

SERVICE PUBLIC FEDERAL  
SECURITE SOCIALE

F. 2003 — 1573

[C — 2003/22353]

**28 MARS 2003.** — Arrêté royal 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

RAPPORT AU ROI

Sire,

Le projet d'arrêté royal que j'ai l'honneur de soumettre à Sa Majesté entend exécuter les articles 47, 56septies et 63 des lois coordonnées relatives aux allocations familiales pour travailleurs salariés et l'article 88 de la loi-programme (I) du 24 décembre 2002.

Les articles 47, 56septies et 63 de ces lois coordonnées ont été modifiés par la loi-programme (I) du 24 décembre 2002 afin de donner la base légale nécessaire à la réforme du régime des allocations familiales majorées pour l'enfant malade ou atteint d'un handicap.

Le présent projet d'arrêté royal, pris en exécution des articles précités, instaure à partir du 1<sup>er</sup> mai 2003, un nouveau régime pour les enfants nés après le 1<sup>er</sup> janvier 1996.

L'ancien régime (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), qui reste d'application pour les enfants qui sont nés au plus tard le 1<sup>er</sup> janvier 1996, repose sur l'existence d'un handicap qui se traduit par une incapacité physique ou mentale de 66 %.

Ce régime a pour effet que certains enfants atteints d'un handicap plutôt modéré ne sont pas bénéficiaires d'allocations familiales malgré les graves conséquences qui découlent de ce handicap pour leur entourage familial. De plus, le bon traitement donné par les parents a parfois pour résultat que l'incapacité tombe en dessous du seuil de 66 % d'incapacité, ce qui a pour conséquence que l'enfant n'est plus bénéficiaire du supplément ou même des allocations familiales ordinaires (les jeunes de plus de 18 ans qui ne sont plus aux études).

Dans le nouveau régime, qui sera d'application pour les enfants nés après le 1<sup>er</sup> janvier 1996, les conséquences de l'affection de l'enfant sont mesurées. Il s'agit non seulement des conséquences pour l'enfant mais également des conséquences pour son entourage familial.

Les conséquences pour l'enfant concernent, d'une part, son incapacité physique ou mentale (pilier 1) et, d'autre part, son degré d'activité et de participation (pilier 2). L'incapacité physique ou mentale prévue dans l'ancien régime est par conséquent maintenue, mais la condition minimale de 66 % est abandonnée.

L'innovation importante du nouveau régime réside dans le fait qu'on tient dorénavant compte des conséquences de l'affection pour l'entourage familial de l'enfant (pilier 3), par exemple sur le plan du suivi du traitement à la maison ou en ce qui concerne l'aide fournie à l'enfant.

Dans certaines conditions, l'arrêté royal du 3 mai 1991 (ancien régime) sera néanmoins appliqué pour l'enfant né après le 1<sup>er</sup> janvier 1996. Tel sera le cas lorsqu'une demande est introduite avant le 1<sup>er</sup> mai 2003, alors que la décision médicale qui en résulte prévoit une révision d'office à une date postérieure au 30 avril 2003. Dans pareil cas, l'ancien régime peut, le cas échéant, être appliqué pendant une période postérieure au 30 avril 2003 et ce pendant une période de 3 ans maximum après la date de cette révision prévue. Cette mesure permet ainsi de maintenir pendant une certaine durée les droits qui ont été acquis sur base de l'ancien régime.

Le nouveau régime est instauré par phases. Dans une première phase, seuls les enfants nés après le 1<sup>er</sup> janvier 1996 sont visés. Ceci présente l'avantage de pouvoir adapter éventuellement le régime par la suite en fonction des expériences acquises et d'éviter une surcharge administrative.

Le Conseil supérieur national des handicapés a donné son avis le 12 février 2003.

Le Comité de gestion de l'Office national d'allocations familiales pour travailleurs salariés a donné son avis le 18 février 2003.

L'Inspecteur des Finances a donné son avis le 24 février 2003.

Le Ministre du Budget a donné son accord le 13 mars 2003.

Le projet a été délibéré en Conseil des Ministres.

Le Conseil d'Etat a remis son avis n° 35.093/1 le 20 mars 2003, dont une copie en annexe.

FEDERALE OVERHEIDSDIENST  
SOCIALE ZEKERHEID

N. 2003 — 1573

[C — 2003/22353]

**28 MAART 2003.** — Koninklijk besluit 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

VERSLAG AAN DE KONING

Sire,

Het ontwerp van koninklijk besluit dat ik de eer heb aan Zijne Majesteit voor te leggen, wil uitvoering geven aan de artikelen 47, 56septies en 63 van de samengeordende wetten betreffende de kinderbijslag voor loonarbeiders en artikel 88 van de programmawet (I) van 24 december 2002.

De artikelen 47, 56septies en 63 van deze samengeordende wetten werden gewijzigd bij de programmawet (I) van 24 december 2002 ten einde de noodzakelijke rechtsgrond te verstrekken voor de hervorming van de regeling van verhoogde kinderbijslag voor het zieke kind of het kind met een handicap.

Dit ontwerp van koninklijk besluit, genomen in uitvoering van voormelde artikelen, voert vanaf 1 mei 2003 een nieuwe regeling in voor de kinderen geboren na 1 januari 1996.

De oude regeling (het koninklijk besluit van 3 mei 1991 tot uitvoering van de artikelen 47, 56septies en 63 van de samengeordende wetten betreffende de kinderbijslag voor loonarbeiders en van artikel 96 van de wet van 29 december 1990 houdende sociale bepalingen), die van toepassing blijft op de kinderen die geboren zijn uiterlijk op 1 januari 1996, is gestoeld op het bestaan van een handicap, die uitgedrukt wordt in een lichamelijke of geestelijke ongeschiktheid die ten minste 66 pct. moet bedragen.

Deze regeling brengt mede dat sommige kinderen met een eerder matige handicap, ondanks de ernstige gevolgen ervan voor hun familiale omgeving, niet rechtgevend zijn op kinderbijslag. Daarenboven brengt de goede verzorging door de ouders soms met zich mee dat de ongeschiktheid daalt tot onder de drempel van 66 % ongeschiktheid, wat als gevolg heeft dat het kind niet meer rechtgevend is op de bijkomende bijslag of zelfs de gewone kinderbijslag (kinderen van meer dan 18 jaar die niet meer studeren).

In de nieuwe regeling, die toepasselijk zal zijn op de kinderen geboren na 1 januari 1996, worden de gevolgen van de aandoening van het kind gemeten. Hierbij gaat het niet alleen over de gevolgen voor het kind, doch ook om de gevolgen voor zijn familiale omgeving.

De gevolgen voor het kind betreffen enerzijds zijn lichamelijke of geestelijke ongeschiktheid (pilier 1) en anderzijds zijn graad van activiteit en participatie (pilier 2). De lichamelijke of geestelijke ongeschiktheid uit de oude regeling wordt dus behouden, doch de minimumvoorwaarde van 66 pct. wordt weggelaten.

De belangrijkste innovatie van de nieuwe regeling is dat voortaan rekening gehouden wordt met de gevolgen van de aandoening voor de familiale omgeving van het kind (pilier 3), bvb. op het vlak van de opvolging van de behandeling thuis of de geboden hulp aan het kind.

Onder bepaalde voorwaarden zal ten aanzien van een kind dat geboren is na 1 januari 1996 toch het koninklijk besluit van 3 mei 1991 (oude regeling) worden toegepast. Dit is het geval wanneer een aanvraag wordt ingediend voor 1 mei 2003, terwijl de medische beslissing die hieruit voortvloeit een ambtshalve herziening plant op een datum na 30 april 2003. In dergelijke gevallen kan desgevallend de oude regeling gedurende een periode na 30 april 2003 worden toegepast en dit maximaal tot drie jaar na de datum van deze geplande herziening. Deze maatregel laat zodoende toe, dat gedurende een bepaalde tijd de rechten, die verworven waren op grond van de oude regeling, behouden blijven.

De nieuwe regeling wordt ingevoerd in fases. In een eerste fase worden alleen de kinderen geboren na 1 januari 1996 beoogd. Dit biedt het voordeel om eventueel nadien de regeling aan te passen in functie van de opgedane ervaring en om een administratieve overlast te vermijden.

De Nationale Hoge Raad voor personen met een handicap gaf zijn advies op 12 februari 2003.

Het Beheerscomité van de Rijksdienst voor kinderbijslag voor werknemers gaf zijn advies op 18 februari 2003.

De Inspecteur van Financiën gaf zijn advies op 24 februari 2003.

De Minister van Begroting gaf zijn akkoordbevinding op 13 maart 2003.

Dit ontwerp werd overleg in de Ministerraad.

De Raad van State verstrekke zijn advies 35.093/1 op 20 maart 2003, waarvan een copie als bijlage.

A cet égard, il a été tenu compte de la remarque du Conseil d'Etat, suivant laquelle l'article 88 de la loi-programme (I) du 24 décembre 2002 devait figurer dans le préambule du projet d'arrêté royal.

Le Conseil d'Etat considère également que la mesure transitoire visée à l'article 27 du projet d'arrêté royal, par laquelle il est fait référence à l'ancien régime (arrêté royal du 3 mai 1991), manque de clarté. Le Conseil d'Etat propose deux alternatives : soit reprendre dans l'arrêté royal en projet les dispositions de l'arrêté royal du 3 mai 1991 de telle sorte que ce dernier arrêté pourrait être abrogé, soit supprimer dans le projet les dispositions concernant l'application de l'ancien régime (articles 2 à 5 du projet) et limiter les articles concernant la nouvelle procédure uniquement au nouveau régime.

En ce qui concerne la première alternative, il y a lieu d'observer que l'abrogation de l'arrêté royal du 3 mai 1991 n'est pas souhaitable dans la mesure où la réglementation des allocations familiales pour travailleurs indépendants se réfère à cet arrêté royal. Il s'agit de l'arrêté royal du 28 août 1991 portant exécution des articles 20, § 2 et 3, 26 et 35, de l'arrêté royal du 8 avril 1976 établissant le régime des prestations familiales en faveur des travailleurs indépendants, et de l'article 23 de l'arrêté royal du 21 février 1991 modifiant certaines dispositions relatives au régime des prestations familiales en faveur des travailleurs indépendants. La constatation de l'incapacité de l'enfant qui relève du régime des allocations familiales pour travailleurs indépendants est réalisée dès lors actuellement sur base des critères et conditions mentionnés dans l'arrêté royal du 3 mai 1991.

Par ailleurs, pour ce qui est de la seconde alternative, il est important de souligner que la nouvelle procédure concernant les demandes de constatation de l'incapacité de l'enfant se veut uniforme pour des raisons de faisabilité et de transparence. La création de deux procédures différentes rendrait plus complexe la gestion des données par les organismes d'allocations familiales qui doivent être prêts, dès le mois d'avril 2003, à appliquer la nouvelle procédure (article 25 du projet d'arrêté royal).

J'ai l'honneur d'être,  
Sire,  
De Votre Majesté,  
le très respectueux  
et très fidèle serviteur,  
Le Ministre des Affaires sociales,  
F. VANDENBROUCKE

**28 MARS 2003. — Arrêté royal 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**

ALBERT II, Roi des Belges,  
A tous, présents et à venir, Salut.

Vu les lois coordonnées relatives aux allocations familiales pour travailleurs salariés, notamment les articles 47, 56septies et 63, remplacés par la loi programme (I) du 24 décembre 2002;

Vu la loi programme (I) du 24 décembre 2002, notamment l'article 88;

Vu l'avis du Comité de gestion de l'Office national d'allocations familiales pour travailleurs salariés, donné le 18 février 2003;

Vu l'avis du Conseil supérieur national des personnes handicapées, donné le 12 février 2003;

Vu l'avis de l'Inspecteur des Finances, donné le 24 février 2003;

Vu l'accord du Ministre du Budget, donné le 13 mars 2003;

Vu la délibération du Conseil des Ministres;

Vu l'urgence motivée par le fait

que les organismes d'allocations familiales doivent être informés à temps de la nouvelle législation et de sa date d'entrée en vigueur afin qu'ils puissent s'organiser dans les délais par rapport aux nouvelles nécessités, aussi bien sur le plan informatique que sur le plan de la nouvelle procédure;

In dit verband werd rekening gehouden met de opmerking van de Raad van State, volgens welke artikel 88 van de programmawet (I) van 24 december 2002 diende vermeld te worden in de aanhef van het ontwerp van koninklijk besluit.

De Raad van State is eveneens van oordeel dat de overgangsmatregel bedoeld in artikel 27 van het ontwerp van koninklijk besluit, waarin verwezen wordt naar de oude regeling (koninklijk besluit van 3 mei 1991) onduidelijk is. De Raad van State stelt twee alternatieven voor : hetzij de bepalingen van het koninklijk besluit van 3 mei 1991 hernemen in het ontwerp van koninklijk besluit zodat het koninklijk besluit van 3 mei 1991 kan worden opgeheven, hetzij in het ontwerp de bepalingen betreffende de toepassing van de oude regeling (artikelen 2 tot 5 van het ontwerp) schrappen en de artikelen betreffende de nieuwe procedure beperken tot louter de nieuwe regeling.

