

# Évaluation de la Convention sur la reconstruction mammaire

Rapport de l'Agence Intermutualiste

Katte Ackaert — Service d'études

## Résumé

Parce que la nomenclature existante des soins de santé ne permettait pas d'assurer la sécurité tarifaire des patientes en reconstruction mammaire et de leur éviter des suppléments d'honoraires faramineux, un accord a été conclu en 2016 entre le Comité de l'assurance du Service de soins de santé de l'INAMI et différents hôpitaux (INAMI, 2023a). L'étude de l'Agence InterMutualiste (AIM) examine dans quelle mesure les accords liés aux tarifs et à l'interdiction de cumul des numéros de nomenclature, décrits dans cette convention « reconstruction mammaire », sont respectés (Ackaert, 2023). Pour ce faire, nous avons d'abord étudié le nombre de patientes optant pour une reconstruction mammaire avec leurs propres tissus, tant pour la reconstruction proprement dite que pour le remodelage du sein avec reconstruction éventuelle du mamelon. Le nombre de patientes qui optent ultérieurement pour un tatouage du mamelon et de la région aréolaire est également abordé. Certains paramètres du séjour à l'hôpital sont examinés, ainsi que les coûts pour la patiente, avec une attention particulière pour les suppléments d'honoraires facturés, la convention souhaitant avant tout offrir une meilleure protection aux patientes contre les suppléments astronomiques. On étudie également si l'interdiction de cumul est respectée pour les différentes étapes de la reconstruction mammaire.

Dans l'ensemble, on peut conclure que les médecins et les hôpitaux s'en tiennent aux tarifs convenus et que le pourcentage maximal autorisé de patientes auxquels sont facturés des suppléments d'honoraires est respecté. Néanmoins, le pourcentage de patientes pour lesquelles des suppléments d'honoraires sont facturés est significativement plus élevé dans le cas d'une facturation via la convention que dans le cas d'une facturation via la nomenclature. L'interdiction de cumul avec les prestations de la nomenclature est également largement respectée. Dans ce contexte, il convient de préciser que les règles doivent être renforcées afin d'éviter l'utilisation combinée de la nomenclature et de la convention.

Mots-clés : reconstruction mammaire, évaluation de la convention, interdiction de cumul nomenclature, suppléments d'honoraires, sécurité tarifaire, étude quantitative, Agence InterMutualiste (AIM)

## 1. Introduction

Selon le Registre du Cancer, plus de 10.000 femmes se font diagnostiquer un cancer du sein chaque année (Fondation Registre du Cancer, 2023). Le cancer du sein est donc le cancer le plus fréquent chez les femmes. L'ablation du sein est souvent nécessaire. Outre l'ablation d'un sein pour cause de cancer déjà présent, de nombreuses femmes subissent également une ablation préventive des seins en raison d'un risque fortement accru de cancer du sein.

Après une mastectomie partielle ou complète, il est possible de procéder à une reconstruction mammaire. Cette opération peut être réalisée au cours de la même intervention que l'ablation ou quelque temps après l'ablation du sein. Si la reconstruction mammaire a lieu au moment de la mastectomie, on parle de reconstruction primaire. En cas de doute sur la méthode de reconstruction ou sur le plan de traitement du cancer, la reconstruction mammaire est reportée. Dans certains cas, il est nécessaire d'attendre la fin de la radiothérapie et/ou de la chimiothérapie. Si la reconstruction mammaire est reportée à une date ultérieure, on parle de reconstruction mammaire secondaire. Cette reconstruction peut avoir lieu plusieurs mois ou années après l'ablation du sein. Le placement d'une prothèse mammaire définitive après la pose d'un expandeur mammaire ou d'une prothèse mammaire temporaire au cours de la première phase de la reconstruction est également considéré comme une reconstruction secondaire. La reconstruction tertiaire est un remodelage d'un sein déjà reconstruit. C'est le cas, par exemple, lorsqu'une nouvelle intervention est nécessaire après l'échec d'une reconstruction (primaire ou secondaire), ou lorsque la patiente n'est pas (ou plus) satisfaite du résultat.

Il existe différentes techniques de reconstruction mammaire. On peut distinguer la chirurgie utilisant les tissus propres de la femme et la chirurgie utilisant une prothèse. Parfois, les deux techniques sont combinées. Dans le cadre de la chirurgie utilisant les tissus propres par exemple, un nouveau sein peut être modélisé à partir de la peau, du tissu adipeux et des vaisseaux sanguins associés. Avec la méthode du *deep inferior epigastric artery perforator* (DIEP), un nouveau sein est créé avec de la peau et du tissu adipeux prélevés sur l'abdomen. Grâce à la microchirurgie, les vaisseaux sanguins de ce tissu sont reliés aux vaisseaux sanguins situés au niveau de la poitrine. Cette technique peut être utilisée pour la reconstruction mammaire primaire ou secondaire. La reconstruction mammaire bilatérale (reconstruction des deux seins) peut

également être réalisée à l'aide d'un lambeau DIEP, si les tissus disponibles au niveau de l'abdomen sont suffisants. L'irradiation du sein à un stade antérieur n'est pas un obstacle à cette forme de reconstruction mammaire.

Presque toutes les reconstructions mammaires nécessitent plusieurs interventions, échelonnées dans le temps. La première est la reconstruction proprement dite du sein (phase 1). Cette phase est suivie d'interventions visant à améliorer la forme et la symétrie avec l'autre sein (phase 2). Si nécessaire, le mamelon et l'aréole seront également reconstruits. Cela peut impliquer d'adapter le sein reconstruit (ipsilatéral) et/ou de réduire ou d'augmenter l'autre sein (hétérolatéral). La dernière phase (phase 3), qui consiste à colorer le mamelon et l'aréole par tatouage, est cosmétique.

Tout le monde ne peut pas bénéficier d'une reconstruction avec des tissus corporels propres. Si la femme, par exemple, ne dispose pas d'une couche de graisse sous-cutanée suffisante au niveau de l'abdomen, la reconstruction mammaire par DIEP n'est pas possible et il faut chercher une autre région du corps pour prélever des tissus. Pour ces femmes, d'autres méthodes de reconstruction mammaire sont alors disponibles. Les interventions, quelle que soit la méthode, sont remboursées par l'assurance obligatoire soins de santé (AO).

