

INTERVENTION DE L'ASSURANCE OBLIGATOIRE SOINS DE SANTE DANS LES COUTS D'UN STENT VALVULAIRE PERCUTANE IMPLANTABLE EN POSITION AORTIQUE

Cette déclaration d'accord élabore, en application de l'article 35, § 4, 5° de la nomenclature des prestations de santé, un règlement et fixe les modalités d'intervention de l'assurance obligatoire dans le coût d'un stent valvulaire implantable par voie percutanée en position aortique, ci-après dénommé 'valve aortique percutanée' chez des patients bénéficiaires qui répondent aux indications telles que décrites au point 3.

1. PARTENAIRES DE CETTE DECLARATION D'ACCORD

Pour l'assurance obligatoire soins de santé : le Comité de l'assurance et les organes concernés du Service des Soins de Santé, soit la Commission de conventions fournisseurs d'implants – organismes assureurs, le Conseil technique des implants et le Collège des médecins-directeurs.

Les établissements hospitaliers qui donnent leur accord à cette déclaration et répondent aux critères qui sont repris au point 4.

Pour l'assistance technique et scientifique, ainsi que l'évaluation : les associations professionnelles concernées à savoir la Belgian Association for Cardio-Thoracic Surgery (BACTS) et le Belgian Working Group of Interventional Cardiology (BWGIC).

2. OBJET DE LA DECLARATION D'ACCORD

La mise à disposition d'une valve aortique percutanée agréée à titre d'implant pour application clinique limitée, se fera via une intervention de l'assurance maladie-invalidité, auprès de bénéficiaires qui répondent aux indications décrites ci-après, à la prescription déterminée ci-dessous ainsi qu'aux modalités d'attribution.

L'évaluation doit mener à l'inscription éventuelle dans la nomenclature de prestations de santé d'une intervention de l'assurance obligatoire soins de santé d'une 'valve aortique percutanée' et le cas échéant à la fixation des conditions et des modalités spécifiques de cette intervention.

3. GROUPE CIBLE DE L'INTERVENTION POUR CETTE VALVE AORTIQUE PERCUTANEE DURANT LA PERIODE D'EVALUATION

Critères d'inclusion pour le groupe cible:

- valve aortique, dégénérative, sténosée présentant au Doppler un gradient systolique moyen > 40 mmHg et/ou une vitesse de flux transsténotique > 4.0 m/s et/ou une ouverture de la valve cardiaque ≤ 0.8 cm²,
- **ET** présence de symptômes suite à une sténose aortique : NYHA classe $\geq$ II.
- **ET** nécessité de correction de la valve aortique sténosée qui se traduit par une amélioration attendue substantielle de qualité de vie après un remplacement de valve aortique réussie
- **MAIS** inopérable suite à des facteurs anatomiques qui, de part leur degré de gravité, rendent impossible la voie d'accès chirurgicale :
 - o une calcification importante de l'aorte ascendante (ce qu'on appelle une aorte porcelaine) **ou**,
 - o Déformation importante du thorax **ou**,
 - o Séquelles de radiothérapie à hauteur du thorax et plus spécifiquement à hauteur du sternum **ou**,
 - o sternotomies répétées (minimum 2) préalables et/ou médiastinite et/ou sternite

Critères d'exclusion :

