



Évaluation de la Convention sur la reconstruction mammaire

5 juin 2023

Autrice : Katte Ackaert

Colophon

Sujet :	L'étude porte sur l'évaluation des trois phases de reconstruction mammaire, facturée via la convention, en 2020.
Date de publication :	5 juin 2023
Rédaction :	Erik Roelants
Traduction :	Jérôme Paque
Références recommandées :	Ackaert, Katte (2023), Évaluation de la Convention sur la reconstruction mammaire, AIM Agence Intermutualiste, Bruxelles.
Coordonnées :	ASBL AIM • Avenue du Boulevard 21 B7 • 1210 Bruxelles Tél. 02 891 72 11 • ima-aim@intermut.be • www.ima-aim.be BCE 0478.655.210 • RPM Bruxelles

Ce document est disponible en téléchargement sur le site web www.ima-aim.be.

La reproduction partielle de ce document est autorisée à condition que la source soit mentionnée.

Table des matières

Abstract	1
1. Introduction	2
2. Méthodologie	6
3. Résultats	8
3.1. Nombre d'interventions/femmes	8
3.2. Âge (phase 1)	12
3.3. Durée de séjour.....	12
3.4. Nombre d'hôpitaux et de médecins (phase 1).....	13
3.5. Respect convention	13
3.6. Chambre individuelle.....	17
3.7. Coûts	18
4. Conclusion	23
Bibliographie	25
Annexes	26

Abstract

La présente étude évalue le respect des accords conclus dans la convention INAMI 'reconstruction mammaire'. Elle décrit le nombre de patientes qui optent pour une reconstruction mammaire autologue, tant pour une véritable reconstruction que pour le remodelage du sein avec reconstruction éventuelle du mamelon. Nous étudions également le nombre de patientes qui, dans une phase ultérieure, choisissent de se faire tatouer le mamelon et l'aréole. Nous passons au peigne fin plusieurs paramètres du séjour hospitalier ainsi que les frais à la charge de la patiente, en nous penchant particulièrement sur les suppléments d'honoraires facturés. En effet, la convention a pour objectif premier de mieux protéger les patientes contre les suppléments prohibitifs. Nous examinons en outre si l'interdiction de cumul est respectée au cours des différentes phases de la reconstruction mammaire.

En règle générale, nous pouvons conclure que les médecins et les hôpitaux s'en tiennent aux tarifs fixés, mais aussi que le pourcentage maximum de patientes qui se voient facturer des suppléments d'honoraires est respecté. Cependant, le pourcentage de patientes à qui on facture des suppléments d'honoraires est significativement plus élevé en cas de facturation *via* la convention par rapport à la facturation par nomenclature. De même, l'interdiction de cumul de prestations de la nomenclature est majoritairement respectée. Cela peut donner à penser que les règles pourraient être renforcées afin d'éviter que la nomenclature et la convention soient utilisées de concert.



1. Introduction

En Belgique, on recense chaque année plus de 10 000 femmes atteintes du cancer du sein [1]. Cette forme de cancer est donc la plus fréquente chez les femmes. Une ablation du sein est bien souvent une nécessité. De plus, de nombreuses femmes subissent une mastectomie préventive en raison d'un risque accru de cancer du sein. L'indication de mastectomie préventive vis-à-vis d'un suivi ciblé suscite toujours les débats [2, 3, 4, 5].

Il existe une possibilité de faire reconstruire le sein après une amputation ou une mastectomie. Cela peut avoir lieu pendant l'intervention au cours de laquelle le sein est amputé ou peu de temps après la mastectomie. Dans le premier cas, il s'agit d'une reconstruction primaire. S'il existe un doute quant à la méthode de reconstruction ou au plan de traitement du cancer, la reconstruction mammaire est différée. Dans certains cas, il faut attendre jusqu'à la fin de la radiothérapie ou de la chimiothérapie. Si la reconstruction mammaire est reportée à une date ultérieure, il s'agit d'une reconstruction secondaire. On parle de reconstruction tertiaire lorsqu'elle fait suite à une reconstruction primaire ou secondaire.

Il existe différentes techniques de reconstruction du sein, soit grâce à une chirurgie utilisant les propres tissus (corporels ?) de la patiente soit par la pose d'un implant. Parfois, les deux options sont combinées : un nouveau sein peut par exemple être modelé à partir de ses propres peau, graisse et vaisseaux sanguins associés. La chirurgie par lambeau DIEP (*Deep Inferior Epigastric Perforator*, Perforante de l'artère épigastrique profonde intérieure) consiste à créer un nouveau sein en

prélevant un morceau de peau (lambeau libre) et de graisse du ventre. À l'aide d'un microscope, les vaisseaux sanguins de ce tissu sont alors connectés aux vaisseaux sanguins situés à hauteur du thorax. Cette technique peut être appliquée aussi bien pour une reconstruction primaire que secondaire. Il est également possible de pratiquer une reconstruction mammaire bilatérale à l'aide d'une chirurgie par lambeau DIEP s'il est possible de prélever suffisamment de tissus au niveau du ventre. Un traitement par rayonnement en amont n'est pas contre-indiqué pour cette forme de reconstruction mammaire.

La quasi-totalité des reconstructions mammaires exigent plusieurs interventions réparties dans le temps. La première intervention porte sur la reconstruction du sein même. S'ensuivent des opérations visant à améliorer la forme et la symétrie par rapport à l'autre sein. Cela peut signifier que le sein reconstruit subisse des modifications et/ou que l'autre sein soit rétréci ou relevé. La dernière phase est d'ordre cosmétique : il s'agit de colorer le mamelon et l'aréole par tatouage.

La reconstruction autologue ne s'adresse pas à toutes. Si, par exemple, la patiente ne dispose pas d'une quantité suffisante de graisse sous-cutanée au niveau du ventre, il n'est pas possible de pratiquer une reconstruction par DIEP ; il faut alors avoir recours à des tissus d'une autre partie du corps. Bien que ces femmes puissent se tourner vers d'autres méthodes de reconstruction du sein et que les interventions soient remboursées par l'INAMI, les remboursements de la nomenclature actuelle s'avèrent insuffisants pour cette chirurgie souvent très complexe. Elle s'accompagne de suppléments d'honoraires très élevés qui, bien souvent, ne sont que partiellement couverts par les assurances hospitalisation existantes.

Afin de lutter contre ce problème de sécurité tarifaire, une convention (convention article 22) a été conclue en octobre 2016 entre le Comité de l'assurance du Service des soins de santé de l'INAMI et plusieurs hôpitaux relative au remboursement de la reconstruction mammaire unilatérale ou bilatérale totale [6]. En 2019, plusieurs ajustements et modifications ont été apportés à la convention.

