

La nouvelle nomenclature de kinésithérapie à l'usage des médecins généralistes

Different aspects which concern the doctors in the new physiotherapy nomenclature

E. Brassinne

Service de Kinésithérapie, Hôpital Erasme, U.L.B.

RESUME

Cet article présente la synthèse des différents aspects qui concernent les médecins dans la nouvelle nomenclature de kinésithérapie.

Nous précisons les nouvelles règles de prescription ; celles-ci doivent obligatoirement indiquer le nombre maximum de séances (9 pour les pathologies courantes, 30 pour les F et les E), le diagnostic, la localisation des lésions.

Nous expliquons précisément les différentes catégories de situations pathologiques définies par cette nomenclature, et les règles y afférentes.

Il y a les pathologies " courantes " pour lesquelles 18 séances seront remboursées au meilleur tarif, au-delà, le remboursement diminue.

Les situations pathologiques appartenant à la liste F (pathologies " fonctionnelles ") : pour celles-ci le kinésithérapeute doit envoyer une notification au médecin-conseil, il doit donc avoir en sa possession les éléments qui démontrent que le patient est effectivement dans une situation pathologique de la liste F. Ces situations pathologiques ont été scindées en 2 catégories, les pathologies aiguës (60 séances mieux remboursées par an - année calendrier), les pathologies chroniques (60 séances par an - année civile) pendant 3 ans.

Les situations pathologiques appartenant à la liste E : un accord préalable du médecin-conseil est nécessaire sur base d'un rapport médical et kinésithérapeutique.

Pour cette catégorie de patients, il n'y a pas de limitation du nombre de séances.

La kinésithérapie périnatale est limitée à 9 séances autour de l'accouchement.

Nous expliquons également les règles concernant le rapport écrit du kinésithérapeute qui est obligatoire une fois par an pour les pathologies F et E, et la possibilité pour le médecin de prescrire un examen " consultatif ".

Enfin, les différentes possibilités d'obtenir une 2^{ème} séance de kinésithérapie journalière sont abordées.

Rev Med Brux 2003 ; 4 : A 203-9

ABSTRACT

This article presents a synthesis of different aspects which concern the doctors in the new physiotherapy nomenclature.

With reference to the new rules for prescription, these must obligatorily indicate the maximum number of sessions (9 for existing pathologies, 30 for F and E), the diagnosis, the location of the lesions.

We explain precisely the different categories of pathological conditions defined by this nomenclature, and the rules concerning them. There are the " existing " pathologies for which 18 sessions will be reimbursed at the optimal rate, from thereon the reimbursement decreases.

For the pathological conditions as in List F (" functional " pathologies), the physiotherapist must send a notification to the consulting doctor, he must therefore have in his possession the elements which show that the patient has in effect a pathological condition as in List F. These pathological conditions have been divided into two categories ; the acute pathologies (60 sessions reimbursed per year - calendar year) ; the chronic pathologies (60 sessions per year - civil calendar) during 3 years.

For the pathological conditions as in List E, an agreement by the consulting doctor is necessary on the basis of a medical and physiotherapy report. For this category of patient, there are no limitations to the number of sessions. The perinatal physiotherapy is limited to 9 sessions around the time of birth.

We also explain the rules concerning the written report of physiotherapy, obligatory once per year for the F and E pathologies, and the possibility for the doctor to prescribe a consultation examination.

Also, we inform you of the different possibilities to obtain a second session of daily physiotherapy.

Rev Med Brux 2003 ; 4 : A 203-9

Key words : *physiotherapy nomenclature, prescription, pathological conditions, reimbursement*

Une nouvelle nomenclature a été imposée aux kinésithérapeutes par le Ministre des Affaires sociales en mai 2002.

Cette nomenclature a déjà subi des modifications en janvier 2003, sur proposition du conseil technique de la kinésithérapie dans le but d'augmenter le nombre des pathologies mieux remboursées.

Compte tenu du caractère radical de ces réformes et de la complexité des textes, il nous a paru opportun de vous redonner une information portant particulièrement sur les points importants qui concernent les médecins, à savoir les règles de prescription, la description des différentes situations pathologiques et les règles y afférentes.

LA PRESCRIPTION

Une prescription conforme aux exigences de la nomenclature de kinésithérapie est une condition de remboursement, sauf pour la prestation " rapport écrit " (voir plus loin) du kinésithérapeute qui ne doit pas être mentionné explicitement sur la prescription.

La prescription de kinésithérapie doit revêtir la forme d'un écrit rédigé personnellement par un médecin.

