



QUALITÉ EN KINÉSITHÉRAPIE

PATHOLOGIES LOURDES (Base légale A.R. 23.04.1982)

a) Paralysie périphérique étendue : monoplégie, syndrome de Guillain Barré.

b) Affections neurologiques centrales de caractère évolutif avec déficit moteur étendu.

Exemples : sclérose en plaques, maladie de Parkinson, sclérose latérale amyotrophique, etc.

c) Séquelles motrices étendues d'origine encéphalique ou médullaire.

Exemples : infirmité motrice cérébrale "Cerebral Palsy", hémiplégie, spina bifida, syndrome cérébelleux, etc.

d) Suites de brûlures graves au niveau des membres et/ou du cou pendant la phase évolutive.

e) Perte fonctionnelle :

- Perte fonctionnelle importante d'un membre suite à une agénésie du membre ou à une dysmélie affectant l'anatomie de ses différents segments
- Perte fonctionnelle globale d'un membre suite à une amputation, pendant la période d'adaptation
- Perte fonctionnelle globale post-traumatique d'un membre, pendant la période évolutive

f) Pied bot varus équin chez l'enfant de moins de 2 ans.

g) Dysfonction articulaire grave résultant :

- d'une hémophilie
- de maladies héréditaires du tissu conjonctif (ostéogénèse imparfaite de type III et IV, syndrome d'Ehlers-Danlos, chondrodysplasies, syndrome de Marfan)
- d'une scoliose évolutive de 15° au moins d'angle de courbure (ou angle de Cobb) chez des bénéficiaires en dessous de 18 ans
- d'une arthrogrypose

h) Polyarthrites chroniques inflammatoires d'origine immunitaire :

- Arthrite rhumatoïde
 - Spondylarthropathies
 - Arthrite rhumatoïde juvénile
 - Lupus érythémateux
 - Sclérodermie
 - Syndrome de Sjögren primaire
- (selon les définitions acceptées par la Société Royale Belge de Rhumatologie)

i) Myopathies :

- Dystrophies musculaires progressives héréditaires
- Myotonie congénitale de Thomsen
- Polymyosite auto-immune

j)

- Mucoviscidose ou dyskinésie ciliaire bronchiale primaire objectivées
- Bronchiectasies hyperproductives objectivées
- Affections pulmonaires chroniques irréversibles obstructives ou restrictives avec des valeurs de **volume expiratoire maximum-seconde inférieures ou égales à 60 %** mesurées à un intervalle d'au moins 1 mois.

Chez un **enfant de moins de 7 ans**, l'insuffisance respiratoire irréversible pourra être établie sur base d'un **rapport motivé du spécialiste traitant**

- Infections pulmonaires récidivantes en cas d'immunodépression grave établie
- Dysplasie broncho-pulmonaire avec **oxygénéodépendance de plus de 28 jours**. La demande motivée du pédiatre traitant comportera notamment le rapport d'hospitalisation en service N.

k) Lymphœdème :

- En cas d'atteinte unilatérale au niveau d'un membre (supérieur ou inférieur) pour un lymphœdème post-radiothérapeutique ou post-chirurgical répondant aux critères suivants :
 - soit une périmétrie effectuée sur l'ensemble du membre ou une volumétrie de la main ou du pied montre une différence par rapport au membre controlatéral **de +10 %**. Ces mesures doivent être effectuées selon les protocoles fixés par le Comité de l'assurance soins de santé, sur proposition du Collège des médecins-directeurs
 - soit une lymphoscintigraphie en 3 temps atteste de la gravité du diagnostic avec présence d'un critère majeur selon la classification lymphoscintigraphie des œdèmes des membres visant à leur prise en charge kinésithérapeutique. Cette classification est fixée par le Comité de l'assurance soins de santé, sur proposition du Collège des médecins-directeurs
- Pour tous les autres types de lymphœdème, une lymphoscintigraphie en trois temps doit attester du diagnostic avec présence d'un critère majeur selon la classification lymphoscintigraphie des œdèmes visant à leur prise en charge kinésithérapeutique.

Néanmoins, une lymphoscintigraphie n'est pas exigée dans 3 cas :

- il s'agit d'un lymphœdème cervico-facial
- il s'agit d'un patient de moins de 14 ans pour lequel la réalisation d'une lymphoscintigraphie en 3 temps n'est pas indiquée
- impossibilité physique motivée de réaliser une lymphoscintigraphie en 3 temps.

Dans ces 3 cas, le médecin spécialiste doit envoyer au médecin-conseil un rapport motivé justifiant le diagnostic et la nécessité des soins. S'il le juge utile, le médecin-conseil envoie ce dossier pour avis au Collège des médecins-directeurs.

l) Anomalie structurelle du système locomoteur, occasionnant de graves troubles fonctionnels, sur base d'une affection rare, autrement dit dont la prévalence est inférieure à 5 pour 10.000 habitants. Cette affection est soit de nature inflammatoire ou métabolique, soit résultant d'un trouble de la croissance ou du développement.