

INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITÉ
Service des soins de santé
Avenue Galilée 5/01
1210 Bruxelles

CONVENTION ENTRE LES LOGOPÉDES ET LES ORGANISMES ASSUREURS

Le 11 décembre 2025, la Commission de conventions entre les logopèdes et les organismes assureurs, sous la Présidence de Monsieur Patrick VERLIEFDE, Conseiller, délégué à cette fin par Monsieur Mickaël DAUBIE, Fonctionnaire dirigeant du Service des soins de santé, il a été convenu ce qui suit entre:

d'une part,

- Les organismes assureurs,

et d'autre part,

- De Vlaamse Vereniging voor Logopedisten ;
- L'Union Professionnelle des Logopèdes Francophones.

Article premier.

La présente convention définit, en ce qui concerne les honoraires et les modalités de leur paiement, les rapports entre le logopède et les bénéficiaires de l'assurance, tels qu'ils sont définis par la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994.

Art. 2.

§1^{er}. Les honoraires sont dus pour toute prestation figurant à la nomenclature établie par le Roi en application de l'article 36 de la loi susvisée et à la condition que le logopède soit agréé conformément aux dispositions légales et réglementaires applicables en Belgique pour l'exercice de cette profession.

§2. Les valeurs du facteur de multiplication R sont fixées comme suit

A partir du 1^{er} janvier 2026 :

- R = 2,593102 pour les séances de bilan initial
- R = 2,192167 pour les séances d'évaluation
- R = 2,192383 pour les séances individuelles de traitement de 30 minutes hors école, et les séances collectives de guidance parentale
- R = 2,201493 pour les séances individuelles de traitement de 60 minutes et les séances individuelles de guidance parentale
- R = 2,117663 pour les séances individuelles de traitement de 30 minutes à l'école
- R = 2,195268 pour les séances collectives de traitement

En cas d'introduction de nouvelles prestations dans la nomenclature au cours de la présente convention, la Commission de conventions fixe la valeur de la lettre clef de chacune de ces prestations dans la limite du budget disponible. Cette fixation doit être approuvée par le même quorum que celui requis pour la conclusion d'une convention. La valeur de la lettre clef est communiquée à la Commission du contrôle budgétaire et au Comité de l'assurance lors de la présentation du changement de nomenclature.

§3. Conformément à l'arrêté royal du 8 décembre 1997 fixant les modalités d'application pour l'indexation des prestations dans le régime de l'assurance obligatoire soins de santé, la valeur du facteur de multiplication R peut être adaptée à partir du 1er janvier de chaque année à l'évolution de la valeur de l'indice-santé.

Pour ce faire, la Commission de conventions constate qu'il existe une marge budgétaire suffisante par le même quorum de votes que celui qui est nécessaire à la conclusion d'une convention.

Art. 3.

§1^{er}. Sans préjudice des dispositions de l'article 5 pour toute prestation dispensée au domicile d'un bénéficiaire, dans le cadre d'une convention de rééducation fonctionnelle ou à l'hôpital, les honoraires sont les mêmes que ceux d'une prestation identique dispensée au cabinet du logopède.

Le cas échéant, pour des prestations dispensées à la demande du bénéficiaire en dehors du cabinet du logopède, le logopède peut convenir avec le bénéficiaire d'un montant supplémentaire raisonnable de frais de déplacement. En cas de litige la charge de la preuve incombe au logopède.

§ 2. Les frais de déplacement susvisés ne sont pas remboursés au bénéficiaire dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé.

§3. En cas d'application du § 1er, deuxième alinéa, le logopède informe le bénéficiaire ou son représentant légal avant le début du traitement des dispositions de ce paragraphe ainsi que de celles du § 2. En cas de litige, la charge de la preuve que l'information a été fournie avant le début du traitement incombe au logopède.

Art. 4.

§ 1^{er}. Le logopède s'engage à respecter les taux d'honoraires fixés à l'article 2 pour les prestations prévues au « Chapitre X – Logopédie » de la nomenclature des prestations de santé.

Le logopède, le médecin prescripteur et l'organisme assureur, s'engagent à aider le bénéficiaire dans les démarches pour qu'en application du Chapitre X précité, le médecin-conseil de son organisme assureur puisse prendre une décision au sujet de l'intervention ou non de l'assurance dans ces honoraires.

§2. Le logopède peut déroger aux taux desdits honoraires fixés à l'article 2 en cas d'exigences particulières du bénéficiaire non hospitalisé, à savoir :

- lorsque, à la demande du bénéficiaire, la prestation doit être effectuée avant 8 heures;
- lorsque le traitement est effectué le week-end ou un jour férié légal, sauf en cas de prescription expresse du médecin précisant que le traitement doit être effectué un des jours précisés ci-dessus;
- lorsque, à la demande du bénéficiaire ou de son représentant légal, la prestation n'est pas effectuée au cabinet du logopède, mais, sans nécessité médicale, au domicile du bénéficiaire

Cependant, les honoraires fixés à l'article 2 ne peuvent être majorés pour des prestations si le logopède fixe des heures de consultation à son cabinet ou, de sa propre initiative, donne des soins au bénéficiaire en tout autre lieu :

- soit après 19 heures et avant 8 heures;
- soit durant le week-end ou un jour férié légal;

Le week-end commence le vendredi à 19 heures et se termine le lundi à 8 heures.