Outre les données habituelles (nom et prénom du patient, date, cachet, signature), elle doit indiquer le nombre maximum de séances, le diagnostic et/ou les éléments de diagnostic de l'affection à traiter, la localisation anatomique des lésions lorsque le diagnostic ne le précise pas.

- Le nombre de séances prescrites est limité à :
- 30 séances pour les patients hospitalisés, les patients des listes E et F (voir plus loin) ;
 - 9 séances pour les affections courantes et la kinésithérapie périnatale.

Si le patient est dans une situation pathologique qui lui permet de bénéficier d'une 2^{ème} séance de kinésithérapie journalière, la prescription doit comporter les éléments complémentaires justifiant la deuxième séance journalière.

La conception du traitement et la fréquence sont déterminées à l'initiative du kinésithérapeute sauf si le prescripteur précise celles-ci. Des modifications peuvent être apportées par le kinésithérapeute avec l'accord du médecin prescripteur.

Le traitement doit être entamé dans les 30 jours qui suivent l'établissement de la prescription sauf si le médecin prescripteur mentionne explicitement un autre délai.

Pour que les prestations effectuées au domicile du patient puissent être portées en compte, il est **indispensable** que la prescription mentionne que le patient ne peut quitter son domicile pour des raisons médica-

les ou sociales.

LES DIFFERENTES CATEGORIES DE SITUATIONS PATHOLOGIQUES

Les affections " courantes "

Pour ces affections, 18 grandes séances par an maximum sont remboursées au meilleur tarif. Au-delà, si le traitement se poursuit, le remboursement diminue nettement.

Si une nouvelle situation pathologique se présente au cours de l'année civile, le médecin-conseil peut autoriser une nouvelle série de 18 séances au meilleur tarif (avec un maximum de 36 séances, soit 3 x 18 pour 3 situations pathologiques différentes). Par nouvelle situation pathologique, il faut entendre une situation apparue postérieurement à la mise en route du traitement de kinésithérapie au cours de la même année civile et qui soit indépendante de la situation pathologique initiale.

Cette demande est introduite chez le médecin-conseil par le kinésithérapeute ; elle doit être accompagnée d'un rapport du médecin traitant dans lequel sont décrites les situations pathologiques successives et leurs dates d'apparition.

Lorsque que le kinésithérapeute dispose de toutes les informations nécessaires, y compris copie des prescriptions médicales des traitements, il peut rédiger lui-même ce rapport.

On considère qu'il y a accord si le médecin-conseil n'a pas notifié sa décision de refus ou demandé de compléments d'information dans les 14 jours qui suivent l'expédition de la demande.

Les pathologies lourdes (liste E)

Pour les patients qui bénéficient d'une quote-part personnelle réduite, le taux d'intervention de l'assurance ne diminue pas quel que soit le nombre de séances.

La reconnaissance de pathologie lourde est soumise à l'accord du médecin-conseil qui prend sa décision sur la base d'une justification médicale détaillée qui, partant d'un bilan fonctionnel, indique par le biais de quelles techniques de kinésithérapie ou de physiothérapie l'on veut atteindre le résultat fonctionnel visé.

Cette justification médicale est établie par le médecin spécialiste traitant, dans le cadre de sa spécialisation, ou par le médecin traitant en concertation avec ce dernier. Dans ce cas, au moins un rapport diagnostique du médecin spécialiste visé doit être joint à la justification du médecin généraliste.

Aucun accord ne peut dépasser 3 ans.

La liste des affections concernées est reprise en Annexe 1.

Chez ces patients, sauf spécification contraire du médecin-conseil, une 2^{ème} séance peut être attestée dans la même journée si l'on peut justifier qu'elle est indispensable à l'état de santé du bénéficiaire, sur la prescription médicale. Le médecin-conseil peut intervenir à tout moment et refuser la 2^{ème} séance si elle est injustifiée.

Les patients atteints d'infirmité motrice cérébrale (avant leur 21^{ème} anniversaire) peuvent bénéficier d'une très grande séance de kinésithérapie (durée globale moyenne 60 minutes) 1 x/j.

Les situations pathologiques de la liste F (limitation fonctionnelle)

Depuis le 01.01.2003 la liste F a été élargie et scindée en 2 catégories :

- Les pathologies F " aiguës " (Annexe 2) pour lesquelles 60 grandes séances sont remboursées au meilleur tarif, sur une année calendrier à partir de la 1^{ère} prestation.
- Les pathologies F " chroniques " (Annexe 3) pour lesquelles 60 grandes séances sont remboursées au meilleur tarif par année civile ; la notification porte jusqu'à la fin de la 2^{ème} année civile qui suit l'année au cours de laquelle la 1^{ère} prestation du traitement a eu lieu.

