

**Valérie Fabry**

Logopède en libéral et en centre pluridisciplinaire ; pilote du groupe "tests" pour l'Inami (Institut National d'Assurance Maladie Invalidité) et l'UPLF (Union Professionnelle des Logopèdes Francophones)

Le remboursement des séances de logopédie en Belgique – 9 minutes de lecture

Pouvez-vous vous présenter ? Quelle sont vos activités au sein de l'INAMI ?

Je m'appelle Valérie Fabry, je suis logopède (orthophoniste) en Belgique. J'ai une activité en libéral et en centre de rééducation ambulatoire (centre pluridisciplinaire). J'interviens auprès d'enfants présentant des troubles du développement du langage oral, du langage écrit, de la cognition mathématique, et des troubles myo-fonctionnels oraux.

Au sein de l'Inami (l'organisme qui gère le remboursement des soins de santé en Belgique), je suis chargée de piloter l'équipe qui s'occupe des listes limitatives des tests.

Pouvez-vous nous expliquer comment fonctionne en Belgique le remboursement des soins de santé en fonction de tests spécifiques ?

En Belgique, pour obtenir un remboursement des séances de logopédie, il faut respecter certaines procédures. Pour le langage oral, l'enfant ne doit pas avoir de problème d'audition (un remboursement différent, plus important, est prévu pour les enfants présentant des troubles de l'audition), et doit obtenir un résultat à un test de QI de minimum 86 (d'autres moyens de prise en charge existent pour les enfants ne répondant pas à ce critère).

Ensuite, il faut démontrer des scores inférieurs à une certaine norme. Pour le langage oral, un score en dessous du percentile 3 à 1 épreuve donne accès au remboursement ; pour les troubles d'apprentissage (langage écrit ou mathématiques), 2 scores en dessous du percentile 16. Ces scores seuils font l'objet d'un accord entre organismes assureurs et associations professionnelles, mais peuvent évoluer dans le temps.

Les épreuves démontrant ces scores seuils doivent figurer dans une liste limitative, bien que le clinicien ait tout à fait le droit d'utiliser des épreuves qui ne font pas partie de ces listes, pour compléter son analyse et son diagnostic. Nos listes limitatives ne doivent être utilisées que dans le cadre d'un accès à un remboursement des soins.

En ce qui concerne le **bégaiement**, il n'y a pas de score seuil à atteindre pour avoir accès au remboursement. Deux listes de tests doivent être utilisées : une liste de tests pour évaluer la sévérité du bégaiement, et une liste de tests pour évaluer l'impact du bégaiement sur la vie quotidienne, à administrer obligatoirement à partir de 10 ans.

Pour les troubles de la **voix**, le logopède doit fournir au moins une mesure objective (fréquence fondamentale, index de sévérité de la dysphonie, etc.) et la preuve d'un autre critère déviant (évaluation auditive-perceptive, index de handicap vocal, etc.).

Pour **d'autres pathologies** (aphasie, troubles myo-fonctionnels, etc.), il n'existe pas de liste limitative, d'autres critères doivent être respectés.

Comment se déroule la procédure de sélection des tests remboursés en Belgique ? De quelle manière est élaborée cette liste définitive ? Comment s'opère cette sélection ? En fonction de quels paramètres ?

Tous les tests présents sur le marché francophone sont examinés. Quand un nouveau test est édité, le groupe Test se réunit. Il est composé de 7 personnes, dotées d'une solide expérience clinique et/ou scientifique.

Si un test ne dispose pas de normes correspondant aux exigences Inami (normes au P3 par exemple pour le langage oral), il ne pourra pas figurer dans la liste.

Nous examinons les qualités psychométriques du test : taille des échantillons, présence de données concernant le pouvoir discriminant (sensibilité/spécificité), la fidélité test-retest ou interjuges, etc. Malheureusement, nous ne disposons parfois pas de ces données pour certains tests. Nous ne pouvons cependant pas nous permettre d'exclure tous les tests ne disposant pas, par exemple, de données sur la fidélité test-retest, auquel cas il y aurait peu de tests sur notre liste. Toutefois, nous observons une tendance des auteurs à vouloir améliorer les critères psychométriques de leurs tests, ce qui est une très bonne chose.

