

entrée en vigueur le 1er avril

**19 FEVRIER 2008. - Arrêté royal modifiant, en ce qui concerne les prestations de logopédie, l'annexe de l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités**

ALBERT II, Roi des Belges,

A tous, présents et à venir, Salut.

Vu la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, notamment l'article 35, § 1<sup>er</sup>, modifié par les lois des 20 décembre 1995, 22 février 1998, 24 décembre 1999, 10 août 2001, 22 août 2002, 5 août 2003, 22 décembre 2003, 9 juillet 2004, 27 avril 2005 et 27 décembre 2005, et § 2, modifié par les lois des 20 décembre 1995 et 10 août 2001, et par l'arrêté royal du 25 avril 1997;

Vu l'annexe de l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, notamment l'article 36, inséré par l'arrêté royal du 26 avril 1999, remplacé par l'arrêté royal du 15 mai 2003 et modifié par les arrêtés royaux du 26 juillet 2005, 12 juin 2006, 5 août 2006 et 6 mars 2007;

Vu la proposition de la Commission de conventions avec les logopèdes faite au cours de sa réunion du 28 juin 2007;

Vu l'avis du Service d'évaluation et de contrôle médicaux, donné le 28 juin 2007;

Vu l'avis de la Commission de contrôle budgétaire donné le 18 juillet 2007;

Vu l'avis du Comité de l'assurance soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, donné le 23 juillet 2007;

Vu l'avis de l'Inspecteur des Finances, donné le 29 octobre 2007;

Vu l'accord de Notre Ministre du Budget, donné le 29 novembre 2007;

Vu l'avis 43.946/1 du Conseil d'Etat, donné le 10 janvier 2008, en application de l'article 84, § 1, alinéa 1<sup>er</sup>, 1<sup>o</sup>, des lois coordonnées sur le Conseil d'Etat;

Sur la proposition de Notre Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,

Nous avons arrêté et arrêtons :

Article 1<sup>er</sup>. A l'article 36 de l'annexe de l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, inséré par l'arrêté royal du 26 avril 1999, remplacé par l'arrêté royal du 15 mai 2003 et modifié par les arrêtés royaux du 26 juillet 2005, 12 juin 2006, 5 août 2006 et 6 mars 2007, sont apportées les modifications suivantes :

1<sup>o</sup> Le § 1<sup>er</sup> est remplacé par la disposition suivante :

« Sont considérés comme relevant de la compétence des logopèdes (R) :

Examen logopédique avec rapport écrit.

Pour la consultation du tableau, voir image

La prestation 701013 - 701083 peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance à condition :

- qu'elle soit effectuée par un logopède qui satisfait aux conditions reprises au § 8 du présent article;
- que le bénéficiaire présente un trouble du langage, de la parole ou de la voix dont le traitement est pris en charge par l'assurance;

- qu'elle soit réalisée sur prescription d'un médecin spécialiste en oto-rhino-laryngologie, en neurologie, en neuropsychiatrie, en psychiatrie, en neurologie pédiatrique, en neurochirurgie, en médecine interne, en pédiatrie ou en stomatologie. En cas d'aphasie, en cas de troubles chroniques de la parole et en cas de dysphagie, la prescription peut aussi être établie par un médecin spécialiste en médecine physique et en réadaptation. En cas de dysphasie, la prescription doit être établie par un médecin spécialiste en neurologie ou en neuropsychiatrie;
- qu'elle ne soit pas effectuée à l'école du bénéficiaire;
- qu'elle soit exécutée avant la prescription d'un traitement logopédique et que ce traitement, pris en charge par l'assurance intervienne dans les 60 jours de calendrier après l'exécution du bilan;
- qu'elle soit attestée au maximum 7 fois par trouble traité et en même temps que les séances de traitement logopédique.

La prestation 702015 - 702085 peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance à condition :

- qu'elle soit effectuée par un logopède qui satisfait aux conditions reprises au § 8 du présent article et suivie d'un traitement logopédique lui-même pris en charge par l'assurance;
- qu'elle soit réalisée sur prescription d'un médecin spécialiste habilité à prescrire les prestations 701013 - 701083 ou sur prescription d'un médecin généraliste; cette prescription peut être rédigée en même temps que celle du traitement logopédique;
- que le bilan d'évolution soit prescrit avant la prescription d'une éventuelle prolongation du traitement logopédique;
- qu'elle soit exécutée avant la date de fin de la période de traitement logopédique pris en charge par l'assurance.

