

SYNTHÈSE

LA LOGOPÉDIE CHEZ LES ENFANTS AVEC UN TROUBLE DU NEURODÉVELOPPEMENT



MARIJKE EYSEN, FABIAN DESIMPEL, ANS VAN GINCKEL



■ PRÉFACE

En permettant aux enfants de s'exprimer et de partager avec les autres leurs besoins, pensées et émotions, la parole et le langage contribuent à leurs interactions sociales, à leur développement cognitif et donc aussi à leur réussite scolaire – bref, à leur apprentissage. Ce sont aussi des instruments importants pour la régulation des émotions et l'acquisition de la confiance en soi.

Les enfants confrontés à un trouble de la parole ou du langage peuvent retirer un bénéfice d'un traitement de logopédie. Celui-ci peut prendre de nombreuses formes : il y a les traitements individuels, où le thérapeute travaille directement avec le jeune patient, mais aussi des approches indirectes où c'est l'entourage qui est coaché pour soutenir le mieux possible l'enfant dans sa vie quotidienne. Le traitement peut être proposé dans un centre multidisciplinaire spécialisé, à l'école ou en ambulatoire par un thérapeute individuel.

Quant à savoir si ce traitement logopédique est remboursé et par qui, cela dépend de l'environnement dans lequel il se déroule et du type de patient. L'échelon fédéral prend à sa charge les séances de logopédie mono-disciplinaires individuelles, tandis que les entités fédérées financent les séances de logopédie proposées dans les centres de réadaptation multidisciplinaires ou en milieu scolaire.

Le remboursement de la logopédie mono-disciplinaire chez les enfants avec un QI inférieur à 86 ou chez les enfants avec un trouble de la parole ou du langage lié à un autre diagnostic psychologique tel qu'un trouble du spectre de l'autisme ou un TDA/H a toutefois suscité d'âpres débats. En effet, l'échelon fédéral a décidé d'exclure ces jeunes patients du remboursement de la thérapie mono-disciplinaire, jugeant une approche multidisciplinaire plus adaptée, mais l'accès à cette dernière est entravé par les délais d'attente, la répartition géographique suboptimale des centres spécialisés et une offre insuffisante en milieu scolaire. En outre, la nécessité d'une approche multidisciplinaire a été remise en question pour une partie de ces enfants.

C'est dans ce contexte qu'il a été demandé au KCE de se pencher sur les données probantes scientifiques relatives à l'organisation des traitements de logopédie chez les enfants confrontés à une déficience intellectuelle, un trouble complexe du développement ou un problème de santé mentale. Vous trouverez dans ces pages le résultat de ces recherches, ainsi que des recommandations visant à assurer à tous les enfants l'accès aux soins les plus adaptés, peu importe leur QI ou leurs diagnostics. La forme que devrait prendre cette prise en charge est également détaillée dans ce rapport.

Christophe JANSSENS
Directeur Général Adjoint

Ann VAN DEN BRUEL
Directeur Général



■ TABLE DES MATIÈRES

■	SYNTHÈSE.....	3
1	POURQUOI CETTE ÉTUDE ?	3
1.1	INTRODUCTION	3
1.2	LE REMBOURSEMENT DE LA LOGOPÉDIE MONO-DISCIPLINAIRE EN BELGIQUE ..	3
1.3	COMBIEN D'ENFANTS SONT CONCERNÉS ?.....	4
1.4	QU'AVONS-NOUS ÉTUDIÉ ?	4
1.5	COMMENT AVONS-NOUS PROCÉDÉ ?	5
1.6	DÉFINITIONS	6
2	LA LOGOPÉDIE EN BELGIQUE ET LES RÉSULTATS DE NOTRE ÉTUDE	7
2.1	LA LOGOPÉDIE EN BELGIQUE, DANS LE SECTEUR DES SOINS ET DANS L'ENSEIGNEMENT	7
2.1.1	La logopédie dispensée par le secteur des soins	7
2.1.2	La logopédie dans le secteur de l'enseignement	10
2.2	QU'AVONS-NOUS APPRIS DE LA LITTÉRATURE ?	10
2.2.1	La logopédie est-elle sûre et efficace ?	10
2.2.2	Comment évaluer le besoin de soutien ?	11
2.2.3	Quel type de logopédie en cas de trouble du développement intellectuel (TDI) et de trouble du spectre de l'autisme (TSA) ?	11
2.2.4	Quel type de logopédie en cas de troubles de la communication ?	12
2.2.5	Quel type de logopédie en cas de TDA/H ?	12
2.2.6	Quel type de logopédie en cas de troubles de l'apprentissage ?	12
2.3	COMMENT REMÉDIER AU PROBLÈME DE L'ACCESSIBILITÉ ?	12
2.3.1	La logopédie dans le cadre d'une prise en charge multidisciplinaire des enfants avec un TDI ou un TSA	12
2.3.2	Évaluations diagnostiques multidisciplinaires	13
2.3.3	La place de la logopédie mono-disciplinaire chez les enfants avec un TDI ou un TSA	13
2.3.4	Cumul de la logopédie mono- et multidisciplinaire, ou traitements dans différents secteurs	13
2.3.5	Mesures transitoires	14
2.4	AUTRES OBSTACLES À UNE LOGOPÉDIE ACCESSIBLE ET EFFICACE	14
2.4.1	Un aperçu clair des prestataires de soins et plus de structure pour la formation, deux lacunes importantes	14
2.4.2	Besoin d'un contrôle de la qualité des soins	15
■	RECOMMANDATIONS	16



■ SYNTHÈSE

1 POURQUOI CETTE ÉTUDE ?

1.1 Introduction

L'acquisition du langage chez les enfants nous apparaît souvent comme une évidence. Pourtant, 10 % rencontrent des difficultés plus ou moins importantes pour apprendre à parler. Il en découle une série d'autres problèmes, notamment sur le plan des relations sociales, de la santé mentale, de la scolarité et, plus tard, de la vie professionnelle. Il est donc capital de leur offrir un soutien adéquat pour limiter le plus possible cet impact négatif. Pour ce faire, il est nécessaire d'identifier des interventions efficaces pour améliorer l'élocution, la maîtrise de la langue et la communication, et de veiller à ce que ces interventions leur soient accessibles.

Les logopèdes sont des professionnels capables d'apporter un soutien aux enfants confrontés à ce type de problème. Ils aident les petits patients qui ont du mal à parler, à comprendre, à utiliser leur voix, à respirer, à articuler, à entendre ou à déglutir. Certains travaillent seuls, dans un environnement mono-disciplinaire, et n'impliquent pas ou peu d'autres disciplines dans la prise en charge. D'autres font partie d'une équipe multidisciplinaire de prestataires qui possèdent des compétences complémentaires, et qui poursuivent ensemble un objectif commun. Dans un cas comme dans l'autre, l'enfant peut être accompagné individuellement ou au sein d'un groupe, en fonction de son âge et de ses besoins.

Les logopèdes peuvent toutefois aussi travailler d'une manière plus indirecte, en conseillant les autres prestataires de soins ou l'entourage familial de l'enfant pour les aider à améliorer et soutenir la communication avec lui.

L'enseignement aussi a un rôle important à jouer, puisque ces jeunes patients passent un temps considérable à l'école. Comme nous le verrons plus loin, des logopèdes sont impliqués dans le système scolaire d'une manière plus ou moins intensive et à différents niveaux organisationnels dans nombre de pays occidentaux.

1.2 Le remboursement de la logopédie mono-disciplinaire en Belgique

Les annexes à l'**Arrêté Royal (AR) du 14 septembre 1984** prévoient le remboursement de la logopédie mono-disciplinaire par l'INAMI chez les enfants atteints de certains troubles bien spécifiques (dont la liste figure dans ces annexes).

Sont toutefois exclus du remboursement :

- les enfants avec un QI < 86,
- les enfants avec un problème de santé mentale (p.ex. trouble du spectre de l'autisme – TSA),
- les enfants scolarisés dans l'enseignement spécialisé,
- les enfants pris en charge dans un centre de réadaptation où la logopédie fait partie du traitement standard.

L'AR part en effet du principe que, chez les enfants avec un QI < 86 ou un problème psychiatrique, il est préférable que la logopédie s'inscrive dans le cadre d'une prise en charge multidisciplinaire, p.ex. au sein d'un centre de réadaptation ambulatoire (CRA). Les enfants qui fréquentent l'enseignement spécialisé ou un centre de réadaptation, eux, peuvent déjà bénéficier d'un traitement de logopédie multidisciplinaire, et ne retireraient donc pas de réel bénéfice d'un remboursement supplémentaire de la logopédie mono-disciplinaire.

Les parties prenantes observent toutefois que cette vision des choses ne correspond pas à la réalité. Les centres multidisciplinaires sont par exemple répartis de manière inégale sur le territoire, et confrontés à de longues listes d'attente (voir Section 2.1.1), ce qui compromet leur accessibilité. L'enseignement spécialisé, lui, emploie effectivement un certain nombre de logopèdes, mais les parties prenantes laissent entendre que cette offre est assez limitée et utilisée davantage en soutien aux activités d'apprentissage qu'à des fins thérapeutiques. En outre, les listes d'attente existent aussi dans l'enseignement spécialisé, et les enfants accueillis dans l'enseignement inclusif plutôt que dans l'enseignement spécialisé n'ont pas accès à cette offre.