Wat betreft het eerste alternatief dient te worden opgemerkt dat de opheffing van het koninklijk besluit van 3 mei 1991 niet wenselijk is in de mate dat de kinderbijslagregeling voor zelfstandigen naar dit koninklijk besluit verwijst. Het betreft het koninklijk besluit van 28 augustus 1991 tot uitvoering van de artikelen 20, § 2 en 3, 26 en 35 van het koninklijk besluit van 8 april 1976 houdende regeling van de gezinsbijslag ten voordele van de zelfstandigen en van artikel 23 van het koninklijk besluit van 21 februari 1991 tot wijziging van sommige bepalingen betreffende de regeling van de gezinsbijslag ten voordele van de zelfstandigen. De vaststelling van de ongeschiktheid van het kind dat valt onder het stelsel van de kinderbijslag voor zelfstandigen gebeurt bijgevolg op dit ogenblik op basis van de criteria en voorwaarden vermeld in het koninklijk besluit van 3 mei 1991.

Bovendien, wat het tweede alternatief betreft, is het belangrijk te onderstrepen dat de nieuwe procedure betreffende de aanvragen tot vaststelling van de ongeschiktheid van het kind eenvormig dient te zijn omwille van de praktische haalbaarheid en transparantie. Het in het leven roepen van twee verschillende procedures zou het gegevensbeheer door de kinderbijslaginstellingen complexer maken, terwijl deze laatste vanaf april 2003 klaar dienen te zijn om de nieuwe procedure (artikel 25 van het ontwerp van koninklijk besluit) toe te passen.

Ik heb de eer te zijn,  
Sire  
Van Uwe Majesteit,  
de zeer eerbiedige  
en zeer getrouwe dienaar,  
De Minister van Sociale Zaken,  
F. VANDENBROUCKE

**28 MAART 2003. — Koninklijk besluit 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**

ALBERT II, Koning der Belgen,  
Aan allen die nu zijn en hierna wezen zullen, Onze Groet.

Gelet op de samengeordende wetten betreffende de kinderbijslag voor loonarbeiders, inzonderheid op de artikelen 47, 56septies en 63, vervangen door de programmawet (I) van 24 december 2002;

Gelet op de programmawet (I) van 24 december 2002, inzonderheid op artikel 88;

Gelet op het advies van het Beheerscomité van de Rijksdienst voor kinderbijslag voor werknemers, gegeven op 18 februari 2003;

Gelet op het advies van de Nationale Hoge Raad voor personen met een handicap, gegeven op 12 februari 2003;

Gelet op het advies van de Inspecteur van Financiën, gegeven op 24 februari 2003;

Gelet op de akkoordbevinding van de Minister van Begroting van 13 maart 2003;

Gelet op het besluit van de Ministerraad;

Gelet op het verzoek om spoedbehandeling, gemotiveerd door de omstandigheid

dat de kinderbijslaginstellingen op tijd dienen in kennis te worden gesteld van de nieuwe regeling en de ingangsdatum ervan, zodat zij zich tijdig kunnen organiseren volgens de nieuwe noodwendigheden, zowel op het vlak van de informatica als op het vlak van de nieuwe procedure;

que les familles ont acquis l'idée que le nouveau règlement des allocations familiales entrerait en vigueur le 1<sup>er</sup> mai 2003. On peut dès lors s'attendre à ce que plusieurs demandes soient déjà introduites à partir du 1<sup>er</sup> mai 2003, précisément afin que soit appliquée la nouvelle législation.

Vu l'avis du Conseil d'Etat n° 35.093 /1, donné le 20 mars 2003 en application de l'article 84, alinéa 1<sup>er</sup>, 2° des lois coordonnées sur le Conseil d'Etat;

Sur la proposition de Notre Ministre des Affaires sociales,

Nous avons arrêté et arrêtons :

#### CHAPITRE I<sup>er</sup>. — Définitions

**Article 1<sup>er</sup>.** Pour l'application du présent arrêté, il y a lieu d'entendre par :

1° « lois coordonnées » : les lois coordonnées relatives aux allocations familiales pour travailleurs salariés;

2° « Ministre » : le Ministre des Affaires sociales;

3° « Service » : la Direction d'administration des prestations aux personnes handicapées du Service public fédéral Sécurité sociale;

4° « Service médical » : le service médical de la Direction d'administration des prestations aux personnes handicapées du Service public Fédéral Sécurité sociale;

5° « organisme » : l'Office national d'allocations familiales pour travailleurs salariés, les caisses d'allocations familiales agréées ou créées en vertu des lois coordonnées, l'Etat, les Communautés et les Régions ainsi que les organismes publics visés à l'article 3, 2°, des lois coordonnées, qui sont tenus d'accorder eux-mêmes les allocations familiales à leur personnel en exécution de l'article 18 des lois coordonnées;

6° « arrêté royal du 3 mai 1991 » : 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

#### CHAPITRE II. — Exécution des articles 47, § 1<sup>er</sup>, 56septies, § 1<sup>er</sup>, et 63, § 1<sup>er</sup> des lois coordonnées

**Art. 2.** L'incapacité physique ou mentale de l'enfant, visée aux articles 56septies, § 1<sup>er</sup> et 63, § 1<sup>er</sup>, des lois coordonnées, ainsi que l'autonomie de l'enfant, visée à l'article 47, § 1<sup>er</sup> des mêmes lois, sont établies conformément aux règles fixées aux articles 2 et 3 de l'arrêté royal du 3 mai 1991.

**Art. 3.** § 1<sup>er</sup>. Les montants fixés à l'article 40 ou 50bis des lois coordonnées sont majorés du supplément visé à l'article 47, § 1<sup>er</sup> des mêmes lois, aux conditions fixées à l'article 12 de l'arrêté royal du 3 mai 1991, en faveur de l'enfant visé à l'article 63, § 1<sup>er</sup> des mêmes lois, qui est atteint d'une incapacité physique ou mentale de 66 p.c. au moins, constatée conformément aux règles fixées à l'article 2 de l'arrêté royal du 3 mai 1991.

§ 2. Le supplément visé au § 1<sup>er</sup> est octroyé selon les modalités prévues à l'article 4 de l'arrêté royal du 3 mai 1991, en fonction du degré d'autonomie.

**Art. 4.** L'enfant visé à l'article 56septies, § 1<sup>er</sup> des lois coordonnées, qui est atteint d'une incapacité physique ou mentale de 66 p.c. au moins, constatée en application de l'article 2 de l'arrêté royal du 3 mai 1991, est attributaire des allocations familiales pour lui-même selon les conditions, les règles et les montants fixés à l'article 13 de l'arrêté royal du 3 mai 1991.

**Art. 5.** Pour l'application de l'article 63, § 1<sup>er</sup>, des lois coordonnées, l'enfant doit être atteint d'une incapacité physique ou mentale de 66 p.c. au moins, constatée conformément aux règles fixées à l'article 2 de l'arrêté royal du 3 mai 1991. Cette incapacité doit avoir débuté avant que l'enfant ait cessé d'être bénéficiaire d'allocations familiales en raison du fait qu'il a atteint la limite d'âge fixée à l'article 62 des mêmes lois.

dat bij de gezinnen een verwachtingspatroon bestaat dat de nieuwe regeling van de kinderbijslag voor gehandicapte kinderen reeds zou in werking treden vanaf 1 mei 2003. Men kan dan ook voorzien dat vele aanvragen reeds vanaf 1 mei zullen worden ingediend precies met de bedoeling dat de nieuwe regeling zou worden toegepast.

Gelet op het advies nr. 35.093/1 van de Raad van State, gegeven op 20 maart 2003, met toepassing van artikel 84, eerste lid, 2°, van de gecoördineerde wetten op de Raad van State;

Op de voordracht van Onze Minister van Sociale Zaken,

Hebben Wij besloten en besluiten Wij :

#### HOOFDSTUK I. — Definities

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

1° « samengeordende wetten » : de samengeordende wetten betreffende de kinderbijslag voor loonarbeiders;

2° « Minister » : de Minister van Sociale Zaken;

3° « Dienst » : de Bestuursdirectie van de uitkeringen aan personen met een handicap bij de Federale Overheidsdienst Sociale Zekerheid;

4° « Medische Dienst » de medische dienst van de Bestuursdirectie van de uitkeringen aan personen met een handicap bij de Federale Overheidsdienst Sociale Zekerheid;

5° « instelling » : de Rijksdienst voor kinderbijslag voor werknemers, de kinderbijslagfondsen, erkend of opgericht krachtens de samengeordende wetten, het Rijk, de Gemeenschappen en de Gewesten, en de openbare instellingen bedoeld in artikel 3, 2° van de samengeordende wetten, die in uitvoering van artikel 18 van de samengeordende wetten gehouden zijn zelf kinderbijslag uit te betalen voor hun personeel;

6° « koninklijk besluit van 3 mei 1991 » : het koninklijk besluit van 3 mei 1991 tot uitvoering van de artikelen 47, 56septies en 63 van de samengeordende wetten betreffende de kinderbijslag voor loonarbeiders en van artikel 96 van de wet van 29 december 1990 houdende sociale bepalingen.

#### HOOFDSTUK II. — Uitvoering van de artikelen 47, § 1, 56septies, § 1 en 63, § 1, van de samengeordende wetten

**Art. 2.** De lichamelijke of geestelijke ongeschiktheid van het kind, bedoeld in de artikelen 56septies, § 1 en 63, § 1, van de samengeordende wetten, en de zelfredzaamheid van het kind, bedoeld in artikel 47, § 1, van dezelfde wetten worden vastgesteld overeenkomstig de regels bepaald in de artikelen 2 en 3 van het koninklijk besluit van 3 mei 1991.

**Art. 3.** § 1. Ten behoeve van het kind dat bedoeld is in artikel 63, § 1, van de samengeordende wetten en getroffen is door een overeenkomstig de regels van artikel 2 van het koninklijk besluit van 3 mei 1991 vastgestelde lichamelijke of geestelijke ongeschiktheid van ten minste 66 %, worden de bedragen bedoeld in artikel 40 of 50bis van dezelfde wetten verhoogd met de bijslag bedoeld in artikel 47, § 1, van dezelfde wetten, onder de voorwaarden bepaald in artikel 12 van het koninklijk besluit van 3 mei 1991.

§ 2. De bijslag bedoeld in § 1 wordt op de wijze zoals bepaald in artikel 4 van het koninklijk besluit van 3 mei 1991 toegekend naargelang de graad van zelfredzaamheid.

**Art. 4.** Het kind, dat bedoeld is in artikel 56septies, § 1, van de samengeordende wetten en getroffen is door een bij toepassing van artikel 2 van het koninklijk besluit van 3 mei 1991 vastgestelde lichamelijke of geestelijke ongeschiktheid van ten minste 66 %, is rechthebbend op kinderbijslag voor zichzelf volgens de voorwaarden, de regels en de bedragen bepaald in artikel 13 van het koninklijk besluit van 3 mei 1991.

**Art. 5.** Voor de toepassing van artikel 63, § 1, van de samengeordende wetten moet het kind getroffen zijn door een lichamelijke of geestelijke ongeschiktheid van ten minste 66 %, vastgesteld overeenkomstig de regels bepaald in artikel 2 van het koninklijk besluit van 3 mei 1991. Deze ongeschiktheid moet een aanvang genomen hebben vooraleer het kind wegens het bereiken van de bij artikel 62 van dezelfde wetten bepaalde leeftijdsgrens heeft opgehouden rechtgevend te zijn op kinderbijslag.

CHAPITRE III. — *Exécution des articles 47, § 2, 56septies, §§ 2 et 3, et 63, §§ 2 et 3 des lois coordonnées*

Section I<sup>re</sup>. — *Exécution des articles 47, § 2, alinéa 1<sup>er</sup>, 56septies, § 2 et 63, § 2 des lois coordonnées*

**Art. 6.** § 1<sup>er</sup>. Les conséquences de l'affection de l'enfant, visées aux articles 47, § 2, 56septies, § 2 et 63, § 2 des lois coordonnées, 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 § 1<sup>er</sup> sont constatées à l'aide de l'échelle médico-sociale jointe en annexe 1 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 7 :

incapacité physique ou mentale

— 0 % à 24 % : 0 point

— 25 % à 49 % : 1 point

— 50 % à 65 % : 2 points

— 66 % à 79 % : 4 points

— 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.

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 des articles 56septies, § 2, et 63, § 2, les conséquences de l'affection de l'enfant sont prises en considération lorsque l'enfant obtient comme résultat final visé au § 2, 4°, 6 points au minimum ou lorsque l'enfant obtient pour le pilier 1, visé au § 2, 1°, 4 points au minimum.

**Art. 7.** § 1<sup>er</sup>. La constatation de l'incapacité physique ou mentale de l'enfant, visée à l'article 6, est établie :

1° selon la « Liste des affections pédiatriques » 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 Roi peut la compléter.

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.