Avant que le patient puisse bénéficier de ce régime plus avantageux, le kinésithérapeute doit envoyer une notification au médecin-conseil (dans un délai de 20 jours après le début du traitement). L'autorisation préalable du médecin-conseil n'est donc pas nécessaire ; en revanche un contrôle *a posteriori* est possible.

Le kinésithérapeute doit pouvoir démontrer que le patient se trouve dans la situation en question en conservant certains documents dans son dossier kinésithérapeutique individuel. Certains éléments (prescription, avis) indispensables ne peuvent être fournis que par certains médecins spécialistes. Les conditions propres à chaque situation sont complexes et présentent bon nombre de cas particuliers ; ils figurent en Annexes 2 et 3. Les éléments requis peuvent être mentionnés sur la prescription ou dans un autre document (exemple : copie d'un rapport).

La liste F aiguës (Annexe 2) comprend les situations pathologiques suivantes :

1. Post-traumatique ou postopératoire orthopédique ou neurochirurgicale.
2. Des patient qui ont bénéficié de certaines prestations de réanimation pendant une hospitalisation ou qui ont été admis dans une Service de Soins Intensifs ou dans un Service de Néonatalogie.
3. Certaines insuffisances respiratoires chez les enfants.
4. Des déficits moteurs invalidants résultant de mononeuropathie, polyneuropathie, myopathie induite.
5. Certaines fractures, luxations ou entorses.
6. La capsulite rétractile avec perte de mobilité.
7. Les patients nécessitant une revalidation neurologique ou gynécologique ou colo-proctologique ; ici les 60 séances ne peuvent être portées en compte qu'après avoir facturé 18 séances pour affection courante et démontré que la situation s'est améliorée.

La liste F chroniques comprend (Annexe 3) les situations pathologiques suivantes :

1. Les patients âgés à partir de 70 ans qui ont une fragilité osseuse, des chutes récurrentes et qui ont besoin d'une rééducation à la marche.
2. Certains troubles du développement psychomoteur chez les enfants.
3. Les insuffisances respiratoires à un certain stade.
4. Polyneuropathie chronique motrice ou mixte.
5. Syndrome de fatigue chronique/fibromyalgique.

Pour que ces affections puissent être reconnues dans la liste F, elle doivent évidemment correspondre aux critères précis et aux conditions définies dans la nomenclature (Annexe 1).

Lorsqu'une nouvelle situation pathologique se présente au décours ou après un traitement en pathologie F, le médecin-conseil peut autoriser des séances supplémentaires remboursées au meilleur tarif. La procédure est *grosso modo* identique que celle décrite précédemment après 18 séances en pathologies courantes.

Le Tableau présente une synthèse des différentes situations pathologiques.

Tableau : Synthèse des différentes situations pathologiques.			
	Courante	F	E
		Liste F : aiguë ou chronique	Liste E
A envoyer au médecin-conseil		Notification (kiné)	Demande (médecin + kiné)
			Accord préalable
Prescription maximale	9 séances	30 séances	30 séances
Remboursement complet	2 x 9 séances	2 x 30 séances	Pas de max. = Statut

La kinésithérapie périnatale

Pour ce qui est de la kinésithérapie périnatale ordinaire, le nombre de séances remboursées est limité à 9 séances ; cela s'applique globalement aux séances effectuées avant et après l'accouchement.

DIVERS

Il faut noter que toutes les limitations de séances dans les différentes pathologies (courantes, F, périnatales) bien remboursées ne s'appliquent que pour la kinésithérapie ambulatoire, et jamais les séances de kinésithérapie dont le patient a bénéficié à l'hôpital ne sont prises en compte.

Pour ce qui concerne les "rapports écrits" du kinésithérapeute au médecin, le kinésithérapeute est tenu pour les patients qui relèvent des pathologies F ou E, d'envoyer un rapport écrit soit à la fin du traitement soit au moins une fois par an lors d'une prolongation de prescription.

Ce rapport doit comprendre la synthèse de l'examen kinésithérapeutique établi au début du traitement, un résumé du traitement et l'évolution du patient.

Le kinésithérapeute est également tenu d'envoyer un rapport au médecin prescripteur lorsque celui-ci le demande sur la prescription.

