

## 1. Dispositions générales

1.1. Les prestations reprises sous le point 2. Prestations et Modalités de remboursement ne sont remboursées que si elles sont prescrites par un médecin spécialiste et si elles répondent aux dispositions spécifiques de ces prestations.

1.2. Si dans une condition de remboursement, il est fait mention d'une année au cours de laquelle la section 9 de l'arrêté royal n° 21 du 14 mai 2020 portant des adaptations temporaires aux conditions de remboursement et aux règles administratives en matière d'assurance obligatoire soins de santé suite à la pandémie COVID-19 est d'application, le nombre de prestations attestées dans le courant de cette année sera remplacé par le nombre de prestations attestées la dernière année précédant l'année où l'arrêté royal susmentionné portant des adaptations temporaires est entrée en vigueur, pour autant que ce nombre de prestations attestées soit supérieur à celui de l'année en question.

## 2. Prestations et Modalités de remboursement

### D. Urologie et néphrologie

#### D.7 Neurostimulation

Date dernière modification : 1/04/2022	Date première publication : 1/07/2014	<b>CHANGE</b>
<b>155013 - 155024</b>	Premier neurostimulateur non-rechargeable en cas de dysfonction des voies urinaires inférieures	
<b>Catégorie de remboursement :</b>	I.A.a	<b>Liste Nom.</b> 31601
<i>Base de remboursement</i>	<i>Liste Nom.</i>	<i>Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix plafond</i>	€ 6.740,86	<i>Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€)</i> € 0,00
		<i>Montant du remboursement</i> Liste Nom.
<b>Conditions de remboursement :</b>	D-§06	

Date dernière modification : 1/04/2022	Date première publication : 1/07/2014	<b>CHANGE</b>
<b>155035 - 155046</b>	Neurostimulateur non-rechargeable de remplacement en cas de dysfonction des voies urinaires inférieures	
<b>Catégorie de remboursement :</b>	I.A.a	<b>Liste Nom.</b> 31601
<i>Base de remboursement</i>	<i>Liste Nom.</i>	<i>Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix plafond</i>	€ 6.740,86	<i>Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€)</i> € 0,00
		<i>Montant du remboursement</i> Liste Nom.
<b>Conditions de remboursement :</b>	D-§06	

Date dernière modification : 1/04/2022	Date première publication : 1/07/2014	<b>CHANGE</b>
<b>155050 - 155061</b>	Electrode pour neurostimulateur en cas de dysfonction des voies urinaires inférieures	
<b>Catégorie de remboursement :</b>	I.A.a	<b>Liste Nom.</b> 31602
<i>Base de remboursement</i>	<i>Liste Nom.</i>	<i>Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix plafond</i>	€ 1.372,79	<i>Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€)</i> € 0,00
		<i>Montant du remboursement</i> Liste Nom.
<b>Conditions de remboursement :</b>	D-§06	

## D. Urologie et néphrologie

Date dernière modification : 1/04/2022

Date première publication :  
1/07/2014

**CHANGE**

**155072 - 155083**

Electrode de remplacement pour neurostimulateur en cas de dysfonction des voies urinaires inférieures

**Catégorie de remboursement :**

I.A.a

**Liste Nom.**

31602

*Base de remboursement*

*Liste Nom.*

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

0,00%

*Prix plafond*

€ 1.372,79

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

€ 0,00

*Montant du remboursement*

*Liste Nom.*

**Conditions de remboursement :**

D-§06

Date dernière modification : 1/04/2022

Date première publication :  
1/07/2014

**CHANGE**

**155094 - 155105**

Electrode en cas de stimulation d'essai négative en cas de dysfonction des voies urinaires inférieures

**Catégorie de remboursement :**

I.A.a

**Liste Nom.**

31602

*Base de remboursement*

*Liste Nom.*

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

0,00%

*Prix plafond*

€ 1.372,79

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

€ 0,00

*Montant du remboursement*

*Liste Nom.*

**Conditions de remboursement :**

D-§06

Date dernière modification : 1/04/2022

Date première publication :  
1/07/2014

**CHANGE**

**155116 - 155120**

Extension pour neurostimulateur en cas de dysfonction des voies urinaires inférieures

**Catégorie de remboursement :**

I.A.a

**Liste Nom.**

31603

*Base de remboursement*

*Liste Nom.*

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

0,00%

*Prix plafond*

€ 264,87

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

€ 0,00

*Montant du remboursement*

*Liste Nom.*

**Conditions de remboursement :**

D-§06

Date dernière modification : 1/04/2022

Date première publication :  
1/07/2014

**CHANGE**

**155131 - 155142**

Extension de remplacement pour neurostimulateur en cas de dysfonction des voies urinaires inférieures

**Catégorie de remboursement :**

I.A.a

**Liste Nom.**

31603

*Base de remboursement*

*Liste Nom.*

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

0,00%

*Prix plafond*

€ 264,87

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

€ 0,00

*Montant du remboursement*

*Liste Nom.*

**Conditions de remboursement :**

D-§06

Date dernière modification : 1/04/2022

Date première publication :  
1/07/2014

**CHANGE**

**155153 - 155164**

Programmateurs patient pour neurostimulation en cas de dysfonction des voies urinaires inférieures

**Catégorie de remboursement :**

I.A.a

**Liste Nom.**

31604

*Base de remboursement*

*Liste Nom.*

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

0,00%

*Prix plafond*

€ 606,48

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

€ 0,00

*Montant du remboursement*

*Liste Nom.*

## D. Urologie et néphrologie

Conditions de remboursement : D-§06

---

Date dernière modification : 1/04/2022	Date première publication : 1/04/2022	<b>NOUVEAU</b>
<b>182512 - 182523</b>	Premier neurostimulateur rechargeable en cas de dysfonction des voies urinaires inférieures	
<b>Catégorie de remboursement :</b>	I.A.a	<b>Liste Nom.</b> 31605
<i>Base de remboursement</i>	<i>Liste Nom.</i>	<i>Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix plafond</i>	€ 6.740,86	<i>Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€)</i> € 0,00
		<i>Montant du remboursement</i> <i>Liste Nom.</i>
<b>Conditions de remboursement :</b> D-§06		