La convention, comme c'est le cas pour la nomenclature, prévoit une intervention pour la reconstruction par lambeau libre microchirurgical perforant ; le montant des remboursements est significativement plus élevé que dans la nomenclature. Dans de nombreux cas, cela concerne la DIEP, mais en fonction de l'endroit de prélèvement du tissu, il peut s'agir d'autres interventions (SGAP, IGAP, LCFAP...).

- La convention prévoit une intervention pour 'reconstruction' dans trois situations :
- perte d'un sein pour cause de cancer, infection, traumatisme ou réintervention après l'échec d'un lambeau libre ;

- perte d'un ou deux seins à la suite d'une mastectomie préventive en raison du risque très accru de cancer du sein ;
- absence de tissu mammaire causé par le syndrome de Poland (anomalie du développement d'un sein).

La convention comporte le remboursement de la transplantation microchirurgicale de tissu (phase 1), le remodelage du (des) sein(s), y compris la reconstruction éventuelle du mamelon (phase 2) et le tatouage du mamelon et de l'aréole (phase 3). C'est donc la reconstruction entière qui est visée. Si la première phase est facturée *via* la convention, il est obligatoire de comptabiliser les phases suivantes dans le cadre de la convention. La facturation par codes de nomenclature séparés n'est pas autorisée dans le cadre de la convention.

L'un des objectifs de la convention est de limiter la part personnelle des patientes à un montant raisonnable. La convention ne définit pas clairement la notion de montant raisonnable. Si un hôpital signe la convention, tous les médecins de cet hôpital doivent s'y conformer.

Des honoraires sont facturés avant et pendant chaque phase. Ils varient selon la durée et la complexité de l'opération et du suivi. Les modalités de facturation des suppléments d'honoraires en vigueur tiennent compte du choix de la chambre. La facturation de suppléments « esthétiques » est interdite.

Pour chaque phase, on fixe un montant maximum de suppléments d'honoraires en chambre individuelle, montant qui est donc plafonné. En outre, une patiente ne peut pas être forcée à opter pour une chambre individuelle. En moyenne, au moins 40 % des interventions ne peuvent pas être assorties de suppléments facturés.

La patiente reçoit au moins sept jours avant l'intervention un devis et un formulaire d'admission provisoire. Le devis contient toutes les informations médicales et financières utiles de sorte que la patiente soit informée au préalable des conséquences du choix de la chambre et qu'elle puisse donner son consentement éclairé. Ainsi, la convention vise à rendre plus transparents les frais pouvant être facturés à la patiente.

La base de données de l'Agence Intermutualiste (AIM) rassemble les données de facturation des sept mutualités belges. Toutes les prestations médicales remboursées (partiellement) par les organismes assureurs dans le cadre de l'assurance maladie obligatoire y figurent. Cette étude fait appel à la base de données Soins de santé, dont une sélection de données de l'année 2020 ont été extraites. Afin d'analyser le trajet tout entier d'une reconstruction mammaire, nous avons utilisé les données de 2020 et du premier semestre 2021. À l'heure d'effectuer l'analyse, les données 2021

n'étaient pas encore complètes. De ce fait, l'ensemble du trajet n'est disponible que pour un nombre limité de personnes.

Le présent rapport porte sur l'analyse des principaux objectifs de la convention, à savoir :

- limiter les coûts élevés pour la patiente à un niveau raisonnable ;
- le respect de l'interdiction de cumul au cours des différentes phases.



2. Méthodologie

Cette analyse fait appel aux données relatives aux dépenses de santé figurant dans les bases de données de l'AIM, qui rassemblent les données de facturation de tous les membres des sept mutualités belges (ou en alternative les données de facturation des affiliés de l'assurance maladie obligatoire belge). Il s'agit de données exhaustives représentant plus de 11 millions de personnes domiciliées en Belgique soit 98 % de la population. Sont concernées les seules prestations enregistrées dans le cadre de remboursements prévus par l'assurance maladie obligatoire. Outre la partie remboursable, nous tenons également compte de la quote-part personnelle des patientes pour des prestations remboursables (c.-à-d. les tickets modérateurs) ainsi que les suppléments éventuellement facturés.

Le présent rapport présente les résultats de l'année de prestation 2020 (date d'admission 2020, la date de sortie pouvant se situer en 2021 dans le cas d'une admission classique). Les analyses concernent la phase 1, la phase 2 et la phase 3 d'une reconstruction mammaire. Une prestation supplémentaire peut éventuellement être nécessaire à la suite de la phase 1, auquel cas une révision du lambeau est pratiquée ; les données de cette intervention sont aussi analysées. L'analyse des prestations des phases 2 et 3 ayant eu lieu en 2020 pour une reconstruction mammaire de 2019 (phase 1) fait aussi partie de ce rapport.

D'autre part, plusieurs analyses concernent la première moitié de 2021 en combinaison avec des données de 2020. Les résultats des trajets entiers, à savoir des trois phases de la reconstruction mammaire, y sont décrits. Il est toutefois

nécessaire que le début de la reconstruction (phase 1) ait eu lieu en 2020. La convention prévoit que toutes les phases doivent se terminer dans un délai d'une année à compter du jour de la reconstruction même. Ce délai a été étendu en raison de la Covid-19 [7]. Si la reconstruction entière ne peut être effectuée dans le délai réglementaire d'un an en raison du report des soins non urgents, ce report est considéré comme une complication documentée et la période est allongée à 18 mois, à condition qu'au moins un jour de cette période d'un an se trouve dans la période Covid-19 (à partir du 1^{er} mars 2020). Cette mesure a pris fin le 31 janvier 2023. Étant donné qu'au moment d'effectuer la sélection des données, l'AIM dispose des données de facturation jusqu'à la fin du 2^e trimestre de 2021, il est possible que certaines prestations permettant de reconstruire un trajet entier viennent à manquer. Les prestations manquantes concernent donc principalement les phases 2 et 3 dans l'analyse du trajet entier d'une patiente si la phase 1 a eu lieu à la fin de l'année 2020. À cet égard, il convient de noter qu'il est difficile de contrôler le délai d'un an et demi, étant donné que l'obligation de noter le côté du corps qui est opéré ne concerne que la reconstruction mammaire effective (phase 1). Les phases 2 et 3 ne sont soumises à aucune obligation d'indication du sein gauche ou droit et, bien souvent, le côté de l'intervention n'est pas non plus rempli. Une prestation des phases 2 ou 3 qui se retrouve dans la base de données dans le délai de 18 mois suivant la phase 1 sera également considérée comme une application correcte de la règle, bien que cette prestation puisse concerner l'autre sein précédemment opéré.

