

VLAAMSE OVERHEID

[C – 2018/15480]

**7 DECEMBER 2018. — Besluit van de Vlaamse Regering
betreffende de nadere regels voor het verkrijgen van een zorgtoeslag**

DE VLAAMSE REGERING,

Gelet op het decreet van 27 april 2018 tot regeling van de toelagen in het kader van het gezinsbeleid, artikel 15, § 1, tweede lid en § 2, tweede lid, artikel 16, § 1, derde en vierde lid, artikel 17, derde lid, artikel 68, § 2, artikel 214, § 2, achtste lid, artikel 218 en artikel 219, tweede lid;

Gelet op het besluit van de Vlaamse Regering van 21 februari 2014 betreffende de integrale jeugdhulp;

Gelet op het akkoord van de minister bevoegd voor begroting, gegeven op 23 oktober 2018;

Gelet op het advies 64.564/1 van de Raad van State, gegeven op 28 november 2018, met toepassing van artikel 84, § 1, eerste lid, 2°, van de wetten op de Raad van State, gecoördineerd op 12 januari 1973;

Op voorstel van de Vlaamse minister van Onderwijs en de Vlaamse minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin;

Na beraadslaging,

Besluit :

HOOFDSTUK 1. — *Algemene bepalingen*

Artikel 1. In dit besluit wordt verstaan onder:

1° besluit van 21 februari 2014: het besluit van de Vlaamse Regering van 21 februari 2014 betreffende de integrale jeugdhulp;

2° decreet van 27 april 2018: het decreet van 27 april 2018 tot regeling van de toelagen in het kader van het gezinsbeleid;

3° evaluerende arts: een arts erkend door Kind en Gezin om de gevolgen van een aandoening waaruit een specifieke ondersteuningsbehoefte voortvloeit vast te stellen;

4° koninklijk besluit van 28 maart 2003: het koninklijk besluit van 28 maart 2003 tot uitvoering van de artikelen 47, 56septies en 63 van de samengeordende wetten betreffende de kinderbijslag voor loonarbeiders en van artikel 88 van de programmawet (I) van 24 december 2002;

5° MDT-arts: een arts die binnen een multidisciplinair team werkt en die de gevolgen van een aandoening waaruit een specifieke ondersteuningsbehoefte voortvloeit vaststelt;

6° minister: de Vlaamse minister bevoegd voor de bijstand aan personen;

7° multidisciplinair team: een erkend multidisciplinair team als vermeld in artikel 1, 12°, van het besluit van 21 februari 2014.

HOOFDSTUK 2. — *Wezentoeslag*

Art. 2. De afstamming op basis waarvan een wezentoeslag als vermeld in artikel 14 van het decreet van 27 april 2018, kan worden vastgesteld, wordt op een van de volgende wijzen bewezen:

1° op basis van gegevens uit het Rijksregister;

2° met een geboorteakte;

3° door een gerechtelijke erkenning van het kind na het overlijden van de betrokken ouder.

Art. 3. Het overlijden van een ouder vermeld in artikel 14 en 15 van het decreet van 27 april 2018, wordt op een van de volgende wijzen bewezen:

1° op basis van gegevens uit het Rijksregister;

2° aan de hand van een overlijdensakte;

3° door een vonnis van verklaring van overlijden, als vermeld in artikel 126 van het Burgerlijk Wetboek.

Het vermoeden van afwezigheid van minstens een van de ouders, vermeld in artikel 14 en 15 van het decreet van 27 april 2018, wordt bewezen met het vonnis tot vaststelling van het vermoeden van afwezigheid, vermeld in artikel 112 van het Burgerlijk Wetboek.

Art. 4. Het recht op wezentoeslag op grond van een vonnis tot vaststelling van het vermoeden van afwezigheid als vermeld in artikel 15, § 1, eerste lid, 2° en § 2, eerste lid, 4° van het decreet van 27 april 2018, ontstaat op de datum waarop de afwezigheid wordt vastgesteld in het vonnis, of, bij gebrek daaraan, op de datum van het vonnis zelf.

Art. 5. Het recht op wezentoeslag eindigt:

1° bij de terugkeer van de vermoedelijk afwezige ouder, vermeld in artikel 112 van het Burgerlijk Wetboek, de afwezig verklaarde ouder, vermeld in artikel 118 van het Burgerlijk Wetboek of de gerechtelijke overleden verklaarde ouder, vermeld in artikel 126 van het Burgerlijk Wetboek.

Voor de terugkeer van de afwezige ouder of overleden verklaarde ouder wordt rekening gehouden met de datum van inschrijving in de registers van de burgerlijke stand van die ouder tenzij de datum van terugkeer die in het proces-verbaal van de gezinsinspecteur is vermeld daarvan afwijkt;

2° op de datum van het vonnis waarin een einde wordt gemaakt aan het mandaat van gerechtelijke bewindvoerder conform artikel 117 van het Burgerlijk Wetboek.

HOOFDSTUK 3. — *Zorgtoeslag voor kinderen met een specifieke ondersteuningsbehoefte**Afdeling 1.* — Gevolgen van de aandoening waaruit een specifieke ondersteuningsbehoefte voortvloeit

Art. 6. § 1. De gevolgen van de aandoening waaruit de specifieke ondersteuningsbehoefte, vermeld in artikel 16, § 1, eerste lid van het decreet van 27 april 2018, voortvloeit, bestaan uit de volgende pijlers:

1° pijler 1 behelst de gevolgen van de aandoening op het vlak van de lichamelijke of geestelijke ongeschiktheid van het kind;

2° pijler 2 behelst de gevolgen van de aandoening op het vlak van de activiteit en de participatie van het kind;

3° pijler 3 behelst de gevolgen van de aandoening voor de familiale omgeving van het kind.

De gevolgen vermeld in het eerste lid worden vastgesteld aan de hand van de medisch-sociale schaal die opgenomen is in bijlage 1, die bij dit besluit is gevoegd.

§ 2. In pijler 1 worden, naargelang het percentage lichamelijke of geestelijke ongeschiktheid van het kind, vastgesteld conform artikel 7, op de volgende wijze punten toegekend :

1° 0 % tot 24 % : 0 punten;

2° 25 % tot 49 % : 1 punt;

3° 50 % tot 65 % : 2 punten;

4° 66 % tot 79 % : 4 punten;

5° 80 % tot 100 % : 6 punten.

§ 3. Pijler 2 bestaat uit de volgende functionele categorieën, die onderverdeeld zijn in subcategorieën en waaraan punten worden toegekend volgens graduele criteria:

1° leren, opleiding en sociale integratie;

2° communicatie;

3° mobiliteit en verplaatsing;

4° zelfverzorging.

Om het totaal van de punten in pijler 2 te bepalen, wordt het hoogste aantal punten dat toegekend is binnen elk van de vier functionele categorieën, vermeld in het eerste lid, samengeteld. Voor deze pijler bedraagt het maximumaantal punten 12.

§ 4. Pijler 3 bestaat uit de volgende categorieën, die onderverdeeld zijn in subcategorieën en waaraan punten worden toegekend volgens graduele criteria:

1° opvolging van de behandeling thuis;

2° verplaatsing voor medisch toezicht en behandeling;

3° aanpassing van het leefmilieu en leefwijze.

Om het totaal van de punten in pijler 3 te bepalen, wordt het hoogste aantal punten dat toegekend is binnen elk van de drie categorieën, vermeld in het eerste lid, samengeteld en wordt het aldus berekende aantal punten vermenigvuldigd met twee. Voor deze pijler bedraagt het maximumaantal punten, na vermenigvuldiging met twee, 18.

§ 5. Het eindresultaat van de vaststelling van de gevolgen van de aandoening wordt verkregen door het totale aantal punten van pijler 1 tot en met 3 op te tellen. Het bedraagt maximaal 36 punten.

§ 6. Voor de toepassing van artikel 16, § 1, eerste lid, van het decreet van 27 april 2018, worden de gevolgen van de aandoening waaruit de specifieke ondersteuningsbehoefte van het kind voortvloeit, in aanmerking genomen als het kind als eindresultaat, als vermeld in paragraaf 5, minimaal 6 punten behaalt of als het kind in pijler 1, als vermeld in paragraaf 2, minimaal 4 punten behaalt.

Art. 7. § 1. In dit artikel wordt verstaan onder:

1° lijst: de lijst van pediatrische aandoeningen, opgenomen in bijlage 2, die bij dit besluit is gevoegd;

2° schaal: de Officiële Belgische Schaal ter Bepaling van de Graad van Invaliditeit, goedgekeurd bij het Regentbesluit van 12 februari 1946, met uitzondering van het voorwoord.

§ 2. De lichamelijke of geestelijke ongeschiktheid van het kind, vermeld in artikel 6, § 1, eerste lid, 1°, wordt vastgesteld aan de hand van:

1° de lijst;

2° de schaal.

De lijst bevat een limitatieve opsomming van aandoeningen. De minister kan deze opsomming aanvullen.

De schaal wordt aangewend voor alle aandoeningen of functies die niet in de lijst zijn opgenomen, alsook voor die aandoeningen van de lijst die verwijzen naar een artikel van de schaal.

Bij de evaluatie heeft de lijst voorrang op het gebruik van de schaal. Dit betekent dat de criteria en de ongeschiktheidspercentages die sommige nummers van de lijst vermelden, imperatief worden opgevolgd.

§ 2. Voor de toepassing van de lijst en de schaal gelden de volgende regels:

1° in geval van meervoudige ongeschiktheid wordt het totale ongeschiktheidspercentage berekend op de volgende wijze: als geen enkele van de gedeeltelijke aandoeningen een totale ongeschiktheid met zich meebrengt, wordt het ongeschiktheidspercentage volledig toegekend voor de zwaarste aandoening en wordt het voor elk van de bijkomende aandoeningen proportioneel berekend volgens de overblijvende geschiktheid. De verschillende aandoeningen worden daarvoor gerangschikt in dalende orde van het werkelijk ongeschiktheidspercentage. Die berekeningswijze wordt alleen toegepast als de gedeeltelijke aandoening verschillende ledematen of functies aantast;

2° een rationele ramingswijze wordt toegepast als één lichaamsdeel of functie aangetast is door verschillende ongeschiktheden en als de berekening vermeld in punt 1°, tot een hoger percentage leidt dan het totale verlies van het lichaamsdeel of de functie in kwestie: het ongeschiktheidspercentage kan nooit hoger zijn dan het percentage dat voor het totale verlies van het desbetreffende lidmaat of de desbetreffende functie is vastgesteld;

3° de lijst en de schaal zijn bindend of indicatief naargelang ze een vast percentage aanduiden dan wel ruimte laten bij de evaluatie. Ze blijven in dat laatste geval echter bindend voor de minimale en maximale percentages.

Art. 8. Voor het kind bij wie de gevolgen van de aandoening waaruit de specifieke ondersteuningsbehoefte voortvloeit, in aanmerking kunnen worden genomen conform artikel 6, § 6, wordt het basisbedrag, vermeld in artikel 13 van het decreet van 27 april 2018, verhoogd met een van de bedragen, vermeld in artikel 16, § 1, tweede lid van het decreet van 27 april 2018, onder de volgende voorwaarden:

1° het kind voldoet aan de voorwaarden, vermeld in artikel 16, § 1, van het decreet van 27 april 2018;

2° de specifieke ondersteuningsbehoefte, vermeld in artikel 16, § 1 van het decreet van 27 april 2018, is begonnen toen het kind nog rechtgevend was op gezinsbijslagen als vermeld in artikel 8, § 2, van het decreet van 27 april 2018;

3° het kind oefent geen winstgevende activiteit uit met uitzondering van de winstgevende activiteit die voldoet aan de voorwaarden, vermeld in artikel 14 van het besluit van de Vlaamse Regering van 5 oktober 2018 tot vaststelling van de diverse hoedanigheden van het rechtgevend kind en betreffende de vrijstellingen van de toekenningsvoorwaarden voor de gezinsbijslagen en de startbedragen geboorte en adoptie en de universele participatietoelagen.

4° het kind ontvangt geen sociale uitkering als vermeld in artikel 14 van het voormelde besluit.

Art. 9. De zorgtoeslag voor kinderen met een specifieke ondersteuningsbehoefte, wordt overeenkomstig artikel 16, § 1, tweede lid, van het decreet van 27 april 2018, door de uitbetalingsactor toegekend naargelang de ernst van de specifieke ondersteuningsbehoefte.

Als het kind 4 punten behaalt in pijler 1 als vermeld in artikel 6, § 2, 4°, en geen 6 punten als eindresultaat als vermeld in artikel 6, § 5, behaalt, wordt het bedrag van 80,75 euro toegekend.

Als het kind 4 of 6 punten behaalt in pijler 1 als vermeld in artikel 6, § 2, 4° of 5°, en minimaal 6 punten en maximaal 11 punten als eindresultaat als vermeld in artikel 6, § 5, wordt het bedrag van 414,28 euro toegekend.

Als het kind minder dan 4 punten behaalt in pijler 1 als vermeld in artikel 6, § 2, 1°, 2° of 3°, en minimaal 6 punten en maximaal 8 punten als eindresultaat als vermeld in artikel 6, § 5, wordt het bedrag van 107,55 euro toegekend. Het bedrag bedraagt 250,97 euro als het kind als eindresultaat als vermeld in artikel 6, § 5, minimaal 9 punten en maximaal 11 punten behaalt.

Als het kind als eindresultaat als vermeld in artikel 6, § 5, minimaal 12 punten behaalt, worden de volgende bedragen toegekend:

1° 414,28 euro als het kind minimaal 12 punten en maximaal 14 punten behaalt;

2° 471,07 euro als het kind minimaal 15 punten en maximaal 17 punten behaalt;

3° 504,71 euro als het kind minimaal 18 punten en maximaal 20 punten behaalt;

4° 538,36 euro als het kind meer dan 20 punten behaalt.

Afdeling 2. — Vaststelling van de gevolgen van de aandoening waaruit een specifieke ondersteuningsbehoefte voortvloeit

Onderafdeling 1. — Algemene bepalingen

Art. 10. De gevolgen van de aandoening waaruit een specifieke ondersteuningsbehoefte voortvloeit, worden vastgesteld ofwel door een evaluerende arts, conform onderafdeling 2, ofwel door een MDT-arts, conform onderafdeling 3.

Kind en Gezin is belast met het toezicht op de evaluerende arts en de MDT-arts, voor wat de door hen toegekende punten, vermeld in artikel 6, betreft.

De evaluerende arts en de MDT-arts leven de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt na bij de uitvoering van de onderzoeken om het aantal verkregen punten vast te stellen.

Kind en Gezin bewaart de persoonsgegevens betreffende de vaststelling, vermeld in het eerste lid tot vijf jaar na ontvangst van deze gegevens.

Onderafdeling 2. — Procedure tot vaststelling door een evaluerende arts

Art. 11. De aanvragen om de gevolgen van de aandoening waaruit een specifieke ondersteuningsbehoefte voortvloeit, te laten vaststellen door een evaluerende arts worden ingediend bij de uitbetalingsactor door de begunstigde of begunstigten. De uitbetalingsactor bezorgt die aanvraag onmiddellijk aan Kind en Gezin.

Art. 12. Kind en Gezin bezorgt onmiddellijk na de ontvangst van de aanvraag, vermeld in artikel 11, een inlichtingenformulier aan de begunstigde of begunstigten.

De begunstigde of begunstigten bezorgen het ingevulde inlichtingenformulier aan Kind en Gezin. Ze kunnen medische of sociale verslagen bij het inlichtingenformulier voegen. De voormelde verslagen mogen maximaal drie maanden voordat de begunstigde of begunstigten deze bezorgen aan Kind en Gezin, zijn opgesteld.

Art. 13. § 1. De evaluerende arts verzamelt de nodige medische informatie of sociale en andere verslagen om de gevolgen vast te stellen van de aandoening waaruit de specifieke ondersteuningsbehoefte voortvloeit.

De evaluerende arts houdt bij de vaststelling, vermeld in het eerste lid, naast zijn eigen medische vaststellingen, rekening met de medische, sociale en andere verslagen die zijn bezorgd. Daarnaast baseert de evaluerende arts zich op gesprekken met het kind en met de personen die de toestand van het kind kennen.

Als de begunstigde of begunstigten de gevraagde documenten of informatie niet bezorgen binnen dertig dagen na ontvangst van het inlichtingenformulier stuurt de evaluerende arts een herinnering.

§ 2. Kind en Gezin stuurt aan de begunstigde of de begunstigten een uitnodiging om de gevolgen van de aandoening waaruit de specifieke ondersteuningsbehoefte voortvloeit, te laten vaststellen door een evaluerende arts. Als geen gevolg gegeven wordt aan de uitnodiging, wordt een tweede oproeping gestuurd. Als ook aan de tweede oproeping geen gevolg wordt gegeven, doet de evaluerende arts zijn vaststelling alleen op basis van de beschikbare documenten.

Als de evaluerende arts niet over voldoende elementen beschikt om in het dossier een vaststelling te kunnen doen, deelt hij dat mee aan Kind en Gezin. Op basis van die informatie deelt de uitbetalingsactor aan de begunstigde of begunstigten de beslissing mee dat ze geen recht hebben op de zorgtoeslag voor kinderen met een specifieke ondersteuningsbehoefte.

Als het kind zich om medische redenen niet kan verplaatsen wordt het onderzoek ter plaatse verricht.

De begunstigde of begunstigten voor het kind en het kind zelf kunnen zich bij de onderzoeken, vermeld in dit artikel, laten bijstaan door een vertrouwenspersoon, conform in de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt.

Art. 14. De evaluerende arts bezorgt, binnen dertig dagen nadat de gevolgen van de aandoening waaruit de specifieke ondersteuningsbehoefte voortvloeit, zijn vastgesteld, het resultaat van de vaststelling, vermeld in artikel 6, § 5, aan Kind en Gezin. Kind en Gezin bezorgt dat eindresultaat aan de uitbetalingsactor.

Op basis van de vaststelling van de gevolgen van de aandoening waaruit de specifieke ondersteuningsbehoefte voortvloeit, vermeld in het eerste lid, beslist de uitbetalingsactor of er recht is op de zorgtoeslag voor kinderen met een specifieke ondersteuningsbehoefte, vermeld in artikel 16, § 1, van het decreet van 27 april 2018. Hij begroot die toeslag conform artikel 9. De uitbetalingsactor deelt de beslissing tot toekenning of weigering van de zorgtoeslag voor kinderen met een specifieke ondersteuningsbehoefte, alsook de periode en het bedrag van de toeslag mee aan de begunstigde of begunstigten.

Art. 15. In afwijking van artikel 13 mag de evaluerende arts de vaststelling verrichten op grond van stukken als hij van oordeel is dat hij beschikt over voldoende informatie om een gefundeerde beslissing te nemen.

Om in aanmerking te kunnen komen voor de bijzondere procedure, vermeld in het eerste lid, moet de aandoening waaruit de specifieke ondersteuningsbehoefte voortvloeit op korte termijn de levensprognose bedreigen en moet aan een van de volgende voorwaarden zijn voldaan:

- 1° de zware behandeling heeft gevolgen voor de immuniteit;
- 2° er is een belangrijke chirurgische ingreep in de loop van de zes maanden na de geboorte of een ongeval;
- 3° er is een ziekenhuisopname of posttraumatische revalidatie in een instelling gedurende minstens zes maanden;
- 4° het kind krijgt palliatieve verzorging.

De vaststelling, vermeld in het eerste lid, geldt tot maximaal een jaar na de datum van de aanvraag.

De bijzondere procedure, vermeld in het eerste lid, is alleen mogelijk als de begunstigde of begunstigten zich er niet tegen verzet hebben in het inlichtingenformulier.

De minister kan de mogelijkheid om een beslissing te nemen op basis van stukken, ook uitbreiden tot andere gevallen. De minister somt daarbij de criteria op die van toepassing zijn bij deze beoordeling op basis van stukken en bepaalt hoe lang deze mogelijkheid kan gebruikt worden, beperkt in de tijd.

Art. 16. Het feit dat een rechtgevend kind door weigering van behandeling aanleiding zou kunnen geven tot de toekenning van een, eventueel hogere, zorgtoeslag voor een kind met een specifieke ondersteuningsbehoefte, wordt vastgesteld door de evaluerende arts. Kind en Gezin bezorgt die vaststelling aan de uitbetalingsactor. Op basis van die vaststelling weigert de uitbetalingsactor de zorgtoeslag voor die kinderen.

Onderafdeling 3. — Procedure tot vaststelling door een MDT-arts

Art. 17. Als een multidisciplinair team een aanvraagdocument opstelt met het oog op een aanvraag van niet rechtstreeks toegankelijke jeugdhulpverlening, in het kader van de toepassing van het besluit van 21 februari 2014, stelt de MDT-arts binnen het multidisciplinair team die betrokken was bij de opmaak van dat document, ook de gevolgen vast van de aandoening waaruit de specifieke ondersteuningsbehoefte voortvloeit, vermeld in artikel 16, § 1, eerste lid van het decreet van 27 april 2018, conform artikel 6 en 7.

De MDT-arts bezorgt de vaststelling, vermeld in het eerste lid, aan Kind en Gezin. Kind en Gezin bezorgt die vaststelling aan de uitbetalingsactor. De MDT-arts bezorgt ook alle relevante informatie over de gevolgen van de aandoening waaruit de specifieke ondersteuningsbehoefte voortvloeit van het kind aan Kind en Gezin.

Op basis van de vaststelling door een MDT-arts beslist de uitbetalingsactor of er recht is op een zorgtoeslag voor kinderen met een specifieke ondersteuningsbehoefte, als vermeld in artikel 16, § 1, van het decreet van 27 april 2018. Hij begroot die toeslag conform artikel 9. De uitbetalingsactor deelt de beslissing tot toekenning of weigering van de zorgtoeslag voor kinderen met een specifieke ondersteuningsbehoefte, alsook de periode en het bedrag van de toeslag, mee aan de begunstigde of begunstigten.

De datum van de aanvraag om een aanvraagdocument op te stellen, geldt als de datum waarop de verjaringstermijn vermeld in artikel 95, tweede lid van het decreet van 27 april 2018, begint te lopen.

De minister stelt de vergoeding vast voor de vaststellingen die de MDT-arts heeft uitgevoerd, vermeld in het eerste lid.

Art. 18. Als door een vaststelling van een MDT-arts, een hoger bedrag kan worden toegekend, betaalt de uitbetalingsactor het verschil, rekening houdend met de periode die de arts bepaalt. Als de nieuwe vaststelling tot een lager bedrag leidt, heeft de nieuwe beslissing pas uitwerking vanaf de eerste dag van de maand die volgt op de maand waarin de MDT-arts de vaststelling heeft meegedeeld aan Kind en Gezin.

Als een vaststelling wordt gedaan door een MDT-arts, terwijl er bij een evaluerende arts ook een procedure loopt tot vaststelling van de gevolgen van de aandoening waaruit een specifieke ondersteuningsbehoefte voortvloeit, wordt die laatste procedure stopgezet.

Onderafdeling 4. — Duur en herziening van de vaststelling van de gevolgen van de aandoening waaruit een specifieke ondersteuningsbehoefte voortvloeit

Art. 19. § 1. De vaststelling van de gevolgen van de aandoening waaruit de specifieke ondersteuningsbehoefte voortvloeit, door een evaluerende arts of een MDT-arts geldt tot de leeftijd van zes jaar, twaalf jaar of achttien jaar. Op dat moment worden de gevolgen ambtshalve herzien. In afwijking van wat voorafgaat, geldt een vaststelling die wordt gedaan in het jaar voor het kind zes, twaalf of achttien jaar wordt, tot de leeftijd van respectievelijk twaalf, achttien of eenentwintig jaar

Van de tijdstippen, vermeld in het eerste lid, kan op gemotiveerde wijze worden afgeweken door de evaluerende arts of de MDT-arts. Die geeft dan het tijdstip op van de ambtshalve herziening.

Kind en Gezin stuurt zes maanden voor de tijdstippen, vermeld in het eerste of het tweede lid, bereikt zijn, een brief met informatie over de ambtshalve herziening naar de begunstigde of begunstigde. De ambtshalve herziening vermeld in het eerste en tweede lid, verloopt conform artikel 12 tot en met 16.

De beslissing tot toekenning of weigering van de zorgtoeslag voor een kind met een specifieke ondersteuning, die voortvloeit uit de ambtshalve herziening, heeft uitwerking vanaf de eerste dag van de maand na de einddatum van de geldigheid van de vorige beslissing.

§ 2. Als wordt vastgesteld dat er een materiële fout is begaan in de verwerking van de beslissing, wordt die rechtgezet door de evaluerende arts of de MDT-arts. De evaluerende arts of de MDT-arts bezorgt de vaststelling aan Kind en Gezin. Kind en Gezin bezorgt die vaststelling aan de uitbetalingsactor.

Als door de rechtzetting, vermeld in het eerste lid, een hoger bedrag kan worden toegekend, betaalt de uitbetalingsactor het verschil, voor de periode die de evaluerende arts of de MDT-arts bepaalt. Als de nieuwe beslissing tot een lager bedrag leidt, heeft die beslissing pas uitwerking vanaf de eerste dag van de maand die volgt op de maand waarin de evaluerende arts of de MDT-arts de vaststelling heeft meegedeeld aan Kind en Gezin.

Art. 20. De begunstigde of begunstigde kunnen op basis van nieuwe inlichtingen een aanvraag tot herziening van de vaststelling van de gevolgen van de aandoening waaruit de specifieke ondersteuningsbehoefte voortvloeit, indienen bij de uitbetalingsactor. De herziening verloopt conform artikel 11 tot en met 16.

Als door de herziening, vermeld in het eerste lid, een hoger bedrag kan worden toegekend, betaalt de uitbetalingsactor het verschil. Hij baseert zich daarvoor op de periode die de evaluerende arts bepaalt. Als de nieuwe vaststelling tot een lager bedrag leidt, heeft die nieuwe vaststelling pas uitwerking vanaf de eerste dag van de maand die volgt op de maand waarin de evaluerende arts de vaststelling heeft meegedeeld aan Kind en Gezin.

HOOFDSTUK 4. — *Evaluerende artsen*

Afdeling 1. — Erkenning

Onderafdeling 1. — Algemene bepalingen

Art. 21. Een arts kan een erkenning als evaluerende arts aanvragen bij Kind en Gezin. Kind en Gezin beslist over de toekenning van een erkenning aan een arts om als evaluerende arts in het kader van dit besluit te mogen optreden.

De erkenning is drie jaar geldig.

Onderafdeling 2. — Erkenningsvoorwaarden

Art. 22. § 1. Om als evaluerende arts door Kind en Gezin erkend te kunnen worden, moet de arts:

1° beschikken over een uittreksel uit het strafregister als vermeld in artikel 596, tweede lid, van het Wetboek van Strafvordering, dat niet ouder is dan een maand of, voor wie niet in België gedomicilieerd is, een gelijkwaardig document kunnen voorleggen dat niet ouder is dan een maand waaruit onberispelijk gedrag voor het optreden als evaluerende arts blijkt;

2° beschikken over een goede algemene gezondheid voor de uit te voeren opdrachten. De betrokkene legt op verzoek van Kind en Gezin een medisch attest voor dat is geschreven door een andere arts en dat zijn goede algemene gezondheidstoestand voor de uit te voeren opdrachten bevestigt;

3° beschikken over een gevorderde en actieve kennis van het Nederlands;

4° verklaren kennisgenomen te hebben van de opdracht in het kader van dit besluit en van de bepalingen van dit besluit die op hem van toepassing zijn, door een digitaal startpakket te doorlopen;

5° niet het voorwerp geweest zijn van een opheffing van zijn erkenning als evaluerende arts.

De minister bepaalt de nadere regels voor de gevorderde en actieve kennis van het Nederlands, vermeld in paragraaf 1, eerste lid, 6°, onder meer wat betreft het taalvaardigheidsniveau en de manier waarop dat bewezen kan worden.

§ 2. Een evaluerende arts kan pas zelfstandig medische vaststellingen in het kader van dit besluit uitvoeren nadat hij een aantal vaststellingen, bepaald door Kind en Gezin, heeft bijgewoond of uitgevoerd onder begeleiding van een mentorarts, als bedoeld in artikel 32.

§ 3. Om de erkenning als evaluerende arts te kunnen behouden of te verlengen moet de betrokkene:

1° zijn opdrachten vervullen conform de wetenschappelijke aanbevelingen, met inachtneming van de code van de geneeskundige plichtenleer. Kind en Gezin verstrekt de nodige informatie en aanbevelingen;

2° in het eerste jaar van de erkenning een vormingstraject volgen, aangeboden door Kind en Gezin en gebaseerd op wetenschappelijke bevindingen en aanbevelingen;

3° de erkenningsvoorwaarden en de bepalingen van dit besluit naleven;

4° bij de uitvoering van zijn opdracht de inhoudelijke en methodische doelstellingen die Kind en Gezin nastreeft, in acht nemen en zo mee vorm geven aan het kwaliteitskader van Kind en Gezin;

5° Kind en Gezin op de hoogte houden van elke wijziging in de gegevens die relevant zijn voor de erkenning.

Onderafdeling 3. — Erkenningsvoorschriften

Art. 23. Bij de uitvoering van de opdrachten in het kader van dit besluit voldoet de evaluerende arts aan de volgende vereisten. De evaluerende arts:

- 1° verricht zijn opdrachten voor Kind en Gezin op zelfstandige basis;
- 2° voert de opdrachten uit zonder te discrimineren op basis van geslacht, nationaliteit, taal, vermogen, geloofs-, ideologische, filosofische en politieke overtuiging, culturele, maatschappelijk of sociale afkomst;
- 3° maakt gebruik van het geïntegreerd elektronisch dossier waarin Kind en Gezin voorziet;
- 4° communiceert correct, volledig en gericht op de behoeften van de begunstigde of begunstigden;
- 5° werkt voor de uitvoering van zijn opdrachten samen met de medewerkers van Kind en Gezin;
- 6° schoolt zich bij in relevante onderwerpen in het kader van dit besluit;
- 7° werkt alleen mee aan wetenschappelijk onderzoek bij de uitvoering van zijn opdracht in het kader van dit besluit na toestemming van Kind en Gezin.

Art. 24. De evaluerende arts krijgt via het elektronische portaal, waarin Kind en Gezin voorziet, een opdracht toegewezen.

Onderafdeling 4. — Vergoeding

Art. 25. De evaluerende arts krijgt maandelijks een vergoeding van Kind en Gezin voor:

- 1° de opdrachten die hij in de afgelopen maand in het kader van dit besluit heeft uitgevoerd;
- 2° de opleidingen die hij heeft gevolgd en waarvan Kind en Gezin heeft bepaald dat het die vergoedt.

De evaluerende arts beheert zijn opdrachten, opleidingen en vergoedingen in het elektronische portaal, vermeld in artikel 24. De evaluerende arts kan tot tien dagen na het einde van elke maand rechtzettingen doorgeven op de opdrachten en opleidingen van de afgelopen maand die in het portaal geregistreerd zijn.