---

Date dernière modification : 1/04/2022	Date première publication : 1/04/2022	<b>NOUVEAU</b>
<b>182534 - 182545</b>	Neurostimulateur rechargeable de remplacement en cas de dysfonction des voies urinaires inférieures	
<b>Catégorie de remboursement :</b>	I.A.a	<b>Liste Nom.</b> 31605
<i>Base de remboursement</i>	<i>Liste Nom.</i>	<i>Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix plafond</i>	€ 6.740,86	<i>Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€)</i> € 0,00
		<i>Montant du remboursement</i> <i>Liste Nom.</i>
<b>Conditions de remboursement :</b> D-§06		

---

Date dernière modification : 1/04/2022	Date première publication : 1/04/2022	<b>NOUVEAU</b>
<b>182556 - 182560</b>	Chargeur pour neurostimulateur rechargeable en cas de dysfonction des voies urinaires inférieures	
<b>Catégorie de remboursement :</b>	I.A.a	<b>Liste Nom.</b> 31606
<i>Base de remboursement</i>	<i>Liste Nom.</i>	<i>Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix plafond</i>	€ 1.485,75	<i>Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€)</i> € 0,00
		<i>Montant du remboursement</i> <i>Liste Nom.</i>
<b>Conditions de remboursement :</b> D-§06		

---

Date dernière modification : 1/04/2022	Date première publication : 1/04/2022	<b>NOUVEAU</b>
<b>182571 - 182582</b>	Neurostimulateur non-rechargeable de remplacement en cas de dysfonction des voies urinaires inférieures, en cas de remplacement anticipé	
<b>Catégorie de remboursement :</b>	I.A.a	<b>Liste Nom.</b> 31601
<i>Base de remboursement</i>	<i>Liste Nom.</i>	<i>Marge de sécurité (%) / Intervention personnelle (%)</i> 0,00%
<i>Prix plafond</i>	€ 6.740,86	<i>Marge de sécurité (€) / Intervention personnelle (€)</i> € 0,00
		<i>Montant du remboursement</i> <i>Liste Nom.</i>
<b>Conditions de remboursement :</b> D-§06		

---

## D. Urologie et néphrologie

Date dernière modification : 1/04/2022

Date première publication :  
1/04/2022

**NOUVEAU**

**182593 - 182604**

Neurostimulateur rechargeable de remplacement en cas de dysfonction des voies urinaires inférieures, en cas de remplacement anticipé

**Catégorie de remboursement :**

I.A.a

**Liste Nom.**

31605

*Base de remboursement*

*Liste Nom.*

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

0,00%

*Prix plafond*

€ 6.740,86

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

€ 0,00

*Montant du remboursement*

*Liste Nom.*

**Conditions de remboursement :**

D-§06

---

Date dernière modification : 1/04/2022

Date première publication :  
1/04/2022

**NOUVEAU**

**182615 - 182626**

Chargeur de remplacement pour neurostimulateur rechargeable en cas de dysfonction des voies urinaires inférieures

**Catégorie de remboursement :**

I.A.a

**Liste Nom.**

31606

*Base de remboursement*

*Liste Nom.*

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

0,00%

*Prix plafond*

€ 1.485,75

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

€ 0,00

*Montant du remboursement*

*Liste Nom.*

**Conditions de remboursement :**

D-§06

---

Date dernière modification : 1/04/2022

Date première publication :  
1/04/2022

**NOUVEAU**

**182630 - 182641**

Programmateurs patient de remplacement pour neurostimulation en cas de dysfonction des voies urinaires inférieures

**Catégorie de remboursement :**

I.A.a

**Liste Nom.**

31604

*Base de remboursement*

*Liste Nom.*

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

0,00%

*Prix plafond*

€ 606,48

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

€ 0,00

*Montant du remboursement*

*Liste Nom.*

**Conditions de remboursement :**

D-§06

---

# Conditions de remboursement

D-§06

## Prestations liées

155013	155024
155035	155046
155050	155061
155072	155083
155094	155105
155116	155120
155131	155142
155153	155164
182512	182523
182534	182545
182556	182560
182571	182582
182593	182604
182615	182626
182630	182641

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives à la neurostimulation en cas de dysfonction des voies urinaires inférieures, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

### 1. Critères concernant l'établissement hospitalier

Les prestations 155013-155024, 155035-155046, 182571-182582, 182512-182523, 182534-182545, 182593-182604, 155050-155061, 155072-155083, 155094-155105, 155116-155120, 155131-155142, 155153-155164, 182630-182641, 182556-182560 et 182615-182626 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si elles sont effectuées dans un établissement hospitalier qui répond aux critères suivants :

**1.1.** L'établissement hospitalier dispose d'un service « Urologie » ayant une expertise dans le domaine d'examen neurophysiologique du nervus pudendus et des réflexes du plancher pelvien. Ce service « Urologie » a une expérience en matière d'examen urodynamique, démontrée par un minimum de 52 prestations 261995-262006 de la nomenclature attestées pour l'année x-3.

**1.2.** Le médecin spécialiste implanteur a une expertise dans le domaine du traitement chirurgical de dysfonction des voies urinaires inférieures. Au moment de l'introduction de sa candidature, cette expertise doit être documentée par :

a) une preuve de participation à au moins un workshop sur la technique de traitement "neurostimulation des voies urinaires inférieures" ;

et

b) avoir effectué également deux stimulations d'essai et deux implantations sous la supervision d'un médecin spécialiste ayant réalisé au moins quinze implantations

ou

avoir effectué au moins quinze implantations de façon autonome.

