

Les efforts des parents appréciés à leur juste valeur

**Réforme en profondeur des allocations familiales majorées
pour enfants handicapés ou atteints d'une grave maladie**

Edité par le
Service public fédéral Sécurité sociale

Les efforts des parents appréciés à leur juste valeur

Réforme en profondeur des allocations familiales majorées pour enfants handicapés ou atteints d'une grave maladie

Le système des allocations familiales supplémentaires pour les enfants atteints d'une affection, appelées dans la suite du document 'allocations familiales majorées', a fait l'objet d'une réforme en profondeur¹.

La nouvelle réglementation entre en vigueur au **1^{er} mai 2003**.

? POURQUOI ?

Le nouveau système des allocations familiales majorées constitue une rupture radicale avec le passé. Dans l'ancien système, un enfant doit avoir une "incapacité" de 66% au moins pour avoir droit aux allocations familiales majorées. Si l'enfant a une incapacité de moins de 66%, il ne reçoit pas d'augmentation. Ce principe du "tout ou rien" est abandonné parce qu'il fonctionne à l'aveugle et qu'il exclut souvent justement ces enfants qui tirent beaucoup de profit de mesures appropriées d'accompagnement qui stimulent l'autonomie.

Un *exemple*: Geert est un petit patient diabétique et a quotidiennement besoin d'injections d'insuline et d'un régime strict. En suivant ce traitement à la lettre, il peut vivre assez normalement et n'a pas une "incapacité" de 66%. Dans l'ancien système, Geert n'a pas droit aux allocations familiales majorées. Dans le nouveau système, les bons soins des parents et l'autodiscipline de Geert sont récompensés par une augmentation des allocations familiales.

¹ **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 (M.B. du 23 avril 2003).

? LA NOUVELLE RÉGLEMENTATION EST-ELLE APPLICABLE À TOUS ?

Non.

La réglementation de l'arrêté royal du 3 mai 1991², appelée dans la suite du document "l'ancienne réglementation", reste provisoirement applicable aux **enfants nés avant ou le 1^{er} janvier 1996**.

Une incapacité physique ou mentale de 66 % constitue le critère d'accès, laquelle est constatée sur la base du Barème officiel belge des invalidités³ et de la Liste des pathologies⁴.

L'augmentation du pourcentage de 20 ou 15 %, visée à l'article 2, § 4, de l'A.R. précité, reste applicable⁵.

En fonction du degré d'autonomie, trois montants du supplément d'allocations familiales⁶ peuvent être octroyés, à savoir:

- 326,65 EUR
- 357,56 EUR
- 382,23 EUR

Le degré d'autonomie est obtenu par l'addition de points basés sur 6 catégories fonctionnelles, à, savoir:

- le comportement
- la communication
- les soins corporels
- le déplacement
- l'utilisation du corps dans certaines situations et l'adresse
- l'adaptation au milieu

² 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 (M.B. 3.7.1991).

Cet arrêté royal a été modifié par:

- l'arrêté royal du 22 septembre 1993 (M.B.18.11.1993);
- l'arrêté royal du 4 mars 1998 (M.B. 29.04.1998);
- l'arrêté royal du 29 avril 1999 (B.S. 18.05.1999).

³ Approuvé par l'arrêté du Régent du 12 février 1946.

⁴ Il s'agit de la version jointe en annexe à l'arrêté royal du 3 mai 1991.

⁵ Cette augmentation de pourcentage est appliquée sous certaines conditions aux affections chroniques graves (article 2, § 4, de l'arrêté royal du 3 mai 1991).

⁶ Ces montants sont applicables au 1^{er} avril 2003 et sont indexés.

? À QUI LA NOUVELLE RÉGLEMENTATION EST-ELLE APPLICABLE ?

La nouvelle réglementation est, dans une première phase, uniquement applicable aux:

**enfants nés après
le 1^{er} janvier 1996**

Etant donné que le nombre d'enfants nés après le 1^{er} janvier 1996 ne fera évidemment qu'augmenter, le groupe cible s'agrandira automatiquement. Par ailleurs, la limite du 1^{er} janvier 1996 sera assouplie dès que possible.

Une instauration progressive offre l'avantage de pouvoir encore adapter le système en fonction des expériences acquises.

En outre, le coût du régime serait très élevé s'il était applicable d'emblée à toutes les catégories d'âge. Les possibilités budgétaires actuelles ne le permettent pas. Au cours de la première année, on s'attend à ce que 5.000 enfants de moins de 7 ans soient bénéficiaires et 2.300 enfants pour chacune des années suivantes.

Si cette réforme est généralisée pour toutes les catégories d'âge, le nombre d'enfants bénéficiant d'allocations familiales majorées sera doublé à terme.

? COMMENT ?

Il n'est dorénavant plus uniquement tenu compte de la maladie ou du handicap en soi, mais aussi des conséquences de la maladie ou du handicap pour l'enfant et la famille.