Pour toutes ces raisons, les parties prenantes plaident pour que la logopédie mono-disciplinaire soit remboursée en alternative ou en complément à la réadaptation multidisciplinaire ou à l'accompagnement en milieu scolaire – en d'autres termes, pour qu'elle soit non seulement remboursée, mais aussi cumulable avec des traitements de logopédie dispensés dans d'autres contextes.

Ceci a débouché sur la **loi du 8 mai 2019**, qui prévoyait que les règles pour ce cumul et pour son remboursement seraient fixés dans un AR.

Entre-temps, cet **AR du 17 juillet 2024**, entré en vigueur le 1^{er} septembre 2024, a été approuvé par le Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique. Il prévoit le remboursement de la logopédie mono-disciplinaire chez les enfants avec un QI < 86, aux mêmes conditions que chez les enfants avec un QI ≥ 86. À partir du 01/07/2025, les jeunes patients avec un QI inférieur à 70 devront toutefois faire l'objet d'une évaluation préalable par un CRA agréé, confirmant qu'un traitement de logopédie mono-disciplinaire pourrait être bénéfique chez eux. À moins qu'ils ne puissent être évalués par un CRA avant le 01/07/2025, ces enfants perdront donc leur accès au remboursement de la logopédie mono-disciplinaire.

L'Agence wallonne pour une Vie de Qualité (AVIQ) a introduit un recours auprès du Conseil d'État contre cette mesure imposant une évaluation multidisciplinaire préalable chez les enfants avec un QI < 70. À l'heure d'écrire ces lignes, aucun avis formel n'avait toutefois encore été rendu.

1.3 Combien d'enfants sont concernés ?

Les mutuelles ont collecté des données sur les jeunes patients qui ont bénéficié du modèle de soins prévu dans le nouvel AR depuis le 1^{er} septembre 2024 (date d'entrée en vigueur de l'AR du 17 juillet 2024). Au total, **1.425 enfants** sont concernés, dont 176 (12 %) ont un QI < 70 et 1.249, un QI entre 70 et 86.^a Ce dernier groupe correspond aux enfants avec un fonctionnement intellectuel limite (voir Section 2.2.3).

Il est donc question d'un nombre de patients relativement limité. Il convient de remarquer ici que l'AR ne prévoit pas le remboursement de la logopédie chez les enfants confrontés à des troubles de santé mentale (dont les TSA), ni chez ceux qui fréquentent l'enseignement spécialisé ou séjournent dans une institution. Ceux-ci ne sont donc pas repris dans ce groupe.

1.4 Qu'avons-nous étudié ?

Au cours des discussions avec les parties prenantes en préalable à la loi du 8 mai 2019 et à l'AR du 17 juillet 2024, la question s'est posée de savoir s'il existe des preuves scientifiques fiables de l'efficacité de la **logopédie mono-disciplinaire chez les enfants avec un trouble de la parole ou du développement du langage associé à une autre pathologie affectant le fonctionnement cognitif ou mental**.

^a Chiffres au 7 février 2025. Ces données pourraient être incomplètes, d'autres demandes de remboursement pouvant encore être introduites; et les données des HR Rail ne sont pas incluses.



C'est pour cette raison que le ministre des Affaires sociales et de la Santé publique a demandé au KCE d'examiner, avant le 30 juin 2025, quel est le traitement logopédique indiqué chez ces enfants. De par l'urgence de cette demande, cette étude a suivi une procédure accélérée (« Rapid Review Report-R³ »). Vous trouverez de plus amples informations sur cette approche [ici](#).

Nous avons cherché une réponse à deux questions de recherche :

1. Quelles sont les preuves scientifiques de l'efficacité et les possibles effets indésirables de la logopédie chez les enfants de moins de 18 ans atteints d'un **trouble du neurodéveloppement**, et plus particulièrement des pathologies suivantes :
 - déficience intellectuelle ou trouble du développement intellectuel (TDI),
 - trouble de la communication (trouble du langage, de la parole, de la communication sociale) (TC),
 - trouble du spectre de l'autisme (TSA),
 - trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H),
 - trouble de l'apprentissage (p.ex. dyslexie, dyscalculie, dysgraphie) (TA).

Après évaluation de plusieurs systèmes de classification internationaux, nous avons choisi de baser notre définition de ces pathologies sur le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, le DSM-5-TR. Vous trouverez de plus amples informations à ce sujet à la Section 1.1.5 du rapport scientifique.

2. Quelles sont les preuves scientifiques en faveur de la **logopédie mono-disciplinaire** par rapport aux prestations de logopédie proposées dans le cadre d'un traitement multidisciplinaire (**désignée ci-après par le terme de « logopédie multidisciplinaire »**) chez ces enfants ?

L'AR du 17 juillet 2024 prévoit également une évaluation du cumul de la logopédie mono-disciplinaire et multidisciplinaire, sur la base d'une étude scientifique. Celle-ci suit un grand nombre de patients qui bénéficient d'un accompagnement logopédique dans le cadre de l'AR. Sa réalisation n'a pas été confiée au KCE.

1.5 Comment avons-nous procédé ?

Un examen exploratoire de la littérature scientifique a révélé qu'il n'existait que peu de données probantes scientifiques de haute qualité. Nous avons donc sélectionné des guides de bonne pratique clinique de bonne qualité, élaborés au départ d'une analyse systématique de la littérature. Notre objectif n'était pas d'adapter ces directives et/ou d'en élaborer de nouvelles pour la Belgique. Néanmoins, cette approche nous a permis de reprendre des conclusions fondées sur la littérature, complétées par un consensus d'experts internationaux. En effet, lorsque les preuves scientifiques disponibles sont limitées, on sollicite souvent l'avis d'experts, ce qui permet de recueillir des connaissances en provenance de diverses pratiques de soins. Nous avons ensuite recherché des revues systématiques récentes de bonne qualité, que nous avons utilisées pour mettre à jour ces directives et confirmer/infirmier leur position.

Nos conclusions scientifiques ont ensuite été confrontées aux éléments de contexte pertinents par le biais d'une réunion avec toutes les parties prenantes concernées (les patients et leurs parents, les prestataires de soins, le secteur de l'enseignement, les mutualités, les administrations publiques, etc.). Vous trouverez de plus amples informations sur les participants dans le colophon qui se trouve à la fin de cette synthèse.

Les données spécifiques actuellement disponibles en Belgique au sujet des groupes-cibles concernés ne sont pas suffisantes pour nous permettre de creuser davantage ces résultats de la littérature par des méthodes de recherche HSR (*Health Services Research*) plus poussées.

Vous trouverez plus d'informations sur notre méthodologie au chapitre 2 du rapport scientifique.



1.6 Définitions

Le DSM-5-TR définit le « **trouble du développement intellectuel** » (**TDI**) comme un déficit des fonctions intellectuelles et adaptatives en présence d'un score de QI de l'ordre de 70 ou moins, apparu au cours de l'enfance. La majorité des articles scientifiques inclus dans ce rapport utilisent une définition similaire.

Les personnes avec un « **fonctionnement intellectuel limité** », quant à elles, rencontrent notamment des difficultés à s'adapter aux changements ou à acquérir de nouvelles compétences, à réaliser les actes de la vie quotidienne et à participer aux situations sociales. Dans les versions antérieures des classifications DSM et CIM (Classification Internationale des Maladies de l'Organisation Mondiale de la Santé), ce terme était utilisé pour désigner les personnes avec un QI entre 70 et 85 associé à des limitations fonctionnelles. Les versions actuelles le mentionnent, mais sans en spécifier la définition.

Par ailleurs, il importe de préciser que le DSM-5-TR stipule qu'un **trouble du langage ou de la parole** peut aussi être diagnostiqué chez les **personnes souffrant d'un trouble du spectre de l'autisme (TSA)** ou d'un **trouble du développement intellectuel**, et qu'une discordance entre l'intelligence verbale et non verbale n'est pas une condition nécessaire à la pose de ce diagnostic. Pour plus d'informations, consultez les Sections 1.1.5.3 et 1.1.5.5 du rapport scientifique.



2 LA LOGOPÉDIE EN BELGIQUE ET LES RÉSULTATS DE NOTRE ÉTUDE

2.1 La logopédie en Belgique, dans le secteur des soins et dans l'enseignement

2.1.1 La logopédie dispensée par le secteur des soins

Dans notre pays, les compétences en matière de politique de santé sont partagées entre l'État fédéral et les entités fédérées. Depuis la 2^e réforme de l'État de 1980 et, surtout, depuis la 6^e réforme de l'État de 2014, la plupart des compétences en matière notamment de soins de réadaptation, de soins aux personnes vivant avec un handicap, de soins de santé mentale, de promotion de la santé et de prévention des maladies ont été transférées aux entités fédérées.

Les prestataires de soins indépendants, eux, sont principalement rémunérés à l'acte par l'INAMI (fédéral). Les honoraires des logopèdes indépendants sont fixés au sein de l'INAMI par la « Commission des conventions logopèdes-organismes assureurs » – comprenez, dans le cadre d'une concertation entre leur organisation professionnelle représentative et les mutualités.

L'évaluation diagnostique multidisciplinaire, le suivi du plan de traitement et la prise en charge des enfants atteints notamment de TSA, de TDI, de troubles de l'apprentissage et de troubles complexes du développement sont organisés dans le secteur de la réadaptation ambulatoire par des équipes composées de médecins, psychologues, kinésithérapeutes, logopèdes, ergothérapeutes, etc. Ces équipes sont généralement rémunérées au forfait au départ des entités fédérées, sur la base des montants fixés dans les accords de réadaptation, comme par exemple les accords dits 9.53-9.65 des **Centres de Réadaptation Ambulatoire (CRA)**.