Toutes les femmes comptant au moins une prestation de reconstruction mammaire sont comprises dans les données extraites. Il n'est fait aucune distinction entre les prestations attestées *via* la nomenclature et celles attestées *via* la convention (voir annexe 1). Les 11 hommes qui comptent une ou plusieurs phases de reconstruction mammaires en 2020 ne sont pas pris en compte dans les analyses, car ils représentent des chiffres trop petits pour effectuer des analyses distinctes.

Le calcul des coûts est réalisé à partir de tous les coûts à charge de la patiente. Cela signifie que tant les prestations de soins de santé que les prestations pharmaceutiques sont comptabilisées. En cas d'hospitalisation classique (c.-à-d. au moins une nuitée), tous les frais sont pris en compte à partir du moment où la patiente est admise jusqu'à sa sortie. Pour les hospitalisations de jour ou les soins ambulatoires, seuls les coûts de cette journée sont comptabilisés.



3. Résultats

Étant donné qu'une reconstruction mammaire peut être facturée tant par nomenclature que par la convention, nous allons les comparer sous plusieurs aspects, afin de pouvoir mieux déterminer si les objectifs de la convention ont été atteints.

3.1. Nombre d'interventions/femmes

3.1.1. Généralités

En raison du report des soins non urgents faisant suite à la crise de coronavirus, le nombre d'interventions de 2020 est inférieur à 2019. Un total de 3 623 femmes se sont vu facturer une prestation liée à une reconstruction mammaire. Cela représente 83 % du nombre de personnes recensé en 2019. Ces personnes ont reçu une prestation attestée par nomenclature ou par la convention ; cette prestation peut consister en une prestation des différentes phases de la reconstruction mammaire ou en une révision du lambeau.

3.1.2. Reconstruction mammaire (phase 1)

En 2020, 2 256 femmes ont entamé la reconstruction d'un sein ou des deux, soit 406 de moins qu'en 2019 ; 1 266 d'entre elles ont fait reconstruire un sein, les autres ayant subi une intervention de reconstruction des deux seins. Il est possible de reconstruire les deux seins soit au cours d'une seule et même intervention

(2 reconstructions unilatérales par nomenclature et 1 bilatérale par la convention) soit durant des interventions différentes (par nomenclature ou par convention).

En 2020, on recense 1 444 interventions unilatérales. Ces interventions sont facturées à 59 % *via* la nomenclature et à 41 % (591 interventions) par la convention. En 2019, ces pourcentages s'élevaient respectivement à 70 % et 30 % (voir annexe 1). On observe donc une augmentation des interventions par la convention. La majorité des interventions reste néanmoins toujours attestée par nomenclature, donc sans sécurité tarifaire pour la patiente qui séjourne en chambre individuelle.

Convention ou nomenclature

Dans le cadre de la convention, seules les interventions pratiquées par lambeau libre microchirurgical perforant sont remboursées. Faute d'attestation *via* la convention, la nomenclature offre des possibilités de remboursement pour la reconstruction d'un sein, quelle que soit la méthode employée. Plusieurs méthodes sont possibles, y compris celle du lambeau libre perforant. Les 591 interventions par lambeau libre microchirurgical perforant effectuées *via* la convention contrastent fortement avec les 36 reconstructions équivalentes *via* la nomenclature. Nous pouvons donc en conclure que le nombre de reconstructions facturées par nomenclature est toujours très élevé, mais lorsqu'un médecin opte pour une reconstruction par lambeau libre perforant, elle est presque toujours facturée *via* la convention.

Reconstruction unilatérale ou bilatérale

Outre la reconstruction unilatérale, il est également possible d'effectuer une reconstruction bilatérale, les seins étant reconstruits après une mastectomie bilatérale préventive. La nomenclature ne prévoit pas de numéro supplémentaire à cet effet ; les médecins peuvent attester deux reconstructions unilatérales. En revanche, la convention permet de facturer une reconstruction bilatérale. En 2020, 262 reconstructions bilatérales ont pu être facturées de cette manière (contre 294 en 2019).

Le Collège des médecins-directeurs

La convention prévoit deux procédures d'obtention d'une intervention de l'assurance pour une reconstruction mammaire selon l'indication. L'intervention de l'assurance pour une reconstruction après une intervention mutilante à la suite d'un cancer du sein ou après mastectomie préventive bilatérale en raison d'un risque très accru de cancer du sein a lieu « sur facture ». L'indication relève de la compétence du centre dans lequel l'intervention a lieu.

Pour d'autres indications, le Collège des médecins-directeurs (CMD) est habilité à approuver une intervention (après accord) dans les cas suivants :

- perte d'un sein en raison d'une infection, d'un traumatisme ou d'une nouvelle intervention après échec complet d'un lambeau libre ;
- perte du sein controlatéral dans le cas d'une mastectomie préventive (cancer du sein ipsilatéral) ;
- absence de tissu mammaire causé par le syndrome de Poland (anomalie du développement d'un sein).

Parmi les 591 reconstructions unilatérales et les 262 bilatérales effectuées en 2020, une intervention unilatérale et sept bilatérales l'ont été une fois obtenu l'accord du CMD. Ces huit demandes sont réparties dans six hôpitaux flamands.

Les 591 reconstructions unilatérales ont été pratiquées chez 587 femmes (quatre femmes ont subi la même année une seconde reconstruction unilatérale *via* la convention). En y additionnant les reconstructions bilatérales, on obtient un total de 1 115 seins reconstruits chez 849 femmes lors de 853 interventions, ce qui ne représente que 79 % du nombre d'interventions par convention effectuées en 2019.

Reconstructions primaires, secondaires et tertiaires

Les reconstructions mammaires peuvent être ventilées en reconstructions primaires, secondaires et tertiaires. Lors d'une reconstruction primaire, la reconstruction et la mastectomie ont lieu simultanément, au cours de la même opération. Dans le cas d'une reconstruction secondaire, la reconstruction est différée : la première opération consiste en une ablation du sein, la reconstruction ayant lieu lors de la seconde intervention. Cette reconstruction peut avoir lieu plusieurs mois voire plusieurs années après l'ablation. La mise en place d'une prothèse mammaire définitive faisant suite à la pose d'un expenseur ou d'une prothèse mammaire temporaire au cours de la phase 1 de la reconstruction est également considérée comme une reconstruction secondaire. Une reconstruction tertiaire est une reconstruction qui suit la reconstruction primaire ou secondaire. Dans le cadre de la convention, cette reconstruction ne peut être remboursée qu'en cas de complications médicales de la reconstruction primaire/secondaire si cette dernière a été réalisée avec des prothèses ou des techniques autres que la DIEP ou après approbation du CMD, s'il s'agit d'une perte totale d'un lambeau DIEP ou d'un autre lambeau perforateur [6].

