



INAMI

Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité

Bruxelles, 12 décembre 2024

Concerne : attestation d'une COM

Cher(ère) collègue,

L'INAMI veille à ce que le budget de l'assurance maladie soit utilisé de manière optimale. Nous le faisons entre autres, en sensibilisant les prestataires de soins.

Par cette lettre, nous demandons à tous les hôpitaux **de respecter strictement les conditions réglementaires lors de la facturation de la Concertation Oncologique Multidisciplinaire (COM)**.

Nous reconnaissons l'importance d'une approche multidisciplinaire en matière de soins de santé. À l'heure actuelle, un remboursement n'est pas prévu pour chaque concertation multidisciplinaire. Il est possible qu'à l'avenir – dans le cadre de la réforme de la nomenclature – davantage de concertations multidisciplinaires soient éligibles au remboursement.

Il existe des codes de nomenclature spécifiques pour la concertation multidisciplinaire dans le cadre de soins **oncologiques** de qualité, où différents spécialistes se réunissent en vue d'établir un plan diagnostic, de traitement et de suivi intégré de manière optimale pour chaque patient atteint **d'un cancer** (KCE rapport 239, 2015). Ces codes de nomenclature ne s'appliquent pas à la concertation multidisciplinaire dans le cadre de tumeurs *non-malignes*.

De l'analyse de la facturation et des rapports COM, il ressort que les règles d'application et d'interprétation ne sont pas souvent appliquées (en particulier concernant les COM de suivi). À l'annexe 1, vous trouverez les conditions réglementaires les plus importantes. À l'annexe 2, nous vous donnons quelques exemples pratiques typiques.

Puisque les facturations injustifiées des COM sont plus fréquentes que prévu, nous avons également demandé aux mutuelles de renforcer leurs contrôles. En parallèle, nous effectuons des contrôles ciblés qui incluent une invitation au remboursement volontaire des indemnités indûment perçues.

Nous vous invitons à lire attentivement cette lettre et à **en informer toutes les personnes impliquées dans les COM**. De cette façon, en tant que médecin directeur/médecin chef, vous contribuez à l'application correcte de la réglementation.

Nous continuerons à surveiller avec beaucoup d'attention la facturation des COM.

Nous espérons vous avoir clairement informé et nous vous remercions anticipativement pour votre coopération.

Cordialement,

Annexe 1 : Réglementation

NOMENCLATURE

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 (ci-après en abrégé NPS)

Section 2 – Prestations spéciales générales - Article 11

Ci-dessous, les dispositions réglementaires ont été réorganisées afin d'en augmenter la lisibilité.

CODES DE NOMENCLATURE ET LEURS LIBELLÉS

Coordination des COM

- 350372-350383 K80: Première consultation oncologique multidisciplinaire (première COM), attestée par le médecin-coordonateur
- 350276-350280 K50: Concertation oncologique multidisciplinaire de suivi (COM de suivi), attestée par le médecin-coordonateur
- 350291-350302 K80: Concertation oncologique multidisciplinaire supplémentaire (COM supplémentaire) dans un hôpital autre que celui de la première COM, sur renvoi, attestée par le médecin-coordonateur
- 350453-350464 K15: *Supplément d'honoraires à la prestation 350372-350383, 350276-350280 et 350291-350302, attestable par le médecin spécialiste en oncologie médicale ou porteur du titre professionnel particulier en hématologie clinique ou en hématologie et oncologie pédiatriques, lorsque celui-ci coordonne la consultation oncologique multidisciplinaire*

Participation à la COM

- 350394-350405 K17: Participation à la concertation oncologique multidisciplinaire
- 350416-350420 K25: ° Participation à la concertation oncologique multidisciplinaire par un médecin qui n'est pas membre de l'équipe de médecins hospitaliers
- 350475-350486 K7,5: *Supplément d'honoraires à la prestation 350394-350405 ou 350416-350420, attestable par le médecin spécialiste en oncologie médicale ou porteur du titre professionnel particulier en hématologie clinique ou en hématologie et oncologie pédiatriques, lorsque celui-ci assiste à la consultation oncologique multidisciplinaire*

Consultation explicative après COM

- 350232 K50: Explication du diagnostic et de la proposition d'examen complémentaires, suivi et plan de traitement communiqué au patient selon le rapport de la concertation oncologique multidisciplinaire préalable au cours d'une discussion séparée avec le patient : ° par le médecin généraliste agréé traitant
- 350254-350265 K50: Explication du diagnostic et de la proposition d'examen complémentaires, suivi et plan de traitement communiqué au patient selon le rapport de la concertation oncologique multidisciplinaire préalable au cours d'une discussion séparée avec le patient : par le médecin spécialiste traitant qui a participé à la COM

RÈGLES D'APPLICATION

RÈGLES D'APPLICATION GÉNÉRALES

Au moins quatre médecins de spécialités différentes participent à la COM. Au moins un d'entre eux dispose d'une expérience particulière en chirurgie oncologique ou est agréé en tant que médecin spécialiste en oncologie médicale ou en radiothérapie-oncologie ou est titulaire d'un titre professionnel particulier en hématologie clinique ou en hématologie et oncologie pédiatrique.