HOOFDSTUK III. — *Uitvoering van de artikelen 47, § 2, 56septies, §§ 2 en 3 en 63, §§ 2 en 3, van de samengeordende wetten*

Afdeling I. — *Uitvoering van de artikelen 47, § 2, eerste lid, 56septies, § 2 en 63, § 2 van de samengeordende wetten*

**Art. 6.** § 1. De gevolgen van de aandoening van het kind, bedoeld in de artikelen 47, § 2, 56septies, § 2 en 63, § 2 van de samengeordende wetten, 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 § 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 7, op de volgende wijze punten toegekend :

lichamelijke of geestelijke ongeschiktheid

— 0 % tot 24 % : 0 punten

— 25 % tot 49 % : 1 punt

— 50 % tot 65 % : 2 punten

— 66 % tot 79 % : 4 punten

— 80 % tot 100 % : 6 punten

2° Pijler 2 bestaat uit de hiernavolgende 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 totalisatie 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 hiernavolgende 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.

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 de artikelen 56septies, § 2 en 63, § 2 worden de gevolgen van de aandoening van het kind in aanmerking genomen indien het kind als eindresultaat, bedoeld in § 2, 4°, minimum 6 punten behaalt of indien het kind in pijler 1, bedoeld in § 2, 1°, minimum 4 punten behaalt.

**Art. 7.** § 1. De vaststelling van de lichamelijke of geestelijke ongeschiktheid van het kind, bedoeld in artikel 6, gebeurt :

1° aan de hand van de « Lijst van pediatrische aandoeningen » 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 Koning kan ze aanvullen.

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.

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 § 1<sup>er</sup> :

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. 8. § 1<sup>er</sup>.** Les montants fixés à l'article 40 ou 50bis des lois coordonnées sont majorés du supplément visé à l'article 47, § 2 des mêmes lois, aux conditions fixées à l'article 12 de l'arrêté royal du 3 mai 1991, en faveur de l'enfant visé à l'article 63, § 2 des mêmes lois, qui est atteint d'une affection qui a des conséquences telles que visées à l'article 6, § 3.

Pour l'application de l'alinéa 1<sup>er</sup>, les mots « l'incapacité physique ou mentale dont question à l'article 2 doit avoir débuté » repris à l'article 12, 2°, de l'arrêté royal du 3 mai 1991 doivent se lire « les conséquences de l'affection, telles que visées à l'article 6, § 3 du présent arrêté doivent avoir débuté ».

§ 2. Le supplément visé à l'article 47, § 2, des lois coordonnées, est octroyé en fonction de la gravité des conséquences de l'affection.

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

- 60 EUR lorsque l'enfant obtient 6 points au minimum et 8 points au maximum;
- 150 EUR lorsque l'enfant obtient 9 points au minimum et 11 points au maximum;
- 250 EUR lorsque l'enfant obtient 12 points au minimum et 14 points au maximum;
- 350 EUR lorsque l'enfant obtient 15 points au minimum et 17 points au maximum;
- 375 EUR lorsque l'enfant obtient 18 points au minimum et 20 points au maximum;
- 400 EUR lorsque l'enfant obtient plus de 20 points.

Par dérogation à l'alinéa 2, le montant de 60 EUR est également octroyé lorsque l'enfant obtient 4 points au minimum pour le pilier 1 visé à l'article 6, § 2, 1°.

**Art. 9.** L'enfant visé à l'article 56septies, § 2, des lois coordonnées, atteint d'une affection qui a des conséquences telles que visées à l'article 6, § 3, est attributaire des allocations familiales pour lui-même, selon les conditions, les règles et les montants fixés à l'article 13 de l'arrêté royal du 3 mai 1991.

Pour l'application de l'alinéa 1<sup>er</sup>, les mots « L'incapacité physique ou mentale visée au § 1<sup>er</sup> doit avoir débuté » repris à l'article 13, § 3, de l'arrêté royal du 3 mai 1991 doivent se lire « Les conséquences de l'affection, telles que visées à l'article 6, § 3 du présent arrêté doivent avoir débuté ».

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 § 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 dalend orde van het werkelijk 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 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. 8. § 1.** Ten behoeve van het kind bedoeld in artikel 63, § 2, van de samengeordende wetten, dat een aandoening heeft die gevolgen heeft zoals bedoeld in artikel 6, § 3, worden de bedragen bedoeld in artikel 40 of 50bis van de samengeordende wetten verhoogd met de bijslag bedoeld in artikel 47, § 2, van dezelfde wetten, onder de voorwaarden bepaald in artikel 12 van het koninklijk besluit van 3 mei 1991.

Voor de toepassing van het eerste lid moeten de in artikel 12, 2°, van het koninklijk besluit van 3 mei 1991 vermelde woorden « de in artikel 2 vermelde lichamelijke of geestelijke ongeschiktheid moet een aanvang genomen hebben » gelezen worden als « de gevolgen van de aandoening zoals bedoeld in artikel 6, § 3 van het huidige besluit moeten een aanvang genomen hebben ».

§ 2. De bijslag bedoeld in artikel 47, § 2, van de samengeordende wetten, wordt toegekend naargelang de ernst van de gevolgen van de aandoening.

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

- 60 EUR indien het kind minimum 6 punten en maximum 8 punten behaalt;
- 150 EUR indien het kind minimum 9 punten en maximum 11 punten behaalt;
- 250 EUR indien het kind minimum 12 punten en maximum 14 punten behaalt;
- 350 EUR indien het kind minimum 15 punten en maximum 17 punten behaalt;
- 375 EUR indien het kind minimum 18 punten en maximum 20 punten behaalt;
- 400 EUR indien het kind meer dan 20 punten behaalt.

In afwijking van het tweede lid, wordt het bedrag van 60 EUR eveneens toegekend indien het kind minimum 4 punten behaalt in pijler 1 bedoeld in artikel 6, § 2, 1°.

**Art. 9.** Het kind bedoeld in artikel 56septies, § 2, van de samengeordende wetten, dat een aandoening heeft die gevolgen heeft zoals bedoeld in artikel 6, § 3, is rechthebbend op kinderbijslag voor zichzelf volgens de voorwaarden, de regels en de bedragen bepaald in artikel 13 van het koninklijk besluit van 3 mei 1991.

Voor de toepassing van het eerste lid dienen de in artikel 13, § 3, van het koninklijk besluit van 3 mei 1991 vermelde woorden « De in § 1 bedoelde lichamelijke of geestelijke ongeschiktheid moet een aanvang genomen hebben » gelezen te worden als « De gevolgen van de aandoening zoals bedoeld in artikel 6, § 3, van dit besluit moeten een aanvang genomen hebben ».

**Art. 10.** Pour l'application de l'article 63, § 2 des lois coordonnées, l'enfant doit être atteint d'une affection qui a des conséquences telles que visées à l'article 6, § 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 62 des mêmes lois.

*Section II. — Exécution des articles 47, § 2, alinéa 5, 56septies, § 3 et 63, § 3 des lois coordonnées.*

**Art. 11.** Pour l'application de la présente section, il y a lieu d'entendre par :

1° « les dispositions applicables à l'enfant né le 1<sup>er</sup> janvier 1996 au plus tard » : les articles 47, § 1<sup>er</sup>, 56septies, § 1<sup>er</sup> et 63, § 1<sup>er</sup> des lois coordonnées et le chapitre II du présent arrêté;

2° « les dispositions applicables à l'enfant né après le 1<sup>er</sup> janvier 1996 » : les articles 47, § 2, 56septies, § 2 et 63, § 2 des lois coordonnées et le chapitre III, section I<sup>ère</sup> du présent arrêté;

3° « la double évaluation » : la constatation, d'une part, de l'incapacité physique ou mentale et du degré d'autonomie, visée au chapitre II du présent arrêté et, d'autre part, des conséquences de l'affection, visée au chapitre III, section I<sup>ère</sup> du présent arrêté, pour une même période;

4° « le médecin » : le médecin visé à l'article 20, alinéa 1<sup>er</sup> ;

5° « plus avantageux » : lorsque l'application des dispositions applicables à l'enfant né le 1<sup>er</sup> janvier 1996 au plus tard entraîne pour l'enfant l'octroi d'un montant supérieur à celui qui résulte de l'application des dispositions applicables à l'enfant né après le 1<sup>er</sup> janvier 1996 ou lorsque seule l'application des dispositions applicables à l'enfant né le 1<sup>er</sup> janvier 1996 au plus tard fait naître un droit pour l'enfant.

**Art. 12.** Pour l'application des articles 47, § 2, alinéa 5, 56septies, § 3, et 63, § 3 des lois coordonnées, l'enfant né après le 1<sup>er</sup> janvier 1996 bénéficie des allocations familiales visées aux articles 56septies et 63 des mêmes lois et du supplément visé à l'article 47, § 1<sup>er</sup> des mêmes lois, en application des dispositions applicables à l'enfant né le 1<sup>er</sup> janvier 1996 au plus tard, aux conditions fixées dans la présente section.

**Art. 13.** Pour les nouvelles demandes introduites à partir du 1<sup>er</sup> mai 2003 pour les enfants nés après le 1<sup>er</sup> janvier 1996 et pour les demandes et révisions d'office qui font suite à la nouvelle demande, les dispositions applicables à l'enfant né après le 1<sup>er</sup> janvier 1996 doivent être appliquées pour la période à partir du 1<sup>er</sup> mai 2003. Pour la période antérieure au 1<sup>er</sup> mai 2003, les règles visées aux articles 2, 3, 4, 12, 13 et 14 de l'arrêté royal du 3 mai 1991 sont appliquées.

Par « nouvelles demandes », il faut entendre les demandes introduites après le 30 avril 2003, à une date à laquelle une décision antérieure faisant suite à une demande introduite avant le 1<sup>er</sup> mai 2003 ou résultant d'une révision d'office dont les effets ont débuté avant le 1<sup>er</sup> mai 2003 n'est pas applicable, pour autant que ces demandes ne soient pas visées à l'article 15, § 3, ou ne donnent pas lieu à une décision visée à l'article 17, alinéa 1<sup>er</sup>, pour laquelle l'article 15, § 3 est applicable. Toutefois, lorsqu'une décision judiciaire concernant une décision antérieure faisant suite à une demande introduite avant le 1<sup>er</sup> mai 2003 ou résultant d'une révision d'office dont les effets ont débuté avant le 1<sup>er</sup> mai 2003, fait naître une décision applicable pour la période au cours de laquelle se situe la date de la demande introduite après le 30 avril 2003, cette dernière demande n'est pas considérée comme une nouvelle demande. Dans ce cas l'article 16 est applicable.

**Art. 14.** § 1<sup>er</sup>. Lorsqu'une décision médicale concernant un enfant né après le 1<sup>er</sup> janvier 1996 et faisant suite à une demande introduite avant le 1<sup>er</sup> mai 2003 ou résultant d'une révision d'office dont les effets ont débuté avant le 1<sup>er</sup> mai 2003, donne lieu à une révision d'office qui produit ses effets le 1<sup>er</sup> mai 2003 au plus tôt, les dispositions du présent article sont appliquées pour cette dernière révision d'office.

§ 2. Pour la dernière révision d'office visée au § 1<sup>er</sup>, le médecin effectue la double évaluation en ce qui concerne la période à partir du jour suivant la date de fin de validité de la décision médicale visée au § 1<sup>er</sup>.

**Art. 10.** Voor de toepassing van artikel 63, § 2, van de samengeordende wetten moet het kind een aandoening hebben die gevolgen heeft zoals bedoeld in artikel 6, § 3. Deze gevolgen moeten een aanvang genomen hebben vooraleer het kind wegens het bereiken van de bij artikel 62 van dezelfde wetten bepaalde leeftijdsgrens heeft opgehouden rechtgevend te zijn op kinderbijslag.

*Afdeling II. — Uitvoering van de artikelen 47, § 2, vijfde lid, 56septies, § 3 en 63, § 3, van de samengeordende wetten*

**Art. 11.** Voor de toepassing van deze afdeling dient te worden begrepen onder :

1° « de bepalingen die gelden voor het kind geboren uiterlijk op 1 januari 1996 » : de artikelen 47, § 1, 56septies, § 1 en 63, § 1, van de samengeordende wetten en hoofdstuk II van dit besluit;

2° « de bepalingen die gelden voor het kind geboren na 1 januari 1996 » : de artikelen 47, § 2, 56septies, § 2 en 63, § 2, van de samengeordende wetten en hoofdstuk III, afdeling I, van dit besluit;

3° « de dubbele evaluatie » : de vaststelling van enerzijds de lichamelijke of geestelijke ongeschiktheid en de graad van zelfredzaamheid, bedoeld in hoofdstuk II van dit besluit, en anderzijds de gevolgen van de aandoening, bedoeld in hoofdstuk III, afdeling I, van dit besluit, voor eenzelfde periode;

4° « de geneesheer » : de geneesheer bedoeld in artikel 20, eerste lid;

5° « voordeliger » : indien de toepassing van de bepalingen die gelden voor het kind geboren uiterlijk op 1 januari 1996 de toekenning van een hoger bedrag meebrengt voor het kind dan het bedrag dat voortvloeit uit de toepassing van de bepalingen die gelden voor het kind geboren na 1 januari 1996 of indien enkel de toepassing van de bepalingen die gelden voor het kind geboren uiterlijk op 1 januari 1996 een recht tot stand brengen voor het kind.