En 2020, 363 des 853 opérations effectuées *via* la convention étaient des reconstructions primaires. Elles représentent 400 mastectomies, durant lesquelles 11 personnes ont subi une double ablation du sein combinées à une reconstruction unilatérale. Un total de 26 femmes ont subi une double mastectomie avec

reconstruction bilatérale. Chez les autres femmes, un seul sein a été enlevé, pour être directement reconstruit.

Nous nous sommes penchés sur les causes des mastectomies parmi les reconstructions primaires : avec ou sans cancer du sein. Un taux de 41 % des reconstructions primaires (unilatérales ou bilatérales) ont été réalisées dans le cadre d'une mastectomie préventive. Parmi les reconstructions unilatérales primaires, 15 % ont été accompagnées d'une mastectomie préventive, ce qui signifie que 85 % d'entre elles sont dues à un cancer du sein. Quant aux reconstructions bilatérales primaires, 60 % d'entre elles font suite à une ablation du sein préventive contre 40 % seulement effectuées à la suite d'un cancer du sein. Parmi les reconstructions primaires, 41 % étaient unilatérales et 59 % bilatérales.

Révision du lambeau

Depuis le 1^{er} janvier 2019, une prestation supplémentaire est définie afin de couvrir les cas où se manifestent des complications qui nécessitent une revascularisation au moyen d'une anastomose microchirurgicale. La révision du lambeau doit être réalisée dans un délai de sept jours suivant une reconstruction mammaire unilatérale ou bilatérale et au cours d'une opération autre que celle de la reconstruction originale [6]. En 2020, 36 révisions du lambeau ont été pratiquées (9 durant le second semestre de 2019), parmi lesquelles 15 % ont eu lieu le jour de la reconstruction originale et 45 % le jour suivant.

3.1.3. Remodelage du côté ipsi- et hétérolatéral, y compris la reconstruction du mamelon (Phase 2)

En 2020, 1 921 remodelages ont été attestés en Belgique. Le remodelage a lieu à la suite d'une reconstruction en phase 1. En cas de facturation par la convention, cette phase 2 fait alors suite à des intervention de 2019 ou 2020, étant donné que les trois phases doivent être terminées dans un délai d'une année afin de respecter les conditions de remboursement (18 mois en raison de la Covid-19). En cas de facturation *via* la nomenclature, il n'y a pas de limite dans le temps et la phase 1 peut avoir eu lieu avant 2019.

On observe que 51 % des remodelages ont lieu par nomenclature. Parmi les 933 remodelages facturés par la convention, 708 sont des remodelages habituels contre 225 supplémentaires.

Les 933 remodelages de la convention représentent 850 personnes différentes. En 2020, 83 femmes ont subi un second remodelage à une date différente. Nous ne pouvons pas déterminer si ces 83 remodelages supplémentaires durant la même année concernent le même sein ou l'autre sein, puisqu'il n'est pas obligatoire de

mentionner le côté opéré. Par conséquent, cette information est manquante pour plus de la moitié des interventions.

3.1.4. Tatouage du mamelon et de l'aréole (phase 3)

En Belgique, seuls 422 tatouages ont été facturés en 2020 dont 303 *via* la convention. C'est vraisemblablement dû à deux facteurs : le report des soins non urgents en raison de la pandémie de coronavirus et les tatouages du mamelon et de l'aréole effectués hors de l'hôpital par des tatoueurs privés.

3.2. Âge (phase 1)

Les femmes entament une reconstruction mammaire aussi bien à un âge précoce que tardif (voir tableau 1). Les valeurs les plus élevées sont observées entre 40 et 60 ans.

L'âge moyen lors du début d'une reconstruction mammaire s'élève à 52,7 ans. L'âge moyen varie cependant selon que la reconstruction a été attestée *via* la convention ou la nomenclature (voir tableau 1). Les femmes dont la reconstruction mammaire a été facturée *via* la nomenclature sont en moyenne plus âgées que celles dont la reconstruction a été facturée par la convention. Les femmes les plus jeunes en moyenne sont celles qui ont subi une reconstruction primaire *via* la convention.

Tableau 1: Âge moyen et tranche d'âge pour reconstruction mammaire en phase 1 (2020)

Phase 1	Âge moyen	Tranche d'âge
Nomenclature + convention	52,7	16-92
Nomenclature	53,4	16-92
Convention	51,2	21-85
Convention (reconstruction primaire)	49,6	21-79

3.3. Durée de séjour

La durée de séjour varie selon la phase dans laquelle se trouve la patiente. Dans le cas de reconstructions par la convention, nous observons les durées de séjour suivantes : la phase 1 – la reconstruction même – est la phase la plus importante et a la durée de séjour la plus longue. En moyenne, les femmes séjournent 6,1 jours à l'hôpital au cours de cette phase. La médiane s'élève à 6 jours.

S'agissant de la phase 2, lors de laquelle un sein ou les deux seins sont remodelés et où le mamelon est éventuellement reconstruit, la durée moyenne de séjour est de 1,4 jours pour une médiane s'élevant à 1 jour.

Le tatouage du mamelon et de l'aréole est effectué en ambulatoire.

3.4. Nombre d'hôpitaux et de médecins (phase 1)

3.4.1. Hôpitaux

En 2020, 82 hôpitaux ont accueilli des patientes dans le cadre de la première phase d'une reconstruction mammaire, parmi lesquels 81 hôpitaux ont facturé *via* la nomenclature. Un total de 53 hôpitaux disposant d'une clinique du sein coordinatrice agréée ont signé la convention dont 46 ont réellement facturé des reconstructions mammaires *via* la convention. Cela signifie que sept hôpitaux ayant signé la convention ne pratiquent aucune intervention dans le cadre de celle-ci. Dans la majorité des hôpitaux, on atteste tant *via* la nomenclature que par la convention.

Le nombre d'interventions par hôpital varie entre 1 et 236 reconstructions mammaires par an, et entre 1 et 77 pour les reconstructions *via* la convention. On observe que 30 % des 46 hôpitaux qui fonctionnent avec la convention ont pratiqué moins de 10 reconstructions unilatérales ou bilatérales en 2020.

3.4.2. Médecins

Dans ces 82 hôpitaux, 170 médecins sont chargés de pratiquer les reconstructions mammaires, parmi lesquels 167 médecins facturent *via* la nomenclature et 77 *via* la convention. De nombreux médecins ont recours aux deux systèmes.

La fréquence des interventions en 2020 varie fortement d'un médecin à l'autre : certains n'en pratiquent presque aucune, d'autres en comptent un grand nombre. Parmi eux, 1 médecin a effectué plus de 100 interventions en 2020, tandis que 37 médecins se sont limités à une intervention par an, pour des valeurs s'étendant donc de 1 à 130.

En ce qui concerne la convention, les valeurs vont de 1 à 58. En 2020, 56 % des 77 médecins ont pratiqué moins de 10 reconstructions unilatérales ou bilatérales.