- Cardiomyopathie hypertrophique primaire avec ou sans obstruction
- Dysfonction grave ventriculaire avec une fraction d'éjection ventriculaire gauche (FEVG) < 20%
- Accident cérébro-vasculaire ou AIT (attaque ischémique transitoire) endéans les 6 mois avant l'intervention planifiée
- Insuffisance rénale (chronique ou aigüe) avec un taux de créatinine > 3mg/dL ou dialyse
- Situation de démence sénile grave ou autre maladie neurologique, dans la mesure où celle-ci empêche les activités quotidiennes normales
- Co-morbidités d'origine non-cardiaque réduisant l'espérance de vie à moins d'un an
- Infarctus du myocarde endéans les 30 jours avant l'intervention planifiée
- Affection coronaire cliniquement significative et non traitée pour laquelle une revascularisation est exigée
- Instabilité hémodynamique pour laquelle une médication inotrope ou soutien mécanique est exigé
- Valve aortique non calcifiée ou anomalie congénitale de la valve aortique : unicuspidé ou bicuspidé
- Maladie de la valve aortique mixte (sténose de l'aorte et insuffisance aortique) avec prédominance de l'insuffisance > 3+
- Calcification grave de la valve mitrale ou insuffisance grave de la valve mitrale (> 3+)
- Evidence échocardiographique d'une masse intracardiale, caillot ou végétations
- Dimension de l'anneau aortique natif (mesuré sur échocardiographie) qui est incompatible avec la dimension de la valve prévue
- Autres anomalies anatomiques qui peuvent gêner le succès du traitement
- Ulcère peptique aigu ou saignement gastro-duodéal dans les trois mois avant l'intervention planifiée.
- Dyscrasie sanguine définie comme suit : leucopénie (WBC < 3000/mm³), anémie aigüe (Hb < 9mg%), thrombocytopénie (< 50.000 cellen / mm³), antécédents de diathèse sanguine ou coagulopathie
- Hypersensibilité connue ou contre-indication à l'acide acétique salicylique, héparine, ticlopidine (Ticlid ®) ou clopidogrel (Plavix ®) ou autre antiagrégant ; hypersensibilité connue aux substances de contraste (et pour laquelle aucune prémédication adéquate n'est possible)
- Nécessité d'une chirurgie urgente pour quelque raison que ce soit.

4. CRITERES CONCERNANT LES ETABLISSEMENTS HOSPITALIERS

4.1. Ces stents valvulaires implantables percutanés sont seulement remboursés s'ils sont placés dans un établissement hospitalier qui d'une part dispose d'un agrément pour les programmes de soins "pathologie cardiaque" B (composé des programmes de soins partiels B1, B2 et B3) et le programme de soins pathologie cardiaque P comme déterminé par l'autorité ayant la santé publique dans ses attributions et d'autre part, dont les médecins-spécialistes ont acquis une formation solide et une expérience soutenue dans le domaine de la chirurgie valvulaire et la cardiologie interventionnelle. La formation solide et l'expérience soutenue des médecins-spécialistes du centre sont démontrées par les conditions suivantes.

Les établissements hospitaliers doivent disposer d'une équipe multidisciplinaire qui est composée d'au moins :

- 1 gériatre à temps plein (8/10) ET
- 2 chirurgiens cardiaques à temps plein (8/10) ET
- 2 cardiologues interventionnels à temps plein (8/10) ET
- 1 chirurgien avec une formation spécifique et une expérience en chirurgie vasculaire à temps plein (8/10), ci-après dénommé chirurgien vasculaire.

Le gériatre vérifie l'état physique général, psychique et le fonctionnement social par rapport à l'espérance de vie existante. Pour ce faire, le gériatre peut attester les prestations suivantes à condition que cela satisfait au libellé de ces prestations :

- Pour les bénéficiaires à partir de 75 ans :

599045

Honoraires pour l'examen par le médecin spécialiste en gériatrie, effectué chez un bénéficiaire admis dans un autre service que G (300), âgé de plus de 75 ans, sur prescription du médecin spécialiste autre que gériatrie, qui exerce la surveillance

597623

Honoraires pour la participation à une concertation multidisciplinaire, sous sa direction, par le médecin spécialiste en gériatrie chez un bénéficiaire admis dans un autre service que G (300), âgé de plus de 75 ans et chez qui précédemment au moins une prestation avec le numéro d'ordre 599045 a été faite pendant le même séjour

- Pour les bénéficiaires plus jeunes que 75 ans :

599082

Honoraires pour l'examen par un médecin spécialiste d'un bénéficiaire hospitalisé à la demande du médecin qui en a la surveillance et qui appartient à une autre spécialité médicale reconnue

Les chirurgiens cardiaques, les cardiologues interventionnels et le chirurgien vasculaire examinent la praticabilité technique de cette intervention.

La pose d'indication doit avoir lieu préalablement à l'intervention par l'équipe multidisciplinaire.

Chaque équipe multidisciplinaire doit désigner un responsable. Le nom de ce responsable doit être signalé au Service.