Cette expérience doit être maintenue par médecin spécialiste implanteur de manière continue avec un minimum de deux interventions chirurgicales en moyenne effectuées sur deux années. Ceci est calculé comme la moyenne pour les années x-3 et x-4 pour les prestations suivantes de la Liste : 154976-154980, 155013-155024, 155035-155046, 182571-182582, 182512-182523, 182534-182545 et 182593-182604.

**1.3.** L'établissement hospitalier peut poser sa candidature auprès du Service des soins de santé sur base du formulaire D-Form-II-01 pour être repris sur la liste des établissements hospitaliers qui peuvent attester les prestations 155013-155024, 155035-155046, 182571-182582, 182512-182523, 182534-182545, 182593-182604, 155050-155061, 155072-155083, 155094

-155105, 155116-155120, 155131-155142, 155153-155164, 182630-182641, 182556-182560 et 182615-182626 selon les modalités de soumission déterminées par le Service des soins de santé.

Sur base de ce formulaire, la Commission dresse une liste des établissements hospitaliers et des médecins spécialistes dont la candidature est retenue et détermine la date d'entrée en vigueur de cette inscription sur la liste des établissements hospitaliers et des médecins spécialistes ; les prestations 155013-155024, 155035-155046, 182571-182582, 182512-182523, 182534-182545, 182593-182604, 155050-155061, 155072-155083, 155094-155105, 155116-155120, 155131-155142, 155153-155164, 182630-182641, 182556-182560 et 182615-182626 ne pourront faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire qu'à partir de cette date.

Cette liste sera publiée et mise à jour sur le site internet de l'INAMI.

L'enregistrement sur cette liste est reconduit de manière tacite jusqu'à ce que l'établissement hospitalier déclare ne plus satisfaire aux critères, déclare ne plus souhaiter apparaître sur cette liste ou bien jusqu'à ce que le Service des soins de santé constate que l'établissement hospitalier ne satisfait plus aux critères requis.

Lorsque le Service des soins de santé constate que l'établissement hospitalier ne satisfait plus aux critères, le remboursement du dispositif est suspendu pour cet établissement hospitalier. Le Service des soins de santé en informe l'établissement hospitalier et la Commission.

Toute modification d'une donnée reprise dans le formulaire D-Form-II-01 doit être signalée spontanément au Service des soins de santé via l'introduction d'un nouveau formulaire D-Form-II-01 mis à jour.

## **2. Critères concernant le bénéficiaire**

Les prestations 155013-155024, 155035-155046, 182571-182582, 182512-182523, 182534-182545, 182593-182604, 155050-155061, 155072-155083, 155094-155105, 155116-155120, 155131-155142, 155153-155164, 182630-182641, 182556-182560 et 182615-182626 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le bénéficiaire répond aux critères suivants:

### **2.1. Critères d'inclusion**

a) L'état général du bénéficiaire doit permettre l'implantation du neurostimulateur ainsi que l'utilisation durable et optimale du dispositif.

Seuls les bénéficiaires qui sont clairement en mesure de décider via un consentement éclairé, de l'implantation d'électrodes, d'un neurostimulateur entrent en ligne de compte. Le consentement éclairé doit expliquer en détail les avantages et inconvénients du traitement proposé et du suivi obligatoire du traitement après implantation. Le consentement éclairé signé doit être conservé dans le dossier médical du bénéficiaire.

et

b) Le bénéficiaire est atteint d' :

- incontinence d'urgence, réfractaire aux traitements non chirurgicaux conventionnels (à savoir rééducation vésicale, traitement pharmacologique).

L'incontinence de stress n'entre pas en ligne de compte. Ce groupe se compose de bénéficiaires présentant une incontinence due à une hypercontractilité du détrusor et de bénéficiaires souffrant d'incontinence d'urgence sans contraction(s) instable(s) manifeste(s) du détrusor

ou

- un trouble de la miction caractérisé par une incontinence, une miction discontinue ou une rétention secondaire due à une acontractilité ou une hypocontractilité détrusorienne ou une hyperactivité du sphincter urétral après échec des traitements kinésithérapeutique et pharmacologique

ou

- une hyperactivité de la vessie, mais sans incontinence urinaire, réfractaire aux traitements kinésithérapeutique et pharmacologique.

Le diagnostic est posé sur base d'au moins un examen urodynamique.

et

c) Le bénéficiaire doit être apte et disposé à compléter entièrement et correctement le journal de miction proposé.

et

d) Le bénéficiaire doit être en mesure de se déplacer de façon autonome.

et

e) Le bénéficiaire doit avoir une capacité vésicale adéquate. Le détrusor doit permettre le stockage de ce volume sans obstruction urétrale.

et

f) Le bénéficiaire doit être âgé de plus de seize ans. Une dérogation à la limite d'âge peut être accordée par le Collège des médecins-directeurs.

et

g) L'estimation de l'espérance de vie du bénéficiaire après l'implantation du dispositif est de cinq ans au minimum pour un système non rechargeable et de dix ans au minimum pour un système rechargeable.

et

h) La stimulation d'essai, effectuée préalablement à l'implantation durant au moins sept jours, a abouti à:

- Une amélioration d'au moins 50% de l'incontinence urinaire telle que mesurée au moyen du journal de miction. Le journal de miction était rempli trois jours avant jusqu'au trois jours après la stimulation d'essai.

OU

- Une amélioration d'au moins 50% de l'échelle analogique visuelle de "satisfaction" du bénéficiaire. L'évaluation doit être effectuée deux fois; une première fois avant la stimulation d'essai et une seconde fois après la stimulation d'essai.

L'électrode en cas de stimulation d'essai négative :

La prestation 155094-155105 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si:

- les résultats de la stimulation d'essai effectuée durant au moins sept jours se sont révélés négatifs ou après une interruption prématurée pour une raison médicale (infection, etc.) ;

ET

- tous les autres critères de remboursement repris sous les points 1 et 2.1 susvisés sont rencontrés.

### **2.1.1 Critère d'inclusion supplémentaire pour l'implantation d'un neurostimulateur rechargeable**

Les prestations 182512-182523, 182534-182545, 182593-182604, 182556-182560 et 182615-182626 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si l'implantation d'un neurostimulateur rechargeable est justifiée par l'état du bénéficiaire ou son âge.