3.5. Respect convention

Afin d'évaluer le respect de la convention, nous pouvons déterminer pour quelle partie de quelle phase la règle a été correctement appliquée. S'agissant de la

transplantation microchirurgicale de tissu (phase 1), cela signifie que les codes nomenclature des articles 14a, 14c et 14f ne peuvent être cumulés.

Dans le cas du remodelage et de l'éventuelle reconstruction du mamelon (phase 2), l'interdiction concerne le cumul des codes nomenclature de l'article 14.

Quant à la phase 3, l'interdiction porte sur le cumul avec le code nomenclature pour un tatouage du mamelon et de l'aréole (codes nomenclature 252615-252626). Cela signifie qu'il est interdit de facturer deux fois pour un tatouage, à savoir une fois par la convention et une seconde fois par nomenclature.

Dans la convention, l'interdiction de cumul n'est pas limitée dans le temps. Les organismes assureurs en déduisent qu'il est interdit de cumuler le même jour que l'intervention. Cela va à l'encontre de l'esprit de la convention, qui vise à mettre un terme aux suppléments élevés et à limiter les frais à la charge des patientes à un niveau raisonnable. Étant donné l'interprétation limitée des règles de la convention, les cumuls peuvent être facturés à des dates différentes. Il en résulte des coûts encore plus élevés pour la patiente et l'assurance maladie. Cette pratique va à l'encontre de l'esprit de la convention. Afin de faire la distinction entre les deux, nous avons réalisé deux analyses : 1) pas de cumul le jour de l'intervention et 2) pas de cumul du jour 1 au jour 30.

3.5.1. Respect convention phase 1

L'article 14a de la nomenclature porte sur la chirurgie générale, le 14c sur la chirurgie plastique et 14f la chirurgie vasculaire. Selon la convention, les codes nomenclature de cet article ne peuvent pas être cumulés.

En 2020, nous avons recensé 60 prestations issues des articles 14, 14c ou 14f ayant eu lieu le jour de la transplantation microchirurgicale de tissu. Ces prestations ont été facturées par 22 hôpitaux différents. Parmi ces prestations abusives, 42 % consistent en « l'extraction de corps étrangers profondément situés dans les tissus » (220231-220242) (voir tableau 2).

Tableau 2: Top 10 cumul pendant phase 1 au jour 0 (2020)

Nomenclature	Fréquence	Description
220231- 220242	25	Extraction de corps étrangers profondément situés dans les tissus
252512- 252523	14	Plastie du sein hétérolatéral

Nomenclature	Fréquence	Description
251591-251602	6	Retrait unilatéral d'une prothèse mammaire ou d'un expanseur tissulaire mammaire
236014-236025	<5	Revascularisation d'un gros vaisseau intrathoracique par endartérectomie, endoanévrismorrhaphie, pontage ou résection avec greffe ou anastomose
239330-239341	<5	Traitement chirurgical d'un lymphoedème par anastomose lymphoveineuse ou lympholymphatique
251716-251720	<5	Placement sous-cutané de plusieurs prothèses d'expansion
251834-251845	<5	Préparation des vaisseaux dans le site receveur, mise en place du lambeau, et réalisation des sutures microchirurgicales : sutures vasculaires complexes (termino-latérales, canon de fusil)
251930-251941	<5	Prélèvement d'un lambeau composite pluri-tissulaire (ex : ostéo-septo-cutané), et préparation du pédicule en vue du transfert microchirurgical
252453-252464	<5	Reconstruction du sein par lambeau cutané de transposition
252593-252604	<5	Reconstruction du sein avec insertion d'un implant mammaire ou d'un expanseur tissulaire mammaire

Outre le cumul au jour 0, les codes nomenclature peuvent également être facturés les autres jours de l'hospitalisation ou après celle-ci. Nous retrouvons ainsi 183 prestations issues des articles 14a, 14c ou 14f entre le jour 1 et le jour 30.

La moitié de ces 183 prestations est facturée les six premiers jours suivant l'intervention, et nous savons que les patientes séjournent en moyenne 6,1 jours à l'hôpital. De même, un nombre encore relativement élevé de prestations sont facturées au jour 7. Par exemple, on recense encore 25 prestations facturées pour 'Reconstruction du sein avec insertion d'un implant mammaire ou d'un expanseur tissulaire mammaire' entre le jour 1 et le jour 30 ; 'Lambeau pédiculé cutané ou fascio-cutané, temps principal' revient 22 fois, tout comme la prestation 'Extraction de corps étrangers profondément situés dans les tissus'. Les codes nomenclatures des articles 14a, 14c ou 14f sont les plus fréquents les jours 1, 3, 5 et 7. Ces prestations sont conformes à l'interdiction de cumul le jour de l'intervention, mais ne respectent pas l'esprit de la convention puisqu'elles sont tout de même facturées à la patiente.

3.5.2. Respect convention phase 2

Afin de respecter la convention en phase 2, les médecins ne peuvent cumuler aucun code nomenclature de l'article 14. Cette règle est donc plus stricte qu'en phase 1.

Le jour 0, nous retrouvons 56 prestations de l'article 14 dans les bases de données de l'AIM. Le tableau 3 indique les 10 prestations abusives les plus utilisées en phase 2 le jour de l'intervention. Une prestation abusive sur trois concerne l'extraction de corps étrangers profondément situés dans les tissus.

Tableau 3: Top 10 cumul en phase 2 au jour 0 (2020)

Nomenclature	Fréquence	Description
250176-250180	10	Lambeau pédiculé cutané ou fascio-cutané, temps principal
220231-220242	9	Extraction de corps étrangers profondément situés dans les tissus
432633-432644	7	Salpingectomie ou ovariectomie ou annexectomie soit unilatérale, soit bilatérale avec confirmation anatomo-pathologique
221196-221200	7	Excision de cicatrice vicieuse, suivie de suture
220264-220253	<5	Cure chirurgicale de phlegmon profond
220275-220286	<5	Exérèse d'une tumeur sous-aponévrotique expansive des tissus mous
241253-241264	<5	Exérèse de tablier graisseux étendu, avec gêne fonctionnelle : Résection elliptique
250213-250224	<5	Lambeau pédiculé cutané ou fascio-cutané réalisé en un temps sur une surface égale ou supérieure à 100 cm ²
251731-251742	<5	Exérèse d'une tumeur de la peau ou des muqueuses ou d'une autre lésion directement accessible, par excision avec plastie et/ou greffe
251786-251775	<5	Exérèse d'une tumeur maligne de la peau ou des muqueuses selon une technique de chirurgie micrographique avec examen anatomo-pathologique peropératoire, et avec fermeture de la plaie, y compris une greffe et/ou plastie éventuelle
432456-432460	<5	Résection complète de l'endomètre, y compris l'hystérocopie et le curetage

Ces 56 prestations sont facturées aux patientes par 23 hôpitaux différents.