§3. Le logopède informe le bénéficiaire avant le commencement du traitement du montant des honoraires et des dispositions du § 2. En cas de litige, la charge de la preuve que l'information était affichée et a été donnée incombe au logopède.

Art. 5.

§ 1^{er}. Lorsque le logopède perçoit lui-même les honoraires auprès du bénéficiaire, il lui remet, dans un délai de deux mois suivant la fin du mois au cours duquel les prestations ont été fournies, l'attestation de soins donnés.

Le logopède s'engage à informer le patient sur le contenu et le coût du traitement avant que le conteneur de prestations remboursables soit dépassé, et ce selon la méthode du consentement éclairé.

Avant le début du traitement, l'organisme assureur et le logopède attireront l'attention du bénéficiaire sur les conséquences éventuelles des limitations en matière de la durée de validité possible pour un accord et en matière de nombre de prestations remboursables prévues en son cas au Chapitre X de la nomenclature des prestations de santé

§ 2. En vertu de l'article 53, §1er / 2 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, les dispensateurs de soins sont tenus de remettre au bénéficiaire un document justificatif.

Art. 6.

Le logopède peut avoir recours au système du tiers-payant conformément à l'article 53, §1 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 et à ses arrêtés d'exécution.

Art. 7.

Dans le cas où les prestations reprises au Chapitre X de la nomenclature des prestations de santé donnent lieu à une intervention de la part de l'assurance, telle que fixée à l'article 37, § 1er, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, l'intervention personnelle du bénéficiaire est exigible (perception non obligatoire) quel que soit l'endroit où les prestations sont effectuées.

Art. 8. La Commission de conventions est compétente pour régler des litiges qui peuvent surgir en matière d'interprétation ou d'exécution de la présente convention. Elle est également compétente en matière d'interprétation de la nomenclature des prestations de santé.

Art. 9.

§1^{er}. L'objectif budgétaire pour les prestations du Chapitre X de la nomenclature des prestations de santé est fixé sur base des dispositions légales et réglementaires en vigueur en la matière. Pour l'année 2026, il est fixé 218.688 milliers d'euros.

Conformément à l'article 51, § 2, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, aussitôt qu'il est constaté que l'objectif budgétaire annuel partiel est dépassé ou risque d'être dépassé, les parties appliquent des mécanismes de correction.

§2. Les mesures de correction sont sélectives et comportent entre autres une diminution des dépenses des prestations concernant les troubles ayant contribué le plus au dépassement ou au risque précités. Les mesures comportent pour les prestations concernées une diminution des valeurs du facteur de multiplication R fixées à l'art. 2. Ces valeurs sont diminuées au moins d'un pourcentage égal à celui du dépassement ou du risque précités, tel qu'il ressort des rapports établis trimestriellement dans le cadre de l'audit permanent des dépenses en soins de santé, visés à l'article 51, § 4 de la loi coordonnée susvisée.

Ces mesures ne seront pas d'application pour un dépassement ou risque de dépassement éventuel qui proviendrait :
- du M-decreet en Flandre, qui a été remplacé par le Leersteundecreet

- de l'intégration dans l'enseignement ordinaire d'enfants du type 8 en Fédération Wallonie-Bruxelles et qui serait identifié dans les estimations techniques communiquées au Comité de l'assurance.

- de l'application de l'arrêté royal du 17.07.2024, remplacé par l'arrêté royal du 21.06.2025, ouvrant la possibilité d'une intervention de l'ASSI dans le cadre du traitement logopédique des troubles prévus à l'art. 36 §2, b) 2° et f) aux patients avec un QI inférieur à 86, et l'implémentation de cette disposition dans la nomenclature.

En cas de non-application, constatée par le Conseil général dans le mois qui suit la date prévue d'entrée en vigueur des économies structurelles visées au § 1er de l'article 40 de la loi coordonnée susvisée, ou de celles visées à l'article 18 de la loi coordonnée susvisée, une réduction automatique et immédiatement applicable des honoraires, prix ou autres montants ou des tarifs de remboursement sera alors appliquée d'office via circulaire aux dispensateurs et aux organismes assureurs le premier jour du deuxième mois qui suit la date d'entrée en vigueur des économies visées.

L'application de la diminution ou de la réduction automatique prévue aux deux premiers alinéas ne peut être invoquée ni par une des parties ayant conclu la convention, ni par le dispensateur individuel qui y adhère pour dénoncer cette convention ou cette adhésion.