Un des médecins fait fonction de coordinateur et rédige le rapport écrit reprenant une description du diagnostic et du plan de traitement.

Chaque concertation oncologique multidisciplinaire donne lieu à un rapport écrit, rédigé par le médecin-coordonateur. Le rapport mentionne les noms des médecins participants et le nom du médecin qui en a fait la demande.

Il comporte une description du problème initial, un aperçu des données médicales disponibles et une élaboration du diagnostic avec prononcé sur le pronostic. Il comporte en outre un plan de traitement concret à court et plus long terme avec motivation, compte tenu d'arguments médicaux mais aussi psychiques et sociaux.

En cas de renvoi pour une concertation multidisciplinaire supplémentaire, le nom du deuxième hôpital est mentionné dans le rapport.

Le rapport est transmis à l'ensemble des médecins ayant participé à la concertation, au médecin qui en a fait la demande, au médecin généraliste du patient et au médecin-conseil de l'organisme assureur.

Les honoraires pour les prestations 350372-350383, 350276-350280 et 350291-350302 couvrent le rapport et l'enregistrement uniforme de l'affection oncologique sur un formulaire standardisé, établi par le Comité de l'assurance soins de santé et destiné au Registre du Cancer.

Une concertation oncologique multidisciplinaire est demandée par écrit par le médecin de médecine générale traitant agréé ou avec droits acquis ou le médecin spécialiste traitant, à l'exclusion du médecin spécialiste en anatomie pathologique ou en biologie clinique ou en radiodiagnostic.

Les prestations 350372-350383, 350276-350280, 350291-350302, 350394-350405 et 350416-350420 ne sont pas cumulables entre elles par le même prestataire.

Les prestations 350372-350383, 350276-350280, 350291-350302, 350394-350405 et 350416-350420 requièrent la présence physique simultanée des différents médecins participants.

L'article 11 de l'AR nr. 20 du 13 mai 2020 portant des mesures temporaires dans la lutte contre la pandémie COVID-19 et visant à assurer la continuité des soins en matière d'assurance obligatoire soins de santé précise que, nonobstant la disposition "Les prestations 350372-350383, 350276-350280, 350291-350302, 350394-350405 et 350416-350420 nécessitent la présence physique simultanée des différents médecins participants" de l'article 11 de la nomenclature, la concertation multidisciplinaire pourra être organisée par communication vidéo.

La prestation 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 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.

A. Règles d'application pour la 1e COM (350372-350383)

La prestation 350372-350383 (première COM) est organisée dans le cadre du traitement d'une nouvelle affection oncologique, à l'exception d'un carcinome spinocellulaire ou basocellulaire de la peau non compliqué.

Une première COM est obligatoire avant :

- a) chaque traitement oncologique qui n'est pas repris ou qui déroge aux protocoles définis dans le manuel de qualité de l'hôpital concerné;
- b) chaque chimiothérapie par un médicament qui, dans une première phase de remboursement, a été désigné par la Commission de remboursement des médicaments pour faire l'objet d'un monitoring par la concertation oncologique multidisciplinaire;
- c) chaque traitement oncologique faisant appel à une prestation de l'article 18 qui est attestée par un médecin spécialiste pour une spécialité autre que la radiothérapie-oncologie ou la médecine nucléaire et qui est liée à sa spécialité.

Par traitement, on entend ici le recours à la **chirurgie, à la médication ou aux prestations mentionnées à l'article 18** dans une situation oncologique.

Si un traitement est établi sans COM, le médecin traitant conserve toutes les pièces motivant son choix à la disposition du médecin conseil.

La prestation 350372-350383 n'est pas attestable au début du traitement d'un carcinome spinocellulaire ou basocellulaire de la peau non compliqué.