### **2.2. Critères d'exclusion**

a) Sclérose en plaques avec un score > 6 sur l'échelle de Kurtzke;

b) Durant la grossesse;

c) Bénéficiaire présentant des lésions anatomiques qui contrecarrent l'implantation telles que des lésions de la colonne vertébrale (hernie discale), des lésions de la moelle épinière datant de moins de six mois, des complications hémorragiques, etc;

d) Douleur pelvienne d'origine inconnue qui ne s'accompagne pas d'un trouble de la miction;

e) Problèmes psychiatriques et psychologiques qui interfèrent avec l'utilisation du dispositif;

f) bénéficiaire qui ne veut pas ou qui n'est pas en état de subir des examens de suivi ou de suivre des instructions;

g) Obstruction mécanique de voie urinaire comme l'obstruction par hypertrophie de la prostate ou la sténose de l'urètre;

h) bénéficiaire souffrant d'incontinence urinaire de stress.

### **3. Critères concernant le dispositif**

Les prestations 155013-155024, 155035-155046, 182512-182523, 182534-182545, 182556-182560, 182571-182582, 182593-182604, 182615-182626, 182630-182641 et 155153-155164 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le dispositif répond aux critères suivants:

### **3.1 Définition**

Le neurostimulateur est un générateur d'impulsions électriques équipé d'une batterie, l'ensemble étant totalement implanté chez le bénéficiaire. Le neurostimulateur doit être relié physiquement à une ou plusieurs électrodes, et si nécessaire au moyen d'une ou plusieurs extensions.

Le programmeur patient est un appareil physique comprenant toutes les applications digitales appropriées.

### **3.2. Critères**

#### **3.2.1. Neurostimulateurs**

Tout nouveau neurostimulateur ayant des caractéristiques techniques de stimulation distinctes des systèmes repris sur la liste nominative au moment de la demande d'inscription, des modalités d'implantation différentes ou pour tout système ne correspondant pas à la définition reprise au 3.1.1., doit faire l'objet d'une demande d'adaptation de la Liste.

### **3.3. Conditions de garantie**

Neurostimulateurs non rechargeables:

Afin de pouvoir être repris sur la liste nominative pour les prestations 155013-155024, 155035-155046 et 182571-182582 une garantie totale est exigée pour une période de vingt-quatre mois. Cette garantie ne vaut pas pour un remplacement consécutif à une infection, à condition que l'infection ne soit pas causée par un défaut du dispositif.

Neurostimulateurs rechargeables:

Afin de pouvoir être repris sur la liste nominative des prestations 182512-182523, 182534-182545 et 182593-182604 une garantie totale de neuf ans est exigée pour les neurostimulateurs rechargeables. Cette garantie ne vaut pas pour un remplacement consécutif à une infection, à condition que l'infection ne soit pas causée par un défaut du dispositif.

Afin de pouvoir être repris sur la liste nominative des prestations 182556-182560 et 182615-182626, une garantie totale de neuf ans est exigée.

### **4. Procédure de demande et formulaires**

#### **4.1.1. Neurostimulateurs non rechargeables:**

Les documents desquels il ressort qu'il est satisfait aux dispositions du point 2., le bilan urodynamique, le résultat de la stimulation d'essai, les caractéristiques cliniques, l'historique pertinent du patient et les comorbidités doivent être conservés dans le dossier médical du bénéficiaire.

#### **4.1.2. Neurostimulateurs rechargeables:**

La prestation 182512-182523 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire qu'après accord, préalable à l'implantation, du Collège des médecins-directeurs sur base du formulaire D-Form-I-01 et d'un rapport médical circonstancié justifiant la demande. Ce rapport comprendra au minimum les éléments suivants :

- une motivation pour l'utilisation d'un neurostimulateur rechargeable
- l'historique pertinent du patient et les comorbidités

La décision du Collège des médecins-directeurs est communiquée simultanément et immédiatement au médecin-conseil, au pharmacien hospitalier et au médecin-spécialiste implanteur.

### **4.2. Remplacement**

#### **4.2.1. Neurostimulateurs non rechargeables:**

En cas de remplacement, la procédure décrite au point 4.1.1 doit être appliquée.

#### **4.2.2. Neurostimulateurs rechargeables:**

La prestation 182534-182545 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire qu'après accord, préalable à l'implantation, du Collège des médecins-directeurs sur base du formulaire D-Form-I-01 et d'un rapport médical circonstancié justifiant la demande. Ce rapport comprendra au minimum les éléments

suivants :

- une motivation pour l'utilisation d'un neurostimulateur rechargeable



- l'historique pertinent du patient et les comorbidités

La décision du Collège des médecins-directeurs est communiquée simultanément et immédiatement au médecin-conseil, au pharmacien hospitalier et au médecin-spécialiste implanteur.

Les documents desquels il ressort que le remplacement est justifié doivent être conservés dans le dossier médical du bénéficiaire.

### **4.3. Remplacement prématuré**

#### **4.3.1. Neurostimulateurs non rechargeables:**

La prestation 182571-182582 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire qu'après accord du médecin conseil, préalable à l'implantation, sur base d'un rapport médical circonstancié justifiant ce remplacement prématuré et à condition qu'il ait été satisfait aux dispositions en matière de garanties.

Le médecin-conseil communique sa décision motivée dans les trente jours qui suivent la réception d'une demande. La décision du médecin-conseil est communiquée simultanément et immédiatement au pharmacien hospitalier et au médecin-spécialiste implanteur. La demande est réputée acceptée, sauf opposition du médecin-conseil dans le délai de trente jours susmentionné.

Les documents desquels il ressort la justification du remplacement prématuré doivent toujours être conservés dans le dossier médical du bénéficiaire.