Un petit nombre d'autres centres ont également conclu des accords de réadaptation dits 7.74.0 pour **l'accueil de jour multidisciplinaire spécialisé ou la réadaptation résidentielle** des enfants présentant d'importants besoins de santé mentale, tels que ceux qui souffrent d'un TSA, et parfois aussi d'autres troubles du neurodéveloppement. Il existe aussi quelques accords très spécifiques pour des **centres ultraspécialisés** qui traitent notamment des troubles du neurodéveloppement (voir Section 1.1.2.2 du rapport scientifique).

Parmi les autres services ambulatoires qui relèvent des compétences des entités fédérées, citons encore les **Centres de Référence en Autisme (RCA)**, responsables du diagnostic multidisciplinaire des TSA. Ils n'en assurent pas eux-mêmes le traitement, mais peuvent le coordonner après la pose du diagnostic par leurs propres équipes ou par d'autres prestataires de soins. Ils mettent aussi leur expertise à la disposition d'autres organisations professionnelles.

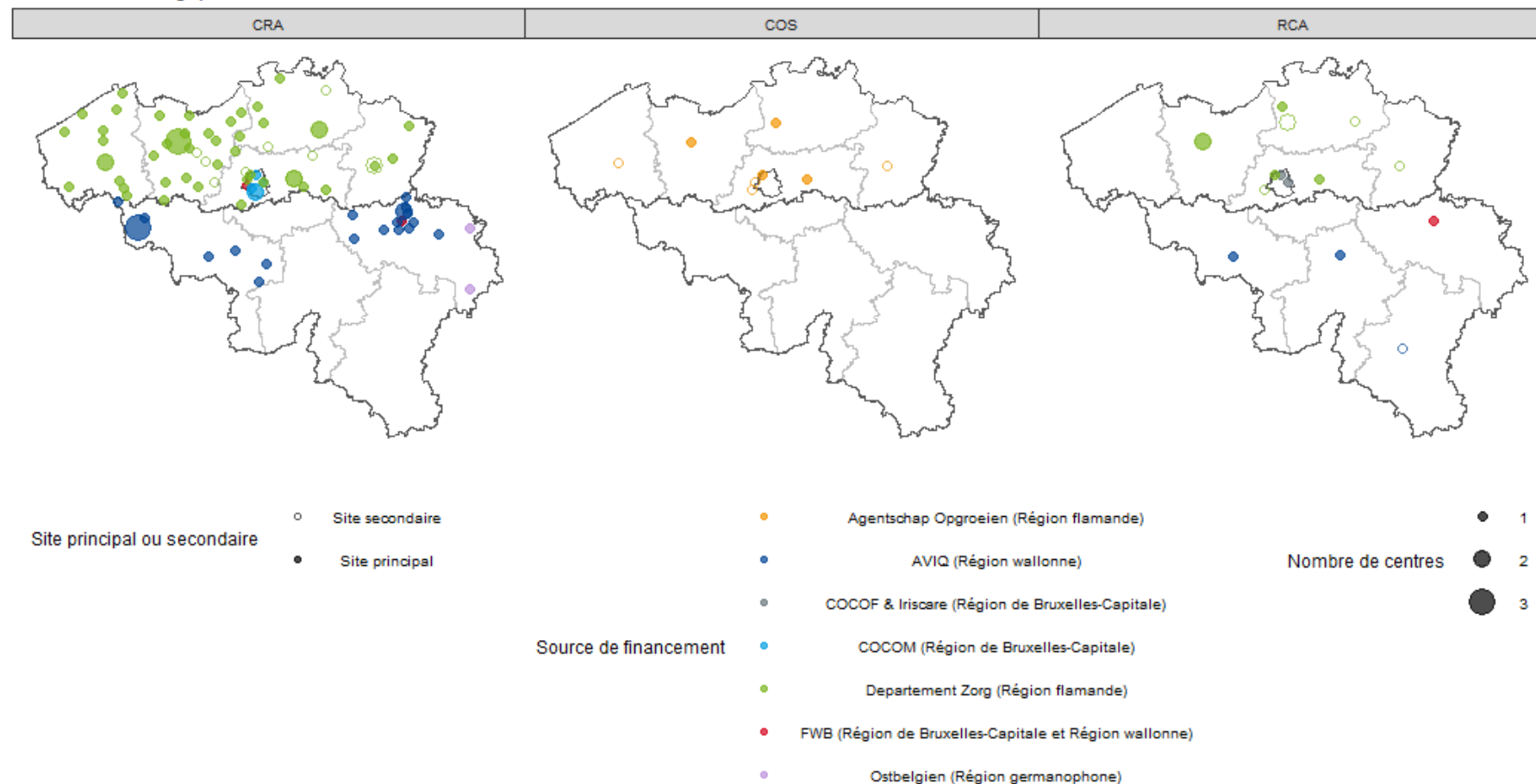
La Flandre organise et finance aussi des centres spécifiquement dédiés aux troubles du développement, les **Centra voor Ontwikkelingsstoornissen (COS)**. Il s'agit de services spécifiques pour l'évaluation diagnostique multidisciplinaire des jeunes enfants présentant des troubles du développement (TSA, TDI...) et leur renvoi aux acteurs adéquats. Ils n'ont pas de pendant spécifique en Wallonie.

Les **Services d'accompagnement des jeunes enfants/Thuisbegeleidingsdiensten**, destinés aux petits patients avec des troubles du développement, sont également financés par les entités fédérées. Ils apportent des conseils aux parents sur une série de choses touchant au développement et au bien-être de leur enfant. Il arrive exceptionnellement que leur équipe d'accompagnement intègre également des logopèdes.

Les CRA, RCA et COS sont tous confrontés à de longues listes d'attente, et leur répartition sur le territoire belge est très inégale (voir la figure ci-dessous).

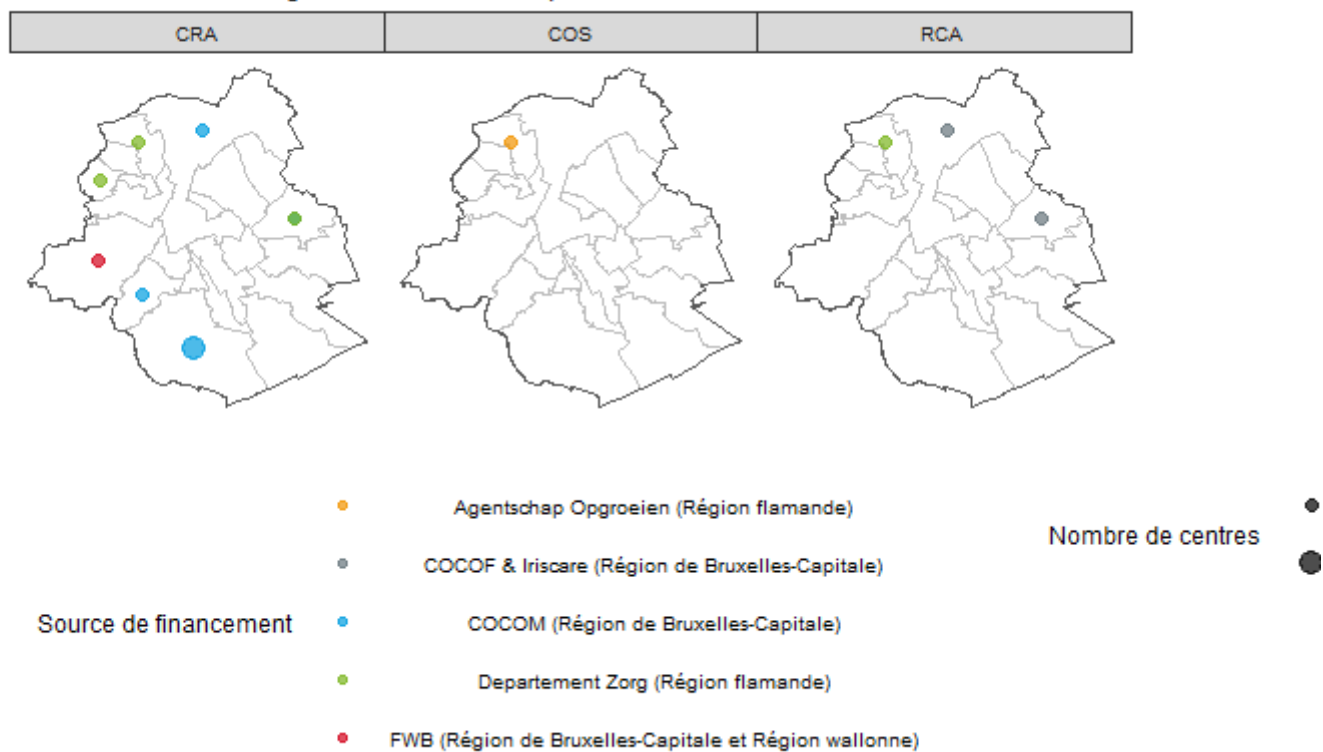
Figure – Répartition des Centres de Réadaptation Ambulatoire (CRA), des *Centra voor Ontwikkelingsstoornissen* (COS) et des Centres de Référence en Autisme (RCA) en Belgique (nombre de centres par province)

a. Centres en Belgique





b. Centres dans la Région de Bruxelles-Capitale



Sources : Agence pour une Vie de Qualité (AVIQ), Departement Zorg Vlaanderen, Opgroeien Vlaanderen, site francophone et néerlandophone de *participate!* (fr.participate-autisme.be et nl.participate-autisme.be), Ostbelgien Das Familienportal.

