

JUSTEL - Législation consolidée

<http://www.ejustice.just.fgov.be/eli/arrete/2022/06/17/2022032632/justel>

Dossier numéro : 2022-06-17/20

Titre

17 JUIN 2022. - Arrêté royal modifiant l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, en ce qui concerne les pathologies de la colonne vertébrale

Source : SECURITE SOCIALE

Publication : Moniteur belge du 15-07-2022 page : 56415

Entrée en vigueur : 01-09-2022

Table des matières

Art. 1-7

[ANNEXES.](#)

Art. N

Texte

Article [1er](#). A l'article 2 de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, modifié en dernier lieu par l'arrêté royal du 28 février 2022, les modifications suivantes sont apportées :

1° la règle d'application qui suit la prestation 102491 est remplacée par ce qui suit :

" 105092

Consultation avec l'élaboration d'un rapport écrit d'un bilan diagnostique spécialisé pour pathologie de la colonne vertébrale par un médecin spécialiste en chirurgie orthopédique ou en neurochirurgie. N 8

105114

Consultation avec l'élaboration d'un rapport écrit d'un bilan diagnostique spécialisé pour pathologie de la colonne vertébrale par un médecin spécialiste en chirurgie orthopédique ou en neurochirurgie, accrédité N 8 + Q

30

105136

Consultation avec l'élaboration d'un rapport écrit d'un bilan diagnostique spécialisé pour pathologie de la colonne vertébrale par un médecin spécialiste en médecine physique et réadaptation N 9

105151

Consultation avec l'élaboration d'un rapport écrit d'un bilan diagnostique spécialisé pour pathologie de la colonne vertébrale par un médecin spécialiste en médecine physique et réadaptation, accrédité N 9 + Q 30

105173

Consultation avec l'élaboration d'un rapport écrit d'un bilan spécialisé pour douleur en relation avec une pathologie de la colonne vertébrale par un médecin spécialiste en anesthésie-réanimation avec une expérience en algologie N 8

105195

Consultation avec l'élaboration d'un rapport écrit d'un bilan spécialisé pour douleur en relation avec une pathologie de la colonne vertébrale par un médecin spécialiste en anesthésie-réanimation avec une expérience en algologie, accrédité N 8 + Q 30

Les prestations 105092, 105114, 105136, 105151, 105173 et 105195 incluent l'évaluation approfondie et l'établissement d'un rapport contenant les antécédents généraux et psychosociaux et les antécédents relatifs à

la pathologie de la colonne vertébrale. Il comprend en outre la description de l'affection actuelle, l'impact fonctionnel et les traitements déjà appliqués, l'examen clinique, les examens techniques complémentaires à visée diagnostique et le plan de traitement proposé y compris les alternatives.

Les honoraires pour ces prestations couvrent la rédaction du rapport. Il est conservé dans le dossier médical du patient.

Seule une des prestations 105092, 105114, 105136, 105151, 105173 et 105195 peut être accordée au maximum une fois par patient, par année civile et par spécialité.

Par consultation, il faut entendre l'examen du malade au cabinet du médecin, en vue du diagnostic ou du traitement d'une affection; les honoraires fixés pour la consultation comprennent l'indemnisation pour la rédaction et la signature des documents afférents à cet examen ou réclamés par le malade à l'occasion de cette consultation. ";

2° est inséré un B/1, rédigé comme suit :

" B/1. Concertation multidisciplinaire

105291-105302

Concertation spine multidisciplinaire (CSM), attestée par le médecin, membre de l'équipe soignante multidisciplinaire pour la prise en charge de la pathologie de la colonne vertébrale de l'établissement hospitalier, qui coordonne cette concertation K 80

105313-105324

Participation à la CSM par un médecin, membre de l'équipe soignante multidisciplinaire pour la prise en charge de la pathologie de la colonne vertébrale de l'établissement hospitalier K 17

105335-105346

Participation à la CSM par un médecin qui n'est pas membre de l'équipe de médecins hospitaliers K 25

105350-105361

Supplément d'honoraires à la prestation 105313-105324, attestable par le médecin-coordonateur de l'équipe soignante multidisciplinaire pour la prise en charge de la pathologie de la colonne vertébrale, quand il/elle participe à la CSM K 15

L'équipe soignante multidisciplinaire pour la prise en charge de la pathologie de la colonne vertébrale est décrite dans l'article 14, n), § 2, 7°.