La nomenclature existante des prestations de soins de santé s'est révélée inadaptée au remboursement d'interventions chirurgicales souvent très complexes. Les patientes risquaient de devoir payer des suppléments d'honoraires très élevés, que les assurances hospitalisation ne couvraient pas toujours. En 2016, il a été décidé de s'attaquer à ce problème de sécurité tarifaire pour les patientes. Depuis octobre 2016, il existe un accord entre le Comité de l'assurance du Service des soins médicaux de l'INAMI et un certain nombre d'hôpitaux pour le remboursement de la reconstruction mammaire totale unilatérale ou bilatérale avec des tissus propres. La convention, comme le prévoit également la nomenclature, propose une intervention de reconstruction par lambeau microchirurgical perforant. Pour cela, les honoraires des médecins sont substantiellement plus élevés que dans la nomenclature. Dans de nombreux cas, il s'agit du DIEP mais, en fonction du site de prélèvement des tissus, d'autres procédures sont également possibles comme le *lambeau perforateur de l'artère glutéale supérieure* (SGAP), le *lambeau perforateur de l'artère glutéale inférieure* (IGAP) ou le *lambeau perforateur des artères circonflexes fémorales latérales* (LCFAP).

La convention prévoit une intervention pour la reconstruction mammaire dans trois situations :

- la perte d'un sein à la suite d'un cancer, d'une infection, d'un traumatisme ou d'une nouvelle intervention après l'échec d'un lambeau libre ;
- la perte d'un ou des deux seins après une mastectomie préventive en raison d'un risque significativement accru de cancer du sein ;
- l'absence de tissu mammaire en cas de syndrome de Poland (un défaut de développement du sein).

L'accord prévoit le remboursement de : 1) la transplantation microchirurgicale de tissus, 2) le remodelage du (des) sein(s), y compris la reconstruction éventuelle du mamelon et 3) le tatouage du mamelon et de la région aréolaire. La convention vise donc une reconstruction complète. Si une première phase est facturée dans le cadre de la convention, les phases suivantes doivent également être réglées dans le cadre de la convention. La facturation au moyen de codes de nomenclature distincts n'est pas autorisée dans le cadre de la convention.

L'un des objectifs de la convention est de limiter le coût pour les patient-es à un montant raisonnable. La convention ne définit pas ce montant raisonnable. Si un hôpital signe la convention, tou-ttes les médecins de cet hôpital doivent respecter la convention. Des honoraires sont prévus pour et au sein de chaque phase. Ils sont adaptés à la durée et à la complexité de l'opération et du suivi. Des modalités s'appliquent pour la facturation d'éventuels suppléments. La facturation de suppléments esthétiques est interdite, quel que soit le choix de chambre de la patiente. En revanche, les suppléments d'honoraires — tout comme les suppléments de chambre — peuvent être facturés lorsque la patiente choisit et séjourne effectivement dans une chambre individuelle lors de l'hospitalisation. Dans le cadre de la convention, les suppléments d'honoraires sont plafonnés : par phase, un maximum est fixé pour les suppléments d'honoraires en chambre individuelle. De plus, les patient-es ne peuvent pas être mis sous pression pour opter pour une chambre individuelle. Des suppléments d'honoraires ne peuvent pas être facturés pour au moins 40% des interventions en moyenne. Les patient-es reçoivent également un devis et un projet de déclaration d'admission au moins sept jours avant l'opération. Le devis comprend toutes les informations médicales utiles ainsi que les informations financières afin que les conséquences du choix de chambre soient connues du-de la patient-e à l'avance et que ce-tte dernier-e puisse donner son consentement éclairé. La convention souhaite ainsi rendre les coûts facturables plus transparents et prévisibles pour les patient-es.

Le rapport de l'Agence intermutualiste (AIM), résumé dans cet article, décrit la mesure avec laquelle la convention atteint ses principaux objectifs, à savoir :

- ramener les coûts élevés pour les patient-es à un niveau acceptable ;
- interdiction de cumul avec des codes de nomenclature distincts au cours des différentes phases.

## 2. Méthodologie

La base de données de l'AIM rassemble les données de facturation des sept mutualités belges. Toutes les prestations de soins de santé qui sont (partiellement) remboursées par les mutualités dans le cadre de l'AO sont encodées dans cette base de données. En plus de la partie remboursable, les cotisations propres des patients pour les prestations remboursables (c'est-à-dire les tickets modérateurs) et les suppléments facturés éventuels sont également enregistrés. C'est sur cette base de données de soins de santé que s'appuie l'étude de l'AIM.

Pour cette étude, les dates de facturation de l'année 2020 ont été sélectionnées (date d'admission en 2020, date de sortie éventuellement en 2021 en cas d'admission classique). Pour analyser le trajet complet de la reconstruction mammaire, les données de 2020 et du premier semestre 2021 ont été exploitées. Au moment de l'analyse, les données de 2021 étaient encore incomplètes. Par conséquent, un trajet complet n'est disponible que pour un nombre limité de personnes.

Les analyses couvrent les phases 1, 2 et 3 de la reconstruction mammaire. Il arrive que des prestations supplémentaires soient nécessaires après la phase 1 et qu'une révision du lambeau soit effectuée. Les données de ces révisions de lambeau ne sont pas abordées dans le présent article. Les prestations des phases 2 et 3 datant de 2020 pour la reconstruction mammaire à partir de 2019 (phase 1) ont toutefois été comprises dans l'analyse actuelle. Si elles ont été facturées via la convention, ces phases 2 et 3 suivent les interventions de 2019 ou 2020 car les trois phases doivent être réalisées dans un délai d'un an pour répondre aux conditions de remboursement (un an et demi à cause du COVID-19) (INAMI, 2023b). En cas de facturation via la nomenclature, il n'y a pas de limite de temps et la phase 1 peut également avoir eu lieu avant 2019.

Par ailleurs, certaines analyses couvrent également le premier semestre 2021 en combinaison avec les données de l'année 2020. Dans la mesure du possible, les résultats des trajets complets — c'est-à-dire des trois phases de la reconstruction mammaire — sont décrits. Cependant, l'exigence est que le début de la reconstruction (phase 1) ait eu lieu en 2020. Étant donné qu'au moment de la sélection des données, l'AIM disposait des données de facturation jusqu'au deuxième trimestre 2021 inclus, il se peut que certaines prestations manquent pour reconstituer un trajet complet. Ainsi, ce sont principalement les prestations des phases 2 et 3 qui manqueront pour contrôler le trajet complet d'un patient si la phase 1 a lieu à la fin de l'année 2020.