Outre ces 56 prestations au jour 0, 96 prestations faisant partie de l'article 14 sont facturées entre le jour 1 et le jour 30. Les fréquences les plus élevées sont observées le jour 3, les jours 14/15 et les jours 20/21. Cette situation est moins claire, car les patientes sont hospitalisées en moyenne une journée. Toutes les prestations du premier mois de la phase 2 ne sont pas nécessairement associées à une

reconstruction mammaire. Une part considérable de ces 96 prestations relèvent de la spécialisation en ophtalmologie.

3.5.3. Respect convention phase 3

En 2020, aucune prestation abusive n'a été facturée aux patientes lors du tatouage de la région aréolaire.

Dans certaines situations décrites plus haut, il est possible que le médecin conseil juge qu'elles ne sont pas liées à des prestations abusives et qu'il autorise tout de même certains cumuls sur la base du dossier médical.

3.6. Chambre individuelle

L'un des objectifs de la convention est d'atteindre une moyenne minimale de 40 % des interventions sans suppléments facturés. La facturation de suppléments n'est possible qu'en chambre individuelle. Ces suppléments, non remboursables par l'assurance maladie obligatoire, ne peuvent excéder les montants maximum déterminés pour certaines phases dans la convention. Le montant maximum est fixe, quel que soit le nombre d'opérations pour lesquelles les prestations ont été effectuées. Si une reconstruction mammaire est facturée *via* la nomenclature et non par la convention, il n'existe pas de montant maximum fixe. Les médecins sont autorisés à déterminer eux-mêmes le montant des suppléments d'honoraires. Il est interdit d'en facturer aux patients qui ne séjournent pas en chambre individuelle, que ce soit *via* la nomenclature ou la convention.

Les suppléments sont liés au choix de la chambre par la patiente. La convention prévoit qu'en aucune manière il ne peut être fait pression sur la patiente pour se faire hospitaliser en chambre individuelle. Le tableau indique, pour chaque phase, les pourcentages de chambres individuelles pour des reconstructions mammaire par la convention ou par la nomenclature. Les phases 2 et 3 révèlent peu de différences entre les deux. Les suppléments d'honoraires maximum pour ces phases peuvent être facturés *via* la convention pour une reconstruction unilatérale (714 € pour la phase 2 et 101 € pour la phase 3), mais sont toutefois d'une autre ampleur que les 3 222 € pour la phase 1.

Concernant la première phase de la reconstruction mammaire, on note une nette différence entre le pourcentage de femmes hospitalisées en chambre individuelle *via* la convention ou *via* la nomenclature. Une patiente sur deux séjourne en chambre individuelle facturée *via* la convention, tandis que seule une sur trois fait ce choix lorsque la nomenclature est utilisée.

Tableau 4: Pourcentage patientes en chambre individuelle, par phase (2020)

% chambre individuelle	Convention	Nomenclature
Phase 1	49,94%	32,77%
Phase 2	23,18%	23,17%
Phase 3	2,97%	0,84%

3.7. Coûts

La présente étude vise notamment à évaluer le respect de la convention. Nous avons aussi fait le choix d'analyser les frais à la charge de l'assurance maladie obligatoire et ceux à la charge de la patiente. Nous calculons uniquement les frais facturés *via* la convention au cours des différentes phases. Les reconstructions attestées *via* la nomenclature ne sont pas prises en compte.

3.7.1. Coûts phase 1

Les prestations de la phase 1 peuvent être assorties d'un supplément d'honoraire maximum de 100 % de l'honoraire pour une reconstruction unilatérale en chambre individuelle en sus de l'honoraire de 3 222 €. En cas de reconstruction bilatérale, le supplément d'honoraire maximum pouvant être facturé est fixé à 80 %. Les suppléments d'honoraires ne sont pas autorisés en chambre double ou commune. La tableau 5 offre un aperçu des honoraires relatifs à la phase 1 et des suppléments d'honoraires maximum pouvant éventuellement être facturés.

Tableau 5: Tarifs phase 1 (INAMI)

Phase 1	Honoraire 2020	Suppl d'honoraires max. 2020	Honoraire 2023	Suppl d'honoraires max. 2023
Unilatérale	3.222,42	3.222,42	3.547,73	3.547,73
Bilatérale	6.120,81	4.896,65	6.738,72	5.390,97

Le taux de personnes sans suppléments d'honoraires est de 50 %. L'objectif minimum de 40 % en moyenne d'interventions sans suppléments d'honoraires est donc atteint.

Nous observons que 1 % des reconstructions en phase 1 dépassent le montant maximum de suppléments d'honoraires. Le montant moyen facturé à la patiente en sus du supplément d'honoraires se chiffre à 3 550 € (médiane : 3 111 €). Ce sont

donc un minimum de 2 352 € et un maximum de 4 834 € excédentaires qui sont facturés aux patientes.

Outre l'honoraire du médecin, d'autres coûts sont liés au séjour hospitalier. Le tableau 6 indique le coût total pour la phase 1, depuis l'admission de la patiente jusqu'à sa sortie de l'hôpital. Les coûts ambulatoires ou ultérieurs à l'hospitalisation ne sont pas comptabilisés.

Dans le montant total à la charge de la patiente, le ticket modérateur est négligeable. Il s'agit des suppléments qui font grimper ce montant. Dans la moitié des cas, le montant total à la charge de la patiente s'élève à 4 533 € ou plus.

Tableau 6: Coût total phase 1 (2020)

	Nombre interventions	Moyenne	Médiane	Minimum	Maximum	Range
AMI	795	7.053,87	6.138,84	4.425,41	14.222,24	9.796,83
Ticket mod.	795	65,35	58,72	1,98	781,84	779,86
Supplément	795	3.671,22	4.480,54	27,00	15.238,39	15.211,39
Tot. patiente	795	3.736,57	4.532,74	46,53	15.292,44	15.245,91

3.7.2. Coûts phase 2

Les médecins sont autorisés à facturer un supplément d'honoraire en chambre individuelle à hauteur de maximum 95 % de l'honoraire pour le remodelage du côté ipsi- et hétérolatéral, y compris la reconstruction éventuelle du mamelon (voir tableau 7).

Tableau 7: Tarifs phase 2 (INAMI)

Phase 2	Honoraire 2020	Suppl d'honoraires max. 2020	Honoraire 2023	Suppl d'honoraires max. 2023
Unilatérale	749,58	713,89	825,25	785,95
Bilatérale	872,28	830,75	960,33	914,60
Supplémentaire	374,79	356,94	412,62	392,97

Le taux de personnes sans suppléments d'honoraires en phase 2 s'élève à 72 %. L'objectif minimum de 40 % en moyenne d'interventions sans suppléments d'honoraires facturés est donc largement atteint. Cela tient au fait que seul un quart des femmes séjournent en chambre individuelle dans le cadre du remodelage du côté ipsi- et hétérolatéral.