**Art. 12.** Voor de toepassing van de artikelen 47, § 2, vijfde lid, 56septies, § 3 en 63, § 3, van de samengeordende wetten geniet het kind dat geboren is na 1 januari 1996 de kinderbijslag bedoeld in de artikelen 56septies en 63 van dezelfde wetten en de bijslag bedoeld in artikel 47, § 1, van dezelfde wetten, bij toepassing van de bepalingen die gelden voor het kind geboren uiterlijk op 1 januari 1996, onder de voorwaarden bepaald in deze afdeling.

**Art. 13.** Voor de nieuwe aanvragen die ingediend worden vanaf 1 mei 2003 voor de kinderen geboren na 1 januari 1996 en voor de aanvragen en ambtshalve herzieningen die volgen op de nieuwe aanvraag moet voor de periode vanaf 1 mei 2003 toepassing gemaakt worden van de bepalingen die gelden voor het kind geboren na 1 januari 1996. Wat de periode vóór 1 mei 2003 betreft wordt toepassing gemaakt van de regels die bedoeld zijn in de artikelen 2, 3, 4, 12, 13 en 14 van het koninklijk besluit van 3 mei 1991.

Met « nieuwe aanvragen » wordt bedoeld, de aanvragen die ingediend worden na 30 april 2003 op een datum dat er geen uitwerking is van een vorige beslissing ingevolge een aanvraag ingediend vóór 1 mei 2003 of voortvloeiend uit een ambtshalve herziening waarvan de uitwerking begonnen is vóór 1 mei 2003, voorzover deze aanvragen niet bedoeld zijn in artikel 15, § 3, of niet resulteren in een in artikel 17, eerste lid, bedoelde beslissing waarvoor toepassing gemaakt wordt van artikel 15, § 3. Indien evenwel door een gerechtelijke uitspraak, die betrekking heeft op een beslissing ingevolge een aanvraag ingediend vóór 1 mei 2003 of voortvloeiend uit een ambtshalve herziening waarvan de uitwerking begonnen is vóór 1 mei 2003, een beslissing tot stand komt met uitwerking voor de periode waarin de datum van de aanvraag ingediend na 30 april 2003 valt, wordt deze laatste aanvraag niet beschouwd als een nieuwe aanvraag. In dit geval is artikel 16 van toepassing.

**Art. 14.** § 1. Indien een medische beslissing aangaande een kind geboren na 1 januari 1996 en ingevolge een aanvraag ingediend vóór 1 mei 2003 of voortvloeiend uit een ambtshalve herziening waarvan de uitwerking begonnen is vóór 1 mei 2003, aanleiding geeft tot een ambtshalve herziening die ten vroegste op 1 mei 2003 uitwerking heeft, wordt toepassing gemaakt van de bepalingen van dit artikel voor deze laatste ambtshalve herziening.

§ 2. Voor de in § 1 bedoelde laatste ambtshalve herziening verricht de geneesheer de dubbele evaluatie voor wat de periode vanaf de dag na de einddatum van de geldigheid van de medische beslissing bedoeld in § 1 betreft.

L'organisme applique les dispositions applicables à l'enfant né le 1<sup>er</sup> janvier 1996 au plus tard à condition que l'application de ces dispositions soit plus avantageuse pour l'enfant le jour suivant la date de fin de validité de la décision médicale visée au § 1<sup>er</sup>, que l'application des dispositions applicables à l'enfant né après le 1<sup>er</sup> janvier 1996. L'organisme ne peut toutefois appliquer les dispositions applicables à l'enfant né le 1<sup>er</sup> janvier 1996 au plus tard, que pendant 3 ans maximum à compter du jour suivant la date de fin de validité de la décision médicale visée au § 1<sup>er</sup>.

§ 3. Par dérogation à l'article 23, alinéa 3, la révision d'office visée au § 2, alinéa 1<sup>er</sup> a un effet rétroactif de trois ans, à compter de la date de fin de validité de la décision médicale visée au § 1<sup>er</sup>, sans que cette révision d'office puisse produire ses effets avant le 1<sup>er</sup> mai 2003. Pour la période d'effet rétroactif, le médecin effectue uniquement la constatation visée à l'article 6 et l'organisme applique les dispositions applicables à l'enfant né le 1<sup>er</sup> janvier 1996 au plus tard si cette application génère pour l'enfant un montant supérieur au montant dont l'enfant bénéficiait déjà, et ce chaque fois que ce cas se présente au cours de cette période.

**Art. 15.** § 1<sup>er</sup>. Les dispositions du présent article sont appliquées aux décisions médicales prises après la décision médicale résultant de la révision d'office visée à l'article 14, § 2, alinéa 1<sup>er</sup>.

§ 2. Lorsque la décision médicale visée au § 1<sup>er</sup> est une décision résultant d'une révision d'office, cette décision produit ses effets à partir du premier jour du mois suivant celui au cours duquel se situe la date de fin de validité de la décision précédente.

Le médecin effectue la double évaluation, à condition que les dispositions applicables à l'enfant né après le 1<sup>er</sup> janvier 1996 n'aient pas encore été appliquées depuis le jour suivant la date de fin de validité de la décision visée à l'article 14, § 1<sup>er</sup>. Si la condition précédente est remplie, l'organisme applique les dispositions applicables à l'enfant né le 1<sup>er</sup> janvier 1996 au plus tard, à condition que cette application soit, le jour après la date de fin de la précédente décision, plus avantageuse que l'application des dispositions applicables à l'enfant né après le 1<sup>er</sup> janvier 1996.

L'organisme ne peut toutefois appliquer les dispositions applicables à l'enfant né le 1<sup>er</sup> janvier 1996 au plus tard, que pendant 3 ans maximum à compter du jour de la fin de validité de la décision médicale visée à l'article 14, § 1<sup>er</sup>.

§ 3. Lorsque la décision médicale visée au § 1<sup>er</sup> est une décision faisant suite à une demande en révision, les règles suivantes sont applicables à cette décision.

1° Lorsque la décision porte sur une période antérieure au 1<sup>er</sup> mai 2003, le médecin effectue pour cette période les constatations visées aux articles 2 et 3 de l'arrêté royal du 3 mai 1991 et l'organisme applique les règles fixées aux articles 4, 12, 13 et 14 du même arrêté. Chaque fois que sur base de la dernière constatation un montant plus élevé peut être octroyé, l'organisme paie la différence.

2° Pour la période qui commence au plus tôt le 1<sup>er</sup> mai 2003 et finit le jour précédant la date de la demande, le médecin effectue la double évaluation, à condition que les dispositions applicables à l'enfant né après le 1<sup>er</sup> janvier 1996 n'aient pas encore été appliquées depuis le jour suivant la date de fin de validité de la décision visée à l'article 14, § 1<sup>er</sup>. Chaque fois que sur base de cette double évaluation un montant plus élevé peut être octroyé, l'organisme paie la différence.

3° Pour la période à partir de la date de la demande, le médecin effectue la double évaluation, à condition que les dispositions applicables à l'enfant né après le 1<sup>er</sup> janvier 1996 n'aient pas encore été appliquées depuis le jour suivant la date de fin de validité de la décision visée à l'article 14, § 1<sup>er</sup>. Lorsque la condition précitée est remplie, l'organisme applique les dispositions applicables à l'enfant né le 1<sup>er</sup> janvier 1996 au plus tard à condition que cette application soit plus avantageuse à la date de la demande, que l'application des dispositions applicables à l'enfant né après le 1<sup>er</sup> janvier 1996.

4° L'organisme ne peut toutefois appliquer les dispositions applicables à l'enfant né le 1<sup>er</sup> janvier 1996 au plus tard, que pendant 3 ans maximum à compter du jour suivant la date de fin de validité de la décision médicale visée à l'article 14, § 1<sup>er</sup>.

**Art. 16.** Lorsque la révision d'office visée à l'article 14, § 2, alinéa 1<sup>er</sup>, n'a pas lieu en raison du fait qu'elle est précédée d'une demande en révision, introduite après le 30 avril 2003 et qui donne lieu elle-même à une décision médicale, les règles suivantes sont applicables à cette décision.

De instelling past de bepalingen toe die gelden voor het kind geboren uiterlijk op 1 januari 1996 op voorwaarde dat de toepassing van deze bepalingen op de dag na de einddatum van de geldigheid van de medische beslissing bedoeld in § 1 voordeliger is voor het kind dan de toepassing van de bepalingen die gelden voor het kind geboren na 1 januari 1996. De instelling mag evenwel de bepalingen die gelden voor het kind geboren uiterlijk op 1 januari 1996 slechts toepassen gedurende maximaal 3 jaar te rekenen vanaf de dag na de einddatum van de geldigheid van de medische beslissing bedoeld in § 1.

§ 3. In afwijking van artikel 23, derde lid, heeft de ambtshalve herziening bedoeld in § 2, eerste lid, een retroactieve werking van drie jaar, te rekenen vanaf de einddatum van de medische beslissing bedoeld in § 1, zonder dat deze ambtshalve herziening uitwerking mag hebben vóór 1 mei 2003. Voor de retroactieve periode doet de geneesheer enkel de vaststelling bedoeld in artikel 6 en past de instelling de bepalingen toe die gelden voor het kind geboren uiterlijk op 1 januari 1996 indien de toepassing ervan een hoger bedrag oplevert voor het kind dan het bedrag dat het kind reeds genoot, en dit telkens dit het geval is tijdens deze periode.

**Art. 15.** § 1. Voor de medische beslissingen, die genomen worden na de medische beslissing voortvloeiend uit de ambtshalve herziening bedoeld in artikel 14, § 2, eerste lid, wordt toepassing gemaakt van de bepalingen van dit artikel.

§ 2. Indien de medische beslissing bedoeld in § 1 een beslissing is voortvloeiend uit een ambtshalve herziening, heeft deze beslissing uitwerking vanaf de eerste dag van de maand die volgt op die waarin de einddatum van de geldigheid van de vorige beslissing valt.

De geneesheer verricht de dubbele evaluatie, op voorwaarde dat sinds de dag volgend op de einddatum van de geldigheid van de beslissing bedoeld in artikel 14, § 1, geen toepassing gemaakt is van de bepalingen die gelden voor het kind geboren na 1 januari 1996. Indien voormelde voorwaarde vervuld is, past de instelling de bepalingen toe die gelden voor het kind geboren uiterlijk op 1 januari 1996, op voorwaarde dat de toepassing ervan op de dag na de einddatum van de vorige beslissing voordeliger is dan de toepassing van de bepalingen die gelden voor de kinderen geboren na 1 januari 1996.

De instelling mag evenwel de bepalingen die gelden voor het kind geboren uiterlijk op 1 januari 1996 slechts toepassen gedurende maximaal 3 jaar te rekenen vanaf de dag na de einddatum van de geldigheid van de medische beslissing bedoeld in artikel 14, § 1.

§ 3. Indien de medische beslissing bedoeld in § 1 een beslissing is ingevolge een aanvraag tot herziening gelden de volgende regels voor deze beslissing.

1° Indien de beslissing betrekking heeft op een periode vóór 1 mei 2003 doet de geneesheer voor deze periode de vaststellingen die bedoeld zijn in de artikelen 2 en 3 van het koninklijk besluit van 3 mei 1991 en past de instelling de regels toe die bepaald zijn in de artikelen 4, 12, 13 en 14 van hetzelfde besluit. Telkens op grond van de laatste vaststelling een hoger bedrag kan worden toegekend betaald de instelling het verschil.

2° Voor de periode die ten vroegste op 1 mei 2003 aanvangt en eindigt op de dag voorafgaand aan de datum van de aanvraag verricht de geneesheer de dubbele evaluatie, op voorwaarde dat sinds de dag volgend op de einddatum van de geldigheid van de beslissing bedoeld in artikel 14, § 1, geen toepassing gemaakt is van de bepalingen die gelden voor het kind geboren na 1 januari 1996. Telkens op grond van deze dubbele evaluatie een hoger bedrag kan worden toegekend betaald de instelling het verschil.

3° Voor de periode vanaf de datum van de aanvraag verricht de geneesheer de dubbele evaluatie, op voorwaarde dat sinds de dag volgend op de einddatum van de geldigheid van de beslissing bedoeld in artikel 14, § 1, geen toepassing gemaakt is van de bepalingen die gelden voor het kind geboren na 1 januari 1996. Indien voormelde voorwaarde vervuld is past de instelling de bepalingen toe die gelden voor het kind geboren uiterlijk op 1 januari 1996, op voorwaarde dat de toepassing ervan op de datum van de aanvraag voordeliger is dan de toepassing van de bepalingen die gelden voor het kind geboren na 1 januari 1996.

4° De instelling mag evenwel de bepalingen die gelden voor het kind geboren uiterlijk op 1 januari 1996 slechts toepassen gedurende maximaal 3 jaar te rekenen vanaf de dag na de einddatum van de geldigheid van de medische beslissing bedoeld in artikel 14, § 1.

