

Op de voordracht van de Minister bevoegd voor de financiële tegemoetkomingen die worden uitbetaald ten gevolge van schade ontstaan door toedoen van algemene natuurrampen;

Na beraadslaging,

Besluit :

Artikel 1. De grondverzakking en de aardverschuiving van 30 juni 2021 die de stad Zinnik getroffen hebben, worden beschouwd als een algemene natuurramp in de zin van artikel 1, 1^o, van het decreet van 26 mei 2016 betreffende het herstel van sommige schade veroorzaakt door algemene natuurrampen. De geografische uitgestrektheid van de ramp is beperkt tot het grondgebied van de stad Zinnik.

Art. 2. Dit besluit treedt in werking de dag waarop het in het *Belgisch Staatsblad* wordt bekendgemaakt.

Art. 3. De Minister bevoegd voor de financiële tegemoetkomingen die worden uitbetaald ten gevolge van schade ontstaan door toedoen van algemene natuurrampen is belast met de uitvoering van dit besluit.

Namen, 30 maart 2023.

Voor de Regering :

De Minister-President,

E. DI RUPO

REGION DE BRUXELLES-CAPITALE — BRUSSELS HOOFDSTEDELIJK GEWEST

COMMISSION COMMUNAUTAIRE COMMUNE DE BRUXELLES-CAPITALE

[C – 2023/42678]

25 MAI 2023. — Arrêté du Collège réuni de la Commission communautaire commune relatif à l'octroi des allocations familiales en faveur de l'enfant atteint d'une affection

Le Collège réuni de la Commission communautaire commune,

Vu la loi spéciale du 8 août 1980 de réformes institutionnelles, l'article 20 ;

Vu la loi spéciale du 12 janvier 1989 relative aux institutions bruxelloises, l'article 69, alinéa 2 ;

Vu l'ordonnance du 4 avril 2019 établissant le circuit de paiement des prestations familiales, les articles 35/2 et 35/3, insérés par l'ordonnance du 15 décembre 2022 ;

Vu l'ordonnance du 25 avril 2019 réglant l'octroi des prestations familiales, l'article 12, alinéa 3, l'article, 25, § 2, alinéa 1^{er}, a) à c), l'article 26, alinéa 2 ;

Vu l'ordonnance du 15 décembre 2022 modifiant l'ordonnance du 4 avril 2019 établissant le circuit de paiement des prestations familiales et l'ordonnance du 25 avril 2019 réglant l'octroi des prestations familiales, l'article 21, 1^o ;

Vu l'arrêté royal du 3 mai 1991 portant exécution des articles 47, 56septies, et 63 des lois coordonnées relatives aux allocations familiales pour travailleurs salariés et de l'article 96 de la loi du 29 décembre 1990 portant des dispositions sociales ;

Vu 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 ;

Vu l'arrêté du Collège réuni de la Commission communautaire commune du 16 décembre 2021 relatif à l'évaluation de l'affection de l'enfant bénéficiaire d'allocations familiales ;

Vu l'avis du Conseil de gestion des prestations familiales, donnée le 10 mars 2022 ;

Vu l'avis de l'Inspecteur des Finances, donné le 27 février 2023 ;

Vu l'avis n^o 104/2022 de l'Autorité de protection des données, donné le 3 juin 2022 ;

Vu le test "gender" effectué le 10 mars 2023 en application de l'article 3, 2^o, de l'ordonnance du 16 mai 2014 portant intégration de la dimension de genre dans les lignes politiques de la Commission communautaire commune ;

Vu l'évaluation "handistreaming" effectuée le 10 mars 2023 en application de l'article 4, § 3, de l'ordonnance du 23 décembre 2016 portant intégration de la dimension du handicap dans les lignes politiques de la Commission communautaire commune ;

Vu l'avis 73.329 du Conseil d'Etat, donné le 24 avril 2023, en application de l'article 84, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, 2^o, des lois sur le conseil d'Etat, coordonnées le 12 janvier 1973 ;

GEMEENSCHAPPELIJKE GEMEENSCHAPS-COMMISSIE VAN BRUSSEL-HOOFDSTAD

[C – 2023/42678]

25 MEI 2023. — Besluit van het Verenigd College van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie betreffende de toekenning van kinderbijslag voor kinderen met een aandoening

Het Verenigd College van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie,

Gelet op de bijzondere wet van 8 augustus 1980 tot hervorming der instellingen, artikel 20 ;

Gelet op de bijzondere wet van 12 januari 1989 met betrekking tot de Brusselse instellingen, artikel 69, tweede lid ;

Gelet op de ordonnantie van 4 april 2019 tot vaststelling van het betaalcircuit voor de gezinsbijslag, artikelen 35/2 en 35/3 ingevoegd bij de ordonnantie van 15 december 2022 ;

Gelet op de ordonnantie van 25 april 2019 tot regeling van de toekenning van gezinsbijslag, artikel 12, derde lid, artikel 25, § 2, eerste lid, a) tot en met c), en artikel 26, tweede lid ;

Gelet op de ordonnantie van 15 december 2022 tot wijziging van de ordonnantie van 4 april 2019 tot vaststelling van het betaalcircuit voor de gezinsbijslag voor de ordonnantie van 4 april 2019 tot regeling van de toekenning van gezinsbijslag, artikel 21, 1^o ;

Gelet op het koninklijk besluit van 3 mei 1991 tot uitvoering van de artikelen 47, 56septies en 63 van de samengeordende wetten betreffende de gezinsbijslag voor loonarbeiders en van artikel 96 van de wet van 29 december 1990 houdende sociale bepalingen ;

Gelet op 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 ;

Gelet op het besluit van het Verenigd College van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie van 16 december 2021 betreffende de evaluatie van de aandoening van het kind dat rechtgevend is op kinderbijslag ;

Gelet op het advies van de Beheerraad voor Gezinsbijslag, gegevens op 10 maart 2022 ;

Gelet op het advies van de inspecteur van Financiën, gegeven op 27 februari 2023 ;

Gelet op het advies nr. 104/2022 van de Gegevensbeschermingsautoriteit, gegeven op 3 juni 2022 ;

Gelet op de "gender-test", uitgevoerd op 10 maart 2023 in toepassing van artikel 3, 2^o, van de ordonnantie van 16 mei 2014 houdende de integratie van de genderdimensie in de beleidslijnen van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie ;

Gelet op de "handistreaming-evaluatie", uitgevoerd op 10 maart 2023 in toepassing van artikel 4, § 3, van de ordonnantie van 23 december 2016 houdende integratie van de handicapdimensie in de beleidslijnen van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie ;

Gelet op het advies 73.329 van de Raad van State, gegeven op 24 april 2023 met toepassing van artikel 84, § 1, eerste lid, 2^o, van de wetten op de Raad van State, gecoördineerd op 12 januari 1973 ;

Sur la proposition des Membres du Collège réuni, en charge des Prestations familiales;
Après délibération,

Arrête :

CHAPITRE 1^{er}. — *Définitions*

Article 1^{er}. Pour l'application du présent arrêté, il y a lieu d'entendre par:

1° "Iriscare": l'Office bicommunautaire de la santé, de l'aide aux personnes et des prestations familiales visé à l'article 2 de l'ordonnance du 23 mars 2017;

2° "Centre": Centre d'évaluation de l'autonomie et du handicap auprès d'Iriscare;

3° "organisme d'allocations familiales": les organismes d'allocations familiales au sens de l'article 2, 7°, de l'ordonnance du 4 avril 2019 établissant le circuit de paiement des prestations familiales;

4° "arrêté royal du 3 mai 1991": arrêté royal du 3 mai 1991 portant exécution des articles 47, 56septies, et 63 des lois coordonnées relatives aux allocations familiales pour travailleurs salariés et de l'article 96 de la loi du 29 décembre 1990 portant des dispositions sociales ;

5° "arrêté royal du 28 mars 2003": 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;

6° "équipe multidisciplinaire": équipe composée d'un médecin et, le cas échéant, d'autres professionnels des soins de santé. Les membres de l'équipe font partie du personnel d'Iriscare ou sont désignés par Iriscare;

7° "Ordonnance du 25 avril 2019": ordonnance du 25 avril 2019 réglant l'octroi des prestations familiales.

CHAPITRE 2. — *Exécution des articles 12, alinéa 3, et 26, alinéa 2, de l'ordonnance du 25 avril 2019*

Art. 2. § 1^{er}. Les conséquences de l'affection de l'enfant, visées aux articles 12, alinéa 3 et 26, alinéa 2, de l'ordonnance du 25 avril 2019, 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.

§ 2. Les conséquences visées au paragraphe 1^{er} sont constatées à l'aide de l'échelle médico-sociale jointe en annexe 1^{re} du présent arrêté :

1° pour le pilier 1, les points sont attribués de la manière suivante, en fonction du pourcentage d'incapacité physique ou mentale de l'enfant, constatée conformément à l'article 3 :

- a) 0 % à 24 % : 0 point;
- b) 25 % à 49 % : 1 point;
- c) 50 % à 65 % : 2 points;
- d) 66 % à 79 % : 4 points;
- e) 80 % à 100 % : 6 points;

2° le pilier 2 comprend les catégories fonctionnelles suivantes qui sont, le cas échéant, subdivisées en sous-catégories et dont les points sont attribués en fonction de critères gradués:

- a) apprentissage, éducation et intégration sociale;
- b) communication;
- c) mobilité et déplacement;
- d) soins corporels.

Pour la totalisation des points du pilier 2, le nombre de points le plus élevé, attribué dans chacune des quatre catégories fonctionnelles, est totalisé. Pour ce pilier, le nombre maximum de points s'élève à 12;

3° le pilier 3 comprend les catégories suivantes qui sont, le cas échéant, subdivisées en sous-catégories et dont les points sont attribués en fonction de critères gradués:

- a) traitement dispensé à domicile;
- b) déplacement pour surveillance médicale et traitement;
- c) adaptation du milieu de vie et des habitudes de vie.

Op voorstel van de leden van het Verenigd College bevoegd voor de Gezinsbijslagen;
Na beraadslaging,

Besluit :

HOOFDSTUK 1. — *Definities*

Artikel 1. Voor de toepassing van dit besluit dient te worden begrepen onder:

1° "Iriscare": de bicommunautaire Dienst voor Gezondheid, Bijstand aan personen en Gezinsbijslag bedoeld in artikel 2 van de ordonnantie van 23 maart 2017;

2° "Centrum": Centrum voor Evaluatie van de Autonomie en de Handicap bij Iriscare;

3° "kinderbijslaginstelling": de kinderbijslag-instellingen in de zin van artikel 2, 7°, van de ordonnantie van 4 april 2019 tot vaststelling van het betaalcircuit voor de gezinsbijslag;

4° "koninklijk besluit van 3 mei 1991": koninklijk besluit van 3 mei 1991 tot uitvoering van de artikelen 47, 56septies en 63 van de sa-mengeordende wetten betreffende de kinder-bijslag voor loonarbeiders en van artikel 96 van de wet van 29 december 1990 houdende sociale bepalingen;

5° "koninklijk besluit van 28 maart 2003": 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;

6° "multidisciplinair team": team dat is samengesteld uit een arts en, desgevallend, uit andere beroepsbeoefenaars in de gezondheidszorg. De teamleden behoren tot het personeel van Iriscare of worden door Iriscare aangewezen;

7° "Ordonnantie van 25 april 2019": ordonnantie van 25 april 2019 tot regeling van de toekenning van gezinsbijslag.

HOOFDSTUK 2. — *Uitvoering van de artikelen 12, derde lid, en 26, tweede lid, van de ordonnantie van 25 april 2019*

Art. 2. § 1. De gevolgen van de aandoening van het kind, bedoeld in de artikelen 12, derde lid, en 26, tweede lid, van de ordonnantie van 25 april 2019 bestaan uit de hiernavolgende 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.