De minister stelt de vergoedingen vast voor de opdrachten die de evaluerende arts heeft uitgevoerd en de opleidingen die hij heeft gevolgd. De minister kan ook een vergoeding bepalen voor de tegenwerpelijke medische expertise als de evaluerende arts gevorderd wordt door de arbeidsrechtbank.

Onderafdeling 5. Klachtenbehandeling

Art. 26. Kind en Gezin behandelt samen met de evaluerende arts de klachten die het over de evaluerende arts krijgt.

Afdeling 2. — Procedure

Onderafdeling 1. — Erkenningsprocedure

Art. 27. De erkenning als evaluerende arts door Kind en Gezin kan alleen worden verleend als aan de volgende voorwaarden is voldaan:

- 1° er is een ontvankelijke aanvraag ingediend;
- 2° er is voldaan aan de erkenningsvoorwaarden, vermeld in artikel 22.

Art. 28. De betrokkene dient de aanvraag tot erkenning elektronisch in bij Kind en Gezin met het aanvraagformulier dat Kind en Gezin ter beschikking stelt en vermeldt op straffe van niet-ontvankelijkheid de volgende gegevens:

- 1° de voor- en achternaam, het e-mailadres, het correspondentieadres en het telefoonnummer van de aanvrager;
- 2° het rijksregisternummer en het RIZIV-nummer van de aanvrager;
- 3° alle nodige gegevens over de accreditering bij het RIZIV;
- 4° een ondernemingsnummer en de daaraan gekoppelde rechtsvorm waaronder de aanvrager zijn activiteiten zal uitoefenen;
- 5° het rekeningnummer dat gekoppeld is aan het opgegeven ondernemingsnummer;
- 6° de nodige gegevens om te beoordelen of aan de erkenningsvoorwaarden is voldaan.

Art. 29. § 1. Nadat Kind en Gezin de aanvraag heeft ontvangen, stuurt het een elektronische ontvangstmelding naar de aanvrager.

§ 2. Binnen dertig dagen na de dag van ontvangst van de aanvraag deelt Kind en Gezin aan de aanvrager mee of de aanvraag ontvankelijk is.

Als de aanvraag niet ontvankelijk is omdat een of meer van de gegevens, vermeld in artikel 28, ontbreken, vraagt Kind en Gezin de ontbrekende gegevens op. De termijn voor de indiening van de gegevens of stukken bedraagt vijftien dagen. Tijdens die periode wordt de beslissingstermijn voor de ontvankelijkheid geschorst. Als er binnen die termijn geen gegevens of stukken elektronisch aan Kind en Gezin worden bezorgd, is de aanvraag onontvankelijk.

§ 3. Kind en Gezin behandelt de ontvankelijke aanvraag binnen drie maanden nadat aan de aanvrager is meegedeeld dat de aanvraag ontvankelijk is.

Kind en Gezin kan aanvullende informatie vragen aan de aanvrager. De aanvrager bezorgt de gevraagde aanvullende informatie aan Kind en Gezin binnen dertig dagen. De beslissingstermijn wordt niet geschorst.

Art. 30. Kind en Gezin bezorgt de beslissing over de aanvraag tot erkenning als evaluerende arts uiterlijk na afloop van de termijn, vermeld in artikel 29, § 3, eerste lid, aan de aanvrager. De beslissing heeft betrekking op een van de volgende beslissingen:

- 1° de toekenning van de erkenning;
- 2° het voornemen tot weigering van de erkenning.

De beslissing tot toekenning van de erkenning wordt elektronisch bezorgd aan de aanvrager en bepaalt de ingangsdatum van de erkenning.

De aanvrager wordt met een aangetekende brief op de hoogte gebracht van het voornemen tot weigering van de erkenning. De kennisgeving van de beslissing bevat, in voorkomend geval, de mogelijkheid, de voorwaarden en de procedure om een gemotiveerd bezwaarschrift in te dienen.

Als de aanvrager binnen de termijn, vermeld in artikel 38, geen bezwaarschrift indient, wordt, nadat die termijn verstreken is, het voornemen van Kind en Gezin van rechtswege omgezet in een beslissing tot weigering van de erkenning. De beslissing tot weigering van de erkenning wordt van rechtswege geacht te zijn meegedeeld.

Als de evaluerende arts een ontvankelijk bezwaarschrift heeft ingediend, conform de bezwaarprocedure, vermeld in artikel 37 tot en met 42, wordt de beslissing over de opheffing van de erkenning genomen nadat de bezwaarprocedure is doorlopen conform de regels die zijn vastgesteld bij of krachtens hoofdstuk III van het decreet van 7 december 2007 houdende de oprichting van een Adviescommissie voor Voorzieningen van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin en (Kandidaat-)pleegzorgers, met dien verstande dat het bezwaarschrift, in afwijking van artikel 8, § 1, eerste lid van het besluit van de Vlaamse Regering van 12 juli 2013 betreffende de Adviescommissie voor Voorzieningen van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin en (Kandidaat-)pleegzorgers, wordt behandeld door de kamer van gezondheidsvoorzieningen.

Onderafdeling 2. — Verlenging van de erkenning

Art. 31. De erkenning van de evaluerende arts wordt van rechtswege verlengd met drie jaar, als er geen indicaties zijn dat hij de erkenningsvoorschriften niet naleeft.

Onderafdeling 3. — Oproep om op te treden als mentorarts

Art. 32. § 1. Kind en Gezin kan een oproep doen bij de erkende evaluerende artsen, om op te treden als mentorarts. De oproep bevat minstens de volgende gegevens:

- 1° de periode waarin de aanvraag kan ingediend worden;
- 2° de vergelijkende procedure en het beslissingskader dat in de vergelijkende procedure wordt toegepast om de rangorde tussen de verschillende kandidaten vast te stellen;
- 3° de vereiste criteria en de competenties waaraan de evaluerende arts moet voldoen om te kunnen optreden als mentorarts;
- 4° de beslissingstermijn;
- 5° een aanvraagformulier.

De oproep vermeld in het eerste lid, wordt via de elektronische communicatiekanalen van Kind en Gezin kenbaar gemaakt.

§ 2. De geïnteresseerde evaluerende artsen dienen de aanvraag elektronisch in bij Kind en Gezin binnen de indieningstermijn, vermeld in de oproep, met het aanvraagformulier dat Kind en Gezin ter beschikking stelt.

Kind en Gezin neemt binnen de termijn, vermeld in paragraaf 1, eerste lid, 4°, een beslissing conform de vergelijkende procedure en het beslissingskader, vermeld in paragraaf 1, eerste lid, 2°. Kind en Gezin bezorgt elke aanvrager elektronisch de beslissing over zijn aanvraag.

Onderafdeling 4. — Schorsing of opheffing van de erkenning

Art. 33. Kind en Gezin volgt de naleving van de erkenningsvoorwaarden en erkenningsvoorschriften, vermeld in de artikelen 22 tot en met 24, op en kan daarvoor de nodige stukken opvragen bij de evaluerende arts.

Art. 34. Als wordt vastgesteld dat een evaluerende arts de erkenningsvoorwaarden en erkenningsvoorschriften, vermeld in de artikelen 22 tot en met 24, niet naleeft, of het onmogelijk of moeilijk maakt die naleving op te volgen, wordt, behalve bij dringende noodzakelijkheid, de evaluerende arts uitgenodigd voor een gesprek met Kind en Gezin.

Kind en Gezin geeft de evaluerende arts informatie over de bepalingen en voorschriften die de arts niet heeft nageleefd.

Kind en Gezin waarschuwt de evaluerende arts voor de mogelijke schorsing of opheffing van zijn erkenning bij blijvende niet-naleving.

Art. 35. Kind en Gezin kan in de volgende gevallen beslissen om de erkenning te schorsen:

- 1° als een inbreuk op de erkenningsvoorwaarden en -voorschriften op korte termijn weggewerkt kan worden;
- 2° uit voorzorg, als er ernstige indicaties zijn dat er een inbreuk is op de erkenningsvoorwaarden en -voorschriften en dat daardoor de veiligheid en gezondheid van de begunstigde of begunstigten of rechtgevend kinderen in het gedrang komen, of bij dringende noodzakelijkheid;
- 3° als de evaluerende arts de opvolging van de naleving van de erkenningsvoorwaarden en -voorschriften bemoeilijkt of verhindert.

Kind en Gezin brengt de evaluerende arts op de hoogte van de beslissing, vermeld in het eerste lid.

Kind en Gezin hoort zo snel mogelijk en uiterlijk binnen vijf werkdagen de evaluerende arts en neemt op basis daarvan een beslissing over de erkenning. De beslissing heeft betrekking op:

- 1° de opheffing van de schorsing, in voorkomend geval met naleving van de gemaakte afspraken met het oog op de naleving van de erkenningsvoorwaarden en -voorschriften;
- 2° het voornemen tot opheffing van de erkenning, vermeld in artikel 36.

Kind en Gezin brengt de evaluerende arts met een aangetekende brief op de hoogte van de beslissing, vermeld in het derde lid.

Art. 36. Kind en Gezin kan in de volgende gevallen beslissen om de erkenning op te heffen:

- 1° als een inbreuk op de erkenningsvoorwaarden en -voorschriften niet op korte termijn weggewerkt kan worden;
- 2° als een inbreuk die aan de basis van een schorsing van de erkenning lag, niet weggewerkt is binnen de termijn die bepaald is in de beslissing tot die schorsing;
- 3° als de evaluerende arts op basis van onjuiste gegevens een erkenning verkregen heeft.

Het voornemen tot opheffing van de erkenning wordt met een aangetekende brief bezorgd aan de evaluerende arts. De aangetekende brief bevat de informatie over de mogelijkheid, de voorwaarden en de procedure om een gemotiveerd bezwaarschrift in te dienen.

§ 2. Als de evaluerende arts binnen de termijn, vermeld in artikel 38, geen bezwaarschrift indient, wordt, nadat die termijn verstreken is, het voornemen van Kind en Gezin omgezet in een beslissing tot opheffing van de erkenning. De evaluerende arts wordt van de voormelde beslissing op de hoogte gebracht met een aangetekende brief.

Als de evaluerende arts een ontvankelijk bezwaarschrift heeft ingediend, conform de bezwaarprocedure, vermeld in artikel 37 tot en met 42, wordt de beslissing over de opheffing van de erkenning genomen nadat de bezwaarprocedure is doorlopen conform de regels die zijn vastgesteld bij of krachtens hoofdstuk III van het decreet van 7 december 2007 houdende de oprichting van een Adviescommissie voor Voorzieningen van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin en (Kandidaat-)pleegzorgers, met dien verstande dat het bezwaarschrift, in afwijking van artikel 8, § 1, eerste lid van het besluit van de Vlaamse Regering van 12 juli 2013 betreffende de Adviescommissie voor Voorzieningen van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin en (Kandidaat-)pleegzorgers, wordt behandeld door de kamer van gezondheidsvoorzieningen.

Onderafdeling 5. — Bezwaarprocedure

Art. 37. De aanvrager of evaluerende arts kan bezwaar aantekenen bij Kind en Gezin tegen het voornemen tot weigering, vermeld in artikel 30, en het voornemen tot opheffing van de erkenning, vermeld in artikel 36.

Art. 38. De aanvrager of evaluerende arts dient met een aangetekende brief een gemotiveerd bezwaarschrift in bij Kind en Gezin in het geval, vermeld in artikel 37, op straffe van niet-ontvankelijkheid, uiterlijk dertig dagen na de kennisgeving van een voornemen tot een beslissing als vermeld in artikel 37.

Art. 39. Het bezwaarschrift, vermeld in artikel 38, bevat op straffe van niet-ontvankelijkheid al de volgende elementen:

- 1° de naam en het adres van de aanvrager of de evaluerende arts;
- 2° het dossiernummer van het betwiste voornemen;
- 3° een motivering van het bezwaar;
- 5° de datum van het bezwaar.

Art. 40. Kind en Gezin beslist uiterlijk tien dagen na de dag van de ontvangst van het bezwaarschrift over de ontvankelijkheid van het bezwaar en brengt de aanvrager of de evaluerende arts daarvan onmiddellijk op de hoogte met een aangetekende brief.

Art. 41. Het bezwaar is schorsend.

In afwijking van het eerste lid, kan Kind en Gezin bij een bezwaar tegen het voornemen tot opheffing van de erkenning binnen tien dagen na de dag van de ontvangst van het bezwaarschrift beslissen dat het bezwaar geen schorsend karakter heeft. Die mogelijkheid wordt beperkt tot de gevallen waarbij een ernstig gevaar dreigt voor de veiligheid en de gezondheid van de rechtgevendende kinderen en de begunstigde of begunstigten.

Als besloten wordt dat het bezwaar niet schorsend is, stuurt Kind en Gezin de beslissing onmiddellijk met een aangetekende brief naar de evaluerende arts.

Art. 42. Het bezwaar wordt behandeld met inachtneming van de regels die zijn vastgesteld bij of ter uitvoering van hoofdstuk III van het decreet van 7 december 2007 houdende de oprichting van een Adviescommissie voor Voorzieningen van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin en (Kandidaat-)pleegzorgers.

Onderafdeling 6. — Vrijwillige stopzetting

Art. 43. Een evaluerende arts die besluit zijn activiteiten in uitvoering van dit besluit stop te zetten, meldt dat zo snel mogelijk elektronisch aan Kind en Gezin. Kind en Gezin zet de erkenning stop vanaf de opgegeven stopzettingsdatum.

HOOFDSTUK 5. — *Pleegzorgtoeslag*

Art. 44. § 1. In dit hoofdstuk wordt verstaan onder plaatsing in een instelling: plaatsing in een instelling als vermeld in artikel 68, § 1, van het decreet van 27 april 2018, alsook de situatie die een plaatsing in een instelling benadert, zijnde de situatie waarin het rechtgevend kind de toestemming heeft om afzonderlijk of op een autonome manier te wonen, maar onder permanent toezicht staat van en begeleid wordt door een instelling op basis van een beslissing tot hulp en bijstand van het kind die voorzien is door de toepasselijke reglementering en als de overheid of instelling belast is met het toezicht en de begeleiding van het kind.

§ 2. Voor de toepassing van artikel 17, eerste lid van het decreet van 27 april 2018, wordt verstaan onder:

1° openbare overheid: een openbare overheid van justitie en van volksgezondheid, hoven en rechtbanken, openbare centra voor maatschappelijk welzijn, federale, communautaire, gewestelijke, provinciale en gemeentelijke overheidsdiensten ter bescherming van de jeugd, voor openbare bijstand of ten behoeve van personen met een handicap. Dit kan een buitenlandse overheid zijn;

2° door bemiddeling of ten laste van: de toestand waarin een openbare overheid overgaat tot plaatsing van een kind:

- a) door eenvoudige administratieve bemiddeling, zonder geldelijke tegemoetkoming,
- b) met geldelijke tegemoetkoming;
- c) zowel met administratieve als geldelijke tegemoetkoming;

3° plaatsing in een pleeggezin: plaatsing bij pleegouders alsook de situatie die een plaatsing in een pleeggezin benadert, namelijk de situatie waarin het rechtgevend kind niet fysiek in een pleeggezin verblijft, maar op basis van een gerechtelijke beslissing of een beslissing tot hulp of bijzondere bijstand wordt toevertrouwd aan een pleeggezin, belast met het toezicht en de begeleiding van het kind.

Art. 45. De pleegzorgtoeslag is in de volgende gevallen niet verschuldigd aan de persoon of personen die voorafgaandelijk aan de plaatsing van het kind in het pleeggezin de gezinsbijslag ontvingen, vermeld in boek 2, deel 1 van het decreet van 27 april 2018:

1° als de voormelde personen voor het kind alleen het startbedrag geboorte, vermeld in artikel 9 van het decreet van 27 april 2018, ontvingen;

2° als het kind zelf begunstigde was conform artikel 58, § 3, van het decreet van 27 april 2018;

3° als de voormelde personen niet vastgesteld kunnen worden;

4° als het kind in een instelling én in een pleeggezin wordt geplaatst en het saldo van de gezinsbijslag, vermeld in boek 2, deel 1 van het decreet van 27 april 2018, krachtens een gerechtelijke of administratieve beslissing tijdens die plaatsing, aan de voormelde personen toekomt;

5° als het gezin van oorsprong en het onthaalgezin dezelfde zijn.

HOOFDSTUK 6. — *Wijzigingsbepalingen*

Art. 46. In artikel 26 van het besluit van de Vlaamse Regering van 21 februari 2014 betreffende de integrale jeugdhulp wordt het tweede lid vervangen door wat volgt:

“Naast de opdrachten, vermeld in het eerste lid, adviseert het team Indicatiestelling, in voorkomend geval, over de aanwending van het resterende bedrag van het derde van de gezinsbijslagen ter uitvoering van artikel 68, § 2, van het decreet van 27 april 2018 tot regeling van de toelagen in het kader van het gezinsbeleid.”.

Art. 47. In artikel 37, eerste lid, van hetzelfde besluit, gewijzigd bij het besluit van de Vlaamse Regering van 9 oktober 2015, wordt punt 3° vervangen door wat volgt:

“3° de aanwending van het resterende bedrag van het derde van de gezinsbijslagen ter uitvoering van artikel 68, § 2, van het decreet van 27 april 2018 tot regeling van de toelagen in het kader van het gezinsbeleid.”.

HOOFDSTUK 7. — *Slotbepalingen*

Afdeling 1. — Overgangsbepalingen

Onderafdeling 1. — Wezentoeslag

Art. 48. § 1. Het rechtgevend kind dat geboren is vóór 1 januari 2019, van wie een van de ouders is overleden en aan wie op grond van de kinderbijslagreglementering een gewone of verhoogde wezenbijslag is toegekend op 31 december 2018, kan als verlaten beschouwd worden als vermeld in artikel 214, § 2, achtste lid, van het decreet van 27 april 2018, als voldaan is aan de volgende cumulatieve voorwaarden:

1° het kind is ingeschreven op een ander adres dan de overlevende ouder in de zin van artikel 3, eerste lid, 5°, van de wet van 8 augustus 1983 tot regeling van het Rijksregister van de natuurlijke personen, met uitzondering van gevallen waarbij uit andere daarvoor overgelegde officiële documenten als vermeld in artikel 3, § 1, van het besluit van de Vlaamse Regering van 21 september 2018 tot vaststelling van de nadere regels voor het toekennen van een sociale toeslag, blijkt dat het kind op een ander adres woont dan de overlevende ouder;

2° de overlevende ouder heeft geen contact meer met het kind;

3° er is geen of slechts een minieme geldelijke tegemoetkoming in de onderhoudskosten van het kind;

4° de overlevende ouder vormt een gezin met een persoon die geen bloed- of aanverwant is tot en met de derde graad.

In het eerste lid, 3°, wordt verstaan onder minieme geldelijke tegemoetkoming: een kleinere bijdrage dan het verschil tussen de kinderbijslag, vermeld in artikel 210 van het decreet van 27 april 2018, en de verhoogde kinderbijslag voor wezen, vermeld in artikel 214, § 1, van het voormelde decreet. Als er verschillende kinderen in het gezin aanwezig zijn, wordt het verschil per kind vergeleken tenzij een volledige vergelijking gunstiger is dan een vergelijking per kind. Het is niet van belang of de overlevende ouder die geldelijke bijdrage vrijwillig of ingevolge een rechterlijke beslissing verstrekt.

§ 2. In afwijking van paragraaf 1, eerste lid, 2°, vormen contacten per brief, telefoon, via sms of sociale media en louter protocollaire bezoeken geen beletsel om een kind als verlaten te beschouwen als vermeld in artikel 214, § 2, achtste lid, van het decreet van 27 april 2018, zolang die contacten niet deel uitmaken van een structurele relatie tussen de overlevende ouder en het kind.

§ 3. Als er niet meer voldaan is aan een van de cumulatieve voorwaarden, vermeld in paragraaf 1, wordt het kind niet meer als verlaten wees beschouwd als vermeld in artikel 56bis, § 2, vierde lid, van de Algemene kinderbijslagwet, vanaf de eerste dag van de maand die volgt op de maand waarin de voorwaarden niet langer vervuld zijn.

Als het kind voldoet aan de voorwaarden, vermeld in paragraaf 1, wordt het als verlaten wees beschouwd vanaf de eerste dag van de maand die volgt op de maand waarin het kind opnieuw aan de voorwaarden voldoet.

§ 4. De minister kan nadere regels vaststellen voor de procedure voor de vaststelling van een verlaten wees als vermeld in artikel 214, § 2, achtste lid, van het decreet van 27 april 2018.

Onderafdeling 2. — Zorgtoeslag voor kinderen met een specifieke ondersteuningsbehoefte

Art. 49. § 1. Het kind voor wie een beslissing is genomen op basis van het koninklijk besluit van 28 maart 2003, en dat ten gevolge van die beslissing bij de uitbetalingsactor een recht opent op een maandelijks zorgtoeslag voor kinderen met een specifieke ondersteuningsbehoefte als vermeld in artikel 16, § 1, van het decreet van 27 april 2018, blijft gerechtigd op de zorgtoeslag zolang die beslissing onverminderd van toepassing blijft omdat er geen herziening plaatsvond op aanvraag of ambtshalve en op voorwaarde dat het kind de leeftijd van 21 jaar niet bereikt heeft.

Voor het kind, vermeld in het eerste lid, voor wie vanaf 1 januari 2019 een herziening op aanvraag of een ambtshalve herziening plaatsvindt en waarbij uit de nieuwe beslissing blijkt dat het kind een specifieke ondersteuningsbehoefte heeft die gevolgen heeft als vermeld in artikel 6, wordt een zorgtoeslag voor kinderen met een specifieke ondersteuningsbehoefte uitgekeerd als vermeld in artikel 16, § 1, van het decreet van 27 april 2018.

De beslissing tot toekenning of weigering van de zorgtoeslag voor een kind met een specifieke ondersteuning die voortvloeit uit een ambtshalve herziening, heeft uitwerking vanaf de eerste dag van de maand na de einddatum van de geldigheid van de vorige beslissing.

Als ten gevolge van de herziening op aanvraag een hoger bedrag kan worden toegekend, betaalt de uitbetalingsactor het verschil voor de periode die de evaluerende arts bepaalt. Als de nieuwe beslissing tot een lager bedrag leidt, heeft die nieuwe beslissing pas uitwerking vanaf de eerste dag van de maand die volgt op de maand waarin de evaluerende arts de beslissing heeft meegedeeld aan Kind en Gezin.

§ 2. Het kind voor wie een lichamelijke en geestelijke ongeschiktheid en een graad van zelfredzaamheid is vastgesteld conform artikel 2 van het koninklijk besluit van 28 maart 2003 en dat door die beslissing recht heeft op een bijslag van 414,28 euro, 453,49 euro of 484,78 euro als vermeld in artikel 47, § 1, van de Algemene Kinderbijslagwet en afhankelijk van zijn graad van zelfredzaamheid, blijft zijn recht op die bijslag behouden zolang de beslissing niet herzien wordt.

Art. 50. Zolang de inschaling voor kinderen met een specifieke ondersteuningsbehoefte vanaf 1 januari 2019 conform het driepijlersysteem, vermeld in artikel 6 en 7 van het koninklijk besluit van 28 maart 2003, wordt uitgevoerd onder de bevoegdheid van het Waalse Gewest, de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie en de Duitstalige Gemeenschap, worden de beslissingen die daaruit voortvloeien automatisch overgenomen door de Vlaamse Gemeenschap, als het betrokken kind onder de bevoegdheid van de Vlaamse Gemeenschap komt te vallen. Die beslissing geldt voor de termijn die daarvoor bepaald is door de betrokken deeleniteiten en valt onder de toepassing van artikel 19 en 20 van dit besluit.

Kind en Gezin beoordeelt of de inschaling, vermeld in het eerste lid, die gevoerd wordt onder de bevoegdheid van het Waalse Gewest, de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie of de Duitstalige Gemeenschap, blijvend conform het driepijlersysteem, vermeld in het eerste lid, wordt uitgevoerd.

Onderafdeling 3. — Erkenning als evaluerende arts

Art. 51. Zonder dat ze daartoe een aanvraag hoeven in te dienen, krijgen artsen op 1 januari 2019 een erkenning als vermeld artikel 21, voor drie jaar als ze aan al de volgende voorwaarden voldoen:

1° ze hebben sinds 1 januari 2017 minstens één vaststelling gedaan in opdracht van de FOD Sociale Zekerheid overeenkomstig het koninklijk besluit van 28 maart 2003;

2° ze zijn niet ontslagen als statutaire arts bij de FOD Sociale Zekerheid of de FOD Sociale Zekerheid heeft de samenwerking met hen niet beëindigd om functionele redenen.

De arts die de erkenning, vermeld in het eerste lid, niet wil, meldt dat elektronisch aan Kind en Gezin. Kind en Gezin verleent in dat geval geen erkenning aan de arts.

De evaluerende arts, vermeld in het eerste lid, heeft drie jaar de tijd om te voldoen aan de erkenningsvoorwaarde, vermeld in artikel 22, § 1, eerste lid, 6°.

Onderafdeling 4. — Pleegzorgtoeslag

Art. 52. § 1. In dit artikel wordt verstaan onder plaatsende overheid: een openbare overheid van justitie en van volksgezondheid, hoven en rechtbanken, openbare centra voor maatschappelijk welzijn, federale, communautaire, gewestelijke, provinciale en gemeentelijke overheidsdiensten ter bescherming van de jeugd, voor openbare bijstand of ten behoeve van personen met een handicap. De plaatsende overheid kan een buitenlandse overheid zijn.

§ 2. De forfaitaire pleegzorgbijslag, vermeld in artikel 219, eerste lid, van het decreet van 27 april 2018, is verschuldigd aan de bijslagtrekkende die de kinderbijslag voor het geplaatste kind ontving onmiddellijk voor de plaatsing, zolang die regelmatig contact onderhoudt met of belangstelling toont voor het kind.

§ 3. De uitbetalingsactor beslist de forfaitaire pleegzorgbijslag niet langer toe te kennen als de plaatsende overheid, hem laat weten dat de bijslagtrekkende geen regelmatig contact meer onderhoudt met het kind of geen belangstelling toont voor het kind.

In het geval, vermeld in het eerste lid, wordt de betaling van de forfaitaire pleegzorgbijslag, vermeld in artikel 219, eerste lid, van het decreet van 27 april 2018, stopgezet vanaf de eerste dag van de maand die volgt op de maand waarin de uitbetalingsactor de desbetreffende beslissing van de plaatsende overheid heeft ontvangen.

§ 4. Als de uitbetalingsactor kennisneemt van feiten of verklaringen waaruit blijkt dat er geen regelmatig contact meer is tussen het geplaatste kind en de bijslagtrekkende van de forfaitaire pleegzorgbijslag of dat er een gebrek is aan belangstelling van de bijslagtrekkende voor het kind, geeft de uitbetalingsactor die informatie door aan de plaatsende overheid. De betaling van de pleegzorgtoeslag wordt voortgezet zolang er geen bericht van de plaatsende overheid, vermeld in paragraaf 3, wordt ontvangen.

§ 5. Als de bijslagtrekkende van de forfaitaire pleegzorgbijslag ontzet wordt uit de ouderlijke macht, is die bijslag niet langer verschuldigd. In dat geval wordt de betaling van de forfaitaire pleegzorgbijslag, vermeld in artikel 219, eerste lid, van het decreet van 27 april 2018, stopgezet vanaf de eerste dag van de maand die volgt op de maand waarin de uitbetalingsactor de desbetreffende gerechtelijke beslissing tot de ontzetting uit de ouderlijke macht heeft ontvangen.

Afdeling 2. — Uitvoeringsbepaling en inwerkingtredingsbepaling

Art. 53. Dit besluit treedt in werking op 1 januari 2019.

Art. 54. De Vlaamse minister, bevoegd voor de bijstand aan personen, is belast met de uitvoering van dit besluit.
Brussel, 7 december 2018.