2.1.2 La logopédie dans le secteur de l'enseignement

La troisième réforme de l'État de 1988 a transféré aux entités fédérées la compétence de l'enseignement, en compris les soins dispensés par le biais du système scolaire.

Des services généraux tels que les **Centres psycho-médico-sociaux** (Centres PMS) et les **Centra voor Leerlingenbegeleiding** (CLB) déploient leurs activités au niveau d'un réseau scolaire. Leurs équipes multidisciplinaires composées de médecins, d'infirmiers, de psychologues et spécialistes de l'enseignement, et d'assistants sociaux assurent un accompagnement aux élèves notamment lorsqu'il est question de difficultés d'apprentissage ou de besoins éducatifs spéciaux. Dans l'**enseignement ordinaire**, les Centres PMS/CLB peuvent intervenir en soutien directement au sein de l'établissement ou faire appel aux « pôles territoriaux », auxquels sont notamment rattachés des logopèdes, pour coacher le personnel enseignant ou proposer une aide à l'apprentissage spécialisée à l'élève. Ils peuvent aussi conseiller aux parents de chercher une solution de thérapie individuelle pour leur enfant en-dehors de l'école, par exemple au sein d'un centre de réadaptation ou auprès d'un logopède ou kinésithérapeute.

Dans l'**enseignement spécialisé**, l'école peut choisir de faire elle-même directement appel à des logopèdes pour soutenir et coacher les enseignants dans certaines classes. Les enfants peuvent aussi y recevoir un accompagnement thérapeutique individuel.

Par ailleurs, les entités fédérées proposent aussi une offre de réadaptation intensive pour les enfants confrontés à un handicap reconnu. L'Agence pour une Vie de Qualité (AVIQ) finance ainsi des services qui assurent un soutien aux enfants scolarisés porteurs d'un handicap reconnu, pour faciliter leur participation dans leur environnement habituel (**Services d'accompagnement des jeunes en âge scolaire**). Ces services travaillent en étroite collaboration avec l'école et les centres PMS, mais ils se concentrent surtout sur le soutien psychosocial et éducatif de l'enfant et de sa famille, pas sur la réadaptation. L'AVIQ soutient aussi des centres d'accueil de jour et des services résidentiels pour les jeunes patients non ou partiellement scolarisés (les **Services d'accueil spécialisés pour jeunes ou SASJ**, et les **services résidentiels pour jeunes ou SRJ**). Ils proposent un accueil en journée ou des soins résidentiels qui recouvrent également des services de réadaptation.

En Flandre, la *Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap* (VAPH) est responsable de centres multifonctionnels (**Multifunctionele centra ou MFC**) qui offrent un accompagnement et un accueil de jour et/ou de nuit. Les enfants peuvent suivre au centre de jour plusieurs types de traitements (kinésithérapie, logopédie, ergothérapie, etc.). Ces services sont proposés en étroite collaboration avec l'établissement d'enseignement spécialisé, pendant ou après les heures de cours, ou peuvent s'adresser à des enfants (partiellement) dispensés de l'obligation scolaire.

2.2 Qu'avons-nous appris de la littérature ?

2.2.1 La logopédie est-elle sûre et efficace ?

Les directives que le KCE a sélectionnées dans la littérature indiquent que **la logopédie est une approche sûre et efficace** pour améliorer l'usage de la parole et du langage et la communication chez les enfants atteints de troubles du neurodéveloppement, et plus spécifiquement chez ceux qui présentent des troubles du développement intellectuel (TDI) et des TSA, quel que soit leur QI.

Les revues systématiques utilisées dans un second temps pour actualiser les directives ne contredisent pas ces constats et concluent à des résultats provisoirement prometteurs. Elles épinglent toutefois les nombreuses lacunes méthodologiques des études sous-jacentes, soulignant la nécessité de recherches plus robustes. Par ailleurs, dans les études, l'effet de la logopédie n'est démontré que sur le **court terme**, généralement sur une période de 6 mois ou 1 an. Ses possibles **effets indésirables** n'ont pas fait l'objet d'une évaluation systématique. Des recherches sur les effets durables et permanents de l'accompagnement logopédique reçu dans l'enfance sur le fonctionnement, l'autonomie, la participation sociale et le bien-être plus tard dans la vie seraient donc particulièrement précieuses.



2.2.2 Comment évaluer le besoin de soutien ?

Il ressort de la littérature qu'une **évaluation multidisciplinaire par une équipe professionnelle** est préférable, et d'autant plus que la prise en charge doit être organisée dans un cadre multi-professionnel. Elle constitue une exigence absolue chez les enfants avec un TDI sévère et des troubles complexes de la parole/du langage (p.ex. syndrome de Rett), et chez ceux qui souffrent d'un TSA. L'évaluation doit inclure une observation de l'enfant dans sa vie quotidienne, et ce dans plusieurs environnements différents comme p.ex. l'accueil de jour ou l'école.

Une seule directive admet la possibilité d'une évaluation mono-disciplinaire en l'absence d'une équipe multidisciplinaire. Elle devra alors être réalisée par un professionnel bien formé et très expérimenté rattaché à une équipe pouvant le conseiller et le superviser.

Quel qu'en soit le type, l'évaluation doit déboucher sur un plan de traitement et d'accompagnement circonstancié pouvant éventuellement inclure de la logopédie, à la mesure de l'enfant et dans le respect de ses préférences et de celles de sa famille.

2.2.3 Quel type de logopédie en cas de trouble du développement intellectuel (TDI) et de trouble du spectre de l'autisme (TSA) ?

En cas de TDI et de TSA, les directives préconisent clairement et de façon répétée une **approche multidisciplinaire** cohérente, et ce quel que soit le QI. Des thérapeutes qui ne travaillent pas dans le cadre d'une équipe (p.ex. indépendants) peuvent être impliqués, à condition d'avoir bénéficié d'une **bonne formation**, d'être **expérimentés** avec ce type de public et de coordonner leur traitement avec l'équipe.

Le traitement doit être initié à **un âge précoce** et même, d'après une directive, idéalement avant le premier anniversaire chez les enfants avec un TDI. Les interventions doivent être **adaptées aux besoins** de l'enfant et de son entourage à la maison, au centre de jour ou à l'école. Elles se dérouleront de préférence dans **l'environnement familial**, afin que les aptitudes de la vie quotidienne puissent être enseignées et entraînées. Les **parents et enseignants** devraient être impliqués et formés afin de pouvoir soutenir les interventions, et ce en particulier chez les jeunes enfants jusqu'à 6 ans.

Les directives soulignent également l'importance primordiale de la **coordination** entre les différentes interventions et les différents secteurs impliqués. Les services scolaires, de santé et de bien-être doivent donc organiser l'ensemble des professionnels qui interviennent dans la prise en charge en **équipe ou réseau interdisciplinaire ou intersectoriel**. Les logopèdes indépendants doivent travailler dans ce cadre et toutes les personnes concernées doivent définir ensemble, en concertation, les objectifs pour l'enfant et pour sa famille. Pour les enfants avec un TSA, les directives suggèrent également de désigner un case manager adéquatement formé.

Nous n'avons pas trouvé dans la littérature de publications portant spécifiquement sur les enfants avec un **fonctionnement intellectuel limité** (voir Section 1.6). Sur la base des conditions de l'AR du 17 juillet 2024, ces enfants devraient avoir accès à la logopédie mono-disciplinaire, et il semble qu'ils représentent la majorité des jeunes patients qui ont actuellement recours à celle-ci dans le cadre de l'AR (voir également Section 1.3).

Chez les enfants confrontés à des besoins importants sur le plan des aptitudes de communication, la littérature recommande le recours à la **communication améliorée et alternative (CAA)**. Les aides utilisées (qui peuvent être des outils simples comme des cartes de communication, ou des solutions techniques telles qu'un synthétiseur vocal) doivent être adaptées à tous les environnements habituels de l'enfant (domicile, école...), ce qui nécessite des équipes spécialisées et multidisciplinaires. De tels services ne sont pas aisément accessibles dans toutes les régions du pays.

2.2.4 *Quel type de logopédie en cas de troubles de la communication ?*

Les deux directives sur les troubles de la communication soulignent l'importance d'une **approche multidisciplinaire** à la mesure des jeunes patients porteurs de comorbidités. Il est également important d'avoir conscience des possibles effets négatifs de la logopédie, telles qu'une sur-sollicitation de l'enfant. Comme pour les enfants avec un TDI ou un TSA (voir plus haut), les directives recommandent que le traitement et le soutien soient toujours **intégrés à la vie quotidienne** et à l'offre pédagogique du centre d'accueil de jour ou de son école. Ceci exige une étroite collaboration entre les thérapeutes et les enseignants ou éducateurs, et les ministres en charge de ces secteurs devraient adapter l'organisation et le financement en conséquence.

2.2.5 *Quel type de logopédie en cas de TDA/H ?*

D'après la littérature, les troubles de la parole et du langage comptent au nombre des comorbidités fréquentes du **TDA/H**. Deux directives soulignent la nécessité d'une évaluation et d'un traitement adéquats par des logopèdes expérimentés, sur la base de guides de bonne pratique de haute qualité. Le cadre peut être mono-disciplinaire ou multidisciplinaire, le plus important étant que le thérapeute possède les compétences requises.