Une CSM est demandée par écrit par le médecin généraliste traitant ou le médecin spécialiste traitant.

A chaque CSM participent au moins 2 médecins, membres de l'équipe soignante multidisciplinaire pour la prise en charge de la pathologie de la colonne vertébrale de l'établissement hospitalier et de spécialités différentes, dont une est chirurgicale et l'autre non-chirurgicale.

La prestation 105313-105324 est attestable par au maximum 3 médecins spécialistes de spécialités différentes, exclusivement à l'occasion de la prestation 105291-105302.

La prestation 105335-105346 couvre les frais de déplacement.

La prestation 105291-105302 est uniquement due si dans un délai de maximum 120 jours au préalable à cette prestation une des prestations 105092, 105114, 105136, 105151, 105173 ou 105195 a été effectuée.

Une CSM peut avoir lieu en l'absence du patient, si le patient a été examiné dans les 120 jours précédents la CSM, par au moins un participant d'une discipline chirurgicale et un participant d'une discipline non-chirurgicale, tous les deux membres de l'équipe soignante multidisciplinaire précitée pour la prise en charge de la pathologie de la colonne vertébrale. Lorsque cette condition n'est pas rencontrée le patient doit être physiquement présent pendant la CSM.

La CSM ne peut être tenue qu'en réponse à au moins une des indications suivantes :

- a) douleur cervicale ou dorsale chronique pour laquelle un traitement chirurgical est envisagé ;
- b) patients chez qui en raison d'une pathologie dégénérative une arthrodèse lombaire sur plus de 2 niveaux est envisagée ;
- c) patients chez qui en raison d'une pathologie dégénérative une intervention de révision est envisagée, au même niveau, du même côté et par le même abord ;
- d) douleur de la colonne vertébrale chronique et pour laquelle malgré 6 mois de thérapie conservatrice et de révalidation le résultat obtenu est insuffisant ;
- e) radiculopathie invalidante subsistant plus de 6 mois malgré une thérapie non chirurgicale ;
- f) douleur cervicale ou thoracolombaire chronique avec ou sans brachialgie/ischialgie avant la réalisation d'un quatrième traitement thérapeutique interventionnel de la douleur sur une période de 12 mois ;
- g) en cas de présence d'indicateurs d'un risque accru de pronostic défavorable et lorsqu'un traitement chirurgical est envisagé ;
- h) patients pour lesquels la neuromodulation est envisagée ;
- i) patients pour lesquels la vertébro/cyphoplastie percutanée est envisagée, à l'exception d'une indication oncologique.

Les prestations 105291-105302, 105313-105324, 105335-105346 et 105350-105361 requièrent la présence physique simultanée des différents médecins participants.

La prestation 105291-105302 n'est pas cumulable avec les prestations 350372-350383, 350276-350280 et 350291-350302 dans le cas d'une pathologie oncologique de la colonne vertébrale.

Chaque CSM donne lieu à un rapport écrit, rédigé par un médecin spécialiste présent. Le rapport est conservé dans le dossier médical du patient.

Le rapport mentionne les noms des médecins participants et du médecin qui a fait la demande de la CSM et reprend :

- a) la description du problème initial ;
- b) un aperçu des données médicales disponibles ;

- c) une élaboration du diagnostic avec estimation de l'évolution ;
- d) un plan de traitement motivé, y compris les alternatives éventuelles, à court et plus long terme, compte tenu du contexte psychosocial ;
- e) une proposition du suivi médical ;
- f) une proposition concernant les possibilités d'aptitude au travail ou d'incapacité de travail.

En cas de renvoi pour une CSM, le nom de l'établissement hospitalier qui réfère le patient est mentionné dans le rapport.