Il est tenu compte des conséquences de l'affection de l'enfant de trois manières:

- a) les conséquences de l'affection sur le plan de *l'incapacité physique ou mentale* de l'enfant (*pilier 1*);
- b) les conséquences de l'affection sur le plan de *l'activité et de la participation* de l'enfant (*pilier 2*);
- c) les conséquences de l'affection pour *l'entourage familial* de l'enfant (*pilier 3*).

Le **premier pilier** est évalué sur la base de la Liste des pathologies pédiatriques⁷ et du Barème officiel belge des invalidités.

Il n'est pas tenu compte de l'augmentation de pourcentage de 20 ou 15 %, vu l'instauration du pilier 3.

Cette Liste de pathologies devient dorénavant explicitement prioritaire.

⁷ Version adaptée jointe en annexe 2 à l'arrêté royal du 28 MARS 2003.

Les principes actuels concernant l'évaluation d'une incapacité multiple (la règle dite de Balthazar) et le mode d'évaluation rationnelle restent applicables dans la nouvelle réglementation.

Le **deuxième pilier** porte sur l'évaluation de 4 catégories fonctionnelles⁸, à savoir:

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

Le **troisième pilier** est le plus innovateur, étant donné qu'il est dorénavant aussi tenu compte des efforts de l'entourage familial.

Il s'agit:

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

Les conséquences de l'affection de l'enfant sont exprimées par un nombre de points.

- **6** points maximum pour le *premier pilier*;
- **12** points maximum pour le *deuxième pilier*;
- **18** points maximum pour le *troisième pilier*.

En d'autres termes, le nombre maximum de points pour le troisième pilier innovateur est dès lors égal à celui du premier et du deuxième pilier ensemble.

Les points sont attribués sur la base de l'échelle médico-sociale.⁹

Alors que le critère d'accès était auparavant 66 % d'incapacité, la nouvelle réglementation prévoit dorénavant **deux critères d'accès**:

- soit on atteint au moins **6 points pour les trois piliers ensemble**;
- soit on atteint au moins **4 points pour le pilier 1**.

(Quatre points pour le pilier 1 correspondent à 66 % d'incapacité au moins; ainsi, les personnes qui n'obtiennent pas de points pour les piliers 2 et 3, tout en ayant une incapacité d'au moins 66 %, pourront néanmoins être intégrées dans le système.)

⁸ Une ressemblance avec le degré d'autonomie visé à l'article 3 de l'AR 3 du 3 mai 1991 n'est pas fortuite.

⁹ L'échelle médico-sociale se trouve, comme annexe, en fin de brochure.

? À COMBIEN S'ÉLÈVENT LES ALLOCATIONS FAMILIALES SUPPLÉMENTAIRES DANS LA NOUVELLE RÉGLEMENTATION ?

En plus des allocations familiales ordinaires, les montants suivants¹⁰ peuvent dorénavant être octroyés selon les points obtenus:

-	63,67 EUR	<i>minimum</i>	6 (ou 4*)	<i>et maximum</i>	8 points
-	159,18 EUR	<i>minimum</i>	9	<i>et maximum</i>	11 points
-	265,30 EUR	<i>minimum</i>	12	<i>et maximum</i>	14 points
-	371,42 EUR	<i>minimum</i>	15	<i>et maximum</i>	17 points
-	397,95 EUR	<i>minimum</i>	18	<i>et maximum</i>	20 points
-	424,48 EUR	<i>plus de</i>	20		points

* A SAVOIR 4 POINTS POUR LE PILIER 1 ET PAS 6 POINTS AU TOTAL

On peut s'attendre à ce que 80% des enfants qui bénéficiaient dans le cadre de l'ancienne réglementation du montant le plus élevé (catégorie 3: 382,23 euros) recevront un montant supérieur selon la nouvelle réglementation. Ils feront partie des nouvelles catégories 5 (397,95 euros) et 6 (424,48 euros).

? L'ANCIENNE RÉGLEMENTATION PEUT-ELLE ENCORE ÊTRE APPLIQUÉE AUX ENFANTS NÉS APRÈS LE 1^{ER} JANVIER 1996 ?

Oui, à condition qu'ils bénéficiaient déjà de l'ancienne réglementation¹¹ le 1^{er} mai 2003. Ce bénéfice est toutefois limité dans le temps.

Le bénéfice de l'ancienne réglementation est limité **à maximum trois ans après la première révision d'office** effectuée après le 1^{er} mai 2003¹².

La "*révision d'office*" est la révision automatique qui aura lieu au terme de la période mentionnée dans une décision. Dans ce cas, il faut en outre que cette décision résulte d'une demande ou d'une révision d'office antérieure au 1^{er} mai 2003.

Cependant, la possibilité de bénéficier de l'ancienne réglementation peut déjà avoir cessé d'exister plus tôt.

¹⁰ Il s'agit des montants applicables au 1^{er} avril 2003. Ces montants sont indexés.

¹¹ Ce bénéfice de l'ancienne réglementation est basé sur une demande ou une révision d'office avant le 1^{er} mai 2003.