La prestation 350372-350383 ne peut être cumulée avec la prestation 350674-350685 (convention chirurgie complexe de l'oesophage) ni avec la prestation 350114-350125 (convention chirurgie complexe du pancréas).¹

¹ <https://www.inami.fgov.be/fr/professionnels/etablissements-et-services-de-soins/hopitaux/soins-hospitaliers/chirurgie-de-l-oesophage-remboursement-dans-un-centre-specialise-conventionne> et <https://www.inami.fgov.be/fr/professionnels/etablissements-et-services-de-soins/hopitaux/soins-hospitaliers/chirurgie-du-pancreas-remboursement-dans-un-centre-specialise-conventionne>

B. Règles d'application pour une COM de suivi (350276-350280)

Une COM de suivi est obligatoire avant :

- a) chaque traitement oncologique qui n'est pas repris ou qui déroge aux protocoles définis dans le manuel de qualité de l'hôpital concerné;
- b) chaque chimiothérapie par un médicament qui, dans une première phase de remboursement, a été désigné par la Commission de remboursement des médicaments pour faire l'objet d'un monitoring par la concertation oncologique multidisciplinaire;
- c) chaque traitement oncologique faisant appel à une prestation de l'article 18 qui est attestée par un médecin spécialiste pour une spécialité autre que la radiothérapie-oncologie ou la médecine nucléaire et qui est liée à sa spécialité.

Si un traitement est établi sans COM, le médecin traitant conserve toutes les pièces motivant son choix à la disposition du médecin conseil .

La prestation 350276-350280 (COM de suivi) n'est attestable qu'en cas de :

- a) suivi d'un traitement présentant une nécessité objective de mise en question du diagnostic et/ou d'adaptation du planning thérapeutique
et/ou
- b) répétition d'une série d'irradiations d'une même région cible dans les douze mois, à compter de la date du début de la première série d'irradiations.

Dans ce dernier cas, l'exécution préalable de la prestation 350276- 350280 est en outre obligatoire.

La prestation 350276-350280 n'est pas attestable au début du traitement d'un carcinome spinocellulaire ou basocellulaire de la peau non compliqué.

La prestation 350276-350280 ne peut être cumulée avec la prestation 350674-350685 (convention chirurgie complexe de l'oesophage) ni avec la prestation 350114-350125 (convention chirurgie complexe du pancréas).

C. Règles d'application pour une COM supplémentaire (350291-350302)

La prestation 350291-350302 (COM supplémentaire) n'est attestable que si la première COM n'a pas donné lieu à un diagnostic définitif ou un plan de traitement concret, mais à un renvoi vers un autre hôpital disposant d'un programme de soins oncologique agréé.

En cas de renvoi pour une concertation multidisciplinaire supplémentaire, le nom du deuxième hôpital est mentionné dans le rapport..

La prestation 350291-350302 n'est pas attestable au début du traitement d'un carcinome spinocellulaire ou basocellulaire de la peau non compliqué .

La prestation 350291-350302 ne peut être cumulée avec la prestation 350674-350685 (convention chirurgie complexe de l'oesophage) ni avec la prestation 350114-350125 (convention chirurgie complexe du pancréas).

D. Règles d'application liées à la participation COM (350394-350405 et 350416-350420)

La prestation 350394-350405 est attestable par maximum quatre médecins spécialistes de spécialités différentes, exclusivement à l'occasion des prestations 350372-350383, 350276-350280 ou 350291-350302.

La prestation 350416-350420 n'est attestable qu'en combinaison avec les prestations 350372-350383, 350276-350280 ou 350291-350302. Elle couvre également les frais de déplacement.

E. Règles d'application dans le cadre d'une consultation pour explication du diagnostic après une COM (350232 en 350254-350265)

Les prestations 350232 et 350254-350265 ne peuvent chacune être attestées qu'une seule fois et uniquement à la suite de la première concertation oncologique multidisciplinaire (prestation n° 350372- 350383) .

Au cours de la concertation multidisciplinaire il sera décidé, le cas échéant, **quel médecin** effectuera la prestation 350254-350265 .

Les prestations 350232 et 350254-350265 ne peuvent être cumulées avec une consultation ou une visite.

RÈGLES INTERPRÉTATIVES (applicable à partir du 26/04/2012)

Règle interprétative 11/25

QUESTION

La nomenclature définit dans une règle d'application la consultation oncologique multidisciplinaire (prestation 350372 - 350383 et suivantes) : chaque concertation oncologique multidisciplinaire donne lieu à un rapport écrit, rédigé par le médecin-coordonateur. Le rapport mentionne les noms des médecins participants et le nom du médecin qui en a fait la demande.

L'enregistrement uniforme de l'affection oncologique sur un formulaire standardisé, établi par le Comité de l'assurance soins de santé et destiné au Registre du Cancer, peut-il être considéré comme une forme minimale de rapport ?

RÉPONSE

La règle d'application stipule : Les honoraires pour les prestations 350372-350383, 350276- 350280 et 350291-350302 couvrent le rapport et l'enregistrement uniforme de l'affection oncologique sur un formulaire standardisé, établi par le Comité de l'assurance soins de santé et destiné au Registre du Cancer.