Le rapport est transmis à l'ensemble des médecins ayant participé à la CSM, ainsi qu'au médecin qui en a fait la demande, au médecin généraliste, et aux autres dispensateurs de soins impliqués à l'exécution de l'itinéraire de soins pour la prise en charge de la pathologie de la colonne vertébrale.

Ce rapport est également transmis au médecin-conseil de l'organisme assureur à sa demande si le patient est un travailleur en incapacité de travail.

Excepté pour le médecin-conseil, la transmission du rapport aux prestataires de soin assure une prise en charge optimale du patient atteint de la pathologie de la colonne vertébrale grâce au partage des informations nécessaires.

En ce qui concerne le médecin-conseil, la transmission du rapport lui permet d'évaluer l'opportunité d'un trajet de réintégration.

Un itinéraire de soins pour la prise en charge de la pathologie de la colonne vertébrale est une intervention complexe visant la prise de décisions concertée et l'organisation des processus cliniques pour des patients porteurs d'une pathologie complexe de la colonne vertébrale. Il contient un énoncé explicite des objectifs et des éléments-clés de soins basé sur des données probantes, les règles de bonnes pratiques (best practices) ainsi que sur les attentes et caractéristiques des patients. Il facilite la communication entre les membres de l'équipe soignante multidisciplinaire pour la prise en charge de la pathologie de la colonne vertébrale ainsi qu'avec le patient et son entourage. Il permet de coordonner le processus de soins en insistant sur la complémentarité des rôles et sur la séquence des activités de l'équipe multidisciplinaire, du patient et de son entourage. Il insiste sur l'enregistrement, le suivi et l'évaluation des résultats et il identifie les moyens nécessaires.

Le coordinateur de l'équipe soignante multidisciplinaire pour la prise en charge de la pathologie de la colonne vertébrale reçoit les demandes de CSM, organise l'agenda et invite à temps le patient, les médecins concernés et les dispensateurs de soins concernés. "

Art. 2. A l'article 14, b), de la même annexe, modifié en dernier lieu par l'arrêté royal du 26 janvier 2016, les modifications suivantes sont apportées :

1° dans le libellé de la prestation 230591-230602, les mots " , d'une hydromyélie ou d'une syringomyélie " sont abrogés ;

2° le libellé de la prestation 230694-230705 est complété par le mot " crânienne " ;

3° le libellé de la prestation 232551-232562 est remplacé comme suit :

" Traitement chirurgical par trépanation d'un anévrysme ou d'une communication artérioveineuse de l'encéphale ainsi que de son enveloppe méningée " ;

4° les prestations 230731-230742, 232750-232761, 232772-232783 et 232794-232805 sont abrogées.

Art. 3. A l'article 14, k), de la même annexe, modifié en dernier lieu par l'arrêté royal du 3 octobre 2018, sont apportées les modifications suivantes :

1° au I,

a) au § 1er,

I. au A, 1°,

1. dans les libellés des prestations 280011-280022, 280033-280044, 280055-280066, 280070-280081 et 280092-280103, les mots " de synthèse " sont à chaque fois remplacés par les mots " d'osteosynthèse " ;

2. les libellés des prestations 280055-280066, 280070-280081 et 280092-280103 sont à chaque fois complétés par les mots " , à l'exception du matériel d'osteosynthèse de la colonne vertébrale " ;

3. dans le libellé de la prestation 277771-277782, les mots " de la main ou du pied " sont remplacés par les mots " de la main, du pied ou de la colonne vertébrale " ;

4. dans le libellé de la prestation 275015-275026 les mots " Trépanation curetage " sont remplacés par le mot " Curetage " ;

5. dans le libellé de la prestation 275030-275041, les mots " Trépanation curetage " sont remplacés par le mot " Curetage " et le mot vertèbre- est abrogé ;

II. le B est remplacé par ce qui suit :

" B. Cou et tronc.