#### **4.3.2. Neurostimulateurs rechargeables:**

La prestation 182593-182604 ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire qu'après accord, préalable à l'implantation, du Collège des médecins-directeurs sur base du formulaire D-Form-I-01 et d'un rapport médical circonstancié justifiant la demande. Ce rapport comprendra au minimum les éléments suivants :

- une motivation pour l'utilisation d'un neurostimulateur rechargeable
- l'historique pertinent du patient et les comorbidités

Le Collège des médecins-directeurs communique sa décision motivée dans les trente jours qui suivent la réception d'une demande.

La décision du Collège des médecins-directeurs est communiquée simultanément et immédiatement au médecin-conseil, au pharmacien hospitalier et au médecin-spécialiste implanteur.

La demande est réputée acceptée, sauf opposition du Collège des médecins-directeurs dans le délai de trente jours susmentionné.

Les documents desquels il ressort que le remplacement prématuré est justifié doivent toujours être conservés dans le dossier médical du bénéficiaire.

### **4.4. Dérogation à la procédure**

**4.4.1.** Une dérogation à la limite d'âge peut être accordée avant implantation par le Collège des médecins-directeurs. Pour ces bénéficiaires, le médecin spécialiste en urologie doit introduire un dossier médical complet contenant une anamnèse détaillée au Collège des médecins-directeurs.

Le Collège demande l'avis de la Commission.

**4.4.2.** Pour les bénéficiaires qui ont déjà été implantés sans intervention de l'assurance obligatoire et qui répondaient, avant implantation, à toutes les conditions visées au point 2, un remboursement pour le remplacement de l'implant et des accessoires peut être accordé suivant les modalités prévues au point 4.1.

Les documents de la première implantation démontrant que cette implantation répondait aux critères de remboursement ainsi qu'un rapport médical de l'évolution, dans lequel doivent être entre autres mentionnés le tableau clinique depuis l'implantation et une comparaison avec le tableau clinique avant implantation ainsi que la justification du remplacement, doivent être conservés dans le dossier médical du bénéficiaire.

## **5. Règles d'attestation**

### **5.1. Règles de cumul et de non-cumul**

Une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations 182512-182523, 182534-182545 et 182593-182604 exclut, pendant une période de neuf ans, une intervention de l'assurance pour les prestations 155013-155024, 155035-155046, 182571-182582 et 182534-182545.

## **6. Résultats et statistiques**

Pas d'application.

## **7. Divers**

Pas d'application.

## F. Chirurgie thoracique et cardiologie

### F.1 Coeur

#### F.1.7 Assistance cardiaque

Date dernière modification : 26/04/2022 Date première publication : 1/04/2018 **CHANGE**

**180375 - 180386** Matériel d'assistance ventriculaire utilisé pour une primo-implantation en cas de « bridge-to-transplant » ou « bridge-to-decision » du type implantable

**Catégorie de remboursement :** I.A.a **Liste Nom.** 36803  
*Base de remboursement* *Liste Nom.* *Marge de sécurité (%) /* *Intervention personnelle (%)* 0,00%  
*Prix plafond* € 66.469,06 *Marge de sécurité (€) /* *Intervention personnelle (€)* € 0,00  
*Montant du remboursement* *Liste Nom.*

**Conditions de remboursement :** F-§25

Date dernière modification : 26/04/2022 Date première publication : 1/04/2018 **CHANGE**

**180434 - 180445** Renouvellement de l'ensemble du matériel d'assistance ventriculaire utilisé en cas de « bridge-to-transplant » ou « bridge-to-decision » du type implantable

**Catégorie de remboursement :** I.A.a **Liste Nom.** 36803  
*Base de remboursement* *Liste Nom.* *Marge de sécurité (%) /* *Intervention personnelle (%)* 0,00%  
*Prix plafond* € 66.469,06 *Marge de sécurité (€) /* *Intervention personnelle (€)* € 0,00  
*Montant du remboursement* *Liste Nom.*

**Conditions de remboursement :** F-§25

Date dernière modification : 26/04/2022 Date première publication : 26/04/2022 **NOUVEAU**

**181473 - 181484** Matériel d'assistance ventriculaire de type implantable utilisé pour une primo-implantation en cas de « destination therapy »

**Catégorie de remboursement :** I.A.a **Liste Nom.** 36803  
*Base de remboursement* *Liste Nom.* *Marge de sécurité (%) /* *Intervention personnelle (%)* 0,00%  
*Prix plafond* € 66.469,06 *Marge de sécurité (€) /* *Intervention personnelle (€)* € 0,00  
*Montant du remboursement* *Liste Nom.*

**Conditions de remboursement :** F-§27

Date dernière modification : 26/04/2022 Date première publication : 26/04/2022 **NOUVEAU**

**181554 - 181565** Ensemble de matériel pour le remplacement d'assistance ventriculaire de type implantable utilisé en cas de « destination therapy »

**Catégorie de remboursement :** I.A.a **Liste Nom.** 36803  
*Base de remboursement* *Liste Nom.* *Marge de sécurité (%) /* *Intervention personnelle (%)* 0,00%  
*Prix plafond* € 66.469,06 *Marge de sécurité (€) /* *Intervention personnelle (€)* € 0,00  
*Montant du remboursement* *Liste Nom.*

**Conditions de remboursement :** F-§27

## F. Chirurgie thoracique et cardiologie

Date dernière modification : 26/04/2022

Date première publication :  
26/04/2022

**NOUVEAU**

**183610** -

Tous les accessoires nécessaires pour faire fonctionner correctement le matériel pour assistance ventriculaire en cas de « destination therapy » pour un bénéficiaire ambulatoire durant la première année de son assistance

**Catégorie de remboursement :**

II.D.a

*Base de remboursement*

€ 957,81

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

0,00%

*Prix plafond/ maximum*

/

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

€ 0,00

*Montant du remboursement*

€ 957,81

**Conditions de remboursement :**

F-§27

---

Date dernière modification : 26/04/2022

Date première publication :  
26/04/2022

**NOUVEAU**

**183632** -

Tous les accessoires nécessaires pour faire fonctionner correctement le matériel pour assistance ventriculaire en cas de « destination therapy » pour un bénéficiaire ambulatoire après la première année de son assistance