Art. 10. Projets

1. Intégration d'un dossier patient de qualité dans la nomenclature

Dans le prolongement de la convention 2024-2025, la Commission élargira le champ d'application du GT nomenclature existant afin de définir les modalités d'un dossier patient de qualité. Cette extension doit viser une enregistrement qualitatif et une transparence, faciliter le suivi des traitements - y compris en cas de transfert vers un autre prestataire de soins - et être compatible avec les applications numériques existantes et les développements futurs en matière de santé en ligne (par exemple, BIHR).

2. Dialogue actif entre les acteurs du niveau fédéral, incluant les représentants des organisations professionnelles et des organismes assureurs, et les entités fédérées

La Commission s'engage à développer un dialogue actif entre les acteurs du niveau fédéral et les entités fédérées afin de garantir que les soins appropriés soient dispensés au public cible approprié, que les politiques soient coordonnées et que la continuité des soins soit assurée. Les lacunes en matière de soins auxquelles les patients sont actuellement confrontés doivent être comblées en priorité, ce qui n'est possible qu'en poursuivant une vision intégrée et une coopération étroite.

3. Utilisation des données pour améliorer la qualité

La Commission utilisera des données anonymisées et agrégées, conformément au RGPD et aux autres législations en vigueur en matière de données et de confidentialité, afin d'évaluer l'efficacité des prestations, d'étayer les décisions politiques et de contribuer à une utilisation efficace des ressources. Conformément au point ci-dessus, une

attention particulière sera également accordée à l'utilisation de données couvrant à la fois l'offre de soins au niveau fédéral et au niveau des entités fédérées, afin d'obtenir une image complète et intégrée de la pratique des soins. Un autre thème est l'analyse et la discussion de la variabilité des dépenses par région et par trouble afin d'apporter les ajustements nécessaires.

4. Poursuite de la simplification administrative

S'appuyant sur l'engagement pris dans la convention précédente, la Commission continue à œuvrer en faveur de la simplification des procédures de demande, de la digitalisation des formulaires et des prescriptions, et de la réduction des charges administratives pour les prestataires de soins, les patients et les organismes assureurs. La mise en œuvre correcte des formulaires standard déjà existants sur le terrain en est un élément important. La simplification administrative ne doit toutefois pas entraîner une diminution de la qualité des dossiers des patients ni rendre la nomenclature et son application plus sensibles à la fraude. Chaque acteur doit pouvoir continuer à exercer son rôle dans un cadre transparent et contrôlable, qui continue à donner la priorité aux soins prodigués au patient.

5. Révision de la nomenclature

Le groupe de travail chargé de soumettre des propositions de révision de la nomenclature sur base de critères « evidence-based practice » poursuivra ses travaux.

Les thématiques sur lesquelles souhaite aboutir le groupe de travail sont :

- La révision de la nomenclature pour les troubles du développement du langage et la dysphasie
- La révision de la nomenclature pour les troubles de la voix (C1 et C2) afin d'aligner celle-ci à la réalité clinique et scientifique.

Art. 11.

La convention est conclue pour les années 2026 et 2027. Elle n'est pas tacitement reconductible.

L'adhésion individuelle à la présente convention produit immédiatement ses effets et vaut pour la durée de la convention. Les logopèdes conventionnés au 31 décembre 2025 sont, sauf manifestation contraire de leur volonté exprimée en utilisant leur eID via une application électronique sécurisée dans les trente jours suivant la publication de la présente convention au Moniteur belge, censés maintenir leur adhésion à cette dernière.

Toutefois, la convention peut être dénoncée.

1) soit, avant le 15 décembre de chaque année, par le biais de l'application électronique sécurisée ProSanté, par tout logopède ayant adhéré à la convention et dans ce cas, elle a pour effet de faire cesser l'adhésion de cette seule personne à partir du 1er janvier qui suit la dénonciation.

2) soit avant le 1er décembre de chaque année, par lettre recommandée à la poste, adressée au Service des soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, à l'attention du Président de la Commission de conventions, par au moins trois quarts des membres des organisations professionnelles représentés à la Commission de convention ou par au moins trois quarts des membres des organismes assureurs représentés à la Commission de conventions. Ces membres doivent être des membres effectifs ou des membres suppléants qui les remplacent et disposent d'un droit de vote. Cette dénonciation a pour effet d'annuler la convention à partir du 1er janvier qui suit la dénonciation.

Art. 12.

Pour l'application de l'article 49, § 7, 5e alinéa de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, le Comité de l'assurance doit constater si le quorum d'adhésions de 60% est atteint ou non. En vue de constater si le quorum visé ci-dessus est ou non atteint, le nombre de logopèdes auquel il faut rapporter le nombre de logopèdes ayant adhéré à la convention, est établi comme suit : nombre de logopèdes ayant un profil de dispensateur pour l'année comptable 2024 augmenté du nombre de logopèdes qui ont obtenu un numéro INAMI en 2025 avec une vérification supplémentaire afin que les logopèdes ayant un numéro INAMI qui a été désactivé entre temps ne soient pas inclus dans le calcul.

Fait à Bruxelles, le 11 décembre 2025

Les représentants des organismes
assureurs

Les représentants des organisations
professionnelles de logopèdes