¹² Egalement si la révision d'office prévue, à savoir à partir du 1^{er} mai 2003, n'avait pas lieu en raison de certaines circonstances, la date de cette révision d'office servira néanmoins de point de départ du délai de trois ans.

En effet, la **RÈGLE FONDAMENTALE** est la suivante:

DÈS QUE LA NOUVELLE RÉGLEMENTATION EST PLUS AVANTAGEUSE AU COURS DE LA PÉRIODE À PARTIR DE LA DATE DE LA PREMIÈRE RÉVISION D'OFFICE OU DE LA PREMIÈRE DEMANDE DE RÉVISION APRÈS LE 1^{ER} MAI 2003, L'ANCIENNE RÉGLEMENTATION NE PEUT PLUS ÊTRE APPLIQUÉE.

La "*demande de révision*" est une demande qui peut remettre en question une décision précédente car elle a été introduite au cours du délai de prescription¹³.

? QUELLES SITUATIONS PEUVENT SE PRÉSENTER ?

A. Une nouvelle demande est introduite après le 30 avril 2003 alors qu'une décision judiciaire réforme une décision négative (- 66 %) antérieure au 1.5.2003¹⁴.

Toutefois, la situation suivante peut se présenter:

Une incapacité de moins de 66 % a été reconnue pour une demande ou une révision d'office antérieure à la date d'entrée en vigueur.

Une requête est introduite au tribunal du travail contre cette décision.

Le tribunal accorde néanmoins une incapacité d'au moins 66 %.

Une demande en révision est introduite après le 30 avril 2003, au cours de la période de validité de cette décision judiciaire.

Même si l'ancienne réglementation n'était pas encore appliquée à la date de la demande de révision, cette demande de révision aura néanmoins comme conséquence que l'ancienne réglementation peut encore être appliquée si elle est plus avantageuse.

B. Une demande a été introduite avant le 1^{er} mai 2003, alors que la décision médicale qui en résulte prévoit une révision d'office à une date postérieure au 30 avril 2003¹⁵.

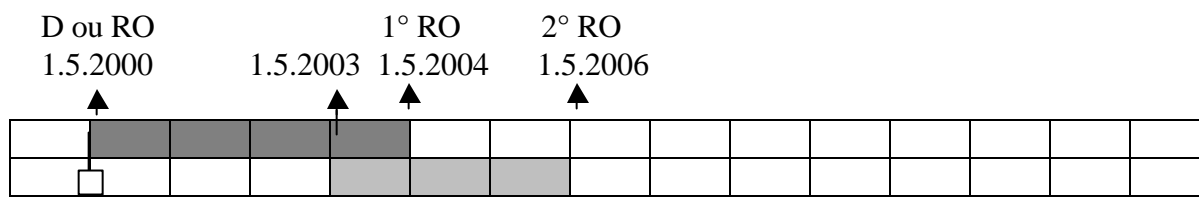
L'ancienne réglementation peut être appliquée pendant 3 ans maximum après cette révision d'office prévue.

Afin d'éviter une introduction massive de demandes de révision peu de temps après la date d'entrée en vigueur de l'arrêté royal du 28 mars 2003, préalablement à une révision d'office déjà prévue, ce qui perturberait le traitement administratif des demandes, les règles suivantes sont applicables:

¹³ Le délai de prescription est de 5 ans, sans pouvoir remonter plus loin que le 1.10.1999 (article 120 des lois coordonnées relatives aux allocations familiales pour travailleurs salariés).

¹⁴ Article 13 de l'arrêté royal du 28 mars 2003.

¹⁵ Article 14 de l'arrêté royal du 28 mars 2003.



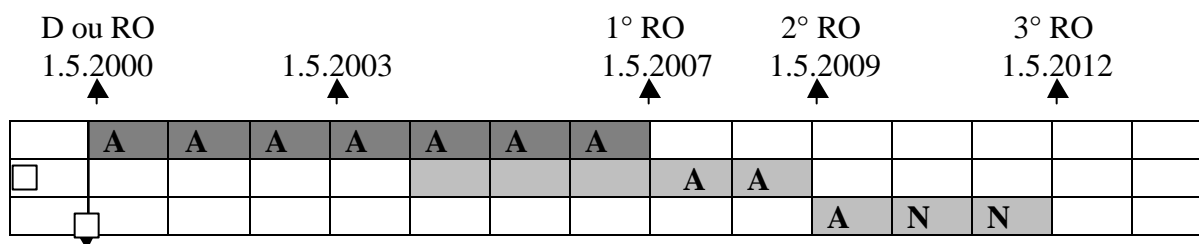
C. Nouvelles décisions médicales au cours de la période postérieure à la première révision d'office¹⁷.

- **C1** soit il s'agit d'une révision d'office¹⁸.

Le médecin doit alors effectuer une évaluation uniquement pour le futur:

- une **double évaluation** (ancienne réglementation et nouvelle réglementation), si la nouvelle réglementation n'a jamais été plus avantageuse depuis la première révision d'office.