Option 1

L'établissement hospitalier doit répondre en outre à un des critères suivants :

Soit il garantit une permanence de 24h/24h et de 7 jours/7 jours d'au moins 2 chirurgiens cardiaques de l'équipe multidisciplinaire et qui dans l'établissement hospitalier demandeur disposent d'une grande expérience dans la chirurgie de valve classique avec un total de minimum 900 interventions sur les années 2006-2007-2008-2009-2010 des interventions suivantes :

- 229596-229600N2100 : Opération sur le cœur ou les gros vaisseaux intrathoraciques qui comporte la plastie ou la mise en place d'une valve artificielle, avec circulation extracorporelle
- 229515-229526 N2700 : Opération sur le cœur ou les gros vaisseaux intrathoraciques qui comporte le placement de plus d'une valve artificielle ou d'une homogreffe valvulaire, ou d'une valve artificielle associée à une revascularisation myocardique, avec circulation extracorporelle

Soit il garantit une permanence de 24h/24h et de 7 jours/7 jours d'au moins 1 chirurgien cardiaque et 1 cardiologue interventionnel qui tous les deux font partie d'une équipe multidisciplinaire et qui dans l'établissement hospitalier demandeur disposent d'une expérience en implantation de stent valvulaire en position aortique d'un minimum de 30 TAVI pour les années 2010 et 2011.

Bien que ces spécialistes puissent travailler dans plusieurs établissements hospitaliers, ils ne peuvent signer chacun que la demande de remboursement et exécuter l'intervention, pour laquelle un remboursement est possible, que dans un seul établissement hospitalier habilité concerné. Pour ce faire, le Comité de l'assurance soins de santé dressera, sur proposition du Service des soins de santé, une liste, mise à jour annuellement, avec la composition de l'équipe par établissement hospitalier et l'enverra pour information au Conseil technique des implants et au Collège des médecins-directeurs.

La déclaration d'accord doit être signée par toute l'équipe multidisciplinaire comme mentionnée au deuxième alinéa du point 4.

Chaque équipe multidisciplinaire ayant adhéré à la présente déclaration d'accord certifie au service des soins de santé que l'équipe est composée de façon conforme et devient opérationnelle en mentionnant explicitement le nom des dispensateurs de soins. Chaque modification de l'équipe doit endéans les trente jours être signalée au Service des Soins de santé.

Un établissement hospitalier ne satisfait plus aux conditions dès qu'un membre de l'équipe multidisciplinaire minimale est manquant. Dès l'instant où ceci est constaté, le centre perd pendant trois mois le droit d'attester la prestation précitée. Durant cette période, le centre peut se mettre en ordre par rapport aux critères exigés. Dans le cas contraire, les prestations ne sont plus remboursées jusqu'au moment où le centre satisfait de nouveau à ces critères et en a informé le Service des Soins de Santé.

Un établissement hospitalier qui a adhéré à la déclaration d'accord est tenu de tenir à jour de manière consciencieuse et complète le follow-up des bénéficiaires traités dans le cadre de cette convention et ce, à la sortie de l'hôpital du bénéficiaire et à 1 mois, 6 mois, 1 an et 2 ans après l'implantation. A cet effet, les données des follow-up doivent être mises à jour de manière continue.

Ces données doivent être enregistrées dans la base de données prévue dans le cadre de cette déclaration d'accord.

Lorsque le Service des soins de santé constate que, pour un établissement hospitalier, le follow-up pour chacun de ses bénéficiaires sont manquants ou incomplets, le responsable de l'équipe multidisciplinaire et le pharmacien hospitalier en sont informés et le remboursement du matériel est suspendu jusqu'à ce que cet établissement hospitalier complète les données manquantes.

L'établissement hospitalier en informe le service. Dès que l'établissement hospitalier peut démontrer qu'il est de nouveau en ordre avec le follow-up de tous ses bénéficiaires, la suspension du remboursement est levée.

Si un centre n'a pas complété le taux minimum requis pour ses follow-up manquants dans les trois mois après qu'il ait été informé par le Service, ce dernier le signale au Comité de l'assurance, qui peut alors décider du retrait de l'adhésion à la convention.

Les établissements hospitaliers doivent satisfaire aux critères d'adhésion le jour où le Comité d'assurance établit la liste des établissements hospitaliers habilités. Ensuite, aucun nouvel établissement hospitalier ne peut être ajouté.

4.2. L'établissement de soins ne répondant pas aux dispositions prévues sous le point 4.1. peut conclure un accord de coopération formalisé avec d'autres établissements de soins qui ont adhéré à cette déclaration, afin de donner accès pour leurs patients à la valve aortique percutanée. L'implantation doit avoir lieu dans les murs de l'établissement de soins adhérent. La pose d'indication et l'intervention doivent être effectuées par l'équipe multidisciplinaire visée au point 4.1. ; le médecin qui redirige peut y être impliqué sans que l'exécution de l'intervention ne puisse être transférée à ce dernier.