§ 2. De gevolgen bedoeld in paragraaf 1 worden vastgesteld aan de hand van de als bijlage 1 bij dit besluit gevoegde medisch-sociale schaal:

1° in pijler 1 worden, naargelang het percentage lichamelijke of geestelijke ongeschiktheid van het kind, vastgesteld overeenkomstig artikel 3, op de volgende wijze punten toegekend:

- a) 0 % tot 24 % : 0 punten;
- b) 25 % tot 49 % : 1 punt;
- c) 50 % tot 65 % : 2 punten;
- d) 66 % tot 79 % : 4 punten;
- e) 80 % tot 100 % : 6 punten;

2° pijler 2 bestaat uit de volgende functionele categorieën, die desgevallend onderverdeeld zijn in subcategorieën en waaraan punten worden toegekend volgens graduele criteria:

- a) leren, opleiding en sociale integratie;
- b) communicatie;
- c) mobiliteit en verplaatsing;
- d) zelfverzorging.

Voor de totalisation van de punten in pijler 2 wordt het hoogste aantal punten, toegekend binnen elk van de vier functionele categorieën, samengeteld. Voor deze pijler bedraagt het maximum aantal punten 12;

3° pijler 3 bestaat uit de volgende categorieën, die desgevallend onderverdeeld zijn in subcategorieën en waaraan punten worden toegekend volgens graduele criteria:

- a) opvolging van de behandeling thuis;
- b) verplaatsing voor medisch toezicht en behandeling;
- c) aanpassing van het leefmilieu en leefwijze.

Pour la totalisation des points du pilier 3, le nombre de points le plus élevé, attribué dans chacune des trois catégories, est totalisé et le nombre de points ainsi obtenu est multiplié par deux. Pour ce pilier, le nombre maximum de points, après multiplication par deux, s'élève à 18;

4° le résultat final de la constatation des conséquences de l'affection s'obtient par l'addition des points totalisés pour chaque pilier et s'élève à 36 points au maximum.

§ 3. Pour l'application de l'article 26, alinéa 2, de l'ordonnance du 25 avril 2019, les conséquences de l'affection de l'enfant sont prises en considération lorsque l'enfant obtient comme résultat final visé au paragraphe 2, 4°, 6 points au minimum ou lorsque l'enfant obtient pour le pilier 1, visé au paragraphe 2, 1°, 4 points au minimum.

Art. 3. § 1^{er}. La constatation de l'incapacité physique ou mentale de l'enfant, visée à l'article 2, est établie:

1° selon la "Liste des affections pédiatriques telle qu'appliquée par le Centre d'évaluation de l'autonomie et du handicap", jointe en annexe 2 du présent arrêté;

2° selon le "Barème officiel belge des invalidités" approuvé par l'arrêté du Régent du 12 février 1946, à l'exception de la préface.

La Liste visée au 1° contient une énumération limitative d'affections.

Le Barème visé au 2° est utilisé pour toutes les affections ou fonctions qui ne sont pas reprises dans la Liste, ainsi que pour les affections de la Liste qui font référence à un article de ce 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. Les règles suivantes sont d'application pour l'utilisation de la Liste et du Barème, visés au paragraphe 1^{er}:

1° En cas d'incapacités multiples, le pourcentage global d'incapacité est calculé de la manière suivante. Dans le cas où 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. A cet effet, les diverses affections seront rangées dans l'ordre décroissant de leur pourcentage réel d'incapacité. Ce mode de calcul n'est applicable que lorsque les affections partielles affectent des membres ou des fonctions différentes;

2° Un mode d'évaluation rationnelle est utilisé dans le cas où un membre ou une fonction est atteint(e) par des lésions multiples et lorsque le calcul visé au 1° conduit à un pourcentage plus élevé que la perte totale du membre ou de la fonction concerné(e) : le pourcentage d'incapacité ne peut jamais dépasser le pourcentage prévu pour la perte totale de ce membre ou cette fonction;

3° La Liste et le Barème sont impératifs 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 impératifs pour les pourcentages minima et les pourcentages maxima.

Art. 4. § 1^{er}. Les montants de base fixés à l'article 7 de l'ordonnance du 25 avril 2019 sont majorés du supplément visé au paragraphe 2, aux conditions fixées au paragraphe 3, en faveur de l'enfant visé à l'article 26, alinéa 1^{er}, de la même ordonnance, qui est atteint d'une affection qui a des conséquences telles que visées à l'article 2, § 3.

§ 2. Le supplément visé à l'article 12, alinéa 3, de l'ordonnance du 25 avril 2019, est octroyé en fonction de la gravité des conséquences de l'affection.

Lorsque l'enfant obtient comme résultat final visé à l'article 2, § 2, 4°, 6 points au minimum, les montants suivants sont octroyés:

- a) 111,89 euros lorsque l'enfant obtient 6 points au minimum et 8 points au maximum;
- b) 261,09 euros lorsque l'enfant obtient 9 points au minimum et 11 points au maximum;
- c) 430,99 euros lorsque l'enfant obtient 12 points au minimum et 14 points au maximum;
- d) 490,07 euros lorsque l'enfant obtient 15 points au minimum et 17 points au maximum;

Voor de totalisatie van de punten in pijler 3 wordt het hoogste aantal punten, toegekend binnen elk van de drie categorieën, samengeteld en wordt het aldus berekende aantal punten vermenigvuldigd met twee. Voor deze pijler bedraagt het maximum aantal punten, na vermenigvuldiging met twee, 18;

4° het eindresultaat van de vaststelling van de gevolgen van de aandoening wordt bekomen door samentelling van de getotaliseerde punten van elke pijler en bedraagt maximaal 36 punten.

§ 3. Voor de toepassing van artikel 26, tweede lid, van de ordonnantie van 25 april 2019 worden de gevolgen van de aandoening van het kind in aanmerking genomen indien het kind als eindresultaat, bedoeld in paragraaf 2, 4°, minimum 6 punten behaalt of indien het kind in pijler 1, bedoeld in paragraaf 2, 1°, minimum 4 punten behaalt.

Art. 3. § 1. De vaststelling van de lichamelijke of geestelijke ongeschiktheid van het kind, bedoeld in artikel 2, gebeurt :

1° aan de hand van de "Lijst van pediatrie aandoeningen zoals toegepast door het Centrum voor Evaluatie van de Autonomie en de Handicap" opgenomen als bijlage 2 bij dit besluit;

2° aan de hand van de "Officiële Belgische Schaal ter bepaling van de graad van invaliditeit", goedgekeurd bij Regentbesluit van 12 februari 1946, met uitzondering van het voorwoord.

De onder 1° bedoelde Lijst bevat een limitatieve opsomming van aandoeningen.

De onder 2° bedoelde 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 deze Schaal.

Bij de evaluatie heeft de Lijst voorrang op het gebruik van de Schaal.

Dit betekent dat de criteria en de ongeschiktheidpercentages die sommige nummers van de Lijst vermelden, imperatief moeten opgevolgd worden.

§ 2. Voor het gebruik van de Lijst en de Schaal, bedoeld in paragraaf 1, gelden de volgende regels:

1° In geval van meervoudige ongeschiktheid wordt het globale ongeschiktheidpercentage berekend op de volgende wijze. In het geval waarbij geen enkele van de gedeeltelijke aandoeningen een totale ongeschiktheid met zich meebrengt, wordt het ongeschiktheidpercentage volledig toegekend voor de zwaarste aandoening en voor elk van de bijkomende aandoeningen wordt het proportioneel berekend volgens de overblijvende geschiktheid. De verscheidene aandoeningen worden daartoe gerangschikt in dalende orde van het werkelijke ongeschiktheidpercentage. Deze berekeningswijze wordt slechts toegepast wanneer de gedeeltelijke aandoeningen verschillende ledematen of functies aantasten;

2° Een rationele ramingswijze wordt toegepast indien één lidmaat of functie aangetast is door verschillende ongeschiktheden en wanneer de berekening bedoeld in 1° tot een hoger percentage leidt dan het totale verlies van het betrokken lidmaat of de functie : het ongeschiktheidpercentage kan het percentage dat is voorzien voor het totaal verlies van het desbetreffende lidmaat of functie nooit overschrijden;

3° De Lijst en de Schaal zijn bindend of indicatief naargelang zij een vast percentage aanduiden dan wel ruimte laten bij de evaluatie. Nochtans blijven zij in dit laatste geval bindend voor de minimale en maximale percentages.

Art. 4. § 1. Ten behoeve van het kind bedoeld in artikel 26, eerste lid, van de ordonnantie van 25 april 2019, dat een aandoening heeft die gevolgen heeft zoals bedoeld in artikel 2, § 3, wordt de basiskinderbijslag bedoeld in artikel 7 van de voormelde ordonnantie verhoogd met de bijslag bedoeld in paragraaf 2, onder de voorwaarden bepaald in paragraaf 3.

§ 2. De toeslag bedoeld in artikel 12, derde lid, van de ordonnantie van 25 april 2019, wordt toegekend naargelang de ernst van de gevolgen van de aandoening.

Indien het kind als eindresultaat bedoeld in artikel 2, § 2, 4°, minimum 6 punten behaalt, worden de volgende bedragen toegekend :

- a) 111,89 euro indien het kind minimum 6 punten en maximum 8 punten behaalt;
- b) 261,09 euro indien het kind minimum 9 punten en maximum 11 punten behaalt;
- c) 430,99 euro indien het kind minimum 12 punten en maximum 14 punten behaalt;
- d) 490,07 euro indien het kind minimum 15 punten en maximum 17 punten behaalt;

e) 525,08 euros lorsque l'enfant obtient 18 points au minimum et 20 points au maximum;

f) 560,08 euros lorsque l'enfant obtient plus de 20 points.

Par dérogation à l'alinéa 2, le montant de 84,02 euros est octroyé lorsque l'enfant obtient 4 points au minimum pour le pilier 1 visé à l'article 2, § 2, 1°.

Par dérogation aux alinéas 2 et 3, le montant de 430,99 euros est également octroyé lorsque l'enfant obtient 4 points au minimum pour le pilier 1 visé à l'article 2, § 2, 1° et, en plus, obtient 6 points au minimum et 11 points au maximum comme résultat final visé à l'article 2, § 2, 4°.

§ 3. Le supplément visé à l'article 12, alinéa 3, de l'ordonnance du 25 avril 2019 n'est accordé que si l'enfant remplit les conditions suivantes :

1° l'enfant remplit les conditions prévues par ou en vertu de l'article 26, alinéas 1^{er} et 2, de l'ordonnance du 25 avril 2019;

2° les conséquences de l'affection visées à l'article 12, alinéa 3, de la même ordonnance doivent avoir débuté avant que l'enfant ait cessé d'être bénéficiaire des allocations familiales parce qu'il a atteint la limite d'âge fixée à l'article 25 de ladite ordonnance ;

3° l'enfant ne peut exercer une activité donnant lieu à assujettissement à un régime de sécurité sociale, sauf lorsque cette activité s'exerce :

a) soit dans le cadre d'un contrat de travail conclu avec un atelier protégé, un atelier social ou une entreprise de travail adapté agréés par les autorités compétentes en la matière;

b) soit en exécution d'un contrat d'apprentissage ou d'un engagement d'apprentissage visés à l'article 25, § 2, a), de la même ordonnance, ne donnant pas lieu à une activité lucrative qui dépasse la norme fixée en exécution du dernier article précité;

4° l'enfant ne peut bénéficier d'une prestation sociale en application d'un régime belge ou étranger en matière d'incapacité de travail ou de chômage involontaire, qui trouve son origine dans l'exercice d'une activité, à l'exception de celles visées au 3°;

Si l'enfant visé à l'alinéa 1^{er} remplit les conditions d'octroi prévues par ou en vertu de l'article 25 de la même ordonnance, il ne doit pas satisfaire aux conditions visées à l'alinéa 1^{er}, 3° et 4°.

Art. 5. Pour l'application de l'article 26, alinéa 1^{er}, de l'ordonnance du 25 avril 2019, l'enfant doit être atteint d'une affection qui a des conséquences telles que visées à l'article 2, § 3. Ces conséquences doivent avoir débuté avant que l'enfant n'ait cessé d'être bénéficiaire des allocations familiales en raison du fait qu'il a atteint la limite d'âge fixée à l'article 25 de la même ordonnance.

CHAPITRE 3. — Procédure

Art. 6. § 1^{er}. Les demandes d'allocations familiales visées aux articles 12, alinéa 1^{er}, et 26, alinéa 1^{er}, de l'ordonnance du 25 avril 2019 sont introduites auprès de l'organisme d'allocations familiales compétent.