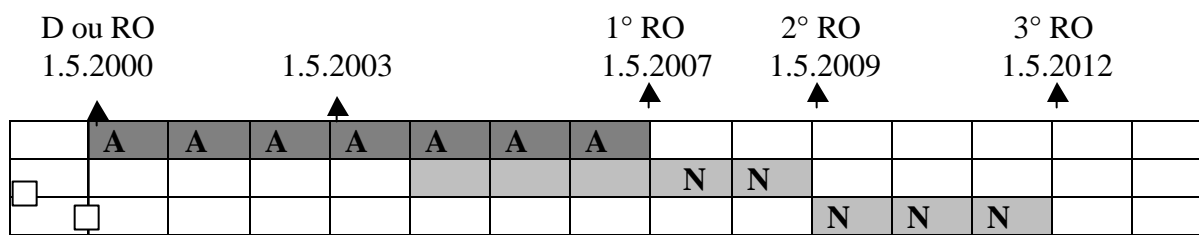
L'organisme paie selon la réglementation la plus avantageuse à la date de cette dernière révision d'office.



1.5.2010

Si la réglementation existante est toujours la plus avantageuse entre la première révision d'office le 1.5.2007 et la deuxième révision d'office le 1.5.2009, il faut effectuer une double évaluation (pour le futur) suite à la deuxième révision d'office le 1.5.2009. Cependant, cette évaluation n'est possible que jusqu'à 3 ans maximum à partir de la première révision d'office, donc jusqu'au 30.4.2010.

- uniquement une **évaluation selon la nouvelle réglementation**, si la nouvelle réglementation a été plus avantageuse depuis la première révision d'office.



¹⁷ Article 15 de l'arrêté royal du 28 mars 2003.

¹⁸ Article 15, § 2, de l'arrêté royal du 28 mars 2003.

Si la nouvelle réglementation a été la plus avantageuse entre la première révision d'office le 1.5.2007 et la deuxième révision d'office le 1.5.2009, seule une évaluation selon la nouvelle réglementation doit être effectuée suite à la deuxième révision d'office le 1.5.2009. Etant donné que la nouvelle réglementation est la plus avantageuse le 1.5.2007, des allocations familiales ne peuvent dorénavant être octroyées que selon la nouvelle réglementation.

- C2 soit il s'agit d'une demande de révision¹⁹.

Dans le cadre d'une rétroactivité éventuelle, le médecin évalue dès lors également pour le passé:

- - Une partie de l'effet rétroactif est situé **avant le 1^{er} mai 2003**. Le médecin évalue uniquement *dans le cadre de l'ancienne réglementation* (un montant supérieur peut par exemple être octroyé en raison du degré d'autonomie).
L'organisme d'allocations familiales paie le cas échéant la différence par rapport à ce qui avait déjà été octroyé.
- - En ce qui concerne la période de l'effet rétroactif **postérieur au 1^{er} mai 2003 et jusqu'à la demande de révision**, le médecin effectue:
 - o une **double évaluation** si la nouvelle réglementation n'a jamais été plus avantageuse depuis la première révision d'office.
L'organisme d'allocations familiales paie le cas échéant la différence par rapport à ce qui avait déjà été octroyé;
 - o uniquement une **évaluation dans le cadre de la nouvelle réglementation** si la nouvelle réglementation a été plus avantageuse depuis la première révision d'office.

Le médecin évalue également pour le futur:

- o une **double évaluation** si la nouvelle réglementation n'a jamais été plus avantageuse depuis la première révision d'office.
L'organisme d'allocations familiales paie selon l'ancienne réglementation si la nouvelle réglementation n'a jamais été plus avantageuse depuis la première révision d'office.
S'il apparaissait lors de cette dernière demande en révision que la nouvelle réglementation était rétroactivement malgré tout la plus avantageuse à un moment déterminé au cours de la période entre la première révision d'office et cette dernière demande de révision, la nouvelle réglementation serait appliquée à partir de la date de cette dernière demande en révision (*et donc pas à partir de la date à laquelle la nouvelle réglementation est devenue rétroactivement la plus avantageuse*).
L'organisme d'allocations familiales paie logiquement aussi selon la nouvelle réglementation si la nouvelle réglementation est la plus avantageuse à la date de la dernière demande en révision.

¹⁹ Article 15, § 3, de l'arrêté royal du 28 mars 2003.

- o uniquement une **évaluation dans le cadre de la nouvelle réglementation** si la nouvelle réglementation a été plus avantageuse depuis la première révision d'office.

