

Liste des pathologies « F aiguës » à partir du 1^{er} novembre 2009 (art 7, §14, 5°, A.)

A. Situations dont le traitement est attesté au moyen des prestations visées au § 1er, 5°, sur la période d'un an à partir de la date de la première prestation c.-à-d. pendant la période de validité de la notification définie au § 14, 4° :"

a) Affections posttraumatiques ou postopératoires suivantes:

1) situations dans lesquelles une ou plusieurs prestations de l'article 14, k) (orthopédie), I (prestations chirurgicales) et III (arthroscopies diagnostiques et thérapeutiques), sont attestées et pour lesquelles la prestation ou la somme de ces prestations correspond à une valeur de N200 ou plus;

2) situations dans lesquelles une prestation de l'article 14, b) (neurochirurgie) est attestée et pour laquelle la prestation correspond à une valeur de K225 ou plus.

3) en cas de lésions de la main, situations dans lesquelles une ou plusieurs prestations de l'article 14, k) (orthopédie) I (prestations chirurgicales) d'une valeur totale de Nx et une prestation de l'article 14, b) (neurochirurgie) d'une valeur de Ky sont effectuées conjointement lorsque le résultat du calcul suivant $[Nx/N200 + Ky/K225]$ est supérieur ou égal à 1;

4) situations dans lesquelles une des prestations 227695-227706, 227710-227721, 227813-227824, 227835-227846, 226936-226940, 227592-227603, 227614-227625, 227651-227662, 227673-227684, 227776-227780 ou 227791-227802 de l'article 14, e) de la nomenclature est attestée .

Le traitement doit être une conséquence directe de ces interventions. Il doit y avoir un lien causal entre le traitement et l'intervention, et le traitement global du patient ne peut pas être interrompu, sauf pour des raisons médicales.

b) Situations dans lesquelles les prestations 211046, 211142, 212225, 213021, 213043 et 214045 (article 13, § 1er, de la nomenclature (réanimation)) ont été attestées pour des bénéficiaires qui ont été hospitalisés;

Le traitement doit être une conséquence directe de cette hospitalisation. Il doit y avoir un lien causal entre le traitement et l'intervention ou l'hospitalisation, et le traitement global du patient ne peut pas être interrompu, sauf pour des raisons médicales.

c) Situations dans lesquelles les bénéficiaires ont été admis:

- soit dans une unité agréée pour la fonction de soins intensifs (code 49);
- soit dans un service N* pour prématurés (code 19);
- soit dans un service NIC pour nouveau-nés faibles (code 27).

Le traitement doit être une conséquence directe de l'hospitalisation. Il doit y avoir un lien causal entre le traitement et l'hospitalisation, et le traitement global du patient ne peut pas être interrompu, sauf pour des raisons médicales.

d) Insuffisance respiratoire pour les enfants de moins de 16 ans souffrant de trachéo-, laryngo- ou bronchomalacie ou d'infections récidivantes des voies respiratoires inférieures. Cette affection doit être au moins initialement démontrée par imagerie médicale.

e) Déficit moteur et invalidité à la suite:

- 1) d'une mononeuropathie (par exemple pied tombant ou main tombante);
- 2) d'une polyneuropathie motrice ou mixte.

Pour les situations 1 et 2 ci-dessus, le déficit moteur est quantifié par un test manuel de force musculaire standardisé où, selon la classification du "Medical Research Council", on attribue un score de 3 ou moins. Une consultation chez un spécialiste et les examens diagnostiques nécessaires, dont des tests neurophysio-logiques, auront eu lieu préalablement. Lorsque dans le rapport médical, la cause de la neuropathie et l'image clinique sont claires, en particulier dans les domaines du diabète et des abus d'alcool, le traitement peut être entrepris sans autre investigation neurophysiologique.

3) Myopathie induite par médication ou par contact aigu ou chronique avec des substances toxiques.

Myopathie induite par usage de corticostéroïdes (excepté les onguents et les stéroïdes en inhalation), cytostatiques, aminoglycosides ou statines, ou induite par un contact aigu ou chronique avec des substances toxiques.

Le diagnostic d'une myopathie induite par médication doit être posé par un médecin-spécialiste qui atteste le contact et l'association temporaire avec la médication.

Le déficit moteur doit toujours être objectivé par un test de force musculaire standard. Le résultat de ce test doit se situer sous les 70 % de la valeur normale. C'est le médecin spécialiste qui exécute le test selon une méthode validée avec un instrument de mesure fiable et qui détermine si le résultat se situe sous les 70 % de la valeur normale. Le résultat du test de force musculaire doit toujours être mentionné.