La prestation 704012 - 704082 ou 706016 - 706086 peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance à condition :

- qu'elle soit effectuée par un logopède qui satisfait aux conditions reprises au § 8 du présent article;
- qu'elle soit réalisée sur prescription d'un médecin spécialiste habilité à prescrire les prestations 701013 - 701083 ou sur prescription d'un médecin généraliste.

La prestation 708013 - 708083 peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance à condition :

- qu'elle soit effectuée par un logopède qui satisfait aux conditions reprises au § 8 du présent article et suivie d'un traitement logopédique lui-même pris en charge par l'assurance;
- qu'elle soit réalisée sur prescription d'un médecin spécialiste habilité à prescrire les prestations 701013 - 701083;
- qu'un bilan d'évolution soit toujours prescrit et effectué préalablement à toute nouvelle prescription de traitement logopédique, pouvant donner lieu à un nouvel accord de la part du médecin conseil.

La prestation 710010 - 710080 peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance à condition :

- qu'elle soit effectuée par un logopède qui satisfait aux conditions reprises au § 8 du présent article;
- qu'elle soit réalisée sur prescription d'un médecin spécialiste en neurologie ou en neuropsychiatrie.

Une prestation 702015 - 702085 est attestée en même temps que les séances de traitement logopédique et au maximum une fois par année civile.

Une prestation 704012 - 704082 ou 706016 - 706086 peut être attestée 3 fois

par année civile.

Dans le cadre de chaque nouvel accord, la prestation 708013 - 708083 peut être attestée une seule fois. Cette prestation est attestable au maximum deux fois par année civile.

Une prestation 710010 - 710080 peut être attestée 1 fois par année civile. Aucun bilan logopédique ne peut être cumulé avec une séance de traitement individuelle ou collective effectuée le même jour.

Le bilan logopédique ne fait jamais l'objet de l'intervention de l'assurance dans les cas où le bénéficiaire subit en même temps un bilan multidisciplinaire comportant de la logopédie dans un établissement ayant conclu avec l'INAMI une convention de rééducation fonctionnelle ou est en rééducation multidisciplinaire intensive dans un tel établissement. Cette dernière exclusion ne concerne pas les bénéficiaires visés au § 2, b), 6°, 6.3; § 2, d) et § 2, e).

Séance individuelle de traitement logopédique d'une durée d'au moins 30 minutes, dénommée ci-après "séance individuelle d'au moins 30 minutes" :

711314, 712316, 713311, 714313, 717312, 718314, 719316, 721313, 729315, 723310, 724312, 725314, 726316, 727311, 728313, 733316,

ou

711336, 712331, 713333, 714335, 717334, 718336, 719331, 721335, 729330, 723332, 724334, 725336, 726331, 727333, 728335, 733331,

ou

711351, 712353, 713355, 714350, 717356, 718351, 719353, 721350, 723354, 724356, 725351, 726353, 727355, 733353,

ou

711395, 712390, 713392, 714394, 717393, 718395, 719390, 721394, 729396, 723391, 724393, 725395, 726390, 727392, 728394, 733390,

ou

711373, 712375, 713370, 714372, 717371, 718373, 719375, 721372, 729374, 723376, 724371, 725373, 726375, 727370, 728372, 733375,

ou

711384, 712386, 713381, 714383, 717382, 718384, 719386, 721383, 729385, 723380, 724382, 725384, 726386, 727381, 728383, 733386 R 17,5

Séance individuelle de traitement logopédique d'une durée d'au moins 60 minutes, dénommée ci-après "séance individuelle d'au moins 60 minutes" :

712611, 714615, 711616, 733611

ou

712633, 714630, 711631, 733633

ou

712692, 714696, 711690, 733692

ou

712670, 714674, 711675, 733670

ou

712681, 714685, 711686, 733681 R 35

Séance collective de traitement logopédique de quatre bénéficiaires au plus et d'une durée d'au moins 60 minutes, dénommée ci-après "séance collective d'au moins 60 minutes" :

712412, 718410, 723413, 725410

ou

712471, 718476, 723472, 725476

ou

712482, 718480, 723483, 725480

par séance et par bénéficiaire R 9. »

2° Dans le § 2, d), le libellé du trouble est remplacé par la disposition suivante :

« d) au bénéficiaire présentant des troubles de l'ouïe entraînant une perte auditive moyenne d'au moins 40 dB HL à la meilleure oreille : ».

3° Le § 2 est complété comme suit :

« f) au bénéficiaire atteint de dysphasie, c'est-à-dire des troubles sévères du langage réceptif et/ou expressif, persistant après le cinquième anniversaire et qui interfèrent gravement avec la communication sociale et/ou les activités quotidiennes faisant appel au langage oral, en l'absence d'un trouble envahissant du développement, d'un trouble auditif (perte auditive moyenne ne dépassant pas, à la meilleure oreille, 40 dB HL), d'un trouble d'intelligence (QI de performance ou non-verbal ou QD (quotient développemental) de plus de 85, mesuré par un test individuel) ou d'une carence de l'environnement qui peut expliquer la dysphasie.