L'organisme d'allocations familiales examine si toutes les conditions d'octroi, à l'exception de celles concernant les conséquences de l'affection, sont remplies.

L'organisme d'allocations familiales communique la demande au Centre sous la forme d'un message électronique dont le modèle est fixé par Iriscare.

Le Centre fournit un formulaire d'informations générales et un formulaire d'informations médicales au demandeur.

Le demandeur fournit le formulaire d'informations générales et le formulaire d'informations médicales dûment remplis au Centre. Il peut déjà y joindre des rapports médicaux ou sociaux.

§ 2. Par dérogation aux dispositions du paragraphe 1^{er}, alinéas 3, 4 et 5, et des articles 7, 8 et 9, les évaluations des conséquences de l'affection réalisées par une autre entité fédérée peuvent être reprises pour l'évaluation des conséquences de l'affection visée aux articles 12, alinéa 3, et 26, alinéa 2, de l'ordonnance du 25 avril 2019, à condition que le Centre considère que la gravité des conséquences de l'affection de l'enfant a été évaluée selon des conditions d'application qui sont conformes à celles déterminées aux articles 2 et 3.

e) 525,08 euro indien het kind minimum 18 punten en maximum 20 punten behaalt;

f) 560,08 euro indien het kind meer dan 20 punten behaalt.

In afwijking van het tweede lid, wordt het bedrag van 84,02 euro toegekend indien het kind minimum 4 punten behaalt in pijler 1 bedoeld in artikel 2, § 2, 1°.

In afwijking van het tweede en het derde lid, wordt het bedrag van 430,99 euro eveneens toegekend indien het kind minimum 4 punten behaalt in pijler 1 bedoeld in artikel 2, § 2, 1° en bovendien minimum 6 punten en maximum 11 punten behaalt als eindresultaat bedoeld in artikel 2, § 2, 4°.

§ 3. De toeslag bedoeld in artikel 12, derde lid, van de ordonnantie van 25 april 2019 wordt enkel toegekend indien het kind voldoet aan onderstaande vereisten :

1° het kind voldoet aan de voorwaarden die bepaald zijn bij of krachtens artikel 26, eerste en tweede lid, van de ordonnantie van 25 april 2019;

2° de gevolgen van de aandoening zoals bedoeld in artikel 12, derde lid, van de voormelde ordonnantie moeten een aanvang genomen hebben vooraleer het kind wegens het bereiken van de bij artikel 25 van die ordonnantie bepaalde leeftijdsgrens niet langer gerechtigd was op kinderbijslag;

3° het kind mag geen activiteit uitoefenen die aanleiding geeft tot verzekeringsplicht ingevolge één van de regelingen van sociale zekerheid, behoudens wanneer deze activiteit wordt uitgeoefend :

a) hetzij in het raam van een arbeidsovereenkomst gesloten met een door de hiertoe bevoegde overheden erkende beschutte werkplaats, sociale werkplaats of bedrijf voor aangepast werk;

b) hetzij in uitvoering van een leercontract zoals bedoeld in artikel 25, § 2, a), van de voormelde ordonnantie die geen aanleiding geeft tot een winstgevende activiteit die meer draagt dan de norm die is vastgesteld in uitvoering van het laatst vermelde artikel;

4° het kind mag geen sociale uitkering genieten bij toepassing van een Belgische of een buitenlandse regeling betreffende arbeidsongeschiktheid of onvrijwillige werkloosheid, die haar oorsprong vindt in de uitoefening van een activiteit, behalve deze bedoeld onder 3°;

Indien het kind bedoeld in het eerste lid voldoet aan de toekenningsvoorwaarden die bepaald zijn bij of krachtens artikel 25 van de voormelde ordonnantie, dient het niet te voldoen aan de vereisten bedoeld in het eerste lid, 3° en 4°.

Art. 5. Voor de toepassing van artikel 26, eerste lid, van de ordonnantie van 25 april 2019 moet het kind een aandoening hebben die gevolgen heeft zoals bedoeld in artikel 2, § 3. Deze gevolgen moeten een aanvang genomen hebben vooraleer het kind wegens het bereiken van de bij artikel 25 van dezelfde ordonnantie bepaalde leeftijdsgrens niet langer gerechtigd was op kinderbijslag.

HOOFDSTUK 3. — Procedure

Art. 6. § 1. De aanvragen om kinderbijslag bedoeld in de artikelen 12, eerste lid, en 26, eerste lid, van de ordonnantie van 25 april 2019 worden ingediend bij de bevoegde kinderbijslaginstelling.

De kinderbijslaginstelling onderzoekt of alle toekenningsvoorwaarden, met uitzondering van deze betreffende de gevolgen van de aandoening, vervuld zijn.

De kinderbijslaginstelling deelt de aanvraag mee aan het Centrum onder de vorm van een elektronische mededeling waarvan het model is vastgesteld door Iriscare.

Het Centrum bezorgt een algemeen inlichtingenformulier en een medisch inlichtingenformulier aan de aanvrager.

De aanvrager bezorgt het behoorlijk ingevulde algemeen inlichtingenformulier en het medisch inlichtingenformulier aan het Centrum. Hij kan hieraan reeds medische of sociale verslagen toevoegen.

§ 2. In afwijking van de bepalingen in paragraaf 1, derde, vierde en vijfde lid, en de artikelen 7, 8 en 9, kunnen de evaluaties van de gevolgen van de aandoening die door een andere gefedereerde deelentiteit werden uitgevoerd, overgenomen worden voor de evaluatie van de gevolgen van de aandoening bedoeld in artikel 12, derde lid, en 26, tweede lid, van de ordonnantie van 25 april 2019, op voorwaarde dat het Centrum oordeelt dat de ernst van de gevolgen van de aandoening van het kind werd beoordeeld volgens toepassingsvoorwaarden die conform zijn aan deze die zijn bepaald in de artikelen 2 en 3.

Art. 7. Les conséquences de l'affection, visées aux articles 12, alinéa 3, et 26, alinéa 2, de l'ordonnance du 25 avril 2019 réglant l'octroi des prestations familiales sont constatées par une équipe multidisciplinaire.

Les membres de l'équipe multidisciplinaire se conforment à la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient lorsqu'ils effectuent les examens visés à l'alinéa 1^{er}.

Art. 8. § 1^{er}. L'équipe multidisciplinaire sollicite auprès du demandeur les rapports médicaux, sociaux et autres, qu'elle estime nécessaires.

Pour la prise d'une décision, l'équipe multidisciplinaire tiendra compte, non seulement de ses propres constatations médicales, mais également des rapports médicaux, sociaux et autres qui lui ont été transmis. Par ailleurs, l'équipe multidisciplinaire se base le cas échéant sur des entretiens avec l'enfant et les personnes qui connaissent la situation de l'enfant et/ou sur un examen d'observation de l'enfant.

Lorsque le demandeur n'envoie pas dans les 30 jours calendriers, les documents ou les informations demandés, l'équipe multidisciplinaire envoie une lettre de rappel.

Si, malgré la lettre de rappel visée à l'alinéa 3, le demandeur ne fournit pas tout ou partie des documents ou informations demandés pendant plus de 30 jours calendriers, et sans préjudice de la possibilité prévue à l'article 9 et à l'exception de la situation où le demandeur fournit une raison justifiant un délai de réponse plus long, l'équipe pluridisciplinaire procède :

1° à la convocation ou à la demande de consentement visée au paragraphe 2,

2° ou le cas échéant prend une décision sur base des informations dont il dispose.

§ 2. Sans préjudice de la possibilité prévue à l'article 9, dès réception des documents ou informations demandés ou dans le cas visé au paragraphe 1^{er}, alinéa 4, 1°, une convocation ou une demande de consentement à l'examen visée à l'alinéa 4 est adressée aux parents ou au représentant légal de l'enfant pour permettre la réalisation des examens. S'ils ne se présentent pas, selon le cas, à l'examen ou ne répondent pas à la demande de consentement dans le délai prescrit, une deuxième convocation ou demande de consentement est envoyée.

S'ils ne répondent pas à la seconde convocation ou à la demande de consentement, une décision est prise sur la base des éléments dont dispose l'équipe multidisciplinaire au plus tôt le lendemain de la date indiquée dans la seconde convocation ou demande et au plus tard au moment visé au paragraphe 3.

Si l'équipe multidisciplinaire ne dispose pas d'éléments suffisants pour prendre une décision dans le dossier, elle le communique à l'organisme d'allocations familiales au plus tôt le jour suivant la date mentionnée dans la deuxième convocation ou demande et au plus tard au moment visé au paragraphe 3. Ce dernier décide qu'il n'existe pas de droit aux allocations familiales dans le cadre de l'article 26, alinéa 1^{er}, de l'ordonnance du 25 avril 2019 ou au supplément visé à l'article 12, alinéa 1^{er}, de la même ordonnance.

Si la nature de la maladie ou l'état de santé de l'enfant l'exige, l'examen est effectué au lieu de résidence de fait de l'enfant, si l'équipe multidisciplinaire le juge approprié et avec le consentement des parents ou du représentant légal de l'enfant.

Les parents ou le représentant légal de l'enfant et l'enfant ont le droit de se faire accompagner, lors des examens visés par cet article, par une personne de confiance, visée par la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient.

§ 3. Le résultat de la constatation visée à l'article 7, alinéa 1^{er}, est communiqué au demandeur et à l'organisme d'allocations familiales dans les six mois calendriers suivant le mois calendrier de la réception de la demande visée à l'article 6 par le Centre.

Après l'échéance des 30 jours calendriers visés au paragraphe 1^{er}, alinéa 3, le délai dans lequel une décision doit être prise est suspendu jusqu'à ce que le demandeur ait communiqué les documents ou informations demandés. Le délai dans lequel une décision doit être prise est également suspendu pendant la période comprise entre l'envoi de la deuxième convocation ou demande d'assentiment visée au paragraphe 2, alinéa 1^{er}, et la date de l'examen.

§ 4. Par dérogation aux paragraphes 1^{er}, 2 et 3, l'allocation peut être refusée sans examen complémentaire s'il apparaît, sur la base d'éléments suffisants, que l'enfant ne remplit pas les conditions pour obtenir l'allocation.

Art. 7. De gevolgen van de aandoening, bedoeld in de artikelen 12, derde lid, en 26, tweede lid, van de ordonnantie van 25 april 2019, worden vastgesteld door een multidisciplinair team.

De leden van het multidisciplinair team leven de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt na bij het uitvoeren van de onderzoeken bedoeld in het eerste lid.

Art. 8. § 1. Het multidisciplinair team vordert van de aanvrager de medische, sociale en andere verslagen die noodzakelijk worden geacht.

Het multidisciplinair team zal voor het nemen van een beslissing, naast zijn eigen vaststellingen, rekening houden met de medische, sociale en andere verslagen die hem overgemaakt zijn. Daarnaast steunt het multidisciplinair team zich desgevalend op gesprekken met het kind en met de personen die de toestand van het kind kennen en/of op een observationeel onderzoek van het kind.

Indien de aanvrager de gevraagde documenten of informatie niet toezendt binnen de 30 kalenderdagen, stuurt het multidisciplinair team een herinneringsschrijven.

Indien de aanvrager, ondanks het in het derde lid bedoelde herinneringsschrijven, gedurende meer dan 30 kalenderdagen geheel of gedeeltelijk nalaaft de gevraagde documenten of informatie te verschaffen, en onverminderd de mogelijkheid bepaald in artikel 9 en uitgezonderd de situatie waarbij de aanvrager een reden opgeeft die een langere antwoordtermijn rechtvaardigt, gaat het multidisciplinair team over tot:

1° de oproeping of vraag tot instemming bedoeld in paragraaf 2, dan wel;

2° een beslissing op grond van de inlichtingen waarover zij beschikt.