Le kinésithérapeute peut, également sur base d'une prescription du médecin traitant, effectuer un examen à titre consultatif avant qu'un éventuel traitement ne soit prescrit.

Le kinésithérapeute communiquera, par écrit, au médecin, ses constatations et la proposition d'un traitement éventuel.

Signalons enfin qu'en dehors des pathologies E, il est possible de porter en compte une deuxième prestation de kinésithérapie journalière pour les patients qui ont été admis dans un hôpital et qui ont reçu certaines prestations de réanimation ou certaines prestations

d'orthopédie ; cela sera possible au maximum 14 fois dans les 30 jours qui suivent la prestation sus-mentionnée.

Le kinésithérapeute devra, dans ces cas, disposer d'une prescription médicale qui justifiera clairement la nécessité de la 2^{ème} séance ; cette prescription reprendra également les codes de la nomenclature des actes sus-mentionnés, les dates d'intervention ou d'entrée dans le service USI ou néonatal, la fréquence du traitement par semaine et par jour.

Plus que jamais, une collaboration étroite médecins-kinésithérapeutes est indispensable ; elle sera non seulement un gage de qualité des soins pour nos patients ; elle devrait aussi permettre aux patients d'avoir accès au maximum de séances mieux remboursées auxquelles ils ont droit.

Ce texte a été rédigé sur base du texte de la nomenclature de kinésithérapie et des différentes circulaires de l'INAMI envoyés aux médecins et aux kinésithérapeutes.

Il vous est loisible consulter l'intégralité des textes sur le site internet de l'INAMI : www.inami.fgov.be.

BIBLIOGRAPHIE

- Nomenclature de kinésithérapie du 01.01.2003
- Annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé

Correspondance et tirés à part :

E. BRASSINNE
Hôpital Erasme
Service de Kinésithérapie
Route de Lennik 808
1070 Bruxelles

Travail reçu le 28 mai 2003 ; accepté dans sa version définitive le 3 juillet 2003.

Annexe 1 : Liste des pathologies " E ".

- 1° Paralysie périphérique étendue : monoplégie, syndrome de Guillain Barré ;
- 2° Affections neurologiques centrales de caractère évolutif avec déficit moteur étendu comme, par exemple, la sclérose en plaques, la maladie de Parkinson et la sclérose latérale amyotrophique, etc. ;
- 3° Séquelles motrices étendues d'origine encéphalique ou médullaire (comme par exemple, infirmité motrice cérébrale " Cerebral Palsy ", hémiplégie, spinabifida, syndrome cérébelleux, etc.) ;
- 4° Suites de brûlures graves au niveau des membres et/ou du cou pendant la phase évolutive ;
- 5° Agénésie d'un membre pour un bénéficiaire en dessous de 18 ans ; perte fonctionnelle globale d'un membre suite à une amputation ou post-traumatique pendant la période évolutive ;
- 6° Pied bot varus équin chez l'enfant de moins de 2 ans ;
- 7° Dysfonction articulaire résultant d'hémophilie ou d'arthrogrypose, maladie d'Ehlers Danlos, ostéogenèse imparfaite de type III et IV, scoliose évolutive de 15° au moins d'angle de courbure (ou angle de Cobb) en dessous de 18 ans ;
- 8° Polyarthrites chroniques inflammatoires d'origine immunitaire :
 1. Arthrite rhumatoïde
 2. Spondyloarthropathies
 3. Arthrite rhumatoïde juvénile
 4. Lupus erythémateux
 5. Sclérodermie selon les définitions acceptées par la Société Royale Belge de Rhumatologie ;
- 9° Myopathies : dystrophies musculaires progressives héréditaires, myotonie congénitale de Thomsen et polymyosite auto-immune ;
- 10°
 - a) Mucoviscidose ou dyskinésie ciliaire bronchiale primaire objectivée ;
 - b) Bronchectasies hyperproductives objectivées ;
 - c) 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 un mois ; chez l'enfant de moins de 7 ans, l'insuffisance respiratoire irréversible pourra être établie sur base d'un rapport motivé du spécialiste traitant ;
 - d) Infections pulmonaires récidivantes en cas d'immunodépression grave établie ;
 - e) Dysplasie bronchopulmonaire avec oxygénodépendance de plus de 28 jours. La demande motivée du pédiatre traitant comportera notamment le rapport d'hospitalisation en service N ;
- 11° Lymphœdème d'un membre soit post-radiothérapeutique, soit après évidemment ganglionnaire radical ;
- 12° Lymphœdème primaire congénital.