**Catégorie de remboursement :**

II.D.a

*Base de remboursement*

€ 495,25

*Marge de sécurité (%) /*

*Intervention personnelle (%)*

0,00%

*Prix plafond/ maximum*

/

*Marge de sécurité (€) /*

*Intervention personnelle (€)*

€ 0,00

*Montant du remboursement*

€ 495,25

**Conditions de remboursement :**

F-§27

---

# Conditions de remboursement

F-§25

## Prestations liées

180331 180342

180353 180364

180375 180386

180390 180401

180412 180423

180434 180445

180456

180471

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives au matériel d'assistance ventriculaire, il doit être satisfait aux conditions suivantes :

### 1. Critères concernant l'établissement hospitalier

Les prestations 180331-180342, 180353-180364, 180375-180386, 180390-180401, 180412-180423, 180434-180445, 180456 et 180471 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si elles sont effectuées dans un établissement hospitalier qui répond aux critères suivants:

#### 1.1

Les prestations doivent être effectuées dans un établissement hospitalier qui dispose de l'agrément pour le programme de soins "pathologie cardiaque T (transplantation cardiaque et pulmonaire) " accordé par l'autorité compétente.

Le suivi (follow-up) des bénéficiaires dont le fonctionnement de l'appareil est contrôlé, doit se faire dans ces établissements hospitaliers.

L'établissement hospitalier et les médecins-spécialistes s'engagent à collaborer au rapport visé au point 6.

#### 1.2 Formulaire de candidature pour l'établissement hospitalier

L'établissement hospitalier peut poser sa candidature auprès du Service des Soins de santé sur base du formulaire F-Form-II-07 pour être repris sur la liste des établissements hospitaliers qui peuvent attester la prestation 180331-180342, 180353-180364, 180375-180386, 180390-180401, 180412-180423, 180434-180445, 180456 et 180471.

L'établissement hospitalier doit tenir à jour les données de suivi des bénéficiaires et livrer les données nécessaires pour rédiger un rapport tous les 2 ans.

Lorsque le Service des Soins de Santé constate que plus de 20% des données de suivi des bénéficiaires sont manquantes ou incomplètes pour un établissement hospitalier sur la base du rapport bisannuel, cet établissement hospitalier est informé et le remboursement est suspendu jusqu'au moment où l'établissement hospitalier a rempli les données manquantes.

L'établissement hospitalier informe le Service et si l'établissement ne dépasse plus le taux de 20 % de données de suivi manquantes, la suspension de l'intervention de l'assurance obligatoire est levée.

#### 1.3

L'enregistrement sur cette liste est reconduit annuellement de manière tacite jusqu'à ce que l'établissement hospitalier déclare ne plus satisfaire aux critères, déclare ne plus souhaiter apparaître sur cette liste ou bien jusqu'à ce que le Service des Soins de Santé constate que l'établissement hospitalier ne satisfait plus aux critères requis.

Au cours de l'année, les modifications des données reprises dans le formulaire F-Form-II-07 qui font qu'il n'est plus satisfait aux critères visés au point 1.1. sont communiquées spontanément par le responsable au Service.

### 2. Critères concernant le bénéficiaire

Les prestations 180331-180342, 180353-180364, 180375-180386, 180390-180401, 180412-180423 et 180434-180445 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le bénéficiaire répond aux critères suivants:

#### 2.1. Critères d'inclusion

Bridge to transplant (BTT):

- bénéficiaire avec une insuffisance cardiaque aigüe ou chronique nonobstant toutes les options thérapeutiques possibles, dont la vie est menacée et qui entre en ligne de compte pour une transplantation cardiaque pour autant que son état et les chances de succès de l'intervention justifient l'utilisation d'un dispositif d'assistance ventriculaire pour franchir la période d'attente entre l'indication et la disponibilité d'un cœur approprié à transplanter.

ET

- le bénéficiaire répond aux critères pour une transplantation et se trouve sur la liste d'attente pour une transplantation cardiaque au moment de l'implantation.

OU

Bridge to decision (BTD):

- bénéficiaire avec une situation aigüe d'insuffisance cardiaque isolée réfractaire et une instabilité hémodynamique qui, malgré toutes les options thérapeutiques possibles, met en danger de mort.

ET

- Le bénéficiaire présente au moment du placement du dispositif une contre-indication relative et provisoire pour une transplantation cardiaque et ne peut pas à ce moment-là être repris comme récepteur actif sur la liste d'attente pour un organe de donneur. On considère cependant que le soutien mécanique résoudra ou améliorera la/les contre-indication(s) et que le bénéficiaire sera finalement transplantable.

ET

- le bénéficiaire est plus jeune que 68 ans.

Le bénéficiaire entre en compte pour une intervention de l'assurance obligatoire prévue sous les prestations 180456 et 180471, quel que soit l'âge du bénéficiaire.

## 2.2. Critères d'exclusion

Destination therapy (DT):

bénéficiaire avec une assistance ventriculaire comme option thérapeutique définitive intentionnelle.

## 3. Critères concernant le dispositif

Les prestations 180331-180342, 180353-180364, 180375-180386, 180390-180401, 180412-180423 et 180434-180445 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le dispositif répond aux critères suivants:

### 3.1. Définition

Pas d'application

### 3.2. Critères

Afin de pouvoir être repris sur la liste nominative des prestations 180331-180342, 180353-180364, 180375-180386, 180390-180401, 180412-180423 et 180434-180445, le dispositif doit répondre au critère suivant :

Efficacité démontrée, après évaluation par la Commission, par une série d'au moins 40 bénéficiaires avec signalement de la survie jusque transplantation et/ou survie d'au moins 180 jours.

