracique, et qui se profile comme tel à l'égard des médecins de renvoi et des patients-;

**b) l'intervention** pour les prestations 589632-589643 est en outre limitée aux **centres établissements hospitaliers** qui disposent de l'agrément accordé par l'autorité compétente pour le programme **partiel B3 du programme entier** de soins « pathologie cardiaque **B** »-;

**c) les centres établissements hospitaliers** doivent disposer d'une équipe multidisciplinaire composée au minimum de 2 chirurgiens plein-temps (8/10) ayant une formation et expérience particulières en chirurgie vasculaire, ci-après dénommés « chirurgien vasculaire » et 1 radiologue plein-temps (8/10) ayant une formation et expérience particulières en radiologie interventionnelle, ci-après dénommé « radiologue interventionnel »-;

**d) bien que ces spécialistes puissent travailler dans plusieurs centres établissements hospitaliers**, ils ne ~~peuvent signer la demande de remboursement que dans un centre~~ **chacun pourront entrer en ligne de compte que dans un seul établissement hospitalier pour valider l'enregistrement en ligne**. Pour ce faire, le Comité de l'assurance soins de santé dressera, sur proposition du Service des soins de santé, une liste, mise à jour annuellement, avec la composition de l'équipe par **centre établissement hospitalier** et l'enverra pour information ~~au Conseil technique à la Commission de remboursement~~ **des dispositifs médicaux invasifs et** au Conseil technique médical-;

**e) afin d'entrer en ligne de compte pour le remboursement des prestations 589595-589606, 589610-589621, 589632-589643, 589654-589665, le centre l'établissement hospitalier** doit, dans le courant de l'année x, avant le 1<sup>er</sup> novembre, communiquer au Service des Soins de Santé la composition de l'équipe.

Si ~~le centre l'établissement hospitalier~~ **l'établissement hospitalier** satisfait à ces critères, il peut bénéficier d'un remboursement de ces prestations pendant un an, à partir du 1<sup>er</sup> janvier de l'année x+1 jusqu'au 31 décembre de l'année x+1 y compris.

Les modifications apportées à la composition de l'équipe dans le courant de l'année x+1 sont spontanément communiquées par ~~le centre l'établissement hospitalier~~ **l'établissement hospitalier** au fonctionnaire dirigeant du Service des Soins de Santé.

Un ~~centre établissement hospitalier~~ **l'établissement hospitalier** ne satisfait plus aux critères requis si, au sein de l'équipe multidisciplinaire, il n'y a plus 2 chirurgiens vasculaires et/ou de radiologue interventionnel. Dès l'instant où ceci est constaté, ~~le centre l'établissement hospitalier~~ **l'établissement hospitalier** perd pendant 3 mois le droit d'attester les prestations précitées.

Durant cette période, ~~le centre l'établissement hospitalier~~ **l'établissement hospitalier** peut se mettre en ordre par rapport aux critères exigés. Dans le cas contraire, les prestations ne ~~sont feront~~ plus **l'objet d'un remboursées remboursement de l'assurance obligatoire** jusqu'au moment où ~~le centre l'établissement hospitalier~~ **l'établissement hospitalier** satisfait de nouveau à ces critères et en a informé le Service des Soins de Santé.

Le suivi étant inclus dans une prestation effectuée selon les règles de l'art, sa réalisation est une condition dans le cadre de l'expérience soutenue d'un **centre établissement hospitalier**.

~~Le centre transmettra annuellement, avant le 1<sup>er</sup> novembre, et ce selon les modalités fixées par le Service des Soins de Santé, le Conseil technique des implants et le Conseil technique médical, les données d'implantation et de suivi au Collège des médecins-directeurs, sous la forme d'un rapport récapitulatif.~~

Lorsque l'intervention est effectuée par un radiologue interventionnel, un chirurgien vasculaire doit être immédiatement disponible pour intervenir en cas de complication.

## 2. Conditions concernant les modalités de remboursement

### A. Procédure de demande

L'intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations 589595-589606, 589610-589621, 589632-589643 et 589654-589665 ne peut être accordée que si le formulaire d'enregistrement est dûment complété dans les nonante jours après l'implantation et confirmé par le médecin spécialiste implanteur, qui fait partie de l'équipe multidisciplinaire, via l'application en ligne.