Lors de l'extraction de la base de données, toutes les femmes ayant bénéficié d'au moins une prestation en 2020 pour une reconstruction mammaire ont été reprises. Aucune distinction n'est faite entre les prestations attestées via la nomenclature et les prestations attestées via la convention. Les 11 hommes ayant subi une ou plusieurs phases de reconstruction mammaire en 2020 ne sont pas inclus dans les analyses.

Pour calculer les frais, tous les coûts par patiente sont pris en compte. Cela signifie que non seulement les prestations de soins de santé sont comprises, mais aussi, par exemple, les prestations pharmaceutiques. Pour une hospitalisation classique (= au moins 1 nuitée), tous les frais sont inclus, de l'admission à la sortie. En cas d'hospitalisation de jour ou de soins ambulatoires, seul le coût de cette journée est pris en compte.

## 3. Résultats

La reconstruction mammaire pouvant être facturée à la fois via la nomenclature et via la convention, l'AIM compare les deux modes de facturation, pour les différents éléments. Il sera ainsi plus facile d'évaluer si les objectifs de la convention sont atteints.

### 3.1. Nombre d'interventions/femmes

#### 3.1.1. En général

En raison du report des soins non urgents dû à la pandémie de COVID-19, le nombre d'interventions en 2020 est infé-

rieur à celui de 2019. En 2020, 3.623 personnes ont reçu une facture pour une prestation liée à une reconstruction mammaire. C'est 17% de moins qu'en 2019. Ces personnes ont bénéficié d'une prestation attestée via la nomenclature ou la convention ; cette prestation peut découler des différentes phases d'une reconstruction mammaire ou d'une révision des lambeaux. Nous présentons ci-dessous, pour chaque phase, les principales constatations. La révision des lambeaux ne fait pas partie des analyses complémentaires présentées dans ce résumé du rapport de l'AIM.

#### 3.1.2. Reconstruction mammaire (phase I)

2.256 femmes ont commencé une reconstruction d'un ou des deux seins en 2020. Ce sont 406 femmes de moins qu'en 2019. Sur ces 2.256 femmes, 56% (1.266) ont subi une reconstruction d'un seul sein, tandis que les autres ont été opérées des deux seins. Il est possible de reconstruire les deux seins lors de la même opération (deux fois unilatéralement via la nomenclature ou une fois bilatéralement via la convention), mais cela peut également se faire à des moments différents (soit via la nomenclature, soit via la convention).

En 2020, il y a eu 1.444 interventions unilatérales. Ces interventions unilatérales sont facturées via la nomenclature dans 59% des cas (853 actes) ; 41% (591 actes) sont facturés via la convention. En 2019, ces pourcentages étaient de 70% et 30%. On assiste donc à une évolution vers davantage d'interventions via la convention. Pourtant, la majorité des interventions sont encore attestées via la nomenclature, c'est-à-dire sans sécurité tarifaire pour la patiente lorsque cette dernière séjourne en chambre individuelle.

Les 591 reconstructions unilatérales via la convention ont été réalisées chez 587 femmes (quatre femmes ont bénéficié d'une deuxième reconstruction unilatérale via convention la même année). Avec les reconstructions bilatérales, cela représente 1.115 seins reconstruits chez 849 femmes grâce à 853 interventions dans le cadre de la convention. Cela ne représente que 79% du nombre d'interventions en 2019.

En 2020, 43% des opérations réalisées via la convention (soit 363 interventions sur 853) étaient des reconstructions primaires. Ces 363 interventions représentent 400 mastectomies, où 11 personnes ont subi une double ablation du sein combinée à une reconstruction unilatérale. 26 femmes ont subi une double mastectomie avec reconstruction bilatérale. Chez les autres femmes, un seul sein a été enlevé et immédiatement reconstruit.

Concernant les reconstructions primaires, les causes des mastectomies ont été examinées, à savoir s'il y a eu lieu ou non le cancer du sein. Les reconstructions primaires (unilatérales ou bilatérales) sont pratiquées dans 59% des cas chez des femmes ayant subi une ablation du sein en raison d'un cancer du sein ; les 41% restants sont pratiqués chez des femmes ayant subi une mastectomie préventive. La majorité (59%) des reconstructions primaires sont des interventions bilatérales. Parmi ces reconstructions bilatérales primaires, 40% sont liées à une mastectomie due à un cancer du sein et 60% à une ablation préventive du sein. En revanche, parmi les reconstructions primaires unilatérales — qui représentent 41% du nombre total de reconstructions primaires — 85% sont associés à une ablation du sein pour cause de cancer du sein ; 15% font suite à une mastectomie préventive.

### 3.1.3. Remodelage, y compris reconstruction du mamelon (phase 2)

---

Le remodelage suit la phase 1 de la reconstruction. En 2020, 1.921 remodelages ont été attestés en Belgique. 51% des remodelages se font par le biais de la nomenclature. Sur les 933 remodelages effectués via la convention, 708 sont des remodelages ordinaires et 225 sont des remodelages complémentaires ou supplémentaires. Les 933 remodelages effectués via la convention représentent 850 personnes différentes. 83 femmes ont eu un deuxième remodelage en 2020, un jour différent du premier remodelage. Il n'a pas été possible de vérifier si ces 83 remodelages supplémentaires au cours de la même année sont des interventions pour le même sein ou pour l'autre sein, car il n'est pas obligatoire de communiquer le côté de l'intervention. Par conséquent, cette information n'est pas disponible pour plus de la moitié des interventions.

### 3.1.4. Tatouage du mamelon et de la région aréolaire (phase 3)

---

En Belgique, seuls 422 tatouages ont été facturés en 2020, dont 303 via convention. Parmi les causes possibles de ce phénomène, on peut citer : le report des soins non urgents dû à la pandémie de COVID-19, une étape non urgente du processus de reconstruction chez certaines femmes et les tatouages du mamelon et de l'aréole réalisés en dehors de l'hôpital par des tatoueurs-euses privés-es.