La mention « le rapport et l'enregistrement uniforme » indique clairement qu'il s'agit de deux documents différents. Le formulaire d'enregistrement du cancer ne peut être accepté comme un rapport. Le contenu du rapport et les personnes qui doivent le recevoir sont clairement définis dans la nomenclature.

Date du moniteur² : 26-04-2012

Date de prise d'effet: 26-04-2012

Article: 11

Nr nomenclature: 350276 ; 350280 ; 350291 ; 350302 ; 350372 ; 350383

²Moniteur = Moniteur belge

Règle interprétative 11/26

QUESTION

Combien de médecins peuvent attester une participation à la consultation multidisciplinaire ?

RÉPONSE

Au maximum six médecins peuvent attester une participation à une consultation multidisciplinaire, à savoir :

Le coordinateur qui atteste une prestation 350372-350383 ou 350276-350280 ou 350291- 350302;

Au maximum quatre médecins qui attestent une prestation 350394-350405 : cette prestation peut être attestée aussi bien par les médecins de l'hôpital en question que par des conseillers externes (p.ex. l'oncologue ou le radiothérapeute d'un autre hôpital);

Au maximum un médecin qui atteste la prestation 350416-350420. Cette prestation comprend l'indemnité de déplacement et est destinée en particulier au médecin traitant ou spécialiste qui a renvoyé le patient et qui doit spécialement faire le déplacement pour ce patient.

Date du moniteur : 26-04-2012

Date de prise d'effet : 26-04-2012

Article : 11

Nr nomenclature : 350276 ; 350280 ; 350291 ; 350302 ; 350372 ; 350383 ; 350394 ; 350405 ; 350416 ; 350420

Règle interprétative 11/27

QUESTION

Dans quelles circonstances une consultation oncologique multidisciplinaire de suivi peut-elle être attestée ?

RÉPONSE

La nomenclature prévoit ce qui suit :

La prestation 350276-350280 (COM de suivi) n'est attestable qu'en cas de :

- a) suivi d'un traitement présentant une nécessité objective de mise en question du diagnostic et/ou d'adaptation du planning thérapeutique et/ou
- b) répétition d'une série d'irradiations d'une même région cible dans les douze mois, à compter de la date du début de la première série d'irradiations.

La première indication « présentant une nécessité objective de mise en question du diagnostic et/ou d'adaptation du planning thérapeutique » doit être interprétée de manière restrictive et utilisée avec parcimonie. Un nombre élevé de COM de suivi est inversement proportionnel à la pertinence des résultats de la première COM.

L'adaptation du planning thérapeutique doit être d'une nature telle qu'il est préférable qu'elle ne soit pas décidée par un seul des médecins traitants mais qu'elle fasse l'objet d'une concertation multidisciplinaire entre au moins quatre médecins de spécialités différentes.

L'adaptation de la chimiothérapie, de la radiothérapie, du traitement adjuvant ou du régime palliatif relève de la responsabilité du médecin en question; **le passage à la phase thérapeutique suivante doit d'abord avoir été clairement convenu lors de la première COM.** Dans tous ces cas, une COM de suivi n'est pas justifiée.

Le passage d'un régime thérapeutique à un régime palliatif peut nécessiter une COM de suivi dans certains cas difficiles mais pas systématique.

Date du moniteur : 26-04-2012

Date de prise d'effet : 26-04-2012

Article : 11

Nr nomenclature : 350276 ; 350280

Règle interprétative 11/28

QUESTION

Dans quelles circonstances la prestation 350291-350302, Concertation oncologique multidisciplinaire supplémentaire (COM supplémentaire) dans un hôpital autre que celui de la première COM, sur renvoi, attestée par le médecin-coordonateur K 80 peut elle être attestée ?

RÉPONSE

La nomenclature prévoit à ce sujet ce qui suit : la prestation 350291-350302 (COM supplémentaire) n'est attestable que si la première COM n'a pas donné lieu à un diagnostic définitif ou un plan de traitement concret, mais à un renvoi vers un autre hôpital disposant d'un programme de soins oncologique agréé. En cas de renvoi pour une concertation multidisciplinaire supplémentaire, le nom du deuxième hôpital est mentionné dans le rapport.

Cela signifie que le rapport de la COM 350372-350383, soit la première COM, ou de la COM de suivi 350276-350280 établi par l'hôpital qui renvoie montre clairement qu'il n'a pas pu prendre de décision et qu'il renvoie le patient vers un hôpital ayant plus d'expertise. En cas de transfert d'un patient vers un autre hôpital pour des raisons sociales, par exemple parce que ce dernier est plus proche du domicile du patient, l'hôpital qui accueille le patient ne peut pas attester une COM supplémentaire "seconde opinion".