Les problèmes de santé mentale qui ne figurent pas dans la catégorie des troubles neurodéveloppementaux du DSM-5-TR, comme p.ex. les troubles anxieux et dépressifs, les troubles alimentaires, etc. sortaient du cadre de ce rapport. Leur relation avec les troubles du langage et de la parole est aussi moins bien décrite dans la littérature. Néanmoins, on pourrait envisager des dispositions du même ordre que pour le TDAH, éventuellement moyennant des recherches supplémentaires.

2.2.6 *Quel type de logopédie en cas de troubles de l'apprentissage ?*

Nous n'avons pas retrouvé d'éléments pertinents pour le présent rapport dans les directives sur les **troubles de l'apprentissage**. La logopédie mono-disciplinaire est actuellement remboursée par l'INAMI chez les enfants confrontés à un TDI qui fréquentent l'enseignement primaire ordinaire s'ils souffrent également de troubles de l'apprentissage (dyslexie, dyscalculie, dysgraphie), et ce sans limite de QI (article 36 §2 b3°).

Pour plus de détails sur les informations tirées de la littérature, consultez les Sections 3.2, 4 et 6.1 du rapport scientifique.

2.3 *Comment remédier au problème de l'accessibilité ?*

2.3.1 *La logopédie dans le cadre d'une prise en charge multidisciplinaire des enfants avec un TDI ou un TSA*

Il ressort donc de la littérature qu'une approche multidisciplinaire est clairement préférable pour le diagnostic, l'évaluation et le traitement des troubles de la parole et du langage chez les enfants atteints d'un TDI ou d'un TSA.

Comme nous l'avons déjà évoqué à la Section 2.1.1, la Belgique est toutefois confrontée à un manque criant de centres multidisciplinaires ambulatoires pour assurer le diagnostic, la planification du traitement et la prise en charge des patients avec un TDI ou TSA.

À la Section 2.1.2, nous avons expliqué comment les élèves de l'enseignement spécialisé peuvent également bénéficier du soutien de thérapeutes tels que des logopèdes en milieu scolaire, ou bénéficier de l'offre de réadaptation organisée par les entités fédérées pour les enfants avec un handicap reconnu. Les parties prenantes rapportent toutefois de façon quasi unanime que l'offre présente là aussi d'importantes lacunes.



Des groupes d'intérêt et des parents dénoncent ces manques depuis plus de 10 ans déjà. Ils attendent aujourd'hui un signal politique fort, et il est essentiel que ce dossier avance, afin que les enfants appartenant à ces groupes-cibles aient accès en temps utile aux soins et à l'accompagnement dont ils ont besoin.

Il est donc primordial que les entités fédérées **créent une capacité suffisante au niveau des équipes multidisciplinaires**, soit dans le secteur de la révalidation ambulatoire, soit par le biais de l'offre disponible dans l'enseignement spécialisé, soit par le biais des programmes de soins multidisciplinaires prévus par les entités fédérées pour les enfants porteurs d'un handicap reconnu. Il est également nécessaire de veiller à une bonne répartition régionale de l'offre. Le recours à la téléconsultation et à la thérapie en ligne pourrait être envisagé pour compenser le manque de centres dans les régions faiblement peuplées, en particulier en Wallonie, pour autant qu'une bonne collaboration puisse être mise en place avec les autres membres de l'équipe.

Au-delà des investissements nécessaires, cet élargissement prendra aussi du temps.

2.3.2 *Évaluations diagnostiques multidisciplinaires*

Les Centres de Réadaptation Ambulatoires (CRA) sont actuellement les seuls centres multidisciplinaires reconnus par l'AR du 17 juillet 2024 pour réaliser, à partir du 01/07/2025, le bilan préalable au remboursement de la logopédie mono-disciplinaire chez les enfants avec un QI inférieur à 70. Pour assurer la capacité diagnostique dans le cadre de cet AR, on pourrait envisager d'agréer également d'**autres centres qualifiés** (p.ex. COS, RCA) pour cette évaluation, afin d'éviter que celle-ci soit faite deux fois.

Il convient aussi de faire remarquer que des critères diagnostiques différents sont utilisés pour les TDI, les TSA et les troubles de la parole et du langage en général dans la pratique quotidienne et pour le remboursement par les autorités fédérales et par les entités fédérées... et qu'ils ne correspondent pas toujours aux critères scientifiques, comme p.ex. ceux du DSM-5-TR. Cette situation prête à confusion et entrave l'accessibilité des soins.

2.3.3 *La place de la logopédie mono-disciplinaire chez les enfants avec un TDI ou un TSA*

S'il ressort de l'évaluation multidisciplinaire qu'un enfant avec un TDI ou TSA a besoin uniquement de l'intervention d'un logopède, et pas de l'accompagnement d'autres disciplines, la **logopédie mono-disciplinaire** est indiquée. Il en va de même à la fin d'une phase de traitement multidisciplinaire, lorsque **la poursuite du traitement ne nécessite plus que la logopédie seule**. Néanmoins, la majorité des parties prenantes que nous avons consultées s'accordaient à dire que de telles situations sont plutôt l'exception que la règle. L'AR du 17 juillet 2024 prévoit un remboursement de la logopédie mono-disciplinaire en cas de TDI, mais pas en cas de TSA.

En tout état de cause, le logopède doit être formé et familier du travail avec ces enfants. Par ailleurs, il ne peut pas travailler de manière isolée, mais doit veiller à se concerter en permanence avec les autres prestataires de soins impliqués dans le traitement de ces groupes-cibles. Pour assurer l'existence de tels réseaux, garantir la cohérence de l'offre proposée par le biais des entités fédérées et celle de l'État fédéral, et faciliter la collaboration voire l'intégration entre les deux systèmes, des mécanismes tels que décrits dans le « Plan interfédéral aide et soins intégrés/*Interfederaal plan geïntegreerde Zorg* » (18/11/2023) pourraient être envisagés.

2.3.4 *Cumul de la logopédie mono- et multidisciplinaire, ou traitements dans différents secteurs*

Malheureusement, la littérature disponible ne permet pas de réaliser une comparaison approfondie entre d'une part les modèles de soins multidisciplinaires ou mono-disciplinaires et d'autre part une approche mono-disciplinaire et multidisciplinaire combinée dans les TDI et TSA. Le rapport coût-efficacité de tels modèles n'a pas non plus été étudié dans la littérature. **Nous ne pouvons donc pas**

nous exprimer sur l'efficacité ou le rapport coût-efficacité du cumul (ou de l'absence de cumul) de la logopédie mono-disciplinaire et multidisciplinaire.

Une autre question qui a été soulevée au cours des réunions de stakeholders est celle de la possibilité de suivre une revalidation multidisciplinaire durant les heures de cours (plutôt qu'après), mais en-dehors du milieu scolaire (p.ex. dans un CRA). Ceci permettrait de limiter la charge pour les enfants, mais il semble que certains établissements d'enseignement spécialisé s'y opposent parce que cela interfère avec leur propre programme d'enseignement, et que cela pourrait avoir un impact sur les moyens qu'ils reçoivent pour l'accompagnement paramédical. Là non plus, la littérature ne permet pas de se prononcer.

Les directives cliniques internationales pour les TDI et TSA soulignent toutefois avec insistance la nécessité d'une bonne coordination des services entre secteurs. Une collaboration intensive entre agences et secteurs, avec des équipes coupoles, est recommandée. En outre, la thérapie doit être proposée dans un cadre le plus familier possible. Il apparaît donc clairement qu'il est important que la transition entre l'offre scolaire, celle du secteur de la revalidation et la logopédie mono-disciplinaire soit organisée d'une manière suffisamment souple. Idéalement, l'enfant confronté à un TDI ou un TSA bénéficiera à l'école d'un programme éducatif intégrant au maximum ses besoins thérapeutiques, de manière à réaliser les objectifs d'éducation et de réadaptation fixés dans son plan de travail individuel. Il semble évident qu'il convient d'éviter un double financement.

2.3.5 Mesures transitoires

Dans l'attente d'un renforcement de la capacité des équipes multidisciplinaires, le **maintien des dispositions actuelles**, qui autorisent temporairement la logopédie mono-disciplinaire chez les enfants avec un QI < 70, peut être envisagé. Un groupe de travail pourrait se pencher sur la question de savoir si cette mesure transitoire tombe éventuellement sous les « **compétences usurpées** » et donc sous le budget prévu pour celles-ci. La responsabilité financière resterait alors du ressort de l'État fédéral, bien que les compétences elles-mêmes aient été transférées aux entités fédérées.

Cette mesure temporaire devrait toutefois être le plus possible limitée dans le temps, et les autorités devraient veiller le plus rapidement possible à garantir aux enfants appartenant à ce groupe-cible l'accès à une prise en charge conforme aux directives cliniques internationales. En outre, cette mesure temporaire ne peut pas déboucher sur des retards supplémentaires dans l'élargissement de la capacité multidisciplinaire. Dès le moment où celle-ci sera suffisante, la **logopédie mono-disciplinaire** ne pourra plus être remboursée que chez les enfants avec un TDI, sur indication d'une équipe multidisciplinaire agréée.

Il n'est pas indiqué d'autoriser – même temporairement – la logopédie mono-disciplinaire chez les **enfants avec un TSA** en l'absence d'un bilan multidisciplinaire préalable.