	D ou RO 1.5.2000		1.5.2003		1° RO 1.5.2005		D 1.5.2007		RO 1.5.2009					
	A	A	A	A	A									
<input type="checkbox"/>				N	N	A	A							
<input type="checkbox"/>			A	N	N	A	A	N	N					

	D ou RO 1.5.2000		1.5.2003		1° RO 1.5.2005		D 1.5.2007		RO 1.5.2009					
	A	A	A	A	A									
<input type="checkbox"/>				A	A	N	N							
<input type="checkbox"/>			A	A	A	N	N	N	N					

	D ou RO 1.5.2000		1.5.2003		1° RO 1.5.2005		D 1.5.2007		RO 1.5.2009					
	A	A	A	A	A									
<input type="checkbox"/>				N	N	A	A							
<input type="checkbox"/>			A	A	A	N	N	N	N					

	D ou RO 1.5.2000		1.5.2003		1° RO 1.5.05		1°D 1.5.06	2°D 1.5.07			2°RO 1.5.2011					
	A	A	A	A	A											
<input type="checkbox"/>				A	A	A	A									
<input type="checkbox"/>		A	A	A	A	A	A									
<input type="checkbox"/>		A	A	A	A	N	A	N	N	N	N					

Dans cette dernière situation, nous constatons que, suite à la deuxième demande de révision le 1.5.2007, la nouvelle réglementation est rétroactivement la plus avantageuse au cours de la période entre la première révision d'office le 1.5.2005 et la première demande de révision le 1.5.2006. L'organisme d'allocations familiales paie la différence par rapport à ce qui avait déjà été payé dans le cadre de l'ancienne réglementation. Même si l'ancienne réglementation était plus avantageuse le 1.5.2007 que la nouvelle réglementation, cette dernière serait quand même définitivement acquise à partir du 1.5.2008.

D. La première révision d'office est précédée d'une demande de révision²⁰

La réglementation recouvre partiellement la demande de révision après une révision d'office.

Dans le cadre d'une rétroactivité éventuelle, le médecin évalue dès lors également pour le passé:

- Une partie de l'effet rétroactif se situe **avant le 1^{er} mai 2003**. Il y a uniquement une **évaluation dans le cadre de l'ancienne réglementation**. L'organisme d'allocations familiales paie le cas échéant la différence par rapport à ce qui a déjà été octroyé.
- En ce qui concerne la période de l'effet rétroactif **postérieure au 1^{er} mai 2003 et jusqu'à la demande de révision**, le médecin effectue une **double évaluation**. L'organisme d'allocations familiales paie le cas échéant la différence par rapport à ce qui a déjà été octroyé.

Le médecin évalue également pour le futur au moyen d'une **double évaluation**. L'organisme d'allocations familiales paie selon la réglementation la plus avantageuse à la date de la demande de révision.

	D ou RO 1.5.2000		1.5.2003		D 1.5.2005		(1°RO) 1.5.2007				RO 1.5.2011			
	▲		▲		▲		▲				▲			
	A	A	A	A	A									
□	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	N			
□												N	N	

La première révision d'office après le 1^{er} mai 2003, initialement prévue pour le 1.5.2007 ne sera pas effectuée car une nouvelle date de révision d'office est prévue suite à la demande de révision le 1.5.2005. Cependant, la date du 1.5.2007 restera la date de référence pour calculer jusqu'à quel moment au maximum il est possible de rester dans l'ancienne réglementation (voir plus haut).

	D ou RO 1.5.2000		1.5.2003		D 1.5.2005		(1°RO) 1.5.2007				RO 1.5.2011			
	▲		▲		▲		▲				▲			
	A	A	A	A	A									
□	A	A	A	A	A	N	N	N	N	N	N			
□												N	N	

²⁰ Article 16 de l'arrêté royal du 28 mars 2003.

	D ou RO 1.5.2000		1.5.2003	D 1.5.2005	(1°RO) 1.5.2007					RO 1.5.2011				
	A	A	A	A	A									
<input type="checkbox"/>	A	A	A	N	N	A	A	A	A	A	N			
<input type="checkbox"/>											N	N		

E. Décisions prises jusqu'au moment où l'enfant atteindra l'âge de 21 ans²¹

Il s'agit de décisions prises suite à une demande ou à une révision d'office avant le 1.5.2003.

Une révision d'office n'a logiquement pas été prévue.

Il est ainsi possible de rester dans le cadre de l'ancienne réglementation jusqu'au moment où l'enfant atteint l'âge de 21 ans.

Si une demande en révision était introduite, les mêmes principes que ceux valables pour une demande de révision avant une révision d'office seraient appliqués (voir situation D).

? QUE SE PASSE-T-IL POUR LES DEMANDES INTRODUITES AU COURS DU MOIS D'AVRIL 2003²² ?

Les **demandes** concernant un enfant né après le 1^{er} janvier 1996 et **introduites au cours du mois d'avril 2003** doivent être considérées comme des demandes introduites le 1^{er} mai 2003, étant entendu qu'une double évaluation doit être effectuée à partir du 1^{er} mai. L'application sera celle décrite au point D.

? COMMENT SE DÉROULE DORÉNAVANT LA PROCÉDURE²³ ?

Entre la demande auprès de l'organisme d'allocations familiales et l'envoi des formulaires au service Attestations (allocations familiales majorées), la procédure est quelque peu différente selon que la nouvelle réglementation peut être appliquée ou non.

a) la nouvelle réglementation peut éventuellement être appliquée.

Il s'agit d'enfants nés après le 1^{er} janvier 1996.