De minister-president van de Vlaamse Regering,
G. BOURGEOIS

De Vlaamse minister van Onderwijs,
H. CREVITS

De Vlaamse minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin,
J. VANDEURZEN

Bijlage 1. Medisch – sociale schaal voor de evaluatie van de gevolgen van de aandoening waaruit een specifieke ondersteuningsbehoefte voortvloeit, vermeld in artikel 6, §1

KIND						FAMILIE							
1. Onge- schiktheid (PI)		2. Activiteit & participatie (PII)		0	1	2	3	3. Familiale Belasting (PIII)		0	1	2	3
25-49%	1	2.1 Leren, opleiding en sociale integratie						3.1 Opvolging van de behandeling thuis					
50-65%	2	2.2 Communicatie						3.2 Verplaatsing voor medisch toe-zicht en behandeling					
66-79%	4	2.3 Mobiliteit en verplaatsing						3.3 Aanpassing van leefmilieu en leefwijze					
80-100%	6	2.4 Zelfverzorging											
Hoogste score:		Totaal:						Totaal:					

Punten: 6

x 2 = 18 TOTALE SCORE: max. 36 punten

punten: 12

punten: 9

Alle leeft.Cat. 2.1. LEREN, OPLEIDING EN SOCIALE INTEGRATIE	0	1	2	3
Bijzonder of aangepast onderwijs. Normaal onderwijs met inspanningen bij het verwerven van kennis en het ontwikkelen van vaardigheden omwille van ge-dragsstoornissen , mentale -, zintuiglijke -, neuromotorische - of lichamelijke aandoeningen. Oefeningen logopedie, psychomotoriek of ergotherapie 1x per week. Strikt dieet. Psychologische begeleiding buiten de school (verschillende malen /maand).		X		
Thuisonderwijs omwille van zware chronische behandeling, verblijf in instelling voor bijzonder onderwijs, ziekenhuis-school, regelmatig of langdurig verblijf in het ziekenhuis. De sociale relaties zijn permanent ernstig gestoord omwille van zware gedragsstoornissen , mentale -, zintuiglijke -, neuromotorische - of lichamelijke aandoeningen.			X	
Het verwerven van kennis en het ontwikkelen van vaardigheden is niet haalbaar en sociale relaties zijn quasi onmogelijk.				X
HOOGSTE SCORE:				

0 - 36 maand 2.2 COMMUNICATIE	0	1	2	3
Ter inlichting: een als normaal beschouwde ontwikkeling: <u>Spraak</u> : 13 maand: zegt mama, papa. 18 maand: benoemt bekende voorwerpen. 24 maand: combineert 2-3 woorden, gebruikt "ik". <u>Begrijpen</u> : 18 maand: duidt delen van het lichaam aan 30 maand: benoemt een plaatje, kent ja en nee, duidt een omschreven voorwerp aan.		X		
3 maand : reageert niet op stem van ouders 5 maand : <u>horen</u> : kijkt niet bij aanspreken door bekende (om te zien waar het geluid vandaan komt) <u>expressie</u> : maakt geen klankjes bij aanspreken door bekende 10 maand : <u>horen</u> : wuift niet als men "dag" zegt <u>expressie</u> : geen aanvang brabbelen Na 18 maand: zegt laat eerste woorden (mama, papa). Na 12 maand visuele interactie met ouders moeilijk.			X	
Na 12 maand nog geen taalexpressie of taalbegrip Volledige blindheid of totale kophose.			X	
HOOGSTE SCORE:				

37 maand - 6 jaar 2.2 COMMUNICATIE	0	1	2	3
Ter inlichting: een als normaal beschouwde ontwikkeling: 36 maand: maakt kleine zinnen in de moedertaal, gebruikt meer-voud, onderscheidt kleuren, begrijpt waar? wat? wie? 4 j: de spraak is verstaanbaar; begrijpt koud, moe, honger kent 3 kleuren, duidt elleboog en knie aan. 5 j: begrijpt concrete situaties, duidt wimpers en kin aan. 5-6 j: 5- woordzinnen; definieert 3 woorden.	X			
Achterstand in spraak van tenminste 18 maand of 2 maal SD voor de 3 functies (articulatie, woordbetekenis en zinsbouw). Vanaf 5 jaar: een grafo-motorische achterstand van tenminste 18 maand of 2 maal SD bij volledige standaardtest. Visus: < 3/10 (bilateraal met correctie).		X		
Eerste woordjes slechts vanaf 3 ^e kleuterklas. Zegt enkel woorden, geen zinnen, slecht verstaanbaar na 3 ^e kleuterklas Aanleren van de taal door speciale methoden (liplezen, gebarentaal,...) De communicatie met het kind verloopt moeizaam of sterk gestoorde mogelijkheid om tot relaties te komen die passen bij het ontwikkelingsniveau. Begrijpt niet wat hij/zij ziet (vb. visuele agnosie). Visus: 1/20 (bilateraal met correctie) of gezichtsveld < 10°.			X	
Alleen een non-verbale communicatie is mogelijk. Volledige blindheid of totale kophose.				X
HOOGSTE SCORE				

7-11 jaar 2.2 COMMUNICATIE	0	1	2	3
Ter inlichting een als normaal beschouwde ontwikkeling: Benoemt de dagen van de week, kent de maanden en de uren. Herkent de hoofdpersonages in een verhaal Leest spontaan strips in het 3 ^e leerjaar.	X			
Spraakachterstand van tenminste 30 maanden of 2 maal SD bij volledige standaardtest. Blijft verstaanbaar. Begrijpt eenvoudige opdrachtjes. Dysarthrie, ernstig stotteren (waarvoor therapie) Gehoor: verstaat met gehoorapparaatjes en zonder liplezen. Vanaf 10 jaar: begrijpend lezen mogelijk, doch gebrekkig; kan geen korte zinnen schrijven. Visus: < 3/10 tot >1/20 (bilateraal met correctie) of gezichtsveld < 20°; vergroting nodig bij lezen op normale leesafstand; kan op school niet op bord lezen.		X		
Spraak moeilijk verstaanbaar, gebrek gelijk aan ten minste 48 maand spraakachterstand op de leeftijd van 7 jaar of ten minste gelijk aan 6 jaar achterstand op de leeftijd van 11 jaar. Reageert niet op opdrachten wegens ernstig communicatie-probleem Sterk gestoorde mogelijkheid om tot relaties te komen met leeftijdsgenoten.. Schrijven: enkel voornaam schrijven Gehoor: noodzaak tot liplezen om te verstaan ondanks gehoorprothese. Visus: 1/20 (bilateraal met correctie) of gezichtsveld < 10°; kan niet lezen (braille nodig) of kan geen TV kijken.			X	
Onverstaanbare spraak, zegt enkele woorden maar geen zin, gebarentaal noodzakelijk. Braille niet aan te leren. Volledige blindheid / totale kophose.				X
HOOGSTE SCORE:				

12 jaar en meer	2.2 COMMUNICATIE	0	1	2	3
	Ter inlichting: een als normaal beschouwde ontwikkeling: Kan een verhaal mondeling samenvatten. Kan strips en romans lezen. Leest ondertitels (op TV)	X			
	Duidelijke spraakachterstand of articulatiestoornissen. Ernstig stotteren (waarvoor therapie). Leest moeilijk, kan korte tekst lezen maar geen boek. Kan enkel eenvoudige zinnen schrijven. Moeilijk schrijven tengevolge van motorische problemen. Gehoor: verstaat met gehoorprothese en zonder liplezen. Visus: < 3/10 tot >1/20 (bilateraal met correctie) of gezichtsveld < 20°; kan op school niet op bord lezen; TV op < 1 meter, vergroting nodig voor zicht op korte afstand.		X		
	Sterk gestoorde mogelijkheid om tot relaties te komen met leeftijdsgenoten / infantiele taal. Moeilijk verstaanbare spraak Kan lezen noch schrijven. Gehoor: noodzaak van liplezen om te verstaan ondanks gehoorprothese Visus: 1/20 (bilateraal met correctie) of gezichtsveld < 10°; kan niet lezen (braille nodig) of TV kijken.			X	
	Onverstaanbare spraak, zegt enkele woorden maar geen zin, gebarentaal noodzakelijk. Braille niet aan te leren. Volledige blindheid / totale kophose.				X
HOOGSTE SCORE:					

0-36 maand	2.3. MOBILITEIT EN VERPLAATSING (inclusief fysische activiteit, gevaarsbesef en oriëntatiezin; in geval van aantasting van een enkel lid wordt de totale functie geëvalueerd)	0	1	2	3
0 - 12 maand	Moeilijke hoofdcontrole op 6 maand.		X		
	Geen hoofdcontrole op 6 maand.			X	
	Ernstige axiale hypotonie zonder motorische activiteit.				X
	HOOGSTE SCORE				
13 - 24 maand	Komt niet van lig tot zit, zit zelfstandig, trekt zich niet op tot staan. Grijpen mogelijk maar onbeholpen (geen fijne motoriek).		X		
	Zit niet zelfstandig. Grijpen mogelijk maar ondoelmatig of bijna afwezig.			X	
	Geen hoofdcontrole en geen willekeurige motorische activiteit.				X
	HOOGSTE SCORE				
25 - 36 maand	Stapt met hulp Grijpen mogelijk maar onbeholpen (geen fijne motoriek)		X		
	Komt niet van lig tot zit maar zit zelfstandig; trekt zich niet op tot staan en stapt niet. Grijpen mogelijk maar ondoelmatig of bijna afwezig			X	
	Zit niet zelfstandig Grijpen afwezig				X
	HOOGSTE SCORE				

3-6 jaar	2.3. MOBILITEIT EN VERPLAATSING (inclusief fysieke activiteit, gevaarsbesef en oriëntatiezin; in geval van aantasting van een enkel lid wordt de totale functie geëvalueerd)	0	1	2	3
Gaan zonder hulp	Gang moeilijk (meer dan 10 meter) Zeer moeilijk (enkele meters) Onmogelijk		X	X	X
Trappen en obstakels	Moeilijk Onmogelijk		X	X	
Hulpapparaten of steun (gang meer dan 10 meter)	Gang mogelijk met orthese, prothese of kruk.. Moeilijk met orthesen, krukken of prothesen. Onmogelijk: permanent rolstoel.		X	X	X
Handigheid en fijne manipulatie	Moeilijk. Onmogelijk.		X	X	
Spel- en sportactiviteiten	Beperkingen, moeilijkheden. Onmogelijk of verboden.		X	X	
	HOOGSTE SCORE				

7 jaar en meer	2.3. MOBILITEIT EN VERPLAATSING (inclusief fysieke activiteit, gevaarsbesef en oriëntatiezin; in geval van aantasting van een enkel lid wordt de totale functie geëvalueerd)	0	1	2	3
Gaan zonder hulp	Gang moeilijk (meer dan 10 meter) Zeer moeilijk (enkele meters) Onmogelijk		X	X	X
Trappen en obstakels	Moeilijk Onmogelijk		X	X	
Hulpapparaten en/of steun (gang meer dan 10 meter)	Gang mogelijk met orthese, prothese of kruk. Moeilijk met orthesen, krukken of prothesen Onmogelijk: rolstoel bestendig		X	X	X
Openbaar vervoer	Moeilijk met hulp of na begeleide inoefening Onmogelijk		X	X	
Fijne manipulatie en handigheid	Moeilijkheden Onmogelijk		X	X	
Fietsen, spel- en sportactiviteiten	Beperkingen, moeilijkheden Verbod of onmogelijk		X	X	
	HOOGSTE SCORE				

0-36 maanden	2.4. ZELFVERZORGING	0	1	2	3
Voedsel nuttigen	Ernstige slikstoornissen. Sondevoeding. Totale parenterale voeding.		X	X	X
HOOGSTE SCORE					

3-6 jaar	2.4 ZELFVERZORGING	0	1	2	3
Zich wassen en kleden	Veel hulp nodig in vergelijking met leeftijdgenoten. Onmogelijk zonder bestendige hulp.		X	X	
Voedsel nuttigen	Veel hulp nodig in vergelijking met leeftijdgenoten of ernstige slikstoornissen. Sondevoeding. Totale parenterale voeding.		X	X	X
Toiletgang	Nachtelijk incontinent, hulp bij het reinigen. Ongelukjes dag en nacht. Volledig incontinent (luiers) of dagelijks lavement. Stoma verzorging of sonderen.	X	X	X	X
HOOGSTE SCORE					

7-11jaar	2.4 ZELFVERZORGING	0	1	2	3
Zich wassen en kleden	Zelfstandig	X			
	Beperkte hulp (veters, knopen en nagels) Onmogelijk uit te voeren zonder bestendige hulp		X		
Voedsel nuttigen	Zelfstandig	X			
	Moeilijk zelfstandig of ernstige slikstoornissen Sondevoeding Onmogelijk zonder bestendige hulp of totale parenterale voeding		X		
Toiletgang	Zelfstandig	X			
	Nachtelijk incontinent, hulp bij reinigen Ongelukjes dag en nacht of dagelijks lavement Volledig incontinent, stoma verzorging of sonderen		X		
	HOOGSTE SCORE				

12j en meer	2.4 ZELFVERZORGING	0	1	2	3
Zich wassen en kleden	Zelfstandig Toezicht en beperkte hulp (veters, knopen en nagels) Hulp belangrijk en vaak noodzakelijk Onmogelijk uit te voeren zonder bestendige hulp	X	X	X	X
Voedsel nuttigen	Zelfstandig Geringe hulp (vb: vlees snijden) of ernstige slikstoornissen Belangrijke hulp bij nuttigen Onmogelijk zonder bestendige hulp of totale parenterale voeding of sondevoeding	X	X	X	X
Toiletgang	Zelfstandig Met toezicht, nachtelijke ongelukjes, hulp bij menstruatie Ongelukjes dag en nacht, hulp bij reinigen of dagelijks lavement Volledig incontinent, bestendig luiers, stoma verzorging of sonderen	X	X	X	X
	HOOGSTE SCORE				

3.1 OPVOLGING VAN DE BEHANDELING THUIS Behandeling thuis gedurende tenminste 6 maanden	0	1	2	3
<ul style="list-style-type: none"> - 2 verschillende geneesmiddelen per os verschillende malen p/ dag. - IM of SC injectie 1x/week - bril; ooglap; oogdruppels - zalf 1 maal per dag. - gehoorapparaten en cochleair implantaat waarbij geen hulp noodzakelijk is om ze te plaatsen, weg te nemen, goed af te stellen en te beschermen en om de batterijen te vervangen. - verhemelteplaat; tandbeugel. - orthopedische schoenen. 	X			
<ul style="list-style-type: none"> - belangrijke lichtprotectie (ogen en huid) - 3 of meer verschillende geneesmiddelen per os per dag - IM of SC injectie 1x/dag - geneesmiddelen IV 1x/maand - oogprothese; contactlenzen bij een kind <u>tot 6 jaar</u> - gehoorapparaten en cochleair implantaat waarbij hulp noodzakelijk is om ze te plaatsen, weg te nemen, goed af te stellen en te beschermen en om de batterijen te vervangen. - aërosol/ademhalingskine 2x/dag - monitoring voorgeschreven voor herhaalde apnoes - dieet met uitsluiting van 1 stof (lactose, phenylalanine, gluten) - kine thuis dagelijks - drukkleedij - therapeutische baden en zalven meer dan 2x per dag toegepast - korsetten of gipsen - verzorging en plaatsing van een lidmaatprothese of orthese - herhaalde lavementen - urinaire sondage < 3x/dag - anale dilataties. 		X		
<ul style="list-style-type: none"> - IV-toediening van geneesmiddelen 1x/week of meer. - Desferal-Morfinepomp enz. - aërosol/intrapulmonale percussieve ventilatie/ademhalingskine 3x/d. - gastrostomie sonde met toediening in bolus - complex dieet met uitsluiting van verschillende voedingsstoffen - behandeling en opvolging van insulineafhankelijke diabetes (toediening insuline, toezicht en dieet). - zorgen voor stomie - kine thuis verschillende malen per dag - drukkleedij die een lichaamsoppervlakte bedekt van meer dan een lidmaat met de bijhorende huidverzorging (zalven, verbanden) - urinaire sondage 3x of meer/dag. 			X	
<ul style="list-style-type: none"> - <u>Continue of nachtelijke</u> ademhalingsondersteuning (aspiratie, buisje, ademhalingsapparatuur, zuurstof toediening) - totale parenterale nutritie - voeding met maagsonde 's nachts of continu - dagelijks intraveneuze behandeling; - thuisdialyse 				X
HOOGSTE SCORE				

3.2 VERPLAATSING VOOR MEDISCH TOEZICHT EN BEHANDELING	0	1	2	3
<p>Bedoeld wordt: de frequentie of duur van verplaatsingen door de familie(in brede zin) voor therapie gedurende langere periode (meer dan 3 maanden). Ook verblijf of bezoek bij kind in ziekenhuis, ...</p> <p>Niet bedoeld worden: verplaatsingen naar school, met sociaal assistent, opvoeder, enz</p> <p>1 maal per week of 0 tot 3 uren per week 2 maal per week of 4 tot 7 uren per week 3 tot 4 maal per week of 8 tot 14 uren per week meer dan 4 maal per week of meer dan 14 uren per week</p>	X	X	X	X
HOOGSTE SCORE				

0-2 jaar 3.3 AANPASSING VAN LEEFMILIEU & LEEFWIJZE (lichamelijke en/of psychologische aspecten)		0	1	2	3
ADL (voeding, wassen, kleden en hygiëne)	Voeding zeer moeilijk en langdurig ten gevolge van ernstige slikstoornissen, sonde- of parenterale voeding.			X	
Leerprocessen	Begeleiding en bijzondere stimulering, vb. bij psychomotorische achterstand, gedrags- of sensoriele stoornissen.		X		
Bijzonder of aangepast toezicht	Diagnose van een aandoening met gereserveerde prognose. Specifieke veiligheidsmaatregelen in de hele woning. Dagelijks uit te voeren allergiepreventie maatregelen (geobjectiveerd).		X		
	Noodzaak tot thuisblijven of onderbreken van de beroepsbezigheden door één van de ouders voor verzorging van het kind. Gewone kinderopvang (kribbe, onthaalmoeder) is moeilijk of onmogelijk (risico voor infectie, immuundeficiëntie, enz...).			X	
HOOGSTE SCORE					

3-6 jaar 3.3 AANPASSING VAN LEEFMILIEU & LEEFWIJZE (lichamelijke en/of psychologische aspecten)		0	1	2	3
ADL (voeding, wassen, kleden, hygiëne en verplaatsing)	Hulp voor bepaalde activiteiten (vb: hygiëne).		X		
	Bestendige hulp bij alle activiteiten (voeding, wassen, kleden, hygiëne en verplaatsing).			X	
Leerprocessen	Begeleiding en bijzondere stimulering, vb. in geval van psychomotorische achterstand, gedrags- of sensoriele stoornissen.		X		
Toezicht en vrije tijd	Diagnose van een aandoening met gereserveerde prognose. Specifieke veiligheidsmaatregelen in de hele woning. Dagelijks uit te voeren allergiepreventie maatregelen (geobjectiveerd).		X		
	Noodzaak tot thuisblijven of onderbreken van de beroepsbezigheden door één van de ouders voor verzorging van het kind. Bestendig toezicht noodzakelijk, kan geen ogenblik alleen gelaten worden.			X	
HOOGSTE SCORE					

7 j en meer		3.3 AANPASSING VAN LEEFMILIEU & LEEFWIJZE (lichamelijke en/of psychologische aspecten)		0	1	2	3
ADL (voeding, wassen, kleden, hygiëne en verplaatsing)	Alle activiteiten (voeding, wassen, kleden, hygiëne en verplaatsing) zijn mogelijk maar met lichte hulp (vb: nagels knippen, veters, knopen)	X					
	Hulp voor bepaalde activiteiten, eventueel periodisch (vb: hygiëne: menses)		X				
	Dagelijkse hulp bij voeding, wassen, kleden, naar toilet gaan en verplaatsen in de buurt van de woning			X			
	Volledige en bestendige hulp bij alle activiteiten					X	
Leerprocessen	Specifieke hulp en toezicht voor huiswerken (sensoriele stoornissen, psychomotorische achterstand of gedragsstoornissen) vb. vergroten van nota's, bijlessen...		X				
Toezicht	Diagnose van een aandoening met gereserveerde prognose. Mits speciale inspanningen van de ouders zijn normale jeugdbeweging en sportactiviteiten mogelijk. Specifieke veiligheidsmaatregelen in de hele woning. Dagelijks uit te voeren allergiepreventie maatregelen (geobjectiveerd).		X				
	Belangrijk toezicht noodzakelijk. Noodzaak tot thuisblijven of onderbreken van de beroepsbezigheden door één van de ouders voor verzorging van het kind. Ondanks speciale inspanningen van de ouders normale jeugdbeweging en sportactiviteiten moeilijk of onmogelijk (vb: aangepast vakantieverblijf)			X			
	Bestendig toezicht noodzakelijk, (kan geen ogenblik alleen gelaten worden).					X	
		HOOGSTE SCORE					

Gezien om te gevoegd te worden bij het besluit van de Vlaamse Regering van 7 december 2018 betreffende de nadere regels voor het verkrijgen van een zorgtoeslag.

Brussel, 7 december 2018

De minister-president van de Vlaamse Regering,

Geert BOURGEOIS

De Vlaamse minister van Onderwijs,

Hilde CREVITS

De Vlaamse minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin,

Jo VANDEURZEN

Bijlage 2. Lijst van de pediatische aandoeningen voor de vaststelling van de gevolgen van de aandoening op het vlak van lichamelijke of geestelijke gesteldheid van het kind, vermeld in artikel 7, §1, eerste lid, 1°

Eerste deel: Beenderen en gewrichten

1. Gespleten verhemelte

→ Het eerste levensjaar (0 tot 12 maand):

Art. 9 – 10: voor de fysiologische letsels van de beenderen en de weke delen

Art. 28ter: indien de voornaamste esthetische correctie-ingrepen nog niet zijn uitgevoerd;

→ Bij de herziening op de leeftijd van 1 jaar = evaluatie volgens de functionele gevolgen:

Art. 12 b): indien er een opening van het verhemelte blijft voortbestaan;

in dit artikel zijn de spraak-en slikstoornissen inbegrepen;

Art. 548 a): indien er een spraakstoornis aanwezig is zonder opening van het verhemelte = evaluatie volgens de leeftijd en de revalidatie;

Art. 758: indien broos, adherent litteken / Art. 28 ter is niet toepasbaar

Gespleten lip of spleet van lip- en tandenboog

Art. 758: indien broze, adherente littekens / Art. 28 ter is niet toepasbaar

2. Micrognathie

Art. 23 a): occlusie-afwijkingen

De functionele gevolgen (vb. weerslag op het gewicht of de ademhaling) te evalueren volgens de overeenkomstige artikelen van de OBSI.

3. Scoliose of zware Kyfose

Art. 29-30-31: rationele raming van de gevolgen van de behandeling (met gips/korset/fixatie-materiaal,...) op de ongeschiktheid; Deze artikelen kunnen niet gebruikt worden als supplement bij Art. 32.

4. Luxatie / Dysplasie van de heup

Necrose van de femurkop (Legg-Perthes, traumatische, infectieuze, tumorale,...)

Art. 210 a): unilateraal, behandeld met spalken of een immobilisatie van minder dan 6 maanden;

Art. 210 b): bilateraal of unilateraal maar ten minste 6 maanden immobilisatie in een rolstoel.

5. Klompvoet

Art. 300: te evalueren volgens het klinisch beeld met verwijzing naar Art. 297 voor een klompvoet met een conservatieve behandeling (gips / spalken / kiné / kinetec en/of percutane interventie)

→ met verwijzing naar Art. 298 voor een zware en verstijfde klompvoet die benevens een conservatieve behandeling meerdere heelkundige ingrepen noodzakelijk maakt.

In geval van bilaterale klompvoet is een rationele schatting aangewezen op basis van het onderzoek van elke voet afzonderlijk en volgens de hierboven beschreven criteria.

6. Agenesie / Amputaties – partieel of totaal – van de ledematen

Te evalueren volgens de overeenkomstige artikelen van de O.B.S.I.

In geval van aanpassing van een prothese of een apparaat, evaluatie volgens Art. 321.

7. Achondroplasie

Art. 779/7 a) → volgens de gestalte zie N°83

Art. 783 met verwijzing volgens de belangrijkheid van de functionele stoornissen

naar Art. 29-30-31 voor de wervelzuil

naar Art. 212 voor heupaandoeningen

naar Art. 268-269 voor knieletsels

naar Art. 296 voor voetletsels

8. Arthrogrypose

Art. 783): evaluatie volgens de belangrijkheid van de gewrichtsletsels

9. Osteogenesis imperfecta (Ziekte van Lobstein)

Te evalueren volgens het aantal en de aard van de breuken, de lokalisatie en het belang van de functionele gevolgen op grond van de overeenkomstige artikelen van de O.B.S.I.

10. Vitamino-resistente rachitiden

Art. 212: voor aandoeningen van de heup

Art. 29-30-31: voor letsels ter hoogte van de wervelzuil

Art. 477: voor nieraandoeningen zie N°43

Art. 779/7: bij groeiachterstand zie N°83

Tweede deel: Spieren en spieraanhechtingen

11. Amyotrofie

Art. 342-342 bis: de evaluatie geschiedt analoog met de ongeschiktheden ten gevolge van een neurologisch letsel: Art. 545-546 en Art. 580 tot 605

12. Myopathie

Art. 342-342 bis: de evaluatie geschiedt door vergelijking met de analoge neurologische afwijkingen volgens Art. 545-546 en Art. 580 tot 605

Derde deel: Bloedsomloop

13. Cardiopathie: Structurele component

Art. 345 a) → 10%: Perforatie of kneuzing van de spierwand

Art. 345 b) → 20%: Ruptuur van het septum

Art. 345 c) → 20%: Letsels van het klepparaat

Art. 345 d) → 10%: Ritme- en/of geleidingsstoornissen

Het percentage bekomen voor de structurele component kan verhoogd worden met het percentage bekomen voor de functionele component.

14. Cardiopathie: Functionele component

Art. 359 bis 1b → 10-30%: NYHA- klasse 2 *

Art. 359 bis 1c → 30-50%: NYHA- klasse 3 *

Art. 359 ter. → 50-100%: NYHA- klasse 4 *

Het percentage bekomen voor de functionele component kan verhoogd worden met het percentage voor de structurele component.

Bij zuigelingen met open hart chirurgie of palliatieve cardiovasculaire ingreep de eerste 3 maanden zal een ongeschiktheid van 66% voor 6 maanden worden toegekend.

Bij zuigelingen met decompensatie (voedingsprobleem met evolutie naar dystrofie) of arteriële desaturatie (sat. < 90%) zal een ongeschiktheid van 66% voor 12 maanden worden toegekend.

Na deze periodes zullen de algemene criteria in acht worden genomen om te besluiten tot al of niet verlenging van de ongeschiktheid.

15. Pacemaker

Art. 345 d) → 10-20%: Ongecompliceerde pacing

Art. 345.d) → 20-50%: Afwezigheid escape-ritme

16. Automatische intracardiale defibrillator: steeds meer dan 66% ongeschiktheid

Art. 647 b) → 20-50%: Psychische weerslag

Art. 345 d) → 20-50%: Cardiale weerslag

17. Antistolling

Art. 471 b) → 20%

18. Kunstklep

Art. 345 c) → 20%: Structureel

Functioneel: te beoordelen volgens de classificatie van NYHA*

Eventuele antistolling →

bijkomend% mits toepassing van de regel van meervoudige ongeschiktheid.

19. Gedecompenseerde polyglobulie

Art. 359 ter → 80% als bewezen hyperviscositeitssyndroom waarvoor aderlatingen noodzakelijk zijn.

Nota

Classificatie van hartinsufficiëntie volgens de NYHA (New York Heart Association)

Klasse 1.

De hartaandoening heeft geen beperking van de lichamelijke activiteit tot gevolg.

Gewoonlijk geeft het verrichten van fysieke activiteit geen aanleiding tot abnormale vermoeidheid of hartkloppingen, dyspnoe of angor.

Klasse 2.

De hartaandoening heeft een discrete beperking van de lichamelijke activiteit tot gevolg.

Geen ongemak tijdens de rust, maar regelmatig brengt het verrichten van fysieke activiteit vermoeidheid, hartkloppingen, dyspnoe of angor met zich mee.

Klasse 3.

De hartaandoening heeft een uitgesproken beperking van de lichamelijke activiteit tot gevolg.

Geen ongemak tijdens de rust, maar reeds een geringe fysieke activiteit heeft vermoeidheid, hartkloppingen, dyspnoe of angor tot gevolg.

Klasse 4.

De hartaandoening maakt de zieke onbekwaam om zich te verplaatsen of om zonder ongemak fysiek actief te zijn. Tekens van hartinsufficiëntie of angor pectoris kunnen zelfs tijdens de rust aanwezig zijn. Wanneer een lichamelijke activiteit wordt ondernomen, verhoogt nog de hinder.

Vierde deel: Ademhalingsstelsel

20. Astma

Art. 381-382-383: Er moet voldaan worden aan minimum 3 items per kolom uit de tabel

Inv.%	5 – 30% (art. 381)	30 – 66% (art. 382)	> 66% (art. 383)
Items	Mild astma	Matig ernstig astma	Ernstig astma
Exacerbatie	<ul style="list-style-type: none"> - <1 -2/week - duur : < 7 dagen - asymptomatisch tussen de exacerbaties - normaal schoollopen + sport 	<ul style="list-style-type: none"> - 1- 2 /week en - periodes van schoolverlet en - 1-2 of meer hospitalisaties/j OF - 6-12 consulten bij de specialist per jaar 	<ul style="list-style-type: none"> - Dagelijks of gemakkelijk opwekbare klachten EN - freq. exacerbaties ondanks onderhouds-therapie OF - 3 of meer hosp. / j. OF voorafgaand levensbedreigend astma (onder adequate therapie) veroorzaakt schoolse achterstand
Beperking activiteit	Intermittent	Bij lichte inspanning: frequente benauwdheid of hoesten of dyspnoe of wheezing bij zwaardere inspanning of bij sport	Benauwdheid bij lichte inspanning gaande tot beperking van alle activiteiten.
Nachtelijke astmacrisis	2 × / maand	Frequente nachtelijke klachten : hoestbuien of dyspnoe (> 2/ maand)	Freq. nachtelijke astmacrisis > 1 / week

PEAKFLOW (%van de normale waarde)	hoger dan 80%	tussen 60 – 80%	lager dan 60%
(kind 5-7 j.) Variatie van de PEF (%)	minder dan 20%	tussen 20 – 30%	meer dan 30%
ESW-meting (in stabiele toestand) (ADDITIEVE PARAMETER)	Meer dan 70% Normaliserend na bronchodilatatie	– ESW50 – 70% en niet normaliserend na bronchodilatatie. – longfunctie gestoord gedurende meer dan 6 maand/ jaar – blijvende reversibiliteit van 15% op FEV1	< 60% en niet normaliserend na bronchodilatatie
Therapie	Intermittent kortwerkende β 2-mimetica EN/OF inhalatiesteroiden 400 μ g/dag in onderhoud OF Leukotriene receptor antagonisten in monotherapie	– dagelijks gebruik van inhalatiesteroiden 800 μ g – EN langwerkende β 2-mimetica of Leukotriene receptorantagonisten – EN hoog verbruik kortwerkende β 2 -mimetica of perorale of IV steroiden kuur. (bij correcte aanpassing van astmatherapie en snel gebruik van kortwerkende β 2-mimetica kunnen corticoïden kuren vaak vermeden worden	→ dagelijks gebruik van 800 μ g inhalatiesteroiden (vb. fluticasone equipotente. dosis 400 μ g en meer) → EN langwerkende β 2-mimetica → EN Leukotriene receptor antagonisten → EN freq. of continu perorale of IV corticoïden (> 3 keer /jaar voor meer dan 5 dagen per keer)

Opmerking: enkel rekening houden met de longfunctiewaarden op het ogenblik dat patient zich in een stabiele toestand bevindt en een normale (niet noodzakelijke maximale) behandeling volgt.

21. Pneumothorax

Art. 390

Art. 391: volgens de aan -of afwezigheid van exsudaten

22. Bronchopulmonaire dysplasie

Art. 377 tot 380: volgens de longfunctieproeven, zie N°20

23. Pulmonaire sarcoïdose

Longfunctieproeven te beoordelen volgens de tabel N°20

Art. 398 of 400/401: volgens de graad van parenchymaantasting

Art. 402: volgens eventuele bronchusverwikkelingen

24. Tuberculose-primoinfectie

Art. 400

25. Hypoplasie van de longen

Art. 405: longfunctieproeven te beoordelen volgens de tabel N°20

Art. 404: bij volledig functieverlies van een long

26. Longatelectasis

Art. 405: longfunctieproeven te beoordelen volgens de tabel N°20

Art. 404: bij volledig functieverlies van een long

27. Congenitale pathologie van de trachea

Art. 386

Vijfde deel: Spijsverteringsstelsel

28. Microglossie

Art. 409 of 410: volgens de uitgebreidheid van de letsels

29. Slikstoornissen

Art. 414

Art. 415 a)

Art. 417: indien sekwellen na ingreep voor een agenesie of een atresie van de slokdarm

Art. 573: indien neurologische stoornis

30. Gastro-oesofagale reflux (Pathologische)

Te objectiveren door een ph-meting of een scintigrafie met enkelvoudige of dubbele receptor

Art. 416 a): zonder klinische tekens

Art. 416 b): met klinische tekens of verwickelingen

Binnen de limieten van de percentages te evalueren volgens de artikelen:

Art. 431 en 779/7: → evolutie gestalte-gewicht zie N°83 en N°92

Art. 377-378-379 en Art. 381-382-383: → bronchiale verwickelingen

Art. 417: slokdarmstoornissen

Art. 697-698-699: → sinusale verwickelingen

31. Hernia diafragmatica

Art. 421: indien de hernia verweekeld is met een ectopia van andere organen of gedeelten ervan

Art. 333: bij de hernia zonder verwickelingen

32. Malnutritie (zuigeling)

Art. 431: van digestieve oorsprong (ondanks aangepaste behandeling) zie N°92

33. Congenitale disacharidase deficiëntie en stoornissen van het actief suikertransport

Art. 431: te evalueren volgens de algemene toestand zie N°92

34. Coeliakie

Art. 431: te evalueren volgens de algemene toestand

35. Ziekte van Hirschsprung

Art. 434: voor letsels zonder colostomie

Art. 433: voor de gevallen behandeld met voorlopige colostomie

36. Anale incontinentie van allerlei oorsprong (digestieve, neurologische, psychologische)

Mag slechts in aanmerking genomen worden na de sfinctermaturatie = leeftijd van 4 jaar.