Le montant maximum du supplément d'honoraires est dépassé dans 4 % des reconstructions en phase 2. Le montant moyen facturé aux patientes en sus du supplément d'honoraires maximum se chiffre à 124 € (médiane : 36 €). Ce sont donc un minimum de 18 € et un maximum de 1 535 € excédentaires qui sont facturés à ces femmes. Ces montants sont facturés par 11 hôpitaux différents, mais principalement par deux médecins.

Le tableau 8 indique le coût total pour la phase 2. Cette prestation est effectuée aussi bien avec que sans nuitée à l'hôpital. Si l'intervention a lieu sans que la patiente passe la nuit à l'hôpital, seuls les coûts encourus le jour de l'intervention sont comptabilisés. En cas d'hospitalisation classique, tous les frais depuis l'admission jusqu'à la sortie sont pris en compte.

Tableau 8: Coût total phase 2 (2020)

	Nombre interventions	Moyenne	Médiane	Minimum	Maximum	Range
AMI	830	1.520,60	1.563,77	374,79	10.915,33	10.540,54
Ticket mod.	830	19,53	12,00	0,00	188,84	188,84
Supplément	830	522,21	47,39	0,00	9.657,44	9.657,44
Tot. patiente	830	541,74	68,85	0,00	9.773,64	9.773,64

Tout comme en phase 1, le ticket modérateur est négligeable parmi le montant total à la charge de la patiente. En revanche, le supplément moyen s'élève à 522 €, mais la moitié des femmes se voient facturer un supplément maximum de 47 € et un montant total de 69 € ou moins.

3.7.3. Coûts phase 3

L'honoraire pour un tatouage unilatéral se chiffre à 101 € (voir tableau 9) ; un tatouage bilatéral, le double. Les médecins peuvent facturer au maximum 100 % de suppléments d'honoraires, tant pour un tatouage unilatéral que bilatéral.

Tableau 9: Tarifs phase 3 (INAMI)

Phase 3	Honoraire 2020	Suppl d'honoraires max. 2020	Honoraire 2023	Suppl d'honoraires max. 2023
Unilatérale	101,35	101,35	111,58	111,58
Bilatérale	202,70	202,70	223,16	223,16

Il apparaît que 1 % des reconstructions en phase 3 dépasse le montant maximum de suppléments d'honoraires, soit trois transgressions uniquement, toutes dans le même hôpital.

Le taux de personnes sans suppléments d'honoraires en phase 3 s'élève à 86 %. Seules 3 % des femmes séjournent en chambre individuelle durant la phase 3, les suppléments sont donc facturés dans le cadre d'une prestation ambulatoire réalisée par des médecins conventionnés.

Le tableau 10 indique les coûts en phase 3. La patiente débourse en moyenne 56 €.

Tableau 10: Coût total phase 3 (2020)

	Nombre interventions	Moyenne	Médiane	Minimum	Maximum	Range
AMI	302	151,27	111,21	101,35	579,07	477,72
Ticket mod.	302	5,19	0,00	0,00	148,65	148,65
Supplément	302	50,49	0,00	0,00	450,00	450,00
Tot. patiente	302	55,68	7,02	0,00	450,00	450,00

3.7.4. Coûts trajet entier

L'ensemble du trajet est composé de trois phases, qui doivent normalement être réalisées dans un délai d'une année. Ce délai a été allongé à 18 mois en raison de la Covid-19. À l'heure d'effectuer les analyses, les bases de données de l'AIM disposent des données allant jusque la fin du premier semestre 2021. Vu le report des soins non urgents causé par la crise du coronavirus et la disponibilité limitée des données de 2021, seuls 46 trajets sont complets. Ces trajets ont débuté en 2020 et se sont terminés en 2020 ou 2021.

Le coût AMI moyen d'un trajet entier s'élève à 8 876 €, la médiane à 8 010 € (voir tableau 11).

Le ticket modérateur est limité à 74 € en moyenne (médiane : 62 €). Il s'agit des suppléments qui font grimper la facture à la charge du patient jusque 4 115 € en moyenne. La moitié des femmes débourse 5 569 € ou plus ; la part personnelle peut atteindre des montants exorbitants à hauteur de 9 258 €.

Tableau 11: Coût total trajet entier (2020 + éventuellement 2021)

	Nombre interventions	Moyenne	Médiane	Minimum	Maximum	Range
AMI	46	8.875,99	8.010,44	5.884,60	12.213,87	6.329,27
Ticket mod.	46	73,78	62,25	24,20	186,32	162,12
Supplément	46	4.040,77	5.486,60	117,64	9.204,23	9.086,59
Tot. patiente	46	4.114,55	5.569,18	188,07	9.258,18	9.070,11



4. Conclusion

Le pourcentage d'interventions facturées *via* la convention augmente d'année en année. Néanmoins, six patientes sur 10 reçoivent encore des factures établies *via* la nomenclature ; elles n'ont donc aucune sécurité tarifaire. Il est permis de s'interroger sur l'utilité du maintien de deux systèmes, à savoir la facturation *via* la convention et *via* la nomenclature. Si l'on se positionne en faveur d'une sécurité tarifaire pour les patientes, il semble logique de ne plus prévoir que des remboursements pour des interventions réalisées *via* la convention. Celle-ci peut être étendue à cet effet afin d'y inclure d'autres techniques de reconstruction mammaire.

En ce qui concerne les 40 % de patientes qui bénéficient d'une plus grande sécurité tarifaire grâce à la convention, cette étude s'est penchée en partie sur le respect de l'application des conditions fixées par la convention, et plus particulièrement sur la facturation de cumuls interdits, le non dépassement des suppléments maximum et la limitation de la part personnelle des patientes à un niveau raisonnable. Tous ces aspects sont liés. La facturation de prestations de manière abusive ou le dépassement des montants maximum de suppléments font grimper la facture à la charge de la patiente (et de l'AMI) de manière significative.

L'interdiction de cumul, pour les différentes phases, avec des prestations de la nomenclature est généralement bien respectée. La facturation abusive de suppléments ne concerne qu'une petite minorité des cas. À cet égard, il convient toutefois de remarquer que l'interdiction de cumul n'est pas limitée dans le temps par la convention. Les organismes assureurs partent du principe que cette

interdiction ne concerne que le jour de l'intervention. À la lumière des résultats, il s'avère que les prestations illicites sont tout de même facturées par les prestataires, qui les enregistrent non pas au jour 0 mais à une date ultérieure, contournant ainsi la limitation des coûts fixée par la convention.