2.4 Autres obstacles à une logopédie accessible et efficace

2.4.1 Un aperçu clair des prestataires de soins et plus de structure pour la formation, deux lacunes importantes

Il est capital que tous les professionnels impliqués possèdent des aptitudes, des connaissances et une expertise suffisantes. Il manque toutefois à l'heure actuelle un **aperçu exhaustif de tous les prestataires de soins impliqués** et une **structure formelle pour une formation accréditée et certifiée**, ce qui entrave le renvoi vers et la collaboration avec des thérapeutes possédant l'expertise requise. Au cours de la rédaction de ce rapport, nous avons été informés d'une possible adaptation de l'AR du 20/10/1994 (relatif au titre professionnel et aux conditions de qualification requises pour l'exercice de la profession de logopède) en vue de revoir la formation des logopèdes en Belgique.



2.4.2 Besoin d'un contrôle de la qualité des soins

Certains stakeholders interrogés rapportent des incohérences dans les pratiques de réadaptation, et s'inquiètent aussi de la qualité des traitements mono-disciplinaires. Il serait donc important de mettre en place un **contrôle structurel de la qualité**. Dans un premier temps, on devrait développer des indicateurs de qualité basés sur des directives pertinentes, en concertation avec des experts dans ce domaine. Ces indicateurs pourront alors servir de base à l'évaluation des modèles de soins, des qualifications des centres et des conditions de remboursement.

■ RECOMMANDATIONS^b

Efficacité de la logopédie dans les groupes-cibles

Aux décideurs politiques et administrations concernés au niveau du gouvernement fédéral et des entités fédérées

1. Conformément aux directives cliniques internationales *evidence-based*, non contredites par les revues systématiques récentes, en dans l'attente de recherches plus robustes dans ce domaine (voir recommandation 19), la logopédie est recommandée chez les enfants avec un TDI ou un TSA et un diagnostic associé de trouble de la parole/du langage, quel que soit leur QI.
2. Les enfants avec un score de QI supérieur ou égal à 71, qui ne sont pas porteurs d'un diagnostic de TDI selon les définitions internationales et compte tenu de leur score de QI et de leur fonctionnement adaptatif, sont considérés comme appartenant au groupe des personnes avec une intelligence normale. Tous les enfants de ce groupe devraient bénéficier du même accès à la logopédie mono-disciplinaire ou à la logopédie proposée dans le cadre d'une approche multidisciplinaire, suivant les besoins de l'enfant.
3. Conformément aux directives cliniques internationales, chez des enfants ambulatoires ou hospitalisés atteints d'un TDA/H sans diagnostic de TDI ou de TSA concomitant, les troubles de la parole et du langage associés doivent faire l'objet d'une évaluation et d'un traitement adéquats ; la logopédie mono-disciplinaire et multidisciplinaire dispensée par des thérapeutes adéquatement formés à la prise en charge de ce public-cible devrait leur être accessible.

TDI et TSA : la logopédie dans le cadre d'une approche multi-professionnelle du traitement et de sa planification

Aux décideurs politiques et administrations concernés au niveau des entités fédérées

4. Une capacité multidisciplinaire suffisante doit être créée à destination des groupes-cibles atteints de TDI et de TSA de manière à garantir un accès en temps opportun, en étant attentif à la répartition géographique. Cet élargissement peut intervenir dans le secteur de la réadaptation (p.ex. conventions CRA). Compte tenu des recommandations internationales en faveur d'un traitement organisé dans un environnement le plus naturel possible pour l'enfant, il est toutefois aussi nécessaire de prévoir une offre suffisante dans le secteur scolaire. Il existe plusieurs options, qui peuvent être combinées entre elles. Une programmation qui tienne compte des déséquilibres géographiques de l'offre existante peut être envisagée.

Aux décideurs politiques et administrations des entités fédérées compétents en matière de soins de réadaptation ambulatoires

5. Pour créer une capacité multidisciplinaire suffisante pour les groupes-cibles atteints de TDI et de TSA dans le secteur de la réadaptation, nous recommandons les possibilités alternatives suivantes, qui peuvent également être combinées :
 - a. Élargir la capacité des équipes de réadaptation multidisciplinaires à l'intérieur des conventions existantes (CRA ou autres), ou conclure de nouvelles conventions ;
 - b. Élargir ou créer de nouvelles équipes RCA ou COS (Flandre) ;
 - c. Accréditer (voir recommandation 13a) et financer d'autres équipes de réadaptation multidisciplinaires – existantes ou à créer – qui interviennent auprès des groupes-cibles visés (pour le diagnostic et/ou le traitement). Les conditions à remplir sont une collaboration autour d'objectifs communs pour l'enfant, des garanties d'une coordination

^b Le KCE reste seul responsable des recommandations.



interdisciplinaire et intersectorielle adéquate, et le respect de critères de qualité (voir recommandation 13). Pour autant que ces conditions soient remplies, les membres de ces équipes peuvent être des thérapeutes indépendants qui ne travaillent pas sous un même toit.

Aux décideurs politiques et administrations des entités fédérées compétents en matière d'enseignement et de soins

6. Pour créer une capacité multidisciplinaire suffisante pour les groupes-cibles atteints de TDI et de TSA dans le secteur scolaire, en ce qui concerne l'accompagnement direct apporté à l'enfant p.ex. par un logopède, nous recommandons les possibilités alternatives suivantes, qui peuvent également être combinées :
 - a. Élargir les programmes de soins multidisciplinaires prévus par les entités fédérées pour les enfants porteurs d'un handicap reconnu, qui travaillent en étroite collaboration avec le système de l'enseignement spécialisé (p.ex. les centres multifonctionnels en Flandre) ;
 - b. Élargir le soutien thérapeutique prévu par l'enseignement spécialisé et organisé en son sein, assuré par des thérapeutes expérimentés et bien formés poursuivant en équipe thérapeutique des objectifs communs, en concertation avec l'équipe d'enseignement de l'enfant ;
 - c. Alternativement, élargir les équipes multidisciplinaires au sein du secteur de la réadaptation (conventions ou autres équipes multidisciplinaires accréditées), en mettant en place une collaboration intensive et efficacement coordonnée avec les écoles de l'enseignement ordinaire ou spécialisé.
7. En ce qui concerne le soutien indirect apporté aux enseignants par des thérapeutes tels que des logopèdes, dans l'enseignement ordinaire ou spécialisé, nous recommandons de veiller à la mise en place d'une capacité suffisante pour coacher et entraîner les enseignants à travailler avec l'enfant et à appliquer des programmes axés sur la parole et le langage médiés par l'enseignant.

TDI et TSA : logopédie mono-disciplinaire

Aux décideurs politiques et administrations concernés au niveau fédéral

8. Rembourser la logopédie mono-disciplinaire dans les TDI et les TSA, pour autant qu'elle soit débutée sur la base d'une évaluation multidisciplinaire réalisée par une équipe agréée, et à condition que soient satisfaits les critères de qualité et de collaboration avec des équipes multidisciplinaires agréées qui prennent en charge ces groupes-cibles.

Évaluations diagnostiques multidisciplinaires

Aux décideurs politiques et administrations concernés au niveau fédéral et au niveau des entités fédérées, aux représentants des professionnels des soins concernés, aux institutions d'enseignement

9. Constituer un groupe de travail pour l'harmonisation des critères diagnostiques des TDI, TSA et troubles de la parole et du langage en général entre les différentes entités de remboursement fédérales et fédérées. Le KCE recommande d'utiliser pour cela un seul et même système de classification international, p.ex. le DSM-5-TR.

Aux décideurs politiques et administrations concernés au niveau fédéral

10. Prévoir une adaptation de l'AR du 17/07/2024 afin que l'évaluation multidisciplinaire d'enfants avec un $QI \leq 70$ en vue du remboursement de la logopédie mono-disciplinaire puisse être réalisée non seulement par les CRA, mais aussi par d'autres centres qualifiés (p.ex. COS,

centres de référence en autisme, autres conventions qualifiées), afin d'éviter de faire deux fois le même travail.

Règles de cumul : cumuler des traitements dans différents secteurs

Aux décideurs politiques et administrations concernés au niveau fédéral et au niveau des entités fédérées, aux structures de soins et d'enseignement concernées

11. Les données probantes disponibles ne nous permettent pas de nous exprimer sur les règles qui devraient s'appliquer en matière de cumul. Sur la base d'un plan de traitement et d'accompagnement intégral, une offre de traitement individualisée devrait être proposée à l'enfant et à ses parents dans un environnement le plus naturel possible, et efficacement coordonnée entre les agences et secteurs impliqués. Les transitions entre le système d'enseignement, le système de réadaptation et le système de la logopédie mono-disciplinaire doivent être organisées d'une manière souple, en évitant les doubles financements.

Mesures transitoires

Aux décideurs politiques et administrations concernés au niveau fédéral

12. Dans l'attente d'un renforcement de la capacité des équipes multidisciplinaires pour les groupes-cibles atteints de TDI et de TSA, la poursuite des dispositions actuelles, qui permettent le remboursement de la logopédie mono-disciplinaire pour la prise en charge des troubles de la parole et du langage chez les enfants avec un $QI \leq 70$, peut être envisagée À TITRE TEMPORAIRE. La surveillance du flux entrant et de la consommation de soins doit également être poursuivie, afin de dresser un tableau plus précis de la taille de ce groupe-cible. La période de validité de cette mesure transitoire devrait rester aussi brève que possible, et il convient d'éviter qu'elle débouche sur des retards supplémentaires au niveau de l'élargissement de la capacité multidisciplinaire pour les groupes-cibles atteints de TDI et de TSA.