Art. 438-439

Art. 545 e)

Art. 578 c) en 580

Zesde deel: Hematologie

37. Sikkcelanemie

De verwijzing naar het hemoglobine-gehalte, de hematocriet en de globulaire telling is geen goed criterium voor de beoordeling van de ongeschiktheid bij het kind.

→ Zware sikkcelanemie: Art. 458 → 80 – 100%

Eén van de hiernavolgende criteria moet aanwezig zijn:

- Anemie met Hb lager dan 6 gr/100 ml;
- Acute Chest Syndroom al dan niet gepaard met een pneumonie;
- Cerebrovasculair accident;
- Priapisme;

- Aseptische heupnecrose (afzonderlijk te evalueren zie N°4);
- Ademhalingsinsufficiëntie met geobjectiverde functionele afwijkingen.

→ Ernstige sikkelcelanemie: Art. 458 → 66 – 79%

Twee hospitalisaties per jaar wegens vaso-occlusieve crisissen

Herhaalde vaso-occlusieve crisissen ondanks een aangepaste behandeling (Geen rekening houden met het hemoglobinegehalte)

→ Matige sikkelcelanemie: Art. 458 → 50 – 65%

Eén hospitalisatie per jaar wegens vaso-occlusieve crisis (niet louter voor een bilan)

Pijnlijke crisissen zijn eerder zeldzaam;

Gunstige evolutie onder hydroxycarbamide;

Behandeling van de pijn in daghospitaal.

→ Lichte sikkelcelanemie: Art. 458 → 25 – 49%

Het kind gaat goed met zijn behandeling;

Opgvolging verloopt 1x per 3 maand.

38. AIDS

→ Zware aantasting: Art. 462 → 80 – 100%

Eén van de hiernavolgende criteria moet aanwezig zijn:

- Diepe immunodeficiëntie overeenkomend met stadium III van de classificatie;
- Twee of zelfs meer hospitalisaties per jaar wegens verwickelingen of instellen van een nieuwe behandeling;
- Continu antibioticatherapie en tritherapie;
- Nood aan parenterale voeding;
- Mislukking van de tritherapie en de proef-behandeling.

→ Ernstige aantasting: Art. 462 → 66 – 79%

Continu tritherapie met intermitterend een antibioticakuur en/of één hospitalisatie per jaar wegens verwickelingen;

→ Matige aantasting: Art. 462 → 50 – 65%

Continu bitherapie zonder verergering van de algemene toestand;

→ Lichte aantasting: Art. 462 → 25 – 49%

Seropositiviteit zonder behandeling.

39. Ernstige Immunodeficiëntie (aangeboren of verworven)

Naar analogie zich baseren op het Art. 463: 60 – 100%

De agranulocytose van Kostmann: de zware aangeboren leukopenie (met minder dan 1000 PN/ml ondanks de behandeling met granulocyte colony-stimulating factor): →

→ gedurende het eerste jaar na de transplantatie (met hospitalisaties en heelkundige ingrepen) = meer dan 80% ongeschiktheid

→ vanaf het tweede jaar evaluatie volgens de functionele gevolgen zie Artikelen OBSI.

→ met behandeling, maar zonder klinische weerslag, meestal minder dan 66% ongeschikt.

40. Hemofilie en Ziekte van von Willebrand

Bij de evaluatie dient rekening gehouden met de waarde van factor VIII of factor IX, het aantal transfusies (notitieboekje), de gewrichtsletsels, de hospitalisaties,....

→ Zware aantasting: Art. 471 c) → 80 – 100%

Transfusies van factor VIII of factor IX minstens 2x per week gedurende meer dan 4 maanden en met hardnekkige gewrichtsaantastingen;

Patiënten resistent aan de behandeling.

→ Ernstige aantasting: Art. 471 c) → 66 – 79%

Transfusies van factor VIII of factor IX 1x per week gedurende meer dan 4 maanden zonder gewichtletsels.

- Matige aantasting: Art. 471 c) → 50 – 65%
Transfusies van factor VIII of factor IX 1x per week gedurende minstens 2 maanden.
- Lichte aantasting: Art. 471 c) → 25 – 49%
Transfusies van factor VIII of factor IX minder dan 1x per week en/of factor VIII of factor IX lager dan 5%

41. Trombopathie

- Ernstige aantasting: Art. 470 → meer dan 66%
Purpura met minder dan 20.000 bloedplaatjes buiten de acute fasen
Trombopathieën met herhaalde bloedingen
- Matige aantasting: Art. 470 → 50 – 65%
Purpura met aantal bloedplaatjes tussen 20.000 en 50.000 buiten de acute fasen

42. Thalassemia

Bij de evaluatie geen verwijzing naar het gehalte hemoglobine

- Zware aantasting: Art. 458 → 80 – 100%
Thalassemia major vereist hospitalisaties wegens verwickelingen
- Ernstige aantasting: Art. 458 → 66 – 79%
Thalassemia major vereist transfusies om de 3 à 4 weken
- Matige aantasting: Art. 458 → 50 – 65%
Thalassemia major wordt behandeld met deferoxamine zonder verwickelingen
- Lichte aantasting: Art. 458 → 25 – 49%
Thalassemia intermediaire vorm

Zevende deel: Nierziekten en urologische aandoeningen

43. Nieraandoeningen

Art. 477: te evalueren met inachtneming van de volgende regels:

a. Chronische nieraandoeningen met aantasting van de glomerulaire filtratie:
Wordt geraamd met creatinine-, inuline- of CrEDTA-klaring of volgens een erkende extrapolatie formule uitgaande van de creatinemie en rekening houdend met de leeftijd, het geslacht, de lengte, het gewicht en de pubertaire status.
(zoals de formule van Schwartz bij de vroegere serumcreatinine-bepaling).
Vanaf de leeftijd van 1 jaar:

1. Lichte nieraandoeningen (0 tot 24%):
Vereisen een regelmatige klinische en biologische controle zonder weerslag op het normale dagelijkse, sociale en schoolse leven. De glomerulaire filtratie is hoger dan 70 ml/minuut per 1,73 m².
2. Matige nieraandoeningen (25 tot 65%):
Vereisen een regelmatige klinische en biologische opvolging, een dieet of een medicamenteuze behandeling maar blijven verenigbaar met een aangepast sociaal en schoolse leven. De glomerulaire filtratie is tussen 70 en 30 ml/min per 1,73 m².
3. Ernstige nieraandoeningen (66 tot 79%):
Chronische nierinsufficiëntie, niet gecompenseerd door dieet en behandeling, met een uitgesproken weerslag op het normale dagelijkse sociale en schoolse leven en met een glomerulaire filtratie minder dan 30 ml/min en meer dan 15 ml/min per 1,73 m².
4. Zeer ernstige nieraandoeningen (80 tot 100%):
Ernstige chronische nierinsufficiëntie met een glomerulaire filtratie kleiner dan 15 ml/min per 1,73 m², met conservatieve behandeling of met nood aan dialysetherapie (hemo- of peritoneale dialyse).

Vóór de leeftijd van 1 jaar spreekt men over chronische nierinsufficiëntie wanneer er gedurende 3 maanden een creatinemie (enzymatische methode) blijft bestaan van meer dan 0.4 mg/dl met een verandering (geobjectiveerd door beeldvorming of histologie) van het nierparenchym. In elk geval moeten al deze waarden, geval per geval,

geïnterpreteerd worden rekening houdend met de algemene toestand van het kind, de groei, de diurese, de anemie, de ionenstoornissen of de botaantasting.

b. Niertransplantatie en chronische nieraandoeningen zonder aantasting van de glomerulaire filtratie maar met klinische symptomen (groeiachterstand, nefrotisch syndroom, arteriële hypertensie, ionenstoornissen,...):

1 → 0 tot 24%: Vereisen een regelmatige klinische en biologische opvolging doch zonder weerslag op het normale dagelijkse, sociale en schoolse leven.

2 → 25 tot 65%: Vereisen een regelmatige klinische en biologische opvolging, een dieet of een medicamenteuze behandeling OF de aanschaf van apparatuur (bloeddrukmeter, urinestrips) maar blijven verenigbaar met een aangepast sociaal en schoolse leven. Hierbij ook de niertransplantatie van meer dan 12 maanden.

3 → 66 tot 79%: Niet gecompenseerd door dieet en behandeling, met uitgesproken weerslag op het dagelijkse sociale en schoolse leven.

Hierbij ook de niertransplantatie van meer dan 6 maanden maar minder dan 12 maanden.

4 → 80 tot 100%: Dieet en behandeling volstaan niet om de symptomen te vermijden (frequent hervat, noodzaak om de behandeling regelmatig aan te passen, ongunstige evolutie,...) Ernstige aandoening die het dagelijkse sociale en schoolse leven volledig verstoort.

Hierbij ook de niertransplantatie van minder dan 6 maanden.

De symptomen, hierboven beschreven, mogen niet afzonderlijk worden geëvalueerd maar het geheel van de symptomatologie moet beoordeeld worden.

44. Vesico-Uretrale Reflux

Art.481: volgens de graad van hydronefrose

Art. 477: met nierpathologie zie N°43

45. Nierstenen

Art. 482

46. Oxalose

Art. 477-482: volgens de ernst van de nierletsels zie N°43

47. Functionele afwijkingen van de urinewegen(retentie of incontinentie)

Te bevestigen door paraklinische testen, indien mogelijk.

a) Lichte en intermitterende functionele problemen (pollakisurie, dysurie, intermitterende urinaire incontinentie, enuresis nachts of overdag) na de leeftijd van 6 jaar:

Art. 483 a)b)c): 10% tot 20%

b) Intense nachtelijke pollakiurie na de leeftijd van 6 jaar (tussenpozen van 1 uur of minder): Art. 483 d): 40%

c) Permanente functionele problemen: Volledige urinaire incontinentie na de leeftijd van 6 jaar Art. 483 e): 60% tot 100%

d) Urinaire retentie:

– gecontroleerde urinaire retentie (tapotage): Art. 484 b): 50%

– urinaire sondage meermaals per dag of urinaire sonde: Art. 484 a): 70%

– stoma (cystostomie, ureterostomie): Art. 487: 70 – 80%.

Achtste deel: Neuropsychiatrie

Zenuwstelsel

48. Spraakstoornis van cerebrale oorsprong en ontwikkelingsdysfasie

Art. 548 dit artikel mag niet worden gebruikt bij een intellectuele of culturele oorzaak van de spraakstoornis.

49. Stotteren in belangrijke mate

Art. 548 a)

50. Onwillekeurige bewegingen

Art. 554 d),f): chorea, athetose en choreo-athetose

Art. 554 a),b): krampachtige tics

→ eventuele uitspraakmoeilijkheden te evalueren volgens Art. 548 a)

Art. 554 c) of d): spastische torticollis

Het syndroom van Gilles de la Tourette moet beoordeeld worden volgens de complexiteit van de tics (pirouettes/vocale tics,..) en/of de aanwezigheid van dwanggedachten en dwanghandelingen.

51. Misvormingen van de schedel (macro- en microcefalie / craniostenose.....)

Art. 555: intracraniële overdruk

Art. 545 tot 547: met cerebromotorische letsels

Art. 665 tot 668: met intellectuele moeilijkheden zie N°64 – 65

52. Hydrocefalie

Art. 544: in geval van een draineerbuis zonder verwikkelingen

Art. 555: intracraniële overdruk

Art. 665 tot 668: volgens het intellectueel deficit zie N°64 – 65

53. Hersenangioma (gecalcificeerd)

Art. 558 tot 561: bij epilepsie

Art. 665 tot 668: volgens de intellectuele weerslag zie N°64 – 65

54. Meningocoele – Myelomeningocoele – Spina bifida

Art. 579-580: volgens de verlammingen ter hoogte van de onderste ledematen

Art. 555: bij intracraniële overdruk

Art. 586 tot 588: bij gevoelsstoornissen

Art. 589-590: bij sfincterstoornissen

55. Ziekte van von Recklinghausen

Art. 665 tot 668: volgens de intellectuele weerslag zie N°64 – 65

Art. 558 tot 561: bij epilepsie

Art. 728 en 784: glioom van het chiasma te evalueren volgens de gevolgen

56. Tubereuse sclerose van Bourneville

Art. 665 tot 668: volgens de intellectuele weerslag zie N°64 – 65

Art. 558 tot 561: voor epilepsie en flexiespasmen

Psychische Aandoeningen

57. Chronisch Vermoeidheidssyndroom

Art. 646

58. Anorexia Nervosa

Art. 649

59. Infantiele Psychose of Schizofrenie van de adolescent

Art. 657 tot 659

In geval van bijkomend intellectueel deficit zie N°64 – 65

60. Hyperkinetisch syndroom (A.D.H.D.) en verwante gedragsstoornissen

Art. 654 en Art. 665 tot 668: volgens de criteria 1) of/en 2):

1) Criteria ADHD met normaal IQ:

- stoornissen in gedrag en socialisatie 5 – 25%
- leerproblemen die speciale hulp vragen 5 – 25%

2) Criteria ADHD met laag IQ: te evalueren volgens N°64 – 65 (percentage niet optellen bij 1), maar toepassen regel van meervoudige ongeschiktheid)

61. Autisme Spectrumstoornis (ASS) en verwante ontwikkelingsstoornissen

Art. 665 tot 668: volgens de criteria 1) of/en 2):

1) Criteria ASS met normaal IQ:

- symptomen van autisme spectrumstoornis:(tekortkoming in het sociale contact, gedragsproblemen, stoornis in de communicatie) 0 – 45%
- behoefte aan ondersteuning door de omgeving(verhogingspercentage): 0 – 25%

2) Criteria ASS met laag IQ: te evalueren volgens N°64 – 65 (percentage niet optellen bij 1), maar toepassen regel van meervoudige ongeschiktheid)

62. Toxicomanie – Drugverslaving

Art. 664

63. Verslaving aan geneesmiddelen

Art. 664 a): indien psychische verslaving

Art. 664 a) tot d): indien fysieke verslaving

Oligofrenie

64. Psychomotore achterstand (tot de leeftijd van 6 jaar)

Art. 665 tot 668: te evalueren in functie van het klinisch onderzoek en met behulp van een gestandaardiseerde test voor de verschillende functies (motoriek, vaardigheden en taal, niet-verbale intelligentie en socialisatie). Het resultaat wordt uitgedrukt door de vergelijking van de vastgestelde ontwikkelingsleeftijd met de kalenderleeftijd, t.t.z. het ontwikkelingsquotient (O.Q.)

Ontwikkelingsquotient Ongeschiktheidspercentage

70 – 80-----5 – 24%

60 – 69-----25 – 65%

40 – 59-----66 – 79%

39 en lager-----80 – 100%

Binnen elk interval wordt het percentage lineair berekend volgens de waarden van het O.Q.

65. Geesteszwakheid, leerstoornissen (dyspraxie, dyslexie,...) met schoolse achterstand (vanaf de leeftijd van 6 jaar).

Art. 665 tot 668: te evalueren volgens de waarde van het intelligentie-quotient (I.Q.) bekomen met een goed gestandaardiseerde test en rekening houdende met het sociaal aanpassingsgedrag en de verworven schoolse vaardigheden:

Zwakbegaafdheid of leerstoornissen met een I.Q. tussen 70 en 80 en een achterstand van 2-3 jaar voor de schoolse basisvaardigheden. +	5 tot 24%
Geesteszwakheid met een I.Q. tussen 60 en 69 of een achterstand van 4 jaar voor de schoolse basisvaardigheden. +	25 tot 65%
Geesteszwakheid met een I.Q. lager dan 60 of een achterstand van 5 jaar of meer voor de schoolse basisvaardigheden. +	66 tot 79%
Geesteszwakheid met een I.Q. lager dan 40.	80 tot 100%

*Binnen elk interval wordt het percentage lineair berekend volgens de waarden van het I.Q.

+ Schoolse achterstand: achterstand inzake schoolse vaardigheden (lezen, spellen, rekenen) ondanks aantoonbare, planmatige en intensieve remediëringsinspanningen of aangepast onderwijs. De achterstand wordt geëvalueerd door refereren aan een normale ontwikkeling bereikt op de leeftijd van 12 jaar.

66. Chromosoomafwijkingen, genetische en metabolische ziekten die de geestesontwikkeling aantasten (vb. trisomie 21/ 9 / 15, fragiel- X syndroom, deletie van chromosomen,,,...)

Art. 665 tot 668: volgens de geesteszwakheid en de leeftijd zie N°64 – 65

1[In geval van genetische of chromosoomaandoeningen waarvan de evolutie gewoonlijk nadelig is op het vlak van de motorische en geestelijke ontwikkeling zodat volgens punt 64 een ontwikkelingsquotiënt van minder dan 60 wordt vastgesteld binnen de twee eerste levensjaren, wordt de ongeschiktheid bepaald op 66% vanaf de geboorte.]1

Negende deel: Neus- keel- en ooraandoeningen

67. Spraakstoornis gecombineerd met doofheid

De gehoördaling wordt geëvalueerd volgens N°68.

Verhogingspercentage volgens Art. 548 a):

Tot het ontwikkelen van de spraak wordt het maximum van dit artikel toegekend;

Na het ontwikkelen van de spraak zal deze worden gewaardeerd in functie van:

- de articulatie
- de actieve spraak
- het passief begrijpen op basis van logopedische verslagen.

68. Aangeboren of verworven aandoeningen van het oor

Art. 710 – 711: onesthetische letsels

Art. 712: de tonale liminaire audiometrie wordt uitgevoerd met en zonder prothesen.

De ongeschiktheidsgraad is gelijk aan het rekenkundig gemiddelde van de invaliditeitspercentages op de tabel van het gemiddelde tonaal verlies voor elk van deze audiogrammen.

Art. 713: de vocale audiometrie wordt gedaan met prothesen.

Wanneer ze onmogelijk is omwille van een onvoldoende perceptie van het woord, dient het maximum van het artikel (10pct.) te worden toegekend.

Art. 718 tot 721.

Tiende deel: Oftalmologische aandoeningen

Voor het kind jonger dan 6 jaar moeten de testen die de oogfunctie meten niet alleen aangepast worden aan de leeftijd van het kind maar ook aan zijn psychomotore ontwikkeling.

Het commentaar van de OBSI in deel 10 n°1 C, opmerking 4) blijft geldig voor kinderen onder de 6 jaar: "De bepaling van de gezichtsscherpte zal in sommige gevallen slechts een schatting zijn, die methodisch gestaafd zal worden". De keuze van de testen wordt dus overgelaten aan het oordeel van de specialisten in functie van de psychomotore rijpheid van het kind.

69. Visuele functies

a) Gezichtsscherpte: Art. 728

- - Bij het kind dat kan spreken worden de beeldtesten of de optotypen van Snellen of de schaal van de C ringen van Landolt of de schaal van de letters of cijfers gebruikt in functie van de psychomotore evolutie van het kind. De resultaten worden omgezet in decimale eenheden van Monoyer.
- Bij het kind dat nog niet spreekt, - in het algemeen jonger dan 3 en een half jaar-, wordt de methode van de preferentiële blik enkel gebruikt wanneer de

hoger beschreven methoden niet toepasbaar zijn. De resultaten worden omgezet in decimale eenheden van Monoyer met behulp van de schattingstabel voor de gezichtsscherpte.

b) Gezichtsveld: Art. 729 tot 734

Het gezichtsveld wordt enkel bepaald vanaf de leeftijd van ten volle 6 jaar of vanaf de leeftijd van een psychomotore ontwikkeling gelijk aan 6 jaar. Enkel de hemianopsie kan vóór deze leeftijd bepaald worden door de confrontatietest.

c) Licht- en kleurenzin, binoculair zicht, diplopie, interne verlammingen:
Art. 735 tot 739

De gebruikte methoden zijn dezelfde als voor de volwassenen, maar enkel indien de leeftijd van het kind dit toelaat. Die functies worden dus geëvalueerd in functie van de leeftijd van het kind.

70. Unilateraal of Bilateraal Cataract

Niet geopereerd cataract: Art. 728 zie N°69

Art. 729 tot 734 zie N°69

Geopereerd cataract: Art. 728 zie N°69

Art. 729 tot 734 zie N°69

Ingeval van lensimplant zijn de artikelen voor afakie niet toepasbaar (art 742 tot 745).

Een verhoging met 10% is enkel toegelaten voor het verlies van de accommodatie.

Bij het kind met een echte afakie blijven deze artikelen van toepassing.

71. Retinale dystrofieën

Art. 728 zie N°69

Art. 733: het gezichtsveld bij het kind onder de 6 jaar wordt geschat volgens deze regel: Een gestandaardiseerd electroretinogram (ERG) dat minstens tweemaal wordt uitgevoerd en dat amplituden van maximum 10% van de normale waarden vertoont, is gelijk aan een gezichtsveld beperkt tot een temporale straal van 20°.

72. Functionele amblyopie en strabisme

Strabisme op zich geeft geen aanleiding tot een ongeschiktheid behalve voor amblyopie vanaf de leeftijd van 6 jaar. Functionele amblyopie (ten gevolge van een hypermetropie, een myopie, een astigmatisme, een anisometropie) wordt ook slechts geëvalueerd vanaf de leeftijd van 6 jaar; vermits volledig reversibel in geval van vroegtijdige diagnose en behandeling.

73. Visueel deficit van cerebrale oorsprong

De schatting van de amblyopie wordt overgelaten aan de geneesheer-specialist.

74. Geïsoleerde nystagmus

Zonder geassocieerde aandoening: Art. 728 tot 734 en de bemerking 2 van hoofdstuk 1)C.

In geval van geassocieerde aandoeningen zijn Art. 728 tot 734 van toepassing.

Elfde deel: Huidaandoeningen

75. Eczeem

Art. 761

76. Ichtyosis

Art. 764 bis – 765: te evalueren volgens de functionele hinder

77. Epidermolysis bullosa

Art. 764 bis – 765: te evalueren volgens de functionele hinder

Twaalfde deel: Endokriene aandoeningen

78. Hyperthyroïdie

Art. 779/1a)

Art. 779/1b): met blijvend struma en met lokale druksymptomen

Art. 779/1c): met exoftalmie (ernstige graad, te objectiveren)

79. Hypothyroïdie

Art. 779/2a): de eventuele geassocieerde mentale retardatie en pubertas praecox worden beoordeeld zoals voorzien voor de respectievelijke aandoeningen.

Art. 779/3: kropgezwel

80. Hypoparathyroïdie

Art. 779/4a): als stabiele toestand

Art. 779/4b): als herhaalde tetanie niettegenstaande dagelijkse therapie

81. Hyperparathyroïdie

Art. 904 /Art. 783 /Art. 482: beoordeling voor uitzonderlijke onbehandelbare vormen

82. Grote gestalte

Art. 779/6: enkel aanrekenbaar als er functionele of psychische stoornissen aanwezig zijn en als de lengte groter is dan

+3SD 10%

+4SD 20%

Art. 779/5: acromegalie

83. Kleine gestalte

Art. 779/7a): → lengte kleiner dan -4SD 50%

Art. 779/7b): → lengte kleiner dan -3SD 30%

Art. 779/7c): → lengte kleiner dan -2SD 10%

Indien er geassocieerde hypotrofie bestaat, kan er een bijkomend% toegekend worden (hypotrofie zie N°92)

84. Cushing syndroom

Art. 779/8: bot- en/of huidproblematiek

Art. 368 e): geassocieerde arteriële hypertensie

Art. 780a): geassocieerde diabetes mellitus

Art. 779/10b): iatrogene bijnierschorsinsufficiëntie 20-50% in functie van de weerslag op de algemene toestand.

85. Hypopituitarisme

Art. 779/9a): → totale uitval

Art. 779/9b): → selectieve uitval

* 10% als enkelvoudige substitutie mogelijk is vb.GH

* 30% bij meervoudige substitutie zonder cortisol

* 60% bij meervoudige substitutie inclusief cortisol

86. Bijnierschorsinsufficiëntie

Art. 779/10a): geen residuele secretie

Art. 779/10b): residuele secretie aanwezig

87. Diabetes mellitus:

Art. 780a): → NIDDM -> 0-20%

Art. 780b): → IDDM zonder verwickelingen en zonder invloed op de normale activiteit - > 20-40%

Art. 780c): → IDDM met invloed op de normale activiteit doch zonder verwickelingen - > 40-60%

Art. 780d): → IDDM leidt, ondanks optimale behandeling, tot

* complicaties

* frequente ernstige hypoglycemies (hospitalisatie of geassisteerde hersuikering)

* ernstige, gedocumenteerde psychologische weerslag (met de gepaste begeleiding), die de activiteit van het kind sterk beperken.

88. Diabetes insipidus

Art. 781a): → zonder behandelingsmoeilijkheden

Art. 781b) → moeilijk behandelbaar euro 30-60% (in functie van de frequentie van de hospitalisaties)

89. Hyperinsulinisme

Art. 780a) → gecorrigeerde toestand

Art. 780b) → stabiele toestand mits behandeling

Art. 780c) of d): → niet controleerbaar hyperinsulinisme 40-100% (in functie van de weerslag op de algemene toestand en de hospitalisatienood)

90. Volledige gonadale insufficiëntie

Mannelijke:

Art. 493b) vanaf 13 jaar 30% (inbegrepen is de hormonale substitutie en eventuele prothese)

Een bijkomend% volgens Art 648 a) is mogelijk vanaf 16 jaar als er sprake is van een psychische weerslag- gedocumenteerd- (met een aangepaste begeleiding)

Vrouwelijke:

Art. 513: vanaf 11 jaar 30% (inbegrepen is de hormonale substitutie)

Een bijkomend% volgens Art. 648 a) is mogelijk vanaf 16 jaar als er sprake is van een psychische weerslag – gedocumenteerd- (met een aangepaste begeleiding).

91. Obesitas

Enkel aanrekenbaar indien endogeen en aanwezig ondanks een ononderbroken, gepaste behandeling (dieet, medicatie, lichaamsbeweging,...)

Art. 649a) of 779/9b) als BMI groter dan + 2SD → 10%

Art. 649b) of 779/9b) als BMI groter dan + 4SD → 30%

Art. 649c) of 779/9b) als BMI groter dan + 6SD → 60%

92. Hypotrofie

Art. 431a) als BMI kleiner dan - 2 SD 10%

Art. 431b) als BMI kleiner dan - 3 SD 30%

Art. 431c) als BMI kleiner dan - 4 SD 60%

93. Sexuele ambiguïteiten

Het invaliditeitspercentage wordt verminderd na heelkundige correctie zelfs als er een ander sexueel fenotype gekozen werd.

Misvormingen vrouwelijke geslachtsorganen (vrouwelijk pseudohermafroditisme)

Art. 501a) of b) → vanaf 16 jaar volgens de graad en de behandeling

Misvormingen mannelijke geslachtsorganen (mannelijk pseudohermafroditisme)

Art. 491a): → hypospadias, naargelang de graad:

Een meatus ter hoogte van de glans geeft het minimumpercentage;

Een meatus ter hoogte van het perineum het maximumpercentage.

Art. 491b): → ernstige misvorming van de penis waarvoor veelvuldige zware ingrepen noodzakelijk zijn, naargelang de psychologische weerslag (waarvoor in behandeling).

Circumcisie: niet aanrekenbaar.

Dertiende deel: Kanker

94. Kwaadaardige gezwellen

Te evalueren volgens de behandelingheelkunde en/of chemotherapie en/of radiotherapie;

Art. 784: meer dan 80% ongeschiktheid gedurende de zwaarste behandelingsperiode → 66% tot 80% ongeschiktheid gedurende de onderhoudsbehandeling, te evalueren op grond van de therapeutische resultaten en de algemene toestand.

Na de stopzetting van de antikankerbehandeling evaluatie van de functionele gevolgen volgens de overeenkomstige artikelen OBSI.

95. Leucemie

Art. 464: gedurende de ernstige behandelingsperiode tot de consolidatie en bij herhaalde hospitalisaties;

Art. 463: gedurende de onderhoudsbehandeling, te evalueren op grond van de therapeutische resultaten en de weerslag op de algemene toestand;

Na de stopzetting van de behandeling: → evaluatie van de functionele gevolgen volgens de overeenkomstige artikelen OBSI.

96. Goedaardige gezwellen en Gezwollen uitsluitend chirurgisch behandeld (zonder aanvullende behandeling bij middel van chemotherapie of radiotherapie)

Evaluatie van de functionele hinder na de ingreep volgens de overeenkomstige artikelen van de OBSI.