§ 2. Onverminderd de mogelijkheid bepaald in artikel 9, wordt zodra de gevraagde documenten of informatie zijn ontvangen of in het geval bedoeld in paragraaf 1, vierde lid, 1°, aan de ouders of de wettelijke vertegenwoordiger van het kind een oproeping gestuurd, dan wel een vraag tot instemming met het onderzoek bedoeld in het vierde lid, teneinde de onderzoeken te kunnen verrichten. Indien zij, naargelang het geval, nalaten zich voor het onderzoek aan te melden of de vraag tot instemming te beantwoorden binnen de gestelde termijn, wordt een tweede oproeping of vraag tot instemming gestuurd.

Indien zij geen gevolg geven aan de tweede oproeping of vraag tot instemming, wordt ten vroegste de dag volgend op de datum die wordt vermeld in de tweede oproeping of vraag en ten laatste op het moment bedoeld in paragraaf 3, een beslissing genomen op grond van elementen waarover het multidisciplinair team beschikt.

Indien het multidisciplinair team niet over voldoende elementen beschikt om in het dossier een beslissing te kunnen nemen, deelt het dit ten vroegste de dag volgend op de datum die wordt vermeld in de tweede oproeping of vraag en ten laatste op het moment bedoeld in paragraaf 3, mee aan de kinderbijslaginstelling. Deze laatste beslist dat er geen recht is op kinderbijslag in het raam van artikel 26, eerste lid, van de ordonnantie van 25 april 2019 of op de toeslag bedoeld in artikel 12, eerste lid, van dezelfde ordonnantie.

Indien de aard van de aandoening of de gezondheidstoestand van het kind hier aanleiding toe geeft, wordt het onderzoek op de feitelijke verblijfplaats van het kind verricht, voor zover het multidisciplinaire team dit opportuun acht en met goedkeuring van de ouders of de wettelijke vertegenwoordiger van het kind.

De ouders of de wettelijke vertegenwoordiger van het kind, en het kind hebben het recht om zich bij de onderzoeken bedoeld in dit artikel te laten bijstaan door een vertrouwenspersoon, bedoeld in de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt.

§ 3. Het resultaat van de vaststelling, bedoeld in artikel 7, eerste lid, wordt medegedeeld aan de aanvrager en aan de kinderbijslaginstelling binnen de zes kalendermaanden te rekenen vanaf de kalendermaand volgend op de ontvangst van de in artikel 6 bedoelde aanvraag door het Centrum.

Na verloop van de 30 kalenderdagen bedoeld in paragraaf 1, derde lid, wordt de termijn waarbinnen een beslissing moet worden genomen, geschorst tot de aanvrager de gevraagde documenten of informatie heeft meegedeeld. De termijn waarbinnen een beslissing moet worden genomen, wordt ook geschorst tijdens de periode tussen het verzenden van de tweede oproeping of vraag tot instemming bedoeld in paragraaf 2, eerste lid, en de datum van het onderzoek.

§ 4. In afwijking van de paragrafen 1, 2 en 3, mag de tegemoetkoming echter zonder nader onderzoek geweigerd worden als er voldoende elementen voorhanden zijn waaruit blijkt dat het kind niet voldoet aan de voorwaarden om de tegemoetkoming te verkrijgen.

Art. 9. Par dérogation à l'article 8, § 2, l'équipe multidisciplinaire peut effectuer son examen sur la base de pièces si elle estime qu'elle dispose d'informations suffisantes pour prendre une décision fondée.

Dans ce cas, les parents ou le représentant légal de l'enfant sont informés par le Centre de la décision de procéder à l'examen sur pièces.

Les parents ou le représentant légal de l'enfant disposent d'un délai de 14 jours calendriers à compter de l'information visée au deuxième alinéa pour exiger que l'enfant soit examiné par une équipe multidisciplinaire en dérogation au premier alinéa.

Art. 10. Les bénéficiaires d'allocations familiales en vertu des articles 12, alinéa 1^{er}, et 26, alinéa 1^{er}, de l'ordonnance du 25 avril 2019 peuvent introduire une demande en révision auprès de l'organisme compétent.

La demande en révision implique une nouvelle évaluation des conséquences de l'affection de l'enfant.

Le formulaire d'informations médicales mentionne la nature du changement dans l'affection et les conséquences pour l'enfant et la famille.

La révision peut aussi être effectuée à l'initiative de l'équipe multidisciplinaire, notamment sur base d'informations nouvelles communiquées par l'organisme d'allocations familiales compétent. L'inscription comme demandeur d'emploi conformément à l'article 25, § 2, alinéa 1^{er}, d), de la même ordonnance ne peut pas en soi donner lieu à une révision.

Suite à une révision opérée en vertu du présent article, l'organisme d'allocations familiales prend une décision de paiement de la différence chaque fois qu'un montant plus élevé peut être payé.

Art. 11. Une révision d'office a lieu en cas de décision multidisciplinaire ou en cas d'évaluation visée à l'article 6, § 2, pour une durée déterminée.

La procédure de révision d'office est entamée par le Centre.

Lorsqu'une décision découlant d'une révision d'office porte sur une période précédant la date de fin de la validité de la décision précédente ou de l'évaluation visée à l'article 6, § 2, l'organisme d'allocations familiales ne peut tenir compte, pour cette période, que des décisions qui donnent lieu à l'octroi d'un montant plus élevé. Dans ce cas, l'organisme paie la différence.

Art. 12. Sans préjudice de l'article 10, alinéas 3 et 4, les demandes en révision visées à l'article 10 sont instruites conformément aux dispositions des articles 6, 7, 8 et 9.

Art. 13. Les révisions d'office visées à l'article 11 sont instruites conformément aux dispositions des articles 6, § 1^{er}, alinéas 4 et 5, 7, 8, §§ 1^{er} et 2, et 9.

CHAPITRE 4. — Dispositions diverses

Art. 14. En vue de la confirmation visée dans les dispositions suivantes, la famille ou la l'organisme d'allocation familiales introduit une demande à l'organisme d'allocations familiales compétent:

1° l'article 15 de l'arrêté du Collège réuni de la Commission communautaire commune du 9 juillet 2019 fixant les conditions d'octroi des allocations familiales au bénéfice des enfants qui suivent des cours ou sont engagés dans une formation ;

2° l'article 1^{er}, alinéa 3, de l'arrêté du Collège réuni de la Commission communautaire commune du 9 juillet 2019 fixant les conditions d'octroi des allocations familiales au bénéfice des apprentis ;

3° l'article 3, alinéa 1^{er}, de l'arrêté du Collège réuni de la Commission communautaire commune du 9 juillet 2019 fixant les conditions d'octroi des allocations familiales au bénéfice d'enfants qui effectuent un stage pour pouvoir être nommés à une charge;

4° l'article 3, alinéa 1^{er}, de l'arrêté du Collège réuni de la Commission communautaire commune du 9 juillet 2019 fixant les conditions d'octroi des allocations familiales au bénéfice d'enfants qui préparent un mémoire de fin d'études supérieures.

Art. 9. In afwijking van artikel 8, § 2, kan het multidisciplinair team zijn onderzoek verrichten op grond van stukken indien het van oordeel is dat het beschikt over voldoende informatie om een gefundeerde beslissing te nemen.

In dat geval worden de ouders of de wettelijke vertegenwoordiger van het kind door het Centrum ingelicht over de beslissing om het onderzoek te laten plaatsvinden op grond van stukken.

De ouders of de wettelijke vertegenwoordiger van het kind beschikken vanaf de inlichting bedoeld in het tweede lid over 14 kalenderdagen om te eisen dat het kind in afwijking van het eerste lid toch wordt onderzocht door een multidisciplinair team.

Art. 10. De gerechtigden op kinderbijslag krachtens de artikelen 12, eerste lid, en 26, eerste lid, van de ordonnantie van 25 april 2019 kunnen een aanvraag tot herziening indienen bij de bevoegde kinderbijslaginstelling.

De aanvraag tot herziening brengt een nieuwe evaluatie mee van de gevolgen van de aandoening van het kind.

Het medisch inlichtingenformulier vermeldt de aard van de verandering van de aandoening en de gevolgen voor het kind en het gezin.

De herziening kan ook worden verricht op initiatief van het multidisciplinair team, inzonderheid op basis van nieuwe inlichtingen die worden medegedeeld door de bevoegde kinderbijslaginstelling. De inschrijving als werkzoekende overeenkomstig artikel 25, § 2, eerste lid, d), van de ordonnantie van 25 april 2019 mag op zich geen aanleiding geven tot een herziening.

Telkens ten gevolge van de herziening uitgevoerd krachtens dit artikel een hoger bedrag kan worden toegekend, betaalt de kinderbijslaginstelling het verschil.

Art. 11. Een ambtshalve herziening vindt plaats ingeval een multidisciplinaire beslissing of de evaluatie bedoeld in artikel 6, § 2, voor een bepaalde duur genomen werd.

De procedure van ambtshalve herziening wordt ingeleid door het Centrum.

Indien de beslissing die voortvloeit uit een ambtshalve herziening betrekking heeft op een periode voorafgaand aan de datum waarop de geldigheid van de vorige beslissing of de evaluatie bedoeld in artikel 6, § 2, een einde neemt, kan de kinderbijslaginstelling voor die periode enkel rekening houden met beslissingen die aanleiding geven tot de toekenning van een hoger bedrag. In dat geval betaalt de instelling het verschil.

Art. 12. Onverminderd artikel 10, derde en vierde lid, worden de aanvragen tot herziening bedoeld in artikel 10 onderzocht overeenkomstig de bepalingen van de artikelen 6, 7, 8 en 9.

Art. 13. De ambtshalve herzieningen bedoeld in artikel 11 worden onderzocht overeenkomstig de bepalingen van de artikelen 6, § 1, vierde en vijfde lid, 7, 8, §§ 1 en 2, en 9.

HOOFDSTUK 4. — Diverse bepalingen

Art. 14. Met het oog op de bevestiging bedoeld in de volgende bepalingen, dient het gezin of de kinderbijslaginstelling een aanvraag in bij de bevoegde kinderbijslaginstelling:

1° artikel 15 van het besluit van het Verenigd College van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie van 9 juli 2019 tot vaststelling van de voorwaarden waaronder kinderbijslag wordt verleend ten behoeve van kinderen die lessen volgen of een opleiding doorlopen;

2° artikel 1, derde lid, van het besluit van het Verenigd College van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie van 9 juli 2019 tot vaststelling van de voorwaarden waaronder kinderbijslag wordt verleend ten voordele van kinderen die verbonden zijn door een leerovereenkomst;

3° artikel 3, eerste lid, van het besluit van het Verenigd College van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie van 9 juli 2019 tot vaststelling van de voorwaarden waaronder kinderbijslag wordt verleend ten voordele van de kinderen die een stage volgen om in een ambt te kunnen worden benoemd;

4° artikel 3, eerste lid, van het besluit van het Verenigd College van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie van 9 juli 2019 tot vaststelling van de voorwaarden waaronder kinderbijslag wordt verleend ten behoeve van het kind dat een eindverhandeling voor hogere studies voorbereidt.

Pour l'évaluation qui en découle, les règles prévues à l'article 6, § 1^{er}, alinéas 3 à 5, à l'article 8, §§ 1^{er} et 2, alinéa 1^{er}, alinéa 2, alinéa 3, première phrase, alinéas 4 et 5, et à l'article 9, sont applicables.

Les membres de l'équipe multidisciplinaire respectent la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient lors de la confirmation visée par les dispositions du premier alinéa.

Le résultat de l'évaluation est communiqué au demandeur dans un délai de 3 mois à compter du début du mois suivant celui au cours duquel le Centre a reçu la demande visée au premier alinéa.

Lors de l'envoi du rappel visé à l'article 8, § 1^{er}, alinéa 3, le délai dans lequel le résultat doit être communiqué est suspendu jusqu'à ce que le demandeur ait communiqué les documents ou informations demandés. Le délai dans lequel une décision doit être prise est également suspendu pendant la période comprise entre l'envoi de la deuxième convocation ou le cas échéant de la demande d'assentiment visée à l'article 8, § 2, alinéa 1^{er}, et la date de l'examen.

CHAPITRE 5. — Dispositions transitoires et finales

Art. 15. Par dérogation à l'article 7, alinéa 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 un droit aux allocations familiales en vertu des articles 12, alinéa 1^{er}, 26, alinéa 1^{er}, ou 39 de l'ordonnance du 25 avril 2019 conserve ce droit 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.