## 3.2. Durée d'hospitalisation

La durée moyenne de l'hospitalisation dépend de la phase dans laquelle se trouve la femme. Pour les reconstructions via convention, l'AIM constate les durées d'hospitalisation suivantes : la phase 1, la reconstruction mammaire proprement dite, est la plus longue. En moyenne, les femmes passent 6,1 jours à l'hôpital pendant cette phase. La médiane est de six jours. Dans la phase 2, quand un ou les deux seins sont remodelés et quand le mamelon est éventuellement reconstruit, la durée d'hospitalisation moyenne est de 1,4 jour et la médiane de 1 jour. Le tatouage du mamelon et de la région aréolaire se fait en ambulatoire, sans hospitalisation.

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

### 3.3.1. Hôpitaux

---

En 2020, 82 hôpitaux en Belgique ont pratiqué la première phase de la reconstruction mammaire. 81 de ces 82 hôpitaux facturent via la nomenclature. Plus de la moitié des hôpitaux attestent à la fois via la nomenclature et via la convention. 53 hôpitaux disposant d'une clinique mammaire coordinatrice reconnue ont signé la convention. Sur ces 53 hôpitaux, 46 facturent effectivement des reconstructions mammaires via la convention. Il y a donc sept hôpitaux qui ont signé la convention mais qui ne pratiquent pas d'interventions dans le cadre de la convention. Ces sept hôpitaux facturent toutes les interventions via la nomenclature.

Le nombre d'interventions par hôpital varie de 1 reconstruction par an à 236 reconstructions mammaires par an. Pour la reconstruction via convention, la plage est comprise entre 1 et 77. Sur les 46 hôpitaux qui fonctionnent via la convention, 30% ont réalisé moins de 10 reconstructions unilatérales ou bilatérales en 2020.

### 3.3.2. Médecins

---

En 2020, 170 médecins étaient responsables des reconstructions mammaires dans ces 82 hôpitaux. 167 médecins facturent via la nomenclature et 77 médecins via la convention. De nombreux médecins effectuent des reconstructions dans les deux systèmes.

Le nombre d'interventions varie considérablement d'un médecin à l'autre et se situe entre 1 et 130 en 2020. Un médecin a effectué plus de 100 interventions en 2020 et 37

médecins n'ont effectué qu'une seule intervention sur l'année. Si l'on considère uniquement la convention, la fourchette va de 1 à 58. 56% des 77 médecins ont fait moins de 10 reconstructions uni- ou bilatérales en 2020.

### 3.4. Dans quelle mesure la convention est-elle respectée ?

Pour évaluer le respect de la convention, nous avons examiné pour quelle part de chaque phase de la reconstruction les règles sont correctement appliquées. Pour la transplantation microchirurgicale de tissus propres (phase 1), cela ne signifie pas un cumul avec les codes de nomenclature des articles 14a, 14c et 14f. L'article 14a de la nomenclature couvre la chirurgie générale, le 14c la chirurgie plastique et le 14f la chirurgie vasculaire.

Pour le remodelage et l'éventuelle reconstruction du mamelon (phase 2), il s'agit d'une interdiction de cumul avec les numéros de nomenclature de l'ensemble de l'article 14. Cette règle est donc plus stricte que pour la phase 1.

En phase 3, il y a une interdiction de cumul avec le numéro de nomenclature pour un tatouage du mamelon et de l'aréole. Cela signifie qu'un tatouage ne peut pas être facturé deux fois par sein, une fois via la convention et une fois via la nomenclature.

La convention ne précise pas la période pendant laquelle l'interdiction de cumul s'applique. Les mutualités partent du principe qu'il ne peut pas y avoir de cumul le jour même de l'opération. En revanche, l'esprit de l'accord vise à mettre fin aux suppléments d'honoraires élevés et à limiter le ticket modérateur des patients à un montant raisonnable. En raison de l'interprétation limitée des règles de la convention, les cumuls peuvent toujours être facturés durant d'autres jours. Il en résulte un coût nettement plus élevé pour le patient et l'AO, ce qui va à l'encontre de l'objectif même de la convention. Pour distinguer les deux, deux analyses sont effectuées : 1) pas de cumul le jour de l'intervention et 2) pas de cumul du 1<sup>er</sup> au 30<sup>e</sup> jour.

#### 3.4.1. Respect de la convention : phase 1

En 2020, le même jour que la transplantation microchirurgicale de tissus propres, l'AIM a trouvé 60 prestations de l'article 14a, 14c ou 14f. Ces prestations ont été facturées par 22 hôpitaux différents. 42% de ces prestations induit facturées étaient des « Extraction de corps étrangers profondément situés dans les tissus » (220231-220242) (voir Tableau 1).

Outre le cumul le jour 0, qui est le jour même de l'intervention, des numéros de nomenclature sont également facturés à d'autres moments pendant l'hospitalisation ou après l'hospitalisation. Entre le 1<sup>er</sup> et le 30<sup>e</sup> jour après l'opération, l'AIM a retrouvé 183 prestations de l'article 14a, 14c ou 14f.

Tableau 1 : Top 10 des cumuls de prestations avec l'article 14a, 14c ou 14f lors de la phase 1 le jour 0 (Source : AIM, 2020)

| Nomenclature  | Fréquence | Description  |
|---------------|-----------|--|
| 220231-220242 | 25        | Extraction de corps étrangers profondément situés dans les tissus  |
| 252512-252523 | 14        | Plastie du sein hétérolatéral  |
| 251591-251602 | 6         | Retrait unilatéral d'une prothèse mammaire ou d'un extenseur 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 lymphœdème par anastomose lymphoveineuse ou lympholympatique   |
| 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 pluritissulaire (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 extenseur tissulaire mammaire  |

La moitié de ces 183 prestations sont facturées dans les six premiers jours suivant l'intervention, sachant que les patientes passent en moyenne 6,1 jours à l'hôpital. Même le septième jour, un nombre relativement élevé de prestations sont encore facturées.

Entre le 1<sup>er</sup> et le 30<sup>e</sup> jour, la prestation « reconstruction mammaire par implantation d'un implant mammaire ou d'unpanseur tissulaire mammaire » a été facturée 25 fois. L'AIM a également trouvé 22 fois la prestation « lambeau pédiculé cutané ou fascio-cutané, temps principal » et 22 fois la prestation « extraction d'un corps étranger situé dans les tissus profonds ».