Les suppléments d'honoraires peuvent uniquement être facturés en chambre individuelle. La convention prévoit qu'en aucune manière il ne peut être fait pression sur la patiente pour se faire hospitaliser en chambre individuelle. De plus, la convention garantit qu'en moyenne, un minimum de 40 % des interventions ne comportent pas de suppléments d'honoraires. Ce seuil de 40 % est respecté dans chacune des phases ; pour les phases 2 et 3, il atteint même respectivement 72 % et 86 %. Le pourcentage est nettement inférieur en phase 1, où le montant maximum des suppléments peut atteindre 3 222 € pour une reconstruction unilatérale et 4 897 € pour une reconstruction bilatérale. Seuls 50 % des patientes ne se voient facturer aucun supplément d'honoraire. Cela tient au fait qu'une patiente sur deux, dans le cas de la facturation *via* la convention, séjourne en chambre individuelle ; lorsque la facturation a lieu *via* la nomenclature, le ratio est d'une personne sur trois.

En conclusion, nous souhaitons formuler plusieurs recommandations stratégiques :

- Il faut veiller à ce que les patientes dont la reconstruction mammaire est attestée *via* la nomenclature soient protégées contre les suppléments élevés, étant donné qu'une minorité de patientes jouit de la protection qu'offre la convention, ou étendre le champ d'application de la convention pour n'y inclure que le remboursement d'interventions *via* la convention.
- Il faut rendre obligatoire l'enregistrement du côté du corps (sein gauche ou droit) opéré en phase 2, 3 et 4, afin que le respect du délai d'une année (temporairement 18 mois en raison de la Covid-19) puisse être effectivement contrôlé.
- Il faut clarifier les règles en vigueur en matière de cumul des codes nomenclature de l'article 14 afin d'éviter tout malentendu concernant l'enregistrement des codes nomenclature après le jour 0. Si la convention ne concerne pas uniquement des prestations attestées au jour 0, la formulation de celle-ci peut être révisée afin que la période réglementée soit explicitée ou étendue étant donné que les cumuls vont à l'encontre de l'esprit de la convention. La convention vise à offrir une sécurité tarifaire pour l'entièreté de la reconstruction mammaire.

L'objectif minimal de 40 % d'interventions sans suppléments facturés est-il assez ambitieux étant donné que 50 % des patientes dont la facturation a lieu *via* la convention et 33 % des femmes dont la facturation passe par la nomenclature séjournent en chambre individuelle ?

Bibliographie

[1] Kankerregister: [Belgian Cancer Registry — Tabellen op jaarbasis \(kankerregister.org\)](#)

[2] Nice guidelines: [Recommendations | Familial breast cancer: classification, care and managing breast cancer and related risks in people with a family history of breast cancer | Guidance | NICE](#)

[3] NTVG: [Geen aangetoonde genmutatie, maar toch preventieve contralaterale mastectomie | NTVG](#)

[4] Gezondheid wetenschap: [Is preventieve borstamputatie bij erfelijke borstkanker niet nodig? · Gezondheid en wetenschap](#)

[5] Robays Jo, Stordeur Sabine, Hulstaert Frank, van Maerken Tom, Claes Kathleen, Janin Nicolas, Matthijs Gert, 't Kint de Roodenbeke Daphné, Berlière Martine, Wildiers Hans, Poppe Kris. Oncogenetic testing and follow-up for women with familial breast/ovarian cancer, Li Fraumeni syndrome and Cowden syndrome. Good Clinical Practice (GCP). Brussels . Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). 2015. KCE Reports 236. D/2015/10.273/09.. English.

[6] RIZIV: [Terugbetaling van borstreconstructie met eigen weefsel - RIZIV \(fgov.be\)](#)

[7] RIZIV: [Conventies-Medische-Directie-COVID-aanpassingen-20221220.pdf \(fgov.be\)](#)

Annexes

Annexe 1: Prestations reconstruction mammaire

Nomenclature	
252453-252464	Reconstruction du sein par lambeau cutané de transposition
252475-252486	Reconstruction du sein par lambeau musculocutané pédiculé autre que du muscle droit de l'abdomen
252490-252501	Reconstruction de la plaque aréolo-mamelonnaire
252512-252523	Plastie du sein hétérolatéral
252534-252545	Reconstruction du sein par lambeau pédiculé du muscle droit de l'abdomen (TRAM)
252556-252560	Reconstruction du sein par lambeau libre microchirurgical
252571-252582	Reconstruction du sein par lambeau (cutanéograsseux) libre à pédicule perforant)
252593-252604	Reconstruction du sein avec insertion d'un implant mammaire ou d'un extenseur tissulaire mammaire
252615-252626	Tatouage de la région aréolaire
Pseudonomenclature - Convention	
252652-252663	Reconstruction mammaire unilatérale au moyen de la chirurgie reconstructive après une opération par lambeau libre microchirurgical perforant (y compris la fermeture du site donneur)
252674-252685	Reconstruction mammaire bilatérale au moyen de la chirurgie reconstructive après une opération par lambeau libre microchirurgical perforant, (y compris la fermeture du site donneur)
252696-252700	Reconstruction mammaire unilatérale au moyen de la chirurgie reconstructive après une opération par lambeau libre microchirurgical perforant (y compris la fermeture du site donneur), après accord du Collège des médecins-directeurs préalablement à l'intervention
252711-252722	Reconstruction mammaire bilatérale au moyen de la chirurgie reconstructive après une opération par lambeau libre microchirurgical perforant (y compris la fermeture du site donneur), après accord du Collège des médecins-directeurs préalablement à l'intervention
252733-252744	Reconstruction unilatérale de la plaque aréolo-mamelonnaire et remodelage d'un ou de deux seins par plastie mammaire, y compris

	l'implantation éventuelle d'un implant mammaire ou d'unpanseur tissulaire mammaire
252755-252766	Reconstruction bilatérale de la plaquearéolo-mamelonnaire et remodelage d'un ou de deux seins par plastie mammaire, y compris l'implantation éventuelle d'un implant mammaire ou d'unpanseur tissulaire mammaire
252770-252781	Remodelage complémentaire d'un ou de deux seins par plastie mammaire, y compris l'implantation éventuelle d'un implant mammaire ou d'unpanseur tissulaire mammaire
252792-252803	Tatouage unilatéral de la régionaréolaire par le chirurgien plasticien ou sous sa supervision
252814-252825	Tatouage bilatéral de la régionaréolaire par le chirurgien plasticien ou sous sa supervision
252836-252840	Révision du lambeau dans les 7 jours suivant une des prestations 252652-252663, 252674-252685, 252696-252700 ou 252711-252722, et exécuté dans un autre temps opératoire. La révision consiste en la revascularisation du lambeau perforateur au moyen d'une anastomose microchirurgicale