Cet accord de coopération doit être communiqué au Service des Soins de Santé qui dressera la liste des établissements de soins coopérants et la communique au Comité de l'assurance.

5. LES VALVES AORTIQUES PERCUTANÉES

Seules les "valves aortiques percutanées" fournies avec "delivery-system" qui sont proposées par le Conseil technique des implants et approuvées par le Comité de l'assurance et reprises sur les listes limitatives, entrent en ligne de compte pour une intervention de l'assurance obligatoire.

La demande d'inscription sur cette liste doit s'effectuer via le formulaire "Modèle de demande d'admission d'un dispositif ou modification des données d'un dispositif sur une liste de produits admis". La valve aortique percutanée doit satisfaire aux critères suivants, dont les données doivent être reprises dans le dossier de demande :

- 1) Pour chaque valve, le numéro de référence de la valve et le numéro de référence du delivery system doivent être mentionnés.
- 2)
 - A. Première inscription de la valve sur la liste ou nouvelle valve

La valve doit :

1. Soit être approuvée par le FDA avec un PMA (la preuve de cette approbation doit être ajoutée au dossier pour l'inscription sur la liste par la firme y compris l'(les) étude(s) sous-jacente(s) ou étude(s) clinique(s))
2. Soit disposer d'une étude contrôlée randomisée évaluée positivement y compris la mise à disposition des données cliniques avec au moins 1 année de follow-up dans un domaine d'indication similaire dans lequel il est démontré que la valve n'est pas inférieure en ce qui concerne la sécurité et l'efficacité en comparaison avec un dispositif comparable pertinent

B. Valve déjà inscrite sur la liste

- Modification du delivery system sur la liste :

Chaque modification doit être détaillée et motivée auprès du Service. A chaque modification, il y a aura un nouveau code d'identification qui sera donné. (code d'identification = nom de la valve+delivery system)

- Modification légère de la valve :

Si la firme pense que la valve n'est modifiée que légèrement et donc pas de nouvelle valve, la firme doit communiquer au Service la raison pour laquelle elle le pense de manière détaillée et documentée. De plus, la firme doit expliquer dans quelle mesure cette valve est acceptée dans les autres pays européens. Au vu de cette information, le Conseil technique jugera s'il s'agit d'une nouvelle valve ou pas. S'il s'agit d'une version légèrement modifiée, un nouveau code d'identification sera également donné.

6. PROCEDURE POUR L'OBTENTION D'UNE INTERVENTION PAR UN BENEFICIAIRE

- 6.1 La valve aortique percutanée et les accessoires peuvent être attestés sous le pseudo-code de nomenclature 680153 - 680164 et 680175 - 680186:

680153 - 680164	Stent valvulaire percutané implantable avec delivery system en position aortique ... 12000 EUR
-----------------	--

680175 - 680186	Accessoires d'un stent valvulaire percutané implantable en position aortique ... 3000 EUR
-----------------	---

Le montant de l'intervention pour les prestations 680153 - 680164 et 680175 - 680186 doit être considéré comme un montant forfaitaire. Aucun coût supplémentaire pour la valve ou pour les accessoires supplémentaires ne peuvent être attestés au bénéficiaire.

Durant la même hospitalisation, les prestations 680153 - 680164 et 680175 - 680186 ne peuvent pas être cumulées avec la prestation 688192-688203. Les prestations 680153 - 680164 et 680175 - 680186 peuvent seulement être attestées une seule fois par bénéficiaire.

688192-688203

Utilisation d'un ou plusieurs cathéters de dilatation pour plastie valvulaire endoluminale lors de la prestation 589190 - 589201 ...U

589190-589201

Plastie endovasculaire percutanée de la valve aortique, d'une malformation congénitale de l'aorte, de la valve pulmonaire, de la valve mitrale, de la valve tricuspide ou fulguration d'une valve, y compris les manipulations et contrôles pendant le traitement et les cathéters utilisés, à l'exclusion du ou des cathéter(s) de dilatation et des produits pharmaceutiques et de contraste, maximum par séance opératoire

- 6.2. Les coûts de la valve aortique percutanée et ses accessoires ne peuvent être mis à charge des bénéficiaires dans les cas suivants :

- pour les patients n'appartenant pas au groupe cible prévu sous le point 3
- dans le cas où une intervention est refusée,

- quand le nombre annuel prévu des valves aortiques percutanées est dépassé

Dans ces cas, la valve aortique percutanée et ses accessoires peuvent être attestés sous le pseudocode 680993 - 681004:

680993 - 681004 Stent valvulaire percutané implantable avec delivery system en position aortique, y compris les accessoires ... 3082,31 EUR)

Le montant de l'intervention pour la prestation 680993 - 681004 doit être considéré comme un montant forfaitaire. Aucun coût supplémentaire pour la valve et/ou pour les accessoires supplémentaires ne peut être attesté au bénéficiaire.