Les fréquences les plus élevées de facturation des numéros de nomenclature de l'article 14a, 14c ou 14f sont observées les jours 1, 3, 5 et 7. Ces prestations respectent bien l'interdiction de cumul le jour de l'intervention, mais pas l'esprit de la convention puisque la facture est quand même présentée au patient.

### 3.4.2. Respect de la convention : phase 2

Le jour 0, les bases de données de l'AIM ont trouvé 56 prestations de l'article 14. Le tableau 2 présente le top 10 des prestations de la phase 2 les plus fréquemment utilisées qui ont été indument facturées via la nomenclature le jour de

l'intervention. Une prestation indument facturée sur trois est un lambeau cutané ou fascio-cutané ou l'extraction de corps étrangers profondément situés dans les tissus.

Ces 56 prestations sont facturées aux patientes par 23 hôpitaux différents. Outre les 56 prestations du jour 0, 96 prestations de l'article 14 sont facturées entre le jour 1 et le jour 30. Les fréquences les plus élevées sont enregistrées le jour 3, le jour 14/15 et le jour 20/21. Ici, la situation est moins claire car les patientes sont hospitalisées en moyenne un jour. Toutes les prestations observées au cours du premier mois suivant la phase 2 ne peuvent pas être associées à une reconstruction mammaire. Une part importante de ces 96 prestations relève de la spécialité de l'ophtalmologie.

### 3.4.3. Respect de la convention : phase 3

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

## 3.5. Chambre individuelle

L'un des objectifs de la convention est de faire en sorte qu'aucun supplément d'honoraires ne soit facturé dans au moins 40% des interventions en moyenne. La facturation de suppléments d'honoraires n'est possible que dans des

**Tableau 2 : Top 10 des cumuls de prestations avec l'article 14 lors de la phase 2 le jour 0 (Source : AIM, 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 <sup>2</sup>  |
| 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'hystéroscopie et le curetage   |

chambres individuelles. Ces suppléments, qui ne sont pas remboursés par l'AO, ne peuvent dépasser un montant maximal. Des plafonds ont été fixés pour les différentes phases de la convention. Le montant maximum reste le même, que les prestations soient dispensées en une seule fois ou en plusieurs fois. Si la reconstruction mammaire est facturée via la nomenclature et non via la convention, il n'y a pas de montant maximal fixé. Les médecins peuvent déterminer eux-mêmes le montant des suppléments d'honoraires, dans les limites du pourcentage maximum figurant dans le règlement général de l'hôpital. Pour les patients qui n'optent pas pour une chambre individuelle, les suppléments d'honoraires sont interdits, tant via la nomenclature que via la convention.

Les suppléments d'honoraires sont liés au choix de la chambre par le patient. La convention précise qu'aucune pression ne doit être exercée sur le patient pour qu'il soit admis dans une chambre individuelle. La figure 1 indique, par phase, les pourcentages de chambres individuelles pour la reconstruction mammaire via la convention ou via la nomenclature. Pour les reconstructions mammaires des phases 2 et 3, il y a peu de différence entre la convention et la nomenclature. Les suppléments d'honoraires maximaux qui peuvent être facturés pour ces phases via la convention pour une reconstruction unilatérale (714 euros pour la phase 2 et 101 euros pour la phase 3) sont donc d'un autre ordre de grandeur que les 3.222 euros de la phase 1.

Pour la première phase de la reconstruction mammaire, il y a cependant une nette différence entre le pourcentage de femmes séjournant dans une chambre individuelle via la nomenclature ou via la convention. Une patiente sur deux séjourne dans une chambre individuelle en cas de facturation via la convention, alors que seule une patiente sur trois opte pour une chambre individuelle en cas d'utilisation de la nomenclature.

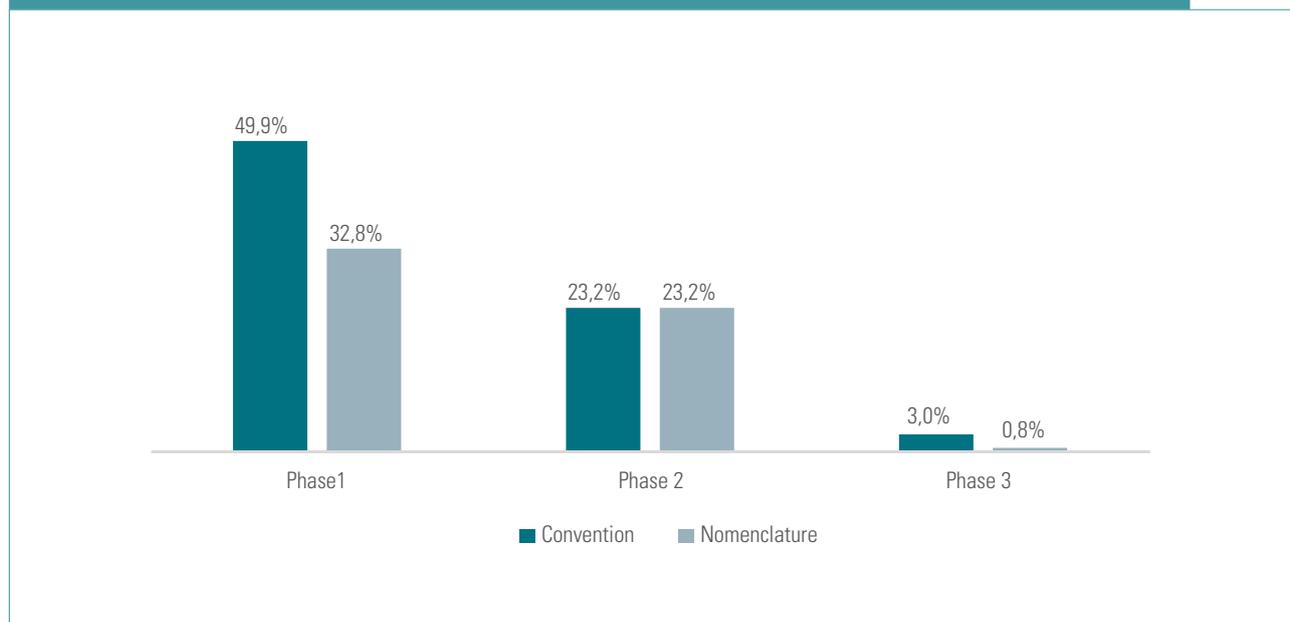
### 3.6. Coût pour la patiente et l'AO

L'étude de l'AIM vise notamment à évaluer le respect de la convention. À cette fin, elle établit un tableau des coûts pour l'AO et des coûts à la charge du patient. En particulier, on a examiné les coûts facturés via la convention pour les différentes phases. Les reconstructions mammaires attestées via la nomenclature ne sont pas couvertes par l'étude de l'AIM.