Bien que le rapport mentionne le nom du deuxième hôpital, le patient reste libre de ne pas s'y conformer et d'entamer ou de poursuivre son traitement dans un hôpital autre que celui mentionné. La COM supplémentaire 350291-350302 peut être attestée pour autant que le rapport montre que la première COM n'a pas donné lieu à un "diagnostic définitif ou un plan de traitement concret".

Date du moniteur : 26-04-2012

Date de prise d'effet : 26-04-2012

Article : 11

Nr nomenclature : 350276 ; 350280 ; 350291 ; 350302 ; 350372 ; 350383

PSEUDONOMENCLATURE

Dans le cadre de la convention entre le Comité de l'assurance du service des soins de santé de l'INAMI et les établissements de soins agréés pour le remboursement de la chirurgie complexe dans les tumeurs de l'oesophage, les tumeurs de la jonction gastro-oesophagienne et les affections oesophagiennes non oncologiques:

350674-350685 K121 *Intervention globale pour la concertation multidisciplinaire dans le cadre du diagnostic d'affections bénignes, prémalignes ou malignes de l'oesophage et/ou de la jonction gastro-oesophagienne, tenue dans le centre pour les patients envoyés par un médecin-spécialiste d'un établissement de soins n'appartenant pas au staff médical du centre*

350696-350700 K51 *Intervention globale pour la concertation multidisciplinaire dans le cadre du diagnostic d'affections bénignes, prémalignes ou malignes de l'oesophage et/ou de la jonction gastro-oesophagienne, tenue dans le centre pour les patients qui se sont présentés directement au centre et qui n'ont pas été dirigés via un autre établissement de soins*

350711-350722 K17 *Participation à la concertation multidisciplinaire par le médecin spécialiste référant qui ne fait pas partie du staff du centre*

350733-350744 K17 *Participation à la concertation multidisciplinaire par le médecin généraliste traitant*

Les prestations 350711-350722 et 350733-350744 ne peuvent être facturées qu'une seule fois et ce uniquement suite à la prestation 350674-350685 ou 350696-350700.

La prestation 350674-350685 ne peut pas être cumulée avec les prestations 350372-350383, 350276-350280 et 350291-350302 de la nomenclature.

Dans le cadre de la convention entre le Comité de l'assurance du service des soins de santé de l'INAMI et les établissements de soins agréés pour le remboursement de la chirurgie complexe du pancréas pour des affections bénignes, prémalignes ou malignes du pancréas et/ou de la région péri-ampullaire :

350114-350125 K121 *Intervention globale pour la concertation multidisciplinaire dans le cadre du diagnostic d'affections bénignes, prémalignes ou malignes du pancréas et/ou de la région péri-ampullaire, tenue dans le centre pour les patients envoyés par un médecin-spécialiste d'un établissement de soins n'appartenant pas au staff médical du centre*

350136-350140 K51 *Intervention globale pour la concertation multidisciplinaire dans le cadre du diagnostic d'affections bénignes, prémalignes ou malignes du pancréas et/ou de la région péri-ampullaire, tenue dans le centre pour les patients qui se sont présentés directement au centre et qui n'ont pas été dirigés via un autre établissement de soins*

350151-350162 K17 *Participation à la concertation multidisciplinaire par le médecin spécialiste référant qui ne fait pas partie du staff du centre*

350173-350184 K17 *Participation à la concertation multidisciplinaire par le médecin généraliste traitant*

Les prestations 350151-350162 et 350173-350184 ne peuvent être facturées qu'une seule fois et ce uniquement suite à la prestation 350114-350125 ou 350136-350140.

La prestation 350114-350125 ne peut pas être cumulée avec les prestations 350372-350383, 350276-350280 et 350291-350302 de la nomenclature.

AUTRES DISPOSITIONS RÉGLEMENTAIRES (non limitatif)

AR du 26 avril 2007 fixant les normes auxquelles le programme coordinateur de soins oncologiques spécialisé pour le cancer du sein et le programme de soins oncologiques spécialisé pour le cancer du sein doivent satisfaire pour être agréé

[...]

Chapitre 2. Art. 3. § 3. Pour l'application du présent article, on entend par "nouveau diagnostic de cancer du sein", tout cancer du sein nouvellement diagnostiqué, quel que soit son type et son stade, **y compris les cancers du sein in situ**, et qui est ensuite traité dans la clinique du sein coordinatrice.