En ce qui concerne les demandes introduites à partir du 1^{er} avril 2003 auxquelles la nouvelle réglementation peut être appliquée, l'organisme d'allocations familiales enverra dorénavant **3 formulaires** à la famille:

²¹ Article 18 de l'arrêté royal du 28 mars 2003.

²² Article 25 de l'arrêté royal du 28 mars 2003.

²³ Articles 19 à 24 de l'arrêté royal du 28 mars 2003.

- a) le **formulaire de demande** déjà complètement rempli par l'organisme d'allocations familiales;
- b) le **formulaire médical** que la famille doit obligatoirement faire remplir par son médecin traitant;
- c) le **formulaire médico-social** qui peut être rempli par la famille ou par un tiers désigné par la famille. Il s'agit d'un questionnaire permettant d'obtenir des informations concernant les piliers 2 et 3.
Ce formulaire peut être rempli facultativement.

Le demandeur peut éventuellement déjà joindre des rapports à ces formulaires (formulaire de demande, formulaire médical et éventuellement formulaire médico-social). Il est en principe censé envoyer ces formulaires directement au service Attestations (allocations familiales majorées) de la Direction d'Administration des Prestations aux personnes handicapées.

b) seule l'ancienne réglementation peut être appliquée.

Il s'agit d'enfants nés le 1^{er} janvier 1996 au plus tard.

En ce qui concerne les demandes introduites à partir du 1^{er} mai 2003 auxquelles seule l'ancienne réglementation peut être appliquée, l'organisme d'allocations familiales enverra dorénavant **2 formulaires** à la famille:

- a) le **formulaire de demande** déjà complètement rempli par l'organisme d'allocations familiales;
- b) le **formulaire médical** que la famille doit obligatoirement faire remplir par son médecin traitant

Ici également, le demandeur peut éventuellement déjà joindre des rapports à ces formulaires (formulaire de demande et formulaire médical). Il est en principe censé envoyer ces formulaires directement au service Attestations (allocations familiales majorées) de la Direction d'Administration des Prestations aux personnes handicapées

Pour le reste, les règles de procédure de l'ancienne et de la nouvelle réglementation sont identiques.

DÉROULEMENT DE L'EXAMEN :

? Rôle du médecin

De nombreuses familles s'adressent à leur médecin traitant pour faire remplir le formulaire médical. Celui-ci est donc invité à mentionner dans le formulaire les informations de base au sujet du traitement et de l'évolution de l'affection de l'enfant.

Les rapports spécialisés peuvent être joints au formulaire. Les renseignements précis, par exemple la date et la fréquence des traitements ainsi que les adresses des centres qui ont effectué les examens diagnostiques et qui ont assuré le suivi thérapeutique sont très

importants pour l'examen médical par le médecin désigné par la Direction d'Administration des Prestations aux personnes handicapées.

Le médecin traitant remet le formulaire rempli aux parents qui, à leur tour, l'envoient accompagné du formulaire de demande à la Direction d'Administration des Prestations aux personnes handicapées.

La famille reçoit également un formulaire médico-social.
Ce formulaire contient un questionnaire qui peut lui aussi être rempli avec l'aide du médecin traitant.

? Rôle des services médicaux spécialisés

Le formulaire médical peut aussi être rempli par des médecins spécialistes qui assurent le suivi de l'enfant dans un service spécialisé d'une clinique ou d'une polyclinique.
Les rapports d'examens spécialisés peuvent être joints au formulaire.

? Rôle des services sociaux

L'assistance de services sociaux peut être nécessaire pour les familles en difficultés. Ils sont dès lors invités à aider les parents pour introduire leur demande.

Certains parents ont besoin d'aide pour remplir le questionnaire du formulaire médico-social. Il peut être rempli et signé par un(e) assistant(e) social(e) d'un service censé connaître la situation de l'enfant.

Ce questionnaire contient des questions simples concernant l'affection de l'enfant et les difficultés quotidiennes de la famille.

Il est joint de préférence au formulaire médical et est envoyé avec le formulaire de demande de l'organisme compétent à la Direction d'Administration des Prestations aux personnes handicapées.

? Examen médical

La famille est invitée par le médecin désigné par la Direction d'Administration pour un entretien et un examen médical de l'enfant.

Si l'enfant ne peut se déplacer, l'examen médical peut être effectué au lieu où réside l'enfant.

Les données complémentaires sont parfois déterminantes pour l'examen.

Ces données complémentaires sont basées sur des informations et renseignements que le médecin obtient de personnes qui assurent le suivi de la situation médicale et pédagogique de l'enfant.

Le médecin peut éventuellement prendre contact avec ces personnes ou leur demander de fournir ces renseignements.

Il importe donc que le dossier concernant la demande contienne les renseignements de base, qui permettront éventuellement au médecin de recueillir ces données nécessaires.

Le médecin fait ses propres constatations dans le cadre de l'évaluation.

Il effectue une évaluation médicale à cet effet.