#### 3.6.1. Coût de la phase 1

Les honoraires d'un médecin se composent d'une partie à la charge du patient (ticket modérateur) et d'un montant couvert par l'AO. Des suppléments d'honoraires pouvant aller jusqu'à 100% des honoraires peuvent être facturés pour les prestations de la phase 1 en cas de reconstruction unilatérale avec séjour en chambre individuelle. Cette

Figure 1 : Pourcentage de patients en chambre individuelle, par phase (Source : AIM, 2020)



somme s'ajoute aux honoraires de 3.222 euros. Pour les reconstructions bilatérales, des suppléments d'honoraires pouvant aller jusqu'à 80% peuvent être facturés. Le tableau 3 indique le montant des honoraires de la phase 1 et les suppléments d'honoraires maximaux qui peuvent être demandés pour un séjour en chambre individuelle.

La part de personnes pour lesquelles aucun supplément d'honoraires n'est facturé est de 50%. Cela permet d'atteindre l'objectif de ne pas facturer de suppléments d'honoraires dans au moins 40% des interventions en moyenne.

Dans 1% des reconstructions de la phase 1, le supplément d'honoraires maximum est dépassé. Le montant moyen facturé aux patients au-delà du supplément d'honoraires maximal était de 3.550 euros (médiane : 3.111 euros). Parmi ces femmes, en 2020, un minimum de 2.352 euros et un maximum de 4.834 euros a été surfacturé.

Outre les honoraires du médecin, d'autres frais sont liés à un séjour à l'hôpital. Le tableau 4 montre le coût total de la phase 1, de l'admission à la sortie de l'hôpital. Les frais

ambulatoires avant ou après l'hospitalisation ne sont pas inclus.

Le montant à la charge du patient se compose du ticket modérateur d'une part et des suppléments éventuels d'autre part. Dans le montant total moyen à la charge du patient, le ticket modérateur est limité. Ce sont les suppléments qui font grimper ce montant. Pour au moins la moitié des femmes, le montant total à charge est égal ou supérieur à 4.533 euros.

### 3.6.2. Coût de la phase 2

Les médecins peuvent facturer jusqu'à 95% du montant de l'honoraire en tant que supplément d'honoraires pour les patientes en chambre individuelle pour le remodelage du côté ipsi— et hétérolatéral, y compris une éventuelle reconstruction du mamelon (voir Tableau 5).

La proportion de personnes pour lesquelles aucun supplément d'honoraires n'est facturé durant la phase 2 est de 72%. Ce chiffre est plus que conforme à l'objectif de ne pas

Tableau 3 : Tarifs pour la phase 1 (Source : INAMI, 2020 ; 2023)

| Phase 1    | Honoraires 2020, en euros | Suppléments d'honoraires maximums 2020, en euros | Honoraires 2023, en euros | Suppléments d'honoraires maximums 2023, en euros |
|------------|---------------------------|--|---------------------------|--|
| Unilatéral | 3.222,42                  | 3.222,42   | 3.547,73                  | 3.547,73   |
| Bilatéral  | 6.120,81                  | 4.896,65   | 6.738,72                  | 5.390,97   |

Tableau 4 : Coût total de la phase 1 (Source : AIM, 2020)

| Phase 1                   | Nombre d'interventions | Coût moyen, en euros | Coût médian, en euros | Coût minimum, en euros | Coût maximum, en euros | Fourchette, en euros |
|---------------------------|------------------------|----------------------|-----------------------|------------------------|------------------------|----------------------|
| A0                        | 795                    | 7.053,87             | 6.138,84              | 4.425,41               | 14.222,24              | 9.796,83             |
| Ticket modérateur         | 795                    | 65,35                | 58,72                 | 1,98                   | 781,84                 | 779,86               |
| Suppléments               | 795                    | 3.671,22             | 4.480,54              | 27,00                  | 15.238,39              | 15.211,39            |
| Total à charge du patient | 795                    | 3.736,57             | 4.532,74              | 46,53                  | 15.292,44              | 15.245,91            |

Tableau 5 : Tarifs pour la phase 2 (Source : INAMI, 2020 ; 2023)

| Phase 2     | Honoraires 2020, en euros | Suppléments d'honoraires maximums 2020, en euros | Honoraires 2023, en euros | Suppléments d'honoraires maximums 2023, en euros |
|-------------|---------------------------|--|---------------------------|--|
| Unilatéral  | 749,58                    | 713,89   | 825,25                    | 785,95   |
| Bilatéral   | 872,28                    | 830,75   | 960,33                    | 914,6  |
| Suppléments | 374,79                    | 356,94   | 412,62                    | 392,97   |

facturer de suppléments d'honoraires dans au moins 40% des interventions en moyenne et peut s'expliquer par le fait que seule une femme sur quatre séjourne en chambre individuelle lors d'un remodelage.

Dans 4% des reconstructions de la phase 2, le supplément d'honoraires maximum est dépassé. Le montant moyen facturé aux patientes au-delà du supplément d'honoraires maximal était de 124 euros (médiane : 36 euros). Parmi ces femmes — en 2020 — un minimum de 18 euros et un maximum de 1.535 euros a été surfacturé. Ces montants sont facturés par 11 hôpitaux différents, mais principalement par deux médecins.

Le tableau 6 présente le coût total de la phase 2. Cette prestation peut se faire avec ou sans nuitée à l'hôpital. Si l'opération se déroule sans nuit d'hospitalisation, seul le coût du jour de l'intervention est pris en compte. Une hospitalisation classique comprend tous les coûts, de l'admission à la sortie de l'hôpital.