→ *On peut en déduire que toute tumeur invasive (comportement /3 selon l'ICD-O-3³) et in situ (selon comportement /2 selon l'ICD-O-3) est considérée comme une affection oncologique pour laquelle une COM peut être organisée.*

Autres dispositions réglementaires

Plusieurs obligations légales/réglementaires concernant l'organisation d'une COM ont été publiées. Par exemple, une COM est nécessaire lorsqu'on:

- souhaite traiter un patient dans une clinique du sein reconnue ;
- souhaite traiter des enfants dans un centre reconnu en hématologie-pédiatrie, ...
- souhaite obtenir le remboursement du matériel nécessaire à la réalisation d'une prostatectomie robot-assistée ou nécessaire à la réalisation d'une ablation par radiofréquence d'un œsophage de Barrett présentant une dysplasie de haut grade

³ ICD-O-3 : International Classification of Diseases for Oncology, 3rd edition (pour plus d'information : <https://kankerregister.org/fr/profplatform/programmes-de-soins/codage-et-stadification>)

Annexe 2

1) Une COM n'est pas destinée à l'organisation du diagnostic d'un processus occupant de l'espace.

Une Concertation Oncologique Multidisciplinaire (COM) peut uniquement être facturée dans le cadre du traitement d'une affection oncologique (=maligne) (cancer)^{4,5}. Il n'est pas permis de facturer une COM pendant la phase de diagnostic sans certitude quant à la nature maligne de l'affection. Une COM ne peut être facturée que si la discussion donne lieu à un rapport écrit. Ce rapport doit préciser la problématique initiale, fournir un aperçu des données médicales disponibles et **élaborer un diagnostic** avec prononcé sur le pronostic. De plus, le rapport doit contenir **un plan de traitement concret à court et à long terme**, motivé, prenant en compte les arguments médicaux, psychiques et sociaux. Le rapport renseigne également **quel médecin** donnera l'explication au patient et décrit les différentes phases thérapeutiques possibles.

Si la COM ne fournit pas de diagnostic définitif ou de plan de traitement concret, la COM ne peut être facturée que si cela est clairement justifié dans son rapport. De plus, dans ce cas, le rapport doit contenir une référence vers un autre hôpital doté d'un programme de soins oncologiques reconnu, en mentionnant nommément cet hôpital.

Concrètement, cela signifie qu'il peut souvent y avoir plusieurs moments de concertation multidisciplinaire qui ne sont pas attestables jusqu'à ce qu'une COM puisse être organisée dans laquelle un plan de traitement concret en vue d'un diagnostic détaillé puisse être établi.

Constatation sur le terrain:

Lors du diagnostic d'un processus occupant de l'espace (nodule au poumon, au pancréas, sur la thyroïde, etc...) certains médecins organisent rapidement une concertation multidisciplinaire au cours de laquelle différents examens diagnostics et de diagnostics différentiels sont proposés. Souvent, cela entraîne immédiatement la facturation d'une COM ainsi qu'une inscription sommaire et incomplète au registre du cancer, sans diagnostic, sans histologie ou plan de traitement clair.

Il faut également garder à l'esprit que le patient peut être alors incorrectement inclus dans la base de données du registre du cancer et qu'il peut avoir des questions lorsque son numéro de registre national est consulté par les datamanagers du registre du cancer.

Il arrive rarement, voir jamais, que si les examens plus approfondis montrent qu'il s'agit en réalité d'une affection non oncologique (comportement /0 ou /1), le registre du cancer en soit informé. Quand l'affection est incorrectement déclarée comme une tumeur maligne, cela peut conduire à des chiffres faussés en terme d'incidence du cancer et de survie.

⁴ <https://www.kce.fgov.be/fr/publications/tous-les-rapports/10-ans-de-concertations-oncologiques-multidisciplinaires-bilan-et-perspectives>

⁵ Les tumeurs invasives et in situ y sont éligibles (comportement /2 et /3 selon la classification ICD-0-3)

Conseil

Continuez à appréhender le patient de manière multidisciplinaire mais facturez uniquement la COM qui donne lieu à un plan concret pour un diagnostic précis.

S'il n'y a aucune preuve histologique/radiologique de malignité, enregistrez et faites la COM au patient uniquement si vous le considérez et le traitez réellement comme un patient atteint d'un cancer. S'il y a encore trop d'incertitudes et que vous décidez de poursuivre le suivi du patient, vous ne pouvez pas facturer de COM ni remplir de formulaire d'enregistrement d'un cancer.

2) La COM n'est pas destinée aux affections bénignes/aux tumeurs borderline.

Une Concertation Multidisciplinaire Oncologique est – comme son nom l'indique - exclusivement destinée aux affections oncologiques, c'est-à-dire au cancer. Le programme de "soins oncologiques" s'adresse aux patients atteints de cancer.⁶

Il existe de nombreuses affections qui ne sont pas de nature oncologique, mais qui peuvent néanmoins être très graves, voire parfois mettre la vie en danger. Certaines affections non oncologiques sont encore plus graves que certaines affections oncologiques (telles que l'insuffisance cardiaque, pulmonaire ou rénale, les affections auto-immunes, ...). Une concertation multidisciplinaire peut également être appropriée pour ces patients. Cependant, actuellement le remboursement n'est pas prévu pour chaque concertation multidisciplinaire, même si celle-ci est une condition de remboursement. Cela inclut la concertation multidisciplinaire obligatoire avant une intervention bariatrique ou une intervention TAVI.