Agrément et qualité

Aux décideurs politiques et administrations des entités fédérées en charge des soins de réadaptation ambulatoires, aux représentants des Centres de Réadaptation Ambulatoire (CRA), aux représentants des professionnels des soins concernés

13. Si l'on choisit d'élargir la capacité multidisciplinaire ambulatoire en agréant des équipes de réadaptation multidisciplinaires hors convention :
 - a. Déterminer les critères et exigences de qualité auxquels des professionnels des soins qui travaillent en collaboration doivent satisfaire pour être accrédités en tant qu'équipe de réadaptation multidisciplinaire ambulatoire pour le traitement d'enfants atteints, entre autres, de TDI et de TSA. Ces personnes devront, au minimum, collaborer autour d'objectifs communs pour l'enfant, être en mesure de garantir une coordination interdisciplinaire et intersectorielle adéquate, et satisfaire aux critères de qualité fixés ;
 - b. Définir notamment les modalités d'administration et de coordination de la thérapie, p.ex. l'autorisation ou non d'avoir recours à la téléconsultation et au traitement à distance dans les zones faiblement peuplées (p.ex. en province du Luxembourg) ;
 - c. Déterminer également le financement et les modalités de remboursement de ces équipes, et notamment aussi la manière dont est rétribuée la coordination.



Aux décideurs politiques et administrations concernées au niveau fédéral et au niveau des entités fédérées

14. Surveiller la qualité des soins dispensés aux enfants atteints de troubles du neurodéveloppement dans tous les secteurs concernés, que ce soit dans le cadre de conventions comme les conventions CRA, d'autres équipes de revalidation multidisciplinaires, d'équipes de revalidation rattachées à une école ou d'autres formes d'accompagnement apportées à ces enfants.

Formation des professionnels

Aux décideurs politiques et administrations concernées au niveau des entités fédérées, aux représentants des organisations professionnelles concernées, aux universités et hautes écoles

15. Prévoir des critères de formation adéquats pour les (futurs) professionnels des soins, tels que les logopèdes, qui sont ou seront amenés à travailler avec des enfants présentant des troubles du développement tels que les TDI et TSA ; notamment, envisager également de prévoir des formations interdisciplinaires spécifiques. Envisager une éventuelle accréditation officielle, et élaborer un programme de formation adéquat et/ou un plan de formation continue. Les thérapeutes ayant suivi de telles formations et/ou obtenu une accréditation devraient être facilement identifiables pour les parents ou pour les autres thérapeutes qui souhaitent faire appel à leur soutien, p.ex. par le biais d'un registre.

Traitement précoce

Aux décideurs politiques et administrations concernées au niveau des entités fédérées

16. Prévoir une capacité suffisante au niveau des centres spécialisés dans les troubles du développement ou de structures comparables pour la détection précoce des problèmes de développement, et au niveau des Services d'accompagnement des jeunes enfants ;
17. Impliquer suffisamment de logopèdes dans les équipes des Services d'accompagnement des jeunes enfants, pour assurer l'accompagnement logopédique des enfants très jeunes qui en ont besoin.

Communication améliorée et alternative (CAA)

Aux décideurs politiques et administrations concernées au niveau fédéral et au niveau des entités fédérées

18. Des équipes multidisciplinaires spécialisées sont nécessaires pour proposer et soutenir la CAA. Il convient de prévoir suffisamment d'équipes de ce type pour pouvoir proposer la CAA aux enfants qui en ont besoin, et pour soutenir ces jeunes enfants et leur entourage dans son utilisation. Veiller également à assurer les remboursements nécessaires.

Recherches scientifiques supplémentaires

Aux institutions de recherche

19. Étudier les effets de la logopédie chez les enfants atteints de troubles du développement neurologique tels que les TDI et TSA sur le fonctionnement, l'autonomie, la participation sociale et le bien-être à l'âge adulte.
20. Réaliser des recherches supplémentaires sur la relation entre l'intelligence non verbale et les effets des traitements logopédiques chez les enfants avec un TDI, et sur l'impact des facteurs susceptibles d'influencer les effets du traitement de logopédie, comme notamment l'âge auquel celui-ci est proposé.



COLOPHON

Titre :	La logopédie chez les enfants avec un trouble du neurodéveloppement – Synthèse
Auteurs :	Marijke Eyssen (KCE), Fabian Desimpel (KCE), Ans Van Ginckel (KCE)
Facilitateur de projet :	Nathalie Swartenbroekx (KCE)
Spécialiste de l'information :	Nicolas Fairon (KCE)
Rédaction de la synthèse :	Gudrun Briat (KCE); Emily Van Coolput (KCE)
Experts externes :	Annick Comblain (ULiège), Petra Warreyn (Onderzoeksgroep Ontwikkelingsdiversiteit, Universiteit Gent (Ugent))
Stakeholders :	Cinzia Agoni (Groupe d'Action qui dénonce le Manque de Places pour les personnes handicapées de grande dépendance (GAMP)), Sanae Bakkali Tahiri (Union Nationale des Mutualités Libres (UNML)), Christophe Barrea (Belgian Society of Pediatric Neurology (BSPN)), Patrick Beaufort (Conseil de l'Enseignement des Communes et des Provinces (CECP)), Julien Bodart (Agence wallonne pour une vie de qualité (AVIQ)), Laetitia Bokestael (Prodia, Vrij CLB (Centrum voor Leerlingenbegeleiding) Netwerk), Benjamin Carette (Iriscare), Sergio Cavallera (Fédération des Centres de Réadaptation Ambulatoire (FCRA)), Dave Ceule (Onafhankelijk Leven vzw), Allard Claessens (Downsyndroom Vlaanderen vzw), Eva Cloet (Centrum voor Ontwikkelingsstoornissen, Brussel (COS)), Katrijn Compennolle (Departement Zorg, Vlaanderen), Sarina Coniglio (AVIQ), Klaas Coopman (Centrum voor Ambulante Revalidatie (CAR Ter Eecken), Federatie Centra voor Ambulante Revalidatie), Thomas Dabeux (Inclusion asbl), Tom De Niels (COS, Gent), Georges Desquiers (Solidaris), Veronique Duchenne (Conseil Supérieur National des Personnes Handicapées (CSNPH)), Laetitia Duray-Maquestiau (Conseil supérieur des Centres psycho-médico-sociaux (CSCPMS)), Kris Evers (Expertisecentrum Autisme Leuven (ECA)), Laura Godeau (Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering – Institut national d'assurance maladie-invalidité (RIZIV - INAMI)), Ann Goeleven (UZ Leuven, KU Leuven), Bérengère Guccione (Iriscare), Marie Horlin (Centre Interfédéral pour l'égalité des chances (Unia)), Eddy Hoste (Centrum Taalontwikkelingsstoornissen (CETOS)), Lieve Kiebooms (Zorggroep Myna, Vlaamse Vereniging voor Kinder- en jeugdpsychiatrie (VVK)), Ronald Kloeck (Vereniging voor Infantiele Encefalopathie, hersenverlamming vzw), Lieve Krobea (Departement Zorg, Vlaanderen), Paul-André Leblanc (Secrétariat Général de l'Enseignement Catholique (SeGEC)), Stefaan Lefevere (Vlaamse Vereniging voor Logopedisten (VVL)), Christelle Maillart (Union Professionnelle des Logopèdes Francophones (UPLF)), Gisèle Marlière (CSNPH), Natallia Mastsepan (Nationale Hoge Raad voor Personen met een Handicap (NHRPH)), Rupal Mehta (Belgische beroepsvereniging voor Otorhinolaryngologie, Gelaat- en Halschirurgie), Marit Mellaerts (Vlaams Patiëntenplatform (VPP)), Benoîte Millet (Société Royale Belge d'Oto-Rhino-Laryngologie et de Chirurgie Cervico-Faciale (SRB ORL CCF)), Diane Estelle Ngatchou Djomo (Ligue des Usagers des Services de Santé (LUSS)), Jérémy Philippe (Fédération Des Etablissements Libres Subventionnés Indépendants Asbl (FELSI)), Julien Pot (Union Nationale des Mutualités Socialistes (UNMS)), Nathalie Saczuk (UPLF), Ruud



Saerens (Onafhankelijke Ziekenfondsen (OZ)), Sarah Schaubroeck (Permanente Ondersteuningscel GO! CLB en Prodiagnostiek), Lut Schelpe (Referentiecentrum Autisme (RCA) UZ Brussel), Stefaan Singelée (Federatie Centra voor Ambulante Revalidatie), Martine Thys (Vlaamse Vereniging Autisme (VVA)), Bieke Van Deun (Solidaris), Hanne Van Diest (Landsbond van Neutrale Ziekenfondsen), Johan Van Dorst (Landsbond der Christelijke Mutualiteiten (LCM)), Viviane Van Elshocht (LCM), Maaïke Van Goethem (Prodia, Permanente Ondersteuningscel (POC) Onderwijsvereniging van Steden en Gemeenten (OVSG)), Heidi Van Grootel (RCA Antwerpen, Ziekenhuis Aan de Stroom (ZAS), Universitaire Kinder-en Jeugdpsychiatrie Antwerpen), Joke Vandereet (Expertisecentrum Autisme Leuven), Evelien Verschuere (RIZIV - INAMI), Margriet Verstrecken (Antwerps Revalidatiecentrum (ARC), NKO dienst van ZAS campus Augustinus, Belgische beroepsvereniging van artsen-specialisten in de functionele en professionele revalidatie), Christine Vonckx (Vrij CLB Netwerk), Sophie Willekens (Kannet), An Wirix (COS Leuven -Limburg)

Valideurs externes : Miet De Letter (UGent), Monica Melby-Lervåg (University of Oslo, Norvège), Courtenay Norbury (University college of London, Royaume-Uni)

Remerciements : Helena Van Deynse (KCE)

Intérêts déclarés KCE: Le KCE est une institution fédérale financée par l'INAMI, par le Service public fédéral Santé, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement, et par le Service public fédéral Sécurité sociale. La mission du KCE est de conseiller les décideurs politiques sur les décisions relatives aux soins de santé et à l'assurance maladie sur la base de recherches scientifiques et objectives. Il doit identifier et mettre en lumière les meilleures solutions possibles, dans le cadre d'un système de soins de santé accessible et de qualité, en tenant compte de la demande croissante et des contraintes budgétaires.