Dans le montant total à la charge du patient, le ticket modérateur est limité, comme dans la phase 1. En revanche, le montant moyen des suppléments s'élève à 522 euros (médiane : 47 euros). Le coût total à la charge du patient est de 69 euros ou moins pour la moitié des femmes.

### 3.6.3. Coût de la phase 3

L'honoraire d'un tatouage unilatéral est de 101 euros (voir Tableau 7), celui d'un tatouage bilatéral est le double. Les médecins sont autorisés à facturer des suppléments d'honoraires de 100% au maximum pour les tatouages uni- et bilatéraux. Comme cette phase ne s'accompagne généralement pas d'une hospitalisation, la possibilité de facturer des suppléments d'honoraires ne dépend pas du choix de la chambre par le patient, mais plutôt du statut de conventionnement du médecin.

Dans 1% des reconstructions de la phase 3, le supplément d'honoraires maximum est dépassé. Il ne s'agit que de trois dépassements, à chaque fois dans le même hôpital.

La proportion de personnes pour lesquelles aucun supplément d'honoraires n'est facturé durant la phase 3 est de 86%. Seuls 3% des femmes séjournent dans une chambre individuelle au cours de la phase 3. Pour la majorité d'entre elles, les suppléments d'honoraires sont donc facturés lors de la prestation ambulatoire, par des médecins non-conventionnés.

Le tableau 8 présente le coût total de la phase 3. En moyenne, les patientes paient 56 euros de leur poche.

Tableau 6 : Coût total de la phase 2 (Source : AIM, 2020)

| Phase 2                   | Nombre d'interventions | Coût moyen, en euros | Coût médian, en euros | Coût minimum, en euros | Coût maximum, en euros | Fourchette, en euros |
|---------------------------|------------------------|----------------------|-----------------------|------------------------|------------------------|----------------------|
| AO                        | 830                    | 1.520,60             | 1.563,77              | 374,79                 | 10.915,33              | 10.540,54            |
| Ticket modérateur         | 830                    | 19,53                | 12,00                 | 0,00                   | 188,84                 | 188,84               |
| Suppléments               | 830                    | 522,21               | 47,39                 | 0,00                   | 9.657,44               | 9.657,44             |
| Total à charge du patient | 830                    | 541,74               | 68,85                 | 0,00                   | 9.773,64               | 9.773,64             |

Tableau 7 : Tarifs pour la phase 3 (Source : INAMI, 2020 ; 2023)

| Phase 3    | Honoraires 2020, en euros | Suppléments d'honoraires maximums 2020, en euros | Honoraires 2023, en euros | Suppléments d'honoraires maximums 2023, en euros |
|------------|---------------------------|--|---------------------------|--|
| Unilatéral | 101,35                    | 101,35   | 111,58                    | 111,58   |
| Bilatéral  | 202,7                     | 202,7  | 223,16                    | 223,16   |

Tableau 8 : Coût total de la phase 3 (Source : AIM, 2020)

| Phase 3                   | Nombre d'interventions | Coût moyen, en euros | Coût médian, en euros | Coût minimum, en euros | Coût maximum, en euros | Fourchette, en euros |
|---------------------------|------------------------|----------------------|-----------------------|------------------------|------------------------|----------------------|
| AO                        | 302                    | 151,27               | 111,21                | 101,35                 | 579,07                 | 477,72               |
| Ticket modérateur         | 302                    | 5,19                 | 0,00                  | 0,00                   | 148,65                 | 148,65               |
| Suppléments               | 302                    | 50,49                | 0,00                  | 0,00                   | 450,00                 | 450,00               |
| Total à charge du patient | 302                    | 55,68                | 7,02                  | 0,00                   | 450,00                 | 450,00               |

Tableau 9 : Coût total de l'ensemble du processus (Source : AIM, 2020 + éventuellement 2021)

| L'ensemble du processus        | Nombre d'interventions | Coût moyen, en euros | Coût médian, en euros | Coût minimum, en euros | Coût maximum, en euros | Fourchette, en euros |
|--------------------------------|------------------------|----------------------|-----------------------|------------------------|------------------------|----------------------|
| AO                             | 46                     | 8.875,99             | 8.010,44              | 5.884,60               | 12.213,87              | 6.329,27             |
| Ticket modérateur              | 46                     | 73,78                | 62,25                 | 24,20                  | 186,32                 | 162,12               |
| Suppléments                    | 46                     | 4.040,77             | 5.486,60              | 117,64                 | 9.204,23               | 9.086,59             |
| Coût total à charge du patient | 46                     | 4.114,55             | 5.569,18              | 188,07                 | 9.258,18               | 9.070,11             |

### 3.6.4. Coût du processus complet

Un processus complet englobe les trois phases. Si le patient souhaite être remboursé par l'AMI, ces trois phases doivent être achevées dans l'année. Avec le COVID-19, ce délai a été étendu à un an et demi. Au moment des analyses, les données disponibles dans les bases de données de l'AIM allaient jusqu'au premier semestre 2021 inclus. À cause du report des soins non urgents en raison du COVID-19 et de la disponibilité limitée des données de 2021, il n'y a que 46 trajets complets. Ces trajets ont débuté en 2020 pour s'achever en 2020 ou 2021.

Le coût moyen à la charge de l'AO pour un trajet complet est de 8.876 euros, la médiane de 8.010 euros (voir Tableau 9). Le ticket modérateur s'élevait en moyenne à 74 euros (médiane : 62 euros). Ce sont les suppléments qui font grimper le montant à la charge du patient, jusqu'à 4.115 euros en moyenne. La moitié des femmes paient 5.569 euros ou plus, avec des maxima allant jusqu'à 9.258 euros de coût à charge du patient.

## 4. Conclusion et recommandations

La part d'interventions de reconstruction mammaire facturées via convention augmente d'année en année. Pourtant, six femmes sur dix reçoivent encore une facture basée sur la nomenclature. Ces femmes n'ont aucune sécurité tarifaire. On peut se demander s'il est utile de maintenir les deux systèmes, la facturation via la convention et la facturation via la nomenclature. Si l'on opte pour une sécurité tarifaire pour le patient, il semble logique de ne rembourser que les interventions effectuées via la convention. Celle-ci pourrait être étendue afin d'intégrer d'autres techniques de reconstruction mammaire.