Veertiende deel: Metabole aandoeningen, multisysteemziekten en specifieke syndromen

97. Marfan syndroom

Art. 341: hyperlaxiteit der ligamenten

Art. 745bis: subluxatie van de lens

Art. 366: vasculaire letsels

Art. 29 tot 31: wervelzuilletsels

98. Lupus erythematosus disseminatus

Art. 349: hartletsels

Art. 362 b): vasculaire letsels

Art. 389: pleurale longletsels

Art. 783: gewrichtsletsels

Art. 477: nefrologische letsels zie N°43

99. Periarteritis nodosa

Art. 349: hartletsels

Art. 362 b) en Art. 367: vasculaire letsels

Art. 368 c) + bis: arteriële hypertensie

100. Ziekte van Klippel-Trenaunay hypertrofische hemiangiectasieën

Art. 374-375: vasculaire letsels

Art. 783: gewrichtsletsels

101. Mucoviscidose

Art. 377 tot 380: letsels ter hoogte van de bronchi

Art. 384-385: bronchiectatische letsels

Art. 447: pancreasletsels

Art. 697 tot 699: sinusitis

102. Galactosemie

Art. 445: leverletsels

Art. 477: nierletsels zie- N°43

Art. 742: oogletsels (cataract) zie N°70

Art. 665-668: geestesstoornissen zie N°64 – 65

103. Hepatolenticulaire degeneratie (Ziekte van Wilson)

Art. 445: leverletsels

Art. 554: neurologische letsels

Art. 477: nierletsels (Fanconi) zie N°43

Art. 665-668: cerebrale letsels zie N°64 – 65

104. Glycogeen-opstapelingsziekten

Art. 445: leverletsels

Art. 646 a): eventuele asthenie

Art. 342bis: gewrichtsletsels

Art. 355: cardiale letsels

Art. 665 tot 668:geestesstoornissen zie N°64 – 65

105. Porphyrie

Art. 445 a)-b): leverletsels

Art. 764 bis: huidletsels, volgens de aard der symptomen

- Art. 628 tot 631: neurologische letsels
106. Histiocytose
Art. 462: volgens de functionele hinder en de weerslag op de algemene toestand
107. Syndroom van Alport
Art. 477: nierletsels zie N°43
Art. 712: gehoorstoornissen zie N°67 – 68
Art. 728: oogletsels
108. Leucinose
Art. 665 tot 668: geestesstoornissen zie N°64 – 65
Art. 558-559-560: gepaard met epilepsie
Art. 646 b): eventuele asthenie
Art. 431: hypotrofie zie N°92
109. Gevolgen van Prematuriteit
Art. 377 tot 380: longletsels
Art. 431: enteropathie / hypotrofie zie N°92
Art. 665 tot 668: intellectuele stoornissen zie N°64 – 65
110. Prader-Willi syndroom
Art. 665 tot 668: geestesstoornissen zie N°64 – 65
Art. 342 bis: spierhypotonie
Art. 779: endocriene stoornissen
111. Homocystinurie
Art. 665 tot 668: geestesstoornissen zie N°64 – 65
Art. 745 bis: lensluxatie
Art. 29 tot 31: wervelzuilmisvormingen
Art. 783: gewrichtsafwijkingen
112. Syndroom van Sturge Weber
Art. 363: angiomatose
Art. 728-749: oculaire stoornissen zie N°69
Art. 558 tot 560: epilepsie
Art. 665 tot 668: geestesstoornissen zie N°64 – 65
113. Sfingolipidose
Art. 665 tot 668: geestesstoornissen zie N°64 – 65
Art. 445 a) b): leverfunctiestoornissen
114. Phenylketonurie
Art. 665: geestesstoornissen zie N°64 – 65
Art. 445 a): leverstoornissen
Art. 646 a): asthenie
115. Congenitale fructose intolerantie
Art. 431: hypotrofie zie N°92
Art. 445 a): leverletsels
Art. 477: tubulopathie zie N°43
116. Hyperornithinemie met atrofie van de chorio-retina
Art. 723 of 728 of 733: oogletsels
Art. 342 en 342bis: spieratrofie
Art. 445: leverletsels
117. Veralgemeende arthritis
Art. 783: te evalueren volgens het aantal opstoten en de weerslag op de gewrichten en de algemene toestand.

Gezien om gevoegd te worden bij het besluit van de Vlaamse Regering van 7 december 2018 betreffende de nadere regels voor het verkrijgen van een zorgtoeslag.

Brussel, 7 december 2018

De minister-president van de Vlaamse Regering,

Geert BOURGEOIS

De minister van Onderwijs,

Hilde CREVITS

De Vlaamse minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin,

Jo VANDEURZEN

TRADUCTION

AUTORITE FLAMANDE

[C - 2018/15480]

**7 DECEMBRE 2018. — Arrêté du Gouvernement flamand
concernant les modalités d'obtention d'une allocation de soins**

LE GOUVERNEMENT FLAMAND,

Vu le décret du 27 avril 2018 réglant les allocations dans le cadre de la politique familiale, article 15, § 1^{er}, alinéa 2, et § 2, alinéa 2, article 16, § 1^{er}, alinéas 3 et 4, article 17, alinéa 3, article 68, § 2, article 214, § 2, alinéa 8, article 218 et article 219, alinéa 2 ;

Vu l'arrêté du Gouvernement flamand du 21 février 2014 relatif à l'aide intégrale à la jeunesse ;

Vu l'accord du Ministre ayant le budget dans ses attributions, donné le 23 octobre 2018 ;

Vu l'avis 64.564/1 du Conseil d'État, donné le 28 novembre 2018, en application de l'article 84, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, 2^o, des lois sur le Conseil d'État, coordonnées le 12 janvier 1973 ;

Sur la proposition de la Ministre flamande de l'Enseignement et du Ministre flamand du Bien-être, de la Santé publique et de la Famille ;

Après délibération,

Arrête :

CHAPITRE 1^{er}. — *Dispositions générales*

Article 1^{er}. Dans le présent arrêté, il faut entendre par :

1^o arrêté du 21 février 2014 : l'arrêté du Gouvernement flamand du 21 février 2014 relatif à l'aide intégrale à la jeunesse ;

2^o décret du 27 avril 2018 : le décret du 27 avril 2018 réglant les allocations dans le cadre de la politique familiale ;

3^o médecin évaluateur : médecin agréé par Kind en Gezin (l'organisme Enfance et Famille) pour constater les conséquences d'une affection dont résulte un besoin de soutien spécifique ;

4^o arrêté royal du 28 mars 2003 : l'arrêté royal du 28 mars 2003 portant exécution des articles 47, 56septies et 63 des lois coordonnées relatives aux allocations familiales pour travailleurs salariés et de l'article 88 de la loi-programme (I) du 24 décembre 2002 ;

5^o médecin de l'EMD : médecin qui travaille au sein d'une équipe multidisciplinaire et qui constate les conséquences d'une affection dont résulte un besoin de soutien spécifique ;

6^o Ministre : le Ministre flamand ayant l'assistance aux personnes dans ses attributions ;

7^o équipe multidisciplinaire : une équipe multidisciplinaire agréée telle que visée à l'article 1^{er}, 12^o, de l'arrêté du 21 février 2014.

CHAPITRE 2. — *Allocation d'orphelin*

Art. 2. La filiation, sur la base de laquelle une allocation d'orphelin telle que visée à l'article 14 du décret du 27 avril 2018 peut être fixée, est établie de l'une des manières suivantes :

1^o sur la base des données du Registre national ;

2^o au moyen d'un acte de naissance ;

3^o par une reconnaissance judiciaire de l'enfant postérieure au décès du parent concerné.

Art. 3. Le décès d'un parent visé aux articles 14 et 15 du décret du 27 avril 2018 est établi de l'une des manières suivantes :

1^o sur la base des données du Registre national ;

2^o au moyen d'un acte de décès ;

3^o par un jugement déclaratif de décès tel que visé à l'article 126 du Code civil.

La présomption d'absence d'au moins un des parents, visée aux articles 14 et 15 du décret du 27 avril 2018, est établie par le jugement constatant la présomption d'absence, visé à l'article 112 du Code civil.

Art. 4. Le droit à l'allocation d'orphelin sur la base d'un jugement constatant la présomption d'absence tel que visé à l'article 15, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, 2^o, et § 2, alinéa 1^{er}, 4^o, du décret du 27 avril 2018, s'ouvre à la date à laquelle l'absence est constatée dans le jugement ou, à défaut, à la date du jugement même.

Art. 5. Le droit à l'allocation d'orphelin prend fin :

1^o en cas de réapparition du parent présumé absent, visé à l'article 112 du Code civil, du parent déclaré absent, visé à l'article 118 du Code civil, ou du parent judiciairement déclaré décédé, visé à l'article 126 du Code civil.

Il est tenu compte, pour la réapparition du parent absent ou du parent déclaré décédé, de la date d'inscription dudit parent dans les registres de l'état-civil, à moins que la date de réapparition mentionnée dans le procès-verbal de l'inspecteur familial ne soit différente ;

2^o à la date du jugement dans lequel il est mis fin au mandat d'administrateur judiciaire conformément à l'article 117 du Code civil.

CHAPITRE 3. — *Allocation de soins pour les enfants ayant un besoin de soutien spécifique*Section 1^{ère}. — Conséquences de l'affection dont résulte un besoin de soutien spécifique

Art. 6. § 1^{er}. Les conséquences de l'affection dont résulte le besoin de soutien spécifique, visées à l'article 16, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, du décret du 27 avril 2018, se composent des piliers suivants :

- 1° le pilier 1 a trait aux conséquences de l'affection sur le plan de l'incapacité physique ou mentale de l'enfant ;
- 2° le pilier 2 a trait aux conséquences de l'affection sur le plan de l'activité et la participation de l'enfant ;
- 3° le pilier 3 a trait aux conséquences de l'affection pour l'entourage familial de l'enfant.

Les conséquences visées à l'alinéa 1^{er} sont constatées à l'aide de l'échelle médicosociale reprise à l'annexe 1ère jointe au présent arrêté.

§ 2. Pour le pilier 1, des points sont attribués de la manière suivante en fonction du pourcentage d'incapacité physique ou mentale de l'enfant, constatée conformément à l'article 7 :

- 1° 0 % à 24 % : 0 point ;
- 2° 25 % à 49 % : 1 point ;
- 3° 50 % à 65 % : 2 points ;
- 4° 66 % à 79 % : 4 points ;
- 5° 80 % à 100 % : 6 points.

§ 3. Le pilier 2 comprend les catégories fonctionnelles suivantes qui sont subdivisées en sous-catégories et dont les points sont attribués en fonction de critères gradués :

- 1° apprentissage, éducation et intégration sociale ;
- 2° communication ;
- 3° mobilité et déplacement ;
- 4° soins corporels.

Pour déterminer le total des points du pilier 2, le nombre de points le plus élevé, attribué dans chacune des quatre catégories fonctionnelles visées à l'alinéa 1^{er}, est totalisé. Pour le pilier précité, le nombre maximum de points s'élève à 12.

§ 4. Le pilier 3 comprend les catégories suivantes qui sont subdivisées en sous-catégories et dont les points sont attribués en fonction de critères gradués :

- 1° traitement dispensé à domicile ;
- 2° déplacement pour surveillance médicale et traitement ;
- 3° adaptation du milieu de vie et des habitudes de vie.

Pour déterminer le total des points du pilier 3, le nombre de points le plus élevé, attribué dans chacune des trois catégories visées à l'alinéa 1^{er}, est totalisé et le nombre de points ainsi obtenu est multiplié par deux. Pour le pilier précité, le nombre maximum de points, après multiplication par deux, s'élève à 18.

§ 5. Le résultat final de la constatation des conséquences de l'affection s'obtient en additionnant le nombre total de points des piliers 1 à 3. Il s'élève à 36 points maximum.

§ 6. Pour l'application de l'article 16, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, du décret du 27 avril 2018, les conséquences de l'affection dont résulte le besoin de soutien spécifique de l'enfant sont prises en considération lorsque l'enfant obtient comme résultat final, tel que visé au paragraphe 5, 6 points au minimum ou lorsque l'enfant obtient pour le pilier 1, tel que visé au paragraphe 2, 4 points au minimum.

Art. 7. § 1^{er}. Dans le présent article, il faut entendre par :

- 1° liste : la liste des affections pédiatriques reprise à l'annexe 2 jointe au présent arrêté ;
- 2° barème : le Barème officiel belge des invalidités approuvé par l'Arrêté du Régent du 12 février 1946, à l'exception de la préface.

§ 2. L'incapacité physique ou mentale de l'enfant, visée à l'article 6, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, est établie sur la base :

- 1° de la liste ;
- 2° du barème.

La liste contient une énumération limitative d'affections. Le ministre peut la compléter.

Le barème est utilisé pour toutes les affections ou fonctions qui ne figurent pas dans la liste, ainsi que pour les affections de la liste qui font référence à un article du barème.

Lors de l'évaluation, la liste doit être utilisée en priorité par rapport au barème. Cela signifie que les critères et pourcentages d'incapacité mentionnant certains numéros de la liste doivent être appliqués impérativement.

§ 2. L'application de la liste et du barème est subordonnée aux règles suivantes :

1° en cas d'incapacités multiples, le pourcentage global d'incapacité est calculé de la manière suivante : si aucune des affections partielles n'entraîne une incapacité totale, le pourcentage d'incapacité est attribué entièrement pour l'affection la plus grave et, pour chacune des affections supplémentaires, il est calculé proportionnellement à la validité restante. À cet effet, les diverses affections seront classées dans l'ordre décroissant de leur pourcentage réel d'incapacité. Ce mode de calcul n'est appliqué que lorsque l'affection partielle touche différents membres ou fonctions ;

2° un mode d'évaluation rationnelle est utilisé dans le cas où un seul membre ou fonction est atteint par des lésions multiples et lorsque le calcul visé au point 1° conduit à un pourcentage plus élevé que la perte totale du membre ou de la fonction en question : le pourcentage d'incapacité ne peut jamais dépasser le pourcentage fixé pour la perte totale du membre ou de la fonction en question ;

3° la liste et le barème sont contraignants ou indicatifs suivant qu'ils indiquent un pourcentage fixe ou qu'ils laissent une marge dans l'évaluation. Toutefois, dans ce dernier cas, ils restent contraignants pour les pourcentages minimaux et les pourcentages maximaux.

Art. 8. Pour l'enfant chez lequel les conséquences de l'affection dont résulte le besoin de soutien spécifique peuvent être prises en considération conformément à l'article 6, § 6, le montant de base visé à l'article 13 du décret du 27 avril 2018 est majoré de l'un des montants visés à l'article 16, § 1^{er}, alinéa 2, du décret du 27 avril 2018, aux conditions suivantes :

1° l'enfant remplit les conditions visées à l'article 16, § 1^{er}, du décret du 27 avril 2018 ;

2° le besoin de soutien spécifique visé à l'article 16, § 1^{er}, du décret du 27 avril 2018 est apparu alors que l'enfant était encore bénéficiaire d'allocations familiales telles que visées à l'article 8, § 2, du décret du 27 avril 2018 ;

3° l'enfant n'exerce pas d'activité lucrative à l'exception de l'activité lucrative qui satisfait aux conditions visées à l'article 14 de l'arrêté du Gouvernement flamand du 5 octobre 2018 établissant les diverses qualités de l'enfant bénéficiaire et concernant les dispenses des conditions d'octroi pour les allocations familiales, les montants initiaux naissance et adoption et les allocations de participation universelles ;

4° l'enfant ne reçoit pas de prestation sociale telle que visée à l'article 14 de l'arrêté précité.

Art. 9. Conformément à l'article 16, § 1^{er}, alinéa 2, du décret du 27 avril 2018, l'allocation de soins pour les enfants ayant un besoin de soutien spécifique est octroyée par l'acteur de paiement selon la gravité du besoin de soutien spécifique.

Lorsque l'enfant obtient 4 points pour le pilier 1 tel que visé à l'article 6, § 2, 4°, et n'obtient pas 6 points comme résultat final tel que visé à l'article 6, § 5, le montant de 80,75 euros est octroyé.

Lorsque l'enfant obtient 4 ou 6 points pour le pilier 1 tel que visé à l'article 6, § 2, 4° ou 5°, et obtient 6 points au minimum et 11 points au maximum comme résultat final tel que visé à l'article 6, § 5, le montant de 414,28 euros est octroyé.

Lorsque l'enfant obtient moins de 4 points pour le pilier 1 tel que visé à l'article 6, § 2, 1°, 2° ou 3°, et obtient 6 points au minimum et 8 points au maximum comme résultat final tel que visé à l'article 6, § 5, le montant de 107,55 euros est octroyé. Le montant s'élève à 250,97 euros lorsque l'enfant obtient 9 points au minimum et 11 points au maximum comme résultat final tel que visé à l'article 6, § 5.

Lorsque l'enfant obtient 12 points au minimum comme résultat final tel que visé à l'article 6, § 5, les montants suivants sont octroyés :

1° 414,28 euros lorsque l'enfant obtient 12 points au minimum et 14 points au maximum ;

2° 471,07 euros lorsque l'enfant obtient 15 points au minimum et 17 points au maximum ;

3° 504,71 euros lorsque l'enfant obtient 18 points au minimum et 20 points au maximum ;

4° 538,36 euros lorsque l'enfant obtient plus de 20 points.

Section 2. — Constatation des conséquences de l'affection dont résulte un besoin de soutien spécifique

Sous-section 1^{ère}. — Dispositions générales

Art. 10. Les conséquences de l'affection dont résulte un besoin de soutien spécifique sont constatées par un médecin évaluateur, conformément à la sous-section 2, ou par un médecin de l'EMD, conformément à la sous-section 3.

L'organisme Enfance et Famille est chargé du contrôle du médecin évaluateur et du médecin de l'EMD en ce qui concerne les points visés à l'article 6, attribués par eux.

Le médecin évaluateur et le médecin de l'EMD respectent la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient lors des examens pratiqués afin de déterminer le nombre de points acquis.

L'organisme Enfance et Famille conserve les données à caractère personnel relatives à la constatation visée à l'alinéa 1^{er}, et ce jusqu'à cinq ans après la réception de ces données.

Sous-section 2. — Procédure de constatation par un médecin évaluateur

Art. 11. Les demandes visant à faire constater par un médecin évaluateur les conséquences de l'affection dont résulte un besoin de soutien spécifique sont introduites auprès de l'acteur de paiement par le(s) bénéficiaire(s). L'acteur de paiement transmet aussitôt la demande en question à l'organisme Enfance et Famille.

Art. 12. Dès réception de la demande visée à l'article 11, l'organisme Enfance et Famille transmet un formulaire de renseignements au(x) bénéficiaire(s).

Le(s) bénéficiaire(s) transmet(tent) le formulaire de renseignements complété à l'organisme Enfance et Famille. Il(s) peu(ven)t y joindre des rapports médicaux ou sociaux. Les rapports précités doivent avoir été rédigés trois mois maximum avant d'être transmis par le(s) bénéficiaire(s) à l'organisme Enfance et Famille.

Art. 13. § 1^{er}. Le médecin évaluateur rassemble les informations médicales ou les rapports sociaux et autres pour constater les conséquences de l'affection dont résulte le besoin de soutien spécifique.

Outre ses propres constatations médicales, le médecin évaluateur tient compte, lors de la constatation visée à l'alinéa 1^{er}, des rapports médicaux, sociaux et autres qui ont été transmis. Il se base par ailleurs sur des entretiens avec l'enfant et avec les personnes qui connaissent la situation de l'enfant.

Si le(s) bénéficiaire(s) ne transmet(tent) par les documents ou informations demandés dans les trente jours de la réception du formulaire de renseignements, le médecin évaluateur envoie un rappel.

§ 2. L'organisme Enfance et Famille envoie une convocation au(x) bénéficiaire(s) pour faire constater par un médecin évaluateur les conséquences de l'affection dont résulte le besoin de soutien spécifique. S'il n'y est pas donné suite, une deuxième convocation est envoyée. S'il n'est pas non plus donné suite à la deuxième convocation, le médecin évaluateur base sa constatation uniquement sur les documents disponibles.

Si le médecin évaluateur ne dispose pas d'éléments suffisants pour pouvoir faire une constatation dans le dossier, il en informe l'organisme Enfance et Famille. Sur la base de cette information, l'acteur de paiement communique au(x) bénéficiaire(s) la décision selon laquelle il(s) n'a(ont) pas droit à l'allocation de soins pour des enfants ayant un besoin de soutien spécifique.

Si l'enfant ne peut pas se déplacer pour des raisons médicales, l'examen est pratiqué sur place.

Conformément à la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient, le(s) bénéficiaire(s) pour l'enfant et l'enfant même peuvent se faire assister d'une personne de confiance lors des examens visés au présent article.

Art. 14. Dans les trente jours qui suivent la constatation des conséquences de l'affection dont résulte le besoin de soutien spécifique, le médecin évaluateur transmet à l'organisme Enfance et Famille le résultat de la constatation visé à l'article 6, § 5. L'organisme Enfance et Famille transmet le résultat final précité à l'acteur de paiement.

Sur la base de la constatation des conséquences de l'affection dont résulte le besoin de soutien spécifique visée à l'alinéa 1^{er}, l'acteur de paiement décide s'il existe un droit à l'allocation de soins pour des enfants ayant un besoin de soutien spécifique visée à l'article 16, § 1^{er}, du décret du 27 avril 2018. Il taxe ladite allocation conformément à l'article 9. L'acteur de paiement communique au(x) bénéficiaire(s) la décision d'octroi ou de refus de l'allocation de soins pour des enfants ayant un besoin de soutien spécifique ainsi que la période et le montant de l'allocation.

Art. 15. Par dérogation à l'article 13, le médecin évaluateur peut effectuer la constatation sur la base de pièces s'il estime qu'il dispose d'informations suffisantes pour prendre une décision fondée.

Pour que la procédure spéciale visée à l'alinéa précédent puisse être prise en considération, l'affection dont résulte le besoin de soutien spécifique doit menacer le pronostic vital à court terme et il doit être satisfait à l'une des conditions suivantes :

- 1° le traitement lourd a un impact sur l'immunité ;
- 2° il y a une intervention chirurgicale majeure dans les six mois de la naissance ou d'un accident ;
- 3° il y a une hospitalisation ou une réhabilitation post-traumatique en institution d'une durée d'au moins six mois ;
- 4° l'enfant bénéficie de soins palliatifs.

La constatation visée à l'alinéa 1^{er} est valable jusqu'à un an maximum après la date de la demande.

La procédure spéciale visée à l'alinéa 1^{er} n'est possible que si le(s) bénéficiaire(s) ne s'y est (sont) pas opposé(s) dans le formulaire de renseignements.

Le ministre peut également élargir la possibilité de prendre une décision sur la base de pièces à d'autres cas. À cet égard, le ministre énumère les critères applicables lors de cette évaluation sur la base de pièces et fixe la durée, limitée dans le temps, d'utilisation de cette possibilité.

Art. 16. Le fait qu'un enfant bénéficiaire puisse donner lieu, à la suite d'un refus de traitement, à l'octroi d'une allocation de soins éventuellement plus élevée pour un enfant ayant un besoin de soutien spécifique est constaté par le médecin évaluateur. L'organisme Enfance et Famille transmet ladite constatation à l'acteur de paiement. Sur la base de cette constatation, l'acteur de paiement refuse l'allocation de soins pour les enfants en question.

Sous-section 3. — Procédure de constatation par un médecin de l'EMD

Art. 17. Lorsqu'une équipe multidisciplinaire rédige un document de demande en vue d'une demande d'aide à la jeunesse non directement accessible dans le cadre de l'application de l'arrêté du 21 février 2014, le médecin de l'équipe multidisciplinaire qui a été associé à l'établissement dudit document constate également les conséquences de l'affection dont résulte le besoin de soutien spécifique, visées à l'article 16, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, du décret du 27 avril 2018, conformément aux articles 6 et 7.

Le médecin de l'EMD transmet la constatation visée à l'alinéa 1^{er} à l'organisme Enfance et Famille. L'organisme Enfance et Famille transmet ladite constatation à l'acteur de paiement. Le médecin de l'EMD transmet également toutes les informations pertinentes au sujet des conséquences de l'affection dont résulte le besoin de soutien spécifique de l'enfant à l'organisme Enfance et Famille.

Sur la base de la constatation par un médecin de l'EMD, l'acteur de paiement décide s'il existe un droit à l'allocation de soins pour des enfants ayant un besoin de soutien spécifique tel que visé à l'article 16, § 1^{er}, du décret du 27 avril 2018. Il taxe ladite allocation conformément à l'article 9. L'acteur de paiement communique la décision d'octroi ou de refus de l'allocation de soins pour des enfants ayant un besoin de soutien spécifique ainsi que la période et le montant de l'allocation au(x) bénéficiaire(s).

La date de la demande visant l'établissement d'un document de demande est considérée comme étant la date à laquelle le délai de prescription visé à l'article 95, alinéa 2, du décret du 27 avril 2018, commence à courir.

Le ministre fixe l'indemnité pour les constatations, visées à l'alinéa 1^{er}, faites par le médecin de l'EMD.

Art. 18. Si un montant plus élevé peut être octroyé par suite d'une constatation d'un médecin de l'EMD, l'acteur de paiement paie la différence compte tenu de la période déterminée par le médecin. Si la nouvelle constatation débouche sur un montant inférieur, la nouvelle décision ne produit ses effets qu'à partir du premier jour du mois qui suit celui au cours duquel le médecin de l'EMD a communiqué la constatation à l'organisme Enfance et Famille.

Si une constatation est faite par un médecin de l'EMD alors qu'une procédure de constatation des conséquences de l'affection dont résulte un besoin de soutien spécifique est également en cours auprès d'un médecin évaluateur, il est mis fin à la dernière procédure en question.

Sous-section 4. — Durée et révision de la constatation des conséquences de l'affection dont résulte un besoin de soutien spécifique

Art. 19. § 1^{er}. La constatation des conséquences de l'affection dont résulte le besoin de soutien spécifique par un médecin évaluateur ou un médecin de l'EMD est valable jusqu'à l'âge de six, douze ou dix-huit ans. Les conséquences sont alors revues d'office. Par dérogation à ce qui précède, une constatation faite l'année qui précède celle du sixième, du douzième ou du dix-huitième anniversaire de l'enfant est valable jusqu'à l'âge de respectivement douze, dix-huit ou vingt et un ans.

Le médecin évaluateur ou le médecin de l'EMD peut déroger de façon motivée aux dates visées à l'alinéa 1^{er}. Il indique alors la date de la révision d'office.

Six mois avant les dates visées à l'alinéa 1^{er} ou à l'alinéa 2, l'organisme Enfance et Famille envoie au(x) bénéficiaire(s) une lettre contenant des informations sur la révision d'office. La révision d'office visée aux alinéas 1^{er} et 2 se déroule conformément aux articles 12 à 16.

La décision d'octroi ou de refus de l'allocation de soins pour un enfant ayant un besoin de soutien spécifique, qui résulte de la révision d'office, produit ses effets à partir du premier jour du mois suivant la date de fin de validité de la décision précédente.

§ 2. S'il est constaté qu'une erreur matérielle a été commise dans le traitement de la décision, le médecin évaluateur ou le médecin de l'EMD se charge de la rectifier. Le médecin évaluateur ou le médecin de l'EMD transmet la constatation à l'organisme Enfance et Famille. L'organisme Enfance et Famille transmet ladite constatation à l'acteur de paiement.

Si, par suite de la rectification visée à l'alinéa 1^{er}, un montant plus élevé peut être octroyé, l'acteur de paiement paie la différence pour la période déterminée par le médecin évaluateur ou le médecin de l'EMD. Si la nouvelle décision débouche sur un montant inférieur, ladite décision ne produit ses effets qu'à partir du premier jour du mois qui suit celui au cours duquel le médecin évaluateur ou le médecin de l'EMD a communiqué la constatation à l'organisme Enfance et Famille.

Art. 20. Sur la base des nouveaux renseignements, le(s) bénéficiaire(s) peut(peuvent) introduire une demande de révision de la constatation des conséquences de l'affection dont résulte le besoin de soutien spécifique auprès de l'acteur de paiement. La révision se déroule conformément aux articles 11 à 16.

Si, par suite de la révision visée à l'alinéa 1^{er}, un montant plus élevé peut être octroyé, l'acteur de paiement paie la différence. À cet effet, il se base sur la période déterminée par le médecin évaluateur. Si la nouvelle constatation débouche sur un montant inférieur, cette nouvelle constatation ne produit ses effets qu'à partir du premier jour du mois suivant celui au cours duquel le médecin évaluateur a communiqué la constatation à l'organisme Enfance et Famille.

CHAPITRE 4. — Médecins évaluateurs

Section 1^{ère}. — Agrément

Sous-section 1^{ère}. — Dispositions générales

Art. 21. Un médecin peut solliciter un agrément en tant que médecin évaluateur auprès de l'organisme Enfance et Famille. L'organisme Enfance et Famille statue sur l'octroi d'un agrément à un médecin afin de pouvoir intervenir en tant que médecin évaluateur dans le cadre du présent arrêté.

L'agrément est valable trois ans.

Sous-section 2. — Conditions d'agrément

Art. 22. § 1^{er}. Pour pouvoir être agréé en tant que médecin évaluateur par l'organisme Enfance et Famille, le médecin doit :

1° disposer d'un extrait du casier judiciaire, tel que visé à l'article 596, alinéa 2, du Code d'instruction criminelle, datant de moins d'un mois ou, pour toute personne non domiciliée en Belgique, pouvoir produire un document analogue datant de moins d'un mois, attestant d'une conduite irréprochable pour intervenir en tant que médecin évaluateur ;

2° jouir d'un bon état de santé général afin d'accomplir ses missions. À la demande de l'organisme Enfance et Famille, l'intéressé produit un certificat médical rédigé par un autre médecin certifiant son bon état de santé général pour les missions à accomplir ;

3° disposer d'une connaissance avancée et active du néerlandais ;

4° déclarer avoir pris connaissance de la mission dans le cadre du présent arrêté et des dispositions du présent arrêté qui s'appliquent à lui en parcourant un pack de démarrage numérique ;

5° ne pas avoir fait l'objet d'une suppression de son agrément en tant que médecin évaluateur.

Le ministre détermine les modalités pour la connaissance avancée et active du néerlandais visée au paragraphe 1^{er}, alinéa 1^{er}, 6°, notamment en ce qui concerne le niveau d'aptitude linguistique et la façon dont il peut être prouvé.

§ 2. Un médecin évaluateur ne peut effectuer de façon autonome des constatations médicales dans le cadre du présent arrêté qu'après avoir assisté à un certain nombre de constatations défini par l'organisme Enfance et Famille ou en avoir effectué sous la direction d'un médecin tuteur tel que visé à l'article 32.

§ 3. Pour pouvoir conserver ou prolonger l'agrément en tant que médecin évaluateur, l'intéressé doit :

1° remplir ses missions conformément aux recommandations scientifiques, compte tenu du Code de déontologie médicale. L'organisme Enfance et Famille fournit les informations et recommandations nécessaires ;

2° la première année de l'agrément, suivre un trajet de formation proposé par l'organisme Enfance et Famille et basé sur des conclusions et recommandations scientifiques ;

3° respecter les conditions d'agrément et les dispositions du présent arrêté ;

4° lors de l'exécution de sa mission, tenir compte des objectifs de fond et méthodiques poursuivis par l'organisme Enfance et Famille et contribuer de la sorte à la concrétisation du cadre de qualité de l'organisme Enfance et Famille ;

5° informer l'organisme Enfance et Famille de toute modification des données pertinentes pour l'agrément.

Sous-section 3. — Prescriptions en matière d'agrément

Art. 23. Lors de l'exécution des missions dans le cadre du présent arrêté, le médecin évaluateur répond aux exigences suivantes. Le médecin évaluateur :

1° accomplit ses missions pour l'organisme Enfance et Famille de façon autonome ;

2° exécute les missions sans discrimination fondée sur le sexe, la nationalité, la langue, la fortune, les convictions religieuses, idéologiques, philosophiques et politiques, l'origine culturelle ou sociale ;

- 3° utilise le dossier électronique intégré fourni par l'organisme Enfance et Famille ;
- 4° communique de façon correcte, complète et ciblée sur les besoins du(des) bénéficiaire(s) ;
- 5° collabore, pour l'exécution de ses missions, avec les collaborateurs de l'organisme Enfance et Famille ;
- 6° se recycle dans les matières pertinentes dans le cadre du présent arrêté ;
- 7° ne collabore à la recherche scientifique lors de l'exécution de sa mission dans le cadre du présent arrêté qu'après autorisation de l'organisme Enfance et Famille.