### 3.3. Conditions de garantie

Afin de pouvoir être repris sur la liste nominative des prestations 180331-180342, 180353-180364, 180375-180386, 180390-180401, 180412-180423 et 180434-180445, une garantie (warranty) doit être donnée en cas de défaut du dispositif pour une période de 24 mois.

## 4. Procédure de demande et formulaires

### 4.1 Première implantation

Les prestations 180331-180342, 180353-180364, 180375-180386, 180390-180401, 180412-180423, 180434-180445, 180456 et 180471 peuvent seulement faire objet d'une intervention de l'assurance obligatoire sur la base d'un rapport médical circonstancié et d'une inscription sur la liste d'attente d'Eurotransplant en cas de BTT

Les documents desquels il ressort qu'il est satisfait aux conditions décrites sous le point 2, un rapport médical circonstancié et une preuve d'inscription sur la liste d'attente d'Eurotransplant en cas de BTT, ainsi que le formulaire d'enregistrement F-Form-I-11 reprenant les caractéristiques de base et les données de suivi, et le consentement éclairé du bénéficiaire, doivent être conservés dans le dossier médical du bénéficiaire.

L'intervention de l'assurance obligatoire ne peut être accordée qu'après que le formulaire d'enregistrement F-Form-I-11, qui reprend les caractéristiques de base, ait été complété via l'application en ligne dans les 30 jours après l'implantation.

Les modalités d'enregistrement et la validation de ces données ainsi que la façon selon laquelle ces données sont transmises à la BACTS et à la Commission, sont établies par la BACTS, la Commission et le Service des Soins de Santé.

Dans l'attente de l'entrée en vigueur de ce registre en ligne, les données visées au formulaire F-Form-I-11 sont gardées par chaque établissement hospitalier (cfr point 1) et transmises à la BACTS pour les statistiques visées au point 6 selon les discussions entre la BACTS et les établissements hospitaliers.

Dans l'attente de l'entrée en vigueur de ce registre en ligne, pour les 60 premiers dispositifs, les prestations 180331-180342, 180353-180364, 180375-180386, 180390-180401, 180412-180423 et 180434-180445 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire qu'après notification de l'implantation auprès du Service des Soins de Santé sur la base du formulaire F-Form-I-12, entièrement complété et signé par le médecin-implanteur.

L'intervention de l'assurance obligatoire ne peut être accordée qu'après que le formulaire de notification F-Form-I-12 ait été soumis au Service de Soins de Santé endéans les 30 jours après l'implantation.

Les modalités de notification et la façon selon laquelle cette notification est transmise au Service des Soins de Santé sont établies par le Service des Soins de Santé.

Le Service des Soins de Santé tient un compteur par année civile et informe les médecins-spécialistes implantateurs, les pharmaciens hospitaliers et les organismes assureurs quand 55 et 60 dispositifs ont été notifiés.

Si le nombre de 60 dispositifs est atteint, les prestations 180331-180342, 180353-180364, 180375-180386, 180390-180401, 180412-180423 et 180434-180445 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire qu'après l'accord du Collège des médecins-directeurs, et ce indépendamment de l'entrée en vigueur du registre en ligne.

La demande de remboursement pour les interventions 180331-180342, 180353-180364, 180375-180386, 180390-180401, 180412-180423 ou 180434-180445 est fournie dans les deux mois après implantation par le médecin-spécialiste implanteur simultanément au Collège des médecins-directeurs, et à la mutualité à laquelle le bénéficiaire est affilié.

La décision du Collège est communiquée simultanément et immédiatement dans les deux mois qui suivent la date de réception du dossier au médecin-conseil, au pharmacien hospitalier et au médecin spécialiste implanteur.

Si le nombre de 60 dispositifs est atteint, le compteur, corrigé par le nombre de demandes approuvées, est simultanément communiqué au médecin spécialiste et au pharmacien hospitalier.

Les autres centres qui ont adhéré sont également avisés par mail du chiffre du compteur.

Le dossier de demande contient :

- un rapport médical détaillé rédigé par le médecin-spécialiste qui a placé le matériel;
- une preuve d'inscription sur la liste d'attente Eurotransplant en cas de BTT
- F-Form-I-13, complété par le médecin-spécialiste implanteur.

Pour les bénéficiaires qui ont reçu un "bridge to decision", le médecin-spécialiste implanteur envoie, à la demande du Collège des médecins-directeurs, une mise à jour du statut de transplantabilité sur la base du formulaire d'inscription d'Eurotransplant au Collège des médecins-directeurs.

Pour les prestations 180456 et 180471 aucune notification ou demande d'intervention ne doit être introduite.

## **4.2. Remplacement**

En cas de remplacement, la procédure décrite au point 4.1. doit être appliquée pour les prestations 180331-180342, 180353-180364, 180375-180386, 180390-180401, 180412-180423 et 180434-180445.

Si un remplacement est exigé en raison d'un problème lié au patient au cours des six premiers mois suivant l'implantation, il n'y a pas d'intervention de la part de l'assurance maladie obligatoire et les coûts du dispositif ne peuvent pas être portés en compte au bénéficiaire.

## **4.3 Remplacement anticipé**

Pas d'application

## **4.4 Dérogation à la procédure**

Pas d'application

## **5. Règles d'attestation**

## 5.1 Règles de cumul et de non-cumul

Pas d'application

## 5.2. Autres règles

### 5.2.1 Nombre de dispositifs

Le nombre d'interventions pour les prestations 180331-180342, 180353-180364, 180375-180386, 180390-180401, 180412-180423 et 180434-180445 qui doivent seulement être notifiées sera attribué au pro rata sur la base de la date de publication.

Le nombre de dispositifs qui sont implantés chez les bénéficiaires dans l'indication BTM ne peut pas représenter plus de 50% du total des dispositifs qui sont remboursés.

Si les 50% sont dépassés pour l'indication BTM, tous les établissements de soins et les organismes assureurs en sont informés et les prestations 180331-180342, 180353-180364, 180375-180386, 180390-180401, 180412-180423 et 180434-180445 ne peuvent plus faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire pour cette indication durant un trimestre.