Art. 16. Sans préjudice de l'application de l'article 15, sont abrogés:

1° l'arrêté royal du 3 mai 1991 ;

2° l'arrêté royal du 28 mars 2003 ;

3° l'arrêté du Collège réuni de la Commission communautaire commune du 16 décembre 2021 relatif à l'évaluation de l'affection de l'enfant bénéficiaire d'allocations familiales.

Art. 17. Le chapitre premier de l'ordonnance du 15 décembre 2022 modifiant l'ordonnance du 4 avril 2019 établissant le circuit de paiement des prestations familiales et l'ordonnance du 25 avril 2019 réglant l'octroi des prestations familiales entre en vigueur à la même date que celle du présent arrêté.

Art. 18. Les Membres du Collège réuni, en charge des Prestations familiales, sont chargés de l'exécution du présent arrêté.

Bruxelles, le 25 mai 2023.

Pour le Collège réuni :

Les Membres du Collège réuni, en charge des Prestations familiales,
S. GATZ

B. CLERFAYT

Voor het uitvoeren van de daaropvolgende evaluatie zijn de regels bepaald in artikel 6, paragraaf 1, derde tot vijfde lid, artikel 8, paragraaf 1, en paragraaf 2, eerste lid, tweede lid, derde lid, eerste zin, vierde en vijfde lid, en artikel 9 van toepassing.

De leden van het multidisciplinair team leven de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt na bij het uitvoeren van de bevestiging bedoeld in de bepalingen vermeld in het eerste lid.

Het resultaat van de evaluatie wordt meegedeeld aan de aanvrager binnen de drie maanden te rekenen vanaf het begin van de maand volgend op de maand waarin het Centrum de in het eerste lid bedoelde aanvraag ontvangt.

Bij verzending van de herinneringsschrijven bedoeld in artikel 8, § 1, derde lid, wordt de termijn waarbinnen het resultaat moet worden meegedeeld, geschorst tot de aanvrager de gevraagde documenten of informatie heeft meegedeeld. De termijn waarbinnen een beslissing moet worden genomen, wordt ook geschorst tijdens de periode tussen het verzenden van de tweede oproeping dan wel vraag tot instemming bedoeld in artikel 8, § 2, eerste lid, en de datum van het onderzoek.

HOOFDSTUK 5. — Overgangs-, opheffings- en slotbepalingen

Art. 15. In afwijking van artikel 7, eerste lid, behoudt het kind waarvoor een beslissing is genomen op grond van het koninklijk besluit van 28 maart 2003 en dat ten gevolge van die beslissing een recht opent op de kinderbijslagen krachtens de artikelen 12, eerste lid, 26, eerste lid, of 39 van de ordonnantie van 25 april 2019, dit recht zolang de voormelde beslissing beslist onverminderd van toepassing blijft omdat er geen ambtshalve herziening of aanvraag tot herziening plaatsvond en op voorwaarde dat het kind de leeftijd van 21 jaar niet heeft bereikt.

Art. 16. Onverminderd de toepassing van artikel 15 worden opgeheven:

1° het koninklijk besluit van 3 mei 1991;

2° het koninklijk besluit van 28 maart 2003;

3° het besluit van het Verenigd College van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie van 16 december 2021 betreffende de evaluatie van de aandoening van het kind dat rechtgevend is op kinderbijslag.

Art. 17. Het hoofdstuk 1 van ordonnantie van 15 december 2022 tot wijziging van de ordonnantie van 4 april 2019 tot vaststelling van het betaalcircuit voor de gezinsbijslag en van de ordonnantie van 4 april 2019 tot regeling van de toekenning van gezinsbijslag, treedt in werking op dezelfde dag als dit besluit.

Art. 18. De Leden van het Verenigd College, bevoegd voor de Gezinsbijslagen, worden belast met de uitvoering van dit besluit.

Brussel, 25 mei 2023.

Voor het Verenigd College:

De leden van het Verenigd College, bevoegd voor de Gezinsbijslagen,
S. GATZ

B. CLERFAYT

Annexes à l'Arrêté du Collège réuni de la Commission communautaire commune relatif à
l'octroi des allocations familiales en faveur de l'enfant atteint d'une affection

ANNEXE I - ECHELLE MEDICO-SOCIALE, AU SENS DE L'ARTICLE 2, § 2

Préface

L'Echelle médico-sociale est composée, d'une part, des piliers P1 et P2, spécifiques de l'enfant lui-même et, d'autre part, du pilier P3 spécifique de sa famille et de son entourage.

Le pilier P1 repose sur l'incapacité suivant la Liste des affections pédiatriques et le B. O. B. I., calculée suivant les dispositions du présent arrêté.

Suivant l'intervalle des pourcentages d'incapacité du tableau du pilier P1, un nombre de points, de 0 à 6, est attribué pour un pourcentage déterminé d'incapacité.

Le score des piliers P2 et P3 est la somme des scores obtenus suivant les sous-rubriques décrites dans les tableaux respectifs. Une sous-rubrique reçoit un score compris entre 0 et 3 points. Le score du pilier P2 est compris entre 0 et 12 points, celui du pilier P3 entre 0 et 9 points.

Le pilier P2 comprend les rubriques : 1) Intégration sociale, Education et Apprentissage, 2) Communication, 3) Mobilité/Déplacement, 4) Soins corporels.

Le pilier P3 mesure l'effort investi par la famille de l'enfant et comprend les rubriques : 1) Traitements à domicile 2) Déplacements pour surveillance médicale et traitements 3) Adaptation du milieu et des habitudes de vie.

A l'exception de la première rubrique du pilier P2 et des deux premières du pilier P3, chaque rubrique distingue différentes classes d'âge pour son application.

Pour chaque rubrique, les sous-rubriques indiquent les items qui sont impératifs en ce qu'ils déterminent le score attribué : 0, 1, 2 ou 3 points.

Les items de chaque sous-rubrique expriment le degré des déficits ou des efforts consentis pour des traitements et correspondent à des situations types pour chaque fonction décrite.

Le score le plus élevé des scores attribués dans les sous-rubriques, donne le score de chaque rubrique des piliers P2 et P3.

L'application des items repose sur l'examen médical, l'entretien avec la famille et l'enfant ainsi que des données recueillies auprès des médecins spécialistes, du personnel paramédical, scolaire, social, etc. qui interviennent dans le cadre de l'affection ou du handicap de l'enfant.

Le score total est égal à la somme des scores du pilier P1 et P2 plus deux fois le score du pilier P3. Le nombre total de points ainsi déterminés est donc compris entre 0 et 36 points.

Si des difficultés d'ordre médical ou social se présentent à la famille en ce qui concerne les efforts mentionnés dans le pilier 3, l'évaluation doit être réalisée en tenant compte des efforts qui seraient accomplis de manière raisonnable pour cet enfant par des parents en bonne santé qui se trouvent dans une situation sociale moyenne.

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 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												
Total		Total:							Total:					

2.1 EDUCATION/APPRENTISSAGE ET INTEGRATION 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 atteinte neurologique, sensorielle ou somatique.		X		
Logopédie, psychomotricité, ergothérapie 1X/sem. Régime alimentaire strict.				
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 atteinte 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 ELEVE				

0 - 36 mois 2.2 COMMUNICATION	0	1	2	3
<p>A titre indicatif d'une évolution réputée normale :</p> <p><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.</p>	X			
<p>3 mois: ne réagit pas à la voix des parents 5 mois: <u>entendre</u>: ne regarde pas lorsqu'un familier lui parle (pour voir d'où vient la voix) <u>expression</u>: ne répond pas par des vocalises lorsqu'un familier lui parle 10 mois: <u>entendre</u>: n'agit pas la main quand un familier dit "au revoir" <u>expression</u>: pas de début de babillage Apparition tardive des premiers mots (maman, papa) de 18 mois jusqu'à 24 mois Après 12 mois : interactions visuelles difficiles avec les parents</p>		X		
<p>Absence de toute communication orale après l'âge de 12 mois. Cécité complète. Cophose complète.</p>			X	
<p>SCORE LE PLUS ELEVE:</p>				

37 mois - 6 ans	2.2 COMMUNICATION			
	0	1	2	3
<p>A 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? c'est 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</p> <p>5-6ans : fait des phrases de 5 mots; définit 3 mots</p>	X			
<p>Retard du langage parlé de 18 mois au moins ou au moins 2 écarts-types de la norme dans 3 fonctions (phonologique, lexicale, morpho-syntaxique).</p> <p>A partir de 5 ans: un retard grapho-moteur de 18 mois au moins ou au moins 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^e année maternelle.</p> <p>Après la 3^e année maternelle : s'exprime par des mots sans phrase et est peu compréhensible</p> <p>Apprentissage du langage par des méthodes particulières (lecture labiale, français signé, 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.</p> <p>Cécité complète. Cophose totale.</p>				X
SCORE LE PLUS ELEVE :				

12 ans et plus	2.2 COMMUNICATION	0	1	2	3
A titre indicatif d'une évolution réputée normale :					
peut résumer une histoire oralement / peut lire des bandes dessinées / lit des romans, et 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 Vision: < 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 de 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: nécessité de lecture labiale pour la compréhension en dépit du port de prothèses auditives Vision: 1/20 (bilatérale avec correction) ou champ visuel < 10°; ne peut pas lire (braille nécessaire) ou regarder la télévision				X	
Langage parlé incompréhensible, dit quelques mots mais pas de phrase, langage des signes indispensable. Impossibilité d'apprentissage du braille Cécité complète. Cophose totale.					X
SCORE LE PLUS ELEVE:					

0-36 mois	2.3. MOBILITE ET DEPLACEMENT (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 Pas de contrôle de tête à 6 mois Hypotonie axiale majeure sans activité motrice.		X	X	X
	SCORE LE PLUS ELEVE				
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) Pas de position assise autonome Préhension possible mais inefficace ou quasi nulle Pas de contrôle de tête et pas d'activité motrice volontaire.		X	X	X
	SCORE LE PLUS ELEVE				
25 – 36 mois	Marche avec aide Préhension possible mais maladroite (pas de motricité fine) 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 Pas de position assise autonome Absence de préhension		X	X	X
	SCORE LE PLUS ELEVE				

3-6 ans	2.3 MOBILITE ET DEPLACEMENT (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 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 ELEVE				

7 ans et plus	2.3 MOBILITE ET DEPLACEMENT (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 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
Transport 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 ELEVE				

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 ELEVE				

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 ELEVE				

7-11 ans	2.4 SOINS CORPORELS	0	1	2	3
Se laver, et s'habiller	De manière indépendante Aide limitée (ex : 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 Petits accidents nocturnes et diurnes ou lavements quotidiens Incontinence totale, soins de stomie ou sondage	X	X	X	X
	SCORE LE PLUS ELEVE				

12 ans et plus	2.4 SOINS CORPORELS	0	1	2	3
Se laver et s'habiller	De manière indépendante Surveillance et aide limitée (ex : 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 (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, aide pour l'hygiène, lavement quotidien. Incontinence totale, langes permanents, soins de stomie ou sondage.	X	X	X	X
	SCORE LE PLUS ELEVE				

3.1 TRAITEMENT DISPENSE A DOMICILE Traitements administrés pendant au moins 6 mois	0	1	2	3
2 médicaments différents per os plusieurs fois par jour; injection IM ou SC 1x/semaine lunettes; cache-œil; gouttes oculaires; pommade 1x/jour; appareils auditifs et implant cochléaire au-delà de 6 ans. plaque palatine; appareil dentaire; chaussures orthopédiques;	X			
Importante protection contre la lumière (ophtalmique et cutanée); 3 ou plus médicaments différents per os par jour; injection IM ou SC 1x/jour. médicament IV 1x/mois; prothèse oculaire; verres de contact chez un enfant de moins de 6 ans ; appareils auditifs et implant cochléaire jusqu'à 6 ans ; aérosol/kiné respiratoire 2x/jour; monitoring prescrit pour des apnées répétées; régime d'exclusion d'un élément (lactose, phénylalanine, gluten,...); kiné quoti- dienne à domicile; vêtement compressif; bains thérapeutiques et pommades administrés plus de 2x/jour; corsets ou plâtres; soins et placement d'une prothèse de membre ou orthèse; lavements répétés; sondages urinaires <3x/jour; dilatations anales ;		X		
administration IV de médicament 1x/semaine ou plus; pompe à desferoxamine, morphine, etc...; aérosol/kiné respiratoire 3x/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	
Soutien continu ou la nuit de la respiration (aspiration, canule, respirateur, admi- nistration 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 ELEVE				