Annexe 2 : Listes des pathologies " F " aiguës.

- a) Affections post-traumatiques ou postopératoires suivantes :
 - 1) situations dans lesquelles une ou plusieurs prestations de l'article 14, k) (orthopédie), l) (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) situations dans lesquelles une des prestations 226973-226984, 226995-227006 ou 227054- 227065 de l'article 14, e) de la nomenclature est attestée (mastectomie ou tumorectomie partielle ou totale avec évidemment ganglionnaire).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 être interrompu, sauf pour des raisons médicales.
- b) Situations dans lesquelles les prestations 211046, 211142, 212225, 213021, 213043 et 214045 (article 13 § 1^{er} 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 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 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 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 neurophysiologiques, 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 d'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 entérocytoplastie chez des patients présentant une incontinence urinaire et/ou un déficit de sensibilité de réplétion 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 16^{ème} anniversaire dues à des dysfonctionnements ou des malformations :

- 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 urétérales postopératoires ;
- immaturité vésicale ;
- encoprésie infantile.

Ces prestations ne peuvent être attestées que si, préalablement, 18 séances selon le § 1,1° (pathologie " courante "), ont été attestées pour le traitement de cette situation pathologique. Elles sont prescrites par le médecin spécialiste traitant après que le kinésithérapeute ait 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.

Annexe 3 : Liste des pathologies “ F ” chroniques.

- a) Situations qui nécessitent une rééducation fonctionnelle de la marche pour les bénéficiaires à partir de leur 70^{ème} anniversaire présentant une fragilité persistante, à objectiver par le médecin traitant et le kinésithérapeute au moyen des caractéristiques suivantes :
- 1) chutes récurrentes et/ou présence d'une fracture ostéoporotique ;
 - 2) combiné avec deux résultats de tests suivants :
 - trouble de la marche ou de la capacité d'effort, à documenter par un test de marche de 6 minutes sur une distance à parcourir de moins de 350 mètres ;
 - diminution de la puissance musculaire, à documenter par une puissance de poigne inférieure à 0,4 Bar (ou 40 kPa) dans la main dominante ;
 - trouble de la marche et de l'équilibre, à documenter par un test de Tinetti avec un score inférieur à 20/28.
- L'objectivation se fait avec un bilan extensif avec rapport médical et kinésithérapeutique, signé par le médecin traitant et le kinésithérapeute. Ce bilan contient entre autres l'indication pour les exercices, la description de l'état locomoteur à l'aide des tests décrits ci-dessus, la mention de la comorbidité et de l'usage de médicaments, la motivation de la personne âgée et la description détaillée du programme d'entraînement.
- b) Troubles du développement psychomoteur :
- 1) chez les enfants de moins de 16 ans, après avis du médecin spécialiste en (neuro)pédiatrie et proposition de traitement, et avec un score significativement plus faible sur un test standardisé ;
 - 2) chez des enfants jusqu'à 18 mois inclus, présentant des troubles manifestes cliniques du développement établis à l'aide d'une évaluation effectuée par une équipe pluridisciplinaire spécialisée, qui compte au moins un (neuro)pédiatre.
- c) Insuffisance respiratoire chez les bénéficiaires qui sont suivis dans le cadre de la convention-type de rééducation fonctionnelle relative à l'oxygénothérapie de longue durée à domicile ou en cas de respiration artificielle à domicile.
- d) Polyneuropathie chronique motrice ou mixte :
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 neurophysiologiques, 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.
- e) Syndrome de fatigue chronique/fibromyalgie :
- 1) pour les patients souffrant du syndrome de fatigue chronique, si pendant ou après une prise en charge dans le cadre d'un programme de rééducation fonctionnelle, la continuation d'une thérapie d'exercices graduelle est jugée utile par l'équipe multidisciplinaire du centre de référence pour la prise en charge des patients souffrant du syndrome de fatigue chronique ;
 - 2) pour les patients souffrant de fibromyalgie, si un programme d'exercices kinésithérapeutiques fait partie du plan de traitement établi par l'équipe multidisciplinaire d'un centre de douleur chronique. Comme règle de transition, et en attendant que des centres de référence de douleur chronique fonctionnent, les centres de douleur multidisciplinaires peuvent prendre le rôle de centre de référence de douleur chronique.
- La nature et la fréquence du programme d'exercice est en accord avec le concept stipulé dans le plan de traitement convenu entre le médecin traitant et l'équipe multidisciplinaire du centre de référence.