**Art. 16.** Indien de ambtshalve herziening bedoeld in artikel 14, § 2, eerste lid, niet plaatsvindt omdat zij voorafgegaan is door een aanvraag tot herziening, die ingediend is na 30 april 2003 en die zelf aanleiding geeft tot een medische beslissing, gelden de volgende regels met betrekking tot deze beslissing.

1° Lorsque la décision médicale faisant suite à la demande porte sur une période antérieure au 1<sup>er</sup> mai 2003, l'article 15, § 3, 1° est applicable

2° Pour la période qui commence au plus tôt le 1<sup>er</sup> mai 2003 et finit le jour précédant la date de la demande, le médecin effectue la double évaluation. Chaque fois que sur base de cette double évaluation un montant plus élevé peut être octroyé, l'organisme paie la différence.

3° Pour la période à partir de la date de la demande, le médecin effectue la double évaluation. L'organisme applique les dispositions applicables à l'enfant né le 1<sup>er</sup> janvier 1996 au plus tard, à condition que cette application soit plus avantageuse à la date de la demande, que l'application des dispositions applicables à l'enfant né après le 1<sup>er</sup> janvier 1996.

4° L'organisme ne peut toutefois appliquer les dispositions applicables à l'enfant né le 1<sup>er</sup> janvier 1996 au plus tard, que pendant 3 ans maximum à compter du jour suivant la date de fin de validité de la décision médicale visée à l'article 14, § 1<sup>er</sup>.

**Art. 17.** Pour les décisions médicales prises après la décision médicale visée à l'article 16, l'article 15, §§ 2 et 3 est applicable.

Pour l'application de l'alinéa 1<sup>er</sup>, les mots « depuis le jour suivant la date de fin de validité de la décision visée à l'article 14, § 1 » repris à l'article 15, § 2, alinéa 2 et § 3, 2° et 3°, doivent se lire « depuis la date de la demande de révision visée à l'article 16, alinéa 1<sup>er</sup> ».

**Art. 18.** Lorsqu'une décision médicale faisant suite à une demande antérieure au 1<sup>er</sup> mai 2003 ou résultant d'une révision d'office dont les effets ont débuté avant le 1<sup>er</sup> mai 2003 est applicable le 1<sup>er</sup> mai 2003 et que cette décision produit ses effets jusqu'au moment où l'enfant né après le 1<sup>er</sup> janvier 1996 atteint l'âge de 21 ans, l'article 16 est appliqué lorsqu'une demande de révision de cette décision est introduite après le 30 avril 2003. Toutefois, les dispositions applicables à l'enfant né le 1<sup>er</sup> janvier 1996 au plus tard peuvent être appliquées jusqu'au moment où l'enfant atteint l'âge de 21 ans.

#### CHAPITRE IV. — La procédure

**Art. 19.** Les demandes d'allocations familiales visées aux articles 47, 56septies et 63 des lois coordonnées sont, introduites auprès de l'organisme compétent.

Après avoir constaté que toutes les conditions d'octroi, à l'exception de celles concernant l'incapacité physique ou mentale et les conséquences de l'affection, sont remplies, l'organisme transmet au demandeur le formulaire de demande ainsi que le formulaire médical, dont les modèles sont fixés par le Service.

Le demandeur envoie ces formulaires dûment remplis à l'organisme ou au Service. Il peut déjà y joindre des rapports médicaux ou sociaux.

**Art. 20.** L'incapacité physique ou mentale, visée aux articles 56septies, § 1<sup>er</sup>, et 63, § 1<sup>er</sup> des lois coordonnées, le degré d'autonomie, visé à l'article 47, § 1<sup>er</sup> des mêmes lois et les conséquences de l'affection, visées aux articles 56septies, § 2, et 63, § 2 des mêmes lois sont constatés soit par un médecin du Service, soit par un médecin désigné par le Ministre.

Les médecins-directeur du Service médical sont chargés du contrôle des médecins, en ce qui concerne les examens visés à l'article 21, qu'ils ont effectués.

Le médecin se conforme à la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient lorsqu'il effectue les examens visés à l'alinéa 2.

**Art. 21.** § 1<sup>er</sup>. Le médecin sollicite auprès du demandeur les rapports médicaux, sociaux et autres, qu'il estime nécessaires.

Pour la prise d'une décision, le médecin compétent tiendra compte, non seulement de ses propres constatations médicales, mais également des rapports médicaux, sociaux et autres qui lui ont été transmis. Par ailleurs, il se basera sur des entretiens avec l'enfant et les personnes qui connaissent la situation de l'enfant.

Lorsque le demandeur n'envoie pas dans les 30 jours les documents ou les informations demandées, le médecin envoie une lettre de rappel.

1° Indien de medische beslissing ingevolge de aanvraag betrekking heeft op een periode vóór 1 mei 2003 wordt toepassing gemaakt van artikel 15, § 3, 1°.

2° Voor de periode die ten vroegste op 1 mei 2003 aanvangt en eindigt op de dag voorafgaand aan de datum van de aanvraag verricht de geneesheer de dubbele evaluatie. Telkens op grond van deze dubbele evaluatie een hoger bedrag kan worden toegekend, betaalt de instelling het verschil.

3° Voor de periode vanaf de datum van de aanvraag verricht de geneesheer de dubbele evaluatie. De instelling past de bepalingen toe die gelden voor het kind geboren uiterlijk op 1 januari 1996, op voorwaarde dat op de datum van de aanvraag de toepassing ervan voordeliger is dan de toepassing van de bepalingen die gelden voor het kind geboren na 1 januari 1996.

4° De instelling mag evenwel de bepalingen die gelden voor het kind geboren uiterlijk op 1 januari 1996 slechts toepassen gedurende maximaal 3 jaar te rekenen vanaf de dag na de einddatum van de geldigheid van de medische beslissing bedoeld in artikel 14, § 1.

**Art. 17.** Voor de medische beslissingen die genomen worden na de medische beslissing bedoeld in artikel 16, wordt toepassing gemaakt van artikel 15, §§ 2 en 3.

Voor de toepassing van het eerste lid dienen de woorden vermeld in artikel 15, § 2, tweede lid en § 3, 2° et 3° « sinds de dag volgend op de einddatum van de beslissing bedoeld in artikel 14, § 1 » gelezen te worden als « sinds de datum van de aanvraag tot herziening bedoeld in artikel 16, eerste lid ».

**Art. 18.** Indien er op 1 mei 2003 een uitwerking is van een medische beslissing ingevolge een aanvraag vóór 1 mei 2003 of voortvloeiend uit een ambtshalve herziening waarvan de uitwerking begonnen is vóór 1 mei 2003 en deze beslissing uitwerking heeft totdat het kind geboren na 1 januari 1996 de leeftijd van 21 jaar heeft bereikt, wordt toepassing gemaakt van artikel 16 indien een aanvraag tot herziening van deze beslissing ingediend wordt na 30 april 2003. Nochtans kan toepassing gemaakt worden van de bepalingen die gelden voor het kind geboren uiterlijk op 1 januari 1996 totdat het kind de leeftijd van 21 jaar bereikt heeft.

#### HOOFDSTUK IV. — De procedure

**Art. 19.** De aanvragen om kinderbijslag bedoeld in de artikelen 47, 56septies en 63 van de samengeordende wetten worden ingediend bij de bevoegde instelling.

Na te hebben vastgesteld dat alle toekenningsvoorwaarden, met uitzondering van deze betreffende de lichamelijke of geestelijke ongeschiktheid en de gevolgen van de aandoening vervuld zijn, zendt de instelling het aanvraagformulier en het medisch formulier, waarvan de modellen vastgesteld zijn door de Dienst, aan de aanvrager.

De aanvrager zendt deze behoorlijk ingevulde formulieren naar de instelling of de Dienst. Hij kan hieraan reeds medische of sociale verslagen toevoegen.

**Art. 20.** De lichamelijke of geestelijke ongeschiktheid, bedoeld in de artikelen 56septies, § 1, en 63, § 1, van de samengeordende wetten, de graad van zelfredzaamheid, bedoeld in artikel 47, § 1, van dezelfde wetten en de gevolgen van de aandoening, bedoeld in de artikelen 56septies, § 2, en 63, § 2, van dezelfde wetten, worden vastgesteld hetzij door een geneesheer van de Dienst, hetzij door een geneesheer aangewezen door de Minister.

De geneesheren-directeur van de Medische Dienst zijn belast met het toezicht op de geneesheren, voor wat de door hen uitgevoerde onderzoeken bedoeld in artikel 21 betreft.

De geneesheer leeft de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt na bij het uitvoeren van de onderzoeken bedoeld in het tweede lid.

**Art. 21.** § 1. De geneesheer vordert van de aanvrager de medische, sociale en andere verslagen die noodzakelijk worden geacht.

De geneesheer zal voor het nemen van een beslissing, naast zijn eigen medische vaststellingen, rekening houden met de medische, sociale en andere verslagen die hem overgemaakt zijn. Daarnaast zal hij zich steunen op gesprekken met het kind en met de personen die de toestand van het kind kennen.

Indien de aanvrager de gevraagde documenten of informatie niet toezendt binnen de 30 dagen stuurt de geneesheer een herinnerings-schrijven.



§ 2. En vue de pouvoir effectuer les examens, une convocation est envoyée aux parents ou au représentant légal de l'enfant. S'ils ne se présentent pas à l'examen, une deuxième convocation est envoyée. S'ils ne se présentent toujours pas malgré la deuxième convocation, une décision est prise sur la base d'éléments dont dispose le médecin.

Si le médecin ne dispose pas d'éléments suffisants pour pouvoir prendre une décision au sujet du dossier, il le fera savoir à l'organisme. Celui-ci décide qu'il n'y a pas droit aux allocations familiales dans le cadre des articles 56septies et 63 des lois coordonnées ou au supplément visé à l'article 47 des mêmes lois.

Lorsque l'enfant ne peut se déplacer pour des raisons médicales, l'examen est effectué sur place.

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 20, alinéa 1<sup>er</sup>, est communiqué au Service dans les nonante jours suivant la réception de la demande visée à l'article 19, par le médecin compétent.

**Art. 22.** Les bénéficiaires d'allocations familiales en vertu des articles 47, 56septies et 63 des lois coordonnées peuvent introduire une demande en révision auprès de l'organisme compétent.

La demande en révision implique une nouvelle évaluation de l'incapacité physique ou mentale et du degré d'autonomie de l'enfant, ou des conséquences de l'affection de l'enfant.

Les données qui sont consignées sur le formulaire médical sont établies trente jours au plus avant l'envoi, par le demandeur, des formulaires visés à l'article 19, alinéa 2, à l'organisme ou au Service. Le formulaire médical mentionne la nature du changement dans l'affection et les conséquences pour l'enfant et la famille.

La révision peut aussi être effectuée à la demande de l'organisme compétent ou du médecin compétent, auquel cas la demande en révision est introduite après du Service.

**Art. 23.** Une révision d'office a lieu en cas de décision médicale pour une durée déterminée.

La procédure de révision d'office est entamée par l'organisme compétent, 150 jours au plus tard avant la date de fin de validité de la décision médicale.

La décision consécutive à la révision d'office produit ses effets le premier jour du mois qui suit celui au cours duquel la date de fin de validité survient.

**Art. 24.** Sans préjudice de l'article 22, alinéas 3 et 4, les demandes en révision visées à l'article 22 sont instruites conformément aux dispositions de l'article 19.

#### CHAPITRE V. — Dispositions transitoires et finales

**Art. 25.** La demande pour un enfant né après le 1<sup>er</sup> janvier 1996 qui est introduite dans le courant du mois d'avril 2003 doit être considérée comme une demande introduite le 1<sup>er</sup> mai 2003. En conséquence, l'article 16, 1<sup>o</sup>, 3<sup>o</sup> et 4<sup>o</sup> est applicable.

**Art. 26.** Les articles 47, 56septies et 63 des lois coordonnées, remplacés respectivement par les articles 85, 86 et 87 de la loi-programme (I) du 24 décembre 2002, entrent en vigueur le 1<sup>er</sup> mai 2003.

**Art. 27.** L'arrêté royal du 3 mai 1991 est abrogé.

Par dérogation à l'alinéa 1<sup>er</sup>, les articles 16, 17, 18 et 19 de l'arrêté royal du 3 mai 1991 restent toutefois applicables, ainsi que les articles de l'arrêté précité auxquels il est fait référence dans le présent arrêté et dans l'arrêté royal du 28 août 1991 portant exécution des articles 20, §§ 2 et 3, 26 et 35, de l'arrêté royal du 8 avril 1976 établissant le régime des prestations familiales en faveur des travailleurs indépendants, et de l'article 23 de l'arrêté royal du 21 février 1991 modifiant certaines dispositions relatives au régime des prestations familiales en faveur des travailleurs indépendants.