Durant la même hospitalisation, la prestation 680993 - 681004 ne peut pas être cumulée avec la prestation 688192-688203. La prestation 680993 - 681004 peut seulement être attestée une seule fois par bénéficiaire.

Si les prestations 680153 - 680164 et/ou 680175 – 680186 ont déjà été attestées pour le bénéficiaire, la prestation 680993 - 681004 ne peut plus être attestée et les coûts ne peuvent être mis à charge du bénéficiaire.

6.3 Les prestations 680153 - 680164 et 680175 – 680186 ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire qu'après accord du Collège des médecins-directeurs avant l'implantation.

La demande de remboursement est liée à un enregistrement dans un registre prévu dans cette déclaration d'accord, qui contient au moins les données enregistrées dans le formulaire qui se trouve en annexe.

Ce formulaire est approuvé par le Comité de l'assurance sur proposition du Conseil technique des implants.

Le rapport de l'évaluation physique, psychique et du fonctionnement social doit toujours être présent dans le dossier et peut toujours être demandé par le médecin-conseil et le Collège des médecins-directeurs.

La demande d'accord pour l'implantation doit contenir les éléments repris ci-dessous :

- un rapport médical détaillé de la concertation multidisciplinaire et le formulaire –partie « baseline data ». Les deux doivent être signés par le gériatre, le cardiologue interventionnel et le chirurgien cardiaque

et doit être fournie par le responsable de l'équipe multidisciplinaire, au Collège des médecins-directeurs

La décision du Collège des médecins-directeurs pour l'implantation est envoyée au responsable de l'équipe multidisciplinaire.

Le responsable de l'équipe multidisciplinaire doit, introduire endéans les trente jours après l'implantation une demande de remboursement pour les prestations 680153 - 680164 et 680175 - 680186 auprès du Collège des médecins-directeurs sur la base du formulaire « intervention data » qui doit être signé par le cardiologue interventionnel et le chirurgien cardiaque.

Si le délai de trente jours est dépassé, le remboursement ne pourra pas être alloué et le stent valvulaire percutané ne peut être porté en compte au bénéficiaire.

La décision du Collège des médecins-directeurs pour le remboursement est envoyée simultanément au responsable de l'équipe multidisciplinaire, au pharmacien hospitalier et à l'organisme assureur.

6.4. Le remboursement de la prestation 680993 - 681004 reprise sous le point 6.2. ne peut être octroyé :

- qu'après l'accord pour l'implantation de l'équipe multidisciplinaire prévue sous le point 4.1.

- et à condition que le registre prévu au point 6.3 a été complété de manière valide
- et à condition que ceci soit notifié par le responsable de l'équipe multidisciplinaire au Collège des médecins-directeurs

6.5. Pour les prestations 680153 – 680164, 680175 - 680186 en 680993 - 681004 un follow-up doit se faire après 1, 6, 12 et 24 mois. Les documents de suivi (formulaire – partie follow-up) doivent être conservés dans le dossier du bénéficiaire et peuvent être demandés à n'importe quel moment.

Le Service des Soins de santé, le Conseil technique des implants et le BACTS/BWIGC établissent les modalités:

- la manière dont les données sont amenées dans la base de données
- la manière dont le médecin-conseil sera informé
- la manière dont le Service des soins de santé aura accès à l'enregistrement des follow-ups par centre pour pouvoir les contrôler
- la manière dont les données introduites sont fournies au Conseil technique des implants et le BACTS et el BWGIC afin de pouvoir rédiger les rapports intermédiaires et le rapport final.

7. NOMBRES

Le nombre de bénéficiaires en Belgique qui peuvent entrer en ligne de compte pour le remboursement d'un stent valvulaire percutané implantable est limité à 42 en 2014, à 58 en 2017 et à 100 en 2015 et 2016.