Ce trouble doit être démontré par des tests normés, effectués individuellement dont le score doit être inférieur ou égal à deux écarts-types en dessous de la moyenne dans au moins un versant (expressif ou réceptif) pour trois domaines minimum (phonologie (y compris la métaphonologie), lexique/sémantique, morphologie, syntaxe).

Ces tests doivent figurer dans une liste limitative établie par la Commission de conventions avec les logopèdes.

733316 Séance individuelle d'au moins 30 minutes au cabinet du logopède

733331 Séance individuelle d'au moins 30 minutes au domicile du bénéficiaire

733353 Séance individuelle d'au moins 30 minutes à l'école du bénéficiaire avec un maximum de 5 par mois calendrier. Des séances à l'école ne sont plus autorisées au-delà de la période de 2 ans visée au § 5, alinéa 3, p).

733390 Séance individuelle d'au moins 30 minutes dispensée dans les locaux d'un établissement avec une convention ORL ou avec une convention PSY

733375 Séance individuelle d'au moins 30 minutes dans le cadre d'une convention de rééducation fonctionnelle

733386 Séance individuelle d'au moins 30 minutes pour un bénéficiaire hospitalisé

733611 Séance individuelle d'au moins 60 minutes au cabinet du logopède

733633 Séance individuelle d'au moins 60 minutes au domicile du bénéficiaire

733692 Séance individuelle d'au moins 60 minutes dispensée dans les locaux d'un établissement avec une convention ORL ou avec une convention PSY

733670 Séance individuelle d'au moins 60 minutes dans le cadre d'une convention de rééducation fonctionnelle

733681 Séance individuelle d'au moins 60 minutes pour un bénéficiaire hospitalisé ».

4° Dans le § 4, 1°, alinéa 2, les numéros de prestation « 703010 - 703080 » et « 705014 - 705084 » sont supprimés et le numéro de prestation « 710010 - 710080 » est inséré après le numéro de prestation « 706016 - 706086, ».

5° Dans le § 4, 2°, alinéa 6, le mot « orthodontiste » est remplacé par les mots « dentiste généraliste ou par un dentiste spécialiste en orthodontie ».

6° Le § 4, 2°, est complété comme suit :

« Pour les traitements logopédiques prévus au § 2, f), la prescription doit émaner d'un médecin spécialiste en neurologie ou en neuropsychiatrie. »

7° Le § 4, 3°, est remplacé par la disposition suivante :

« 3° Pour un traitement logopédique prévu au § 2, b), 2° et 3°, la

prescription précise dans tous les cas la nature et l'importance des troubles ainsi que le nombre de séances de traitement individuelles d'au moins 30 minutes et la durée exacte de la période d'intervention de l'assurance obligatoire demandée. A cette prescription est annexé, suivant l'indication, un rapport logopédique comme visé au § 4, 5°.

Pour les traitements logopédiques prévus au § 2, b), 6°, 6.3, la prescription précise dans tous les cas l'étiologie et la nature et l'importance des troubles ainsi que le nombre de séances de traitement individuelles d'au moins 30 minutes et la durée exacte de la période d'intervention de l'assurance obligatoire demandée. A cette prescription est annexé, suivant l'indication, un rapport logopédique comme visé au § 4, 5°. »

8° Le § 4, 4°, est remplacé par la disposition suivante :

« 4° La prescription précise toujours le nombre de séances de traitement individuelles d'au moins 30 minutes et la durée exacte de la période d'intervention de l'assurance obligatoire demandée. Pour des raisons thérapeutiques, les séances de traitement individuelles d'au moins 30 minutes peuvent être remplacées (pour les troubles visés au § 2, b), 1°, 3° et 6°, 6.4 et § 2, f) ) par des séances de traitement individuelles d'au moins 60 minutes sans que l'équivalent de séances de traitement individuelles d'au moins 30 minutes tel que mentionné dans le § 5 ne soit dépassé, sauf si le prescripteur interdit les séances de traitement individuelles d'au moins 60 minutes pour des raisons médicales. »

9° Le § 4, 5°, est remplacé par la disposition suivante :

« 5° Le bilan initial doit comprendre :