Art. 24. Le médecin évaluateur se voit attribuer une mission via le portail électronique fourni par l'organisme Enfance et Famille.

Sous-section 4. — Indemnité

Art. 25. Le médecin évaluateur reçoit une indemnité mensuelle de l'organisme Enfance et Famille pour :

- 1° les missions qu'il a exécutées au cours du mois écoulé dans le cadre du présent arrêté ;
- 2° les formations qu'il a suivies et que l'organisme Enfance et Famille a décidé de rembourser.

Le médecin évaluateur gère ses missions, formations et indemnités sur le portail électronique visé à l'article 24. Le médecin évaluateur peut transmettre jusqu'à dix jours après la fin de chaque mois des rectificatifs aux missions et formations du mois écoulé qui ont été enregistrées sur le portail.

Le ministre fixe les indemnités pour les missions exécutées par le médecin évaluateur et les formations qu'il a suivies. Le ministre peut également fixer une indemnité pour l'expertise médicale contradictoire lorsque le médecin évaluateur est requis par le tribunal du travail.

Sous-section 5. — Traitement des plaintes

Art. 26. L'organisme Enfance et Famille traite conjointement avec le médecin évaluateur les plaintes qu'il reçoit au sujet du médecin évaluateur.

Section 2. — Procédure

Sous-section 1^{ère}. — Procédure d'agrément

Art. 27. L'agrément en tant que médecin évaluateur par l'organisme Enfance et Famille ne peut être accordé que si les conditions suivantes sont remplies :

- 1° une demande recevable a été introduite ;
- 2° les conditions d'agrément visées à l'article 22 sont remplies.

Art. 28. L'intéressé introduit la demande d'agrément par voie électronique auprès de l'organisme Enfance et Famille au moyen du formulaire de demande mis à disposition par l'organisme Enfance et Famille et mentionne, à peine d'irrecevabilité, les informations suivantes :

- 1° les nom et prénom, l'adresse électronique, l'adresse postale et le numéro de téléphone du demandeur ;
- 2° le numéro de registre national et le numéro INAMI du demandeur ;
- 3° toutes les données nécessaires en rapport avec l'accréditation auprès de l'INAMI ;
- 4° un numéro d'entreprise et la forme juridique y associée sous lesquels le demandeur exercera ses activités ;
- 5° le numéro de compte lié au numéro d'entreprise indiqué ;
- 6° les informations nécessaires pour évaluer si les conditions d'agrément sont remplies.

Art. 29. § 1^{er}. Dès réception de la demande, l'organisme Enfance et Famille envoie un accusé de réception électronique au demandeur.

§ 2. Dans les trente jours qui suivent la réception de la demande, l'organisme Enfance et Famille communique au demandeur si la demande est recevable.

Si la demande n'est pas recevable du fait qu'une ou plusieurs des informations visées à l'article 28 font défaut, l'organisme Enfance et Famille réclame les informations manquantes. Le délai d'introduction des informations ou pièces s'élève à quinze jours. Durant cette période, le délai de décision quant à la recevabilité est suspendu. Si aucune donnée ou pièce n'est transmise par voie électronique à l'organisme Enfance et Famille durant le délai précité, la demande est irrecevable.

§ 3. L'organisme Enfance et Famille traite la demande recevable dans les trois mois qui suivent la communication au demandeur de ce que la demande est recevable.

L'organisme Enfance et Famille peut demander un complément d'informations au demandeur. Le demandeur transmet le complément d'informations demandé à l'organisme Enfance et Famille dans les trente jours. Le délai de décision n'est pas suspendu.

Art. 30. L'organisme Enfance et Famille transmet au demandeur la décision relative à la demande d'agrément en tant que médecin évaluateur au plus tard à l'expiration du délai visé à l'article 29, § 3, alinéa 1^{er}. La décision concerne l'une des options suivantes :

- 1° l'octroi de l'agrément ;
- 2° l'intention de refus de l'agrément.

La décision d'octroi de l'agrément est transmise au demandeur par voie électronique et détermine la date de prise d'effet de l'agrément.

Le demandeur est informé par lettre recommandée de l'intention de refus de l'agrément. La notification de la décision contient, le cas échéant, la possibilité, les conditions et la procédure d'introduction d'une réclamation motivée.

Si le demandeur n'introduit pas de réclamation dans le délai visé à l'article 38, l'intention de l'organisme Enfance et Famille est convertie de plein droit, à l'expiration dudit délai, en une décision de refus de l'agrément. La décision de refus de l'agrément est réputée de plein droit avoir été communiquée.

Si le demandeur a introduit une réclamation recevable conformément à la procédure de réclamation visée aux articles 37 à 42, la décision quant à l'octroi ou au refus de l'agrément est prise à l'issue de la procédure de réclamation conformément aux règles établies par ou en vertu du chapitre III du décret du 7 décembre 2007 portant création d'une Commission consultative pour les Structures de l'Aide sociale, de la Santé publique et de la Famille et des (Candidats) Accueillants.

Sous-section 2. — Prolongation de l'agrément

Art. 31. L'agrément du médecin évaluateur est prolongé de plein droit de trois ans si rien n'indique qu'il ne respecte pas les prescriptions en matière d'agrément.

Sous-section 3. — Appel à intervenir en tant que médecin tuteur

Art. 32. § 1^{er}. L'organisme Enfance et Famille peut lancer un appel auprès des médecins évaluateurs agréés à intervenir en qualité de médecin tuteur. L'appel contient au moins les informations suivantes :

- 1° la période durant laquelle la demande peut être introduite ;
- 2° la procédure comparative et le cadre de décision appliqué dans la procédure comparative pour fixer l'ordre de préséance entre les différents candidats ;
- 3° les critères requis et les compétences auxquelles le médecin évaluateur doit satisfaire pour pouvoir intervenir en tant que médecin tuteur ;
- 4° le délai de décision ;
- 5° un formulaire de demande.

L'appel visé à l'alinéa 1^{er} est annoncé via les canaux de communication électronique de l'organisme Enfance et Famille.

§ 2. Les médecins évaluateurs intéressés introduisent la demande par voie électronique auprès de l'organisme Enfance et Famille, dans le délai d'introduction visé dans l'appel, au moyen du formulaire de demande mis à disposition par l'organisme Enfance et Famille.

Dans le délai visé au paragraphe 1^{er}, alinéa 1^{er}, 4°, l'organisme Enfance et Famille prend une décision conformément à la procédure comparative et au cadre de décision visés au paragraphe 1^{er}, alinéa 1^{er}, 2°. L'organisme Enfance et Famille transmet à chaque demandeur, par voie électronique, la décision relative à sa demande.

Sous-section 4. — Suspension ou suppression de l'agrément

Art. 33. L'organisme Enfance et Famille surveille le respect des conditions d'agrément et des prescriptions en matière d'agrément visées aux articles 22 à 24 et peut demander, à cet effet, les pièces nécessaires auprès du médecin évaluateur.

Art. 34. S'il est constaté qu'un médecin évaluateur ne respecte pas les conditions d'agrément et les prescriptions en matière d'agrément visées aux articles 22 à 24 ou empêche ou entrave la surveillance dudit respect, le médecin évaluateur est, sauf urgence, convoqué à un entretien avec l'organisme Enfance et Famille.

L'organisme Enfance et Famille transmet au médecin évaluateur des informations relatives aux dispositions et prescriptions qu'il n'a pas respectées.

L'organisme Enfance et Famille avertit le médecin évaluateur de la possibilité de suspension ou de suppression de son agrément en cas de non-respect persistant.

Art. 35. L'organisme Enfance et Famille peut décider, dans les cas suivants, de suspendre l'agrément :

- 1° lorsqu'il peut être remédié à court terme à une infraction aux conditions d'agrément et aux prescriptions en matière d'agrément ;
- 2° par précaution, lorsque des éléments sérieux indiquent qu'il y a infraction aux conditions d'agrément et aux prescriptions en matière d'agrément et que la sécurité et la santé du(des) bénéficiaire(s) ou des enfants bénéficiaires s'en trouvent compromises ou en cas d'urgence ;
- 3° lorsque le médecin évaluateur entrave ou empêche la surveillance du respect des conditions d'agrément et des prescriptions en matière d'agrément.

L'organisme Enfance et Famille informe le médecin évaluateur de la décision visée à l'alinéa 1^{er}.

L'organisme Enfance et Famille entend le médecin évaluateur dans les plus brefs délais et au plus tard dans les cinq jours ouvrables, et prend, sur cette base, une décision en rapport avec l'agrément. La décision concerne :

- 1° la levée de la suspension, le cas échéant moyennant observation des accords pris en vue du respect des conditions d'agrément et des prescriptions en matière d'agrément ;
- 2° l'intention de suppression de l'agrément visée à l'article 36.

L'organisme Enfance et Famille informe le médecin évaluateur par lettre recommandée de la décision visée à l'alinéa 3.

Art. 36. L'organisme Enfance et Famille peut décider, dans les cas suivants, de supprimer l'agrément :

- 1° lorsqu'il ne peut pas être remédié à court terme à une infraction aux conditions d'agrément et aux prescriptions en matière d'agrément ;
- 2° lorsqu'il ne peut pas être remédié à une infraction à l'origine d'une suspension de l'agrément dans le délai fixé dans la décision de ladite suspension ;
- 3° lorsque le médecin évaluateur a obtenu un agrément sur la base d'informations inexacts.

L'intention de suppression de l'agrément est communiquée au médecin évaluateur par lettre recommandée. La lettre recommandée contient des informations sur la possibilité, les conditions et la procédure d'introduction d'une réclamation motivée.

§ 2. Si le médecin évaluateur n'introduit pas de réclamation dans le délai visé à l'article 38, l'intention de l'organisme Enfance et Famille est convertie, à l'expiration dudit délai, en une décision de suppression de l'agrément. Le médecin évaluateur est informé de la décision précitée par lettre recommandée.

Si le médecin évaluateur a introduit une réclamation recevable conformément à la procédure de réclamation visée aux articles 37 à 42, la décision quant à la suppression de l'agrément est prise à l'issue de la procédure de réclamation conformément aux règles établies par ou en vertu du chapitre III du décret du 7 décembre 2007 portant création d'une Commission consultative pour les Structures de l'Aide sociale, de la Santé publique et de la Famille et des (Candidats) Accueillants.

Sous-section 5. — Procédure de réclamation

Art. 37. Le demandeur ou le médecin évaluateur peut introduire une réclamation auprès de l'organisme Enfance et Famille contre l'intention de refus visée à l'article 30 et l'intention de suppression de l'agrément visée à l'article 36.

Art. 38. À peine d'irrecevabilité, le demandeur ou le médecin évaluateur introduit une réclamation motivée par lettre recommandée auprès de l'organisme Enfance et Famille dans le cas visé à l'article 37, au plus tard dans les trente jours de la notification d'une intention de décision telle que visée à l'article 37.

Art. 39. La réclamation visée à l'article 38 contient, à peine d'irrecevabilité, tous les éléments suivants :

- 1° le nom et l'adresse du demandeur ou du médecin évaluateur ;
- 2° le numéro de dossier de l'intention contestée ;
- 3° une motivation de la réclamation ;
- 5° la date de la réclamation.

Art. 40. L'organisme Enfance et Famille statue, au plus tard dix jours après la réception de la réclamation, sur sa recevabilité et informe aussitôt le demandeur ou le médecin évaluateur de sa décision par lettre recommandée.

Art. 41. La réclamation est suspensive.

Par dérogation à l'alinéa 1^{er}, l'organisme Enfance et Famille peut, en cas de réclamation contre l'intention de suppression de l'agrément, décider, dans les dix jours de la réception de la réclamation, que la réclamation n'est pas suspensive. La faculté précitée est limitée aux cas de risque grave pour la santé et la sécurité des enfants bénéficiaires et du(des) bénéficiaire(s).

S'il est décidé que la réclamation n'est pas suspensive, l'organisme Enfance et Famille transmet aussitôt la décision au médecin évaluateur par lettre recommandée.

Art. 42. La réclamation est traitée suivant la procédure conformément aux règles établies par ou en exécution du chapitre III du décret du 7 décembre 2007 portant création d'une Commission consultative pour les Structures de l'Aide sociale, de la Santé publique et de la Famille et des (Candidats) Accueillants.

Sous-section 6. — Cessation volontaire

Art. 43. Le médecin évaluateur qui décide de cesser ses activités en exécution du présent arrêté en avise l'organisme Enfance et Famille dans les plus brefs délais par voie électronique. L'organisme Enfance et Famille met fin à l'agrément à partir de la date de cessation indiquée.

CHAPITRE 5. — Allocation de placement familial

Art. 44. § 1^{er}. Dans le présent chapitre, on entend par placement dans une institution : le placement dans une institution tel que visé à l'article 68, § 1^{er}, du décret du 27 avril 2018, ainsi que la situation proche d'un placement dans une institution, à savoir la situation dans laquelle l'enfant bénéficiaire est autorisé à habiter séparément ou de manière autonome, mais se trouve sous surveillance permanente et est supervisé par une institution en vertu d'une décision d'aide et d'assistance de l'enfant prévues par la réglementation applicable et lorsque l'autorité ou l'institution est chargée de la surveillance et de l'accompagnement de l'enfant.

§ 2. Pour l'application de l'article 17, alinéa 1^{er}, du décret du 27 avril 2018, il faut entendre par :

1° autorité publique : une autorité publique de justice et de santé publique, les cours et tribunaux, les centres publics d'action sociale, les services publics fédéraux, communautaires, régionaux, provinciaux et communaux de protection de la jeunesse, d'assistance publique ou en faveur des personnes handicapées. Il peut s'agir d'une autorité étrangère ;

2° par l'intermédiaire ou à charge de : la situation dans laquelle une autorité publique procède au placement d'un enfant :

- a) par une simple médiation administrative, sans intervention pécuniaire,
- b) avec intervention pécuniaire ;
- c) avec intervention tant administrative que pécuniaire ;

3° placement dans une famille d'accueil : le placement auprès de parents d'accueil ainsi que la situation proche d'un placement dans une famille d'accueil, à savoir la situation dans laquelle l'enfant bénéficiaire ne réside pas physiquement dans une famille d'accueil, mais est confié, en vertu d'une décision d'aide ou d'assistance spéciale, à une famille d'accueil chargée de la surveillance et de l'accompagnement de l'enfant.

Art. 45. Dans les cas suivants, l'allocation de placement familial n'est pas due à la personne ou aux personnes qui, préalablement au placement de l'enfant dans la famille d'accueil, percevai(en)t les allocations familiales visées au livre 2, partie 1, du décret du 27 avril 2018 :

1° lorsque les personnes précitées ne percevaient pour l'enfant que le montant initial naissance visé à l'article 9 du décret du 27 avril 2018 ;

2° lorsque l'enfant même était bénéficiaire conformément à l'article 58, § 3, du décret du 27 avril 2018 ;

3° lorsque les personnes précitées ne peuvent pas être établies ;

4° lorsque l'enfant est placé dans une institution et dans une famille d'accueil et que le solde des allocations familiales visées au livre 2, partie 1, du décret du 27 avril 2018 revient aux personnes précitées en vertu d'une décision judiciaire ou administrative durant ledit placement ;

5° lorsque la famille d'origine et la famille d'accueil sont les mêmes.

CHAPITRE 6. — *Dispositions modificatives*

Art. 46. À l'article 26 de l'arrêté du Gouvernement flamand du 21 février 2014 relatif à l'aide intégrale à la jeunesse, l'alinéa 2 est remplacé par ce qui suit :

« Outre les missions visées à l'alinéa 1^{er}, l'équipe chargée de l'indication rend un avis, le cas échéant, sur l'utilisation du solde du tiers des allocations familiales en exécution de l'article 68, § 2, du décret du 27 avril 2018 réglant les allocations dans le cadre de la politique familiale. ».

Art. 47. À l'article 37, alinéa 1^{er}, du même arrêté, modifié par l'arrêté du Gouvernement flamand du 9 octobre 2015, le point 3° est remplacé par ce qui suit :

« 3° de l'utilisation du solde du tiers des allocations familiales en exécution de l'article 68, § 2, du décret du 27 avril 2018 réglant les allocations dans le cadre de la politique familiale. ».

CHAPITRE 7. — *Dispositions finales*

Section 1^{ère}. — Dispositions transitoires

Sous-section 1^{ère}. — Allocation d'orphelin

Art. 48. § 1^{er}. L'enfant bénéficiaire né avant le 1^{er} janvier 2019, dont l'un des parents est décédé et auquel une allocation d'orphelin simple ou majorée a été octroyée au 31 décembre 2018 en vertu de la réglementation des allocations familiales, peut être considéré comme abandonné comme prévu à l'article 214, § 2, alinéa 8, du décret du 27 avril 2018, lorsque les conditions cumulatives suivantes sont remplies :

1° l'enfant a été inscrit à une adresse différente de celle du parent survivant au sens de l'article 3, alinéa 1^{er}, 5°, de la loi du 8 août 1983 organisant un registre national des personnes physiques, exception faite des cas dans lesquels il ressort d'autres documents officiels produits à cet effet, tels que visés à l'article 3, § 1^{er}, de l'arrêté du Gouvernement flamand du 21 septembre 2018 fixant les modalités en vue de l'attribution d'un supplément social, que l'enfant vit à une adresse différente de celle du parent survivant ;

2° le parent survivant n'a plus de contacts avec l'enfant ;

3° l'intervention pécuniaire dans les frais de l'enfant est inexistante ou minime ;

4° le parent survivant forme un ménage avec une personne qui n'est ni parente, ni alliée jusqu'au troisième degré inclus.

À l'alinéa 1^{er}, 3°, il faut entendre par intervention pécuniaire minime : une contribution inférieure à la différence entre les allocations familiales visées à l'article 210 du décret du 27 avril 2018 et les allocations familiales majorées pour orphelins visées à l'article 214, § 1^{er}, du décret précité. Si le ménage compte plusieurs enfants, la différence est comparée par enfant à moins qu'une comparaison globale ne soit plus favorable qu'une comparaison par enfant. Que le parent survivant fournisse la contribution pécuniaire sur une base volontaire ou en vertu d'une décision judiciaire est sans importance.

§ 2. Par dérogation au paragraphe 1^{er}, alinéa 1^{er}, 2°, les contacts par lettre, téléphone, SMS ou médias sociaux et les visites purement protocolaires n'empêchent pas de considérer un enfant comme abandonné comme prévu à l'article 214, § 2, alinéa 8, du décret du 27 avril 2018, tant que lesdits contacts ne font pas partie d'une relation structurelle entre le parent survivant et l'enfant.

§ 3. S'il n'est plus satisfait à l'une des conditions cumulatives visées au paragraphe 1^{er}, l'enfant n'est plus considéré comme orphelin abandonné comme prévu à l'article 56bis, § 2, alinéa 4, de la loi générale relative aux allocations familiales, à partir du premier jour du mois suivant celui au cours duquel les conditions ne sont plus remplies.

Si l'enfant répond aux conditions visées au paragraphe 1^{er}, il est considéré comme orphelin abandonné à partir du premier jour du mois suivant celui au cours duquel il remplit à nouveau les conditions.

§ 4. Le ministre peut préciser les modalités de la procédure de constatation d'un orphelin abandonné comme prévu à l'article 214, § 2, alinéa 8, du décret du 27 avril 2018.

Sous-section 2. — Allocation de soins pour les enfants ayant un besoin de soutien spécifique

Art. 49. § 1^{er}. L'enfant pour lequel une décision a été prise sur la base de l'arrêté royal du 28 mars 2003 et qui, par suite de ladite décision ouvre, auprès de l'acteur de paiement, un droit à une allocation mensuelle de soins pour des enfants ayant un besoin de soutien spécifique telle que visée à l'article 16, § 1^{er}, du décret du 27 avril 2018, conserve le droit à l'allocation de soins tant que ladite décision reste entièrement applicable parce qu'il n'y a pas eu de révision sur demande ou d'office, et à condition que l'enfant n'ait pas atteint l'âge de 21 ans.

En ce qui concerne l'enfant visé à l'alinéa 1^{er}, pour lequel a lieu une révision sur demande ou d'office à partir du 1^{er} janvier 2019 dont la nouvelle décision fait apparaître que l'enfant a un besoin de soutien spécifique qui a des conséquences telles que visées à l'article 6, une allocation de soins pour des enfants ayant un besoin de soutien spécifique telle que visée à l'article 16, § 1^{er}, du décret du 27 avril 2018, est octroyée.

La décision d'octroi ou de refus de l'allocation de soins pour un enfant ayant un besoin de soutien spécifique, qui résulte d'une révision d'office, produit ses effets à partir du premier jour du mois qui suit la date de fin de validité de la décision précédente.

Si, par suite de la révision sur demande, un montant plus élevé peut être octroyé, l'acteur de paiement paie la différence pour la période déterminée par le médecin évaluateur. Si la nouvelle décision débouche sur un montant inférieur, la nouvelle décision en question ne produit ses effets qu'à partir du premier jour du mois qui suit celui au cours duquel le médecin évaluateur a communiqué la décision à l'organisme Enfance et Famille.

§ 2. L'enfant pour lequel une incapacité physique et mentale et un degré d'autonomie ont été établis conformément à l'article 2 de l'arrêté royal du 28 mars 2003 et qui, par la décision en question, a droit à une allocation de 414,28 euros, de 453,49 euros ou de 484,78 euros, telle que visée à l'article 47, § 1^{er}, de la loi générale relative aux allocations familiales, en fonction de son degré d'autonomie, conserve son droit à cette allocation tant que ladite décision n'est pas revue.

Art. 50. Tant que la classification pour les enfants ayant un besoin de soutien spécifique s'effectue, à partir du 1^{er} janvier 2019, conformément au système des trois piliers visé aux articles 6 et 7 de l'arrêté royal du 28 mars 2003, sous la compétence de la Région wallonne, de la Commission communautaire commune et de la Communauté germanophone, les décisions qui en découlent sont reprises automatiquement par la Communauté flamande si l'enfant concerné relève de la compétence de la Communauté flamande. La décision précitée est valable pour le délai fixé à cet effet par les entités fédérées concernées et entre dans le champ d'application des articles 19 et 20 du présent arrêté.

L'organisme Enfance et Famille examine si la classification visée à l'alinéa 1^{er} effectuée sous la compétence de la Région wallonne, de la Commission communautaire commune ou de la Communauté germanophone est constamment effectuée conformément au système des trois piliers visé à l'alinéa 1^{er}.

Sous-section 3. — Agrément en tant que médecin évaluateur

Art. 51. Au 1^{er} janvier 2019, les médecins reçoivent, pour trois ans, un agrément tel que visé à l'article 21, sans devoir introduire de demande à cet effet s'ils satisfont aux conditions suivantes :

1° ils ont effectué depuis le 1^{er} janvier 2017 au moins une constatation pour le compte du SPF Sécurité sociale conformément à l'arrêté royal du 28 mars 2003 ;

2° ils n'ont pas été révoqués en tant que médecin statutaire auprès du SPF Sécurité sociale, ou le SPF Sécurité sociale n'a pas mis fin à sa collaboration avec eux pour des motifs fonctionnels.

Le médecin qui ne souhaite pas l'agrément visé à l'alinéa 1^{er} en informe l'organisme Enfance et Famille par voie électronique. Dans ce cas, l'organisme Enfance et Famille n'accorde pas d'agrément au médecin.

Le médecin évaluateur visé à l'alinéa 1^{er} dispose d'un délai de trois ans pour satisfaire à la condition d'agrément visée à l'article 22, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, 6°.

Sous-section 4. — Allocation de placement familial

Art. 52. § 1^{er}. Dans le présent article, on entend par autorité responsable du placement : une autorité publique de justice et de santé publique, les cours et tribunaux, les centres publics d'action sociale, les services publics fédéraux, communautaires, régionaux, provinciaux et communaux de protection de la jeunesse, d'assistance publique ou en faveur des personnes handicapées. L'autorité responsable du placement peut être une autorité étrangère.

§ 2. L'allocation forfaitaire de placement familial visée à l'article 219, alinéa 1^{er}, du décret du 27 avril 2018, est due à l'allocataire qui percevait les allocations familiales pour l'enfant placé immédiatement avant le placement aussi longtemps qu'il entretient des contacts réguliers avec l'enfant ou lui manifeste de l'intérêt.

§ 3. L'acteur de paiement décide de ne plus octroyer l'allocation forfaitaire de placement familial si l'autorité responsable du placement l'informe que l'allocataire n'entretient plus de contacts réguliers avec l'enfant ou ne lui manifeste pas d'intérêt.

Dans le cas visé à l'alinéa 1^{er}, le paiement de l'allocation forfaitaire de placement familial visée à l'article 219, alinéa 1^{er}, du décret du 27 avril 2018, cesse à partir du premier jour du mois qui suit celui au cours duquel l'acteur de paiement a reçu la décision en question de l'autorité responsable du placement.

§ 4. Si l'acteur de paiement a connaissance de faits ou de déclarations démontrant qu'il n'y a plus de contacts réguliers entre l'enfant placé et l'allocataire de l'allocation forfaitaire de placement familial, ou que l'allocataire ne manifeste pas d'intérêt pour l'enfant, il transmet cette information à l'autorité responsable du placement. Le paiement de l'allocation de placement familial se poursuit aussi longtemps qu'aucun avis de l'autorité responsable du placement visé au paragraphe 3 n'est reçu.

§ 5. Si l'allocataire de l'allocation forfaitaire de placement familial est déchu de l'autorité parentale, l'allocation en question n'est plus due. Dans ce cas, le paiement de l'allocation forfaitaire de placement familial visée à l'article 219, alinéa 1^{er}, du décret du 27 avril 2018 cesse à partir du premier jour du mois qui suit celui au cours duquel l'acteur de paiement a reçu la décision judiciaire de déchéance de l'autorité parentale en question.

Section 2. — Disposition d'exécution et disposition d'entrée en vigueur

Art. 53. Le présent arrêté entre en vigueur le 1^{er} janvier 2019.

Art. 54. Le Ministre flamand ayant l'assistance aux personnes dans ses attributions est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Bruxelles, le 7 décembre 2018.

Le Ministre-Président du Gouvernement flamand,
G. BOURGEOIS

La Ministre flamande de l'Enseignement,
H. CREVITS

Le Ministre flamand du Bien-Etre, de la Santé publique et de la Famille,
J. VANDEURZEN

Annexe 1ère. Échelle médicosociale pour l'évaluation des conséquences de l'affection dont résulte le besoin de soutien spécifique, visées à l'article 6, § 1er

ENFANT					FAMILLE									
1. Incapacité (PI)		2. Activité & participation (PII)			0	1	2	3	3. Contraintes familiales (PIII)		0	1	2	3
25-49 %	1	2.1 Apprentissage, éducation et intégration sociale							3.1 Traitement dispensé à domicile					
50-65 %	2	2.2 Communication							3.2 Déplacement pour surveillance médicale et Traitement					
66-79 %	4	2.3 Mobilité et déplacement							3.3 Adaptation du milieu de vie et des habitudes de vie					
80-100 %	6	2.4 Soins corporels												
Score le plus élevé :		Total :							Total :					

Points : 6

x 2 = 18 SCORE TOTAL : max. 36 points

points : 12

points : 9

Toutes cat. d'âge 2.1. APPRENTISSAGE, ÉDUCATION ET INTÉGRATION SOCIALE	0	1	2	3
Enseignement adapté ou spécialisé		X		
Enseignement ordinaire avec des efforts dans l'acquisition des connaissances et le développement des compétences en relation avec des troubles du comportement, cognitifs ou mentaux, une affection neurologique, sensorielle ou somatique. Logopédie, psychomotricité, ergothérapie 1 x/sem. Régime alimentaire strict.		X		
Guidance psychologique en dehors de l'école (séances de plusieurs fois/mois).		X		
Enseignement à domicile, en institution résidentielle, à l'hôpital, lié à des traitements chroniques lourds, des hospitalisations longues ou régulières.			X	
La socialisation est en permanence gravement perturbée à cause de troubles de comportement ou mentaux, d'une affection neurologique, sensorielle ou somatique.			X	
L'acquisition de connaissances et le développement de compétences ne sont pas envisageables, et la socialisation est quasi impossible.				X
SCORE LE PLUS ÉLEVÉ :				

0 – 36 mois 2.2 COMMUNICATION	0	1	2	3
À titre indicatif d'une évolution réputée normale : <u>Expression</u> : 13 mois : dit papa, maman. 18 mois : nomme des objets familiers. 24 mois : combine 2 à 3 mots, emploie le « je ». <u>Compréhension</u> : 18 mois : désigne parties du corps 30 mois : désigne une image, connaît le oui et non, désigne un objet défini par l'usage.		X		
3 mois : ne réagit pas à la voix des parents 5 mois : <u>auditio</u> : ne regarde pas lorsqu'une personne familière lui parle (pour voir d'où vient la voix) <u>expression</u> : ne répond pas par des sons lorsqu'une personne familière lui parle 10 mois : <u>audition</u> : n'agit pas la main quand une personne familière dit « au revoir » <u>expression</u> : pas de début de babillage Après 18 mois : apparition tardive des premiers mots (maman, papa) Après 12 mois : interactions visuelles difficiles avec les parents.			X	
Absence de toute communication orale après l'âge de 12 mois. Cécité ou cophose complète.				X
SCORE LE PLUS ÉLEVÉ :				

37 mois – 6 ans 2.2 COMMUNICATION	0	1	2	3
<p>À titre indicatif d'une évolution réputée normale :</p> <p>36 mois : fait de petites phrases dans la langue maternelle, utilise le pluriel, distingue les couleurs, comprend où ? Quoi ? Qui ?</p> <p>4 ans : langage compréhensible, comprend : « froid, fatigué, faim », connaît 3 couleurs, désigne coude et genou.</p> <p>5 ans : comprend des situations concrètes, désigne cils, menton. 5-6 ans : fait des phrases de 5 mots ; définit 3 mots.</p>	X			
<p>Retard du langage parlé de 18 mois au moins ou 2 écarts-types de la norme dans 3 fonctions (phonologique, lexicale, morphosyntaxique).</p> <p>À partir de 5 ans : un retard graphomoteur de 18 mois au moins ou 2 écarts-types de la norme d'un bilan standardisé.</p> <p>Acuité visuelle : < 3/10 (bilatérale avec correction).</p>		X		
<p>Début d'acquisition des premiers mots seulement à partir de la 3^{ème} année maternelle.</p> <p>Après la 3^{ème} année maternelle : s'exprime par des mots sans phrase et est peu compréhensible</p> <p>Apprentissage du langage par des méthodes particulières (lecture labiale, langue des signes, ...)</p> <p>Communication très difficile ou capacité relationnelle de l'âge du développement très perturbée.</p> <p>Ne comprend pas ce qu'il voit (p. ex. agnosie visuelle).</p> <p>Acuité visuelle : 1/20 (bilatérale avec correction) ou champ visuel < 10°.</p>			X	
<p>Seule une communication non verbale est possible. Cécité complète ou cophose totale.</p>				X
SCORE LE PLUS ÉLEVÉ				