Le KCE n'a aucun intérêt dans les entreprises (commerciales ou non commerciales, c'est-à-dire les hôpitaux et les universités), les associations (par exemple les associations professionnelles, les syndicats), les individus ou les organisations (par exemple les groupes de pression) qui pourraient être affectés positivement ou négativement (financièrement ou de toute autre manière) par la mise en œuvre des recommandations. Tous les experts ayant participé à la rédaction du rapport ou au processus d'examen par les pairs ont rempli un formulaire de déclaration d'intérêts. Les informations relatives aux conflits d'intérêts potentiels sont publiées dans le colophon du présent rapport. Tous les membres de l'équipe d'experts du KCE remplissent des déclarations d'intérêts annuelles et de plus amples détails à ce sujet sont disponibles sur demande.

Intérêts déclarés externes : Appartenance à un groupe de parties prenantes pour lequel les résultats de ce rapport pourraient avoir un impact : Christophe Barrea (Société belge de neurologie pédiatrique), Julien Bodart (AVIQ (Région wallonne), secteur de la réadaptation), Allard Claessens (Downsyndroom Vlaanderen (association de parents)), Thomas Dabeux (Association représentative des personnes en situation de handicap intellectuel. Personnes actuellement en partie exclue du remboursement de la logopédie), Eddy Hoste (CETOS asbl), Ronald Kloeck (Vereniging voor Infantiele Encefalopathie, hersenverlamming vzw), Paul-André Leblanc (SeGEC), Christelle Maillart (Logopèdes), Benoîte Millet (Réadaptation ORL), Julien Pot (Représentant suppléant à la Logomut pour Solidaris FR), Stefaan Singelée



(Federatie Centra voor Ambulante Revalidatie), Viviane Van Elshocht (Landsbond der Christelijke Mutualiteiten), Margriet Verstreken (Directrice médicale d'un CAR, l'ARC, Antwerps Revalidatiecentrum), Sophie Willekens (Kannet+ asbl, organisation pour et par les personnes handicapées), Petra Warreyn (European Association for Research on Learning and Instruction, WAIMH (World Association for Infant Mental Health) Vlaanderen))

Titulaire de droits de propriété intellectuelle (brevet, promoteur d'un produit, copyrights, marques déposées, etc.) : Miet De Letter (Brevet intitulé : « Analysis of evoked event-related potential data », accordé le 11/07/2023 sous le numéro US11,810,470. Ce brevet est distinct de l'étude du KCE)

Honoraires ou autres compensations pour la rédaction d'une publication ou la collaboration à un tel travail : Christelle Maillart (Le travail à l'UPLF fait l'objet de vacations pour le suivi des dossiers), Sarah Schaubroeck (Expert pour la mise à jour de la directive des troubles du développement intellectuel du Centre de qualité pour les diagnostics), Petra Warreyn (Droits d'auteur de diverses publications sur le soutien aux enfants atteints d'autisme)

Participation à une étude scientifique ou expérimentale en qualité d'initiateur, de chercheur principal ('principal investigator') ou de chercheur : Ann Goeleven (Etude KOTK HITCRAD – thérapie de la déglutition en oncologie de la tête et du cou), Christelle Maillart (Dans le cadre de mon travail d'enseignante et de chercheuse à l'université, je mène des recherches expérimentales dans le domaine du trouble développemental du langage (TDL) et des troubles de la communication. Aucune des recherches que je mène ou qui ont été publiées n'est concernée par le rapport ci-dessus), Diane Estelle Ngatchou Djomo (Doctorat sur la qualité du médicament dans les LMICs), Petra Warreyn (Chercheuse principale/promoteur d'études sur le développement du langage chez les enfants atteints d'autisme et le développement (pré)académique de différents groupes cibles)

Bourse, honoraire ou fonds pour un membre du personnel ou toute autre forme de compensation pour la conduite de la recherche visée au point précédent : Ann Goeleven ((KOTK)

Consultance ou emploi dans une société, association ou organisation à laquelle les résultats de ce rapport peuvent apporter des gains ou des pertes : Julien Bodart (AVIQ (Région wallonne)), Stefaan Singelee (Federatie Centra voor Ambulante Revalidatie)

Rémunération pour une communication, subside de formation, prise en charge de frais de voyage ou paiement pour participation à un symposium : Christelle Maillart (Dans le cadre des fonctions de chercheuse, le FNRS intervient régulièrement pour le remboursement de frais de mobilité liés à des présentations), Petra Warreyn (Honoraria pour les cours de formations sur le développement des jeunes enfants et le diagnostic des troubles du développement)

Présidence ou fonction de responsable au sein d'une institution, d'une association, d'un département ou d'une autre entité pour lequel/laquelle les résultats de ce rapport pourraient avoir un impact : Thomas Dabeux (Responsable plaidoyer pour une association représentative des personnes en situation de handicap intellectuel. Personnes actuellement en partie exclue du remboursement de la logopédie), Kris Evers (Coordinateur du Centre d'expertise en autisme de Louvain), Ann Goeleven (Responsable du service de logopédie – CAR MUCLA UZ Leuven), Lieve Kiebooms (COMGGKJ (Comité pour une nouvelle politique en matière de santé mentale pour les enfants et les jeunes. Membre de la séance plénière, coprésidente du groupe



de travail sur la santé mentale et le handicap, membre du groupe de travail For-K), Ronald Kloeck (Vereniging voor Infantiele Encefalopathie, hersenverlamming vzw), Paul-André Leblanc (Président du conseil supérieur de l'enseignement aux élèves à besoins spécifiques), Christelle Maillart (Vice-présidente de l'UPLF. L'impact de l'étude pourrait avoir des conséquences pour les modalités de pratique des logopèdes. C'est pour cette raison que nous sommes consultés. L'étude n'a pas d'impact sur mes fonctions universitaires), Stefaan Singelée (Président de la Federatie Centra voor Ambulante Revalidatie, directeur du centre de réadaptation ambulatoire Ter Kouter (Deinze)), Margriet Verstreken (Directrice médicale de l'ARC), Sophie Willekens (Secrétaire générale Kannet + vzw, organisation pour et par les personnes handicapées), Petra Warreyn (Membre du conseil d'administration et de l'assemblée générale de l'Ambassade de l'inclusion)

Autres intérêts possibles qui pourraient mener à un potentiel ou réel conflit d'intérêts : Rupal Mehta (Secrétaire général, Union professionnelle belge d'oto-rhino-laryngologie et de chirurgie cervico-faciale), Petra Warreyn (Professeur de formation en logopédie, Universiteit Gent)

Layout :

Ine Verhulst, Joyce Grijseels

Disclaimer :

- **Les experts externes ont été consultés sur une version (préliminaire) du rapport scientifique. Ils ne sont pas co-auteurs du rapport scientifique et n'étaient pas nécessairement d'accord avec son contenu.**
- **Une version (finale) a ensuite été soumise aux validateurs. La validation du rapport résulte d'un consensus ou d'un vote majoritaire entre les validateurs. Les validateurs ne sont pas co-auteurs du rapport scientifique et ils n'étaient pas nécessairement tous les trois d'accord avec son contenu.**
- **Finalement, ce rapport a été approuvé à l'unanimité par le Conseil d'administration (voir <http://kce.fgov.be/fr/content/le-conseil-dadministration-du-centre-dexpertise>).**
- **Le KCE reste seul responsable des erreurs ou omissions qui pourraient subsister de même que des recommandations faites aux autorités publiques.**

Date de publication :

29 avril 2025

Numéro de projet :

2024-50-HSR

Domaine :

Health Services Research (HSR)

MeSH :

Speech therapy; Language therapy; Child; Child, preschool; Neurodevelopmental Disorders

Classification NLM :

WL 340.3

Langue :

Français

Format :

Adobe® PDF™ (A4)

Dépôt légal :

D/2025/10.273/02

ISSN :

2466-6440



Copyright :

Les rapports KCE sont publiés sous Licence Creative Commons « by/nc/nd » <http://kce.fgov.be/fr/content/a-propos-du-copyright-des-publications-du-kce>.



Comment citer ce rapport ?

Eyssen M, Desimpel F (ancien KCE-collaborateur), Van Ginckel A. La logopédie chez les enfants avec un trouble du neurodéveloppement – Synthèse. Health Services Research (HSR). Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). 2025. KCE Reports 399Bs. D/2025/10.273/02.

Ce document est disponible en téléchargement sur le site Web du Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé.

<https://doi.org/10.57598/R399BS>