- les données d'identification du logopède qui effectue le bilan initial;
- les données d'identification du patient (nom et prénom, date de naissance, adresse);
- le lieu où le bilan a été effectué;
- le(s) trouble(s) pour le(s)quel(s) un traitement est proposé, nommés dans le respect de la terminologie utilisée dans la nomenclature;
- la description de la problématique illustrée par des données de l'anamnèse, des examens, des observations;
- les résultats des examens effectués avec des épreuves, des échelles, des tests (de la liste limitative de tests pour les troubles pour lesquels cela est exigé), mentionnant les résultats des tests (scores bruts), l'interprétation normative (déviation standard, percentile, retard,...) et l'interprétation des données qualitatives et quantitatives obtenues;
- la conclusion de l'examen justifiant le traitement proposé;
- une proposition de traitement mentionnant les caractéristiques du contenu, le plan de traitement, la date de début, la fréquence, la durée et le lieu du traitement;

Le bilan doit être rédigé selon les directives établies par la Commission de conventions. »

10° Le § 4 est complété comme suit :

« 6° Le bilan d'évolution doit comprendre :

- les données d'identification du logopède qui effectue le bilan d'évolution; - **les données d'identification du patient (nom et prénom, date de naissance, adresse);**
- **le lieu où le bilan a été effectué;**
- **le(s) trouble(s) pour le(s)quel(s) une prolongation du traitement est proposée, nommés dans le respect de la terminologie utilisée dans la nomenclature;**

- la description du traitement effectué mentionnant le nombre de séances de traitement, les caractéristiques de l'évolution clinique et de la problématique non résolue après traitement;
- les résultats des examens effectués ciblés sur la problématique non résolue avec des épreuves, des échelles, des tests (de la liste limitative de tests pour les troubles pour lesquels cela est exigé), mentionnant les résultats des tests (scores bruts), l'interprétation normative (déviation standard, percentile, retard, ...) et l'interprétation des données qualitatives et quantitatives obtenues en termes d'évolution;
- la conclusion de cet examen avec l'indication pour une prolongation du traitement;
- une proposition de traitement mentionnant les caractéristiques du contenu, le plan de traitement, la date de début, la fréquence, la durée et le lieu de traitement. ».

11° Le § 5 est remplacé par la disposition suivante :

« § 5. L'accord ne peut porter que sur un traitement de 1 an au maximum. Cet accord est, pour le même trouble, renouvelable pour une période continue totale maximale de traitement de 2 ans à partir du début du traitement remboursé par les organismes assureurs.

Toutefois :

a) pour les bénéficiaires visés au § 2, a), des accords peuvent être donnés pour un maximum de 480 séances de traitement individuelles d'au moins 30 minutes, réparties sur la période totale continue de maximum 2 ans;

b) pour les bénéficiaires visés au § 2, b), 1°, le traitement peut être prolongé au-delà de la période continue de 2 ans susmentionnée, pour une période continue totale de maximum 4 ans à partir du début du traitement remboursé par les organismes assureurs. Le traitement doit débuter dans les six mois qui suivent le début du trouble. Des accords peuvent être donnés pour maximum 480 séances de traitement individuelles d'au moins 30 minutes, réparties sur la période totale continue de maximum 4 ans;

c) pour les bénéficiaires visés au § 2, b), 2°, des accords peuvent être donnés pour un maximum de 384 séances de traitement individuelles d'au moins 30 minutes, réparties sur la période totale continue de maximum 2 ans;

d) pour les bénéficiaires visés au § 2, b), 3°, des accords peuvent être donnés pour un maximum de 192 séances de traitement individuelles d'au moins 30 minutes, réparties sur la période totale continue de maximum 2 ans;

e) Pour les bénéficiaires visés au § 2, b), 4°, âgés de 0 à 2 ans révolus, un seul accord peut être donné jusqu'à la veille du troisième anniversaire. Pour cette période, un maximum 30 séances individuelles d'au moins 30 minutes peut être demandé.

Pour les bénéficiaires visés au § 2, b), 4°, âgés de 3 à 19 ans révolus, 8 accords chacun d'une durée maximale d'un an peuvent être donnés. Ces accords sont donnés en fonction des besoins thérapeutiques et peuvent être espacés. Pour chaque accord, maximum 75 séances individuelles d'au moins 30 minutes peuvent être demandées.

Les séances qui ne sont pas utilisées dans une période d'accord ne peuvent pas être transférées vers une autre période.