Les modalités d'enregistrement et de validation de ces données ainsi que la façon dont le transfert vers la "Société belge de chirurgie vasculaire", la Commission de remboursement des implants et des dispositifs médicaux invasifs et le Conseil technique médical doit avoir lieu, sont élaborées par le Service des soins de santé, la Commission précitée et le Conseil technique médical.

Les résultats de l'imagerie médicale qui ont servi à déterminer l'indication doivent figurer dans le dossier médical du bénéficiaire.

### B. Evaluation

Après l'implantation, il convient d'évaluer le bénéficiaire à sa sortie de l'établissement hospitalier et après trois, douze, vingt-quatre et trente-six mois. Les documents de suivi sont conservés dans le dossier médical du bénéficiaire et enregistrés dans l'application en ligne précitée selon les modalités prévues.

Tous les deux ans, la Société belge de chirurgie vasculaire évalue les résultats collectés et les transmet avec un rapport et des explications à la Commission de remboursement des implants et des dispositifs médicaux invasifs. La nature du rapport est fixée par la commission précitée.

### A. Indications

~~L'intervention de l'assurance ne peut être accordée qu'après accord du Collège des médecins-directeurs à la suite d'une des indications suivantes :~~

## 1) Anévrisme aortique abdominal infrarénal

a) L'anévrisme répond à un des critères suivants :

-anévrisme fusiforme d'un diamètre supérieur à 5,5 cm pour les hommes et supérieur à 5 cm pour les femmes;

-anévrisme fusiforme de l'aorte d'un diamètre de 4,5 à 5,5 cm chez les patients symptomatiques souffrant de douleurs dorsales et abdominales avec anévrisme palpatoire et douloureux ou dans le cas d'une anamnèse familiale d'anévrisme (parents du premier degré);

-anévrisme de l'artère iliaque supérieur à 3 cm, sans collet proximal;

-anévrisme sacculaire (anévrisme réel ou faux, post-traumatique ou consécutif à une dissection, ou ulcère pénétrant) nonobstant le diamètre;

-rupture d'anévrisme de l'aorte abdominale.

b) L'anévrisme remplit les critères anatomiques suivants :

-collet proximal d'une longueur minimale de 1 cm et d'un diamètre 10 à 20 % inférieur aux endoprothèses disponibles;

-zone d'amarrage distale d'une longueur minimale de 1 cm et d'un diamètre 10 à 20 % inférieur aux endoprothèses disponibles;

-accès iliofémoral et/ou brachial suffisant pour le dispositif disponible.

c) Sont exclus les anévrismes :

-dont le collet proximal présente une angulation supérieure à 70° et/ou des calcifications circulaires importantes;

-qui présentent des tortuosités et calcifications iliaques entraînant l'impossibilité de placement du dispositif d'introduction.

## 2) Anévrisme iliaque

L'anévrisme répond à un des critères suivants :

-anévrisme iliaque d'un diamètre supérieur à 3 cm avec une zone d'amarrage proximale et distale, rendant possible l'utilisation de stents couverts droits;

-rupture d'anévrisme iliaque, nonobstant le diamètre.

## 3) Anévrisme thoracique

### 3.1. Anévrisme de l'aorte descendante

a) L'anévrisme répond à un des critères suivants :

-anévrisme fusiforme d'un diamètre supérieur à 5,5 cm

-rupture d'anévrisme thoracique, nonobstant le diamètre;

-anévrisme sacculaire (anévrisme réel ou faux, post-traumatique, ou ulcère pénétrant), nonobstant le diamètre.

b) L'anévrisme répond aux critères anatomiques suivants :

-collet proximal d'une longueur minimale de 1,5 cm et d'un diamètre 10 à 20 % inférieur aux endoprothèses disponibles;

-zone d'amarrage distale d'une longueur minimale de 2 cm et d'un diamètre 10 à 20 % inférieur aux endoprothèses disponibles;

-accès iliofémoral et/ou brachial suffisant pour le dispositif disponible, sans tortuosités et/ou calcifications iliaques graves.