281153-281164

Traitement du syndrome du défilé thoracique par une voie d'abord N 415

281131-281142

Traitement du défilé thoracique par deux voies d'abord N 588

282516-282520

Réduction sanglante d'une fracture du sternum N 200

282531-282542

Curetage du sternum sous anesthésie générale N 100

282553-282564

Résection partielle du sternum N 200

282575-282586

Xyphoïdectomie N 75
282590-282601
Traitement chirurgical d'un thorax en entonnoir (pectus excavatum), interventions de type phrénosternolyse N 250
282612-282623
Traitement chirurgical d'un thorax en entonnoir (pectus excavatum), à l'exclusion des interventions type phrénosternolyse N 600
262730-282741
Reconstruction du sternum pour nécrose post sternotomie par un lambeau pédiculé, quel que soit le type de lambeau pédiculé N 400
282634-282645
Ostéosynthèse pour fracture de côtes : d'une côte N 150
282656-282660
Ostéosynthèse pour fracture de côtes : de deux ou plusieurs côtes d'un même hémithorax N 225
282671-282682
Résection costale pour tumeur N 250
282693-282704
Résection costale pour affection non tumorale N 150
282715-282726
Curetage d'une ou plusieurs côtes sous anesthésie générale N 100 " ;
b) au § 2,
I. dans le texte néerlandais du A, 1°, alinéa 4,
1. le mot " ogen " est remplacé par le mot " mogen " ;
2. le mot " verstellling " est remplacé par le mot " verstreking " ;
II. au B,
1. au 1° " Traitements des fractures et luxations ", les prestations 295013-295024 et 295035-295046 sont abrogées ;
2. au 2°,
i. le libellé de la prestation 295352-295363 est complété par le mot " (cervico-thoracique) " ;
ii. le libellé de la prestation 295396-295400 est remplacé par ce qui suit :
" Corset thoracique avec ou sans épaulières moulées " ;
3. le 3° " Tractions continues " et les prestations 295610-295621 et 295632-295643 sont abrogés ;
4. le 5° " Prises de moulage " est remplacé par ce qui suit :
" 5° Prises de moulage :
295816-295820
Colonne cervicale N 35
295831-295842
Colonne thoracique N 75
295853-295864
Colonne cervico-thoracique N 75
295875-295886
Colonne lombaire N 75
295890-295901
Colonne thoraco-lombaireN75
295912-295923
Colonne cervico-thoraco-lombaire N 90
295934-295945
Tête et colonne cervico-thoracique N 90
295956-295960
Tête et colonne cervico-thoraco-lombaire N 90 " ;
c) au § 3,
I. le libellé de la prestation 288455-288466 est remplacé par ce qui suit :
" Résection en bloc d'une tumeur osseuse maligne primitive, quel que soit l'os atteint, à l'exception d'une tumeur osseuse de la colonne vertébrale, sans reconstruction anatomique définitive " ;
II. le libellé de la prestation 288470-288481 est remplacé par ce qui suit :
" Résection en bloc d'une tumeur osseuse maligne primitive d'un segment osseux ou ostéo-articulaire, à l'exception d'une tumeur osseuse de la colonne vertébrale, avec reconstruction anatomique par auto- ou allogreffe osseuse ou par prothèse " ;
III. le libellé de la prestation 288492-288503 est remplacé par ce qui suit :
" Remplacement par une nouvelle prothèse ou greffe, d'une prothèse à charnière ou d'une allogreffe massive initialement implantée pour tumeur osseuse maligne primitive, à l'exception d'une tumeur osseuse de la colonne vertébrale " ;
2° le point " II. Prestations non chirurgicales " et la prestation 299972-299983 sont abrogés.

Art. 4. Dans l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, modifié en dernier lieu par l'arrêté royal du 17 mars 2022, il est inséré un article 14, n), qui est joint à l'annexe au présent arrêté.