3.2 DEPLACEMENT POUR SURVEILLANCE MEDICALE ET TRAITEMENT.	0	1	2	3
<p>A 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'éducateur, le surveillant, l'assistant social, 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 4x/sem. ou plus de 14 h/sem.</p>	X	X	X	X
SCORE LE PLUS ELEVE				

0-36 mois	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. Nécessité de rester à la maison ou interruption d'activités professionnelles pour un des parents pour soigner l'enfant. Le placement en milieu d'accueil normal (crèche, garderie) est difficile ou impossible (risque d'infection, immunodéficience, etc...)		X		X
	SCORE LE PLUS ELEVE				

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). 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. Nécessité de rester à la maison ou interruption d'activités professionnelles pour un des parents pour soigner l'enfant. Surveillance permanente indispensable (ne peut rester seul un instant).		X		
	SCORE LE PLUS ELEVE				

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 avec parfois une aide légère (ex. : soins des ongles, nouer les lacets, fermer les boutons). Aide pour certaines activités : peut être épisodique (ex. : hygiène périodique). Aide quotidienne pour s'alimenter, se laver, s'habiller, aller aux toilettes et se déplacer autour de l'habitation. Aide totale et permanente pour toutes les activités.	X	X	X	X
Processus d'apprentissage	Surveillance et aides spécifiques pour les travaux à domicile (déficits sensoriels, retard psychomoteur ou mental, troubles de comportement) : par exemple agrandissement des lettres pour la lecture, leçons particulières, etc.		X		
Surveillance et loisirs	Diagnostic avec un pronostic réservé. A la condition d'un effort spécial des parents, une activité sportive ou une participation normale à un mouvement de jeunesse est possible. Mesures spécifiques de sécurité dans l'ensemble de l'habitation Mesures quotidiennes objectivées de prévention antiallergique Surveillance importante indispensable. Nécessité de rester à la maison ou interruption d'activités professionnelles pour un des parents 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 (ex. : lieux de vacances aménagés). Surveillance permanente indispensable (ne peut rester seul un instant).		X	X	X
	SCORE LE PLUS ELEVE				

ANNEXE II - LISTE DES AFFECTIONS PEDIATRIQUES TELLE QU'APPLIQUEE PAR LE CENTRE D'EVALUATION DE L'AUTONOMIE ET DU HANDICAP, AU SENS DE L'ARTICLE 3, § 1^{er}, ALINEA 1^{er}, 1^o

PREMIERE 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. 28^{ter} : si les interventions principales de chirurgie esthétique n'ont pas été effectuées.

→ Lors de la révision à l'âge de 1 an, les répercussions fonctionnelles sont évaluées suivant :

Art. 12, b) : en cas de persistance d'un pertuis palatin.

Cet article inclut 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. 28^{ter} n'est plus applicable.

Fente labiale ou labio-alvéolaire :

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

2. Micrognathie.

Art. 23, a) : difficultés d'occlusion

Evaluer 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. Ces articles 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) : unilatéral, traité par attelles ou par une immobilisation inférieure à 6 mois

Art. 210, b) : bilatéral ou unilatéral mais traité 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 base de l'examen de chaque pied et selon les critères définis ci-dessus.

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

A 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 :

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)

A 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 vitamino-résistant

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.

DEUXIEME PARTIE/ MUSCLES et APONEVROSES**11. Amyotrophie**

Art. 342 – 342bis : l'évaluation se fait d'une manière analogue suivant les incapacités de lésions neurologiques décrites sous les art. 545 – 546 et les art. 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.

TROISIEME 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. 359bis, 1b : 10-30 % : NYHA - classe 2 *

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

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

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

Les nourrissons bénéficiant 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. 359ter : 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 palpitation, ni dyspnée ni angor.

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 un angor.

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 présent même au repos. Si une activité physique est entreprise, la gêne est augmentée.

QUATRIEME PARTIE : APPAREIL RESPIRATOIRE

20. Asthme

Art. 381-382-383 : Il est nécessaire d'avoir au moins 3 items / colonne de ce tableau :

Inv. %	5 – 30 % (art. 381)	30 – 66 % (art. 382)	> 66 % (art. 383)
Items	Asthme léger	Asthme moyen à sévère	Asthme sévère
Exacerbations	— < 1 – 2 /semaine — durée : < 7 jours — asymptomatique entre les exacerbations —suit normalement les cours + le sport	— 1-2 /semaine ET — PERIODES D'ABSENCES SCOLAIRES ET 1-2 ou plus d'hospitalisations / an OU — 6-12 consultations chez le spécialiste par an	—plaintes quotidiennes ou enclenchement facile d'une crise ET — fréq. exacerbations malgré bon suivi d'un traitement de fond OU — 3 ou plus d'hosp. / an. OU antécédent de crise asthmatique menaçant la vie (sous traitement adéquat). — retard scolaire
Limitations des activités	Intermittente	Lors d'efforts légers : freq. 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 / mois	Fréq. plaintes nocturnes quintes de toux ou dyspnée (> 2/ mois)	Fréq. crises d'asthme nocturnes : > 1 / semaine
DEP (% de la valeur prédite) (enfant de 5 à 7 ans)	plus grand que 80 %	entre 60 – 80 %	moins de 60 %
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 leucotriène en monothérapie	Utilisation quotidienne de stéroïdes inhalés 800 μ g ET β 2-mim. de longue durée ou antagoniste des récepteurs de leucotriène ET utilisation importante de β 2-mim. de courte durée OU stéroïdes per os ou IV en cures <i>(L'adaptation correcte du traitement antiasthmatique et l'utilisation rapide β2-mim. de courte durée peuvent souvent éviter les cures de stéroïdes)</i>	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 leucotriène ET fréq. ou continu stéroïdes per os 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. Atelectasie 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

CINQUIEME 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 atrésie oesophagienne.

Art. 573 : en cas de troubles neurologiques.

30. Reflux gastro-oesophagien 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 :

dans l'intervalle des pourcentages de cet article mais selon les articles ci-après :

Art. 431 et 779/7 : → évolution staturo-pondérale cf. N°83 et N°92

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

Art. 417 : → complications oesophagiennes

Art. 697-698-699 : → complications sinuales

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 estimer suivant l'état général cf. N°92

34. Maladie coeliaque

Art. 431 : à estimer suivant 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

SIXIEME PARTIE: HEMATHOLOGIE**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 à 100 %

Un des critères suivants doit être présent :

- . Anémie avec Hb inférieure à 6 gr/100ml;
- . Acute Chest Syndrom associé ou non à une pneumonie;
- . Accident vasculaire cérébral;
- . Priapisme;
- . Nécrose aseptique de la hanche (évaluer indépendamment cf. N°4)
- . Insuffisance respiratoire avec anomalies fonctionnelles objectivées.

→ Drépanocytose sévère : Art. 458 : 66 à 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 à 65 %

Une hospitalisation par an pour crise vaso-occlusive (pas pour un bilan)

Crises douloureuses peu fréquentes

Evolution favorable sous hydroxycarbamide

Traitement de la douleur en hôpital de jour

→ Drépanocytose légère : Art. 458 : 25 à 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 à 100 %

Si un des critères suivants :

- . Immunodéficience profonde correspondent 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;
- . Echec de la trithérapie et traitement expérimental.

→ Atteinte sévère : Art. 462 : 66 à 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 à 65 %

Traitement continu par bithérapie sans altération de l'état général;

→ Atteinte légère : Art. 462 : 25 à 49 %

Séropositivité : en l'absence de traitement.

39. Déficit immunitaire sévère (acquis ou congénital).

Art. 463 : (utilisé par assimilation) : 60 à 100 %.

En cas d'agranulocytose de Kostman, la leucopénie congénitale sévère (avec moins de 1000 PN / ml malgré le

traitement par granulocyte colony-stimulating factor) s'évalue :

→durant la première année post-greffe (avec hospitalisations et interventions chirurgicales) : l'incapacité est

supérieure à 80 %

→après cette première année :

évaluation des répercussions fonctionnelles selon les articles du BOBI.

→ avec un traitement mais sans répercussion clinique, l'incapacité est généralement moins de 66 %.

40. Hémophilie et maladie de von Willebrand

Preciser sur base des éléments suivants : taux de facteur VIII ou facteur IX, nombre de transfusions (carnet), lésions articulaires, hospitalisations,

→ Atteinte grave : Art. 471, c) : 80 à 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 à 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 à 65 %

Transfusions de facteur VIII ou facteur IX une fois par semaine pendant au moins 2 mois;

→ Atteinte légère : Art. 471, c) : 25 à 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 à 65 %

Purpura avec taux de plaquettes de 20. 000 à 50. 000 en dehors des épisodes aigus.

42. Thalassémie

A évaluer sans se référer aux taux d'hémoglobine

→ Atteinte grave : Art. 458 : 80 à 100 %

Thalassémie majeure nécessitant des hospitalisations pour complications

→ Atteinte sévère : Art. 458 : 66 à 79 %

Thalassémie majeure nécessitant des transfusions toutes les 3 à 4 semaines

→ Atteinte modérée : Art. 458 : 50 à 65 %

Thalassémie majeure traitée par deferoxamine sans complications

→ Atteinte légère : Art. 458 : 25 à 49 %

Thalassémie intermédiaire

SEPTIEME PARTIE : AFFECTIONS UROLOGIQUES

43. Néphropathies

Art. 477 : selon les critères suivantes :

a. Affections rénales chroniques avec atteinte de la filtration glomérulaire

Evaluation 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 status pubertaire (comme la formule de Schwartz avec l'ancienne détermination de la créatininémie).

A partir de l'âge d'un an

1. Atteintes légères (0 à 24 %) :

Demandant un contrôle clinique et biologique suivi sans altérer toutefois les 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 %) :

Demandant 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, la croissance, la diurèse et 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 % : Demandant un suivi clinique et biologique en altérant pas les activités quotidiennes de la vie sociale et scolaire.

2. →25 à 65 % : Demandant 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 bien l'ensemble de la symptomatologie doit être évalué.

44. Reflux vesico-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 de 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 %

HUITIEME PARTIE : NEUROPSYCHIATRIE.

Systeme nerveux

48. Troubles du langage consécutifs à des lésions cérébrales et dysphasies de développement

Art. 548. Cet article ne peut être utilisé pour les absences ou les 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 suivant 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 : le retard psychomoteur ou mental cf. N° 64 - 65

52. Hydrocéphalie

Art. 544(BOBI 533) : en cas de drainage sans complications

Art. 555 : hypertension intracrânienne

Art. 665 à 668 : le retard psychomoteur ou mental cf. N° 64 - 65

53. Angiome cérébral (calcifié)

Art. 558 à 561 : en cas d'épilepsie

Art. 665 à 668 : le retard psychomoteur ou mental 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 sensitifs

Art. 589-590 : en cas de troubles sphinctériens

55. Maladie de von Recklinghausen

Art. 665 à 668 : le retard psychomoteur ou mental 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 : le retard psychomoteur ou mental 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 665 à 668 suivant les critères 1) ou/et 2)

1) Critères ADHD avec Q. I. normal :

- troubles du comportement ou de socialisation : 5- 25 %

- troubles de l'apprentissage nécessitant une aide spéciale : 5-25 %

2) Critères ADHD avec Q. I. faible : à évaluer selon N° 64 - 65

(le pourcentage ne doit pas s'ajouter à 1) mais il faut appliquer la règle des incapacités multiples)

61. Troubles du spectre de l'autisme (TSA) et troubles envahissants du développement

Art. 665 à 668 suivant les critères 1) ou/et 2)

1) Critères TSA avec Q. I. normal :

- symptômes de troubles du spectre de l'autisme : 0 - 45 %

(pauvreté des contacts sociaux, troubles du comportement, troubles de la communication)

- besoin d'être soutenu par l'entourage (pourcentage de majoration) : 0- 25 %

2) Critères TSA avec Q. I. faible : à évaluer selon N°64 - 65 (le pourcentage ne doit pas s'ajouter à 1) mais il faut 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, c.à.d. 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. Déficiência intellectuelle, troubles de l'apprentissage (dyspraxie, dyslexie...) et le retard scolaire associé (à partir de l'âge de 6 ans).