7-11 ans	2.2 COMMUNICATION			
	0	1	2	3
<p>À titre indicatif d'une évolution réputée normale : Énumère les jours de la semaine, les mois, connaît l'heure. Reconnaît les personnages principaux d'une histoire. En 3^{ème} primaire, lit spontanément des bandes dessinées</p>	X			
<p>Retard du langage oral d'au moins 30 mois ou 2 écarts-types de la norme d'une batterie standardisée. Reste compréhensible. Comprend des consignes simples. Dysarthrie, bégaiement important (nécessitant un traitement) Surdité : compréhension avec appareil auditif et sans lecture labiale. À partir de 10 ans : lecture avec compréhension possible mais imparfaite ; ne sait pas écrire des phrases courtes. Acuité visuelle : < 3/10 jusqu'à >1/20 (bilatérale avec correction) ou champ visuel < 20° ; agrandissement nécessaire pour lire à une distance de lecture normale ; à l'école, ne peut lire au tableau.</p>		X		
<p>Langage oral peu intelligible, déficit équivalent à au moins 48 mois de retard à l'âge de 7 ans ou d'au moins 6 ans à l'âge de 11 ans. Ne répond pas aux consignes à cause de problèmes majeurs de communication. Capacités relationnelles sévèrement perturbées avec des enfants de son âge. Écrit seulement son prénom. Surdité : lecture labiale indispensable à la compréhension en dépit du port de prothèses auditives. Acuité visuelle : 1/20 (bilatérale avec correction) ou champ visuel < 10° ; ne peut lire (braille nécessaire) ou ne peut regarder la télévision.</p>			X	
<p>Langage parlé incompréhensible, dit quelques mots mais pas de phrases, langage des signes indispensable. Impossibilité d'apprendre le braille. Cécité complète / Cophose totale.</p>				X
SCORE LE PLUS ÉLEVÉ :				

12 ans et plus	2.2 COMMUNICATION	0	1	2	3
À titre indicatif d'une évolution réputée normale : Peut résumer une histoire oralement. Peut lire des bandes dessinées et des romans. Lit des sous-titres (à la télévision)		X			
Retard significatif du langage parlé ou troubles de l'articulation. Bégaiement important (nécessitant un traitement) Lecture ardue, peut lire un texte court mais pas de livre. Écrit seulement des phrases simples. Difficultés pour écrire en raison de problèmes moteurs. Surdité : comprend avec appareil auditif et sans lecture labiale. Acuité visuelle : < 3/10 jusqu'à >1/20 (bilatérale avec correction) ou champ visuel < 20° ; à l'école, ne peut lire au tableau ; regarde la télévision à moins d'1 mètre, agrandissement nécessaire pour la vue de près.			X		
Sévères difficultés de communication ou de relation avec les jeunes de son âge / langage enfantin ou difficilement compréhensible. Ne sait ni lire ni écrire Surdité : lecture labiale indispensable à la compréhension en dépit du port de prothèses auditives. Acuité visuelle : 1/20 (bilatérale avec correction) ou champ visuel < 10° ; ne peut lire (braille nécessaire) ou regarder la télévision.				X	
Langage parlé incompréhensible, dit quelques mots mais pas de phrases, langage des signes indispensable. Impossibilité d'apprendre le braille. Cécité complète / Cophose totale.					X
SCORE LE PLUS ÉLEVÉ :					

0-36 Mois	2.3. MOBILITÉ ET DÉPLACEMENT (les rubriques incluent l'activité physique, la conscience du danger et le sens de l'orientation ; en cas d'atteinte d'un seul membre, c'est la fonction globale qui est évaluée)	0	1	2	3
0 – 12 Mois	Contrôle de la tête difficile à 6 mois.		X		
	Pas de contrôle de la tête à 6 mois.			X	
	Hypotonie axiale majeure sans activité motrice.				X
	SCORE LE PLUS ÉLEVÉ				
13 – 24 Mois	Ne peut passer de la position couchée à la position assise, position assise autonome, ne se tire pas dans une position debout. Préhension possible mais maladroite (pas de motricité fine).		X		
	Pas de position assise autonome. Préhension possible mais inefficace ou quasi nulle.			X	
	Pas de contrôle de la tête et pas d'activité motrice volontaire.				X
	SCORE LE PLUS ÉLEVÉ				
25 – 36 Mois	Marche avec aide. Préhension possible mais maladroite (pas de motricité fine).		X		
	Ne peut passer de la position couchée à la position assise mais position assise autonome ; ne peut pas se redresser en position debout et ne marche pas. Préhension possible mais inefficace ou quasi nulle.			X	
	Pas de position assise autonome. Absence de préhension				X
	SCORE LE PLUS ÉLEVÉ				

3-6 ans	2.3. MOBILITÉ ET DÉPLACEMENT (les rubriques incluent l'activité physique, la conscience du danger et le sens de l'orientation ; en cas d'atteinte d'un seul membre, c'est la fonction globale qui est évaluée)	0	1	2	3
Se déplacer sans aide	Difficilement (plus de 10 mètres) Très difficilement (quelques mètres) Impossible		X	X	X
Escaliers et obstacles	Difficile Impossible		X	X	
Appareillages ou soutien (périmètre de marche supérieur à 10 mètres)	Marche possible avec une orthèse, une prothèse, une béquille. Difficile avec orthèses, béquilles ou prothèses. Impossible : chaise roulante permanente.		X	X	X
Manipulation fine et habileté	Difficile. Impossible.		X	X	
Jeux et activités sportives	Limités, difficiles. Impossibles ou non autorisés.		X	X	
	SCORE LE PLUS ÉLEVÉ				

7 ans et plus	2.3. MOBILITÉ ET DÉPLACEMENT (les rubriques incluent l'activité physique, la conscience du danger et le sens de l'orientation ; en cas d'atteinte d'un seul membre, c'est la fonction globale qui est évaluée)	0	1	2	3
Se déplacer sans aide	Difficilement (plus de 10 mètres) Très difficilement (quelques mètres) Impossible		X	X	X
Escaliers et obstacles	Difficile Impossible		X	X	
Appareillages et/ou soutien (périmètre de marche supérieur à 10 mètres)	Marche possible avec une orthèse, une prothèse, une béquille. Difficile avec orthèses, béquilles ou prothèses. Impossible : chaise roulante permanente		X	X	X
Transports en commun	Difficile ou avec aide ou après guidance pour apprentissage Impossible		X	X	
Manipulation fine et habileté	Difficile Impossible		X	X	
Vélo, jeux et activités sportives	Limités, difficiles Impossibles ou non autorisés		X	X	
	SCORE LE PLUS ÉLEVÉ				

0-36 mois	2.4. SOINS CORPORELS	0	1	2	3
Alimentation	Troubles de déglutition sévères. Alimentation par sonde. Nutrition parentérale totale.		X	X	X
	SCORE LE PLUS ÉLEVÉ				

3-6 ans	2.4 SOINS CORPORELS	0	1	2	3
Se laver, s'habiller	Besoin de beaucoup d'aide par rapport aux enfants du même âge. Impossible sans une aide permanente.		X	X	
Alimentation	Besoin de beaucoup d'aide par rapport aux enfants du même âge ou troubles de déglutition sévères. Alimentation par sonde. Nutrition parentérale totale.		X	X	X
Fonctions excrétrices	Incontinence nocturne, aide pour l'hygiène. Accidents diurnes et nocturnes Incontinence totale (langes) ou lavements quotidiens. Soins de stomie, sondage.	X	X	X	X
	SCORE LE PLUS ÉLEVÉ				

7-11 ans	2.4 SOINS CORPORELS	0	1	2	3
Se laver, s'habiller	De manière indépendante Aide limitée (nouer les lacets, fermer les boutons, couper les ongles) Impossible sans une aide permanente	X	X	X	
Alimentation	De manière indépendante Difficilement de manière indépendante ou troubles de déglutition sévères Alimentation par sonde Impossible sans une aide permanente ou nutrition parentérale totale.	X	X	X	X
Fonctions excrétrices	De manière indépendante Incontinence nocturne, aide pour l'hygiène Accidents diurnes et nocturnes ou lavement quotidien Incontinence totale, soins de stomie, sondage.	X	X	X	X
	SCORE LE PLUS ÉLEVÉ				

12 ans et plus	2.4 SOINS CORPORELS	0	1	2	3
Se laver, s'habiller	De manière indépendante Surveillance et aide limitée (nouer les lacets, fermer les boutons, soins des ongles) Aide fréquente et importante nécessaire Impossible sans une aide permanente	X	X	X	X
Alimentation	De manière indépendante Aide limitée (p. ex. : usage du couteau) ou troubles sévères de déglutition Aide importante pour s'alimenter Impossible sans une aide permanente ou alimentation parentérale totale ou par sonde.	X	X	X	X
Fonctions excrétrices	De manière indépendante Avec surveillance, accidents nocturnes, aide lors des menstruations Accidents diurnes et nocturnes ou lavement quotidien Incontinence totale, langes permanents, soins de stomie ou sondage.	X	X	X	X
	SCORE LE PLUS ÉLEVÉ				

3.1 TRAITEMENT DISPENSÉ À DOMICILE Traitements administrés pendant au moins 6 mois à domicile	0	1	2	3
<ul style="list-style-type: none"> - 2 médicaments différents par voie orale plusieurs fois par jour ; - injection IM ou SC 1x/semaine ; - lunettes ; cache-œil ; gouttes oculaires ; - pommade 1 x/jour ; - appareils auditifs et implant cochléaire sans aide nécessaire pour les placer, les retirer, bien les ajuster et les protéger et changer les piles ; - plaque palatine ; appareil dentaire ; - chaussures orthopédiques. 	X			
<ul style="list-style-type: none"> - importante protection contre la lumière (ophtalmique et cutanée) ; - 3 médicaments différents ou plus par voie orale par jour ; - injection IM ou SC 1 x/jour ; - médicament IV 1x/mois ; - prothèse oculaire; verres de contact chez un enfant <u>de moins de 6 ans</u> ; - appareils auditifs et implant cochléaire avec aide nécessaire pour les placer, les retirer, bien les ajuster et les protéger et changer les piles ; - aérosol/kiné respiratoire 2 x/jour ; - monitoring prescrit pour des apnées répétées, - régime d'exclusion d'un élément (lactose, phénylalanine, gluten) ; - kiné quotidienne à domicile ; - vêtement compressif ; - bains thérapeutiques et pommades administrés plus de 2 x/jour ; - corsets ou plâtres ; - soins et placement d'une prothèse de membre ou orthèse ; - lavements répétés ; - sondages urinaires < 3 x/jour ; - dilatations anales. 		X		
<ul style="list-style-type: none"> - administration IV de médicaments 1 x/semaine ou plus ; - pompe à déféroxamine, morphine, etc. ; - aérosol/ventilation percussive intrapulmonaire/kiné respiratoire 3 x/jour ; - sonde de gastrostomie avec administration en bolus ; - diète complexe avec exclusion de plusieurs nutriments ; - traitement et suivi du diabète insulino-dépendant (administration de l'insuline, surveillance et régime) ; - soins de stomie : - kiné à domicile plusieurs x/jour ; - vêtements compressifs couvrant une surface corporelle de plus d'un membre avec les soins cutanés correspondants (pommades, pansements) ; - sondages urinaires 3x ou plus /jour. 			X	
<ul style="list-style-type: none"> - Soutien continu ou nocturne de la respiration (aspiration, canule, respirateur, administration d'oxygène) ; - nutrition parentérale totale ; - nutrition par sonde gastrique durant la nuit ou en continu ; - traitement IV quotidien ; - dialyse à domicile. 				X
SCORE LE PLUS ÉLEVÉ				

3.2 DÉPLACEMENT POUR SURVEILLANCE MÉDICALE ET TRAITEMENT	0	1	2	3
<p>À considérer : la fréquence ou la durée des déplacements par la famille pour des traitements prolongés de plus de 3 mois. Séjour et visite dans un centre hospitalier, etc.</p> <p>Ne pas considérer : déplacements scolaires, accompagnements par l'assistant social, l'éducateur, etc.</p> <p>1 x/sem. ou 0 - 3 h/sem. 2 x/sem. ou 4 - 7 h/sem. 3 - 4 x/sem. ou 8 - 14 h/sem. plus de 4 x/sem. ou plus de 14 h/sem.</p>	X	X	X	X
SCORE LE PLUS ÉLEVÉ				

0-2 ans 3.3 ADAPTATION DU MILIEU DE VIE & DES HABITUDES DE VIE (aspects physiques et/ou psychologiques)		0	1	2	3
Activités de la vie journalière (s'alimenter, se laver, s'habiller et hygiène)	Alimentation très difficile et repas de longue durée en raison de troubles de déglutition sévères, alimentation par sonde ou parentérale.			X	
Processus d'apprentissage	Accompagnement et stimulation spécifique, par exemple en cas de retard psychomoteur, troubles du comportement ou déficit sensoriel.		X		
Surveillance particulière ou adaptée	Diagnostic avec pronostic réservé. Mesures de sécurité spécifiques dans l'ensemble de l'habitation. Mesures objectivées de prévention antiallergique quotidiennes.		X		
	Nécessité pour un des parents de rester à la maison ou d'interrompre ses activités professionnelles pour soigner l'enfant. Le placement en milieu d'accueil normal (crèche, garderie) est difficile ou impossible (risque d'infection, immunodéficience, etc.).			X	
SCORE LE PLUS ÉLEVÉ					

3-6 ans 3.3 ADAPTATION DU MILIEU DE VIE & DES HABITUDES DE VIE (aspects physiques et/ou psychologiques)		0	1	2	3
Activités de la vie journalière (s'alimenter, se laver, s'habiller, hygiène et déplacement)	Aide pour certaines activités (p. ex : hygiène).		X		
	Aide permanente pour toutes les activités (s'alimenter, se laver, s'habiller, hygiène et déplacement).			X	
Processus d'apprentissage	Accompagnement et stimulation spécifique, par exemple en cas de retard psychomoteur, troubles du comportement ou déficit sensoriel.		X		
Surveillance et loisirs	Diagnostic avec pronostic réservé. Mesures de sécurité spécifiques dans l'ensemble de l'habitation. Mesures objectivées de prévention antiallergique quotidiennes.		X		
	Nécessité pour un des parents de rester à la maison ou d'interrompre ses activités professionnelles pour soigner l'enfant. Surveillance permanente indispensable (ne peut rester seul un instant).			X	
	SCORE LE PLUS ÉLEVÉ				

7 ans et plus		3.3 ADAPTATION DU MILIEU DE VIE & DES HABITUDES DE VIE (aspects physiques et/ou psychologiques)	0	1	2	3
Activités de la vie journalière (s'alimenter, se laver, s'habiller, hygiène et déplacement)	Toutes les activités (s'alimenter, se laver, s'habiller, hygiène et déplacement) sont possibles mais avec une aide légère (p. ex. : soins des ongles, nouer les lacets, fermer les boutons).	X				
	Aide pour certaines activités, éventuellement épisodique (p. ex. : hygiène périodique).		X			
	Aide quotidienne pour s'alimenter, se laver, s'habiller, aller aux toilettes et se déplacer dans les alentours de l'habitation.			X		
	Aide totale et permanente pour toutes les activités.					X
Processus d'apprentissage	Surveillance et aides spécifiques pour les travaux à domicile (déficits sensoriels, retard psychomoteur ou mental, troubles de comportement), p. ex. agrandissement des lettres pour la lecture, leçons particulières, etc.		X			
Surveillance	Diagnostic avec pronostic réservé. Moyennant effort spécial des parents, une activité sportive ou une participation normale à un mouvement de jeunesse est possible. Mesures de sécurité spécifiques dans toute l'habitation. Mesures objectivées de prévention antiallergique quotidiennes.		X			
	Surveillance importante indispensable. Nécessité pour un des parents de rester à la maison ou d'interrompre ses activités professionnelles pour soigner l'enfant. Malgré un effort spécial des parents, difficulté ou impossibilité de participer normalement à un mouvement de jeunesse et à des activités sportives (p. ex. : lieux de vacances aménagés)			X		
	Surveillance permanente indispensable (ne peut rester seul un instant).					X
	SCORE LE PLUS ÉLEVÉ					

Vu pour être annexé à l'arrêté du Gouvernement flamand du 7 décembre 2018 concernant les modalités d'obtention d'une allocation de soins.

Bruxelles, le 7 décembre 2018

Le Ministre-président du Gouvernement flamand,

Geert BOURGEOIS

La Ministre flamande de l'Enseignement,

Hilde CREVITS

Le Ministre flamand du Bien-être, de la Santé publique et de la Famille,

Jo VANDEURZEN

Annexe 2. Liste des affections pédiatriques pour la constatation des conséquences de l'affection sur le plan de la condition physique ou mentale de l'enfant, visée à l'article 7, § 1er, 1°

Première partie : Os et articulations

1. Fentes labio-palatines

→ Durant la première année (0 à 12 mois) :

Art. 9 – 10 : pour les lésions physiologiques des os et des parties molles.

Art. 28ter : si les interventions principales de chirurgie esthétique n'ont pas été effectuées.

→ Lors de la révision à l'âge de 1 an = évaluation des répercussions fonctionnelles :

Art. 12 b) : en cas de persistance d'un pertuis palatin, en ce compris les troubles du langage et de la déglutition.

Art. 548 a) : en cas de troubles de l'élocution sans pertuis palatin (évaluation selon l'âge et la rééducation).

Art. 758 : en cas de cicatrice adhérente fragile / l'art. 28ter n'est plus applicable.

Fente labiale ou labio-alvéolaire :

Art. 758 : si cicatrice adhérente fragile / l'art. 28ter n'est plus applicable.

2. Micrognathie.

Art. 23 a) : difficultés d'occlusion

Évaluer les répercussions fonctionnelles (p. ex. l'incidence sur le poids ou sur la respiration) selon les articles correspondants du BOBI.

3. Scoliose ou cyphose sévère.

Art. 29 -30 - 31 : estimation rationnelle des répercussions du traitement (plâtre/corset/appareil de fixation, ...) sur l'incapacité. Les articles précités ne sont pas cumulables avec l'art. 32.

4. Luxation / Dysplasie de la hanche

Nécrose de la tête fémorale (Legg-Perthes, traumatique, infectieuse, tumorale, ...)

Art. 210 a) : unilatérale, traitée par attelles ou par une immobilisation inférieure à 6 mois

Art. 210 b) : bilatérale ou unilatérale mais traitée pendant plus de 6 mois par immobilisation en chaise roulante.

5. Pied bot

Art. 300 : à évaluer selon la clinique en se référant à : - l'art. 297 pour un pied bot nécessitant un traitement conservateur (plâtres, / attelles /kinésithérapie / kinétec et/ou intervention percutanée).

→ - l'art. 298 pour un pied bot sévère et rigide nécessitant plusieurs interventions chirurgicales en plus du traitement conservateur.

En cas de pied bot bilatéral, une estimation rationnelle est indiquée sur la base de l'examen de chaque pied et selon les critères définis ci-dessus.

6. Agénésie / Amputations - partielles ou totales - des membres

À évaluer suivant les articles correspondants du BOBI

L'apport d'une prothèse est évalué selon l'article 321.

7. Achondroplasie

Art. 779/7 a)→suivant la taille cf. N° 83

Art. 783 en se référant, d'après l'importance des troubles fonctionnels, aux articles suivants :

Art. 29-30-31 pour la colonne vertébrale

Art. 212 pour les affections de la hanche

Art. 268-269 pour les lésions des genoux

Art. 296 pour les lésions des pieds.

8. Arthrogrypose

Art. 783) : évaluation suivant l'importance des lésions ostéo-articulaires

9. Maladie de Lobstein (osteogenesis imperfecta)

À évaluer d'après le nombre et la nature des fractures, leur localisation et l'importance des conséquences fonctionnelles sur la base des articles correspondants du BOBI.

10. Rachitisme vitaminorésistant

Art. 212 : pour les affections de la hanche

Art. 29 -30 - 31 : pour les lésions au niveau de la colonne vertébrale

Art. 477 : pour les affections rénales cf. N° 43

Art. 779/7 : en cas de retard de croissance cf. N° 83.

Deuxième partie : Muscles et aponévroses

11. Amyotrophie

Art. 342 - 342bis : l'évaluation se fait d'une manière analogue suivant les incapacités de lésions neurologiques décrites aux art. 545 - 546 et 580 à 605

12. Myopathies

Art. 342 - 342bis : l'évaluation se fera par référence aux articles concernant les atteintes neurologiques entraînant des lésions analogues, notamment les art. 545-546 / 580 à 605.

Troisième partie : Appareil circulatoire

13. Cardiopathie : Composante structurelle :

Art. 345 a) → 10 % : Perforation ou contusion d'une paroi du myocarde

Art. 345 b) → 20 % : Rupture du septum

Art. 345 c) → 20 % : Lésion de l'appareil valvulaire

Art. 345 d) → 10 % : Troubles du rythme et/ou de la conduction

Le pourcentage obtenu pour la composante structurelle peut être augmenté du pourcentage obtenu pour la composante fonctionnelle.

14. Cardiopathie : Composante fonctionnelle

Art. 359 bis 1b → 10-30 % : NYHA - classe 2 *

Art. 359 bis 1c → 30-50 % : NYHA - classe 3 *

Art. 359 ter. → 50-100 % : NYHA - classe 4 *

Le pourcentage obtenu pour la composante fonctionnelle peut être augmenté du pourcentage pour la composante structurelle.

Les nourrissons faisant l'objet d'une chirurgie à cœur ouvert ou palliative durant les 3 premiers mois de la vie se verront attribuer une incapacité de 66 % pour une période de 6 mois.

Les nourrissons avec décompensation cardiaque (difficultés d'alimentation évoluant vers un retard de croissance staturo-pondéral) ou les nourrissons atteints d'une désaturation artérielle (saturation inférieure à 90 %) bénéficieront d'une incapacité de 66 % pour une période de 12 mois.

Après ces périodes, les critères généraux seront pris en compte pour déterminer la nécessité ou non de renouveler l'incapacité.

15. Pacemaker

Art. 345 d) → 10-20 % : Pacing sans complication

Art. 345.d) → 20-50 % : Absence de rythme d'échappement

16. Défibrillateur automatique intracardiaque : toujours 66 % d'incapacité

Art. 647 b) → 20-50 % : Répercussions psychologiques

Art. 345 d) → 20-50 % : Répercussions cardiaques

17. Anticoagulation :

Art. 471 b) → 20 %

18. Prothèse valvulaire.

Art. 345 c) → 20 % : du point de vue structurel.

Du point de vue fonctionnel : à apprécier selon le classement NYHA*

En cas d'anticoagulation →

un pourcentage supplémentaire moyennant l'application de la règle des incapacités multiples.

19. Polyglobulie décompensée :

Art. 359 ter → 80 % s'il existe un syndrome prouvé d'hyperviscosité pour lequel des phlébotomies sont indispensables.

Note

Classification des insuffisances cardiaques selon la NYHA (New-York Heart Association)

Classe 1

Patient ayant une maladie cardiaque n'entraînant pas de limitation de l'activité physique. Habituellement, l'activité physique n'entraîne ni fatigue anormale, ni palpitations, ni dyspnée ni angine de poitrine.

Classe 2

Malade ayant une maladie cardiaque entraînant une discrète limitation de l'activité physique. Pas de gêne au repos. Habituellement, l'activité physique entraîne une fatigue, des palpitations, une dyspnée ou une angine de poitrine.

Classe 3

Malade ayant une pathologie cardiaque entraînant une limitation marquée de l'activité physique.

Pas de gêne au repos. Une activité physique plus faible que l'activité physique ordinaire entraîne une fatigue, des palpitations, une dyspnée ou une angine de poitrine.

Classe 4

Malade atteint de cardiopathie entraînant une incapacité à se déplacer et à avoir une activité physique sans gêne. Des signes d'insuffisance cardiaque ou un syndrome angineux peuvent être présents même au repos. Si une activité physique est entreprise, la gêne est augmentée.

Quatrième partie : Appareil respiratoire

20. Asthme

Art. 381-382-383 : Il y a lieu de satisfaire à au moins 3 points / colonne du tableau :

% Inv.	5 – 30 % (art. 381)	30 – 66 % (art. 382)	> 66 % (art. 383)
Points	Asthme léger	Asthme moyen à sévère	Asthme sévère
Exacerbations	<ul style="list-style-type: none"> - <1 -2/semaine - durée : < 7 jours - asymptomatique entre les exacerbations - suit normalement les cours + le sport 	<ul style="list-style-type: none"> - 1- 2 /semaine et - périodes d'absences scolaires et - 1-2 hospitalisations ou plus/an OU - 6-12 consultations chez le spécialiste par an 	<ul style="list-style-type: none"> - plaintes quotidiennes ou enclenchement facile d'une crise ET - fréq. exacerbations malgré bon suivi d'un traitement de fond OU - 3 hosp. ou plus /an OU antécédent de crise asthmatique menaçant la vie (sous traitement adéquat). - retard scolaire
Limitations des activités	Intermittent	Lors d'efforts légers : fréq. toux ou wheezing ou dyspnée lors d'activités lourdes ou durant le sport.	Dyspnée lors d'efforts légers qui peut aller jusqu'à la limitation de toutes les activités.
Crise d'asthme nocturne	2 x/mois	Fréq. plaintes nocturnes : quintes de toux ou dyspnée (> 2/mois)	Fréq. crises d'asthme nocturnes > 1 / semaine

DEP (% de la valeur normale)	plus de 80 %	entre 60 – 80 %	moins de 60 %
(enfant de 5 à 7 ans) Variabilité du DEP (%)	moins de 20 %	entre 20 – 30 %	plus de 30 %
Mesure du VEMS (en situation stable - entre les crises) (PARAMÈTRE ADDITIONNEL)	Plus de 70% Normalisation après bronchodilatation	VEMS 50 – 70 % et pas de normalisation après bronchodilatation. Fonction pulmonaire perturbée durant plus de 6 mois/an. Réversibilité stable de 15 % sur VEMS	< 60 % et pas de normalisation après bronchodilatation
Traitement	Inhalation intermittente de β 2-mim. de courte durée ET/OU 400 μ g/jour en entretien OU antagoniste des récepteurs de leukotriène en monothérapie	Utilisation quotidienne de stéroïdes inhalés 800 μ g ET β 2-mim. de longue durée ou antagoniste des récepteurs de leukotriène ET utilisation importante de β 2-mim. de courte durée OU stéroïdes par voie orale ou IV en cures. (L'adaptation correcte du traitement antiasthmatique et l'utilisation rapide de β 2-mim. de courte durée peuvent souvent éviter les cures de stéroïdes)	→ Utilisation quotidienne de 800 μ g de stéroïdes inhalés (fluticasone : dose équivalente 400 ou plus) → ET β 2-mim. de longue durée → ET antagoniste des récepteurs de leukotriène → ET fréq. ou continu stéroïdes par voie orale ou IV (plus de 3 cures/an de plus de 5 jours par crise)

Remarque : Tenir compte des mesures de la fonction respiratoire seulement lorsque l'enfant se trouve en période stable (entre les crises) et alors qu'il suit un traitement normal (pas nécessairement maximal).

21. Pneumothorax

Art. 390

Art. 391 : suivant la présence ou non d'exsudats

22. Dysplasie broncho-pulmonaire

Art. 377 à 380 : suivant les épreuves fonctionnelles respiratoires selon N 20

23. Sarcoïdose pulmonaire

Les épreuves fonctionnelles respiratoires à évaluer selon le tableau du N° 20

Art. 398 ou 400/401 : suivant le degré d'invasion parenchymateuse.

Art. 402 : suivant d'éventuelles complications bronchiques

24. Tuberculose - primo infection

Art. 400

25. Hypoplasie des poumons

Art. 405 : taxation selon épreuves fonctionnelles respiratoires cf. N° 20

Art. 404 : lorsqu'un poumon entier est non fonctionnel

26. Atélectasie pulmonaire

Art. 405 : taxation selon épreuves fonctionnelles respiratoires cf. N° 20

Art. 404 : lorsqu'un poumon entier est non fonctionnel

27. Pathologie congénitale de la trachée

Art. 386

Cinquième partie : Tube digestif et annexes

28. Microglossie

Art. 409 ou 410 : suivant l'étendue des lésions

29. Dysphagie

Art. 414

Art. 415 a)

Art. 417 : en cas de séquelles d'intervention pour agénésie ou atésie œsophagienne.

Art. 573 : en cas de troubles neurologiques.

30. Reflux gastro-œsophagien pathologique.

Objectivé par une ph-métrie ou une scintigraphie à simple ou double capteur

Art. 416 a) : sans signes cliniques.

Art. 416 b) : avec signes cliniques ou complications :

À évaluer dans les limites des pourcentages selon les articles ci-après :

Art. 431 et 779/7 : → évolution staturopondérale cf. N° 83 et N° 92

Art. 377-378-379 et art. 381-382-383 : → complications bronchiques

Art. 417 : complications œsophagiennes

Art. 697-698-699 : → complications sinusales

31. Hernie diaphragmatique

Art. 421 : si la hernie est compliquée par l'ectopie d'autres organes ou parties d'organes.

Art. 333 : si la hernie diaphragmatique est simple.

32. Malnutrition (nourrisson)

Art. 431 : d'origine digestive (malgré un traitement adapté) cf. N° 92.

33. Déficience congénitale en disaccharidase et troubles congénitaux du transport actif des sucres.

Art. 431 : à évaluer selon l'état général cf. N° 92

34. Maladie cœliaque

Art. 431 : à évaluer selon l'état général

35. Maladie de Hirschsprung

Art. 434 : pour les lésions sans colostomie

Art. 433 : pour les cas traités par colostomie transitoire

36. Incontinence anale de toute étiologie (digestive, neurologique, psychologique)

Ne sera prise en considération qu'à partir de l'âge de l'acquisition de la maturation sphinctérienne, soit l'âge de 4 ans

Art. 438 et 439

Art. 545 e)

Art. 578 c) et 580

Sixième partie : Hématologie

37. Drépanocytose

La référence au taux d'hémoglobine, à l'hématocrite et à la numération globulaire n'est pas un bon critère de l'incapacité de l'enfant.

→ Drépanocytose grave : Art. 458 → 80 – 100 %

Un des critères suivants doit être présent :

- Anémie avec Hb inférieure à 6 gr/100 ml ;
- Syndrome thoracique aigu associé ou non à une pneumonie ;
- Accident vasculaire cérébral ;
- Priapisme ;
- Nécrose aseptique de la hanche (à évaluer indépendamment cf. N° 4)

- Insuffisance respiratoire avec anomalies fonctionnelles objectivées.