Par dérogation à l'alinéa 1<sup>er</sup>, l'arrêté royal du 3 mai 1991 reste toutefois applicable :

1<sup>o</sup> aux demandes visées aux articles 5, alinéa 1<sup>er</sup>, et 9 de l'arrêté précité, introduites avant le 1<sup>er</sup> mai 2003 mais au sujet desquelles l'organisme n'a pas encore pris le 30 avril 2003 une décision concernant le droit aux allocations familiales;

§ 2. Teneinde de onderzoeken te kunnen verrichten wordt aan de ouders of de wettelijke vertegenwoordiger van het kind een oproeping gestuurd. Indien zij nalaten zich voor het onderzoek aan te melden wordt een tweede oproeping gestuurd. Indien er ondanks de tweede oproeping geen gevolg aan wordt gegeven, wordt een beslissing genomen op grond van elementen waarover de geneesheer beschikt.

Indien de geneesheer niet over voldoende elementen beschikt om in het dossier een beslissing te kunnen nemen, zal hij dit mededelen aan de instelling. Deze laatste beslist dat er geen recht is op kinderbijslag in het raam van de artikelen 56septies en 63 van de samengeordende wetten of op de bijslag bedoeld in artikel 47 van dezelfde wetten.

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

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 20, eerste lid, wordt medegedeeld aan de Dienst binnen de negentig dagen volgend op de ontvangst door de bevoegde geneesheer van de in artikel 19 bedoelde aanvraag.

**Art. 22.** De gerechtigden op kinderbijslag krachtens de artikelen 47, 56septies en 63 van de samengeordende wetten kunnen een aanvraag tot herziening indienen bij de bevoegde instelling.

De aanvraag tot herziening brengt een nieuwe evaluatie mee van de lichamelijke of geestelijke ongeschiktheid en de zelfredzaamheid van het kind, of van de gevolgen van de aandoening van het kind.

De gegevens die aangebracht worden op het medisch formulier zijn maximum 30 dagen vóór de toezending van de formulieren bedoeld in artikel 19, tweede lid, door de aanvrager aan de instelling of de Dienst, opgesteld. Het medisch formulier 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 verzoek van de bevoegde instelling of van de bevoegde geneesheer, in welk geval de herzieningsaanvraag wordt ingediend bij de Dienst.

**Art. 23.** Een ambtshalve herziening vindt plaats ingeval een medische beslissing voor een bepaalde duur genomen werd.

De procedure van ambtshalve herziening wordt door de bevoegde instelling ingeleid ten laatste 150 dagen vóór de einddatum van de geldigheid van de beslissing.

De beslissing die voortvloeit uit de ambtshalve herziening heeft uitwerking vanaf de eerste dag van de maand die volgt op die waarin de einddatum van de geldigheid valt.

**Art. 24.** Onverminderd artikel 22, derde en vierde lid, worden de aanvragen tot herziening bedoeld in artikel 22 onderzocht overeenkomstig de bepalingen van artikel 19.

#### HOOFDSTUK V. — Overgangs- en slotbepalingen

**Art. 25.** De aanvraag voor een kind geboren na 1 januari 1996 die ingediend wordt in de loop van de maand april 2003 dient te worden beschouwd als een aanvraag ingediend op 1 mei 2003. Bijgevolg is artikel 16, 1<sup>o</sup>, 3<sup>o</sup> en 4<sup>o</sup> van toepassing.

**Art. 26.** De artikelen 47, 56septies en 63 van de samengeordende wetten, respectievelijk vervangen door de artikelen 85, 86 en 87 van de programmawet (I) van 24 december 2002, treden in werking op 1 mei 2003.

**Art. 27.** Het koninklijk besluit van 3 mei 1991 wordt opgeheven.

In afwijking van het eerste lid, blijven de artikelen 16, 17, 18 en 19 van het koninklijk besluit van 3 mei 1991 nochtans van toepassing evenals de artikelen van voormeld besluit waarnaar verwezen wordt in dit besluit en in het koninklijk besluit van 28 augustus 1991 tot uitvoering van de artikelen 20, §§ 2 en 3, 26 en 35 van het koninklijk besluit van 8 april 1976 houdende regeling van de gezinsbijslag ten voordele van de zelfstandigen en van artikel 23 van het koninklijk besluit van 21 februari 1991 tot wijziging van sommige bepalingen betreffende de regeling van de gezinsbijslag ten voordele van de zelfstandigen.

In afwijking van het eerste lid, blijft het koninklijk besluit van 3 mei 1991 nochtans van toepassing op :

1<sup>o</sup> de aanvragen bedoeld in de artikelen 5, eerste lid, en 9 van voormeld besluit, die vóór 1 mei 2003 ingediend zijn doch met betrekking tot dewelke de beslissing van de instelling omtrent het recht op kinderbijslag nog niet genomen is op 30 april 2003;

2° aux révisions d'office suite à une décision médicale dont la date de fin de validité est le 31 mars 2003 au plus tard, au sujet desquelles l'organisme n'a pas encore pris le 30 avril 2003 une décision concernant le droit aux allocations familiales.

**Art. 28.** Le présent arrêté entre en vigueur le 1<sup>er</sup> mai 2003.

**Art. 29.** Après une période de deux ans, le Ministre établit un rapport d'évaluation. Il soumet celui-ci au Conseil supérieur national des personnes handicapées.

**Art. 30.** Notre Ministre des Affaires sociales est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Donné à, le 28 mars 2003.

ALBERT

Par le Roi :

Le Ministre des Affaires sociales,  
F. VANDENBROUCKE

2° op de ambtshalve herzieningen na een medische beslissing waarvan de einddatum van de geldigheidsduur uiterlijk op 31 maart 2003 valt, waarvoor de beslissing van de instelling omtrent het recht op kinderbijslag nog niet genomen is op 30 april 2003.

**Art. 28.** Dit besluit treedt in werking op 1 mei 2003.

**Art. 29.** Na verloop van twee jaar stelt de Minister een evaluatieverslag op. Hij legt dit voor aan de Nationale Hoge Raad voor personen met een handicap.

**Art. 30.** Onze Minister van Sociale Zaken is belast met de uitvoering van dit besluit.

Gegeven te 28 maart 2003.

ALBERT

Van Koningswege :

De Minister van Sociale Zaken,  
F. VANDENBROUCKE

**Annexe 1** à 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

### Echelle médico-sociale

#### 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.

À 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.

**ECHELLE MEDICO - SOCIALE**

<b>1. Incapacité (PI)</b>		<b>ENFANT</b>				<b>FAMILLE</b>					
		<b>2. Activité &amp; participation (PII)</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>3. Contraintes familiales (PIII)</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
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:				

<b>2.1 EDUCATION/APPRENTISSAGE ET INTEGRATION SOCIALE</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
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.		X		
Guidance psychologique en dehors de l'école ( séances de plusieurs fois/mois ).				
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
<b>SCORE LE PLUS ELEVE</b>				

<b>0 - 36 mois</b>	<b>2.2 COMMUNICATION</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
<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'agite 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	
<b>SCORE LE PLUS ELEVE:</b>					

<b>37 mois - 6 ans</b>	<b>2.2 COMMUNICATION</b>			
	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
<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>	<b>X</b>			
<p>Retard du langage parlé de 18 mois au moins ou au moins 2 écarts-types de la norme dans 3 fonctions ( phonologique, lexicale, morphosyntaxique ).</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 &lt; 3/10 (bilatérale avec correction).</p>		<b>X</b>		
<p>Début d'acquisition des premiers mots seulement à partir de la 3<sup>o</sup> année maternelle.</p> <p>Après la 3<sup>o</sup> 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 &lt; 10°.</p>			<b>X</b>	
<p>Seule une communication non verbale est possible.</p> <p>Cécité complète. Cophose totale.</p>				<b>X</b>
<b>SCORE LE PLUS ELEVE :</b>				

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

<b>12 ans et plus</b>	<b>2.2 COMMUNICATION</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
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
<b>SCORE LE PLUS ELEVE:</b>					



<b>0-36 mois</b>	<b>2.3. MOBILITE ET DEPLACEMENT</b> (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)	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
<b>0 - 12 mois</b>	<p>Contrôle de la tête difficile à 6 mois</p> <p>Pas de contrôle de tête à 6 mois</p> <p>Hypotonie axiale majeure sans activité motrice.</p>		<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>
	<b>SCORE LE PLUS ELEVE</b>				
<b>13 – 24 mois</b>	<p>Ne peut passer de la position couchée à la position assise, position assise autonome, ne se tire pas dans une position debout.</p> <p>Préhension possible mais maladroite (pas de motricité fine)</p> <p>Pas de position assise autonome</p> <p>Préhension possible mais inefficace ou quasi nulle</p> <p>Pas de contrôle de tête et pas d'activité motrice volontaire.</p>		<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>
	<b>SCORE LE PLUS ELEVE</b>				
<b>25 – 36 mois</b>	<p>Marche avec aide</p> <p>Préhension possible mais maladroite (pas de motricité fine)</p> <p>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.</p> <p>Préhension possible mais inefficace ou quasi nulle</p> <p>Pas de position assise autonome</p> <p>Absence de préhension</p>		<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>
	<b>SCORE LE PLUS ELEVE</b>				

<b>3-6 ans</b>	<b>2.3 MOBILITE ET DEPLACEMENT</b> (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)	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
<b>Se déplacer sans aide</b>	Difficilement (plus de 10 mètres) Très difficilement (quelques mètres) Impossible		X	X	X
<b>Escaliers Obstacles</b>	Difficile Impossible		X	X	
<b>Appareillages ou soutien (périmètre de marche supérieur à 10 mètres)</b>	Marche possible avec une orthèse, une prothèse, une béquille.  Difficile avec orthèses, béquilles ou prothèses.  Impossible: chaise roulante permanente		X	X	X
<b>Manipulation fine et habileté</b>	Difficile Impossible		X	X	
<b>Jeux et activités sportives</b>	Limités, difficiles Impossibles ou non autorisés		X	X	
	<b>SCORE LE PLUS ELEVE</b>				

<b>7 ans et plus</b>	<b>2.3 MOBILITE ET DEPLACEMENT</b> (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)	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
<b>Se déplacer sans aide</b>	Difficilement (plus de 10 mètres) Très difficilement (quelques mètres) Impossible		X	X	X
<b>Escaliers Obstacles</b>	Difficile Impossible		X	X	
<b>Appareillages ou soutien (périmètre de marche supérieur à 10 mètres)</b>	Marche possible avec une orthèse, une prothèse, une béquille.  Difficile avec orthèses, béquilles ou prothèses.  Impossible: chaise roulante permanente		X	X	X
<b>Transport en commun</b>	Difficile ou avec aide ou après guidance pour apprentissage Impossible		X	X	
<b>Manipulation fine et habileté</b>	Difficile Impossible		X	X	
<b>Vélo, jeux et activités sportives</b>	Limités, difficiles  Impossibles ou non autorisés		X	X	
	<b>SCORE LE PLUS ELEVE</b>				

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

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

<b>7-11 ans</b>	<b>2.4 SOINS CORPORELS</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
<b>Se laver, s'habiller</b>	De manière indépendante Aide limitée ( ex : nouer les lacets, fermer les boutons, couper les ongles,..) Impossible sans une aide permanente	X	X	X	
<b>Alimentation</b>	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
<b>Fonctions excrétrices</b>	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
	<b>SCORE LE PLUS ELEVE</b>				

<b>12 ans et plus</b>	<b>2.4 SOINS CORPORELS</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
<b>Se laver et s'habiller</b>	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
<b>Alimentation</b>	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
<b>Fonctions excrétrices</b>	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
	<b>SCORE LE PLUS ELEVE</b>				

<b>3.1 TRAITEMENT DISPENSE A DOMICILE</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
Traitements administrés pendant au moins 6 mois				
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 quotidienne 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...; aéro ol/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, administration d'oxygène); nutrition parentérale totale; nutrition par sonde gastrique durant la nuit ou en continu; traitement IV quotidien; dialyse à domicile.				X
<b>SCORE LE PLUS ELEVE</b>				

<b>3.2 DEPLACEMENT POUR SURVEILLANCE MEDICALE ET TRAITEMENT.</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
<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>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>
<b>SCORE LE PLUS ELEVE</b>				

0-36 mois	<b>3.3 ADAPTATION DU MILIEU DE VIE &amp; DES HABITUDES DE VIE</b> (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
	<b>SCORE LE PLUS ELEVE</b>				



<b>3-6 ans</b>	<b>3.3 ADAPTATION DU MILIEU DE VIE &amp; DES HABITUDES DE VIE</b> (aspects physiques et/ou psychologiques)	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
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 ).		<b>X</b>		
Processus d'apprentissage	Accompagnement et stimulation spécifique, par exemple en cas de retard psychomoteur, troubles du comportement ou déficit sensoriel.		<b>X</b>		
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 ).		<b>X</b>		
	<b>SCORE LE PLUS ELEVE</b>				

7 ans et plus	<b>3.3 ADAPTATION DU MILIEU DE VIE &amp; DES HABITUDES DE VIE</b> (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
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
<b>SCORE LE PLUS ELEVE</b>					

Vu pour être annexé à Notre arrêté du 28 mars 2003.