Le diagnostic d'une myopathie induite par contact aigu ou chronique avec des substances toxiques doit, en plus de ce qui est prévu à l'alinéa précédent, être étayé par un examen électromyographique. Les bilans de début et de fin de traitement doivent être conservés dans le dossier individuel.

f) Situations dans le domaine de l'orthopédie – traumatologie:

- 1) fracture vertébrale qui a nécessité une immobilisation par plâtre, corset ou orthèse d'au moins trois semaines;
- 2) fracture du bassin qui nécessite une immobilisation ou une décharge totale ou partielle d'au moins trois semaines;
- 3) fracture de la rotule, du plateau tibial, de la tête humérale, du coude ou fracture intra-articulaire à la hauteur des membres, qui ont nécessité une immobilisation d'au moins trois semaines;
- 4) luxation du coude, de la hanche, de la prothèse de hanche ou de l'articulation de l'épaule ou de la prothèse de l'épaule;
- 5) entorse grave du genou avec rupture totale ou partielle d'un ou de plusieurs ligaments.

g) Capsulite rétractile (frozen shoulder) caractérisée par un schéma capsulaire (limitation glénohumérale du mouvement).

Le schéma capsulaire suit l'ordre suivant : rotation externe – abduction – rotation interne.

Le résultat de l'examen est considéré positif si:

- le mouvement est limité dans trois directions (avec au moins une plus grande résistance à la fin du mouvement) et l'ordre mentionné est reconnaissable;
- l'abduction glénohumérale est limitée à 70° au moins.

Le côté sain est utilisé comme norme de comparaison.

Les bilans de début et de fin de traitement doivent être conservés dans le dossier individuel.

h) Situations nécessitant une rééducation uro-, gynéco-, colo- ou proctologique:

1) Neuropathie avérée, tant chez les femmes que chez les hommes.

2) Rééducation postopératoire du dysfonctionnement sphinctérien après:

(01) Prostatectomie radicale ou adénomectomie.

(02) Cystectomie totale avec entéro-cystoplastie chez des patients présentant une incontinence urinaire et/ou un déficit de sensibilité deréplétion vésicale.

(03) Amputation d'une partie du système digestif avec maintien du sphincter anal.

(04) Prolapsus vésical, rectal ou utérin après intervention chirurgicale.

3) Pathologies fonctionnelles de l'enfant jusqu'au 16e anniversaire dues à des dysfonctionnements ou des malformations:

(01) Infections urinaires pouvant constituer une menace pour le haut appareil urinaire à court et moyen termes:

- Dyssynergie vésico-sphinctérienne.

- Infections urinaires à répétition."

- Syndrome des valves urétrales post-opératoire."

- Immaturité vésicale."

(02) Encoprésie chez l'enfant."

Ces prestations ne peuvent être attestées que si, préalablement, 18 prestations selon le § 1, 1°, ont été attestées pour le traitement de cette situation pathologique.

Elles sont prescrites par le médecin spécialiste traitant après que le kinésithérapeute a démontré une nette amélioration des symptômes, au moyen d'un bilan de début et de fin de traitement. Le bilan de début et de fin, ainsi que les résultats de l'examen et l'avis du médecin spécialiste traitant sont conservés dans le dossier individuel de kinésithérapie."

i) Syndrome Dououreux Régional Complexe (SDRC) de type I (algoneurodystrophie ou maladie de Südeck) ou de type II (causalgie) :

Le diagnostic du SDRC doit répondre aux critères de l'IASP (International Association for the Study of Pain) et doit être confirmé par un médecin spécialiste en chirurgie orthopédique, **en chirurgie**, en rhumatologie, **en anesthésie-réanimation** ou en médecine physique et réadaptation. Ce diagnostic signé par le médecin spécialiste doit figurer dans le dossier individuel kinésithérapeutique et préciser que les critères de diagnostic utilisés sont bien ceux de l'IASP.

j) Polytraumatismes, avec des répercussions fonctionnelles invalidantes au niveau de deux membres différents ou au niveau d'un membre et du tronc, dont au moins deux traumatismes répondent aux critères des situations pathologiques définies au § 14, 5°, A, a), 1) ou 2) (affections posttraumatiques ou postopératoires) et/ou au § 14, 5°, A., f) (situations dans le domaine de l'orthopédie - traumatologie).

k) Situations dans le domaine de la stomatologie énumérées ci-dessous :

- après une intervention chirurgicale temporomandibulaire intra-articulaire;

- pendant et/ou après une radiothérapie concernant la région maxillofaciale;

- après une fracture mandibulaire intra-articulaire ou sub-condyloire."