[Art. 5.](#) A l'article 34 de la même annexe, modifié en dernier lieu par l'arrêté royal du 5 décembre 2021, sont apportées les modifications suivantes :

1° Au § 1er, b), les règles d'application qui suivent la prestation 589676-589680 sont remplacées par ce qui suit :

" 589890-589901

Vertébroplastie percutanée pour le traitement de fractures par enfoncement d'un corps vertébral (par corps vertébral) I 400

Les prestations 589676-589680 et 589890-589901 ne peuvent être attestées que dans une des indications suivantes :

A. Fractures tassement ostéoporotiques "single level" ou "multi-level" sans compression neurologique et sans signe de déficit neurologique, pour autant qu'il soit satisfait à toutes les conditions suivantes :

a) douleurs persistantes de plus de 35 jours liées à la fracture et pour lesquelles le traitement médicamenteux de la douleur - administré pendant 35 jours au minimum - a soit échoué, soit donné lieu à des effets secondaires trop gênants ; la situation est décrite dans un rapport rédigé par le médecin ayant pris en charge le traitement de la douleur ; l'intervention doit cependant avoir lieu avant que la fracture par enfoncement ne soit consolidée, endéans une période de 120 jours ;

b) présence d'un oedème osseux documenté par l'imagerie médicale ;

c) avec un T-score, calculé par rapport à une population de référence de ≤ -1 ;

d) après une investigation clinique et documentation des facteurs de risque connus et prise en charge dans un trajet de suivi avec une thérapie adaptée pour l'ostéoporose et la prévention de fracture.

L'indication est posée lors d'une concertation spine multidisciplinaire (CSM) dans le cadre d'une équipe soignante multidisciplinaire pour la prise en charge de la pathologie de la colonne vertébrale et les données sont enregistrées dans le registre correspondant. Les modalités exactes de la CSM et de l'équipe soignante multidisciplinaire pour la prise en charge de la pathologie de la colonne vertébrale sont définies aux articles 2 et 14, n).

B. Fractures tassements causées par la présence d'une tumeur ostéolytique maligne, sans compression neurologique et sans signes de déficit neurologique, pour autant qu'il soit satisfait à toutes les conditions suivantes :

a) présence d'un oedème osseux documenté par l'imagerie médicale ;

b) après examen de l'indication lors d'une concertation oncologique multidisciplinaire (COM) sauf dans des circonstances cliniques urgentes. Les données sont enregistrées dans le registre correspondant.

Dans les deux cas, A + B, le diagnostic est posé sur la base des examens suivants :

- et RX face et profil

- et IRM ou en cas de contre-indication, une scintigraphie osseuse avec SPECT.

Et en cas de fractures tassements ostéoporotiques, un DEXA-scan.

Les documents desquels il ressort qu'il est satisfait aux indications susmentionnées, doivent être conservés dans le dossier et doivent être envoyés au médecin-conseil si celui-ci/celle-ci les demande.

Les prestations 589676-589680 et 589890-589901 sont attestées à 100 % pour chaque vertèbre traitée, sous réserve qu'elles ne peuvent être attestées pour plus de deux vertèbres en même temps à l'assurance maladie-invalidité.

Les prestations 589676-589680 et 589890-589901 ne sont pas cumulables entre elles.

Les prestations 589676-589680 et 589890-589901 sont accessibles aux médecins spécialistes en radiodiagnostic et aux médecins spécialistes en neurochirurgie et en chirurgie orthopédique. " ;

2° au § 2, alinéa 1er,

a) dans le texte néerlandais, les mots "geneesheren-specialisten" sont chaque fois remplacés par les mots "artsen-specialisten" ;

b) l'alinéa est complété par les mots " , sauf autre directive mentionnée à la prestation même ".

[Art. 6.](#) Le présent arrêté entre en vigueur le premier jour du deuxième mois qui suit celui de sa publication au Moniteur belge.

[Art. 7.](#) Le ministre qui a les Affaires sociales dans ses attributions est chargé de l'exécution du présent arrêté.

[ANNEXES.](#)

[Art. N.](#)

Article 14	n) les prestations relevant de la spécialité de chirurgie orthopédique (DP) et neurochirurgie (DA) :		
	§ 1er. I. Traitements sanglants		
	A. Procédures cervicales		
224011	224022	^^ Décompression de la moelle épinière au niveau de la colonne cervicale par voie transorale, transmaxillaire ou transmandibulaire	K 500