ALBERT

Par le Roi :

Le Ministre des Affaires sociales,  
F VANDENBROUCKE

**Bijlage 1** bij het koninklijk besluit van 28 maart 2003 tot uitvoering van de artikelen 47, 56<sup>septies</sup> en 63 van de samengeordende wetten betreffende de kinderbijslag voor loonarbeiders en van artikel 88 van de programmawet (I) van 24 december 2002

### Medisch-sociale schaal

#### Voorwoord

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 pediatrische 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) Leren, 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.

**MEDISCH-SOCIALE SCHAAL**

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

<b>2.1. LEREN, OPLEIDING EN SOCIALE INTEGRATIE</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
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, ziekenhuis-school, 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
<b>HOOGSTE SCORE:</b>				

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	
<b>HOOGSTE SCORE:</b>					

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, honger kent 3 kleuren, duidt elleboog en knie aan.            5 j: begrijpt concrete situaties, duidt wimpers en kin aan.            5-6 j: 5- woordzinnen; definieert 3 woorden.</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: &lt; 3/10 (bilateraal met correctie).</p>		X						
<p>Eerste woordjes slechts vanaf 3<sup>e</sup> kleuterklas.            Zegt enkel woorden, geen zinnen, slecht verstaanbaar na 3<sup>e</sup> 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 &lt; 10°.</p>			X					
<p>Alleen een non-verbale communicatie is mogelijk.            Volledige blindheid of totale kophose.</p>				X				
<b>HOOGSTE SCORE</b>								

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 3<sup>e</sup> leerjaar.</p>	<p>X</p>				
<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 opdrachtjes.            Dysarthrie, ernstig stotteren (waarvoor therapie)            Gehoor: verstaat met gehoorapparaatjes en zonder liplezen.            Vanaf 10 jaar: begrijpend lezen mogelijk, doch gebrekkig; kan geen korte zinnen schrijven.            Visus: &lt; 3/10 tot &gt;1/20 (bilateraal met correctie) of gezichtsveld &lt; 20°; vergroting nodig bij lezen op normale leesafstand; kan op school niet op bord lezen.</p>	<p>X</p>				
<p>Spraak moeilijk verstaanbaar, gebrek gelijk aan ten minste 48 maand spraakachterstand op de leeftijd van 7 jaar of tenminste 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 &lt; 10°; kan niet lezen (braille nodig) of kan geen TV kijken.</p>			<p>X</p>		
<p>Onverstaanbare spraak, zegt enkele woorden maar geen zin, gebarentaal noodzakelijk.            Braille niet aan te leren.            Volledige blindheid / totale kophose.</p>					<p>X</p>
<p><b>HOOGSTE SCORE:</b></p>					



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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

<b>0-36 maand 3.3 AANPASSING VAN LEEFMILIEU &amp; LEEFWIJZE</b> (lichamelijke en/of psychologische aspecten)		<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
<b>ADL (voeding, wassen, kleden en hygiëne)</b>	Voeding zeer moeilijk en langdurig ten gevolge van ernstige slikstoornissen, sonde- of parenterale voeding.			<b>X</b>	
<b>Leerprocessen</b>	Begeleiding en bijzondere stimulering, vb. bij psychomotorische achterstand, gedrags- of sensoriele stoornissen.		<b>X</b>		
<b>Bijzonder of aangepast toezicht</b>	Diagnose van een aandoening met gereserveerde prognose. Specifieke veiligheidsmaatregelen in de hele woning. Dagelijks uit te voeren allergiepreventie maatregelen (geobjectiveerd).		<b>X</b>		
	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...).			<b>X</b>	
	<b>HOOGSTE SCORE</b>				

<b>3-6 jaar 3.3 AANPASSING VAN LEEFMILIEU &amp; LEEFWIJZE</b> (lichamelijke en/of psychologische aspecten)		<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
<b>ADL (voeding, wassen, kleden, hygiëne en verplaatsing)</b>	Hulp voor bepaalde activiteiten (vb: hygiëne).		<b>X</b>		
	Bestendige hulp bij alle activiteiten (voeding, wassen, kleden, hygiëne en verplaatsing).			<b>X</b>	
<b>Leerprocessen</b>	Begeleiding en bijzondere stimulering, vb. in geval van psychomotorische achterstand, gedrags- of sensoriele stoornissen.		<b>X</b>		
<b>Toezicht en vrije tijd</b>	Diagnose van een aandoening met gereserveerde prognose. Specifieke veiligheidsmaatregelen in de hele woning. Dagelijks uit te voeren allergiepreventie maatregelen (geobjectiveerd).		<b>X</b>		
	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.			<b>X</b>	
<b>HOOGSTE SCORE</b>					

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

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

Gezien om te worden gevoegd bij Ons besluit van 28 maart 2003.

ALBERT

Van Koningswege :

De Minister van Sociale Zaken,  
F. VANDENBROUCKE

**ANNEXE 2** à l'arrêté royal du 28 mars 2003 portant exécution des articles 47, 56*septies* 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.

Liste des affections pédiatriques visée à l'article 7, § 1, 1°, à utiliser pour la constatation des conséquences visées aux articles 47, § 2, 56*septies*, § 2 et 63, § 2 des lois coordonnées relatives aux allocations familiales pour travailleurs salariés.

### **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 coeur 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 : fréq. toux ou wheezing ou dyspnée lors d'activités lourdes ou durant le sport.	Dyspnée lors d'efforts légers qui peut aller jusqu'à la limitation de toutes les activités.
Crise d'asthme nocturne	2 / mois	Fréq. plaintes nocturnes : quintes de toux ou dyspnée (> 2/ mois)	Fréq. crises d'asthme nocturnes : > 1 / semaine
<b>DEP</b> (% de la valeur prédite) (enfant de 5 à 7 ans) Variabilité du DEP (%)	plus grand que 80 %  moins de 20 %	entre 60 – 80 %  entre 20 – 30 %	moins de 60 %  plus de 30 %
Mesure du <b>VEMS</b> (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 $\beta_2$ mim. de courte durée ET/OU 400 $\mu$ g/jour en entretien OU antagoniste des récepteurs de leukotriène en monothérapie	Utilisation quotidienne de stéroïdes inhalés 800 $\mu$ g ET $\beta_2$ mim. de longue durée ou antagoniste des récepteurs de leukotriène ET utilisation importante de $\beta_2$ mim. de courte durée OU stéroïdes per os ou IV en cures <i>(L'adaptation correcte du traitement antiasthmatique et l'utilisation rapide de <math>\beta_2</math> mim. de courte durée peuvent souvent éviter les cures de stéroïdes)</i>	Utilisation quotidienne de 800 $\mu$ g de stéroïdes inhalés (fluticasone : dose équivalente 400 ou plus) ET $\beta_2$ mim. de longue durée ET antagoniste des récepteurs de leukotriène ET fréq. ou continu stéroïdes per os ou IV (plus de 3 cures/ an – de plus de 5 jours par crise)

**Remarques :** Tenir comptes 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 sinusales

31. Hernie diaphragmatique

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

Art. 333 : si la hernie diaphragmatique est simple.

32. Malnutrition (nourrisson)

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

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

Art. 431 : à 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 HEMATOLOGIE****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**

Préciser 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 hémodyalyse)

**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****Système 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 Art. 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

Oligophrénie64. 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. Déficience 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 %
Déficience intellectuelle avec un QI entre 60 et 69 ou un retard scolaire de 4 années. *+	25 à 65 %
Déficience intellectuelle avec un QI inférieur à 60 ou un retard d'au moins 5 années. *+	66 à 79 %
Déficience 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 déficience intellectuelle cf. N°64 - 65

**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<sup>e</sup> 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 rétinienne**

Art. 728 : cf. N°69

Art. 733 : Le champ visuel chez l'enfant de moins de 6 ans est estimé par la règle suivante :

« Un électrorétinogramme (ERG) standardisé pratiqué au moins 2 fois et présentant des amplitudes au maximum de 10 % des valeurs normales est équivalent à un champ visuel limité à un rayon temporal 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. 779/1a)

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

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

79. Hypothyroïdie.

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

Art. 779/3 : tumeur goitreuse

80. Hypoparathyroïdie

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

Art. 779/4b) : avec des accès tétaniques répétitifs malgré un traitement quotidien

81. Hyperparathyroïdie

Art. 904 / 783 / 482 : évaluation pour des formes exceptionnelles impossibles à traiter

82. Grande taille

Art. 779/6 : uniquement applicable s'il existe des troubles fonctionnels ou psychiques et si la taille est supérieure à + 3DS → 10 %

+ 4DS → 20 %

Art. 779/5 : acromégalie

83. Petite taille

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

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

Art. 779/7c) : → taille inférieure à - 2DS → 10 %

S'il existe une hypotrophie associée, un pourcentage supplémentaire peut être octroyé. (cf. N ° 92 : hypotrophie)

84. Syndrome de Cushing

Art. 779/8 : en cas de troubles dermatologiques ou osseux.

Art. 368 e) : hypertension artérielle associée

Art. 780 a) : diabète sucré associé

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

85. Hypopituitarisme

Art. 779/9a) : → tarissement total

Art. 779/9b) : → tarissement sélectif

- 10 % si une substitution simple est possible
- 30 % en cas de substitution multiple sans cortisol
- 60 % en cas de substitution multiple y compris le cortisol

86. Insuffisance cortico-surrénalienne

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

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

87. Diabète sucré

Art. 780a) : → DSNID → 0 - 20 %

Art. 780b) : → DSID sans complication et n'entravant pas

l'activité normale → 20 - 40 %

Art. 780c) : → DSID entravant l'activité normale mais

sans complication → 40 - 60 %

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

\* des complications

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

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

88. Diabète insipide

Art. 781a) : → sans difficulté de traitement

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

89. Hyperinsulinisme

Art. 780a) → état corrigé

Art. 780b) → état stabilisé avec traitement

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

**90. Insuffisance gonadique totale***Masculine :*

Art. 493b) → à partir de 13ans : 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. 649a) ou 779/9b) si BMI supérieur à + 2DS : 10 %

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

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

**92. Hypotrophie**

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

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

Art. 431c) 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 Art. 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 hépato-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. 342 bis : 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. 764 bis : 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 à 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 Notre arrêté du 28 mars 2003.

ALBERT

Par le Roi :

Le Ministre des Affaires sociales,

F. VANDENBROUCKE

**Bijlage 2 bij 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.**

Lijst van de pediatrie aandoeningen bedoeld in artikel 7, § 1, 1°, om te worden gebruikt bij de vaststelling van de gevolgen van de aandoening bedoeld in de artikelen 47, § 2, 56septies, § 2 en 63, § 2, van de samengeordende wetten betreffende de kinderbijslag voor loonarbeiders.

**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/fixatiemateriaal,...) op de ongeschiktheid; Deze artikelen kunnen niet gebruikt worden als supplement bij Art. 32.

4. Luxatie / Dysplasie van de heupNecrose 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 heelkundige ingrepen noodzakelijk maakt.

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

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

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

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

7. Achondroplasie

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

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

naar Art. 29–30–31 voor de wervelzuil

naar Art. 212 voor heupaandoeningen

naar Art. 268–269 voor knieletsels

naar Art. 296 voor voetletsels

8. Arthrogrypose

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

9. Osteogenesis imperfecta (Ziekte van Lobstein)

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

**10. Vitamino-resistente rachitiden**

- Art. 212 : voor aandoeningen van de heup  
 Art. 29-30-31 : voor letsels ter hoogte van de wervelzuil  
 Art. 477 : voor nieraandoeningen *zie* N°43  
 Art. 779/7 : bij groeiachterstand *zie* N°83

**TWEEDE DEEL : SPIEREN EN SPIERAANHECHTINGEN****11. Amyotrofie**

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

**12. Myopathie**

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

**DERDE DEEL : BLOEDSOMLOOP****13. Cardiopathie : Structurele component :**

- Art. 345 *a*) → 10 % : Perforatie of kneuzing van de spierwand  
 Art. 345 *b*) → 20 % : Ruptuur van het septum  
 Art. 345 *c*) → 20 % : Letsels van het klepparaat  
 Art. 345 *d*) → 10 % : Ritme- en/of geleidingsstoornissen

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

**14. Cardiopathie : Functionele component :**

- Art. 359 *bis* 1b → 10-30 % : NYHA- klasse 2 \*  
 Art. 359 *bis* 1c → 30-50 % : NYHA- klasse 3 \*  
 Art. 359 *ter.* → 50-100 % : NYHA- klasse 4 \*

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

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

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

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

**15. Pacemaker :**

- Art. 345 *d*) → 10-20 % : Ongecompliceerde pacing  
 Art. 345 *d*) → 20-50 % : Afwezigheid escape-ritme

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

- Art. 647 *b*) → 20-50 % : Psychische weerslag  
 Art. 345 *d*) → 20-50 % : Cardiale weerslag

**17. Antistolling :**

- Art. 471 *b*) → 20 %

**18. Kunstklep :**

- Art. 345 *c*) → 20 % : Structureel

Functioneel : te beoordelen volgens de classificatie van NYHA\*

Eventuele antistolling →

bijkomend % mits toepassing van de regel van meervoudige ongeschiktheid.