### ~~3.2. Anévrismes de l'aorte ascendante~~

~~L'anévrisme répond à un des critères suivants :~~

- ~~- anévrisme fusiforme d'un diamètre supérieur à 5,5 cm;~~
- ~~- rupture d'anévrisme thoracique, nonobstant le diamètre;~~
- ~~- anévrisme sacculaire (anévrisme réel ou faux, post-traumatique, ou ulcère pénétrant), nonobstant le diamètre.~~

### ~~3.3. Anévrisme de l'arc aortique~~

~~L'anévrisme répond à un des critères suivants :~~

- ~~- anévrisme fusiforme d'un diamètre supérieur à 5,5 cm;~~
- ~~- rupture d'anévrisme thoracique, nonobstant le diamètre;~~
- ~~- anévrisme sacculaire (anévrisme réel ou faux, post-traumatique, ou ulcère pénétrant), nonobstant le diamètre.~~

### ~~4) Endoleak de type I ou endotension (avec croissance de l'anévrisme) après réparation endovasculaire d'un :~~

- ~~- anévrisme aortique abdominal;~~
- ~~- anévrisme iliaque;~~
- ~~- anévrisme thoracique.~~

~~Le diamètre est mesuré en travers de l'axe longitudinal de l'anévrisme à l'aide d'un CT scan ou d'une résonance magnétique.~~

## ~~B. Procédure de demande~~

~~La demande de remboursement, conforme à un formulaire déterminé, doit être communiquée au Collège des médecins-directeurs par les médecins spécialistes dans les 30 jours qui suivent l'implantation et pour notification au médecin-conseil de l'organisme assureur. Les modalités à respecter dans le cadre de cette procédure sont fixées par le Service des soins de santé, le Conseil technique des implants et le Conseil technique médical. Ce formulaire est établi par le Comité de l'assurance soins de santé sur avis du Conseil technique des implants et du Conseil technique médical.~~

~~La demande de remboursement doit être signée par deux chirurgiens vasculaires et un radiologue interventionnel liés au centre.~~

~~La demande de remboursement est évaluée par le Collège des médecins-directeurs.~~

~~L'angiogramme et le CT scan du patient peuvent en tout temps être réclamés par le Collège des médecins-directeurs.~~

~~En cas de doute, la demande de remboursement est soumise à la « Commission Peer review endoprothèses » instituée auprès du Collège des médecins-directeurs. Cette Commission est composée d'1 radiologue de l'Union nationale des Radiologues (UNR), d'1 radiologue de la Société royale belge de radiologie (SRBR) et de 4 chirurgiens vasculaires de la Société belge de chirurgie vasculaire (SBCV). Les membres du Collège des médecins-directeurs, le Conseil technique des implants et le Conseil technique médical peuvent assister à la réunion de cette Commission. Cette Commission est convoquée par le Service en réunion ou par téléconférence.~~

~~La « Commission Peer review endoprothèses » a toujours la possibilité d'inviter l'implanteur pour qu'il vienne personnellement présenter ses dossiers.~~

~~La demande de remboursement, accompagnée de l'avis motivé de la « Commission Peer review endoprothèses », sera alors à nouveau soumise au Collège des médecins directeurs qui prendra l'ultime décision de remboursement ou de refus.~~

~~Dans les 30 jours qui suivent la réception de la demande de remboursement, les informations suivantes sont transmises simultanément à l'organisme assureur, à l'équipe qui a introduit la demande et au pharmacien hospitalier :~~

~~- la décision du Collège des médecins directeurs si le dossier ne doit pas être soumis à la « Commission Peer review endoprothèses »;~~

~~- le renvoi du dossier à la « Commission Peer review endoprothèses ».~~

~~Après l'implantation, il convient d'évaluer la situation du patient à sa sortie de l'hôpital et après 3, 12, 24 et 36 mois. Les documents de suivi sont conservés dans le dossier du patient et un rapport récapitulatif des implantations accompagné des documents de suivi est transmis par le centre une fois par an au Collège des médecins directeurs, comme précisé sous « 1<sup>er</sup>. Conditions concernant le centre implanteur. ».~~

~~Les documents de suivi sont établis par le Comité de l'assurance soins de santé sur avis du Conseil technique des implants et du Conseil technique médical.~~

~~La « Commission Peer review endoprothèses » fera chaque année un rapport des données collectées.~~