Art. 665. à 668 appliqués suivant la valeur du quotient intellectuel (Q. I.) évalué à l'aide d'un test bien standardisé et en tenant compte du comportement adaptatif et des acquisitions scolaires suivant 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 %
Déficiência intellectuelle avec un QI entre 60 et 69 ou un retard scolaire de 4 années. *+	25 à 65 %
Déficiência 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'efficiencia mentale (p. ex. : trisomies 21 / 9 / 15, syndrome du X-fragile, délétion de chromosomes, ..)

Art. 665 à 668 : selon l'âge et la déficiencia intellectuelle cf. N°64 - 65

[¹ En cas d'affections génétiques ou chromosomiques dont l'évolution est habituellement déficienciaire 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 endéans les deux premières années de vie, l'incapacité est fixée à 66 % dès la naissance.]¹

NEUVIEME PARTIE : OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

67. Troubles du langage associés à une surdité.

La déficience auditive est évaluée selon le N° 68.

Taux de majoration suivant l'Art. 548, a) :

- . Jusqu'au développement du langage, le maximum de cet 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.

DIXIEME 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 à son évolution psychomotrice. Le commentaire du BOBI repris dans la X° partie n° 1), C, remis. 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'Echelle de E de Snellen ou l'Echelle des anneaux brisés de Landolt ou l'Echelle 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 si les méthodes ci-dessus sont inapplicables.

Les résultats sont convertis en unités décimales de Monoyer à l'aide du tableau d'Equivalence 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 rétiniennes

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.

ONZIEME PARTIE: AFFECTIONS CUTANÉES

75. Eczéma

Art. 761.

76. Ichtyose

Art. 764 bis - 765 : à estimer selon les répercussions fonctionnelles

77. Epidermolyse bulleuse

Art. 764 bis - 765 : à estimer selon les répercussions fonctionnelles

DOUZIEME PARTIE : AFFECTIONS ENDOCRINIENNES

78. Hyperthyroïdie.

Art. 779/1, a).

Art. 779/1, b) : avec goitre persistant et avec symptômes de compression locale

Art. 779/1, c) : avec exophtalmie (haut degré de gravité, à objectiver)

79. Hypothyroïdie.

Art. 779/2, a) : les troubles, qui y sont éventuellement associés tels que le retard mental et la puberté précoce, doivent être évalués comme il est prévu pour ces affections.

Art. 779/3 : tumeur goitreuse.

80. Hypoparathyroïdie

Art. 779/4, a) : en tant qu'état stabilisé

Art. 779/4, b) : 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. 779/7, a) : taille inférieure à - 4DS 50 %

Art. 779/7, b) : taille inférieure à - 3DS 30 %

Art. 779/7, c) : 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. 780, a) : diabète sucré associé

Art. 779/10, b) : insuffisance cortico-surrénalienne iatrogène : 20-50 % en fonction de l'incidence sur l'état général

85. Hypopituitarisme

Art. 779/9, a) : tarissement total

Art. 779/9, b) : tarissement sélectif

10 % si une substitution simple est possible

30 % en cas de substitution multiple sans cortisol

60 % en cas de substitution multiple y compris le cortisol

86. Insuffisance cortico-surrénalienne

Art. 779/10, a) : pas de sécrétion résiduelle

Art. 779/10, b) : présence de sécrétion résiduelle

87. Diabète sucré

Art. 780, a) : DSNID 0 - 20 %.

Art. 780, b) : DSID sans complication et n'entravant pas l'activité normale 20 - 40 %

Art. 780, c) : DSID entravant l'activité normale mais sans complication 40 - 60 %

Art. 780, d) : DSID, malgré un traitement optimal, entraîne :

* des complications

* une hypoglycémie sévère fréquente (hospitalisation ou administration assistée de sucre)

* répercussion psychologique sévère, documentée (avec accompagnement adapté), qui limitent gravement l'activité de l'enfant.

88. Diabète insipide

Art. 781, a) : sans difficulté de traitement

Art. 781, b) : difficile à traiter : 30-60 % (en fonction de la fréquence des hospitalisations)

89. Hyperinsulinisme

Art. 780, a) état corrigé.

Art. 780, b) état stabilisé avec traitement

Art. 780, c) ou d) : hyperinsulinisme non contrôlable : 40 - 100 % (en fonction de la répercussion sur l'état général et du besoin d'hospitalisation)

90. Insuffisance gonadique totaleMasculine :

Art. 493, b) à partir de 13 ans : 30 % (y compris la substitution hormonale et l'éventualité d'une prothèse).

Un pourcentage supplémentaire suivant 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 suivant 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. 649, a) ou 779/9, b) si BMI supérieur à + 2DS : 10 %

Art. 649, b) ou 779/9, b) si BMI supérieur à + 4DS : 30 %

Art. 649, c) ou 779/9, b) si BMI supérieur à + 6DS : 60 %

92. Hypotrophie

Art. 431, a) si BMI inférieur à - 2DS : 10 %

Art. 431, b) si BMI inférieur à - 3DS : 30 %

Art. 431, c) si BMI inférieur à - 4DS : 60 %

93. Ambiguïtés sexuelles

Le pourcentage d'invalidité est diminué après correction chirurgicale même si un autre phénotype a été choisi

a) Malformations des organes génitaux féminins (pseudo hermaphrodisme féminin)

Art. 501, a) ou b) à partir de 16 ans, suivant le degré et le traitement;

b) Malformations des organes génitaux masculins (pseudo hermaphrodisme masculin)

Art. 491, a) : 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.

TREIZIEME PARTIE: LES TUMEURS**94. Tumeurs solides**

A 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 base du protocole thérapeutique et l'état général

A l'arrêt du traitement anti-cancéreux : évaluation des séquelles fonctionnelles suivant 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

A l'arrêt du traitement : évaluation des séquelles fonctionnelles, suivant les articles du BOBI.

96. Tumeurs bénignes et tumeurs traitées uniquement par chirurgie (sans traitement complémentaire par chimiothérapie ou par radiothérapie)

Evaluer selon les répercussions fonctionnelles après intervention, suivant le BOBI.

QUATORZIEME PARTIE: MALADIES METABOLIQUES, SYNDROMES SPECIFIQUES et MALADIES MULTISYSTEMIQUES**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 367 : lésions vasculaires

Art. 368, c)+bis : hypertension artérielle

100. Maladie de Klippel - Trenaunay hémangiectasie hypertrophique

Art. 374-375 : lésions artérielles

Art. 783 : lésions des articulations

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 à 668 : symptômes cognitifs cf. N° 64 - 65

103. Dégénérescences hepato-lenticulaires (Maladie de Wilson)

Art. . 445 : lésions hépatiques

Art. 554 : lésions neurologiques

Art. 477 : lésions rénales(Fanconi) cf. N °43

Art. 665 à 668 : lésions cérébrales cf. N° 64 - 65

104. Glycogénoses

Art. 445 : atteintes hépatiques

Art. 646, a) : asthénie.

Art. 342bis : atteintes musculaires

Art. 355 : atteintes cardiaques

Art. 665 à 668 : le retard psychomoteur ou mental cf. N° 64 - 65

105. Porphyries

Art. 445, a)-b) : les lésions hépatiques

Art. 764bis : les lésions dermatologiques en fonction des symptômes

Art. 628 à 631 : les 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 cf. N° 69

108. Métabolisme anormal de la leucine

Art. 665 à 668 : le retard psychomoteur ou mental cf. N° 64 - 65

Art. 558 à 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 : le retard psychomoteur ou mental cf. N° 64 - 65

110. Syndrome de Prader-Willi

Art. 665 à 668 : le retard psychomoteur ou mental cf. N° 64 - 65

Art. 342 bis : hypotonie musculaire

Art. 779 : les troubles endocriniens

111. Homocystinurie

Art. 665 à 668 : le retard psychomoteur ou mental cf. N° 64 - 65

Art. 745 bis : subluxation du cristallin

Art. 29 à 31 : atteintes vertébrales

Art. 783 : atteintes 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 : le retard psychomoteur ou mental cf. N° 64 - 65

113. Sphingolipidose

Art. 665 à 668 : le retard psychomoteur ou mental cf. N° 64 - 65

Art. 445 a) b) : les lésions hépatiques

114. Phénylcétonurie

Art. 665 a 668 : le retard psychomoteur ou mental cf. N° 64 - 65

Art. 445 a) : les lésions hépatiques

Art. 646 : asthénie.

115. Intolérance congénitale au fructose

Art. 431 : hypotrophie cf. _ N° 92

Art. 445 a) : lésions hépatiques

Art. 477 : la 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 Collège réuni de la Commission communautaire commune du 25 mai 2023 relatif à l'octroi des allocations familiales en faveur de l'enfant atteint d'une affection,

<p>Pour le Collège réuni, Les Membres du Collège réuni en charge des Prestations familiales,</p> <p style="text-align: center;">B. CLERFAYT</p>	<p>Voor het Verenigd College, De Leden van het Verenigd College bevoegd voor de Gezinsbijslagen,</p> <p style="text-align: center;">S. GATZ</p>
---	---

Bijlagen bij het besluit van het Verenigd College van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie betreffende de toekenning van kinderbijslag voor kinderen met een aandoening

BIJLAGE I - MEDISCH-SOCIALE SCHAAL IN DE ZIN VAN ARTIKEL 2, § 2

De medisch-sociale schaal is samengesteld uit, enerzijds, de pijlers P1 en P2, karakteristiek voor het kind zelf en, anderzijds, de pijler P3 karakteristiek voor het gezin en de omgeving.

De pijler P1 rust op de ongeschiktheid volgens de lijst van pediatrie aandoeningen en de O. B. S. I., berekend volgens de beschikkingen in het huidige besluit.

Volgens de vorken van ongeschiktheidspercentage uit de tabel voor P1 wordt een aantal punten van 0 tot 6 toegekend voor een bepaald ongeschiktheidspercentage.

De score voor pijlers P2 en P3 is de som van de scores bekomen volgens de subrubrieken beschreven in de overeenkomstige tabellen. Een subrubriek krijgt een score tussen 0 en 3 punten. De score voor pijler P2 is gelegen tussen 0 en 12 punten, die van pijler P3 tussen 0 en 9 punten.

Pijler P2 behelst volgende rubrieken : 1) Lerens, opleiding en sociale integratie, 2) Communicatie, 3) Mobiliteit en verplaatsing, 4) Zelfverzorging.

Pijler P3 meet de inspanning geleverd door de familie van het kind en behelst volgende rubrieken : 1) Opvolging van de behandeling thuis, 2) Verplaatsing voor medisch toezicht en behandeling, 3) Aanpassing van het leefmilieu en de leefwijze.

Met uitzondering van de eerste rubriek van pijler P2 en de eerste twee van pijler P3, onderscheidt elke rubriek voor zijn toepassing verschillende leeftijdsklassen.

Voor elke rubriek geven de subrubrieken de items aan die bindend zijn voor de score die ze toekennen : 0, 1, 2 of 3 punten.

Deze items van de subrubrieken weerspiegelen de ernst van de tekorten of de geleverde inspanningen voor behandeling en komen overeen met standaardsituaties voor elke functie.

De hoogste van de in de subrubrieken toegekende scores, geeft de score van elke rubriek van de pijlers P2 en P3.

De toepassing van de items steunt op het medisch onderzoek, het onderhoud met de familie en het kind alsook de gegevens die verzameld werden bij de geneesheren specialisten en de diensten die tussenkomen in het kader van de aandoening of handicap van het kind op paramedisch, schools, sociaal, enz. gebied.

De totale score is gelijk aan de som van de scores voor pijler P1 en P2 plus twee maal de score voor pijler P3. Het totale aantal punten dat zo bepaald wordt is gelegen tussen 0 en 36 punten.