### 5.2.2 Les prestations ambulatoires

Le montant de l'intervention pour les prestations 180456 et 180471 doit être considéré comme un montant forfaitaire et couvre aussi l'entretien, l'utilisation, la location, la réparation et le remplacement de tous les composants.

Les prestations 180456 et 180471 peuvent être attestées au maximum une fois par mois.

La prestation 180456 peut être attestée pendant les 12 premiers mois de l'assistance, pour lesquels la période de 12 mois sera comptée dès le premier jour après la sortie de l'établissement hospitalier après l'hospitalisation durant laquelle le bénéficiaire a été implanté avec le matériel visé par les prestations 180331-180342, 180353-180364, 180375-180386, 180390-180401, 180412-180423 et 180434-180445.

La prestation 180471 peut être attestée quand la période de 12 mois qui s'applique pour la prestation 180456 est révolue.

## 5.3 Dérogation aux règles d'attestation

Pas d'application

## 6. Résultats et statistiques

Tous les 2 ans, le BACTS rédige un rapport.

Ce rapport comprend au minimum les éléments suivants :

- Le nombre d'implantations (total et par centre)
- Le type de cardiopathie
- Les données démographiques du patient (âge, sexe)
- Le matériel utilisé
- Le résultat : sevrage, transplantation ou décès
- Date de sortie de l'hôpital après implantation
- Durée totale de l'assistance jusqu'au sevrage, à la transplantation ou au décès

Ce rapport concerne tous les bénéficiaires implantés avec le matériel pour l'assistance ventriculaire dès la date d'entre en vigueur du remboursement.

## 7. Divers

À la demande de la Commission ou de la BACTS, une réunion peut être organisée à tout moment.

Si, sur la base du rapportage du nombre de dispositifs, il s'avère que le nombre des dispositifs implantés pendant 12 mois pourrait être supérieur à 75, une réunion doit être organisée avec la Commission, les centres planteurs et la BACTS.

Ce nombre sera attribué au pro rata sur la base de la date de publication.



## Prestations liées

181473 181484

181554 181565

183610

183632

Afin de pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire pour les prestations relatives au matériel d'assistance ventriculaire en cas de « destination therapy », il doit être satisfait aux conditions suivantes :

### 1. Critères concernant l'établissement hospitalier

Les prestations 181473-181484, 181554-181565, 183610 et 183632 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si elles sont effectuées dans un établissement hospitalier qui répond aux critères suivants:

Les prestations doivent être effectuées dans un établissement hospitalier qui dispose de l'agrément pour le programme de soins "pathologie cardiaque T (transplantation cardiaque et pulmonaire) " accordé par l'autorité compétente.

Le suivi (follow-up) des bénéficiaires dont le fonctionnement de l'appareil est contrôlé, doit se faire dans ces établissements hospitaliers.

### 2. Critères concernant le bénéficiaire

Les prestations 181473-181484, 181554-181565, 183610 et 183632 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le bénéficiaire répond aux critères suivants:

#### 2.1 Critères d'inclusion

Destination therapy (DT)

- bénéficiaire avec une insuffisance cardiaque aigüe ou chronique qui n'entrera jamais en ligne de compte pour une transplantation cardiaque et qui, malgré toutes les options thérapeutiques possibles, le met en danger de mort.

ET

- l'espérance de vie estimée est au moins de deux ans.

ET

- le bénéficiaire se trouve dans la catégorie INTERMACS 3 ou 4.

#### 2.2 Critères d'exclusion

Pas d'application

### 3. Critères concernant le dispositif

Les prestations 181473-181484 et 181554-181565 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si le dispositif répond aux critères suivants:

#### 3.1 Définition

Pas d'application

#### 3.2 Critères

Afin de pouvoir être repris sur la liste nominative des prestations 181473-181484 et 181554-181565, le dispositif doit répondre au critère suivant :

Efficacité démontrée, après évaluation par la Commission, par une série d'au moins 40 bénéficiaires avec signalement de la survie jusque transplantation et/ou survie d'au moins 180 jours.

### **3.3 Conditions de garantie**

Afin de pouvoir être repris sur la liste nominative des prestations 181473-181484 et 181554-181565, une garantie (warranty) doit être donnée en cas de défaut du dispositif pour une période de 24 mois.

## **4. Procédure de demande et formulaires**

### **4.1 Première implantation**

Pas d'obligations administratives.

### **4.2 Remplacement**

Si un remplacement est exigé en raison d'un problème lié au patient au cours des six premiers mois suivant l'implantation, il n'y a pas d'intervention de la part de l'assurance maladie obligatoire et les coûts du dispositif ne peuvent pas être portés en compte au bénéficiaire.

### **4.3 Remplacement anticipé**

Pas d'application.

### **4.4 Dérogation à la procédure**

Pas d'application.

## **5. Règles d'attestation**

### **5.1 Règles de cumul et de non-cumul**

Pas d'application.

### **5.2 Autres règles**

Le montant de l'intervention pour les prestations 183610 et 183632 doit être considéré comme un montant forfaitaire et couvre aussi l'entretien, l'utilisation, la location, la réparation et le remplacement de tous les composants

Les prestations 183610 et 183632 peuvent être attestées au maximum une fois par mois.

La prestation 183610 peut être attestée pendant les 12 premiers mois de l'assistance, pour lesquels la période de 12 mois sera comptée dès le premier jour après la sortie de l'établissement hospitalier après l'hospitalisation durant laquelle le bénéficiaire a été implanté avec le matériel visé par les prestations 181473-181484 et 181554-181565.

La prestation 183632 peut être attestée quand la période de 12 mois qui s'applique pour la prestation 183610 est révolue.

### **5.3 Dérogation aux règles d'attestation**

Pas d'application.

## **6. Résultats et statistiques**

Pas d'application.

## **7. Divers**

A la demande de la Commission ou de la BACTS, une réunion peut être organisée à tout moment.