Nous examinons ensuite chaque épreuve. Nous veillons à ce que chaque épreuve soit réellement pertinente et informative pour l'évaluation de la fonction cognitive en jeu (validité théorique et de construit). Exemple : les épreuves de fluence donnent des informations précieuses pour affiner un diagnostic ou comprendre l'origine des troubles, mais ne constituent pas des épreuves à utiliser en première ligne.

Les épreuves qui démontrent un effet plafond ou un manque de spécificité sont écartées. Les consignes d'administration et les critères de cotation doivent être clairs. Le contenu de l'épreuve doit être adapté à l'âge et à la population (il existe certaines différences entre les systèmes scolaires belge et français).

Enfin, les tests dont les normes deviennent trop anciennes sont supprimés des listes.

Sur quels critères se base le choix en priorité d'un test plutôt que d'un autre ?

Nous ne « choisissons » donc pas un test plutôt qu'un autre. C'est au logopède de faire son choix, en fonction de son patient et de l'objectif de son évaluation (établir un diagnostic, donner des informations qualitatives pour guider la prise en charge, évaluer l'efficacité de sa prise en charge).

Qu'est-ce qui est le plus complexe dans la création de cette liste ? Certains troubles ou pathologies posent-ils davantage de difficultés quant à la sélection des tests ?

Toutes les pathologies ne sont pas concernées par les listes limitatives. Historiquement, la question s'est posée pour les pathologies où différents tests étaient disponibles.

Nous devons souvent jongler avec le manque d'outils dans certains domaines (en mathématiques par exemple, ou pour certaines tranches d'âge), parfois la faiblesse des qualités psychométriques et la réalité de terrain. Les logopèdes ont besoin d'outils pour évaluer leurs patients, et aucun outil n'est parfait.

Par ailleurs, nous ne savons pas toujours quel est l'impact du temps sur les normes : il est possible qu'au niveau phonologique, le temps ait moins d'impact sur les scores attendus à une même épreuve 20 ans plus tard. En revanche, on peut s'attendre à ce que les connaissances en vocabulaire aient beaucoup changé. Une tablette, un smartphone ou une éolienne sont des éléments connus de la vie de l'enfant actuellement, alors que ce n'était pas le cas il y a 25 ans. Et a contrario, un CD, un magnétoscope ou une girouette n'en font plus partie. De même, il est possible que le niveau orthographique attendu en dernière année de scolarité primaire ne soit plus le même qu'il y a 25 ans. C'est pourquoi nous avons besoin d'un réétalonnage régulier des normes.

Nous devons aussi faire passer l'idée que rentrer dans des critères de remboursement et établir un diagnostic, sont deux choses différentes.

Au bout de combien de temps la liste est-elle renouvelée ?

Nous nous réunissons au moins une fois par an pour passer la liste en revue, mais nous travaillons plutôt en fonction des actualités : sortie d'un nouveau test, demande d'éclaircissements, etc. Nous avons également travaillé sur des questions telles que l'étalonnage à utiliser en fonction du moment de l'année où le patient est évalué (pour des tests avec étalonnage par année scolaire), l'étalonnage à utiliser s'il y a un redoublement, etc.

Souhaitez-vous rajouter d'autres éléments qui vous semblent importants ?

Il est vraiment important que les constructeurs de tests veillent à obtenir les infos relatives au pouvoir discriminant de leurs outils, aux caractéristiques de l'échantillon d'étalonnage, à la fidélité test-retest, la fidélité interjuges (quand c'est pertinent), la cohérence interne de leurs épreuves, et les percentiles, si les normes ne sont pas normalement distribuées.

En ce qui concerne ces caractéristiques psychométriques, nous collaborons également avec Tool2Care, une plateforme en ligne qui recense les outils d'évaluation en (neuro)psychologie et logopédie, et qui analyse ces caractéristiques.

Il est également important d'avoir des consignes d'administration et de cotation les plus claires possibles. On se rend compte que cela peut limiter la liberté des cliniciens, mais en même temps, si ce n'est pas précisé dans un manuel de test, entre un clinicien qui répète un énoncé et un clinicien qui ne le fait pas, un clinicien qui lit la consigne à la place de l'enfant ou non, cela peut tout changer. Par ailleurs, le clinicien reste libre d'appliquer strictement les règles pour comparer les scores aux normes, puis d'adapter l'administration à titre indicatif.