Il doit par ailleurs tenir compte de tous les rapports possibles qui peuvent lui donner des informations sur les conséquences de l'affection de l'enfant. Si les documents ou renseignements demandés ne lui sont pas envoyés dans les 30 jours, il envoie une lettre de rappel. Etant donné que ces rapports émanent souvent de praticiens de différentes disciplines, la décision du médecin aura un caractère **multidisciplinaire**.

En outre, le médecin doit avoir des entretiens avec l'enfant (si son âge et son état le permettent) et avec les personnes qui connaissent bien la situation de l'enfant (à savoir les parents, les représentants légaux de l'enfant ou les personnes qui remplissent le rôle de parents)

Les parents ou les représentants légaux de l'enfant peuvent se faire accompagner par une personne de confiance visée par la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient.

Le médecin attribue des points sur la base d'une échelle médico-sociale.²⁴

Si les parents ou les représentants légaux de l'enfant ne donnent pas suite à une **deuxième convocation**, le médecin prend une décision sur la base des éléments dont il dispose.

Si le médecin ne dispose **pas d'éléments suffisants pour pouvoir prendre une décision**, il le fera savoir à l'organisme. Celui-ci prend alors une décision négative.

L'évaluation peut être revue à la demande des parents chaque fois qu'un nouvel élément survient dans l'évolution de l'affection de l'enfant

RÉVISION D'OFFICE

La procédure de révision d'office doit dorénavant être entamée par l'organisme d'allocations familiales au plus tard **150 jours** avant la date de fin de validité de la décision (jusqu'au 1^{er} mai 2003: 90 jours).

Il s'agit d'éviter ainsi à l'avenir des interruptions dans le paiement des allocations familiales. La Direction d'Administration des Prestations aux personnes handicapées pourra aussi mieux s'organiser.

²⁴ L'échelle médico-sociale se trouve, comme annexe, en fin de brochure.

OCTROI DES ALLOCATIONS FAMILIALES SUPPLÉMENTAIRES

Le résultat de l'examen est communiqué à l'organisme compétent qui paie les allocations familiales.

L'organisme compétent paie mensuellement les allocations familiales supplémentaires en même temps que les allocations familiales ordinaires à l'allocataire (père ou mère).

Si l'enfant séjourne dans une institution, deux tiers du montant sont payés à l'organisme. Le solde est payé à l'allocataire ou est éventuellement versé sur le livret d'épargne de l'enfant. Les attestations dans le cadre des avantages sociaux et fiscaux (incapacité de 66 ou 80 %) sont envoyées aux parents par la Direction d'Administration des Prestations aux personnes handicapées au terme de l'examen médical.

RECOURS

En cas de refus des allocations familiales supplémentaires ou de contestation du montant octroyé par l'organisme compétent, les parents peuvent introduire un recours auprès du tribunal du travail au moyen d'une requête.

? COMMENT EN EST-ON ARRIVÉ À LA RÉFORME ?

La réforme a vu le jour en collaboration avec environ 80 associations de parents d'enfants handicapés ou gravement malades.

Cette réglementation sera évaluée après 2 ans.

? OÙ PUIS-JE OBTENIR DES INFORMATIONS ?

Des *informations générales* peuvent être obtenues au numéro de téléphone gratuit de l'ONAFTS:

800.94 434

Si vous avez des **questions** concernant l'*évaluation médico-sociale*, appelez le numéro de téléphone de la Direction d'Administration des Prestations aux personnes handicapées:

02/ 509.85.16

Des **exemplaires supplémentaires** de la présente brochure peuvent être obtenus auprès du:

Service de la Politique des handicapés
S.P.F. Sécurité sociale
Rue de la Vierge noire 3C
1000 BRUXELLES

e-mail: Daniel.Tresegnie@minsoc.fed.be
fax : 02/ 509.85.94

? TABLE DES MATIÈRES

Pourquoi ?	2
La nouvelle réglementation est-elle applicable à tous ?	3
A qui la nouvelle réglementation est-elle applicable ?	4
Comment ?	4
A combien s'élèvent les allocations familiales supplémentaires dans la nouvelle réglementation ?	6
L'ancienne réglementation peut-elle encore être appliquée aux enfants nés après le 1^{er} janvier 1996 ?	6
Quelles situations peuvent se présenter ?	7
- A) Une nouvelle demande est introduite après le 30 avril 2003 alors qu'une décision judiciaire réforme une décision négative (-66%) antérieure au 1.5.2003	7
- B) Une demande a été introduite avant le 1 ^{er} mai 2003, alors que la décision médicale qui en résulte prévoit une révision d'office à une date postérieure au 30 avril 2003	7
- C) Nouvelles décisions médicales pendant la période postérieure à la première révision d'office	9
- D) La première révision d'office est précédée d'un demande de révision	11
- E) Décisions prises jusqu'au moment où l'enfant atteindra l'âge de 21 ans	13
Que se passe-t-il pour les demandes introduites au cours du mois d'avril 2003 ?	13
Comment se déroule dorénavant la procédure ?	13
- déroulement de l'examen	
- révision d'office	
- octroi des allocations familiales supplémentaires	

- recours

Comment en est-on arrivé à la réforme ?	17
Où puis-je obtenir des informations ?	17
Tables des matières	18
Annexe: échelle médico-sociale	19

Annexe

Échelle médico-sociale²⁵

Préface

L'Échelle 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, Éducation 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.