Les conventions de chirurgie complexe de l'oesophage et du pancréas prévoient des pseudocodes de nomenclature spécifiques qui peuvent également être utilisés pour la concertation multidisciplinaire des maladies bénignes de l'oesophage et du pancréas. Il ne s'agit pas explicitement d'une concertation *oncologique* multidisciplinaire.

Certaines affections non oncologiques sont traitées avec des moyens principalement utilisés contre le cancer, comme la chimiothérapie, l'immunothérapie et la radiothérapie. Cependant, l'utilisation de ces moyens ne fait pas de l'affection une affection oncologique, une concertation *oncologique* multidisciplinaire n'est pas d'application.

Avant de pouvoir facturer une *irradiation stéréotaxique*, une concertation multidisciplinaire est exigée. Parce que des affections non oncologiques peuvent également être envisagées pour l'irradiation stéréotaxique, l'article 19 de la nomenclature des prestations de santé ne précise pas qu'il doit s'agir d'une concertation *oncologique* multidisciplinaire.

Le remboursement de la *protonthérapie*⁷ dépend de la présence d'un rapport COM. Cependant, spécifiquement pour les tumeurs bénignes du système nerveux central, aucun rapport COM n'est requis, mais bien un avis multidisciplinaire rendu au minimum par un neurochirurgien et un radiothérapeute.

⁶ <https://www.health.belgium.be/fr/services-hospitaliers-et-programmes-de-soins>

⁷ <https://www.inami.fgov.be/fr/professionnels/etablissements-et-services-de-soins/hopitaux/soins-hospitaliers/envoi-vers-un-centre-specialise-dans-le-traitement-par-hadrontherapie>

Toutes les tumeurs répertoriées dans ICD-O-3 ne sont pas éligibles à une COM

Comme indiqué clairement dans l'introduction de l'ICD-O-3, ce manuel inclut également un grand nombre de néoplasmes bénins et borderline. Trouver une affection dans ICD-O-3 n'implique pas automatiquement qu'il s'agisse d'une affection oncologique pour laquelle une COM peut être facturée. Une concertation multidisciplinaire est toujours possible mais ne peut pas être facturée comme COM.

3) Tumeurs spinocellulaires et basocellulaires de la peau

Les prestations COM ne sont pas attestables pour le traitement des carcinomes spinocellulaires ou basocellulaires non impliqués de la peau. En effet, il existe de nombreux carcinomes basocellulaires et spinocellulaires de la peau et le traitement est généralement clair, à savoir la chirurgie seule (avec ou sans chirurgie de Mohs). Une approche multidisciplinaire est rarement nécessaire.

Ni la présence de ces tumeurs sur le visage ou chez l'enfant, ni le classement comme carcinome basocellulaire à "high risk" ne font de ces tumeurs des tumeur impliquées.

S'il est nécessaire d'avoir une discussion multidisciplinaire parce que, non seulement l'exérèse est possible, mais aussi la radiothérapie, la chimiothérapie, la thérapie ciblée, l'immunothérapie, ..., une COM peut bien être facturée. Pour certains traitements (par exemple vismodégib, cémplimab, ...) un rapport COM est requis pour pouvoir bénéficier d'un remboursement et une COM est donc même obligatoire. Les carcinomes spinocellulaires et basocellulaires métastasés de la peau peuvent également être considérés comme impliqués. Tout cela devrait ressortir clairement du rapport COM.

4) L'enregistrement ("obligatoire") n'implique pas nécessairement la facturation d'une COM

Dans la nomenclature, il est fait régulièrement référence à l'enregistrement obligatoire comme condition de remboursement .

Quelques exemples :

Afin de pouvoir facturer l'irradiation stéréotaxique, l'enregistrement auprès du registre du cancer dans un module d'enregistrement spécifique (distinct du formulaire pour enregistrer un cancer) est une condition de remboursement. L'irradiation stéréotaxique peut également être utilisée pour les tumeurs cérébrales non malignes et les malformations artérioveineuses. C'est pourquoi il est mentionné à l'article 19 qu'une concertation multidisciplinaire est nécessaire. Ce n'est qu'en cas de pathologie oncologique qu'il peut s'agir d'une concertation *oncologique* multidisciplinaire.