Dès que ce nombre annuel est dépassé, le remboursement pour les patients inopérables visés au point 3 est supprimé. Ces bénéficiaires seront remboursés suivant les dispositions du point 6.2.

En cas de dépassement du nombre annuel, le Comité de l'assurance en est averti.

8. DISPOSITIONS GENERALES

8.1 La déclaration d'accord prend cours le 01/08/2014 et reste valable jusqu'au 31/07/2017 inclus mais peut toujours être résiliée par une des deux parties, par lettre recommandée à la poste, adressée à l'autre partie, en respectant le délai de résiliation de 3 mois qui prend cours le premier jour du mois suivant la date d'envoi de la lettre recommandée.

Elle expire dès que l'établissement hospitalier ne répond plus aux dispositions du point 4 de cette déclaration d'accord.

Le pouvoir organisateur de l'hôpital porte la responsabilité de communiquer, sans délai, chaque modification dans ce sens au Fonctionnaire dirigeant du Service des soins de santé de l'INAMI et bien entendu à tous ceux qui sont concernés, dont en premier lieu les bénéficiaires.

Lorsque le Fonctionnaire dirigeant constate ces manquements, il informe les organismes assureurs du fait que cette prestation n'est plus remboursable pour ce centre.

8.2 Après 1 an et au plus tard pour le 01/12/15, le BACTS/BWGIC doivent rédiger un rapport intermédiaire sur base des données collectées au profit du Conseil technique des implants.

Le rapport doit contenir au moins les données suivantes:

- données démographiques du bénéficiaire
- nombre d'implantations par établissement hospitalier
- nombre de Follow-up par établissement hospitalier
- indication de l'implantation
- mode d'intervention/voie d'approche
- type de valve et matériel utilisé

- nombre de complications avec spécification : nombre de conversions, complications cardiaques, saignements, complications vasculaires, complications neurologiques, complications liées à la valve, complications gastro-intestinales ou rénales.
- Classe NYHA avant ou après intervention/données échographiques après la procédure et après 1, 6 et 12 mois/ paramètres hémodynamiques comme EOA (effective orifice area) et FE (fraction d'éjection)
- Données de morbidité et de mortalité à 30 jours et données de mortalité à 60 jours
- Raison de la mortalité : cardio-vasculaire ou pas cardio-vasculaire/ liée à l'implant ou pas.

Le rapport intermédiaire sera communiqué par le groupe de travail au Conseil technique des implants et au Collège des médecins-directeurs.

Avant l'expiration de la période d'évaluation et au plus tard le 01/12/16, le BACTS/BWGIC doivent en collaboration avec les organismes assureurs rédiger un rapport final sur base des données collectées (ainsi que la littérature scientifique s'y rapportant) au profit du groupe de travail du Conseil technique des implants. Ce rapport doit au moins contenir les données susmentionnées. Ils doivent également élaborer une proposition de règlement définitif.

Le rapport final doit offrir une réponse sur les questions suivantes:

- Indications pour le remboursement du stent valvulaire percutané implantable
- Quels sont les résultats de l'implantation d'une telle prothèse – effets secondaires et complications inclus – à court, moyen et long terme.

Le rapport final doit au moins contenir les données qui sont demandées dans le rapport intermédiaire.

Pour le rapport final, les organismes assureurs collecteront les coûts à partir d'une année avant jusqu'à une année complète après l'intervention.

Le rapport final et la proposition de règlement définitif seront soumis au Collège des médecins-directeurs et au Conseil technique des implants, qui, le cas échéant, élaborera sur cette base un règlement définitif.

Le règlement définitif sera soumis au Comité de l'assurance par l'intermédiaire de la Commission de conventions fournisseurs d'implants-organismes assureurs.

A la demande de l'une des parties de cette déclaration d'accord, une réunion peut être organisée à tout moment avec le groupe de travail du Conseil technique des implants, le BACTS et BWGIC.

Pour les associations BACTS et BWGIC

Pour le Comité de l'assurance des Soins de santé

Le Fonctionnaire dirigeant,

H. De Ridder
Directeur-général

Pour connaissance de l'établissement hospitalier **Les médecins spécialistes concernés**

Le Directeur général

Les médecins-spécialistes du centre

Les chirurgiens cardiaques

Les cardiologues interventionnels

Le gériatre

Le chirurgien vasculaire

Pour les organismes assureurs