²⁵ Ajoutée comme 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 (M.B. du 23 avril 2003).

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

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

2.1 EDUCATION/APPRENTISSAGE ET INTEGRATION SOCIALE	0	1	2	3
<p style="text-align: center;">Enseignement adapté ou spécialisé.</p> <p>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.</p> <p>Logopédie, psychomotricité, ergothérapie 1X/sem. Régime alimentaire strict.</p> <p>Guidance psychologique en dehors de l'école (séances de plusieurs fois/mois).</p>		X		
<p>Enseignement à domicile, en institution résidentielle, à l'hôpital, lié à des traitements chroniques lourds, des hospitalisations longues ou régulières.</p> <p>La socialisation est en permanence gravement perturbée à cause de troubles de comportement ou mentaux, d'une atteinte neurologique, sensorielle ou somatique.</p>			X	
<p style="text-align: center;">L'acquisition de connaissances et le développement de compétences</p> <p>ne sont pas envisageables et la socialisation est quasi impossible.</p>				X
SCORE LE PLUS ELEVE				

0 - 36 mois	2.2 COMMUNICATION	0	1	2	3
<p>A titre indicatif d'une évolution réputée normale :</p> <p><u>Expression</u>: 13 mois: dit papa, maman. 18 mois: nomme des objets familiers. 24 mois: combine 2 à 3 mots, emploie le "je".</p> <p><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	
SCORE LE PLUS ELEVE:					

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

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^o 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.</p> <p>A partir de 10 ans: lecture avec compréhension possible mais imparfaite ; ne sait pas écrire des phrases courtes.</p> <p>Vision: < 3/10 jusque >1/20 (bilatérale avec correction) ou champ visuel < 20°; agrandissement nécessaire pour lire à une distance de lecture normale; à l'école, ne peut lire au tableau.</p>		X						
<p>Langage oral peu intelligible, déficit équivalent à au moins 48 mois de retard à l'âge de 7 ans ou d'au moins 6 ans à l'âge de 11 ans.</p> <p>Ne répond pas aux consignes à cause de problèmes majeurs de communication.</p> <p>Capacités relationnelles sévèrement perturbées avec des enfants de son âge.</p> <p>Écrit seulement son prénom.</p> <p>Surdité: nécessité de lecture labiale pour la compréhension en dépit du port de prothèses auditives.</p> <p>Vision: 1/20 (bilatérale avec correction) ou champ visuel < 10°; ne peut lire (braille nécessaire) ou ne peut regarder la télévision</p>			X					
<p>Langage parlé incompréhensible, dit quelques mots mais pas de phrases, langage des signes indispensable.</p> <p>Impossibilité d'apprentissage du braille</p> <p>Cécité complète. Cophose totale.</p>				X				

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

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

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

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

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

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

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

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

3.1 TRAITEMENT DISPENSE A DOMICILE	0	1	2	3
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...; aérosol/kiné respiratoire 3x/jour ; sonde de gastrostomie avec administration en bolus; diète complexe avec exclusion de plusieurs nutriments; traitement et suivi du diabète insulino-dépendant (administration de l'insuline, surveillance et régime); soins de stomie; kiné à domicile plusieurs X/jour; vêtements compressifs couvrant une surface corporelle de plus d'un membre avec les soins cutanés correspondants (pommades, pansements); sondages urinaires 3x ou plus /jour.			X	
Soutien continu ou la nuit de la respiration (aspiration, canule, respirateur, administration d'oxygène);nutrition parentérale totale; nutrition par sonde gastrique durant la nuit ou en continu; traitement IV quotidien; dialyse à domicile.				X
SCORE LE PLUS ELEVE				

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

0-36 mois	3.3 ADAPTATION DU MILIEU DE VIE & DES HABITUDES DE VIE (aspects physiques et/ou psychologiques)	0	1	2	3
Activités de la vie journalière (s'alimenter, se laver, s'habiller et hygiène)	Alimentation très difficile et repas de longue durée en raison de troubles de déglutition sévères, alimentation par sonde ou parentérale.			X	
Processus d'apprentissage	Accompagnement et stimulation spécifique, par exemple en cas de retard psychomoteur, troubles du comportement ou déficit sensoriel.		X		
Surveillance particulière ou adaptée	<p>Diagnostic avec pronostic réservé. Mesures de sécurité spécifiques dans l'ensemble de l'habitation Mesures objectivées de prévention antiallergique quotidiennes.</p> <p>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...)</p>		X		X
	SCORE LE PLUS ELEVE				

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

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

Editeur responsable

F. Van Massenhove, Service public fédéral Sécurité sociale
Centre administratif de l'Etat, Boulevard Pacheco 19/5, 1010 Bruxelles