→ Drépanocytose sévère : Art. 458 → 66 – 79 %

Deux hospitalisations par an pour crises vaso-occlusives

Crises vaso-occlusives répétées malgré un traitement adapté (sans tenir compte du taux d'hémoglobine)

→ Drépanocytose modérée : Art. 458 → 50 – 65 %

Une hospitalisation par an pour crise vaso-occlusive (pas pour un bilan)

Crises douloureuses peu fréquentes

Évolution favorable sous hydroxycarbamide

Traitement de la douleur en hôpital de jour

→ Drépanocytose légère : Art. 458 → 25 – 49 %

L'enfant va bien sous traitement.

Le suivi est limité (1 consultation/ 3 mois).

38. Sida ou infection par virus HIV

→ Atteinte grave : Art. 462 → 80 – 100 %

Un des critères suivants doit être présent :

- Immunodéficience profonde correspondant au stade III de la classification ;
- Deux ou plus de deux hospitalisations par an pour complications de la maladie ou pour instauration d'un nouveau traitement ;
- Antibiothérapie continue et trithérapie ;
- Nécessitant une nutrition parentérale ;
- Échec de la trithérapie et traitement expérimental.

→ Atteinte sévère : Art. 462 → 66 – 79 %

Nécessitant une trithérapie et un traitement intermittent par antibiothérapie et / ou une hospitalisation par an pour complications de la maladie ;

→ Atteinte modérée : Art. 462 → 50 – 65 %

Traitement continu par bithérapie sans altération de l'état général ;

→ Atteinte légère : Art. 462 → 25 – 49 %

Séropositivité : en l'absence de traitement.

39. Déficit immunitaire sévère (acquis ou congénital).

Art. 463 : (utilisé par assimilation) : 60 – 100 %

En cas d'agranulocytose de Kostmann, la leucopénie congénitale sévère (avec moins de 1000 PN/ml malgré le traitement par granulocyte colony-stimulating factor) s'évalue : →

→ durant la première année postgreffe (avec hospitalisations et interventions chirurgicales) : l'incapacité est supérieure à 80 %

→ à partir de la deuxième année : évaluation des répercussions fonctionnelles selon les articles. du BOBI.

→ avec un traitement mais sans répercussion clinique, l'incapacité est généralement inférieure à 66 %.

40. Hémophilie et maladie de von Willebrand

Préciser sur la base des éléments suivants : taux de facteur VIII ou facteur IX, nombre de transfusions (carnet), lésions articulaires, hospitalisations,

→ Atteinte grave : Art. 471 c) → 80 – 100 %

Transfusions de facteur VIII ou facteur IX plus d'une fois par semaine pendant plus de 4 mois avec des atteintes articulaires persistantes ;

Résistance au traitement.

→ Atteinte sévère : Art. 471 c) → 66 – 79 %

Transfusions de facteur VIII ou facteur IX une fois par semaine pendant plus de 4 mois sans séquelles articulaires ;

- Atteinte modérée : Art. 471 c) → 50 – 65 %
Transfusions de facteur VIII ou facteur IX une fois par semaine pendant au moins 2 mois ;
- Atteinte légère : Art. 471 c) → 25 – 49 %
Transfusions de facteur VIII ou facteur IX moins d'une fois par semaine et/ou un taux du facteur VIII ou facteur IX inférieur à 5 %.

41. Thrombopathies

- Atteinte sévère : Art. 470 → supérieure à 66 %
Purpura avec moins de 20.000 plaquettes en dehors des épisodes aigus
Thrombopathies avec hémorragies répétées
- Atteinte modérée : Art. 470 → 50 – 65 %
Purpura avec taux de plaquettes de 20.000 à 50.000 en dehors des épisodes aigus.

42. Thalassémie

À évaluer sans se référer aux taux d'hémoglobine

- Atteinte grave : Art. 458 → 80 – 100 %
Thalassémie majeure nécessitant des hospitalisations pour complications
- Atteinte sévère : Art. 458 → 66 – 79 %
Thalassémie majeure nécessitant des transfusions toutes les 3 à 4 semaines
- Atteinte modérée : Art. 458 → 50 – 65 %
Thalassémie majeure traitée par déféroxamine sans complications
- Atteinte légère : Art. 458 → 25 – 49 %
Thalassémie intermédiaire

Septième partie : Affections rénales et urologiques

43. Néphropathies

Art. 477 : à évaluer selon les critères suivants :

a. Affections rénales chroniques avec atteinte de la filtration glomérulaire

Évaluation à l'aide de la clearance de la créatinine, de l'inuline, de CrEDTA, ou d'une formule d'extrapolation validée à partir de la créatininémie, en tenant compte de l'âge, du sexe, de la taille, du poids et du statut pubertaire (telle que la formule de Schwartz avec l'ancienne détermination de la créatininémie).

À partir de l'âge d'un an

1. Atteintes légères (0 à 24 %) :
Nécessitant un contrôle clinique et biologique suivi sans altération des activités quotidiennes de la vie sociale et scolaire. La filtration glomérulaire est supérieure à 70 ml/minute par 1,73 m².
2. Atteintes modérées (25 à 65 %) :
Nécessitant un suivi clinique et biologique, un régime alimentaire ou un traitement médicamenteux tout en restant compatible avec une vie sociale et scolaire adaptée. La filtration glomérulaire est comprise entre 70 et 30 ml/minute par 1,73 m².
3. Atteintes sévères (66 à 79 %) :
Le régime alimentaire et le traitement médicamenteux ne suffisent pas à compenser la fonction rénale ; répercussions marquées et quotidiennes sur la vie sociale et scolaire ; la filtration glomérulaire est supérieure à 15 et inférieure à 30 ml/minute par 1,73 m².
4. Atteintes très sévères (80 à 100 %) :
Insuffisance rénale chronique sévère inférieure à 15 ml/minute par 1,73 m² en traitement conservateur ou nécessitant une dialyse (péritonéale ou hémodialyse)

Avant l'âge d'un an, l'insuffisance rénale chronique est définie par la persistance pendant plus de 3 mois d'une créatininémie (méthode enzymatique) > à 0,4 mg/dl avec objectivation, par iconographie ou histologie, d'une altération parenchymateuse rénale. Ces valeurs doivent être interprétées au cas par cas, en tenant compte de l'état général,

de la croissance, de la diurèse et de l'existence d'anémie, de troubles ioniques ou d'atteintes osseuses.

b. Transplanté rénal et affections rénales chroniques sans atteinte de la filtration glomérulaire mais avec signes cliniques (retard de croissance, syndrome néphrotique, hypertension artérielle, troubles ioniques, ...) :

1 → 0 à 24 % : Nécessitant un suivi clinique et biologique sans toutefois altérer les activités quotidiennes de la vie sociale et scolaire.

2 → 25 à 65 % : Nécessitant un suivi clinique et biologique, un régime alimentaire ou un traitement médicamenteux ou l'achat de matériel (tensiomètre, tiges urinaires) tout en restant compatible avec une vie sociale et scolaire adaptée.

Transplanté rénal depuis plus de 12 mois.

3 → 66 à 79 % : Le régime alimentaire et le traitement ne suffisent pas à compenser la fonction rénale avec répercussions marquées et quotidiennes sur la vie sociale et scolaire.

Transplanté rénal depuis plus de 6 mois et moins de 12 mois.

4 → 80 à 100 % : Le régime alimentaire et le traitement sont insuffisants pour éviter des symptômes (rechutes fréquentes, modifications fréquentes du traitement, évolution défavorable, ...). Les activités sociales et scolaires sont gravement compromises.

Transplanté rénal depuis moins de 6 mois.

Les symptômes décrits ci-dessus ne peuvent pas être appréciés séparément mais l'ensemble de la symptomatologie doit être évalué.

44. Reflux vésico-urétéral

Art. 481 : suivant la répercussion hydronéphrotique

Art. 477 : pour les lésions néphropathiques cf. N° 43

45. Lithiase rénale

Art. 482

46. Oxalose

Art. 477 - 482 : pour les lésions rénales cf. N° 43

47. Anomalies fonctionnelles de l'appareil urinaire. (rétention ou incontinence)

À confirmer par des tests paracliniques, si possible

a) Anomalies légères ou intermittentes (pollakiurie, dysurie, incontinence urinaire intermittente, énurésie diurne ou nocturne), après l'âge de 6 ans :

Art. 483 a)b)c) : 10 à 20 %

b) Pollakiurie nocturne marquée (intervalle d'1 heure ou moins), après 6 ans : Art. 483

d) : 40 %

c) Anomalies permanentes : incontinence urinaire totale après l'âge de 6 ans :

Art. 483 e) : 60 à 100 %

d) Rétention urinaire :

– rétention urinaire contrôlée par tapotage : Art. 484 b) : 50 %

– sondage urinaire pluriquotidien ou sonde urinaire : Art. 484 a) : 70 %

– stomie (cystostomie, urétérostomie) : Art. 487 : 70 à 80 %.

Huitième partie : Neuropsychiatrie

Systeme nerveux

48. Troubles du langage consécutifs à des lésions cérébrales et dysphasies de développement.

Art. 548. Le présent article ne peut être utilisé en cas d'absences ou de difficultés de langage d'origine intellectuelle ou culturelle.

49. Bégaiement important

Art. 548 a)

50. Mouvements involontaires

Art. 554 d), f) : chorée, athétose et choréo-athétose

Art. 554 a), b) : tics convulsifs

→ Difficultés de prononciation éventuelles à évaluer selon l'Art. 548 a)

Art. 554 c) ou d) : torticolis spasmodique

Le syndrome de Gilles de la Tourette doit être apprécié selon la complexité des tics (pirouettes / tics vocaux, ...) et/ou la présence de pensées et mouvements compulsifs.

51. Malformations crâniennes (macro-et microcéphalie/ craniosténose, ...)

Art. 555 : hypertension intracrânienne

Art. 545 à 547 : lésions cérébro-motrices

Art. 665 à 668 : retard psychomoteur ou mental cf. N° 64 - 65

52. Hydrocéphalie

Art. 544 : en cas de drainage sans complications

Art. 555 : hypertension intracrânienne

Art. 665 à 668 : selon la déficience intellectuelle cf. N° 64 - 65

53. Angiome cérébral (calcifié)

Art. 558 à 561 : en cas d'épilepsie

Art. 665 à 668 : selon les répercussions intellectuelles cf. N° 64 - 65

54. Méningocèle - Myéломéningocèle - Spina bifida

Art. 579-580 : selon les parésies des membres inférieurs

Art. 555 : en cas d'hypertension intracrânienne

Art. 586 à 588 : en cas de troubles sensoriels

Art. 589-590 : en cas de troubles sphinctériens

55. Maladie de von Recklinghausen

Art. 665 à 668 : selon les répercussions intellectuelles cf. N° 64 - 65

Art. 558 à 561 : en cas d'épilepsie

Art. 728 et 784 : gliome du chiasme à évaluer selon les conséquences

56. Sclérose tubéreuse de Bourneville

Art. 665 à 668 : selon les répercussions intellectuelles cf. N° 64 - 65

Art. 558 à 561 : pour crises d'épilepsie et spasmes en flexion

Affections psychiques

57. Syndrome de fatigue chronique

Art. 646

58. Anorexia nervosa

Art. 649

59. Psychose infantile ou Schizophrénie de l'adolescent

Art. 657 à 659

En cas de déficience intellectuelle associée cf. N° 64 - 65

60. Syndrome hyperkinétique (A. D. H. D.) et troubles caractériels ou prépsychotiques

Art. 654 et Art. 665 à 668 : selon les critères 1) ou/et 2)

1) Critères ADHD avec Q. I. normal :

- troubles du 5 -
comportement ou de 25 %
socialisation :

- troubles de 5 -
l'apprentissage 25 %
nécessitant une aide
spéciale

2) Critères ADHD avec QI faible : à évaluer selon N° 64 - 65 (le pourcentage ne doit pas s'ajouter à 1) mais il y a lieu d'appliquer la règle des incapacités multiples)

61. Troubles du spectre de l'autisme (TSA) et troubles envahissants du développement

Art. 665 à 668 : selon les critères 1) ou/et 2)

1) Critères TSA avec QI normal :

- symptômes de troubles du spectre de l'autisme : (pauvreté des contacts sociaux, troubles du comportement, troubles de la communication) 0 - 45 %
- besoin d'être soutenu par l'entourage (pourcentage de majoration) : 0 - 25 %

2) Critères TSA avec QI faible : à évaluer selon N° 64 - 65 (le pourcentage ne doit pas s'ajouter à 1) mais il y a lieu d'appliquer la règle des incapacités multiples)

62. Toxicomanie – Drogue

Art. 664

63. Pharmacodépendance

Art. 664 a) : si dépendance psychique

Art. 664 a) à d) : si dépendance physique

Oligophrénie

64. Retard psychomoteur jusqu'à l'âge de 6 ans

Art. 665 à 668 : le retard psychomoteur est évalué en fonction de l'examen clinique et à l'aide d'échelles standardisées de différentes fonctions (la motricité, les praxies, le langage, l'intelligence non verbale et la socialisation). Le résultat s'exprime par le rapport de l'âge correspondant au développement observé à celui de l'âge chronologique, autrement dit le quotient de développement (Q. D.).

Intervalle de Q. D. Pourcentage d'incapacité

70 - 80-----5 - 24 %

60 - 69-----25 - 65 %

40 - 59-----66 - 79 %

39 et moins-----80 - 100 %

Dans chaque intervalle, le pourcentage d'incapacité est interpolé linéairement en fonction de l'intervalle des valeurs du Q. D.

65. Déficience intellectuelle, troubles de l'apprentissage (dyspraxie, dyslexie...) et retard scolaire associé

(à partir de l'âge de 6 ans).

Art. 665 à 668 : à évaluer selon la valeur du quotient intellectuel (Q. I.), obtenue à l'aide d'un test bien standardisé et en tenant compte du comportement adaptatif et des acquisitions scolaires selon le tableau suivant :

Faibles capacités ou troubles d'apprentissage avec un QI entre 70 et 80 et un retard scolaire de 2 à 3 années. +	5 à 24 %
Déficience intellectuelle avec un QI entre 60 et 69 ou un retard scolaire de 4 années. +	25 à 65 %
Déficience intellectuelle avec un QI inférieur à 60 ou un retard d'au moins 5 années. +	66 à 79 %

Déficiência intellectuelle avec un QI de moins de 40	80 à 100 %
--	------------

* Le pourcentage d'incapacité est obtenu par interpolation linéaire dans l'intervalle des valeurs du QI.

+ Retard scolaire : retard persistant des acquisitions de base en lecture, écriture, calcul malgré des interventions continues, intensives et documentées comme en enseignement spécialisé. Le retard est apprécié par référence à un développement normalement atteint à l'âge de 12 ans au plus tard.

66. Anomalies chromosomiques, maladies génétiques et métaboliques affectant l'efficacité mentale

(p. ex. : trisomies 21 / 9 / 15, syndrome du X-fragile, délétion de chromosomes, ...)

Art. 665 à 668 : selon l'âge et la déficiences intellectuelle cf. N° 64 – 65

1[En cas d'affections génétiques ou chromosomiques dont l'évolution est habituellement déficitaire sur le plan du développement moteur et mental de manière à constater une valeur du quotient de développement suivant le point 64, inférieur à 60 dans les deux premières années de vie, l'incapacité est fixée à 66 % dès la naissance.]1

Neuvième partie : Otorhinolaryngologie

67. Troubles du langage associés à une surdité.

La déficiences auditive est évaluée selon le N° 68.

Taux de majoration suivant l'Art. 548 a) :

Jusqu'au développement du langage, le maximum du présent article est octroyé ;

Après le développement du langage, celui-ci sera apprécié en fonction :

- de l'articulation
- du langage actif
- de la compréhension passive sur base des rapports du logopède.

68. Affections congénitales ou acquises de l'oreille

Art. 710 – 711 : pour lésions inesthétiques

Art. 712 : l'audiométrie tonale liminaire est effectuée avec et sans prothèses.

Le taux d'incapacité est égal à la moyenne arithmétique des pourcentages d'incapacité du tableau de la perte tonale moyenne pour chacun des audiogrammes.

Art. 713 : l'audiométrie vocale est pratiquée avec prothèses.

Lorsqu'elle est impossible en raison d'une perception insuffisante de la parole, le maximum de l'article (10 %) doit être accordé.

Art. 718 à 721.

Dixième partie : Affections ophtalmologiques

Chez l'enfant de moins de 6 ans, les tests mesurant la fonction visuelle doivent être adaptés non seulement à l'âge de l'enfant mais aussi à son évolution psychomotrice.

Le commentaire du BOBI repris dans la X^e partie n° 1) C, remarque 4) reste d'actualité pour les enfants de moins de 6 ans. « La détermination de l'acuité visuelle peut, dans certains cas, n'aboutir qu'à une estimation qui sera méthodiquement étayée ». Le choix des tests est donc laissé à l'appréciation des spécialistes en fonction du degré de maturation psychomotrice de l'enfant.

69. Fonctions visuelles

a) Acuité visuelle : Art. 728

- - Chez l'enfant en âge de parler, les tests images ou l'Échelle de E de Snellen ou l'Échelle des anneaux brisés de Landolt ou l'Échelle des lettres ou des chiffres sont utilisés en fonction de l'évolution psychomotrice de l'enfant. Les résultats sont convertis en unités décimales de Monoyer.
- Chez l'enfant en âge préverbal, en général de moins de 3 ans et demi, la méthode du regard préférentiel est utilisée seulement lorsque les méthodes ci-

dessus ne sont pas applicables. Les résultats sont convertis en unités décimales de Monoyer à l'aide du tableau d'Équivalence des acuités visuelles.

b) Champ visuel : Art. 729 à 734

Le champ visuel n'est évalué qu'à partir de l'âge de 6 ans révolus ou à partir d'un âge de développement psychomoteur équivalent à au moins 6 ans. Seule l'hémianopsie peut être déterminée par le test de confrontation avant cet âge.

c) Sens lumineux, sens chromatique, vision binoculaire, diplopie, paralysies internes
Art. 735 à 739

Les méthodes sont celles appliquées chez l'adulte, mais seulement si l'âge de l'enfant le permet. Ces fonctions sont donc évaluées en fonction de l'âge de l'enfant.

70. Cataracte uni ou bilatérale

Cataracte non opérée : Art. 728 cf. N° 69

Art. 729 à 734 cf. N° 69

Cataracte opérée : Art. 728 cf. N° 69

Art. 729 à 734 cf. N° 69

En cas d'implants du cristallin, les articles sur l'aphakie ne sont pas applicables (Art. 742 à 745).

Une majoration de 10 % est seulement applicable pour la perte de l'accommodation.

Chez l'enfant avec une aphakie vraie, ces articles restent d'application.

71. Dystrophies rétinienne

Art. 728 cf. N° 69

Art. 733 : le champ visuel chez l'enfant de moins de 6 ans est estimé par la règle suivante : « Un électrorétinogramme (ERG) standardisé pratiqué au moins 2 fois et présentant des amplitudes au maximum de 10 % des valeurs normales est équivalent à un champ visuel limité à un rayon temporel de 20° ».

72. Amblyopie fonctionnelle et strabisme

Le strabisme en soi ne donne lieu à aucune incapacité sauf pour l'amblyopie qu'il entraîne à partir de l'âge de 6 ans. L'amblyopie fonctionnelle (due à une hypermétropie, une myopie, un astigmatisme, une anisométrie) n'est évaluée qu'à partir de l'âge de 6 ans, étant tout à fait réversible en cas de diagnostic et de traitement précoces.

73. Déficit visuel d'origine cérébrale

L'estimation de l'amblyopie est laissée à l'évaluation étayée du médecin spécialiste.

74. Nystagmus isolé

Sans autres pathologies associées : Art. 728 à 734 et la remarque 2 du chapitre I, partie C

En cas de pathologies associées, les articles 728 à 734 sont applicables.

Onzième partie : Affections cutanées

75. Eczéma

Art. 761

76. Ichtyose

Art. 764bis - 765 : à évaluer selon les répercussions fonctionnelles

77. Épidermolyse bulleuse

Art. 764bis - 765 : à évaluer selon les répercussions fonctionnelles

Douzième partie : Affections endocriniennes

78. Hyperthyroïdie

Art. 779/1a)

Art. 779/1b) : avec goitre persistant et avec symptômes de compression locale

Art. 779/1c) : avec exophtalmie (haut degré de gravité, à objectiver)

79. Hypothyroïdie

Art. 779/2a) : les troubles qui y sont éventuellement associés, tels que le retard mental et la puberté précoce, doivent être évalués ainsi que prévu pour les affections respectives.

Art. 779/3 : tumeur goitreuse

80. Hypoparathyroïdie

Art. 779/4a) : en tant qu'état stabilisé

Art. 779/4b) : avec des accès tétaniques répétitifs malgré un traitement quotidien

81. Hyperparathyroïdie

Art. 904 / 783 / 482 : évaluation pour des formes exceptionnelles impossibles à traiter

82. Grande taille

Art. 779/6 : uniquement applicable s'il existe des troubles fonctionnels ou psychiques et si la taille est supérieure à

+ 3DS 10 %

+ 4DS 20 %

Art. 779/5 : acromégalie

83. Petite taille

Art. 779/7a) : → taille inférieure à - 4DS 50 %

Art. 779/7b) : → taille inférieure à -3DS 30 %

Art. 779/7c) : → taille inférieure à -2DS 10 %

S'il existe une hypotrophie associée, un pourcentage supplémentaire peut être octroyé. (cf. N° 92 : hypotrophie)

84. Syndrome de Cushing

Art. 779/8 : en cas de troubles dermatologiques ou osseux.

Art. 368 e) : hypertension artérielle associée

Art. 780a) : diabète sucré associé

Art. 779/10b) : insuffisance cortico-surrénalienne iatrogène : 20-50 % en fonction de l'incidence sur l'état général

85. Hypopituitarisme

Art. 779/9a) : → tarissement total

Art. 779/9b) : → tarissement sélectif

* 10 % si une substitution simple est possible, p.ex. HC

* 30 % en cas de substitution multiple sans cortisol

* 60 % en cas de substitution multiple, cortisol inclus

86. Insuffisance cortico-surrénalienne

Art. 779/10a) : pas de sécrétion résiduelle

Art. 779/10b) : présence de sécrétion résiduelle

87. Diabète sucré

Art. 780a) : → DSNID -> 0-20 %

Art. 780b) : → DSID sans complication et n'entravant pas l'activité normale -> 20 - 40 %

Art. 780c) : → DSID entravant l'activité normale mais sans complication -> 40-60 %

Art. 780d) : → DSID, malgré un traitement optimal, entraîne :

* des complications

* une hypoglycémie sévère fréquente (hospitalisation ou administration assistée de sucre)

* des répercussions psychologiques sévères, documentées (avec accompagnement adapté), qui limitent gravement l'activité de l'enfant.

88. Diabète insipide

Art. 781a) : → sans difficulté de traitement

Art. 781b) → difficile à traiter : 30-60 % (en fonction de la fréquence des hospitalisations)

89. Hyperinsulinisme

Art. 780a) → état corrigé

Art. 780b) → état stabilisé avec traitement

Art. 780c) ou d) : → hyperinsulinisme non contrôlable : 40 – 100 % (en fonction de la répercussion sur l'état général et du besoin d'hospitalisation)

90. Insuffisance gonadique totale

Masculine :

Art. 493b) à partir de 13 ans : 30 % (y compris la substitution hormonale et l'éventualité d'une prothèse).

Un pourcentage supplémentaire selon l'Art. 648 a) est possible à partir de 16 ans en cas de répercussions psychologiques documentées (avec la nécessité d'une guidance adaptée).

Féminine :

Art. 513 : à partir de 11 ans : 30 % (y compris la substitution hormonale)

Un pourcentage supplémentaire selon l'Art. 648 a) est possible à partir de 16 ans en cas de répercussions psychologiques documentées (avec la nécessité d'une guidance adaptée).

91. Obésité

Applicables seulement si l'obésité est endogène et persiste malgré un traitement adapté ininterrompu (régime, médication, mouvements physiques, ...)

Art. 649a) ou 779/9b) si IMC supérieur à + 2DS → 10 %

Art. 649b) ou 779/9b) si IMC supérieur à + 4SD → 30 %

Art. 649c) ou 779/9b) si IMC supérieur à + 6SD → 60 %

92. Hypotrophie

Art. 431a) si IMC inférieur à - 2DS : 10 %

Art. 431b) si IMC inférieur à - 3DS : 30 %

Art. 431c) si IMC inférieur à - 4DS : 60 %

93. Ambiguïtés sexuelles

Le pourcentage d'invalidité est diminué après correction chirurgicale même si un autre phénotype a été choisi

Malformations des organes génitaux féminins (pseudo-hermaphrodisme féminin)

Art. 501a) ou b) → à partir de 16 ans, suivant le degré et le traitement

Malformations des organes génitaux masculins (pseudo-hermaphrodisme masculin)

Art. 491a) : → hypospadias, suivant le degré :

Un méat à hauteur du gland donne un pourcentage minimum.

Un méat à hauteur du périnée donne le pourcentage maximum.

Art. 491 b) : → malformation sévère du pénis nécessitant de nombreuses opérations lourdes, suivant la répercussion psychologique (pour laquelle en traitement).

La circoncision ne donne pas lieu à un pourcentage.

Treizième partie Les tumeurs

94. Tumeurs solides

À évaluer selon le traitement chirurgical et/ou la chimiothérapie et/ou la radiothérapie ;

Art. 784 : plus de 80 % d'incapacité durant la période la plus lourde du traitement

→ 66 à 80 % d'incapacité durant le traitement d'entretien, à évaluer sur la base du protocole thérapeutique et de l'état général.

À l'arrêt du traitement anticancéreux : évaluation des séquelles fonctionnelles selon les articles correspondants du BOBI.

95. Leucémies

Art. 464 : pendant le traitement d'induction et de consolidation et les hospitalisations répétées

Art. 463 : pendant le traitement d'entretien, à évaluer sur base du protocole thérapeutique et la répercussion sur l'état général

À l'arrêt du traitement : → évaluation des séquelles fonctionnelles, selon les articles du BOBI.

96. Tumeurs bénignes et tumeurs traitées uniquement par chirurgie (sans traitement complémentaire par chimiothérapie ou par radiothérapie)

Évaluer selon les répercussions fonctionnelles après intervention, selon les articles du BOBI.

Quatorzième partie : Maladies métaboliques, syndromes spécifiques et maladies multisystémiques

97. Maladie de Marfan

Art. 341 : hyperlaxité ligamentaire

Art. 745 bis : subluxation du cristallin

Art. 366 : lésions vasculaires

Art. 29 à 31 : lésions du rachis

98. Lupus érythémateux disséminé

Art. 349 : lésions cardiaques

Art. 362 b) : lésions vasculaires

Art. 389 : lésions pulmonaires

Art. 783 : lésions articulaires

Art. 477 : lésions néphrologiques : cf. N° 43

99. Périartérite noueuse

Art. 349 : lésions cardiaques

Art. 362 b) et Art. 367 : lésions vasculaires

Art. 368 c)+bis : hypertension artérielle

100. Maladie de Klippel-Trenaunay hémangiectasie hypertrophique

Art. 374-375 : lésions vasculaires

Art. 783 : lésions articulaires

101. Mucoviscidose

Art. 377 à 380 : lésions bronchiques

Art. 384-385 : bronchiectasies

Art. 447 : lésions pancréatiques

Art. 697 à 699 : sinusite

102. Galactosémie

Art. 445 : lésions hépatiques

Art. 477 : lésions néphrologiques - cf. N° 43

Art. 742 : lésions ophtalmologiques (cataracte) cf. N° 70

Art. 665-668 : troubles mentaux cf. N° 64 - 65

103. Dégénérescences hépatolenticulaires (Maladie de Wilson)

Art. 445 : lésions hépatiques

Art. 554 : lésions neurologiques

Art. 477 : lésions rénales (Fanconi) cf. N° 43

Art. 665-668 : lésions cérébrales cf. N° 64 - 65

104. Glycogénoses

Art. 445 : lésions hépatiques

Art. 646 a) : asthénie

Art. 342bis : lésions articulaires

Art. 355 : atteintes cardiaques

Art. 665 à 668 : troubles mentaux cf. N° 64 - 65

105. Porphyries

- Art. 445 a)-b) : lésions hépatiques
Art. 764 bis : lésions dermatologiques en fonction des symptômes
Art. 628 à 631 : lésions neurologiques
106. Histiocytose
Art. 462 : selon répercussions fonctionnelles et sur l'état général
107. Syndrome d'Alport
Art. 477 : lésions rénales cf. N° 43
Art. 712 : lésions auditives cf. N° 67 - 68
Art. 728 : lésions ophtalmologiques
108. Métabolisme anormal de la leucine
Art. 665 à 668 : troubles mentaux cf. N° 64 - 65
Art. 558-559-560 : en cas d'épilepsie
Art. 646 b) : asthénie
Art. 431 : hypotrophie cf. N° 92
109. Séquelles de prématurité
Art. 377 à 380 : séquelles pulmonaires
Art. 431 : entérocolite / hypotrophie cf. N° 92
Art. 665 à 668 : troubles intellectuels cf. N° 64 - 65
110. Syndrome de Prader-Willi
Art. 665 à 668 : troubles mentaux cf. N° 64 - 65
Art. 342 bis : hypotonie musculaire
Art. 779 : troubles endocriniens
111. Homocystinurie
Art. 665 à 668 : troubles mentaux cf. N° 64 - 65
Art. 745 bis : subluxation du cristallin
Art. 29 à 31 : affections vertébrales
Art. 783 : affections articulaires
112. Syndrome de Sturge-Weber
Art. 363 : angiome
Art. 728-749 : troubles ophtalmologiques cf. N° 69
Art. 558 à 560 : épilepsie
Art. 665 à 668 : troubles mentaux cf. N° 64 - 65
113. Sphingolipidose
Art. 665 à 668 : troubles mentaux cf. N° 64 - 65
Art. 445 a) b) : troubles de la fonction hépatique
114. Phénylcétonurie
Art. 665 : troubles mentaux cf. N° 64 - 65
Art. 445 a) : lésions hépatiques
Art. 646 a) : asthénie
115. Intolérance congénitale au fructose
Art. 431 : hypotrophie cf. N° 92
Art. 445 a) : lésions hépatiques
Art. 477 : tubulopathie cf. N° 43
116. Hyperornithinémie avec atrophie de la chorioretine
Art. 723 ou 728 ou 733 : lésions ophtalmologiques
Art. 342 et 342bis : amyotrophies
Art. 445 : lésions hépatiques
117. Arthrite généralisée.
Art. 783 : à évaluer en fonction des répercussions articulaires, du nombre de poussées et de l'état général.

Vu pour être annexé à l'arrêté du Gouvernement flamand du 7 décembre 2018 concernant les modalités d'obtention d'une allocation de soins.

Bruxelles, le 7 décembre 2018

Le Ministre-président du Gouvernement flamand,

Geert BOURGEOIS

La Ministre de l'Enseignement,

Hilde CREVITS

Le Ministre flamand du Bien-être, de la Santé publique et de la Famille,

Jo VANDEURZEN