Indien zich in hoofde van het gezin sociale of medische moeilijkheden voordoen ten aanzien van de inspanningen vermeld in pijler 3, dient de evaluatie te gebeuren rekening houdend met de inspanningen die ten aanzien van dit kind redelijkerwijze zouden worden gedaan door gezonde ouders die zich in een gemiddelde sociale situatie bevinden.

KIND					GEZIN									
1. Ongeschiktheid (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 toezicht 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:					

2.1 LEREN, OPLEIDING EN SOCIALE INTEGRATIE	0	1	2	3
Bijzonder of aangepast onderwijs		X		
Normaal onderwijs met inspanningen bij het verwerven van kennis en het ontwikkelen van vaardigheden omwille van gedragsstoornissen, mentale -, zintuiglijke -, neuromotorische of lichamelijke aandoeningen.		X		
Oefeningen logopedie, psychomotoriek of ergotherapie 1x per week. Strikt dieet.		X		
Psychologische begeleiding buiten de school (verschillende malen /maand).		X		
Thuisonderwijs omwille van zware chronische behandeling, verblijf in instelling voor bijzonder onderwijs, ziekenhuisschool, regelmatig of langdurig verblijf in het ziekenhuis.			X	
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
<p>Ter inlichting: een als normaal beschouwde ontwikkeling: 36 maand: maakt kleine zinnen in de moedertaal, gebruikt meervoud, onderscheidt kleuren, begrijpt waar? wat? wie? 4 j: de spraak is verstaanbaar; begrijpt koud, moe, bonger 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.</p>	X			
<p>Achterstand in spraak van tenminste 18 maand of tenminste 2 maal SD voor de 3 functies (articulatie, woordbetekenis en zinsbouw). Vanaf 5 jaar: een grafo-motorische achterstand van tenminste 18 maand of tenminste 2 maal SD bij volledige standaardtest. Visus: < 3/10 (bilateraal met correctie).</p>		X		
<p>Eerste woordjes slechts vanaf 3e kleuterklas. Zegt enkel woorden, geen zinnen, slechts 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°.</p>			X	
<p>Aileen een non-verbale communicatie is mogelijk. Volledige blindheid of totale kophose.</p>				X
<p>HOOGSTE SCORE :</p>				

7-11 jaar	2.2 COMMUNICATIE				0	1	2	3
<p>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 3e leerjaar.</p>	X							
<p>Spraakachterstand van tenminste 30 maanden of tenminste 2 maal SD voor de 3 functies (articulatie, woordbetekenis en zinsbouw) bij volledige standaardtest. Blijft verstaanbaar. Begrijpt eenvoudige opdrachten. 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.</p>		X						
<p>Spraak moeilijk verstaanbaar, gebrek gelijk aan ten minste 48 maand spraakachterstand op de leeftijd van 7 jaar oftenminste gelijk aan 6 jaar achterstand op de leeftijd van 11 jaar. Reageert niet op opdrachten wegens ernstig communicatieprobleem 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.</p>			X					
<p>Onverstaanbare spraak, zegt enkele woorden maar geen zin, gebarentaal noodzakelijk. Braille niet aan te leren. Volledige blindheid / totale kophose.</p>				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. Emstig 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 I totale kophose.					X
	HOOGSTE SCORE:				

0-36 maand	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
0 - 12 maand	Moeilijke hoofdcontrole op 6 maand.		X		
	Geen hoofdcontrole op 6 maand.			X	
	Emstige 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	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 hulpen	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
Openbaar vervoer	Moeilijk met hulp of na begeleide inoefening Onmogelijk		X	X	
Fijne manipulatie en handigheid	Moeilijkheden Onmogelijk		X	X	
Spel- en sportactiviteiten	Beperkingen, moeilijkheden Verbod of onmogelijk		X	X	
	HOOGSTE SCORE				

0-36 maanden	2.4. ZELFVERZORGING	0	1	2	3
Alimentation	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	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				

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

12 jaar 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 implant 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 implant 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 - drukkledij - 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 - drukkledij 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</u> of nachtelijke ademhalingsondersteuning (aspiratie, buisje, ademhalingsapparatuur, zuurstof toediening) - totale parenterale nutritie - continu - dagelijks intraveneuze behandeling; - thuisdialyse 				X
HOOGSTE SCORE				

3.2. VERPLAATSING VOOR MEDISCH TOEZICHT EN BEHANDELING	0	1	2	3
<p>Bedoeld wordt:</p> <p>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:</p> <p>Verplaatsingen naar school, met sociaal assistent, opvoeder, enz...</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 4x/sem. ou plus de 14 h/sem.</p>	X	X	X	X
HOOGSTE SCORE				

0-36 maand	3.3. AANPASSING VAN LEEFMILIEU EN 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). 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		X
	HOOGSTE SCORE				

3-6 jaar	3.3. AANPASSING VAN LEEFMILIEU EN LEEFWIJZE (lichamelijke en/of psychologische aspecten)	0	1	2	3
ADL (voeding, wassen, kleden en hygiëne)	Hulp voor bepaalde activiteiten (vb.: hygiëne). 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). 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 jaar en meer	3.3. AANPASSING VAN LEEFMILIEU EN LEEF- WIJZE (lichamelijke en/of psychologische aspecten)	0	1	2	3
ADL (voeding, wassen, kle- den en hygiëne)	<p>Alle activiteiten (voeding, wassen, kleden, hygiëne en verplaatsing) zijn mogelijk maar met lichte hulp (vb.: nagels knippen, veters, knopen).</p> <p>Hulp voor bepaalde activiteiten, eventueel periodisch (vb.: hygiëne: menses).</p> <p>Dagelijkse hulp bij voeding, wassen, kleden, naar toilet gaan en verplaatsen in de buurt van de woning.</p> <p>Volledige en bestendige hulp bij alle activiteiten.</p>	X	X	X	X
Leerprocessen	Specifieke hulp en toezicht voor huiswerken (sensoriële stoornissen, psychomotorische achterstand of gedragsstoornissen) vb. vergroten van nota's, bijlessen,		X		
Toezicht en vrije tijd	<p>Diagnose van een aandoening met gereserveerde prognose.</p> <p>Mits speciale inspanningen van de ouders zijn normale jeugdbeweging en sportactiviteiten mogelijk.</p> <p>Specifieke veiligheidsmaatregelen in de hele woning.</p> <p>Dagelijks uit te voeren allergiepreventie maatregelen (geobjectiveerd).</p> <p>Belangrijk toezicht noodzakelijk.</p> <p>Noodzaak tot thuisblijven of onderbreken van de beroepsbezigheden door één van de ouders voor verzorging van het kind.</p> <p>Ondanks speciale inspanningen van de ouders normale jeugdbeweging en sportactiviteiten moeilijk of onmogelijk (vb.: aangepast vakantieverblijf).</p> <p>Bestendig toezicht noodzakelijk, (kan geen ogenblik alleen gelaten worden).</p>		X	X	X
	HOOGSTE SCORE				

BIJLAGE II - LIJST VAN PEDIATRISCHE AANDOENINGEN ZOALS TOEGEPAST DOOR HET CENTRUM VOOR EVALUATIE VAN DE AUTONOMIE EN DE HANDICAP, IN DE ZIN VAN ARTIKEL 3, § 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 tenminste 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 heeledkundige 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. Agnesie / 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. Achondroplasia

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 percentage 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	— <1-2 /week — duur : < 7 dagen — asymptomatisch tussen de exacerbaties — normaal schoollopen + sport	— 1- 2 /week en — periodes van schoolverlet en — 1-2 of meer hospitalisaties/j OF — 6-12 consulten bij de specialist per jaar	— 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 x/ maand	Frequente nachtelijke klachten : hoestbuien of	Freq. nachtelijke astmacrisis > 1 / week

		dyspnoe (> 2/ maand)	
PEAKFLOW (% van de normale waarde) (kind 5-7 j.) Variatie van de PEF(%)	Hoger dan 80 % minder dan 20 %	tussen 60 – 80 % tussen 20 – 30 %	Lager dan 60 % Meer dan 30 %
ESW-meting (in stabiele toestand) (ADDITIEVE PARAMETER)	Meer dan 70 % Normaliserend na bronchodilatatie	— ESW 50 – 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 kortwer- kende β 2 -mimetica EN/OF inhalatiestero- iden 400 μ g/dag in onderhoud OF Leukotriene re- ceptor antagonisten in monotherapie	<i>-dagelijks gebruik van inhalatiesteroïden 800 μg -EN langwerkende β2-mimetica of Leukotriene receptorantagonisten -EN hoog verbruik kortwer- kende β2-mimetica of perorale of IV steroïden kuur. (bij correcte aanpassing van astmatherapie en snel gebruik van kortwerkende β2-mimetica kunnen cortico- iden kuren vaak vermeden worden)</i>	→ dagelijks gebruik van 800 μ g inhalatiesteroïden (vb. flutica- sone equipotente. dosis 400 μ g en meer) →EN langwerkende β 2-mimetica →EN Leukotriene receptor an- tagonisten →EN freq. of continu perorale of IV corticoïden (> 3 keer /jaar voor meer dan 5 dagen per keer)

Opmerking: enkel rekening houden met de longfunctie woorden 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 : SPIJVERTERINGSSTELSEL.

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 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. Sikkelcelanemie

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 sikkelcelanemie : 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 geobjectiveerde 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;

Opvolging 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 gewichtsletsels.
- 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 verwikkelingen
- 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 verwikkelingen
- 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 dialyse-therapie (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 bot aantasting.

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 herval, 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 : intracraniale 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 : intracraniale 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 intracraniale 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 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 : 0 - 45 %

(tekortkoming in het sociale contact, gedragsproblemen, stoornis in de communicatie)

- 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

Oligofrenie64. 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 ontwikkelingsquotiënt (O.Q.)

Ontwikkelingsquotiënt 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-quotiënt (I.Q.) beko-
men met een goed gestandaardiseerde test en rekening houdende met het sociaal aanpassingsge-
drag 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

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 ontwikkelingsquotient 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 gehoordaling 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 invaliditeits- percentages 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. 779/1, a).

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

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

79. Hypothyroïdie

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

Art. 779/3 : kropgezwel.

80. Hypoparathyroïdie

Art. 779/4, a) : als stabiele toestand

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

81. Hyperparathyroïdie

Art. 904 / 783 / 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. 779/7, a) : lengte kleiner dan -4SD 50 %

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

Art. 779/7, c) : 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. 780, a) : geassocieerde diabetes mellitus

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

85. Hypopituïtarisme.

Art. 779/9, a) : totale uitval.

Art. 779/9, b) : 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. 779/10, a) : geen residuele secretie

Art. 779/10, b) : residuele secretie aanwezig

87. Diabetes mellitus :

Art. 780, a) : NIDDM -> 0-20 %.

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

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

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

* complicaties

* frequente ernstige hypoglycemies (hospitalisatie of geassocieerde hersuikering)

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

88. Diabetes insipidus

Art. 781, a) : zonder behandelingsmoeilijkheden

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

89. Hyperinsulinisme

Art. 780, a) gecorrigeerde toestand

Art. 780, b) stabiele toestand mits behandeling

Art. 780, c) 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. 493, b) 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. 649, a) of 779/9, b) als BMI groter dan + 2SD 10 %

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

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

92. Hypotrofie

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

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

Art. 431, c) 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. 501, a) of b) vanaf 16 jaar volgens de graad en de behandeling

Misvormingen mannelijke geslachtsorganen (mannelijk pseudohermafroditisme)

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

Een meatus ter hoogte van de glans geeft het minimumpercentage;

Een meatus ter hoogte van het perineum het maximumpercentage.

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

Circumcisie : niet aanrekenbaar.

DETIENDE 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 Gezwellen 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 het Verenigd College van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie van 25 mei 2023 betreffende de toekenning van kinderbijslag voor kinderen met een aandoening,

<p>Pour le Collège réuni, Les Membres du Collège réuni en charge des Prestations familiales,</p> <p>B. CLERFAYT</p>	<p>Voor het Verenigd College, De Leden van het Verenigd College bevoegd voor de Gezinsbijslagen,</p> <p>S. GATZ</p>
---	---

*

*

*