De plus, le **registre du cancer demande l'enregistrement de certaines tumeurs non malignes**. Ce registre suit les recommandations de l'IARC (International Agency for Research on Cancer), qui recommande également de collecter des données sur les tumeurs cérébrales non malignes et sur certaines autres affections non malignes. Cependant, l'enregistrement de ces affections non malignes n'est pas légalement requis (les *recommandations* de l'IARC ne sont pas incluses dans la législation/réglementation en vigueur) et n'implique en aucun cas une concertation multidisciplinaire (oncologique) obligatoire.

Il est important de souligner que les honoraires de la COM couvrent l'enregistrement uniforme de l'affection oncologique sur un formulaire standardisé d'enregistrement du CANCER pour le registre du cancer. Cependant, tous les enregistrements demandés par le registre du cancer n'impliquent pas une COM.

5) Une COM de suivi ne peut être facturée pour chaque réévaluation du patient

Certains facturent une COM de suivi lors de chaque reprise de discussion concernant le patient (après identification d'une lésion, après une biopsie, après un PET-Scan, après un traitement néoadjuvant, après une intervention chirurgicale) lors de la prise en charge de la tumeur primitive, sans qu'il y ait de récurrence ou d'évolution progressive de la maladie. Dans cette situation, une seule COM peut être attestée même si plusieurs discussions ont eu lieu. L'hôpital peut choisir quelle réunion COM est facturée et doit donc rédiger le rapport approprié (pouvant inclure une synthèse des différentes discussions) et le formulaire d'enregistrement approprié. Mais, il doit s'agir d'une COM qui a donné lieu à la discussion du diagnostic et à l'établissement d'un plan de traitement concret (sauf cas de nécessité d'orientation vers un autre centre car le diagnostic n'est pas établi ou le plan de traitement ne peut être rédigé).

D'autres facturent une COM de suivi pour chaque consultation de suivi (après 3, 6, 9, 12 mois, ...), même sans récurrence ou sans maladie évolutive. Une COM de suivi n'est pas destinée à communiquer que le patient est toujours indemne de récurrence ou que la maladie est sous contrôle. La règle interprétative 27 de l'article 11 concernant la COM de suivi stipule de manière claire que :

La prestation 350276-350280 (COM de suivi) n'est attestable qu'en cas de :

a) suivi d'un traitement présentant une nécessité objective de mise en question du diagnostic et/ou d'adaptation du planning thérapeutique

et/ou

b) répétition d'une série d'irradiations d'une même région cible dans les douze mois, à compter de la date du début de la première série d'irradiations.

(...)

L'adaptation du planning thérapeutique doit permettre qu'elle ne soit pas uniquement effectuée par un des médecins traitants; sa portée est telle qu'une concertation multidisciplinaire avec au moins quatre médecins de spécialités différentes est nécessaire.

On peut également se référer à l'annexe 55 qui doit être complétée lors de la facturation d'une COM de suivi :

III) JUSTIFICATION DE LA COM (indiquer)

- prise en charge d'un patient avec une récurrence
- prise en charge d'une maladie progressive
- traitement oncologique qui s'écarte des lignes directrices écrites acceptées par le centre oncologique
- répétition d'une série d'irradiations d'une même région cible dans les douze mois, à compter de la date du début de la première série d'irradiations
- chimiothérapie par un médicament qui, dans une première phase de remboursement, a été désigné par la Commission de remboursement des médicaments pour faire l'objet d'un monitoring par la concertation oncologique multidisciplinaire
- autres (remplir):.....

6) Aucune COM ne peut être facturée lors de discussions portant sur un risque accru de développer une tumeur maligne.

Une COM ne peut être organisée et facturée que pour des pathologies oncologiques (cfr AR 26/04/2007 : tumeur invasive ou in situ). Par conséquent, l'oesophage de Barrett (métaplasie sans dysplasie de haut grade) et les lésions telles que CIN I, PIN I, VIN I, AIN I, etc ... ne sont pas éligibles à une discussion COM.

L'hématopoïèse clonale ne peut pas non plus être une raison pour facturer une COM. L'hématopoïèse clonale est la présence d'un clone de cellules sanguines mutées et se produit chez des individus sains de la population générale. La prévalence augmente avec l'âge. Elle augmente le risque d'hémopathie maligne, mais ne constitue pas en soi une preuve de maladie hématologique maligne. Les exemples incluent la MGUS, la mastocytose cutanée, et la CHIP (Clonal hematopoiesis of indeterminate potential). La grande majorité des individus atteints d'hématopoïèse clonale ne développent jamais de tumeur maligne (*Ned Tijdschr Geneesk. 2020;164:D5205*).

Dans ces cas, l'utilité des discussions multidisciplinaires est alors inexistante : la démarche consiste uniquement en un suivi. Le registre du cancer n'exige pas non plus l'enregistrement de ces affections.