**19. Gedecompenseerde polyglobulie :**

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

**Nota****Classificatie van hartinsufficiëntie volgens de NYHA (New York Heart Association)****Klasse 1.**

De hartaandoening heeft geen beperking van de lichamelijke activiteit tot gevolg. Gewoonlijk geeft het verrichten van fysieke activiteit geen aanleiding tot abnormale vermoeidheid of hartkloppingen, dyspnoe of angor.

**Klasse 2.**

De hartaandoening heeft een discrete beperking van de lichamelijke activiteit tot gevolg. Geen ongemak tijdens de rust, maar regelmatig brengt het verrichten van fysieke activiteit vermoeidheid, hartkloppingen, dyspnoe of angor met zich mee.

**Klasse 3.**

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

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

**Klasse 4.**

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

VIERDE DEEL : ADEMHALINGSSTELSEL20. Astma

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

<u>Inv. %</u>	<u>5 – 30 % (art. 381)</u>	<u>30 – 66 % (art. 382)</u>	<u>&gt; 66 % (art. 383)</u>
<u>Items</u>	<u>Mild astma</u>	<u>Matig ernstig astma</u>	<u>Ernstig astma</u>
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 dyspnoe (> 2/ maand)	Freq. nachtelijke astmacrisis > 1 / week
<b>PEAKFLOW</b> (%van de normale waarde) (kind 5-7 j.) Variatie van de PEF( %)	hoger dan 80 %  <b>minder dan 20 %</b>	tussen 60 – 80 %  tussen 20 – 30 %	lager dan 60 %  <b>meer dan 30 %</b>
<b>ESW</b> -meting (in stabiele toestand) ( <u>ADDITIEVE PARAMETER</u> )	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 kortwerkende $\beta_2$ -mimetica EN/OF inhalatiesteroïden 400 $\mu\text{g}$ /dag in onderhoud OF Leukotriene receptor antagonisten in monotherapie	-dagelijks gebruik van inhalatiesteroïden 800 $\mu\text{g}$ -EN langwerkende $\beta_2$ -mimetica of Leukotriene receptorantagonisten -EN hoog verbruik kortwerkende $\beta_2$ -mimetica of perorale of IV steroïden kuur. <i>(bij correcte aanpassing van astmatherapie en snel gebruik van kortwerkende <math>\beta_2</math>-mimetica kunnen corticoïden kuren vaak vermeden worden)</i>	→ dagelijks gebruik van 800 $\mu\text{g}$ inhalatiesteroïden (vb. fluticasone equipotente. dosis 400 ig en meer) →EN langwerkende $\beta_2$ -mimetica →EN Leukotriene receptor antagonisten →EN freq. of continu perorale of IV corticoïden (> 3 keer /jaar voor meer dan 5 dagen per keer)

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

21. Pneumothorax  
Art. 390  
Art. 391 : volgens de aan -of afwezigheid van exsudaten
22. Bronchopulmonaire dysplasie  
Art. 377 tot 380 : volgens de longfunctieproeven, zie N°20
23. Pulmonaire sarcoïdose  
Longfunctieproeven te beoordelen volgens de tabel N°20  
Art. 398 of 400/401 : volgens de graad van parenchymaantasting  
Art. 402 : volgens eventuele bronchusverwikkelingen
24. Tuberculose-primoinfectie  
Art. 400
25. Hypoplasie van de longen  
Art. 405 : longfunctieproeven te beoordelen volgens de tabel N°20  
Art. 404 : bij volledig functieverlies van een long
26. Longatelectasis  
Art. 405 : longfunctieproeven te beoordelen volgens de tabel N°20  
Art. 404 : bij volledig functieverlies van een long
27. Congenitale pathologie van de trachea  
Art. 386

#### VIJFDE DEEL : SPIJSVERTERINGSSTELSEL

28. Microglossie  
Art. 409 of 410 : volgens de uitgebreidheid van de letsels
29. Slikstoornissen  
Art. 414  
Art. 415 a)  
Art. 417 : indien sekwellen na ingreep voor een agenesie of een atresie van de slokdarm  
Art. 573 : indien neurologische stoornis
30. Gastro-oesofagale reflux (Pathologische)  
Te objectiveren door een ph-meting of een scintigrafie met enkelvoudige of dubbele receptor  
Art. 416 a) : zonder klinische tekens  
Art. 416 b) : met klinische tekens of verwikkelingen  
Binnen de limieten van de percentages te evalueren volgens de artikelen :  
Art. 431 en 779/7 : → evolutie gestalte-gewicht zie N°83 en N°92  
Art. 377-378-379 en Art. 381-382-383 : → bronchiale verwikkelingen  
Art. 417 : → slokdarmstoornissen  
Art. 697-698-699 : → sinusale verwikkelingen
31. Hernia diafragmatica  
Art. 421 : indien de hernia verward is met een ectopia van andere organen of gedeelten ervan  
Art. 333 : bij de hernia zonder verwikkelingen
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 sikkkelcelanemie* : 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 sikkkelcelanemie* : 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 gewrichtsletsels.

→ *Matige aantasting* : Art. 471 c) → 50 - 65 %

Transfusies van factor VIII of factor IX 1x per week gedurende minstens 2 maanden.

→ *Lichte aantasting* : Art. 471 c) → 25 - 49 %

Transfusies van factor VIII of factor IX minder dan 1x per week en/of factor VIII of factor IX lager dan 5 %

### 41. Trombopathie

→ *Ernstige aantasting* : Art. 470 → meer dan 66 %

Purpura met minder dan 20.000 bloedplaatjes buiten de acute fasen

Trombopathieën met herhaalde bloedingen

→ *Matige aantasting* : Art. 470 → 50 - 65 %

Purpura met aantal bloedplaatjes tussen 20.000 en 50.000 buiten de acute fasen

### 42. Thalassemia

Bij de evaluatie geen verwijzing naar het gehalte hemoglobine

→ *Zware aantasting* : Art. 458 → 80 - 100 %

Thalassemia major vereist hospitalisaties wegens verwickelingen

→ *Ernstige aantasting* : Art. 458 → 66 - 79 %

Thalassemia major vereist transfusies om de 3 à 4 weken

→ *Matige aantasting* : Art. 458 → 50 - 65 %

Thalassemia major wordt behandeld met deferoxamine zonder verwickelingen

→ *Lichte aantasting* : Art. 458 → 25 - 49 %

Thalassemia intermediaire vorm

**ZEVENDE DEEL : NIERZIEKTEN en UROLOGISCHE AANDOENINGEN****43. Nieraandoeningen**

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

**a. Chronische nieraandoeningen met aantasting van de glomerulaire filtratie :**

Wordt geraamd met creatinine-, inuline- of CrEDTA-klaring of volgens een erkende extrapolatie formule uitgaande van de creatinemie en rekening houdend met de leeftijd, het geslacht, de lengte, het gewicht en de pubertaire status. (zoals de formule van Schwartz bij de vroegere serumcreatinine-bepaling).

**Vanaf de leeftijd van 1 jaar :****1. Lichte nieraandoeningen (0 tot 24 %) :**

Vereisen een regelmatige klinische en biologische controle zonder weerslag op het normale dagelijkse, sociale en schoolse leven. De glomerulaire filtratie is hoger dan 70 ml/minuut per 1,73 m<sup>2</sup>.

**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 m<sup>2</sup>.

**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 m<sup>2</sup>.

**4. Zeer ernstige nieraandoeningen (80 tot 100 %) :**

Ernstige chronische nierinsufficiëntie met een glomerulaire filtratie kleiner dan 15 ml/min per 1,73 m<sup>2</sup>, 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 botaantasting.

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

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

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

Hierbij ook de niertransplantatie van meer dan 12 maanden.

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

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

4. →80 tot 100 % : Dieet en behandeling volstaan niet om de symptomen te vermijden (frequent 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 intermittente functionele problemen* (pollakisurie, dysurie, intermittente 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**Zenuwstelsel48. 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 : intracranieële 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 verwickelingen

Art. 555 : intracranieële 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. Meningocele - Myelomeningocele - Spina bifida

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

Art. 555 : bij intracranieële overdruk

Art. 586 tot 588 : bij gevoelsstoornissen

Art. 589-590 : bij sfincterstoornissen

55. Ziekte van von Recklinghausen

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

Art. 558 tot 561 : bij epilepsie

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

56. Tubereuse sclerose van Bourneville

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

Art. 558 tot 561 : voor epilepsie en flexiespasmen

**Psychische Aandoeningen**57. Chronisch Vermoeidheidssyndroom

Art. 646

58. Anorexia Nervosa

Art. 649

59. Infantiele Psychose of Schizofrenie van de adolescent

Art. 657 tot 659

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

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

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

1) Criteria ADHD met normaal IQ :

- stoornissen in gedrag en socialisatie

5 - 25 %

- leerproblemen die speciale hulp vragen

5 - 25 %

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

61. Autisme Spectrumstoornis (ASS) en verwante ontwikkelingsstoornissen

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

1) Criteria ASS met normaal IQ :

- symptomen van autisme spectrumstoornis :

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



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

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

**Ontwikkelingsquotient Ongeschiktheidspercentage**

70 - 80	5 - 24 %
60 - 69	25 - 65 %
40 - 59	66 - 79 %
39 en lager	80 - 100 %

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

**65. Geesteszwakheid, leerstoornissen (dyspraxie, dyslexie,...) met schoolse achterstand**

(vanaf de leeftijd van 6 jaar).

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

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

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

+ Schoolse achterstand : achterstand inzake schoolse vaardigheden (lezen, spellen, rekenen) ondanks aantoonbare, planmatige en intensieve remediëringinspanningen 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

**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, binoculaire zicht, diplopie, interne verlammingen* :

Art. 735 tot 739

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

70. Unilateraal of Bilateraal Cataract.

Niet geopereerd cataract : Art. 728 → zie N°69

Art. 729 tot 734 → zie N°69

Geopereerd cataract : Art. 728 → zie N°69

Art. 729 tot 734 → zie N°69

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

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

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

71. Retinale dystrofieën

Art. 728 → zie N°69

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

72. Functionele amblyopie en strabisme

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

73. Visueel deficit van cerebrale oorsprong

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

74. Geïsoleerde nystagmus.

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

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

#### ELFDE DEEL : HUIDAANDOENINGEN

75. Eczeem

Art. 761

76. Ichtyosis

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

77. Epidermolysis bullosa

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

#### TWAALFDE DEEL : ENDOKRIENE AANDOENINGEN

78. Hyperthyroïdie

Art. 779/1a)

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

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

79. Hypothyroïdie

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

Art. 779/3 : kropgezwel

80. Hypoparathyroïdie

Art. 779/4a) : als stabiele toestand

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

81. Hyperparathyroïdie

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

82. Grote gestalte

Art. 779/6 : enkel aanrekenbaar als er functionele of psychische stoornissen aanwezig zijn en als de lengte groter is dan +3SD → 10 %

+4SD → 20 %

Art. 779/5 : acromegalie

83. Kleine gestalte

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

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

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

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

**84. Cushing syndroom**

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

Art. 368 e) : geassocieerde arteriële hypertensie

Art. 780a) : geassocieerde diabetes mellitus

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

**85. Hypopituitarisme.**

Art. 779/9a) : → totale uitval

Art. 779/9b) : → selectieve uitval

\* 10 % als enkelvoudige substitutie mogelijk is vb.GH

\* 30 % bij meervoudige substitutie zonder cortisol

\* 60 % bij meervoudige substitutie inclusief cortisol

**86. Bijnierschorsinsufficiëntie**

Art. 779/10a) : → geen residuele secretie

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

**87. Diabetes mellitus :**

Art. 780a) : → NIDDM -> 0-20 %

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

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

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

\* complicaties

\* frequente ernstige hypoglycemies (hospitalisatie of geassisteerde hersuikering)

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

**88. Diabetes insipidus**

Art. 781a) : → zonder behandelingsmoeilijkheden

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

**89. Hyperinsulinisme**

Art. 780a) → gecorrigeerde toestand

Art. 780b) → stabiele toestand mits behandeling

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

**90. Volledige gonadale insufficiëntie**

*Mannelijke :*

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

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

*Vrouwelijke :*

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

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

**91. Obesitas**

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

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

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

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

**92. Hypotrofie**

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

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

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

**93. Sexuele ambiguïteiten**

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

Misvormingen vrouwelijke geslachtsorganen (vrouwelijk pseudohermafroditisme)

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

Misvormingen mannelijke geslachtsorganen (mannelijk pseudohermafroditisme)

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

Een meatus ter hoogte van de glans geeft het minimumpercentage;

Een meatus ter hoogte van het perineum het maximumpercentage.

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

Circumcisie : niet aanrekenbaar.

**DERTIENDE DEEL : KANKER****94. Kwaadaardige gezwellen**

Te evalueren volgens de behandeling → heekunde 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 hemangiectasieën**

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 342*bis* : spieratrofie

Art. 445 : leverletsels

117. Veralgemeende artritis

Art. 783 : te evalueren volgens het aantal opstoten en de weerslag op de gewrichten en de algemene toestand.

Gezien om te worden gevoegd bij Ons besluit van 28 maart 2003.

ALBERT

Van Koningswege :

De Minister van Sociale Zaken,  
F. VANDENBROUCKE