Avant le début de chaque nouvelle période prise en charge par l'assurance, un bilan d'évolution doit être établi;

f) pour les bénéficiaires visés au § 2, b), 5°, des accords peuvent être donnés pour un maximum de 192 séances de traitement individuelles d'au

moins 30 minutes, réparties sur la période totale continue de maximum 2 ans;

g) pour les bénéficiaires visés au § 2, b), 6°, 6.1, des accords peuvent être donnés pour un maximum de 288 séances de traitement individuelles d'au moins 30 minutes, réparties sur la période totale continue de maximum 2 ans;

h) pour les bénéficiaires visés au § 2, b), 6°, 6.2, des accords peuvent être donnés pour un maximum de 480 séances de traitement individuelles d'au moins 30 minutes, réparties sur la période totale continue de maximum 2 ans;

i) pour les bénéficiaires visés au § 2, b), 6°, 6.3, des accords peuvent être donnés pour un maximum de 520 séances de traitement individuelles d'au moins 30 minutes, réparties sur la période totale continue de maximum 2 ans. Pour ces bénéficiaires, le traitement peut être prolongé au-delà de la période continue de 2 ans susmentionnée chaque fois qu'il est établi qu'un nouveau traitement logopédique peut améliorer de façon significative la dysarthrie ou ses conséquences au niveau de la communication. Par année de prolongation, un accord peut être donné pour un maximum de 260 séances de traitement individuelles d'au moins 30 minutes;

j) pour les bénéficiaires visés au § 2, b), 6°, 6.4, des accords peuvent être donnés pour un maximum de 192 séances de traitement individuelles d'au moins 30 minutes, réparties sur la période totale continue de maximum 2 ans;

k) pour les bénéficiaires visés au § 2, b), 6°, 6.5, la durée totale unique de la période continue accordée ne peut excéder 12 mois avec un maximum de 20 prestations;

l) pour les bénéficiaires visés au § 2, c), 1°, des accords peuvent être donnés pour un maximum de 480 séances de traitement individuelles d'au moins 30 minutes, réparties sur la période totale continue de maximum 2 ans;

m) pour les bénéficiaires visés au § 2, c), 2°, des accords peuvent être donnés pour un maximum de 288 séances de traitement individuelles d'au moins 30 minutes, réparties sur la période totale continue de maximum 2 ans;

n) pour les bénéficiaires visés au § 2, d), des accords peuvent être donnés pour un maximum de 520 séances de traitement individuelles d'au moins 30 minutes, réparties sur la période totale continue de maximum 2 ans. Pour ces bénéficiaires, le traitement peut être prolongé au-delà de la période continue de 2 ans susmentionnée pour autant que la prescription émane du médecin spécialiste en réadaptation, attaché à un centre de rééducation ayant conclu une convention avec le Comité de l'assurance du Service des soins de santé spécialisé dans la prise en charge intégrale des patients visés. Par année de prolongation, un accord peut être donné pour un maximum de 260 séances de traitement individuelles d'au moins 30 minutes;

o) pour les bénéficiaires visés au § 2, e), des accords peuvent être donnés pour un maximum de 480 séances de traitement individuelles d'au moins 30 minutes, réparties sur la période totale continue de maximum 2 ans;

p) pour les bénéficiaires visés au § 2, f), des accords peuvent d'abord être donnés pour maximum 384 séances de traitement individuelles d'au moins 30 minutes réparties sur une période continue de 2 ans. Le traitement peut ensuite être prolongé après cette période jusqu'à l'âge de 17 ans révolus à condition toutefois que le bénéficiaire fréquente l'enseignement ordinaire. Pendant cette période, un accord peut être donné pour maximum 96

séances individuelles de traitement d'au moins 30 minutes par année.  
Les nombres maximum de séances de traitement individuelles d'au moins 30 minutes mentionnés ci-dessus doivent être diminués du nombre de fois que la prestation 701013 - 701083 a été attestée. »

12° Dans le § 6, les mots « relatant les progrès réalisés, le bilan des troubles résiduels, une nouvelle proposition concernant la période du traitement envisagée et la fréquence des séances » sont supprimés.

13° Le § 8, b), est remplacé par la disposition suivante :

« b) qui respecte, pour les prestations reprises au présent chapitre, les modalités de conservation des données déterminées par le Roi en exécution de l'article 3 de la loi du 7 décembre 2005 abrogeant l'article 76, alinéa premier, et l'article 168, alinéa 6, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juil let 1994. »

Art. 2. Les dispositions de cet arrêté sont d'application pour toutes les nouvelles demandes qui arrivent chez les médecins conseils à partir de son entrée en vigueur.

Art. 3. Le présent arrêté entre en vigueur le premier jour du deuxième mois qui suit celui au cours duquel il a été publié au Moniteur Belge.

Art. 4. Notre Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Bruxelles, le 19 février 2008.

ALBERT

Par le Roi :

Le Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,

Mme. L. ONKELINX