Pour les quatre patientes sur dix qui bénéficient d'une meilleure sécurité tarifaire via la convention, cette étude permet d'évaluer dans une large mesure si les conditions de la convention sont correctement appliquées. L'accent est mis sur le respect des interdictions de cumul, le non-dépassement des suppléments d'honoraires maximaux et la limitation du ticket modérateur de la patiente à un montant raisonnable. Tout est lié. Si des prestations sont facturées à tort ou si les suppléments d'honoraires maximaux sont dépassés, il en résulte un coût nettement plus élevé pour la patiente (et pour l'AO).

L'interdiction de cumul, pour les différentes phases, avec les prestations de la nomenclature est largement respectée. Seule une petite minorité d'interventions dans le cadre de la convention entraîne des coûts et des suppléments injustifiés. Néanmoins, une mise en garde s'impose. La convention ne précise pas de délai pour l'interdiction de cumul. Les organismes assureurs interprètent cette interdiction comme suit : pas de cumul le jour de l'intervention. Dans les résultats, nous constatons que des prestations sont quand même facturées à tort en ne les enregistrant pas le jour 0, mais en les facturant à une date ultérieure. Cela permet actuellement de contourner la limitation des coûts pour la patiente convenue via la convention.

Les suppléments d'honoraires ne peuvent être facturés que lorsque la patiente choisit et séjourne effectivement dans une chambre individuelle. La convention stipule que l'on ne peut en aucun cas faire pression sur la patiente pour qu'elle opte pour une chambre individuelle. Par ailleurs, la convention garantit qu'au moins 40% des interventions en moyenne ne donnent pas lieu à la perception de suppléments d'honoraires. Pour les différentes phases de la reconstruction, ces 40% sont atteints au niveau national. Pour les phases 2 et 3, le taux atteint même 72% et 86%. Dans la phase 1, où les suppléments d'honoraires maximaux peuvent atteindre 3.222 euros pour une reconstruction unilatérale et jusqu'à 4.897 euros pour une reconstruction bilatérale, le pourcentage de patientes pour lesquels aucun supplément d'honoraires n'est facturé est beaucoup plus faible. Seuls 50% des patientes ne se voient pas facturer de suppléments d'honoraires. Cela s'explique par le fait qu'une patiente sur deux, prise en charge via la convention, séjourne dans une chambre individuelle. En revanche, une personne sur trois opte pour une chambre individuelle si la facturation ne se fait pas via la convention mais bien via la nomenclature.

Enfin, sur la base de ces constats, l'AIM formule quelques recommandations politiques.

- Garantir la protection contre les suppléments élevés pour les patientes dont la reconstruction mammaire est attestée via la nomenclature, car une minorité de patientes bénéficient de la protection de la convention. Ou élargir la convention et ne rembourser que les interventions effectuées via la convention.
  - Obliger à préciser le côté du corps (sein gauche ou droit) lors des phases 2, 3 et 4 afin de permettre un contrôle efficace du respect du délai d'un an (temporairement un an et demi en raison du COVID-19).
  - Clarifier les règles existantes relatives au cumul des codes de nomenclature de l'article 14 afin qu'il n'y ait pas de malentendu sur l'enregistrement des codes de nomenclature après le jour 0. Si la convention ne concerne pas uniquement les prestations attestées au jour 0, le libellé de la convention peut être révisé afin de rendre la période réglementée plus explicite ou de l'étendre, car les cumuls ne sont pas conformes à l'esprit de la convention.
  - La convention souhaite apporter une certitude tarifaire pour l'ensemble de la reconstruction mammaire. L'objectif de ne pas facturer de suppléments d'honoraires pour minimum 40% des interventions est-il suffisamment ambitieux alors que 50% des patients sous convention séjournent dans une chambre individuelle et seulement 33% des femmes avec une facture via la nomenclature ?
- En tant que la MC, nous aimerions ajouter quelques réflexions, questions et/ou recommandations.
- Il pourrait être utile, dans le cadre de futures études, d'interroger également le point de vue de la patiente, de l'écouter et d'inclure l'opinion de la femme subissant l'intervention dans la prise de décision ultérieure.
  - Dans quelle mesure la convention garantit-elle la qualité de l'intervention ? Existe-t-il des différences entre les centres et les chirurgiens en ce qui concerne les complications ?
  - La facturation via la convention est-elle moins coûteuse pour la patiente que la facturation via la nomenclature ?
  - La convention est-elle suffisamment claire dans ses lignes directrices ? Qu'entend-on par « pas de suppléments d'honoraires dans au moins 40% des interventions » ? S'agit-il d'un taux national de 40% ? Ou s'agit-il de 40% pour l'ensemble des médecins qui effectuent des reconstructions dans un hôpital ? Ou bien cela signifie-t-il que chaque médecin ne doit pas facturer de suppléments d'honoraires à un minimum de 40% de ses patientes ? Cela signifierait qu'en principe, certains médecins pourraient facturer des suppléments d'honoraires pour par exemple 70% de leurs interventions si d'autres médecins en facturent moins.
  - L'existence de révisions de lambeaux permet de supposer que la technique n'est pas sans risque. De plus, l'estimation du risque de récurrence contralatérale est incertaine. Il est donc urgent d'élaborer de meilleures directives concernant l'indication de la mastectomie préventive, car la question du suivi ciblé par rapport à la mastectomie préventive reste un point de discussion.

## Bibliographie

Ackaert, K. (2023). *Evaluation de la Convention sur la reconstruction mammaire*. AIM.

Fondation Registre du Cancer. (2023). *Tableaux sur base annuelle*. Récupéré sur [https://kankerregister.org/Statistiques\\_tableaux%20annuelle](https://kankerregister.org/Statistiques_tableaux%20annuelle).

INAMI. (2023a). *Remboursement d'une reconstruction mammaire autologue*. Récupéré sur <https://www.inami.fgov.be/fr/professionnels/sante/medecins/soins/Pages/reconstruction-mammaire-autologue-hopital-conventionne.aspx>.

INAMI. (2023b). *Uitstel niet-dringende zorg: we versoepelen bepaalde overeenkomsten afgesloten met ziekenhuizen of ziekenhuisnetwerken*. Récupéré sur <https://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/Conventies-Medische-Directie-COVID-aanpassingen-20221220.pdf>.